

*Medico negli anni 2000 :*  
*una professione tra Scienza, Etica e Società*  
di Angelo Augruso  
Medico



E' con un sentimento di forte emozione che prendo la parola in questo convegno nel qual si commemora la figura di un Collega del quale è sempre vivo il ricordo dell'amore per la professione e la dedizione con cui ha svolto la sua attività umana e professionale, un'emozione ancora più accentuata dal fatto di dovere parlare del Dr Perugini avendo avuto con lui una frequentazione limitata agli ultimi anni della sua opera quando la mia carriera era da poco cominciata e, soprattutto, dalla consapevolezza di non sentirmi e di non essere un conferenziere di professione.

Ho deciso, perciò, di partecipare a questa riunione tenendo presente il suo tratto umano, il suo eloquio lieve e fluente, il suo sorriso venato da uno sfondo di ironica tristezza e dal desiderio di continuare bene e fino alla fine quella professione che ormai era diventata parte integrante della sua vita.

Partendo da qui ho scelto di dare il mio apporto a questa riunione parlando di alcune delle problematiche che il Medico si trova a dovere affrontare in pieno 2000 con riferimento in particolare al Medico di medicina generale quale il dr. Perugini è stato: di esse alcune riguardano l'identità umana e professionale del Medico, altre il rapporto con il paziente in una relazione condizionata da regole morali, influenze sociali ed economiche, a volte raffreddata e resa impersonale dall'uso distorto della tecnologia, sempre bisognosa di un buon rapporto umano che di quella relazione costituisce le fondamenta.

Sperando di non abusare troppo della vostra pazienza vorrei, perciò, offrire alla vostra attenzione alcune mie considerazioni frutto di miei convincimenti personali con ovvii riferimenti alle correnti di pensiero attualmente presenti nella letteratura e nella pubblicistica riguardante il Medico come uomo e professionista ed il mondo della medicina di cui egli è parte fondamentale. Cerchiamo, innanzitutto di capire di cosa parliamo quando ci riferiamo al termine medicina. Si sente spesso affermare da molti fra

gli addetti ai lavori - ricercatori, clinici, docenti universitari - che la medicina è una scienza. Tale affermazione è sovente ripresa dai mass-media in articoli di giornale o in programmi televisivi attinenti ai temi e problemi della medicina, della sanità, della salute. Sostiene lo storico della medicina Giorgio Cosmacini che così non è ed io sono d'accordo con lui.

La medicina non è una scienza, è una pratica basata su scienza e che opera in un mondo di valori. E', in altri termini, una tecnica - nel senso ippocratico di *techne* - dotata di un suo proprio sapere, conoscitivo e valutativo, e che differisce dalle altre tecniche perchè il suo oggetto è un soggetto: l'uomo. La *techne iatrikè*, l'originaria *ars curandi*, la perenne "arte della cura", è una tecnica, un'arte, un mestiere - il mestiere di Medico - che ha una sua propria tradizione, una sua propria vocazione, così come l'ha intesa il Dr. Perugini, e una sua propria cultura. In seno a tale cultura, la tecnica è il mezzo, ma l'*anthropos*, l'uomo, è il fine ultimo, o, meglio, primo.

Questa antropologia è una filosofia? Sembrerebbe, originariamente, di no. Ippocrate, padre indiscusso della medicina in Occidente, distingueva nettamente quest'ultima sia dalla religione degli "asclepiadi" - sacerdoti di Asclepio interpreti del sacro -, sia dalla filosofia dei "fisiologi" - studiosi della natura e interpreti delle sue leggi. L'antropologia della medicina si pose all'origine come un sapere critico delle due sapienze fiancheggiatrici.

Ma si trattò di un espediente polemico, finalizzato a un'autoaffermazione d'identità. In realtà, la medicina possedeva (e tuttora possiede o dovrebbe possedere) una sua religiosità e una sua filosofia. La religiosità - che sarà detta "religio medici" - si estrinsecava nell'antropologia del rapporto intersoggettivo tra curante e curato, tra Medico e paziente: un rapporto "duale", recepito come tale dalla stessa lingua greca. La filosofia si estrinsecava nell'ecologia del rapporto uomo natura, calato nel contesto ippocratico *de aere, aquis et locis*; e si estrinsecava nell'etica della polis, nella "politica" della convivenza in seno alla città dove Ippocrate era concittadino e contemporaneo di Socrate e di Pericle. Il rapporto a due tra Medico e malato si prolungava nel rapporto "plurale" tra Medico e società. Il "dialogo" tra Medico e paziente si ampliava nel "regime" che regolava implicitamente, oltre al comportamento dei singoli, la vita associata e la condotta di tutti.

Esisteva, dunque, un'anima filosofica della medicina delle origini? La tecnica dello *iatros*, cioè il mestiere di Medico, aveva un proprio metodo (il metodo clinico), una propria episteme (una teoria della conoscenza scientifica), un proprio ordine morale (un patto collegialmente giurato), una propria concezione generale dell'uomo e del mondo (una visione eco-antropologica con l'individuo al centro del cosmo). *Quod optimus medicus sit quoque philosophus*: "E' chiaro che il miglior Medico è sempre anche filosofo". Tale era il motto di Galeno, il più grande Medico della Roma imperiale.

Ma duemila anni sono passati e la figura del Medico si è andata evolvendo nel tempo dal *sunu*, Medico dell'antico Egitto, passando per lo *ieter omerico* e lo *iatros ippocratico*, per il *medicus filosofo* dell'epoca romana, per i medici monaci che prestavano soccorso ai

più bisognosi in luoghi resi ospitali (*hospitalia*) all'interno dei conventi, ai medici che nel corso dei secoli cercarono piano piano di codificare la loro arte secondo un sistema sempre più razionale, cozzando spesso contro l'ottusità dei poteri costituiti, riuscendo solo dopo secoli di oscurantismo a squarciare per sempre il muro dell'ignoranza e del pregiudizio. Duemila anni di storia della medicina sono passati come un lungo affascinante interminabile film affollato di personaggi e di situazioni dove il Pensiero dell'Uomo si conferma in ogni istante come il vero eroe - protagonista della grande avventura e attraversa le varie epoche per spingersi oltre l'oggi, fino al domani .

Se come ha detto il sommo Hegel, "tutto il reale è razionale", le figure storiche che si sono succedute sono anche paradigmi metastorici di una razionalità perenne, sottesa al mestiere, alla quale può fare riferimento sia il Medico nelle sue ricorrenti "crisi d'identità", sia il paziente, che della crisi d'identità attuale è testimone non indifferente, sperimentando da fruitore, la qualità della cura che riceve.

Cura non è un nome univoco. Può significare l'esercizio dei mezzi che hanno il fine di guarire la malattia o di salvaguardare la salute; oppure, può essere l'equivalente del farsi carico, in modo responsivo, dei bisogni della persona. Nel primo caso essa è sinonimo di terapia, nel secondo di prevenzione, nel terzo di cura globale.

La lingua inglese distingue fra *to cure* - rimediare, risanare e, possibilmente, guarire - e *to care* - avere attenzione, interesse, premura, cioè prendersi cura. Distingue anche fra *disease* - malattia oggettivata, affezione patologica, guasto dell'organismo - e *illness* - malattia soggettiva, afflizione esistenziale, stato di sofferenza. La condizione umana è fatta dell'una e dell'altra, è affetta da mali e afflitta da malessere; e il mestiere di Medico è chiamato a cimentarsi con ambedue questi aspetti nei momenti cruciali della vita dell'uomo: la nascita, la malattia, l'infermità, l'invecchiamento, la morte. Il sapere-potere del mestiere, come non deve prescindere da una tecnologia efficiente ed efficace, così non può sottrarsi all'esigenza di una comprensione curativa globale dell'umanità del paziente. La qualità della cura è sperimentata da questi anche in funzione di tale globalità.

La figura del Medico si caratterizza per due aspetti : da un lato la conoscenza scientifica e l'abilità tecnica , dall'altro l'ethos umanitario.

I riferimenti professionali di ogni Medico sono indubbiamente quelli scientifici propri del dominio disciplinare. Se si considera l'intero spettro delle conoscenze acquisite nel campo della biologia e della medicina, è subito evidente, però, che non tutte hanno attinenza con la medicina generale. Al contrario, per le molte cose che accadono quando una persona entra nello studio del Medico, sono assolutamente indispensabili competenze che non fanno parte del tradizionale bagaglio di nozioni apprese nel corso degli studi universitari.

Cognizioni di biologia molecolare, biochimica o di fisica delle particelle non permettono, per esempio, da sole una totale comprensione dei fenomeni pertinenti al ruolo professionale del Medico.

Rispetto a uno specialista o a un clinico ospedaliero, il Medico di medicina generale deve invece necessariamente allargare il campo di osservazione per comprendere il paziente in una prospettiva più generale, che è stata definita biopsicosociale. Il paziente appena entrato nell'ambulatorio non è solo portatore (forse) di una patologia riconducibile ad alterazioni biologiche misurabili e trattabili con gli strumenti di efficacia sperimentalmente provata, ma è anche (o soprattutto) un soggetto che, nel vivere la sua vita, avverte sintomi, ne subisce limitazioni e conseguenze e ha, in ultima analisi, bisogno di ripristinare il proprio funzionamento personale e sociale nella realtà in cui vive. Per questa ragione, egli mette in atto, con o senza l'aiuto del Medico, comportamenti che tendono al recupero di adeguatezza, tanto nelle malattie più banali quanto in quelle gravemente invalidanti o addirittura mortali. In tal modo, le sensazioni che il paziente prova, l'infermità che percepisce, la sua capacità di adattamento e le relazioni umane e sociali compromesse dalla malattia sono oggetto di considerazioni e di interventi specifici, pertinenti e rilevanti per il Medico, e sono anche legittimi fattori di condizionamento delle decisioni cliniche.

Tutto ciò si riflette anche sulla cura e (ove possibile) sulla guarigione della malattia. Non sempre la correzione di alterazioni patologiche permette da sola di raggiungere completamente l'obiettivo; tant'è che notoriamente il Medico di medicina generale non definisce le proprie strategie di intervento sulla sola base dei dati clinici: non è, quindi, solo un clinico nel senso tradizionale del termine.

Rispetto alla medicina specialistica, la medicina generale ha punti di osservazione ed angoli di prospettiva diversi: la medicina generale, infatti, oltre che di competenze strettamente cliniche, della propria esperienza e della conoscenza delle discipline si nutre anche di competenze che potrebbero sembrare extracliniche attingendo ad altre scienze pur dotate di capacità predittive meno potenti di quelle biomediche.

Si tratta di scienze i cui metodi e dati offrono contributi rilevanti per raggiungere il primo obiettivo professionale: mettersi in relazione con una persona inferma nella prospettiva di contribuire in modo efficace e accettabile al ripristino di una funzionalità personale diminuita o minacciata da un'infermità più o meno grave. Tutto ciò non coincide, come talvolta semplicisticamente si crede, con il dimostrare empatia, cordialità, umanità e buona educazione, atteggiamenti certamente doverosi, ma indubbiamente non esclusivi della professione medica.

Per tutti, essere e percepirsi adeguati alle necessità imposte dalla vita è il risultato finale di un'enorme varietà di complesse e raffinate funzioni biologiche, tra loro profondamente integrate. Si tratta di un meccanismo che si è sviluppato nel corso dell'evoluzione della specie umana e ne ha, probabilmente, garantito la sopravvivenza.

La percezione di non essere adeguati di fronte alle necessità imposte dalla vita ha una forte influenza sul comportamento dell'individuo e concorre (al di là del singolo sintomo) alla sensazione di sentirsi male, che determina il ricorso al Medico o, comunque, la necessità di reagire in modo efficace e tempestivo. Per il singolo individuo, gli stimoli di questo genere sono molto importanti nel determinare il tipo di

approccio e la negoziazione con il Medico . Un'analoga flessibilità serve da parte del Medico, fondata sulla comprensione di quanto il paziente riferisce nella sua narrazione, e una risposta coerente, che spinge a privilegiare gli aspetti negoziali anziché il rispetto di una concezione rigida del proprio ruolo. Capacità negoziali e di mediazione, disponibilità a non percepire come caduta la non perfetta corrispondenza delle decisioni prese nella pratica quotidiana rispetto ai canoni della clinica medica: sono attitudini essenziali per il Medico che voglia affrontare efficacemente le esigenze di tutti coloro che ogni giorno riversano su di lui non solo infermità e patologie, ma anche e contemporaneamente, bisogni, desideri, sofferenze e possibili strategie personali per affrontare queste sfide. In questo contesto ci sono ,però, dei rischi da evitare .

Probabilmente, qualunque Medico di medicina generale si riconosce nella descrizione di un professionista che non considera il paziente riduttivamente, come semplice portatore di unapatologia: ognuno di noi è abituato a chiamare chi gli sta davanti con il proprio nome e non con il nome di una malattia o con il numero di un letto («la cirrosi del letto 23»). Bisogna essere, però, molto attenti a evitare che l'attenzione olistica al paziente si riduca alla ricerca della sua soddisfazione immediata; non si deve rinunciare a mettergli a disposizione tutto ciò che la scienza medica offre per guarirlo o almeno per migliorare le sue condizioni avendo ben presente che una pericolosa degenerazione dell'orientamento al paziente può consistere nella tendenza a rispondere ai suoi bisogni in modo superficiale, con le soluzioni che il paziente stesso sembra preferire o prospettare al Medico (per esempio la prescrizione di un farmaco o di un esame). Poiché sempre più spesso i pazienti non si limitano a presentare i loro disturbi, ma anche idee personali sulla loro probabile natura, sulle procedure diagnostiche da effettuare e, talvolta, anche sulle terapie più idonee da seguire, si corre il rischio di limitarsi ad accontentare il paziente invece di proporgli percorsi davvero utili. Raggiungere un equilibrio corretto tra aspettative e preferenze del paziente da un lato e strategie diagnostiche e terapeutiche razionali dall'altro è un compito a volte difficile ma irrinunciabile.

Per perseguire questo approccio con successo c'è una sola via: sviluppare una partnership con il paziente basata sulla fiducia. Questa va conquistata e poi mantenuta nel tempo, dimostrando al paziente, in forme a lui comprensibili, competenza disciplinare, attenzione cognitiva, sensibilità antropologica, rispetto dei diritti e capacità di offrire e sviluppare una reale e concreta presa in carico dei suoi problemi di salute. La fiducia ,come afferma la bioeticista Eleonora Augruso nel suo “La Sofferenza del corpo”consiste “nell'assunzione di un punto di vista etico - relazionale di fronte al dramma umano della sofferenza la quale presuppone che si guardi all'instaurarsi di una comune intesa tra Medico e paziente, ossia di una capacità di prestare attenzione, comprendere e reagire nella maniera più consona alla situazione particolare e dal soggetto interessato. Ciò richiede un atteggiamento di fiducia non solo da parte di chi “chiede aiuto” ma anche da parte di “chi lo dà”.Soffermarsi sul senso della richiesta proveniente dall'altro , significa ,anche, aprirsi all'altro, offrirsi, fidandosi della sincerità

della sua richiesta e quindi del carattere superfluo di alcuni filtri interpretativi con cui si tende a rapportarsi ad essa”.

E per essere all'altezza della fiducia in lui riposta e per evitare di naufragare nella retorica dell'empatia e degli sterili psicologismi il Medico deve formarsi professionalmente a una concezione anche biologica della soggettività, individuando in ciascun paziente un esperto, l'unico che può avere di sé quella visione olistica tanto vagheggiata nella cultura della medicina generale che consente alle persone di vivere meglio. La condivisione tra Medico e paziente non è tanto indice di empatia o umanità, e nemmeno un moderno modo di camuffare il paternalismo; si tratta di una precisa e concreta strategia professionale che consente una collaborazione tra esperti in vista di un fine che, per essere realmente perseguibile, deve essere condiviso: la partnership diviene un obiettivo clinico. Il primo passo sarà restituire al paziente un'interpretazione che conferisca senso e possibilità di comprensione a quanto gli sta accadendo: il Medico rende così la storia intelligibile a se stesso e anche al suo interlocutore. Più che nel diligente utilizzo e trasferimento di conoscenze centrate sulla malattia la vera specificità della MG va ricercata quindi in una professione capace di collocarsi all'incrocio tra scienza, società valori e diritti delle persone. Il Medico deve avere, perciò, dei riferimenti professionali solidi, una salda deontologia professionale ed un ben strutturato bagaglio di etica medica. Gli serve sicuramente una buona conoscenza dell'epidemiologia per avere la conoscenza statistica dei fenomeni patologici che interessano la popolazione valutata nel suo complesso che costituisce lo sfondo su cui collocare ciascun individuo all'interno di categorie di persone simili per le caratteristiche che interessano in quel momento. Deve conoscere la EBM ossia la medicina basata sulle evidenze per potere essere nella condizione di prendere decisioni scientificamente fondate, anziché limitarsi alla propria esperienza e alle conoscenze di cui dispone al momento, non necessariamente aggiornate. E' vitale un costante aggiornamento professionale attraverso lo studio, la consultazione delle pubblicazioni scientifiche più recenti, il confronto franco e leale con i colleghi.

Tutto questo si inserisce, poi, in un contesto professionale in cui non è neanche immaginabile che esistano solo Medico e paziente, salvo il ricorrere ad astrazioni che non hanno nulla a che vedere con la pratica corrente. Ciò vale in qualsiasi paese, vi sia o meno un servizio sanitario nazionale. Il rispetto di compatibilità organizzative ed economiche si genera nel momento in cui il Medico curante non può essere l'erogatore di tutte le prestazioni, nè il paziente colui che le paga per intero, ed è necessario l'intervento di altre figure professionali, e le risorse debbono sottostare a una rigida organizzazione.

Alle regole su cui si basa la relazione Medico paziente si aggiungono quelle imposte dal Servizio sanitario nazionale, che introduce le sue rigidità organizzative, strutturali, economiche. Nel complesso, la medicina generale può essere descritta come sistema, cioè un'entità che non può essere globalmente compresa se viene scomposta nelle sue singole componenti. Le parti fondamentali possono essere considerate il paziente, la

scienza, il contesto sociale e istituzionale (incluso il Servizio sanitario nazionale). All'interno di questo spazio si trova la medicina generale, che deve mediare tra le diverse compatibilità, alla ricerca della migliore soluzione per ciascuno specifico problema da affrontare .

Nel dover rispondere non a due, bensì a tre padroni, il Medico si trova perciò ad agire in una realtà notevolmente complessa, senza peraltro percepire la mediazione come caduta: è anzi una normale connotazione professionale, tra l'altro ben presente a tutti, medici e pazienti. Afferma infatti Sandro Spinsanti che «la professione medica, chiamata a conciliare nelle sue scelte esigenze diverse e talora contrastanti, (...) ci appare più che mai un'arte». E non è l'unico a sottolineare la difficoltà e l'aspetto di volta in volta quasi creativo dell'attività del Medico di medicina generale: la ricerca della soluzione migliore richiede, infatti, un procedimento troppo articolato per soggiacere a regole o sequenze di tipo computazionale. L'arte e/o la scienza, devono trasformarsi in professione ma non sempre possono farlo, tanti sono i lacci e i laccioli burocratico –l egal - amministrativi che avvolgono la professione rischiando di strozzarla irrimediabilmente.

I momenti difficili che il Medico deve affrontare nel corso della sua giornata non sono certamente pochi : fra essi quello che più appare come pregno di ansie, paure, sconforto riguarda l'assistenza prestata ai cosiddetti malati terminali quando, in prossimità della morte per malattia cronica, si trova ad assistere una persona dopo averla accompagnata per un periodo spesso molto lungo .

E' questa una fase particolarmente delicata durante la quale solo la sensibilità acquisita con l'esperienza consente al Medico di assumere gli atteggiamenti e i modi di fare più consoni cogliendo il momento in cui la fase finale si fa prepotentemente avanti . E' chiaro, in questi frangenti, che ormai l'obiettivo non è più la guarigione e , quindi, tutti gli sforzi sono tesi a mantenere ancora la vita, quella migliore possibile, per tutto il tempo che resta ed altrettanto chiaro è che, in questa fase il Medico deve accompagnare il malato in “un cammino insieme” che gli consenta di continuare ad essere anche in un momento così decisivo. In questa fase il Medico si deve confrontare con numerose questioni sull'assistenza nelle ultimissime fasi della malattia, quando l'attesa prevale sull'azione e gli interventi si limitano all'essenziale anche perchè è giunto il momento in cui l'obbiettivo resta quello di agevolare una morte dignitosa e serena. Potrebbe essere il momento di astenersi, non fare nulla: Ippocrate invitava i suoi ad allontanarsi dal malato quando non c'è più nulla da fare; Tommaso Moro, nell'Utopia, prevedeva al letto del malato inguaribile la presenza del prete e del giudice ; solo nel 1600 Bacone afferma che è compito del Medico ristabilire la salute ,ma anche addolcire le sofferenze dei malati terminali. Oggi il codice deontologico del Medico prescrive all'art.39 : “In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il Medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita e della dignità della persona. In caso di compromissione dello

stato di coscienza, il Medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale, finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.”

Quando ci si trova ad assistere alla fine di una vita ci si confronta sempre con le proprie conoscenze e responsabilità. E' un momento duro, intenso, nel quale si sperimenta dolorosamente la consapevolezza che non esistono verità oggettive su temi che coinvolgono così profondamente le radici della nostra esistenza. La vicenda di ogni uomo e di ogni donna è purtroppo segnata dal confronto con la morte. Non credo che per sottolineare questo concetto sia necessario richiamarsi alle vicende dolorose che occupano spesso le prime pagine dei giornali, lasciando che siano restituite alla loro dimensione privata piuttosto che essere mandate in pasto alla pubblica curiosità ed essere strumento di inutili ed inconcludenti speculazioni ideologico – politico - confessionali:

ognuno di noi ha affrontato situazioni del genere per motivi professionali o familiari. L'attività del Medico si svolge nell'ambito di un panorama all'interno del quale lo sviluppo di conoscenze scientifiche e, conseguentemente, di tecnologie sempre più progredite, dà oggi la possibilità di intervenire e mantenere attive le funzioni vitali di molte persone per le quali, solo pochi anni fa, non ci sarebbe stato nulla da fare. E' superfluo sottolineare l'immenso valore positivo di queste nuove potenzialità offerte dalla medicina, valore che è sotto gli occhi di tutti. Accanto a ciò, però, vi sono almeno due ordini di problemi che si accompagnano a questo sviluppo: il primo è la molteplicità di scelte disponibili davanti a ciascun caso clinico che il professionista, in accordo con la persona, deve vagliare; il secondo è la sempre maggiore difficoltà di accettare la sconfitta dei mezzi a nostra disposizione e, quindi, la morte. Anche perché lo spostamento in avanti dei nostri limiti fa credere a qualcuno, purtroppo, che non vi sia più alcun limite. Lo sviluppo tecnologico e scientifico ha avuto un'accelerazione negli ultimi anni, imponendo una parallela riflessione etica. Si veda, ad esempio, il parere rilasciato dal Comitato nazionale di Bioetica circa tredici anni fa, il 14 luglio 1995.” La fine della vita umana - scrivevano allora gli esperti di bioetica - rappresenta non un tema, ma il tema fondamentale della nostra esistenza, perchè investe la radice stessa del rapporto che siamo in grado di stabilire con noi stessi e con il mondo esterno”. Anche nella nuova stesura del codice di deontologia medica la riflessione su questo tema è stata centrale, arrivando a una sintesi che rappresenta un'indicazione di riferimento per tutti i medici italiani.

Tre articoli del Codice, in particolare, attengono all'argomento di cui ci stiamo occupando . Il primo è l'art. 16, dedicato all'accanimento diagnostico e terapeutico. “Il Medico” - dice il nostro Codice Deontologico - “anche tenendo conto delle volontà del paziente, laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione di trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e / o un miglioramento della qualità della vita”.

L'articolo successivo, dedicato all'eutanasia, fissa l'opposto limite della questione: “il Medico” - recita l'art. 17 - “anche su richiesta del malato non deve effettuare, nè favorire, trattamenti finalizzati a provocarne la morte”.

Infine, l'art. 38 interviene sul tema delle direttive anticipate, che sono oggetto proposte che il Parlamento non è ancora riuscito a tradurre in leggi dedicate al testamento biologico. “Il Medico” - dice l'art. 38 - “deve attenersi, nell'ambito dell'autonomia e dell'indipendenza che caratterizzano la professione, alla volontà liberamente espressa dalla persona di curarsi, e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e dell'autonomia della persona stessa. Il Medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguata informazione al minore e di tenere conto della sua volontà. In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante, deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente. Se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, il Medico deve tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato”. L'autodeterminazione deve essere mediata dalla competenza professionale del Medico : mai come in questo caso un buon rapporto Medico – paziente può essere alla base di decisioni anche drammatiche avendo partecipato ad un percorso di vita che ha portato a scelte, scandite dalle sofferenze e dalle speranze della malattia e dell'ineluttabilità del momento finale.

Tre chiari NO ,dunque, all'eutanasia,all'abbandono terapeutico e all'accanimento terapeutico ed un altrettanto chiaro SI' al principio dell'autodeterminazione del paziente. La gestione del percorso di fine vita è, dunque, per il Medico un momento faticoso alla fine del quale egli spesso si sente fisicamente stanco e svuotato di energia. La soddisfazione professionale dell'aver gestito la situazione nel migliore dei modi possibili è accompagnata da un velo di tristezza per quella vita che se ne è andata e dal dubbio che,come un tarlo, si insinua nella sua testa , che lo porta ad interrogarsi ancora sul proprio comportamento, sulla possibilità di alternative , sull'impiego di tutti i mezzi a disposizione e che lo prostra con un sentimento di impotenza di fronte alla realtà tanto più grande di lui che è la morte. E' tanto, tanto amaro seguire un malato di tumore,accompagnarlo nel suo calvario, vederlo morire e sentirsi morire dentro con lui Non è facile reagire di fronte a quella che può apparire come una sconfitta personale, non è facile riprendere nuovi atti di vita : lo scontro tra normalità e patologia ,tra vita e morte, caratterizzano le giornate del Medico.

Tutto questo si verifica in un' epoca durante la quale viviamo una stagione già avviata nel terzo millennio dell'era volgare, dove - scrive Margherita de Bac sul Corriere della Sera - “non occorrerà aspettare molto: venti anni, forse trenta, basteranno all'uomo per ricostruire sè stesso. Tessuti di polmone coltivati in laboratorio e poi innestati al loro posto attraverso un buchino nel torace": il paziente coprotagonista della scena, se sufficientemente longevo, e i suoi simili di domani non avranno di che temere. Una

stima approssimativa delle possibilità a breve termine della tecnomedicina induce gli informatori di salute a prevedere che "l'uomo bionico è dietro l'angolo".

A capite ad calcem, come scrivevano nei loro trattati i medici antichi, o da capo a piedi, come diciamo noi, l'uomo del futuro potrà ovviare alla caduta dei capelli mediante stimolazione dei follicoli piliferi con proteine della crescita; potrà fruire di impianti ottici e acustici permanenti in grado di sopperire ai difetti della vista e dell'udito; potrà riattivare funzioni morte del cervello e su organi di riserva -cuore, fegato, reni - coltivati in vitro a partire da cellule trapiantate o prodotti artificialmente attraverso la maturazione di cellule staminali; potrà finanche recuperare la piena funzionalità erettile del proprio pene per mezzo di tessuti coltivati in laboratorio e impiantati a regola d'arte; potrà...potrà.....fare tanto ma non potrà cambiare il proprio essere uomo che invecchia e muore, anche se una ventina d'anni fa un Medico -scienziato statunitense, Alvin Silverstein, in un libro intitolato "La conquista della morte", ha esposto le ragioni per le quali, a suo avviso, "potremmo essere l'ultima generazione che muore". Affermando che "Adesso che stiamo arrivando alla possibilità di modificare i nostri geni", depositari del nostro destino biologico, "invecchiare", ha scritto, "è diventato anacronistico".

La previsione di vent'anni fa ha trovato recentissimamente un'eco altisonante nell'annunciata scoperta del gene dell'invecchiamento. Un annuncio di forte impatto emotivo: l'orologio della vita starebbe in "un gene. Si chiama p66shc. L'abbiamo tolto ai topi, e abbiamo scoperto che vivono un terzo di più dei topi a cui non è stato tolto". Si arriverà al farmaco che allunga la vita (versione aggiornata dell'elisir di lunga vita, a base di "oro potabile", sperimentato dai vecchi alchimisti)? "E' certamente possibile. La prospettiva è seria".

La profetica nozione di sant'Agostino, di una vecchiaia lunga quanto le altre cinque età della vita (infanzia, puerizia, adolescenza, giovinezza, maturità) messe insieme in un fascio, si è già oggi parzialmente realizzata nella statistica assommante tutta quanta la popolazione europea, con in testa quella italiana, in una prospettiva di vecchiaia assicurata per un arco di decenni. Dagli anni Settanta in poi tale prospettiva si è concretizzata in molti "anziani" che la tecnomedicina contribuisce a mantenere "giovani". Con la facies anagrafica della popolazione si è trasformata anche la sua autoimmagine, riverberata dall'ideologia dell'essere "più sani e più belli", a ogni età della vita, un'ideologia propiziata dalle rivoluzioni terapeutica e biotecnologica di cui abbiamo detto.

In effetti, il malato, di angina pectoris, che un tempo veniva stroncato in età prematura, è diventato il coronaropatico portatore di by-pass, asintomatico e longevo, sincronizzato fino a tarda età con l'evoluzione graduale della sua malattia atero-sclerotica. Il malato, un tempo, di fatale uremia è diventato il nefropatico periodicamente emodializzato, che vive e convive a lungo con la propria malattia disabilitante; e così il diabetico ricompensato, l'emiplegico riabilitato, l'emopatico politrasfuso, il malato cronico in genere, portatore, come s'è detto, di una "salute residua" controllata, prolungata, protetta.

In questo quadro l'arte del Medico - il mestiere forse più antico del mondo - sarà messa sempre più alla prova da una delle maggiori sfide che si pongano a una malattia disabilitante; e così il diabetico ricompensato, l'emiplegico riabilitato, l'emopatico politrasfuso, il malato cronico in genere, portatore, come s'è detto, di una "salute residua" controllata, prolungata, protetta.

In questo quadro l'arte del Medico - il mestiere forse più antico del mondo - sarà messa sempre più alla prova da una delle maggiori sfide che si pongano a una società tecnologicamente e culturalmente avanzata. Il Medico del futuro - in Italia, in Europa, nel Nord - America – dovrà sempre più fare i conti con un'umanità di cui bisognerà cercare non solo di ripristinare la "salute piena" con i mezzi della tecnica, estesi fino alle protesi e ai trapianti, ma anche di rendere compatibile con una buona qualità di vita la "salute residua". Dovrà inoltre non solo aver cura di quest'ultima, ma anche proteggere dalle crescenti aggressioni ambientali la salute dei più: la cura dei tanti non può prescindere dalla difesa di tutti. In ciò il nuovo curante dovrà poter contare sull'auto-difesa dei suoi potenziali pazienti e per poter farne conto dovrà impegnarsi perché essi si impegnino quanto lui nella tutela delle loro risorse fisiche e psichiche. In questa "nuova ed eterna alleanza", o "nuovo patto" tra Medico e paziente, la buona gestione delle risorse fisiche e psichiche a disposizione della persona dovrà essere l'altra faccia della gestione delle risorse economiche a disposizione della società: due facce di un'unica pregiata moneta da investire nella medicina e nella sanità dell'avvenire.

La qualità delle cure implica, o dovrebbe implicare, l'equità delle cure medesime. Disequità e disuguaglianza, da Ippocrate in poi, non sono tollerabili nel campo della cura della salute: almeno di fronte alla malattia gli uomini dovrebbero essere tutti uguali. La disuguaglianza può essere superata solo dalla prevenzione primaria che, attuata mediante idonee misure applicate alle cause delle malattie, diminuisce la frequenza di queste ultime dando prova di un'equità che non discrimina e che unisce utilità a moralità. Tali misure, infatti, difendono con efficacia e difendono tutti, "dai più ai meno forti socialmente, cosa non sempre evidente per quanto riguarda diagnosi e terapia".

Ma l'equità delle cure consentirà in avvenire che a tutti indistintamente gli aventi bisogno e diritto sia garantita la possibilità di trapianto, o di analoghe terapie equipollenti, mediante un'assunzione di oneri, da parte del corpo sociale o statale, tanto eticamente paritetica quanto economicamente problematica? Se così non sarà, il Medico futuro dovrà impegnarsi nel campo della prevenzione primaria quanto e più che nel campo terapeutico, anche per motivazioni etiche e per ragioni economiche. La pratica medica, da Ippocrate in poi, è stata guidata da eticità ed efficacia: nel mestiere di Medico l'istanza di utilità si è coniugata all'istanza di moralità. L'utilitarista Jeremy Bentham definì "deontologia" la "scienza della moralità" qualificante i doveri, anche quelli del Medico. Ebbene, a integrare e qualificare sempre più il mestiere di Medico dovrà essere il suo impegno nel campo della prevenzione primaria in quanto questa è, oltre che moralmente doverosa, economicamente assai utile.

Il Medico futuro dovrà comunque, come in passato, essere un utilizzatore al meglio dei presidi diagnostici e terapeutici messi a sua disposizione dalla tecnologia e dalla farmacologia più avanzate.

Il Medico futuro dovrà anche familiarizzarsi sempre più con i sussidi resi disponibili dall'elettronica e dall'informatica avendo ben presente che la tecnologia è un bene prezioso, una grande risorsa: ma in medicina l' high tech, cioè la supertecnologia, non può e non deve farci dimenticare l'high touch, cioè il contatto umano, la mano e la mente guidate da ragione scientifica, ma anche da altre ragioni che tengano conto della nostra natura, dei nostri limiti, delle "forze primordiali della vita e della morte".

Ha scritto Norberto Bobbio: "L'età contemporanea è contrassegnata dal progresso scientifico tecnico sempre più rapido, [...] irresistibile e quindi inarrestabile". Dunque "si può parlare a ragion veduta di rivoluzione permanente". "Di rivoluzione permanente, invece, non si può parlare con altrettanta sicurezza nella sfera dei costumi, dei rapporti sociali, delle regole di condotta". Da qui la "contraddizione tra lo sviluppo della scienza e i grandi interrogativi etici che questo sviluppo comporta". "Sul tema del progresso morale, conclude il filosofo, "continuiamo a interrogarci esattamente come duemila anni fa".

E duemila anni fa era la stagione del Medico ippocratico. Ritornare a Ippocrate? Non si tratta di prevedere o proporre antistorici ritorni. Si tratta, piuttosto, di guardare al futuro indirizzando la scienza, e la medicina che su essa è fondata, non solo ad accrescere i legami che la stringono alla tecnica, con sempre maggiori ricadute pratiche a vantaggio dell'uomo, ma anche a riallacciare i legami che la stringono alla filosofia, con sempre maggior comprensione dell'uomo stesso e del suo mondo. Oggi che lo sviluppo scientifico-tecnico nei suoi aspetti e poteri più avanzati - come quelli di manipolazione della natura e di clonazione della vita - sembra farsi conflittuale nei confronti dell'umanesimo progressista, sotto il cui segno era nato e cresciuto con l'intento di dare all'uomo maggior benessere e maggior libertà, è giunto il tempo di dare alla tecnomedicina il suo "senso del limite": un limite che non è un divieto, ma una regola etica, una ragione filosofica.

"Il futuro ha un cuore antico", ha scritto cinquant'anni fa Carlo Levi, Medico e scrittore. L'ansia del futuro che incalza può portarci a dimenticare il passato. Dimenticare Ippocrate, allora?

No, certo, perchè quel passato, anche se ne perdiamo la memoria, ce lo portiamo dentro comunque, scritto nel nostro genoma culturale. Le recenti acquisizioni della "medicina evolucionista" inducono a interpretare, secondo le leggi dell'evoluzione biologica, la fenomenologia attuale delle malattie come il risultato di meccanismi di difesa selezionati nel passato. Esse autorizzano altresì a ritenere che, secondo le stesse leggi, nel futuribile della specie e della società, la fenomenologia prossima ventura del mestiere di Medico non potrà che selezionarsi ulteriormente a partire dall'antropologia e dall'etica di un passato solo cronologicamente lontano: un passato che è molto remoto, se misurato con il metro del tempo, ma che invece è molto prossimo, attualizzato o addirittura lanciato

nel futuro, se valutato con la "giusta misura" della lunga durata. Appena poche settimane fa il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri, Amedeo Bianco, a margine del forum 'Sanità' futura', organizzato sotto la direzione scientifica del ministero della salute, che si è svolto a Cernobbio (Como) ha dichiarato che la buona sanità del futuro sarà un sapiente mix di high tech e di umanità aggiungendo che è necessario puntare sempre di più all'umanizzazione della medicina. "L'innovazione utile, riguarda anche le scienze umane nel senso della necessità di riscoprire il grande significato del rapporto umano". La sanità del futuro insomma è "un felice incontro - ha aggiunto Bianco - fra le suggestioni delle tecnologie e gli antichi principi che permettono di stare vicino alle persone". Per il presidente dei medici italiani, è fondamentale in sanità riscoprire "il senso e il significato dei rapporti fra le persone, dell'empatia.

Anche le innovazioni e le organizzazioni più importanti e incisive non bastano a rendere 'buona' la medicina se manca un buon rapporto umano, che è la prima 'arma' di cura a disposizione dei camici bianchi".

Mi avvio alla conclusione ricordando un particolare che a molti all'epoca sarà apparso come espressione di circostanza ma che a me è rimasto impresso in mente in maniera indelebile: il richiamo alla grande umanità del Dr. Perugini che un gruppo di suoi assistiti di contrada Ciceri evidenziava e sottolineava sul manifesto funebre con cui partecipava al lutto per la sua scomparsa ringraziandolo per tutto ciò che di buono aveva fatto per loro. Che bello per un Medico essere ricordato per la sua umanità: è l'umanità, quel quid per la cui spinta il Medico si sforza di prevenire e di alleviare in ogni circostanza le sofferenze degli uomini, a proteggere la vita e la salute e a far rispettare la persona umana senza alcuna distinzione di razza, sesso o convinzioni politiche e religiose che favorisce la comprensione reciproca, l'amicizia ed una pace duratura fra tutti gli uomini ed i popoli; è l'umanità che può e deve essere la caratteristica del Medico del 2000 e del futuro.

Ringrazio per l'attenzione e finisco augurando a questo giovane che ora si affaccia alla nostra meravigliosa professione serietà e competenza professionale ma soprattutto attenzione e rispetto per chi soffre, la scienza senza l'umana sensibilità non basterà mai da sola ad alleviare le sofferenze umane e a fare di te un buon Medico.

Angelo Augruso  
Medico