

GLI SCOPI DELLA MEDICINA: NUOVE PRIORITA'

Atti del Convegno, Napoli 1995

Sommario

Sfide agli scopi tradizionali della medicina

Cause di tensione

Medicina e società

Specificazione degli scopi della medicina

Fraintendimenti degli scopi della medicina e abusi delle conoscenze mediche

Obiettivi e implicazioni pratiche

Guardare avanti

Considerazioni conclusive

Prefazione

Questa è la relazione finale di un progetto di ricerca che ha esaminato gli scopi della medicina alla luce delle sue possibilità e dei suoi problemi attuali. Che cos'è stata la medicina nel passato più recente? Dove deve andare? E quali devono essere le sue priorità future? Sono tutti problemi importanti e difficili. Un gruppo internazionale vi ha lavorato sopra per anni e questo Rapporto rappresenta il risultato dei suoi sforzi. Sebbene non si possa certo dire che tra i suoi estensori si è verificato un accordo unanime su ogni questione, le pagine che seguono rappresentano un punto di arrivo in cui tutti si riconoscono. Abbiamo lavorato con molto impegno per definire le questioni e per vedere se fosse possibile addivenire a un'intesa di massima su di esse. Ciascuno dei tredici paesi che hanno preso parte al progetto ha creato un proprio gruppo di lavoro sia per esplorare le questioni in un contesto internazionale, che per definirne il significato nel contesto, nazionale di riferimento. I leader dei gruppi nazionali hanno costituito équipes multidisciplinari formate di norma da persone appartenenti ai seguenti campi: medicina, biologia, diritto, etica, politica sanitaria, amministrazione e salute pubblica. Mentre lo Hastings Center ha coordinato l'insieme delle attività, lavorando su un elenco generale di temi concordati, ogni gruppo ha proceduto secondo un'agenda operativa autonoma. I leader dei gruppi nazionali si sono riuniti tre volte a Praga per mettere a confronto i relativi punti di arrivo e per incominciare a svolgere questo rapporto. Si precisa che i leader nazionali (i cui nomi verranno elencati in seguito) parlano solo per se stessi e per i loro gruppi, non per i governi dei rispettivi paesi né per qualche altra organizzazione.

In questo lavoro siamo stati assistiti da funzionari dell'Organizzazione mondiale della sanità, che hanno messo a nostra disposizione le loro conoscenze e le loro esperienze di livello internazionale sulle questioni sanitarie. Naturalmente non possiamo dire che questo Rapporto rispecchi tutti i punti di vista nazionali e internazionali possibili; tuttavia il fatto che esso risenta delle esperienze molto varie di tredici paesi e dei rispettivi gruppi di lavoro avvalora la possibilità che abbiamo toccato le questioni più importanti. I paesi sono: Cile, Cina, Repubblica Ceca, Danimarca, Germania, Indonesia, Italia, Olanda, Repubblica Slovacca, Spagna, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti.

Il progetto di studio sugli scopi della medicina produrrà, oltre a questo Rapporto, una raccolta di studi scientifici, una serie di conferenze nazionali sul tema e una conferenza internazionale che si terrà a Napoli nel giugno del 1997. Il gruppo svedese ha già pubblicato i suoi contributi; la conferenza tedesca avrà luogo entro il 1996 e il libro del gruppo cinese uscirà nel 1997. La conferenza americana, svoltasi a Detroit nella primavera del 1995, ha contribuito ad accostare il pubblico americano a questo tema.

Organizzare e condurre la ricerca è stato un compito tutt'altro che facile. All'inizio l'argomento ha sollevato molto scetticismo: "troppo vasto", "troppo teorico", "troppo ambizioso", si diceva. Ma di dubbi ne emersero anche altri. Molti partecipanti della prima ora, impegnati a far fronte ai compiti immediati e urgenti dei rispettivi paesi protestavano che essi, al pari dei loro colleghi, non avevano né il tempo né la necessità di affrontare questioni di così vasto respiro. Tuttavia uno dei risultati più appaganti del nostro lavoro, così come si è sviluppato nell'arco di quattro anni, è rappresentato dal fatto che gradualmente quasi tutti gli scettici si sono convinti che la mancanza di un'attenta e riflessione sugli scopi della medicina rischiava di condannare all'insuccesso le riforme pratiche di cui avevano bisogno e che le questioni fondamentali che stavano per affrontare, lungi dall'essere mera "teoria", avevano implicazioni pratiche decisive.

Tutti quanti desideriamo esprimere il nostro ringraziamento per il sostegno finanziario e per l'assistenza fornita in primo luogo a Irene Crowe e alla Pettus Crowe Foundation. La dott. Crowe ha creduto fin dall'inizio al progetto e ha dedicato generosamente il suo tempo e il suo denaro alla sua realizzazione. Philip Wagley, Samuel Klagsbrun e Bea Greenbaum sono stati per noi un aiuto prezioso. Contributi importanti ci sono stati assicurati anche dalla Nathan Cummings Foundation e dalla Ira W. DeCamp Foundation. Per ciò che mi riguarda, desidero ringraziare i responsabili dei gruppi nazionali per l'impegno con cui hanno riunito e tenuto insieme i rispettivi gruppi, Eva Topinkova e i suoi colleghi di Praga per il decisivo aiuto fornito all'organizzazione dei tre incontri tenutisi in quella città, Bette Crigger e gli altri redattori dello *Hastings Center Report* per l'impegno profuso nella pubblicazione di questo rapporto, John Burrows, responsabile degli incontri di Detroit, Maurizio Mori e Riccardo de Sanctis, responsabili dell'organizzazione della conferenza di Napoli dell'anno prossimo, e tutti coloro che nel corso di questa impresa mi sono stati generosi delle loro energie intellettuali.

Desidero ringraziare, infine, i miei colleghi Mark Hanson e Erik Parens per i loro contributi organizzativi e intellettuali al progetto, nonché Bruce Jennings, Philip Boyie e Joseph Fins, per gli stimoli importanti contenuti nei loro intelligenti commenti e nelle loro critiche acute. Arnold S. Reiman, Kerr White e Alexander Leaf ci hanno messo generosamente a parte delle convinzioni maturate in anni di riflessione sulla natura della medicina.

Daniel Callahan

Direttore del progetto di studio
sugli scopi della medicina

GLI SCOPI DELLA MEDICINA: NUOVE PRIORITA'

Nella vita umana pochi cambiamenti sono stati così profondi come quelli prodotti dalle scienze biomediche e dalla pratica della medicina. Essi hanno comportato un'estensione enorme dell'aspettativa di vita e la virtuale eliminazione di tutta una gamma di malattie infettive. Oggi noi siamo in grado di diagnosticare le anomalie genetiche del feto, di trapiantare organi, di controllare la riproduzione, di alleviare il dolore e di operare riabilitazioni fisiche: tutte cose che un secolo fa erano del tutto inimmaginabili. Se poi ai progressi biomedici aggiungiamo i vistosi avanzamenti promossi dalla diffusione di migliori costumi alimentari, di abitazioni più funzionali e di più elevate condizioni di sicurezza in molte parti del mondo, possiamo ben dire che è avvenuta una trasformazione profonda della vita umana. Tale trasformazione ha mutato il modo in cui gli esseri umani pensano alle antiche minacce della malattia, delle infermità e della morte. Ha cambiato interamente il modo in cui le società organizzano l'assistenza sanitaria.

Eppure, non si può certo dire che i motivi di preoccupazione siano venuti meno. L'ottimismo sull'imminente sconfitta delle malattie si è rivelato illusorio. Le malattie infettive in realtà non sono state

eliminate, specialmente nelle nazioni in via di sviluppo. E anche nei paesi progrediti stiamo assistendo a una ripresa. Le malattie croniche e quelle degenerative della vecchiaia conservano tutto il loro peso. Ogni nazione è impegnata a livello politico e economico ad affrontare il problema sempre più arduo di finanziare l'assistenza sanitaria. Le nazioni avanzate trovano sempre più difficile soddisfare tutti i bisogni medici e finanziare tutte le nuove possibilità che emergono. Dovunque si avverte la crescente necessità di tenere sotto controllo i costi e di conseguire un più elevato livello di efficienza. Nelle nazioni ricche del mondo l'idea di un progresso costante e lineare si è infranta contro ostacoli scientifici ed economici. Nei paesi in via di sviluppo, in cui pure si sono fatti progressi notevoli in termini di riduzione della mortalità infantile e di elevamento dell'aspettativa media di vita, si stanno affrontando interrogativi fondamentali legati alla seguente questione di fondo: fino a che punto è opportuno imitare i modelli dei paesi avanzati, con le loro costose tecnologie, e riprodurre i loro complessi e dispendiosi sistemi di assistenza sanitaria? In quasi tutte le nazioni stiamo assistendo all'affiorare di preoccupazioni sempre più gravi sul futuro della medicina e dell'assistenza sanitaria in relazione all'invecchiamento della popolazione, di un rapido progresso tecnologico e di una domanda pubblica continuamente crescente. L'emergere di un forte movimento per l'autodeterminazione del paziente e per una medicina equa costituisce per questi sviluppi uno sfondo morale importante.

La reazione più comune a questi problemi è stata essenzialmente di tipo tecnico e meccanicistico. Tali problemi, cioè, sono stati sentiti e affrontati come se si trattasse di una crisi gestionale e organizzativa, che richiedeva metodi nuovi di finanziamento e di erogazione del servizio, innovazioni politiche e burocratiche, un rinnovato impegno nella ricerca e nuovi metodi di valutazione delle tecnologie mediche. Il dibattito sulla riforma di solito è dominato dalle discussioni concernenti il ruolo del mercato, le privatizzazioni, gli incentivi e i disincentivi, il controllo dei costi e le analisi costi-benefici, le coperture detraibili e i concorsi alla spesa, gli schemi di pianificazione e di organizzazione, nonché l'alternativa tra centralizzazione e decentramento. Queste risposte sono tutte importanti e plausibili, ma non bastano. Esse concentrano l'attenzione soprattutto sugli strumenti e sui mezzi della medicina e dell'assistenza sanitaria, non sui loro scopi. La vivacità del confronto sul versante tecnico ha messo sorprendentemente in ombra la povertà della discussione sullo scopo e sulla direzione della medicina.

La premessa del nostro studio è stata diversa: ad essere in gioco sono gli scopi stessi della medicina, non solo i suoi mezzi. A quanto sembra, si dà troppo spesso per scontato che gli scopi della medicina siano noti a tutti e autoevidenti, sicché non richiederebbero altro che di venir perseguiti in modo sensato. Al contrario, è nostra convinzione che tali scopi oggi debbano essere riesaminati *ex novo*. In mancanza di una riflessione di questo tipo, i vari sforzi riformatori che sono in atto nel mondo fallirebbero completamente o non realizzerebbero tutte le loro potenzialità. Le pressioni economiche sulla medicina costituiscono un incentivo molto forte a procedere a questo riesame. Ma una motivazione altrettanto importante è rappresentata dalla grande espansione delle conoscenze mediche, nonché dai problemi e dalle possibilità sociali, morali e politiche che ne conseguono.

Sfide agli scopi tradizionali della medicina

Incominciamo con la questione della definizione. La medicina, nella sua accezione corrente, può essere definita, sulla scia dei *Dorlands Medical Dictionary*, come "l'arte e la scienza della diagnosi e del trattamento della malattia, nonché del mantenimento della salute". Sennonché questa definizione convenzionale non coglie tutta la ricchezza e la pluralità di dimensioni della medicina. Come la medicina ha scopi espliciti e impliciti, così anche l'attività medica comprende il lavoro di molte persone, non solo quello dei medici: è il caso, per esempio, degli infermieri, dei tecnici di laboratorio e dei fisioterapisti. Cogliere tutta la complessità della medicina moderna - nonché dei suoi obiettivi, delle sue pratiche, del personale che

la esercita e delle sue istituzioni - è tutt'altro che facile anche quando si fa riferimento a un solo paese; ma quando il termine di riferimento è la scena internazionale, le cose si complicano ulteriormente. Inevitabilmente il nostro gruppo ha dovuto occuparsi di storie, esperienze e orientamenti molto diversi. Spesso ha dovuto spendere molto tempo anche solo per scoprire, al di là della babele iniziale, convergenze importanti nonché differenze stimolanti e ricche di interesse.

Si pensi alle questioni emerse di recente al riguardo di alcuni scopi comunemente accettati della medicina. Uno scopo tradizionale della medicina è quello di *salvare la vita e di prolungarla*. Ma che senso ha questo obiettivo nel momento in cui si dispone di macchine capaci di tenere in vita il corpo di persone che in passato non avrebbero avuto scampo? Fino a che punto la medicina deve prolungare una vita umana in procinto di spegnersi? A parte la questione della preservazione della vita individuale, la ricerca genetica ha fatto emergere la possibilità di incrementare significativamente l'aspettativa media di vita. E' questo uno scopo appropriato per la medicina? E per la società il suo conseguimento può considerarsi senz'altro un progresso? La medicina è necessariamente nemica dell'invecchiamento e della morte?

Un altro scopo tradizionale è costituito *dalla promozione e dal mantenimento della salute*. Ma che cosa significa questo in un'epoca in cui, con una spesa molto elevata, è possibile mantenere in vita neonati che pesano meno di 500 grammi e vecchi che hanno raggiunto i 100 anni? È proprio vero che malattie e infermità non devono essere mai accettate? Il termine "salute" non può avere significati diversi nelle diverse stagioni della vita? E' più importante prevenire la malattia o cercare di curarla dopo che sia insorta? La ricerca genetica sta mettendo a punto forme più sofisticate di medicina predittiva; ma che cosa significa per le persone conoscere nell'infanzia la probabilità di andare incontro a malattie cardiache o al morbo di Alzheimer nel corso della vecchiaia?

Un terzo scopo tradizionale della medicina è quello di alleviare dolori e sofferenze. Ebbene, questo significa, come direbbero alcuni, che l'eutanasia e l'assistenza al suicidio devono entrare a far parte dei compiti riconosciuti della medicina? E' vero che la medicina deve comprendere nel proprio campo di azione le angosce della vita quotidiana, nonché i problemi esistenziali, psicologici e spirituali che le persone incontrano nel dare un senso alla propria vita, e deve cercare di contribuirvi con rimedi farmacologici o di altra natura? La medicina deve occuparsi anche di questioni come la violenza sociale, i rischi ambientali e altri aspetti della vita, che, pur non derivando da malattie nel senso classico dell'espressione, nondimeno hanno conseguenze chiaramente dannose per la salute? Qual è il terreno che si può legittimamente attribuire all'attività della medicina - e qual è il confine della medicalizzazione legittima?

Anche un'analisi superficiale e frettolosa degli scopi tradizionali della medicina, dunque, rivela rompicapo e dilemmi spinosi. A partire dalla seconda guerra mondiale la medicina ha conosciuto molte svolte importanti. A livello di ricerca, dove il progresso è stato costante, la medicina ha dato prova di ambizioni e di capacità espansive enormi, ancorché viziate dalla convinzione che, con una dose sufficiente di denaro, di volontà e di zelo scientifico, non c'è malattia che non possa essere curata. A livello economico, la medicina è diventata fonte di denaro, di profitti e di posti di lavoro. Attualmente rappresenta di per sé una forza economica in quasi tutte le nazioni. Politicamente, il costo dell'assistenza sanitaria (un costo decisamente superiore alle possibilità di gran parte delle persone) e l'urgenza della domanda avanzata in tal senso dai cittadini fanno sì che i governi debbano giocare un ruolo decisivo nel promuoverla e nel fornirla. Così medicina e assistenza sanitaria sono forze significative nella vita politica sia a livello nazionale che internazionale. Inevitabilmente gli scopi storici della medicina, in virtù della preminenza scientifica e dell'importanza economica e politica della medicina stessa, sono esposti agli influssi esterni in una misura che non ha precedenti.

Tema centrale di questo rapporto sono gli scopi *della medicina*, non quelli dell'assistenza sanitaria intesa in un'accezione più vasta o delle condizioni sociali e economiche di fondo che favoriscono la buona salute. È ormai largamente condivisa l'idea che l'assistenza medica per sé sola ha contribuito in misura comparativamente modesta ai progressi più importanti realizzati nei secoli passati sul terreno dello stato di

salute della popolazione. Altrettanto diffusa è la convinzione che l'impegno per la promozione della salute e per la prevenzione delle malattie deve investire anche settori della società diversi dalla medicina, per esempio l'istruzione e i mezzi di informazione. L'assistenza medica è un sottoinsieme dei sistemi di assistenza sanitaria e questi sono dei sottoinsiemi di contesti politici e sociali ancora più vasti.

Tuttavia noi privilegeremo la medicina perché, sul versante della ricerca, essa è la più importante fonte di conoscenza delle cause e dello sviluppo della salute e della malattia. La medicina non è meno importante sul versante clinico, giacché è ai medici che le persone si rivolgono innanzitutto quando sono malate, quale che sia la fonte della loro malattia. La medicina, inoltre, offre una ricca raccolta di metafore per discutere di salute e malattia; essa mira all'integrità, all'armonia e alla completezza di corpo e mente. La salute dei singoli pazienti occupa una posizione centrale nell'etica e nella pratica della medicina e questa circostanza costituisce un'affermazione della dignità individuale. Se ci occupiamo soprattutto di medicina è, infine, perché essa, come impresa, è la causa principale sia dei costi elevati dell'assistenza sanitaria che della confusione e dell'incertezza che incombono sulla lotta contro la malattia. Riconosciamo che il confine tra la medicina e il campo più vasto dei sistemi di assistenza sanitaria di cui fa parte è tutt'altro che chiaro. Perciò in diverse circostanze ci sposteremo dall'uno all'altro di questi campi.

Cause di tensione

Nuove Tensioni. A dispetto delle significative peculiarità dei vari ambienti, la medicina in generale risente di forti tensioni dovute a tutta una varietà di ragioni scientifiche, economiche, sociali e politiche. Alcune di queste tensioni sono ingenerate non dai fallimenti, ma dai successi della medicina stessa. Nelle società occidentali per certe persone la salute fisica è diventata una specie di religione: il mantenimento della giovinezza, della bellezza e di un corpo perfettamente efficiente costituiscono per loro un obiettivo importante. All'estremo opposto, la capacità della medicina di tenere in vita dei corpi disperatamente malati, anche quando la salute è irrimediabilmente perduta, può ingenerare il dilemma morale della sospensione del trattamento. La diffusione delle malattie croniche è un costo indiretto della capacità della medicina di tenere in vita persone che in passato sarebbero morte. Sennonché finora la medicina non è riuscita a trovare cure efficaci per quasi nessuna malattia cronica e quindi è stata costretta a ripiegare su costose tecnologie non risolutive. Esempi classici di tali tecnologie sono il polmone d'acciaio e l'insulina; ma un'elencazione più aggiornata comprenderebbe l'AZT e altri farmaci per l'AIDS, molte forme di chirurgia cardiaca e la dialisi renale.

Se la medicina deve chiedersi che cosa deve cercare *ora*, è proprio perché ha già realizzato progressi importanti come quelli elencati. Nello stesso tempo stanno emergendo nuove concezioni della medicina e dell'assistenza sanitaria che lottano per conquistare un posto più importante nella vita professionale e nell'immaginario collettivo. Si pensi, per esempio, a quel bisogno di tornare all'ideale dell'integrità che talvolta viene chiamato medicina olistica, al diffuso interesse per le forme alternative e tradizionali della medicina, all'energico sforzo di comprendere più compiutamente il rapporto tra mente e corpo, e all'impegno più recente per il miglioramento delle cure palliative, dell'autoaiuto, della promozione della salute e del cambiamento comportamentale. Così, accanto a numerose esigenze nuove a cui la medicina deve dare risposta e ai nuovi orizzonti da esplorare, ci sono anche tensioni antiche che tendono ad acuitizzarsi. Tra i più importanti motivi di tensione che agiscono sulla medicina contemporanea, vogliamo sottolineare i seguenti:

Progressi scientifici e tecnologici. Nella storia della medicina nessun avanzamento è stato così importante come l'affermarsi del predominio di tecnologie diagnostiche e terapeutiche sofisticate. Oggi la formazione dei medici è finalizzata all'uso di queste tecnologie, le industrie farmaceutiche e quelle che

producono apparecchi medici mirano soprattutto all'affinamento e all'adeguamento di queste tecnologie, e i sistemi sanitari si preoccupano di procurarsele e di pagarle. Il successo medico di queste tecnologie è, in molti casi, poco meno che miracoloso, motivo di orgoglio professionale e di ammirazione pubblica. Per molte persone il fatto di poter accedere a una tecnologia medica avanzata per far fronte ai colpi della fortuna è motivo di speranza e di conforto. Non è certo un caso che tali tecnologie siano altamente apprezzate nei paesi avanzati e ansiosamente ricercate nei paesi in via di sviluppo.

Eppure queste tecnologie complessivamente hanno determinato un vistoso aumento dei costi della medicina e dell'assistenza sanitaria. Ci sono bensì tecnologie che abbattano i costi o che li incrementano in misura relativamente contenuta; ma molte, probabilmente la maggioranza di esse, hanno determinato un deciso aumento dei costi: o perché hanno reso possibile un trattamento che prima non c'era, o perché hanno consentito nuove forme di riabilitazione e di prolungamento dell'esistenza, o perché hanno aggiunto un'opzione ulteriore alla gamma delle tecnologie preesistenti. La linea di tendenza, come ha notato l'organizzazione mondiale della sanità, è verso un trattamento più costoso di malattie che colpiscono meno persone. Gran parte dei miglioramenti in termini di salute prodotti da questi progressi tecnologici, inoltre, si collocano alla fine della vita, dove i benefici sono relativamente costosi. Basti pensare, a titolo di esempio, alla chemioterapia per il cancro, agli interventi chirurgici a cuore aperto per le malattie cardiache e all'eritropoietina come mezzo per contrastare l'anemia associata agli stadi finali delle malattie renali. Molte tecnologie diagnostiche poi consentono di individuare patologie che vanno al di là delle possibilità di trattamento. Inoltre, poiché sono già stati compiuti molti progressi in termini di miglioramento dello stato di salute generale, ogni ulteriore passo innanzi risulta essere comparativamente molto costoso. Come avviene nei viaggi spaziali, i primi chilometri coperti con aerei comuni costano relativamente poco, ma quanto più si sale su veicoli spaziali sofisticati, tanto più aumentano anche i costi. Ben pochi osservatori prevedono che, sul terreno delle aspettative di vita, il ventunesimo secolo realizzerà gli stessi vistosi progressi - misurati in decenni - compiuti nel nostro secolo. A impedirci di pensare a una cosa simile è il fatto che il tasso di mortalità infantile nei paesi avanzati è già molto basso e ora sta abbassandosi sempre più anche nei paesi in via di sviluppo.

Riequilibrio delle preferenze terapeutiche. Nello stesso tempo, finora non c'è nulla che segnali un'attenuazione di quelle tendenze terapeutiche che hanno fatto parte della moderna ideologia della medicina. Sebbene non vi sia alcuna intrinseca contraddizione tra assistenza alla persona (*care*) e terapia (*cure*), la preferenza pregiudiziale per la seconda spesso ha danneggiato la prima. La guerra implacabile e costosissima contro le malattie, specialmente contro forme letali come il cancro, le cardiopatie e gli infarti, spesso ha messo in ombra la necessità dell'assistenza alla persona e della compassione di fronte alla mortalità. I ritmi dell'innovazione tecnologica e le sue preferenze pregiudiziali per la terapia hanno creato una medicina difficilmente sostenibile, soprattutto in un quadro di equità. C'è un limite a ciò che si può ragionevolmente pagare, a ciò che politicamente si può fare e a ciò che la competizione del mercato può sostenere senza contrasti e disuguaglianze gravi. La ricerca di un progresso sempre crescente, ambizioso e infinito - la lotta contro malattie mai definitivamente vinte - che è stata la bandiera stessa della medicina degli ultimi cinquant'anni, forse oggi ha raggiunto un livello così elevato che molti paesi incominciano a rendersi conto di non poterselo permettere.

Invecchiamento della popolazione. Per un certo periodo si è pensato che l'impatto dell'aumento del numero degli anziani sull'assistenza sanitaria fosse un problema solo per i paesi progrediti. Questo non è più vero. Esso è motivo di preoccupazione per tutte le nazioni che hanno registrato una riduzione del tasso di mortalità infantile, un elevamento dell'aspettativa di vita e un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Nei prossimi decenni, i paesi avanzati assisteranno a un drastico aumento del numero degli anziani e della loro proporzione rispetto alla popolazione complessiva, al raddoppiamento del numero degli ultra sessantacinquenni e alla triplicazione, o più, degli ultraottantacinquenni. Nei paesi in via di sviluppo queste pressioni non saranno né cosa forti

né così immediate, ma nondimeno si faranno sentire anche là. Lo ha riconosciuto anche la Banca mondiale quando ha elencato l'invecchiamento della popolazione tra i più importanti problemi futuri dei paesi in via di sviluppo.

Alcuni indicatori, per la verità, segnalano che l'invecchiamento della popolazione di per sé non determina aumenti particolarmente significativi nei costi dell'assistenza sanitaria. A determinare una differenza sostanziale è, al contrario, la combinazione di invecchiamento della popolazione e di intensificazione dei servizi medici, sociali e ospedalieri. Anche là dove ci sono dei limiti alla terapia molto dispendiosa degli acuti negli anziani, gli oneri di un'assistenza prolungata e domestica possono essere eccessivi. La tendenza generale a ricorrere più frequentemente, almeno con i "vecchi giovani", alla terapia degli acuti - per esempio, alla dialisi renale e all'innesto di un bypass all'arteria coronarica aumenta bensì i benefici, ma aumenta anche i costi. Gli ostacoli biologici a un miglioramento delle condizioni di salute degli anziani, chiaramente più formidabili proprio in virtù dei progressi precedenti, inevitabilmente creeranno nuove esigenze, porranno nuove sfide alla ricerca e ingenereranno una miscela di speranza e frustrazione.

Mercato e domanda pubblica. Talvolta si è osservato che progresso medico e domanda di assistenza medica sono pesantemente influenzati dalla domanda pubblica, dai programmi di governo e dalle forze del mercato. I successi della medicina, la fiducia pubblica nella sua efficacia e l'aumento delle malattie croniche e dei tassi di morbilità sono altrettanti fattori che alimentano un intensificarsi della domanda di servizi medici. A queste forze va aggiunto il peso crescente del mercato medico che è stato un potente motore di utile innovazione. Il mercato contribuisce a creare, e nello stesso tempo a soddisfare, sia la domanda pubblica di innovazione che l'aspirazione professionale dei medici a fornire un servizio sempre migliore ai propri pazienti. Il mercato spinge l'industria medica a investire ingenti quantità di denaro nella ricerca, a innovare incessantemente (e quindi a rendere rapidamente obsoleti i prodotti), a conseguire dei benefici marginali, ove fossero sufficientemente vantaggiosi, e anche a promuovere con determinazione i propri prodotti tra i professionisti della medicina e il pubblico in generale. Negli ultimi tempi i governi guardano sempre più alla privatizzazione e al mercato per attenuare le pressioni economiche sui rispettivi sistemi di assistenza sanitaria.

Il mercato, per sua natura, risponde prioritariamente ai bisogni, ai desideri e alle preferenze degli individui, e non necessariamente a quelli del bene comune. Tra bisogni e preferenze individuali da un lato e bisogni e preferenze sociali dall'altro possono darsi sia coincidenze che disparità anche notevoli. Diversamente dalle economie centralistiche organizzate dal governo, il mercato è un motore potente di sviluppo economico. Ma le stesse forze che contribuiscono a far sì che il mercato incrementi la ricchezza generale spingono anche al di sopra della crescita economica generale sia i costi che la domanda di tecnologie e di cure mediche sempre migliori. E naturalmente il mercato può essere esso stesso fonte di malattia e di infermità, come avviene nel caso del consumo del tabacco.

Storicamente nel controllare i costi dell'assistenza sanitaria le società dominate dal mercato hanno incontrato più difficoltà delle società più miste. Per la stessa ragione esse tendono a produrre un'assistenza di qualità superiore per alcuni segmenti privilegiati di popolazione e quindi a rendere nello stesso tempo più difficile ai poveri il conseguimento di un'assistenza di analogo livello. Molto frequentemente le spinte del mercato a favore dell'efficienza lavorano contro l'equità. I paesi dell'Occidente europeo hanno dimostrato spesso di voler realizzare un equilibrio efficace tra investimenti pubblici e mercato, ma anch'essi hanno risentito di forti spinte a privatizzare parti dei loro sistemi sanitari e a introdurre in essi i meccanismi del mercato. In diverse regioni dell'Asia, dell'America Latina e degli Stati Uniti stanno per diventare dominanti le strategie del mercato e la privatizzazione dei servizi sanitari. Questo fenomeno spesso è accompagnato da un declino dei programmi sanitari pubblici e dall'aumento del numero e della percentuale dei cittadini privi di assistenza. A risentirne sono non solo l'equità, ma anche l'integrità della medicina, che diventa preda di forze commerciali. In ogni caso l'economia è una componente inevitabile e centrale dell'impresa

medica e dell'erogazione dei servizi sanitari. Il gioco di azioni e reazioni reciproche tra ideologia e teoria del mercato da un lato e medicina dall'altro è una componente cruciale e non ancora spiegata della nostra realtà storica. Se questa fase non fosse ben condotta, la medicina potrebbe veder seriamente compromessi alcuni suoi valori e tradizioni centrali, ossia il rapporto fiduciario tra medici e pazienti, gli scopi altruistici della medicina e la fiducia pubblica nelle motivazioni della medicina come istituzione.

Pressioni culturali. La medicina contemporanea è uno dei principali beneficiari della fede illuministica nel progresso scientifico e dell'impegno a promuoverlo. Tale impegno è stato un potente stimolo all'avanzamento della medicina e al miglioramento dell'assistenza sanitaria. La nozione di progresso, inoltre, ha accreditato l'idea che il miglioramento della salute rappresenta una frontiera sempre aperta, cioè un terreno sul quale è lecito aspettarsi una costante evoluzione non solo dei dati di mortalità e di morbilità, ma anche delle conoscenze biologiche e dell'innovazione tecnologica. A volte queste aspettative possono alimentare ambizioni pubbliche eccessive o irrealistiche. Di solito si pensa che la medicina "di qualità" sia frutto di quanto di meglio e di più recente ci sia. In termini di diagnosi e di trattamento, e questa idea fa tutt'uno con l'assunto che il futuro ci riserverà modalità anche migliori. Per ironia della storia, il desiderio di progresso da un lato produce innovazione e allargamento delle conoscenze, ma dall'altro aumenta anche il livello di insoddisfazione nei confronti dello status quo, il quale, alla luce delle possibilità future, tende ad apparire inadeguato. Il maggior contrasto in proposito lo si è visto coi progressi realizzati in termini di riduzione dei decessi per cancro tra i giovani, i quali non fanno altro che rafforzare la delusione e la speranza di una riduzione del tasso di mortalità anche tra le persone mature - cosa ancora di là da venire.

Un altro importante valore culturale, specialmente nelle società dominate dal mercato, è la soddisfazione dei desideri individuali. La medicina non è più semplicemente un mezzo per far fronte alle malattie e alle infermità, come voleva la tradizione, ma diventa anche un modo per espandere le possibilità e le scelte umane. In molti casi, ad esempio sul terreno del controllo volontario del numero dei figli, questo fatto ha comportato benefici evidenti. Ma il nuovo punto di vista amplia anche il concetto di medicina e del suo ambito di competenza, e questa tendenza, se spinta troppo in là, tende a trasformare la medicina stessa in una pura e semplice collezione di fatti e di tecniche neutrali, da usare a piacimento, senza riconoscere altri vincoli che quelli economici.

La medicalizzazione della vita. L'enorme potere della medicina di modificare e di cambiare il corpo umano, ossia di aprire nuove possibilità biologiche, ha reso allettante l'idea di medicalizzare il più possibile la vita umana. Ad alimentare questo fenomeno sono le aspettative sociali e l'ampliarsi delle possibilità tecnologiche. Per processo di medicalizzazione intendiamo l'applicazione delle conoscenze e delle tecnologie mediche a problemi storicamente non considerati di natura medica. Ma quand'è che la medicalizzazione può considerarsi appropriata e opportuna? Se la vita ingenera angoscia e tristezza esistenziale, come di fatto avviene, è giusto andare alla ricerca di un rimedio farmacologico? Se le società producono violenza e patologia sociale, la medicina fa bene ad usare le proprie conoscenze e le proprie capacità cliniche per apprestare un rimedio? E qualora la stessa natura umana appaia difettosa, è corretto cercare di migliorarla con interventi di carattere genetico? La medicalizzazione può assumere anche un'altra forma: si tratta dell'aspettativa pubblica che la medicina, trattando i sintomi patologici delle persone, possa affrancarci da più vasti problemi sociali. Ai fini pratici del finanziamento e del riconoscimento pubblico, i problemi individuali e sociali che possono essere classificati come "medici" possono pretendere più denaro e più risorse.

I programmi medici godono del sostegno dell'opinione pubblica più dei programmi di assistenza sociale ed economica, e i problemi qualificati come medici vengono accettati più prontamente dei problemi

analoghi etichettati come questioni penali, economiche o morali: basti pensare, tanto per fare qualche esempio, all'alcoolismo e alla tossicodipendenza. Naturalmente, a dispetto dell'ineccepibilità della distinzione tra scopi primari e scopi secondari della medicina - i primi esprimono i suoi valori fondamentali, mentre i secondi concernono i benefici individuali e sociali coerenti con gli scopi primari - al riguardo restano pur sempre ampie possibilità di confusione. La medicalizzazione di ampi settori della vita umana, oltre a ingenerare incertezza su natura e portata della medicina, può contribuire ad aumentare i costi dell'assistenza sanitaria. Nondimeno va detto anche che a volte, in assenza di altri e più sostanziali rimedi, la medicalizzazione consente di affrontare problemi sociali altrimenti intrattabili. Questa circostanza può forse essere invocata per spiegare il fascino delle sostanze psicotrope come strumento per affrontare lo stress quotidiano della vita moderna.

Miglioramento umano. La frontiera più grande, aperta e utopistica della medicina è quella del miglioramento umano: si tratta di usare la medicina non solo per fronteggiare le patologie biologiche e per restaurare uno stato di normalità, ma anche per migliorare effettivamente le capacità umane - in una parola, di normalizzare e di ottimizzare. Finora le nostre possibilità di perseguire concretamente questo obiettivo sono state limitate, ed è possibile che tali rimangano. Tuttavia la prospettiva resta seducente. La contraccezione moderna ha determinato una svolta drastica nella visione del ruolo delle donne e della procreazione come componente dell'esistenza. La nuova frontiera degli interventi genetici integra il quadro con la prospettiva di una manipolazione dei caratteri umani fondamentali - tra i sogni avveniristici di cui si parla, ricorderò quello di migliorare l'intelligenza e la memoria e quello di ridurre la violenza. Così la scoperta dell'ormone umano della crescita consente già ora di aumentare la statura di coloro che, non essendo in partenza patologicamente bassi, desiderano però migliorare il proprio aspetto per ragioni personali o sociali. Qui, però, è importante notare che le possibilità utopistiche di cambiare la natura umana probabilmente sono molto limitate, mentre i progressi concreti e quotidiani realizzati sul terreno dell'istruzione e su quello farmacologico sono destinati ad esercitare un influsso più ampio e profondo.

Ragioni per riformulare gli scopi attuali. Se è necessario riesaminare gli scopi attuali, non è solo perché la medicina cercando di risolvere i vecchi problemi, involontariamente ne ha generati di nuovi, né perché essa presenta insuccessi e difetti. Se non si procederà a tale riesame fino ad approdare alla formulazione di indicazioni e di ideali nuovi e migliori, l'impresa della medicina e i sistemi di assistenza sanitaria di cui essa fa parte saranno:

- *Economicamente insostenibili*, in quanto tenderanno a porre in essere un'assistenza dai costi proibitivi nonché un dislivello continuamente crescente e iniquo tra ricchi e poveri in termini di servizi sanitari, e a porre tutti i governi nella necessità di ingaggiare una lotta politica senza fine per garantire un'assistenza decente ed efficace;

e *Clinicamente nebulosi*, in quanto non riusciranno a trovare il giusto equilibrio tra assistenza alla persona e terapia, tra lotta alla malattia e miglioramento della qualità della vita, tra riduzione della mortalità e riduzione della morbilità e tra investimento sociale di risorse a tutela della salute e effettivo miglioramento della salute delle popolazioni;

- *Socialmente frustranti*, in quanto stimoleranno speranze false e irrealistiche e creeranno nei confronti dei poteri di trasformazione del progresso medico aspettative che o non potranno realizzarsi o potranno realizzarsi solo pagando prezzi economicamente, socialmente e eticamente troppo alti;

- *Privi di una direzione e di un obiettivo coerenti*, in quanto metteranno capo a obiettivi disparati irrelati in nome della libertà del mercato o di speciali gruppi di interesse animati da buone intenzioni, ma senza determinare nessuna direzione globale discernibile, nessuna visione umanisticamente orientata di scopi degni e nessuna immagine significativa del contributo della medicina al pieno compimento dell'individuo.

Medicina e società

La medicina, pur avendo in sé la capacità di determinare significativamente il proprio corso, è profondamente influenzata dai costumi, dai valori, dall'economia e dalla politica delle società di cui fa parte. Il confine tra il campo della medicina e il campo della società è sempre più sfumato e incerto. La medicina è alimentata dalle enormi somme di denaro spese dai governi e dall'industria privata, dal potere della pubblicità e dei media, nonché dai gusti, dalle fantasie e dai desideri più diffusi tra la gente.

Non è quindi irragionevole dire che la medicina va dove va la società. Una trasformazione della medicina richiede, idealmente, una trasformazione della società, giacché le due cose non possono più essere tenute separate. Per ripensare gli scopi della medicina, occorre ripensare nello stesso tempo gli scopi e i valori della società e del substrato culturale della società. Noi non possiamo intraprendere un compito di questa portata nel presente Rapporto; possiamo però, se non altro, indicare i punti di contatto cruciali tra scopi medici e scopi sociali, e suggerire che cosa si può fare per facilitare un dialogo ricco e l'autoesame reciproco.

Pluralismo e universalismo. Ha senso parlare degli scopi della medicina, ossia proporre degli scopi come universalmente validi? La medicina presenta tratti generali e tratti particolari, scopi che devono essere comuni a tutte le culture e scopi che rappresentano il segno distintivo delle varie culture di appartenenza. Sebbene sul significato esatto e sulla portata di concetti come salute, malattia, disturbo e infermità si discuta animatamente dovunque, dovunque c'è un'istituzione e ci sono degli esperti a cui le persone si rivolgono quando i loro corpi o le loro menti non funzionano come essi e la società si aspettano. Una matrice dell'universalità della medicina è costituita dalla nostra comune natura umana. Presto o tardi, tutti ci ammaliano. Il corpo o la mente ci tradiscono. Proviamo dolore e soffriamo sia direttamente a causa delle malattie, sia indirettamente a causa delle paure legate al pensiero di come esse segneranno la nostra vita. Il fenomeno del dolore e della sofferenza è riconosciuto dovunque, anche se il grado in cui lo si tollera e il significato che gli si attribuisce, al pari dei modi istituzionalizzati di reagire ad esso, sono estremamente vari. Dovunque le persone, dovendo ovviare ai limiti e agli insuccessi della loro capacità di far fronte all'esistenza e all'ambiente, a dispetto della varietà delle loro aspettative circa l'efficacia dei vari modi di porre rimedio a quelle insufficienze, sperimentano, nella giovinezza o nella vecchiaia, la dipendenza fisica e sociale dagli altri. Il ruolo delle malattie e delle lesioni, degli eventi esterni inaspettati che interrompono il funzionamento regolare del corpo è un fenomeno riconosciuto da tutti. L'universalizzazione delle conoscenze scientifiche e l'interscambio delle conoscenze e delle abilità mediche fanno sì che oggi risulti più plausibile che mai parlare della medicina come di una disciplina e di una professione universale. Dire questo non significa negare che possa esserci una tensione piuttosto marcata - a volte fruttuosa e a volte no - tra quella che è stata chiamata "medicina cosmopolita," ossia la medicina della scienza internazionale, e la medicina locale.

Così, anche se c'è, e non può non esserci, un evidente pluralismo di concezioni della medicina e di modelli organizzativi dei sistemi sanitari, la medicina nondimeno serve bisogni umani comuni e ci sono valori importanti che dovrebbero essere oggetto di un consenso e di un rispetto universali. Autodeterminazione e giustizia sono emerse come valori di particolare importanza solo in anni recenti. Sembra difficile far leva sul pluralismo per respingere le tradizioni che hanno posto il benessere del paziente in cima agli obblighi del medico, per negare che la ricerca medica richiede il consenso informato dei soggetti, per contestare la tesi che la società deve operare per rendere ugualmente accessibile a tutti un'assistenza sanitaria decente, per opporsi all'affermazione che il trattamento medico deve poggiare sulle migliori informazioni accessibili circa la sua efficacia, o per criticare l'idea che simpatia e bontà sono due tratti essenziali di un'assistenza medica umana. Questi sono tutti valori universali e fondamentali, a volte recenti e a volte antichi, a volte

efficacemente e pienamente apprezzati e a volte no - ma tutti fanno parte della costellazione di valori che conferiscono alla medicina la sua identità attuale.

Nello stesso tempo, naturalmente, si può dire che le varie società intendono queste tradizioni e questi obblighi in modi diversi, con toni e accenti propri. I significati spesso sono locali e regionali, e difficilmente vengono colti dai valori universali. Una medicina valida prende in considerazione ed onora i variabili significati in cui si esprime la cultura e si materializza il contesto. Questo genere di diversità non è incompatibile con l'universalismo medico. Le scienze biologiche e cliniche hanno contribuito a mettere a punto un insieme universale di concetti scientifici, mentre le scienze sociali, la teoria politica e le discipline umanistiche contribuiscono sempre più a fornire un linguaggio diverso sui valori, sulla politica e sugli standard morali della medicina. Basti pensare al linguaggio dei diritti umani, dei bisogni umani e dell'etica medica, alla dottrina del rapporto medico-paziente e alle norme di deontologia medica.

La medicina sarà un'impresa più funzionale e coerente, se ci sarà un Insieme di scopi universalmente riconosciuti che ne rappresentino i necessari valori fondamentali. Oltre a facilitare lo scambio delle conoscenze e lo sviluppo di iniziative sanitarie globali (per esempio quelle promosse dall'Organizzazione mondiale della sanità), questo nucleo centrale di valori comuni consentirà altresì alla medicina di valutare il proprio operato sulla base di norme che trascendano le idiosincrasie e le peculiarità locali. Inoltre la aiuterà a mantenere la propria integrità nei confronti delle pressioni politiche o sociali a servire obiettivi estranei o anacronistici. Questa condizione consentirà poi ai pazienti di comprendere e di giudicare meglio il tipo di assistenza che essi hanno il diritto di aspettarsi e ai professionisti della medicina di darsi una visione più adeguata del proprio ruolo, nonché degli obblighi e delle aspettative che ne conseguono. La medicina ha bisogno di possedere propri valori interni orientanti e stabili, e tali valori saranno più forti se scaturiranno dai suoi scopi tradizionali e in larga misura universali.

Eppure, quantunque l'accordo sia un obiettivo suscettibile di progressivo avvicinamento, realismo e legittime differenze di prospettiva a volte possono rendere difficile l'intesa sugli scopi della medicina e, ancora di più, sui significati specifici di tali scopi. In ogni caso, il processo di comunicazione tra medicina e società deve essere assolutamente migliorato lavorando a partire da un atteggiamento profondo e universale di fiducia tra medici e pazienti.

Gli scopi della medicina sono modelli intrinseci alla medicina stessa o costruzioni sociali?

Sulla natura della medicina e sui suoi scopi ci sono due concezioni che, pur combattendosi, si sono lungamente integrate: secondo la prima la medicina ha degli scopi intrinseci suscettibili di scoperta, secondo l'altra quelli che si possono scoprire sono sempre scopi costruiti socialmente e legati al tempo e alla storia. I sostenitori della prima sostengono che gli scopi appropriati della medicina rappresentano la risposta tipica della pratica medica all'universale esperienza umana della malattia. Tale risposta si definisce come bisogno di guarire, aiutare, assistere e curare. La medicina inizia con il rapporto medico-paziente, e questo a sua volta esprime dei valori ad essa intrinsecamente legati - per esempio il vincolo medico-paziente - per mantenere e rafforzare la propria vitalità. E a questi valori intrinseci la medicina deve restare aggrappata, essi infatti consentono alla medicina di resistere al condizionamento o alla manipolazione sociale e di dare alla medicina una direzione sua propria, e ai medici di mantenere una propria integrità senza lasciarsi condizionare dai valori sociali. La medicina sarà inevitabilmente influenzata dai valori e dagli obiettivi delle società in cui opera, ma questo non significa che i suoi propri valori possano o debbano ridursi ad essi.

La prospettiva secondo cui gli scopi della medicina sono una costruzione sociale, invece, scaturisce dalla constatazione che coi cambiare delle epoche e delle culture cambiano vistosamente anche la natura della medicina e i suoi scopi. Sebbene l'assistenza ai malati costituisca una consistente costante storica e culturale, al pari della centralità del rapporto medico-paziente, il modo di interpretare malattia, infermità e disturbo, nonché la risposta a queste esperienze è complesso, che è difficile derivarne un insieme significativo di convinzioni e di valori intrinseci. Di conseguenza la medicina va intesa più propriamente come un capitale di conoscenze in evoluzione e come una gamma mutevole di pratiche cliniche prive di un

nucleo sostanziale stabile. Conoscenze e pratiche rispecchiano i tempi e le società di cui la medicina fa parte e quindi sono poste, e devono essere poste, al servizio di tutti gli obiettivi che la società reputa apprezzabili, sottostando agli stessi vincoli che condizionano le altre istituzioni sociali. Il progetto di attribuire alla medicina una natura intrinseca, per quanto attraente, è irrealizzabile, giacché da un lato scoprire questa natura è un'impresa destinata all'insuccesso, e dall'altro la duttilità sociale e scientifica rende la medicina più ricca e più forte.

In parte il conflitto tra queste due visioni della medicina si incentra su due diverse interpretazioni delle manifestazioni reali ed estremamente varie della medicina in tempi e luoghi diversi. Ma verte anche sul problema di stabilire quali *devono* essere la natura della medicina e i suoi scopi: spetta alla medicina di definire dall'interno la sua storia e le sue tradizioni, i suoi valori e la sua direzione? Oppure essa deve lasciare che a questo compito provveda dall'esterno la società? O non è vero, invece, che la medicina deve identificare la propria direzione mediante un dialogo continuo con la società, nel corso del quale ciascuno dei due interlocutori cerca la propria sfera legittima, i propri diritti e i propri doveri?

Il nostro gruppo ha concluso che quest'ultima opzione è la più plausibile, sebbene il punto di partenza della medicina debba essere costituito dalla sua stessa storia e dalle sue tradizioni. Una medicina che non abbia nessuna direzione interna e nessun valore di fondo proprio sarà fin troppo facile preda delle prepotenze e degli abusi della società per mancanza di risorse che le consentano di resistere all'usurpazione - che è, come ognuno riconosce, ciò che avvenne alla medicina nazista e comunista. Nello stesso tempo, peraltro, sarebbe ingenuo pensare che i valori medici possano sottrarsi ad ogni influsso della società. Poiché medici, operatori dell'assistenza sanitaria e pazienti fanno parte della società, non sarà mai possibile tracciare una linea divisoriva netta tra le istituzioni della medicina e le altre istituzioni sociali.

Senonché, se la prospettiva più appropriata sembra quella di un dialogo aperto e continuo tra medicina e società, in cui ognuno dei due interlocutori cerca di dar voce alla propria visione della malattia, dell'infermità e della morte, e di esprimere il proprio punto di vista in tema di erogazione dell'assistenza sanitaria, di quali vincoli e di quali prospettive si dovrà tener conto? Sul versante della medicina, è del tutto ovvia l'importanza dell'etica e della deontologia della pratica medica. Che rispetto devono i medici ai loro pazienti e i pazienti ai loro medici? Com'è che la medicina deve plasmare il proprio *habitus*, le proprie pratiche e i valori che deve cercare di instillare negli studenti? E quali devono essere questi valori? Com'è che la medicina può restare fedele alle proprie tradizioni e, nello stesso tempo, capire quando un cambiamento sul terreno delle conoscenze scientifiche o su quello dei valori sociali esige dei cambiamenti importanti nei suoi valori? Una svolta di questo tipo è avvenuta dopo la seconda guerra mondiale, quando è maturata la convinzione che la ricerca medica è lecita solo in presenza del consenso informato dei soggetti, e quando si è affermato con sempre maggiore insistenza in molte parti del mondo che ai pazienti si deve dire la verità sulla loro condizione ed è stato fatto valere il principio che valori e convinzioni delle persone devono essere presi sul serio. Miglioramento della comprensione del paziente e visione laica della medicina sono due componenti essenziali di qualsiasi programma che aspiri a migliorare la conoscenza reciproca di medicina e società.

Nel nostro gruppo non c'è stata una soluzione compiuta della questione se la medicina abbia scopi intrinseci o se, invece, sia una costruzione sociale. Sarebbe stato possibile raggiungere un accordo sulla tesi che la medicina ha di fatto, e ha sempre avuto, dei valori universali di fondo e che quindi, in questo senso, essa possiede degli scopi intrinseci. Un altro possibile punto di incontro avrebbe potuto essere la comprensione delle ragioni per cui la miriade di espressioni di quei valori e di quegli scopi - sempre elaborati in forme locali e con dinamiche diverse nelle diverse culture - danno credito alla tesi della costruzione sociale. Una via di mezzo ragionevole, quindi, è che entrambi i punti di vista sono veri: la medicina ha scopi intrinseci, frutto di ideali più o meno universali e di pratiche di carattere storico; ma le sue conoscenze e le sue abilità si prestano ad essere intese in misura significativa anche in termini di costruzione sociale. Il pericolo vero è

quello di ridurre il primo punto di vista al secondo, non quello di sostenerli entrambi in un fecondo rapporto di tensione reciproca.

Economia, medicina e bisogni sociali. Senza dubbio, l'economia gioca un ruolo importante non solo in termini di definizione della pratica concreta della medicina nelle società moderne, ma anche di influsso sui suoi scopi esplicitamente o tacitamente riconosciuti. Una volta entrata a far parte del tessuto economico di una nazione, la medicina sarà soggetta a tutte le forze e a tutte le priorità economiche che agiscono sul resto della società. La svolta nella direzione del mercato e della privatizzazione in atto nella medicina di molte nazioni asiatiche, latino-americane e centro-europee, e già da tempo consumata in quella degli Stati Uniti, porterà alla ribalta valori e priorità diverse da quelle proprie dei sistemi sanitari precedenti. La recente e rapida fortuna dei programmi statunitensi di gestione manageriale dell'assistenza - assistenza integrata da un attento controllo dei costi - ha assegnato un rilievo completamente inedito alla competizione e al contenimento dei costi. Inoltre ha avuto l'effetto di spostare gli scopi medici di fatto perseguiti in direzione dell'assistenza sanitaria di base, come già è avvenuto nell'Europa Occidentale. La privatizzazione - ossia il trasferimento al settore privato di competenze sanitarie un tempo riservate allo stato - tende a fare della medicina una merce, anche se il fatto che sia lo stato stesso a servirsene per integrare i propri servizi può migliorare la situazione.

Dal canto suo la società dovrà decidere tipo e quantità delle risorse economiche e sociali da destinare alla medicina. E per farlo, dovrà determinare il peso che intende dare ai bisogni medici e sanitari rispetto a quello che attribuisce ad altri beni importanti come la casa, la difesa, l'istruzione, il lavoro e il sistema dei trasporti. La pressione dei problemi economici costringe sempre più le società a determinare il carico economico relativo che devono accollarsi rispettivamente lo stato, i singoli cittadini e i datori di lavoro. Ma un'altra cosa da decidere sarà il grado di libertà da riconoscere al mercato. Non meno importanti sono i valori e i vincoli culturali: religione, legami etnici e interpretazioni della morale personale e istituzionale. L'aborto, la sterilizzazione, e le varie forme di riproduzione assistita, per esempio, risentiranno dei valori religiosi, mentre il grado di autodeterminazione lasciato ai pazienti nelle decisioni concernenti il loro trattamento sarà frutto di più ampie concezioni del diritto dei cittadini di prendere parte alle decisioni concernenti il loro benessere. Tali diritti possono essere, o apparire, antitetici rispetto agli scopi della medicina.

Specificazione degli scopi della medicina

@ giunto il momento di dire quali consideriamo essere gli scopi propri della medicina contemporanea e, nello stesso tempo, di giustificarli e di far luce sui problemi di significato e di interpretazione che essi pongono. Prima, però, è necessario procedere ad un chiarimento preliminare di alcuni termini chiave. Una volta sviluppata questa premessa, saremo in grado di trattare adeguatamente gli scopi della medicina riconducendoli a quattro voci: prevenzione delle malattie e promozione della salute, alleviamento del dolore e della sofferenza, trattamento della malattia e assistenza ai malati per i quali una terapia non è più possibile, e, infine, rimozione del rischio di morte prematura e promozione di una morte serena.

Definizione del concetto di "salute- e di altri termini chiave. E' pressoché impossibile parlare degli scopi della medicina senza occuparsi, nello stesso tempo, di un grappolo di idee di cui significato e scopi della medicina sono intessuti. La medicina si occupa della salute. Ma che cosa è la salute? E se una ragione per cui noi perdiamo la salute è la malattia, che cos'è la malattia? E se la mancanza di salute si manifesta come infermità o come disturbo, che cosa sono infermità e disturbo? Un modo promettente di affrontare questi problemi è di partire dal punto da cui di solito una medicina efficace incomincia, cioè dalla considerazione della persona, dell'essere umano che, essendo malato, cerca la salute. Si è osservato a lungo che la buona salute ha una qualità paradossale: è un bene prezioso, ma quando è presente in una

persona, è quasi invisibile. Non è che noi notiamo la nostra buona salute riflettendo sul fatto che il nostro corpo funziona senza difficoltà e senza tensioni; semplicemente essa è là, come una serva tranquilla e fedele.

Questa esperienza ci offre lo spunto per una definizione: per "salute" noi intendiamo l'esperienza del benessere e dell'integrità psichica e fisica. Tale esperienza è caratterizzata dalla sostanziale assenza di patologie significative e conseguentemente dalla capacità della persona di perseguire i propri obiettivi vitali e di funzionare all'interno di comuni contesti sociali o di lavoro. Con questa definizione intendiamo sottolineare l'accentuazione tradizionale dell'integrità fisica e del buon funzionamento generale, l'assenza di disfunzioni e la conseguente capacità di operare nel mondo.

La definizione appena proposta si diversifica da quella autorevolmente proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1947, quando identificò la salute con "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale." La medicina non può e non potrà mai produrre uno stato di "completo" benessere nemmeno sul piano fisico, che le è più familiare. In un momento o nell'altro, un certo grado di malattia fa parte della vita di ogni persona; e tutti siamo destinati presto o tardi ad arrenderci ad essa. Fortunatamente è vero anche che della vita della maggioranza delle persone fa parte anche un certo grado di buona salute e che, quindi, il suo mantenimento occupa un posto importante negli scopi della medicina. Salute e malattia non rappresentano affatto una dicotomia netta, anche perché la malattia può avere un impatto molto vario nella vita di una persona.

Se la salute rappresenta il concetto centrale e più decisivo della medicina in quanto fa parte integrante della concezione stessa della sua missione - ve ne sono però anche altri non meno importanti; ricordo in particolare quelli di patologia, malattia, infermità e disturbo. Il termine "patologia" (*malady*) comprende, in aggiunta alle malattie, tutta la varietà delle condizioni che rappresentano una minaccia per la salute, per esempio menomazioni, ferite, difetti. Sulla base di questa esemplificazione, possiamo qualificare come "patologico" ogni stato in cui una persona soffre, o è esposta al rischio elevato di soffrire, un male (morte prematura, dolore, invalidità e perdita di libertà, di opportunità o di piacere) in assenza di una causa esterna precisa. L'espressione "in assenza di una causa esterna precisa" serve a distinguere le fonti interne di patologia dalla dipendenza continuativa da cause chiaramente distinte dalla persona (per esempio dal dolore causato dalla tortura o da atti di violenza). Quando una persona è affetta da una patologia, insomma, la minaccia viene dall'interno della sua persona, non dall'esterno. Per "malattia" (*disease*) intendiamo una disfunzione fisiologica o mentale legata alla deviazione da norme statistiche erette a standard, deviazione che produce infermità o invalidità, o che aumenta la probabilità di morte prematura. Per "infermità" (*illness*) intendiamo la percezione soggettiva da parte della persona dell'assenza o della menomazione del suo benessere fisico o mentale, con conseguente intralcio del normale funzionamento del corpo o della mente. Per "disturbo" (*sickness*) intendiamo la percezione da parte della società dello stato di salute di una persona, quando tale percezione comprende l'idea che la persona non funziona bene fisicamente o mentalmente.

Quattro scopi della medicina. Messe a punto queste definizioni, possiamo tornare al nostro compito di reinterpretare gli scopi della medicina. Credo di dover notare fin dall'inizio che nel nostro gruppo c'era una notevole divergenza su due questioni. La prima è costituita dal problema se sia utile o ragionevole cercare di stabilire una scala di priorità tra gli scopi della medicina. Ci sono scopi comparativamente più importanti degli altri o logicamente precedenti rispetto ad essi? Dopo prolungate discussioni siamo giunti a riconoscere concordemente che stabilire delle priorità fisse non è né utile né possibile. Persone diverse hanno bisogni sanitari diversi; e la stessa persona nel corso della stessa malattia può avere bisogni diversi in tempi diversi. C'è stata qualche discussione anche sulla questione se fosse meglio parlare di "valori di fondo" della medicina anziché di scopi della medicina, e se convenisse considerare gli scopi della medicina non tanto come scopi formali quanto come ideali regolativi da perseguire. Alla fine abbiamo convenuto tutti quanti sul fatto che è ancora utile parlare di scopi.

Parte del dibattito sulla determinazione di una scala di priorità degli scopi si è concentrato su una seconda questione, quella dello status da attribuire alla promozione della salute e alla prevenzione della malattia come scopi della medicina. Sull'importanza della promozione della salute e della prevenzione della malattia c'era pieno accordo. Ma poiché questi due obiettivi richiedono strategie che esulano decisamente dal campo strettamente medico e poiché l'assegnazione di una priorità troppo marcata alla prevenzione primaria implicava, o almeno sembrava implicare, l'abbandono delle persone malate, c'è stata un'accentuata resistenza a riconoscere alla prevenzione stessa una priorità anche solo logica. Noi, perciò, ci limitiamo a sottolineare l'importanza di questo obiettivo senza distinguere particolarmente dagli altri che ci accingiamo a specificare. A nessuno di essi riconosciamo una priorità stabile; ognuno di essi sarà più -o meno importante a seconda delle circostanze.

Prevenzione delle malattie e del panni fisica e promozione e conservazione della salute.

Promozione della salute e prevenzione delle malattie sono i valori medici fondamentali per tre ragioni. Innanzitutto il buon senso dice che, quando è possibile farlo, è preferibile evitare le malattie e i danni fisici. Uno dei doveri primari dei medici e di coloro che collaborano con loro è quello di aiutare i pazienti a star bene e di insegnare loro quali sono le strategie migliori per conseguire questo obiettivo. Alcuni direbbero che i medici che aiutano i loro pazienti a mantenersi sani rendono loro un servizio non meno prezioso di quelli che li curano dopo che abbiano contratto una malattia o subito un danno fisico o una menomazione. L'importanza della promozione della salute nel caso dei bambini, che in molte parti del mondo continuano a morire in percentuali elevate, non sarà mai adeguatamente enfatizzata. Un antico obiettivo della medicina è quello di aiutare la gente a vivere maggiormente in armonia con il proprio ambiente: tale obiettivo merita di essere perseguito dalla nascita alla morte. Il nostro gruppo ha avvertito il bisogno di porre in rilievo un tipo particolare di prevenzione delle malattie, enfatizzando l'enorme pericolosità del fumo e la necessità di educare i giovani a non incominciare a fumare e le persone più anziane a smettere di farlo.

In secondo luogo, disponiamo di prove sempre più numerose, ancorché non incontrovertibili, che a volte lo sforzo di promuovere la salute e di prevenire le malattie ha benefiche conseguenze economiche in quanto riduce la frequenza e i costi della morbilità e delle malattie croniche dell'età adulta. Ai fini del mantenimento della salute, inoltre, tali sforzi, quantunque non senza costi, anche in termini economici costituiscono una strategia vantaggiosa. Né va dimenticato che l'enfatizzazione della promozione e della prevenzione può ridimensionare l'interesse per la dipendenza dall'alta tecnologia e per la medicina di urgenza e degli acuti in genere, e ridurne il peso e il fascino a volte decisamente eccessivo.

Il terzo luogo è importante accreditare, nel grande pubblico non meno che tra i professionisti della salute, l'idea che la medicina non è una disciplina che si occupa solo di salvare chi è in pericolo di vita o, comunque, di chi è già malato; e che i sistemi di assistenza sanitaria non servono solo a curare i malati. Assegnare un posto importante alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie significherebbe segnalare a tutti, dentro e fuori la medicina, che tale strategia comporta vantaggi enormi sia a livello sociale che individuale.

Nel sostenere che la promozione della salute e la prevenzione delle malattie rappresentano un obiettivo fondamentale della medicina, non intendiamo minimizzare le seguenti due circostanze: la prima è che la morte può essere solo rinviata, non debellata; e la seconda, che nemmeno la malattia in generale potrà mai dirsi debellata: noi possiamo vincere solo alcune malattie, e queste sono destinate ad essere sostituite da altre. Perciò alla prevenzione delle malattie non si può mai attribuire una priorità assoluta rispetto agli altri scopi della medicina. Malattie, menomazioni e danni fisici alla fine sono il destino di tutti; e in quel momento vengono alla ribalta gli altri scopi della medicina.

Fatte queste precisazioni, va detto che promozione della salute e prevenzione delle malattie devono superare molti ostacoli. Sui costi complessivi e sul rapporto costi-benefici dei programmi di promozione della salute non disponiamo di dati sufficienti. Qualcuno ha detto perfino che, poiché cause determinanti

principali dello stato di salute sono il reddito, la classe di appartenenza, l'istruzione e le opportunità sociali in genere, la medicina di per sé non è in grado di fare alcuna differenza sul terreno della salute di una popolazione. Nella migliore delle ipotesi, può solo alleviare le sofferenze di chi si è già ammalato. In questo stesso spirito, qualcuno ha affermato che porre un'enfasi eccessiva sul compito di modificare il comportamento dell'individuo sarebbe come "colpevolizzare la vittima", come se causa ultima del cattivo stato di salute del malato fosse un suo precedente comportamento. La medicina sociale non ha forse dimostrato che, come causa delle malattie, i fattori sociali sono molto più importanti del comportamento individuale? E la genetica, per non dire di altre branche della medicina, non ha forse messo in luce che di norma nell'emergere delle malattie tra gli individui ci sono importanti continuità genetiche?

Questi punti di vista non sono inconciliabili. Se è vero che è importante possedere dati affidabili concernenti il rapporto costi-benefici, è vero anche che escludere per ragioni di scetticismo la promozione della salute non sarebbe più giustificato che escludere qualsiasi altra parte della medicina. Quanto all'obiezione che voler intervenire sui comportamenti sarebbe come 'colpevolizzare la vittima,' si può ben dire che anche in presenza di forti pressioni sociali, gli individui possono benissimo cambiare i propri comportamenti sanitari e di fatto li cambiano: sono molte le persone che smettono di fumare, imparano a moderarsi nel bere, perdono peso o incominciano a fare del moto. Il comportamento individuale è la variabile che ' in ogni caso, filtra gran parte dell'influsso sociale. Anche se in molti casi un cambiamento individuale completo non è possibile o almeno probabile, da un punto di vista economico e personale anche cambiamenti relativamente modesti possono fare una differenza reale. Peraltro dovrebbe essere ovvio che il comportamento individuale risente significativamente di differenze culturali che possono cambiare in meglio o in peggio.

Una cosa forse ancora più importante è che, trattando la prevenzione delle malattie e la promozione della salute come valori centrali della medicina non meno che del sistema sanitario pubblico, negli anni a venire potremmo legare in un più stretto rapporto di collaborazione due campi decisivi dell'assistenza sanitaria - la medicina e il sistema sanitario pubblico - che hanno operato troppo a lungo separatamente, quando non addirittura facendosi concorrenza. La creazione di un rapporto di collaborazione più stretta tra le due istituzioni rappresenta un'urgente necessità. Il sistema sanitario pubblico (quando dispone di finanziamenti adeguati) grazie alle sue competenze epidemiologiche è in grado di ricostruire la distribuzione di malattie, incidenti e invalidità e di mettere queste sue conoscenze a disposizione dei medici. Dal canto suo la medicina, grazie al rapporto privilegiato che ha con i singoli pazienti, si trova in una posizione estremamente favorevole per proporre loro i consigli e per individuare, mediante l'anamnesi familiare, il testing e altre tecniche, le persone maggiormente esposte al rischio di malattia. Quanto più sistema sanitario pubblico e medicina clinica riusciranno ad armonizzare i loro sforzi e a coordinare le rispettive potenzialità, tanto meglio entrambi coglieranno i loro obiettivi istituzionali. Un approccio intelligente alla promozione della salute sarà estremamente sensibile all'importanza delle condizioni generali di vita - economiche ed occupazionali, non meno che sociali - per lo stato di salute della gente. Pertanto la medicina può e deve integrare meglio i propri sforzi con quelli delle altre istituzioni statali e sociali che si occupano di assistenza sociale ed economica.

- *Alleviamento del dolore e delle sofferenze causate dalle patologie.* Anche se ci sono malattie, per esempio l'ipertensione, che non producono sintomi immediati, per lo più le cose non vanno così e molte persone cercano di farsi ordinare medicine che alleviano il dolore e le sofferenze. In presenza di qualche forma di disturbo fisico, le persone chiedono aiuto, così come cercano sollievo quando sono psicologicamente oppresse. Molte volte, poi, dolore e sofferenza sono compresenti. Quantunque spesso uniti nell'esperienza del paziente, però, dolore e sofferenza non sono necessariamente la stessa cosa. Per dolore si intende un tormento fisico acuto che presenta molte varietà: pulsazione, perforazione e bruciore. Per sofferenza, invece, si intende uno stato di oppressione o di tensione psicologica di norma caratterizzato

da paura, terrore o angoscia. Un dolore acuto e implacabile può essere causa di sofferenza, ma non necessariamente lo è (in particolare se il paziente sa trattarsi di uno stato passeggero o dell'effetto di una terapia che sta per terminare). Nemmeno la sofferenza implica necessariamente dolore: per lo più le sofferenze legate alle malattie mentali, al pari delle quotidiane paure della vita, non implicano necessariamente un dolore fisico.

L'alleviamento del dolore e della sofferenza è uno dei più antichi doveri del medico e un obiettivo tradizionale della medicina. Sennonché per tutta una serie di ragioni in tutto il mondo la medicina contemporanea non soddisfa in modo adeguato questo suo compito. Per molti anni diversi studi hanno mostrato che i medici intendono: e perseguono l'attenuazione del dolore con gradi di efficacia molto vari. Interventi inadeguati o impropri di mitigazione del dolore sono ancora molto comuni. Questi insuccessi sono spesso aggravati da leggi e tradizioni concernenti l'uso dei narcotici che impediscono ai medici di fare l'uso migliore dei moderni metodi palliativi. In molte parti del mondo addirittura non si dispone dei narcotici necessari; per ironia della sorte, questo accade proprio nei paesi che pure possono spendere molto denaro in trattamenti tecnologici estremamente costosi come la chemioterapia del cancro. Per ciò che concerne l'istruzione sulla terapia del dolore, sull'applicazione delle conoscenze disponibili e sul supporto medico e culturale necessario per mettere stabilmente a disposizione della gente un servizio decente in questo settore dell'assistenza, ci sono inadeguatezze gravi sia nei paesi avanzati che in quelli in via di sviluppo. La medicina delle cure palliative è un campo emergente di grande importanza che affronta una materia complessa e ancora non pienamente compresa - e che, proprio per questo, richiederebbe di essere sostenuta e vigorosamente promossa.

Le cose non vanno meglio per l'attenuazione della sofferenza. Anche là dove si conoscono molto bene le risorse farmacologiche suscettibili di essere utilmente usate per la terapia del dolore fisico, la sofferenza mentale ed emotiva che può accompagnare la malattia molte volte o non è riconosciuta o non è trattata in modo appropriato. Troppo spesso si affida ai farmaci il compito di risolvere situazioni che invece richiedono dialogo, consiglio e empatia. Il fatto che alcuni medici non sappiano adottare come termine di riferimento il paziente come personalità completa e integrale, anziché come pura e semplice collezione di organi, dimostra che a loro giudizio la sofferenza psicologica può essere trascurata o, se proprio la si nota, può essere considerata priva di importanza.

A mancare, qui, è se non altro la consapevolezza del fatto che la paura del decadimento fisico, della malattia e dell'infermità spesso produce una sofferenza non meno acuta dell'effettiva realtà di questi mali. Per il soggetto la minaccia rappresentata dalla possibilità del dolore, della malattia o di una menomazione può essere molto grave ed avere conseguenze non meno pesanti di quelle che l'effettivo verificarsi della malattia produrrebbe sul corpo; ed è compito dei medici contribuire a lenire simili angosce. L'idea di un'infermità a cui non si accompagna nessuna malattia è assolutamente plausibile: essa rispecchia tutta una gamma di situazioni e di esperienze che non sono riconducibili a difetti organici. Una concezione olistica della salute contribuirà a porre nuove basi per la cura di quella consistente frazione di pazienti, pari all'incirca al cinquanta per cento, che hanno bisogno di aiuto, ma non manifestano nessun sintomo clinico di malattia.

Un'importanza tutta particolare va riconosciuta alla sofferenza causata da problemi di salute mentale, da malattie gravi come la schizofrenia e la depressione o da malattie meno gravi, ma comunque serie, come le nevrosi, le fobie e i disturbi del carattere. I problemi di salute mentale non sempre hanno la loro causa in una malattia; ed è importante che, per giustificare una seria considerazione dei problemi di salute mentale, non si pretenda una base biologica. Le malattie mentali formano nel complesso una gamma molto vasta e ben riconosciuta in campo medico; esse colpiscono milioni di persone in tutto il mondo. Nonostante questo, poiché i loro sintomi iniziali sono spesso espressioni vaghe e indifferenziate di sofferenza, a livello di assistenza sanitaria di base i problemi di salute mentale vengono troppo spesso

ignorati o minimizzati e si tende ad occuparsi principalmente dei disturbi che presentano un quadro patologico chiaro.

La disparità tra l'attenzione prestata dalla medicina pubblica ai malati fisici e quella spesso più limitata riservata ai malati mentali è il sintomo del permanere d'uno stereotipo, ossia dell'idea che la malattia mentale è meno importante della malattia fisica. In realtà, la malattia mentale può essere causa di sofferenze e di condizionamenti non meno gravi di quelli prodotti dalle malattie fisiche. È importante, inoltre, che gli operatori della medicina colgano molto bene la differenza tra condizioni patologiche con una base organica e condizioni funzionali che sono espressione di un assetto sociale dannoso. Soprattutto occorre riconoscere che le cause di molte forme di sofferenza umana - guerra, violenza, tradimento della fiducia delle persone - non hanno nulla da spartire con i problemi di salute e con la malattia.

Fino a che punto può spingersi la medicina nel perseguire l'obiettivo di alleviare la sofferenza? Il nostro gruppo, per esempio, si è diviso sulla questione dell'eutanasia e del suicidio assistito - due cose che la storia insegna essere state proibite da gran parte delle etiche mediche - come risposte alle sofferenze dei malati terminali o incurabili. Nondimeno alla fine ci siamo riconosciuti tutti quanti nell'affermazione che questo problema è destinato a rivelarsi importante negli anni a venire, man mano che la medicina cercherà di comprendere meglio i propri doveri, e i limiti di tali doveri, verso coloro che soffrono. Le sofferenze che accompagnano la malattia sono in parte una risposta alla malattia stessa, che, infatti, può causare paura, disperazione, senso di spossatezza, angoscia nei confronti del futuro e un senso profondo di inutilità e di impotenza. A questi stati d'animo il medico e gli altri operatori sanitari devono contrapporre un'amorosa sollecitudine, empatia e, se possibile, conforto e consiglio. Ma la sofferenza a volte, specialmente se è legata a una malattia cronica o terminale, agli occhi del paziente può sollevare interrogativi sul significato della vita, del bene e del male, nonché del destino della persona interrogativi comunemente considerati spirituali o filosofici, non medici.

Perché sono malato? Perché mi tocca morire? Che scopo ha il mio dolore? La medicina non è in grado di proporre nessuna risposta a queste domande; esse non rientrano nelle sue competenze. Tuttavia, dai medici e dagli infermieri, in quanto esseri umani, ci si aspetterà una qualche risposta. A questo punto, secondo noi, chi si occupa del malato dovrà fare appello alla propria esperienza e alla propria visione del mondo, e considerarsi semplicemente un essere umano accanto a un altro essere umano, che gli chiede non solo conoscenze mediche, ma anche compassione e simpatia. A volte, però, anche l'assistenza più affettuosa e sollecita e le più avanzate cure palliative mostreranno il proprio limite. E la medicina non potrà fare altro che riconoscerli. La medicina ha possibilità finite al pari degli esseri umani che serve e non può controllare o gestire tutta la vita delle persone.

Assistenza e terapia dei malati, assistenza di quelli che non possono più essere guariti. Le persone di norma si rivolgono alla medicina perché si sentono malate, perché hanno subito una lesione o perché si sentono mentalmente o fisicamente deboli. Dal canto suo, la medicina risponde andando alla ricerca di una causa della malattia, e il presupposto tipico di questa ricerca è che tale causa risieda in un organo danneggiato o malato. Quando risulta che le cose stanno effettivamente così, la medicina cerca di curare la malattia e di restituire il paziente a uno stato di benessere e di funzionamento normale. Tuttavia le persone di norma non presentano ai medici semplicemente organi malati, nemmeno quando sanno o sospettano che la ragione per cui si sentono malati è questa. Di solito i pazienti chiedono ai medici qualcosa di più della pura e semplice terapia; chiedono empatia e comprensione. I pazienti sottopongono ai medici infermità e ferite; sono queste le cose che essi sperimentano più direttamente a livello soggettivo e che di solito li spingono a cercare un sollievo. Essi però presentano *se stessi ed* è dalla considerazione delle loro persone che devono prendere le mosse assistenza e terapia.

Dato il proprio desiderio di guarire i pazienti, di assicurare loro la terapia appropriata, la medicina moderna a volte ha trascurato il proprio dovere di prendersi cura di loro, di assisterli - quasi a dire: se si

riesce a trovare la terapia giusta, che bisogno c'è di assisterli? Questo modo di pensare è profondamente sbagliato. In molti casi, naturalmente, l'assoluta impersonalità della tecnica è del tutto accettabile, anzi è un pregio; basti pensare alle tracheotomie di emergenza, alla rianimazione cardiopolmonare e a molte forme di chirurgia altamente tecnologica. Ma il bisogno di assistenza è molto più comune. Assistere una persona non significa solo manifestare sollecitudine, empatia e disponibilità a parlare con lei. Significa anche essere capaci di parlarle e di ascoltarla, mettendo a sua disposizione precise conoscenze concernenti i servizi sociali e assistenziali necessari per aiutare lei stessa e la sua famiglia a far fronte all'ampia gamma di problemi non medici che di solito la malattia comporta. Un'assistenza valida, intesa come cura della persona, esige necessariamente precise competenze tecniche.

Un genitore malato e incapace di provvedere ai propri figli probabilmente soffre molto di più di questa incapacità che della malattia. E una moglie che accudisca il marito affetto dal morbo di Alzheimer ha bisogno di aiuto né più né meno del marito. L'assistenza medica comprende sia la terapia che l'assistenza alla persona; in senso lato, essa può prendersi cura della persona anche in quei casi in cui la guarigione non è più possibile. La medicina può assistere le persone anche aiutandole ad affrontare con efficacia malattie permanenti.

La riabilitazione è un settore importante e in pieno sviluppo della medicina moderna. Alla radice della sua fortuna c'è la messa a punto di molti mezzi atti a consentire ai pazienti menomati o malati di recuperare le funzioni vitali e di tornare in società. È una forma di medicina che si colloca a metà strada tra la terapia e l'assistenza alla persona: a volte essa restaura integralmente la funzione normale, a volte coglie questo obiettivo solo parzialmente, a volte contribuisce a rallentare i processi degenerativi. In ogni caso, per avere successo, la riabilitazione solitamente richiede molto tempo e molta attenzione, e, da questo punto di vista, richiede un forte spirito di servizio e un appoggio sociale determinato. L'assistenza medica è una possibilità reale anche quando non è più possibile restituire il corpo alla sua piena funzionalità.

Nelle società sempre più vecchie del nostro tempo, dove le malattie croniche sono la causa più comune di dolore, di sofferenza e di morte - dove, in altre parole, le infermità sono destinate a continuare indipendentemente da quello che fanno i medici - l'assistenza alla persona, il prendersi cura di lei, diventa ancora più importante, riacquistando il primato dopo un'epoca in cui è sempre apparsa una seconda scelta. Nei casi di infermità cronica i pazienti devono essere aiutati a dare un senso personale alla propria condizione, ad affrontarla e a convivervi, magari in permanenza. A sessant'anni le persone per lo più hanno almeno una malattia cronica, e ad ottanta ne hanno tre o più. Dopo gli ottantacinque almeno nella metà dei casi hanno bisogno di un aiuto significativo per far fronte alle comuni attività della vita quotidiana. Nei confronti dei malati cronici, che devono imparare ad adattarsi a un sé nuovo e alterato, il lavoro del personale medico dovrà concentrarsi non già sulla terapia, ma sulla gestione della malattia - dove per "gestione" si intende l'assistenza psicologica empatica e continua a una persona che, in un modo o nell'altro, deve accettare la realtà della malattia e convivervi. Qualcuno ha osservato che la medicina a volte deve aiutare il malato cronico a forgiarsi una nuova identità.

È il caso di aggiungere che questa situazione non riguarda esclusivamente gli anziani, anche se gli anziani probabilmente rappresentano la percentuale più elevata dei malati cronici. Non meno bisognosi di assistenza alla persona sono i malati di AIDS, i bambini handicappati e gli adulti giovani affetti da qualche menomazione. Si può ben dire che gli stessi successi della medicina nel salvare vite umane - all'inizio della vita, quelle dei bambini nati sotto peso e, alla fine, quelle degli ultranovantenni - ha aumentato, e non diminuito, l'incidenza della morbilità. Oggi noi siamo in grado di convivere, bene o male, con malattie che un paio di generazioni fa ci avrebbero ucciso. E la conseguenza è che le persone sfuggite alla morte sono candidate ad alimentare non solo un incremento della medicina nel suo versante terapeutico, ma con la medesima certezza anche quello della medicina che si occupa dell'assistenza alla persona.

* *Rimozione dei rischi di morte prematura e propiziazione di una morte serena.* La lotta contro la morte in molte delle sue manifestazioni è un obiettivo importante della medicina. Tuttavia questo obiettivo deve sempre convivere in uno stato di sana tensione con il dovere della medicina di accettare la morte come destino di tutti gli esseri umani. Il trattamento medico deve essere tale da non contrastare, anzi da favorire, la possibilità di una morte serena. La medicina contemporanea, sfortunatamente, spesso ha visto nella morte il nemico supremo, quello con cui non si può mai venire a patti. Lo ha fatto non solo assegnando una percentuale decisamente sproporzionata di fondi alla ricerca sulle malattie che portano alla morte, ma anche, a volte, prolungando la vita umana oltre ogni limite di ragionevole beneficio e trascurando deplorabilmente l'assistenza dei morenti, quasi che questi, in virtù del loro stato, perdessero ogni diritto all'attenzione, alla presenza umana e agli interventi palliativi della medicina.

Rimozione della morte prematura. Nella lotta della medicina contro la morte, un obiettivo prioritario è quello di ridurre il rischio di morte prematura a livello di popolazione e di singoli individui. Un obiettivo secondario è quello di assistere o di prendersi cura in modo appropriato delle persone la cui morte non dovrebbe più considerarsi prematura, ma che, nondimeno, possono trarre vantaggio da un trattamento medico. In generale si può dire essere dovere primario della medicina e dei sistemi sanitari di aiutare i giovani a diventare vecchi e, dopo che questo obiettivo sia stato raggiunto, aiutare le persone diventate vecchie a vivere il resto della propria vita con dignità e in modo confortevole.

La nozione di morte "prematura" è relativa alla storia e alla cultura, nonché allo stato delle conoscenze, delle abilità e delle tecnologie mediche disponibili. La morte può dirsi "prematura" quando avviene prima che la persona abbia avuto l'opportunità di sperimentare le principali possibilità di un ciclo di vita tipicamente umano: di perseguire e di conseguire un certo grado di sviluppo intellettuale, di instaurare rapporti stretti e amorosi con altri, di vedere i propri figli, e in genere coloro a cui si deve provvedere, di varcare la soglia dell'età adulta e dell'indipendenza, di poter lavorare o comunque sviluppare i propri talenti individuali, di perseguire i propri scopi di vita e, più in generale, di avere la possibilità e la capacità di realizzare compiutamente se stessi. All'interno di un ciclo vitale individuale una morte può dirsi prematura, anche in età avanzata, quando la vita possa essere preservata o prolungata senza gravi oneri sociali o individuali.

Se quella di evitare la morte prematura fosse uno scopo primario della medicina, agire come se la morte fosse sempre prematura sarebbe un errore né più né meno che enfatizzare l'eliminazione della morte a spese di altri bisogni sanitari importanti. Il perseguimento di una più elevata aspettativa di vita come fine a se stesso non sembra un obiettivo medico appropriato. L'aspettativa media di vita dei paesi avanzati consente ai cittadini di condurre una vita piena, anche se molti di essi preferirebbero vivere più a lungo. Certamente, come scopo personale, questo non è inaccettabile, ma, dati i costi e la difficoltà di conseguire un aumento addizionale significativo dell'aspettativa media di vita mediante l'innovazione tecnologica, c'è motivo di dubitare che possa essere anche un valido obiettivo globale e nazionale o uno scopo della ricerca medica.

Perseguimento di una morte serena. Poiché la morte verrà per tutti e i pazienti di tutti i medici un giorno o l'altro moriranno, al pari dei medici stessi, la medicina deve considerare un obiettivo importante la creazione di circostanze cliniche capaci di favorire la probabilità di una morte serena. La morte può dirsi serena quando dolori e sofferenze siano stati ridotti al minimo mediante adeguate cure palliative, quando i pazienti non vengono mai abbandonati a se stessi o trascurati e quando l'assistenza alle persone destinate a non sopravvivere viene considerata non meno importante dell'assistenza alle persone che invece potranno sopravvivere. Naturalmente la medicina non può mai garantire pienamente una morte serena, né può considerarsi responsabile di ciò che accade alle persone nel loro cammino verso la morte. Ma la medicina può evitare di trattare la morte come se fosse un incidente biologico evitabile o un fallimento terapeutico

che avrebbe potuto essere scongiurato. La morte è, ed è sempre stata, il termine inevitabile che, presto o tardi, pone fine anche al miglior trattamento medico. Ad un certo punto dell'esistenza, ogni trattamento di sostegno alla vita è destinato a rivelarsi futile e a raggiungere il punto-limite delle sue possibilità. Così una gestione umanitaria della morte è la responsabilità ultima e forse umanamente più impegnativa del medico, il quale è costretto a riconoscere nel proprio paziente non solo il suo stesso destino, ma anche i limiti insiti nella scienza e nell'arte medica, ossia in un'attività che ha per destinatari degli esseri mortali.

Sospensione del trattamento di sostegno alla vita. La medicina moderna ha reso il problema della morte più complesso di quanto non fosse in precedenza. Di fronte al progresso medico e al continuo evolvere della tecnologia, tutte le società dovranno elaborare criteri medici e morali per stabilire quando è appropriata la cessazione del trattamento medico dei malati terminali. È importante che, possibilmente, in queste decisioni un ruolo significativo spetti ai pazienti stessi e alle loro famiglie. I criteri per la cessazione del trattamento dovranno prendere in considerazione l'operosità del trattamento stesso per il paziente, il beneficio che esso promette di produrre sostenendo un tipo di vita accettabile per il paziente e la disponibilità di risorse da destinare ad aggressive procedure di cura dei casi acuti. Il medico, stante il notevole potere che ha in situazioni di questo tipo, deve far fronte a un compito tutt'altro che agevole: contemperare la soddisfazione dei bisogni del paziente e il rispetto dell'integrità medica, e facilitare una morte serena. In questi casi l'obiettivo appropriato della medicina è quello di promuovere il benessere del paziente, di sostenere la vita nei limiti del possibile e del ragionevole, ma anche di riconoscere che la morte in quanto tale, occupando un posto essenziale nel ciclo della vita umana, non può considerarsi la sua nemica. @ la morte che giunge nel momento sbagliato (troppo presto nella vita), o che è prodotta da cause sbagliate (cioè quando può essere evitata con mezzi medici a costi ragionevoli) e che colpisce il paziente nel modo sbagliato (ossia portando con sé o dolori e sofferenze gravi che potevano essere evitati o un'agonia eccessivamente prolungata) che deve considerarsi nemica della medicina.

Scopi sbagliati della medicina e abusi delle conoscenze mediche

Gli scopi della medicina sono vari e molteplici. La sua capacità di interpretare dolore, sofferenza e decadimento in termini laici e di conferire loro (almeno in parte) un senso attraverso metodi e metafore scientifiche ne fa un'impresa che va ben oltre gli scopi strettamente medici. Delle possibilità e delle conoscenze mediche si possono fare molti usi. Per lo più buoni, ma a volte anche cattivi. La medicina può essere impiegata per salvare delle vite umane e per torturare i prigionieri, per alleviare il dolore e per collaborare ad esecuzioni capitali, per interrompere gravidanze e per superare l'infertilità, e così via. Quali usi sono compatibili con gli scopi primari della medicina e quali non lo sono? I possibili abusi delle conoscenze mediche possono essere divisi grosso modo in, quattro categorie: ci sono usi inaccettabili in qualsiasi circostanza; usi che esulano dagli scopi tradizionali della medicina ma servono in vista di obiettivi sociali e individuali moralmente accettabili; usi che possono considerarsi accettabili in certe circostanze e con procedure e salvaguardie chiare; e usi che, pur non essendo chiaramente e palesemente sbagliati, sollevano preoccupazioni così serie da poter essere giustificati solo da ragioni sociali enormemente cogenti.

Usi sbagliati e inaccettabili delle conoscenze mediche. In generale l'uso delle conoscenze mediche può considerarsi sbagliato o inaccettabile quando abbia un obiettivo moralmente sbagliato in sé o avvenga in un contesto moralmente sbagliato. Utilizzare le potenzialità della medicina per torturare le persone, per esempio, significa pervertire la medicina stessa, capovolgere i suoi scopi, è usandola non per guarire, ma per infliggere dolore. Parimenti, qualcosa di molto simile a una perversione può considerarsi anche l'uso di tecniche farmacologiche o neurologiche a scopo politico, per esempio per migliorare i risultati di un interrogatorio, per rendere passivi dei prigionieri o per indurre terrore o angoscia in una persona per controllarla meglio. In tutti questi casi, ad essere moralmente sbagliato è il fine stesso, e il fatto che esso venga perseguito con mezzi medici peggiora ulteriormente le cose. Così in tutto il mondo le associazioni

mediche hanno condannato la partecipazione dei medici alle esecuzioni capitali, svolgendo un ruolo che anche noi consideriamo incompatibile con gli scopi della medicina.

L'uso di soggetti umani nella ricerca medica senza il loro consenso informato - proibito quasi cinquant'anni fa dal Codice di Norimberga - è un esempio di abuso della medicina per scopi altrimenti accettabili. Il divieto di questo tipo di ricerca è quasi assoluto e vale anche quando queste iniziative promettano di salvare vite umane o di produrre altri benefici importanti. Le eccezioni sono possibili solo quando siano in gioco dei bambini o degli individui incapaci di intendere e di volere, e anche in questo caso solo a diretto beneficio del paziente. Alcuni firmatari di questo documento sono convinti che in questa categoria rientrino anche l'eutanasia e il suicidio assistito: la volontà di alleviare il dolore o la sofferenza, pur perfettamente ragionevole in sé, non giustificherebbe l'uso di competenze mediche per perseguire direttamente e intenzionalmente l'obiettivo di far morire un paziente, sia quando tale uso sia fatto personalmente dal medico sia quando sia fatto per interposta persona grazie a competenze e farmaci forniti dal medico. Altri membri del gruppo, però, dissentono da questa posizione - che noi lasciamo quindi aperta.

Usi non medici accettabili delle conoscenze mediche. Sebbene gli usi

consacrati e correnti della medicina siano finalizzati al conseguimento della salute, le competenze mediche possono essere messe a frutto anche per conseguire obiettivi che direttamente non hanno nulla a che fare con la salute. Se la tortura rappresenta un uso condannato della medicina, la chirurgia estetica praticata nell'intento di cambiare o di migliorare l'aspetto di una persona (e non di provvedere dei rimedi di carattere funzionale a ferite o deformità) è diventata da tempo un'attività accettata. Essa di solito non pone nessuna minaccia al benessere generale e in quasi tutti i sistemi sanitari dev'essere pagata personalmente. La medicina legale prevede l'uso delle competenze mediche all'interno del sistema giudiziario e comprende la patologia legale, l'uso delle conoscenze psichiatriche nella valutazione della responsabilità penale e l'impiego delle tecniche del DNA nella valutazione delle impronte digitali e nell'identificazione dei fluidi corporei. Le conoscenze mediche vengono impiegate tradizionalmente anche in campo militare per valutare la capacità delle persone di affrontare un combattimento.

L'uso della medicina, per esempio mediante la contraccezione, la sterilizzazione e l'aborto, per la pianificazione familiare (che può influire direttamente sulla salute, ma che può anche non avere nessun riscontro di questo tipo), oggi è pacificamente accettato in gran parte del mondo. In molti paesi queste capacità possono aiutare a controllare l'eccessiva crescita demografica, a migliorare la salute e lo status sociale delle donne, il benessere dei bambini e la stabilità delle famiglie. L'obiettivo generale è quello di dare agli uomini, alle donne e alle coppie il controllo delle loro capacità riproduttive. Questo fatto può servire anche al conseguimento di obiettivi individuali, specialmente in quei paesi in cui povertà e pressione demografica, o entrambe le cose insieme, sono un problema. Noi riconosciamo che all'interno di alcune prospettive religiose o filosofiche non tutti questi metodi sono moralmente accettabili; e sappiamo che in molti paesi essi hanno innescato un dibattito che è ancora in corso. Non è nostro compito pronunciare commenti al riguardo; ci limitiamo ad osservare che in quasi tutto il mondo la pratica di usare le conoscenze mediche in vista della pianificazione familiare e della limitazione delle nascite è considerata generalmente accettabile, a condizione che vi siano consenso informato e diligenza nella prestazione del monitoraggio e del controllo medico, e che venga esclusa ogni forma di coercizione giuridica o sociale. La necessità di forme migliori e non costose di controllo delle nascite costituisce una priorità importante.

Usi della medicina accettabili in alcune circostanze. Una questione più recente, ma certamente non meno controversa è quella dell'uso delle conoscenze mediche per affinare o migliorare le caratteristiche umane naturali - un uso che in genetica e in tecnologia farmaceutica viene considerato una possibilità da molto tempo. Gli ultimi anni hanno visto emergere anche la medicina predittiva, lo screening genico, la diagnosi prenatale e la terapia fetale. Per lo più queste ultime possibilità rientrano negli scopi tradizionali della medicina, in quanto hanno obiettivi prioritariamente terapeutici o preventivi. Ma l'uso dell'ormone umano della crescita che in taluni luoghi viene fatto sulla base di considerazioni di ordine sociale per

aumentare la statura di persone basse ma sane (cioè non affette da alcuna deficienza ormonale) prelude ad altre forme di intervento che certamente vedremo prestazioni degli atleti è già un problema sportivo sia per i professionisti che per dilettanti.

Pur credendo che non sia né possibile né desiderabile cercare di mettere fuori legge questi tentativi di "migliorare" le caratteristiche umane naturali, riteniamo che in questo campo occorra una buona dose di prudenza e circospezione. Di conoscenze veramente solide su cui basare i nostri sforzi migliorare o di affinare la nostra natura noi ne abbiamo molto poche; in più non alcun consenso su che cosa debba intendersi per miglioramento e manca convergenze significative sulla questione se le conseguenze genetiche o sociali lungo termine saranno buone o cattive. Manca altresì qualsiasi consenso soci sull'identificazione del modo migliore di procedere in vista di un miglioramento di specie umana, su come perseguire questo obiettivo in modo equo e sul problema se esso possa giustificare il dirottamento di risorse da altri obiettivi e bisogni più tradizionali. L'onere della prova ricade decisamente su coloro che intendo proporre e perseguire un programma di miglioramento dell'umanità. E tale programma, pur potendo riuscire accettabile in certe circostanze, dovrebbe essere e probabilmente sarà - tutt'altro che facile da realizzare. Occorrono assolutamente molta cautela e regole ben precise.

Usi della Medicina accettabili solo in circostanze rarissime. Le conoscenze genetiche hanno conosciuto uno sviluppo tale che alcune informazioni predittive, ragionevolmente solide sulla salute futura dell'individuo possono essere acquisite già *in utero* o poco dopo la nascita. Il Progetto Genoma e altre forme di ricerca genetica con ogni probabilità aumenteranno notevolmente le future capacità predittive della medicina. L'uso dei poteri predittivi della medicina per incrementare la nostra conoscenza di noi stessi o per elaborare delle possibili strategie preventive è accettabile, ma probabilmente costituisce anche una potente spinta individuale sociale a stigmatizzare le persone e a mettere a repentaglio posto di lavoro, tutela assicurativa e benessere futuri. Simili usi dell'informazione medica sono inaccettabili. Già l'esistenza stessa della diagnosi prenatale è stata una forte pressione per evitare la nascita di bambini potenzialmente menomati e una spinta ad abortire i feti femminili - abuso, questo, che avviene in molte parti del mondo. Eppure questa tecnologia è stata introdotta all'inizio degli anni sessa semplicemente come mezzo neutrale per aumentare le nostre conoscenze e gamma delle nostre possibili scelte.

Da molte parti la diffusione dell'AIDS ha generato un apparente conflitto tra i bisogni sanitari pubblici di identificazione dei portatori del virus e di ricostruzione dei contatti, da un lato, e tutela della *privacy* e della libertà civile di tali portatori dall'altro. Ora, può darsi che su questo terreno non esista nessun contrasto reale, forse mantenendo la *privacy* e il rapporto di fiducia tra medico e paziente si pone il medico nelle condizioni migliori per incoraggiare un comportamento socialmente responsabile. Tuttavia tutto fa pensare che simili conflitti siano destinati ad aumentare, e non solo a causa dell'importanza sempre maggiore di perseguire vigorosamente certi obiettivi sanitari pubblici, ma anche perché la conoscenza di minacce a breve e a lungo termine alla comunità e al mondo intero diventa sempre più precisa e quindi sempre più potente.

Negli anni a venire, è probabile che la tentazione di usare le conoscenze mediche e per manipolare e costringere intere classi di persone o intere società in nome di un miglioramento della salute, del benessere sociale o del controllo dei costi, diventi sempre più forte e estremamente seducente. Ma ove si pensi al terribile esempio del movimento eugenetico di fine Ottocento e inizio Novecento, si deve ammettere altresì che si tratta di una tentazione da tenere sotto attenta osservazione e da contrastare. Aborti coatti, obbligatorietà dello screening genico e della diagnosi prenatale, e eccesso di pressioni a favore di un cambiamento delle abitudini sanitarie, non sono ipotesi teoriche. La coercizione delle persone con mezzi medici rappresenta un pericolo già reale ed evidente in molti paesi: una minaccia all'istituzione della medicina, nonché alla libertà e alla dignità umana.

Autonomia e benessere sociale come scopi medici. Un progresso importante della medicina contemporanea in molti paesi, un progresso sancito da moltissime dichiarazioni internazionali, è il

riconoscimento sempre più determinato ed esplicito del rispetto che si deve alle persone. Nell'interpretazione più comune e diffusa di tale riconoscimento, esso implica il diritto all'autodeterminazione - o, come anche si dice, all'autonomia - in medicina e nell'assistenza sanitaria. In un certo senso, la medicina ha sempre cercato di promuovere alcune forme di autonomia, per esempio l'autonomia funzionale degli handicappati fisici o mentali. In termini più generali, si può dire altresì che interesse centrale della medicina è stata la salute degli individui. Ma più recentemente a volte è stata avanzata l'idea che scopo della medicina, forse anzi il suo scopo per eccellenza, deve essere quello dell'autonomia in un suo senso ancora più ampio: l'autodeterminazione nella scelta di come vivere. Non è forse vero che il fine ultimo della salute è quello di consentirci di vivere una vita nostra, di scegliere liberamente tra tutte le possibilità senza gli impedimenti insiti nella malattia e nelle infermità? Se è vero che la salute favorisce la possibilità della libertà, si deve precisare che sarebbe un errore vedere nella libertà uno scopo della medicina. La salute è condizione necessaria, ma non sufficiente, dell'autonomia, e la medicina non può ovviare a questo limite. Poiché alla promozione della libertà cooperano molte altre istituzioni, per esempio la scuola, la medicina chiaramente non può porla in essere da sola, anche se a volte può offrire contributi importanti al miglioramento dell'autonomia stessa.

L'ambito della medicina è il bene del corpo e della mente, non il bene complessivo della persona. Al conseguimento di quest'ultimo la medicina può dare solo dei contributi importanti e, anche quando lo fa, esclusivamente per alcuni aspetti della vita. La medicina mette a repentaglio se stessa quando si considera esclusivamente strumento per la massimizzazione delle scelte e dei desideri individuali, e tenta la società perché la usi in vista di obiettivi diversi dalla salute. Ci sono situazioni in cui una strategia di questo tipo è accettabile, ma questo non significa affatto trasformare l'intera impresa della medicina in un mezzo in vista di beni privati.

Come è un errore fare dell'autonomia un obiettivo fondamentale della medicina, così è un errore erigere a scopo primario della medicina il benessere complessivo della società: la prima sarebbe una visione eccessivamente individualistica, la seconda una visione eccessivamente comunitaristica. Se il ricordo dei tentativi dell'eugenetica al servizio di una visione distorta della società non rappresenta un monito sufficientemente convincente, si potrà fare appello anche ad altre ragioni. Non è nei poteri della medicina di determinare il bene benessere sociale, al di là di quello più limitato di provvedere alla salute cittadini, la medicina dovrebbe essere in grado di pronunciare giudizi di carattere più generale e di stabilire quando le sue capacità possano essere poste al servizio degli scopi della società o subordinate ad essi. Ma essa non è in grado di farci qualora tollerasse di venir usata così, metterebbe a repentaglio la propria integrità al conseguimento dei propri scopi. Una società che si servisse della medicina cancellare gli inadatti, per servire fini politici di parte, per farnedell'autorità politica o anche solo l'esecutrice della volontà del popolo, le fare perdere ben presto la sua centralità e la sua integrità.

Obiettivi pratici e implicazioni concrete

Ripensare agli scopi della medicina dovrebbe servirci ad affrontare tre importanti questioni pratiche: quali devono essere le priorità future della ricerca biomedica. Che implicazioni ha la determinazione degli scopi della medicina per progettazione dei sistemi di assistenza sanitaria? Come deve essere la formazione dei medici perché essi servano meglio gli scopi della medicina?

Scopi medici e mezzi di ricerca. Da oltre un secolo, la ricerca (biomedica dominante ha adottato un modello analitico, biochimico e a volte riduzionista teso a determinare le cause e i meccanismi delle patologie mentali e fisiche al profondo livello biologico possibile. Questo modello ha avuto un successo decisamente notevole. Esso si è dimostrato particolarmente efficace in precedente generazione, quando ha ridotto drasticamente la frequenza di malattie infettive (così cogliendo il suo obiettivo più importante) e ha

fatto balenare la speranza che in futuro, con la genetica molecolare, si possa fare lo stesso tutte le malattie. Quando funziona bene, il modello biomedico, oltre ad essere suscettibile di applicazione clinica in generale, può essere usato dal clinico che misura concretamente con particolari malattie.

A dispetto della sua fecondità, comunque, il modello biomedico ha un p troppo dominante nella medicina moderna. Nei paesi avanzati si è rivelato inadeguato di fronte a molte necessità e possibilità mediche. In alcuni paesi in via di sviluppo, ha innescato un'enfasi sproporzionata sulle scienze mediche, spesso spese della qualità dei servizi medici. Particolarmente evidenti sono due difetti generali che interessano i due versanti dell'attività di ricerca. Sul versante clinico un modello puramente biomedico mette capo troppo spesso a un approccio riduzionistico ai pazienti, incoraggiando i medici a trattarli non come persone nell'integralità del loro essere, ma come collezioni di organi o come sistemi molecolari. Questo approccio può non riuscire a cogliere le sfumature di disfunzione dello stesso singolo organo o sistema, giacché essa ha un impatto importante sull'intera vita del paziente e sugli altri aspetti della sua salute. Le sue inadeguatezze sono tanto più evidenti quando la disfunzione riguarda molteplicità di organi, cioè nelle situazioni tipiche di molti pazienti anziani o affetti da malattie e disabilità croniche che devono crearsi un nuovo sé capace convivere a tempo indeterminato con l'infermità. Un modello riduzionistico troppo spesso non riesce a soddisfare i sogni. Inoltre, quando si pensa che l'applicazione più importante di questo modello è rappresentata dalla lotta contro la morte intesa come il grande nemico da battere a tutti i costi, prende il sopravvento una medicina incapace di riconoscere l'inevitabilità organica e (secondo alcuni) religiosa della morte. Sarebbe molto più fruttuoso un modello di ricerca che ponga al centro dell'attenzione l'interazione tra le varie patologie e i loro effetti sull'aggregato, nonché l'interazione dei macrolivelli e dei microlivelli degli organismi umani.

Ma il modello biomedico riduzionistico è altrettanto carente anche su versante epidemiologico e della sanità pubblica. Innanzitutto il fatto che l'espressione della malattia risente profondamente del contesto e dell'ambiente dimostra che solitamente alla sua radice operano cause e fattori che vanno ben al di là della sfera biochimica. In secondo luogo, la ricerca epidemiologica ha dimostrato, con prove spesso scarsamente comprese, che l'incidenza e la prevalenza della malattia risentono pesantemente della classe sociale di appartenenza, del reddito, del livello di istruzione e di tutta una varietà di altri fattori sociali, e questa circostanza suggerisce che le ascendenze causali delle malattie hanno molte dimensioni. Questi dati gettano l'ombra del dubbio su molti assunti concernenti l'immagine ormai accreditata della ricerca medica. L'epidemiologia aiuta anche a mettere a punto un'immagine complessiva delle varie malattie presenti nella società, cosa che il modello biomedico - o, se si preferisce l'unilateralità della ricerca orientata sulla malattia - non può fare. In particolare esso rivela dati di distribuzione della mortalità da cui si evince che le cause di morte lungi dal venir eliminate, vengono spostate da un insieme di malattie a un altro (nella vecchiaia i casi di morte da malattia cardiaca diminuiscono, ma aumentano quelli da cancro), e che i dati relativi alla distribuzione della morbilità spiegano i vari modi più o meno efficaci in cui le persone invecchiano e si adattano alle malattie croniche.

Due doverose riforme della Ricerca. La ricerca sembra richiedere due riforme fondamentali. La prima consiste nel fare un uso più ampio a livello clinico di un modello biopsicosociale capace di favorire la comprensione dell'interazione di fattori biomedici e genetici con quelli sociali e psicologici nella genesi nell'espressione delle malattie. Ciò è particolarmente importante nel caso delle conoscenze genetiche prodotte dal Progetto Genoma Umano, che, se avulso dal suo contesto ambientale e sociale nonché dai suoi usi e abusi a livello delle varie comunità, rischia di scadere nella confusione e nell'approssimazione. Un obiettivo strettamente collegato a questo sul terreno della ricerca dovrebbe essere quello riconoscere un rilievo più marcato agli aspetti qualitativi della salute e della malattia: al modo in cui gli individui interpretano l'infermità e reagiscono ad essa nonché al modo in cui società e culture elaborano i significati attribuiti a malattia e infermità. In questa luce, la ricerca antropologica, sociologica e psicologica acquistano la stessa importanza della più dominante ricerca biomedica. Antropologia medica e sociologia medica diventano in tal modo discipline importanti meritevoli di ulteriore sviluppo. "Qualità"

dell'assistenza sanitari espressioni culturali ed economiche dei "bisogni" medici e dinamica della "comunicazione" medico-paziente sono alcuni esempi di filoni promettenti ricerca. In termini di conoscenza delle cause e delle conseguenze delle malattie tali investimenti probabilmente non saranno meno fecondi del lavoro che parallelamente ha luogo nella genetica molecolare. Per il successo di chi lavora alla promozione della salute, il possesso di affidabili dati epidemiologici è particolarmente importante: esso può essere utile non solo a educare le persone a prendersi cura di se stesse, ma anche a ridurre la confusione e lo scetticismo creati dalla povertà, dalla vaghezza e talvolta dalla contraddittorietà delle informazioni fattori di rischio e di sviluppo della salute. L'approccio epidemiologico alla salute originariamente forte ma negli ultimi decenni confinato in posizioni marginali, me di vedersi riconosciuta la centralità che gli spetta. Esso non è meno vittima dell'elaborazione di programmi efficaci di prevenzione delle malattie e promozione della salute. Che cosa si può fare per cambiare i comportamenti nuocciono alla salute? Quali sono i mezzi più efficaci per prevenire le malattie? ricerca sulla prevenzione e sulla promozione è stata deplorabilmente scarsa, confrontata con la classica ricerca biomedica (con finalità terapeutica). Medicina clinica e sanità pubblica richiedono un decisivo potenziamento delle capacità di ricerca sul terreno sociale. Un impegno epidemiologico di portata mondiale teso a mettere a fuoco le cause sociali delle malattie non sarebbe meno utile di quello attualmente in atto sul terreno della ricerca per la mappatura del genoma umano. Nello stesso tempo va segnalato che la ricerca continua a lamentare sperequazioni gravi. Come ha osservato l'organizzazione mondiale della sanità, ai bisogni paesi in via di sviluppo è destinato solo il 5 per cento delle spese complessive la ricerca sanitaria, anche se tali paesi hanno il 93 per cento dei casi di morte prematura.

Malattie infettive e croniche. La necessità di orientare la ricerca allo studio delle condizioni che ancora causano la morte prematura è l'ovvia implicazione di una medicina che riconosce una chiara priorità all'obiettivo di aiutare le persone ad avere una vita piena anche dal punto di vista della durata. Di particolare importanza è lo sviluppo della ricerca su malattie e condizioni che mettono a repentaglio la vita dei bambini, dei giovani e delle persone mature. In alcune parti del mondo la ricerca reclamerà un impegno più deciso da parte dei sistemi sanitari pubblici: è il caso dell'Europa centrale, con i suoi elevati tassi di mortalità per malattie cardiovascolari; mentre altrove l'accento cadrà sulla necessità di potenziare il versante biochimico, nell'intento di tenere sotto controllo, per esempio, le altre malattie tropicali. Un obiettivo scontato della ricerca è costituito dalla ripresa su scala mondiale delle malattie infettive. Che cosa sta accadendo e perché? Che cos'è che dobbiamo sapere sulla persistenza delle malattie infettive? La ricerca sulle cure palliative e sul controllo del dolore è ancora comparativamente agli inizi; nondimeno nell'ottica di un miglioramento dell'assistenza medica pazienti acuti e cronici rappresenta una risorsa essenziale.

In ogni parte del mondo, una sfida importante degli anni a venire è q posta dalle malattie croniche e in particolare dalla qualità della vita di coloro che soffrono. Perciò è importante dotare la ricerca delle risorse necessarie a mette fuoco e a capire queste problematiche. La ricerca può aiutare a scoprire modi promettenti per far fronte alla morbilità e alle menomazioni proprie di una gioventù in reciproci rapporti personali, sociali ed economici dell'assistenza degli anziani, nonché di specifiche categorie di giovani affetti da malattie come l'AIDS e il diabete. L'idea di un deciso contenimento della morbilità nell'ultima stagione della vita ha suscitato poi speranze e grande ottimismo, ma finora le prove a suo favore sono tutt'altro c decisive. Né è del tutto chiaro quale assistenza sanitaria pubblica e quali strategie cliniche promettano di essere più efficaci nel dilazionare o nel ritardare l'insorge di malattie e disabilità. Questa, comunque, è un'importante frontiera della ricerca una frontiera che, per il bene dell'umanità, è destinata a diventare più importante della guerra continua contro le malattie mortali. Tuttavia si può ben dire che molti paesi una reviviscenza delle malattie infettive comporterà, per ironia della sorte, che la medicina debba combattere contemporaneamente su due fronti.

Valutazione della tecnologia e ricerca sugli esiti. Una caratteristi importante della medicina contemporanea sotto il profilo clinico ed economico rappresentata dal peso notevole che essa riconosce

alla tecnologia sul piano de diagnosi, della riabilitazione e della terapia. La tecnologia, pur avendo un rilievo maggiore negli ospedali che nell'assistenza di base, è motivo di orgoglio per chi usa, è oggetto delle mire dei professionisti della salute non meno che del gran pubblico e alimenta grossi sforzi economici. Spesso la tecnologia medica è per noi utile; basti pensare ai vaccini e ai procedimenti di immunizzazione, A volte, per esempio, offre risultati modesti e, forse più frequentemente, incerti. Nondimeno le ambizioni economiche dei medici e delle industrie farmaceutiche innescano un'innovazione continua; il prolungamento della vita genera un numero sempre maggiore necessità e di desideri; la formazione dei medici è sempre più orientata alla tecnologia; e la domanda pubblica richiede soluzioni tecnologiche semplici, sempre più attraenti di quei cambiamenti negli stili di vita - dieta e esercizio fisico, esempio - che consentirebbero risultati a lungo termine migliori.

Per tutte queste ragioni, in futuro occorrerà promuovere la ricerca su tu una serie di aspetti della tecnologia medica, per esempio sui sistemi informativi e elaborazione dei dati, nonché sulle modalità diagnostiche e terapeutiche. crescente interesse per la valutazione della tecnologia medica e per la ricerca s esiti deve essere incoraggiato e sostenuto in modo finanziariamente più largo. Questo sforzo deve riguardare sia la medicina ad alta tecnologia, che solitamente trova posto nelle cliniche e negli ospedali, sia le varie forme di medicina a bassa tecnologia che di norma si esprime nell'assistenza ambulatoriale. Tuttavia, assenza di un impegno etico e scientifico di comprensione del retroterra economico e professionale, e delle forze morali che determinano le reazioni dei medici e di altri operatori della salute ai risultati della ricerca sull'efficacia e sugli esiti della tecnologia, questo sforzo sarà scarsamente efficace. Occorre impostare anche una ricerca che si occupi delle procedure e dei meccanismi che possa incoraggiare i medici a modificare il proprio comportamento in presenza indicazioni dell'opportunità di farlo. La valutazione degli esiti (e la conseguente messa a punto di direttive pratiche) fa emergere la tensione tra la medicina come arte e la medicina c scienza. Questa vecchia questione merita indagini molto più approfondite e non è stata certo risolta dall'enfasi posta di recente sulla medicina probabilistica, giudizio individuale che non può mai essere interamente sostituito dalle probabilità particolari. Non meno doveroso è che la valutazione tecnologica tenga conto e conseguenze sociali, e non solo cliniche, dell'innovazione e delle tecnologie mediche. Quale sarà il loro significato per le istituzioni educative, per la famigli per lo stato? Com'è che esse potranno cambiare gli scopi e le priorità sociali individuali? Questi problemi non sono meno importanti di quelli concerne l'efficacia clinica delle varie tecnologie e di quello di sottoporre a un'atte valutazione la pratica comune di introdurre tecnologie nuove prima di averne fa una valutazione completa. L'adozione prematura di tecnologie nuove fa aumentar costi e rende più difficile il compito di eliminare o di limitare l'uso di quelle che n si rivelassero efficaci o convenienti. Un'attenzione particolare merita anche medicina predittiva che fa uso di nuove conoscenze genetiche: se è vero che e può riuscire utile a molti, è vero anche che spesso fornisce indicazioni ambigue ed inaffidabili. A tutt'oggi il suo valore è tutt'altro che autoevidente.

La medicina alterativa. La ricerca biomedica contemporanea tende guardare con scetticismo e a volte con disprezzo i metodi alternativi non allopatrici di diagnosi e di terapia. Tuttavia storicamente la medicina alternativa ha contribuito a disegnare per secoli la nozione di salute e di benessere di moltissime persone. In certi paesi, per esempio in Cina, questa situazione non è ancora mutata. Oggi è possibile guardare con mente aperta alla medicina "tradizionale" e nello stesso tempo proporsi di valutarne scientificamente l'efficacia. In molti paesi avanzati una porzione di persone che oscilla tra il 30 e il 40 per cento oggi si rivolge a forme medicina alternativa. Questa circostanza costituisce un'indicazione importante non solo della diffusa sfiducia verso la medicina ufficiale, ma anche del desiderio di trovare modalità di trattamento e di assistenza alla persona più soddisfacenti di quelle assicurate dai modelli occidentali dominanti di assistenza sanitaria. Segni altresì del bisogno di rendersi conto di ciò che la medicina alternativa offre ai pazienti: l'attenzione a quel rapporto mente-corpo, che costituisce un aspetto sfuggente,

ma centrale della natura umana, e rappresenta un tema di ricerca promettente sia per la medicina scientifica che per quella tradizionale.

Scopi della Medicina e allocazione dell'assistenza sanitaria. La medicina pur non potendo da sola assicurare la salute della società nemmeno nelle condizioni migliori, grazie al ruolo che svolge nei sistemi di assistenza sanitaria può contribuire enormemente al conseguimento di questo fine. A tale scopo in futuro occorreranno una coordinazione molto maggiore tra medicina e sistema sanitario pubblico e determinazione di priorità sanitarie che facciano chiarezza sulle più importanti possibilità della medicina. Quella che è stata chiamata "la nuova sanità pubblica" sta operando con determinazione per mettere a punto rapporti più stretti e forti facoltà mediche e scuole di sanità pubblica, tra associazioni mediche e associazioni di sanità pubblica.

La determinazione di priorità chiare e significative sarà uno dei compiti importanti degli anni a venire. Queste priorità devono basarsi sulle più aggiornate conoscenze mediche, umanistiche e sociali, e vanno poste in relazione con risorse sociali disponibili. Noi diamo per scontato che ogni società civile deve garantire a tutti i cittadini un livello decente di assistenza medica di base indipendentemente dalla loro possibilità di pagarla. Al di là di questo mini garantito - sia esso finanziato dalla fiscalità generale o da contributi versati assicurarsi benefici aggiuntivi. Ma condizione essenziale per un miglioramento della salute dei cittadini è la creazione di una qualche forma di sistema nazionale, e tal sistema deve avere delle priorità chiare.

Determinazione delle priorità. Come determinare le priorità dei servizi di assistenza sanitaria? Dal punto di vista della procedura, idealmente la determinazione delle priorità deve coinvolgere tutti coloro che hanno a che fare con un sistema di assistenza sanitaria: medici e personale sanitario in genere amministratori statali, datori di lavoro e comuni cittadini, decisi a farsi portavoce degli interessi dei malati e della società. Un ruolo essenziale spetterà in questo a un ordinato dibattito pubblico e professionale, ai sondaggi di opinione e alle informazioni diffuse dai media. L'obiettivo dovrebbe essere quello di promuovere se possibile, il consenso nazionale, o almeno locale, su un modello considerato non solo equo sotto il profilo delle procedure e dei principi-guida, ma anche scientificamente difendibile. Un sistema di assistenza sanitaria che riesca a gestire con efficienza le proprie risorse sarà più razionale e conseguirà il maggior beneficio possibile in cambio del denaro utilizzato. Perseguimento dell'efficienza e dell'equità e determinazione delle priorità quasi certamente solleveranno dilemmi alquanto ardui legati alla difficoltà di temperare scelte individuali e bene comune. Nondimeno un aperto dibattito pubblico e professionale su questi dilemmi far emergere un accordo. E dove non si darà accordo, questo stesso dibattito dovrebbe consentire un'evoluzione e un adattamento progressivo del sistema nel tempo. La discussione sugli scopi della medicina deve costituire parte integrante di questo dibattito.

La determinazione delle priorità deve avvenire a due livelli: quello nazionale in cui occorre stabilire il posto della medicina e dell'assistenza sanitaria nell'economia generale di un paese, e quello costituito dal sistema sanitario stesso. A livello nazionale sarà importante tener conto di quelle condizioni sociali di fondo che hanno conseguenze mediche e sanitarie (per es., la povertà); perseguire un'equa distribuzione delle risorse non solo tra assistenza sanitaria e altri settori della società, ma anche all'interno del sistema sanitario stesso; assegnare un posto ben preciso e plausibile alla medicina e all'assistenza sanitaria all'interno di piani di sviluppo nazionale (specialmente nei paesi in via di sviluppo); e attribuire un ruolo preminente al pubblico nella determinazione delle priorità.

A livello di sistema sanitario, le strategie per la determinazione delle priorità devono incominciare partendo dal basso, costituendo un efficiente sistema sanitario pubblico, per poi sviluppare al suo vertice un solido nucleo di assistenza base e di emergenza. Qui l'insistenza dell'Organizzazione mondiale della sanità sull'assistenza di base, iniziata nel 1978 con il proposito di porre in essere un'assistenza equa entro l'anno 2000, ha svolto una funzione molto importante. In questo piano un ruolo fondamentale va riconosciuto ai bisogni essenziali di bambini, degli anziani fragili e non più autosufficienti, dei malati mentali più gravi dei cronici. Poi, con l'aumentare delle risorse disponibili, i sistemi sanitari possono procurarsi le tecnologie più

avanzate: unità di terapia intensiva per neonati e p adulti, chirurgia a cuore aperto, trapianti, forme avanzate di riabilitazione e dialisi renale. Un sistema di assistenza sanitaria, cioè, deve essere organizzato in modo da assicurare fin dall'inizio la massimizzazione della salute della popolazione; poi dispendiose di medicina che meglio soddisfano i bisogni individuali. Un valido sistema di assistenza sanitaria rispetterà medici e tecnici capaci di garantire malati ricchezza e varietà di abilità, e ne farà un uso saggio; si pensi a infermi assistenti sociali, fisioterapisti e tecnici che per lo più oggi lavorano in équipe con medici e offrono contributi decisivi al lavoro collettivo.

La svolta che sta avvenendo un po' dovunque verso un'assistenza medica fatta in équipe implica delle novità importanti in tema di responsabilità dei medi del restante personale sanitario. Questo aspetto è stato scarsamente esplorato negli anni a venire potrebbe diventare sempre più essenziale. La determinazione ruoli di responsabilità nei sistemi complessi diventerà un bisogno urgente periodi richiederà di venir riesaminata *ex novo*.

Quasi tutti i sistemi di assistenza sanitaria soffrono di incapacità di integrare servizi medici e sociali - ossia di una carenza che è particolarmente grave anziani e malati cronici. Tale integrazione presenta un aspetto *economico*, di cui parte la fornitura di programmi sociali e di addestramento per gli anziani; un aspetto *socioculturale*, consistente nel promuovere rapporti familiari atti a favo l'assistenza e la cura di anziani e cronici; un aspetto *sanitario*, consistente n messa a punto di efficaci modelli e pacchetti di cura della persona; e un aspetto *psicologico*, consistente nel migliorare le condizioni spirituali e psicologiche anziani e cronici per aiutarli a rendere la loro esistenza il più possibile significativi servizi di riabilitazione richiedono rapporti particolarmente buoni tra famigli sistema sanitario; ciò è vero anche nella cura delle persone affette da demenza degli anziani non autosufficienti, nonché nell'assistenza domiciliare dei bambini.

Medicina e mercato. Non c'è dubbio che la più grande forza economica oggi sta invadendo i sistemi sanitari del mondo intero è il mercato. li 'mercato' essere inteso in vari modi; ma nella sua forma migliore, almeno in teoria, è modo per consentire agli individui, non allo stato, di compiere le proprie scelte; modo per promuovere la più efficiente distribuzione dei beni, affidandola competizione aperta tra privati; e un modo per predisporre incentivi e disincentivi atti a modificare il comportamento sul terreno della domanda e dell'offerta. Per numero crescente di paesi l'orientamento al mercato soddisfa insieme il desiderio dei pazienti di avere maggiori possibilità di scelta e il desiderio dei governi di ridurre i propri oneri economici scaricando quote maggiori dei costi dell'assistenza sanitaria su pazienti e/o datori di lavoro. La privatizzazione parziale o totale di sistemi sanitari un tempo gestiti dal governo è stata un espediente per dare spazio a strategie di mercato.

Sebbene questa non sia la sede adatta per un'analisi approfondita rapporti tra medicina e mercato, questo almeno si può dire: che per le possibilità della medicina e dell'assistenza sanitaria il mercato presenta nello stesso tempo opportunità di grande portata e rischi di entità non inferiore. In che cosa consistano le opportunità, è del tutto chiaro: espansione delle scelte individuali, possibilità di maggiore efficienza economica, controllo dei costi, più rapido progresso tecnologico, innovazione e gratificazione di una gamma più vasta di desideri personali. Ma non meno evidenti sono i rischi, è più che ovvio, che una riduzione di responsabilità dello stato in questo campo intaccherà una delle sue funzioni più importanti: la creazione di un sistema pubblico di assistenza sanitaria capace garantire a tutti un livello minimo decente di assistenza sanitaria di base, e monitoraggio della qualità e degli standard professionali. Un rischio di carattere p generale è rappresentato dall'introduzione di valori economici estranei un'istituzione come la medicina che storicamente ha sempre avuto vai filantropici ed altruistici, non commerciali. Ma i rischi sono anche altri: restrizione di fatto delle possibilità di scelta del paziente a dispetto dell'ideologia dei mercati e aumento del dislivello tra l'assistenza accessibile ai ricchi e quella destinata poveri, scadimento di quelle componenti dei sistemi di assistenza che dipendono particolarmente dallo stato (in primo luogo della sanità pubblica), incoraggiamento commerciale di forme dispendiose (e quindi remunerative) di medicina ad alta

tecnologia in alternativa a programmi meno sofisticati di assistenza di base e prevenzione, e diffusione dell'idea che la medicina può soddisfare bisogni e desideri magari commercialmente attraenti, ma certamente molto lontani dagli scopi tradizionali della medicina e da quelli proposti qui. Si può comprare e vendere ogni cosa. Ogni cosa può essere trasformata in merce. Ma ci sono beni, valori istituzioni per i quali la mercificazione facilmente si trasforma in corruzione. salute è un bene umano vitale e la medicina uno strumento fondamentale per promuoverla. Commercializzandole, sia pure per incrementare le possibilità di scelta e l'efficienza, si corre il grosso rischio di sovvertirle. E' in gioco l'integrità stessa della medicina. Commercializzazione e privatizzazione, se eccessive e squilibrate possono rappresentare una grave minaccia agli scopi stessi della medicina.

Determinare le priorità all'ombra del mercato sarà particolarmente difficile lo stato non conserverà un ruolo importante nel dirigere il sistema sanitario complessivo. I mercati non sono assolutamente in grado né di porre sagge priorità sociali né di adeguarsi agli scopi della medicina. Nei prossimi anni in tutti i paesi occorrerà determinare un nucleo fondamentale di servizi di base per tutti i cittadini delineare chiaramente i ruoli rispettivi del settore pubblico e di quello privato favorire la collaborazione tra di essi e porre in essere lo sforzo comune promuovere l'uso più efficiente delle tecnologie mediche e informatiche. enfatizzare maggiormente queste necessità di fronte alle forze di mercato, nel nostro gruppo sono stati i membri provenienti da paesi in via di sviluppo, ma le loro preoccupazioni sono le stesse delle nazioni avanzate del mondo. Il bisogno di solidarietà internazionale è particolarmente importante per questa ragione. cooperazione e l'aiuto reciproco nel disporre e nel valutare le strategie di mercato sono una necessità per tutti.

Scopi della medicina e formazione medica. Sul piano della formazione, medicina contemporanea da diversi decenni ha inculcato il modello chiamato "diagnosi e trattamento." Una ricerca scientifica su una malattia o su una patologia che cerchi dei rapporti causali ben documentati, si pensa, è in grado di spiegare l'esperienza che il paziente ha della malattia. La risposta tipica della medicina, quanto si assume, deve essere tecnologica: mira ad eliminare le cause della malattia. Dati i suoi frequenti successi e la sua semplicità logica come metodo, modello "diagnosi e trattamento" indubbiamente resterà forte e autorevole sul terreno della formazione medica. Tuttavia esso è tutt'altro che privo di difetti distorce il rapporto medico-paziente, dice molto poco sulle complessità sociali mediche delle malattie croniche e delle disabilità, trascura pesantemente promozione della salute e la prevenzione delle malattie e riconosce un ruolo decisamente marginale alle *medical humanities*. A dispetto dei lodevoli sforzi compiuti un po' dovunque per riformare le istituzioni formative, guidandole a far posto a modi di pensare più ricchi e integrati, di mezzi veramente soddisfacenti per valutare l'efficacia a lungo termine della formazione medica ne sono stati messi a punto molto pochi. Le più caratteristiche modalità di valutazione in uso saggiano principalmente le conoscenze fattuali.

La frammentazione del paziente. Il difetto più lampante del modello "diagnosi e trattamento," nonché del paradigma della ricerca biomedica su cui esso poggia, è che, se interpretato in modo semplicistico, frammenta la persona del paziente in una collezione di organi e di sistemi fisici. A volte, per esempio nella chirurgia di emergenza, tale frammentazione non ha alcuna importanza; ma per lo più impedisce di cogliere nella loro completezza le dimensioni psicologiche e spirituali dell'infermità di un paziente. Molto frequentemente allontana i pazienti dai medici, inducendoli a pensare che questi ultimi si interessino dei pazienti solo in quanto portatori di patologie da eliminare. L'instaurazione di un solido rapporto medico-paziente, che storicamente costituisce un'esigenza fondamentale della medicina, resta un bisogno essenziale e durevole. Tale rapporto costituisce, insieme, un punto di partenza della formazione medica e una condizione della comprensione del paziente come persona. Nello stesso tempo, i cambiamenti verificatisi nella gestione dell'assistenza sanitaria e nella politica sanitaria sono destinati a potenziare il ruolo del personale non medico; ma, nonostante questo, la partecipazione dei medici ai programmi epidemiologici e di sanità pubblica dovrà essere ancora maggiore. Questi bisogni emergenti

fanno sì che il comune modello "diagnosi e trattamento" appaia in una luce meno favorevole e talvolta anacronistico.

Gli studenti devono prendere familiarità fin dall'inizio della loro formazione con tutta la gamma e la complessità di nozioni come salute, malattia, infermità e disturbo. Devono essere educati a cogliere i problemi ingenerati dalle condizioni psicologiche e sociali in cui vivono le persone, giacché è sempre più evidente che questi fattori giocano un ruolo di enorme importanza nella genesi della malattia e dell'angoscia che accompagna la malattia. I fattori multicausali che giocano nelle manifestazioni delle malattie e le intuizioni che ci vengono offerte da una prospettiva epidemiologica sono decisivi. L'enorme quanto tipico rilievo che la formazione medica spesso attribuisce all'anatomia, alla fisiologia e alla biochimica lancia agli studenti un messaggio fuorviante: che il segreto degli scopi della medicina va cercato in queste discipline e in queste scienze. Sennonché esse non sono il segreto, ma solo una parte di esso.

Medical humanities e scienze sociali. Un approccio scientifico eccessivamente riduzionistico all'infermità e alla malattia può essere un fattore di oscuramento non meno che di chiarezza. Le riforme che si propongono di fornire allo studente una rapida introduzione al paziente e alle *medical humanities* prendono una direzione più promettente. Il loro obiettivo ultimo è una migliore integrazione del versante umano e del versante tecnico della medicina: per coglierlo, la formazione professionale dei medici deve stabilire priorità più chiare e metodologie innovativi. *Medical humanities* e scienze sociali - in particolare diritto, etica, abilità comunicative, filosofia della medicina, antropologia medica e sociologia della medicina - possono aiutare gli studenti a comprendere lo sfondo umano e culturale (o multiculturale) della loro professione e della loro disciplina. La storia della medicina, che in alcuni paesi le proposte di riforma dei curricula minacciano di cancellare, resta indispensabile per guidare gli studenti a rendersi conto della nascita e dell'evoluzione del loro campo di attività.

E' importante che questi insegnamenti siano non solo introdotti con lezioni e discussioni, ma integrati e approfonditi in sede di formazione clinica dei giovani medici, degli infermieri e degli altri operatori della salute. Ovviamente la formazione medica non può far posto a tutta la gamma delle discipline umanistiche e delle scienze sociali. E non è neppure necessario che lo faccia. Ma una buona formazione medica può favorire la capacità di vedere le cose alternativamente nell'ottica di un approccio rigidamente scientifico e in quella di una percezione grandangolare del contesto umano e sociale della malattia e dell'infermità. Le peculiarità culturali e sociali costituiscono lo sfondo delle malattie degli individui, sicché la situazione di un paziente difficilmente può essere compresa in pieno senza un'integrazione di questi fattori.

In questo contesto è ovviamente importante e urgente migliorare il ruolo del medico nella promozione della salute e nella prevenzione della malattia - il medico come consigliere e educatore del paziente. Il modello "diagnosi e trattamento," con il rilievo che dà alla terapia e al trattamento *post factum*, suggerisce al giovane medico l'idea che il ruolo della medicina incomincia solo quando i pazienti sono già malati e bisognosi di aiuto. Questo è un grave errore. Se la cura dei malati è estremamente importante, altrettanto importante è la prevenzione delle infermità e la promozione della salute. Il compito di promuovere la salute rientra in larga misura nei programmi di assistenza sanitaria pubblica, ma questi difficilmente potranno farvi fronte senza l'attiva collaborazione dei medici che mantengono i contatti con i singoli pazienti; i due approcci possibili, quello che ha come obiettivo l'intera popolazione e quello che si occupa del singolo paziente, sono necessari e possono utilmente integrarsi.

Molti pazienti, per quanto correttamente diagnosticati, non possono essere aiutati dalla medicina in modo realmente efficace. Ciò è vero di molte infermità croniche, nei confronti delle quali ciò che ci si aspetta dai medici e dagli stessi pazienti è che le affrontino, le gestiscano e le neutralizzino spesso per anni finché la morte non metta fine alla battaglia. Parallelamente, in presenza di episodi acuti, diagnosi e trattamento dovranno fare la propria parte; ma i più importanti bisogni a lungo termine saranno quelli di mantenere la salute a un livello tollerabile, di educare i pazienti, di coordinare i supporti familiari e socioeconomici, nonché l'assistenza infermieristica e le cure riabilitative e palliative.

Tenuto conto dell'invecchiamento progressivo delle società e, di conseguenza, del peso crescente delle malattie croniche, qualsiasi formazione medica che non funzioni bene e non faccia comprendere pienamente agli studenti la complessità di queste situazioni rischia di mancare vistosamente i propri obiettivi e di mettere a repentaglio l'assistenza stessa dei loro futuri pazienti. I programmi che introducono per tempo gli studenti nelle cliniche e nelle case di cura, nei servizi per gli anziani e per i pazienti bisognosi di riabilitazione, nonché negli ospizi, si muovono nella direzione giusta. Gli studenti hanno bisogno di rendersi conto che, presto o tardi, la morte viene per tutti i pazienti, e che oggi il cammino verso la viva consapevolezza e la tolleranza per le incertezze della medicina, nonché la percezione dell'onnipresente bisogno di sensibilità e d'empatia, sono altrettante virtù da inculcare.

Spesso l'impegno sul terreno della promozione della salute e della prevenzione delle malattie è possibile anche nei confronti dei malati cronici: per valorizzare al massimo la salute di cui essi continuano a disporre, per promuovere la loro indipendenza e la loro capacità di badare a se stessi, e per rallentare attenuare i guasti prodotti dalla malattia o dalle malattie di cui soffrono. Qui l'ideale di un contenimento della morbilità conserva tutto il proprio significato. Ma perché questo sia possibile, occorre che l'assistenza ai malati cronici sia attentamente coordinata e diretta da persone che conoscono l'uso corretto della tecnologia e, gli sforzi psicologici e sociali dei malati cronici e delle loro famiglie.

in un'epoca come la nostra che ha visto l'emergere delle forze e delle strategie di mercato o che, semplicemente, ha constatato le crescenti pressioni del mondo finanziario su tutti i sistemi di assistenza sanitaria, un'efficace istruzione su terreno dell'economia e dell'organizzazione dell'assistenza deve fare parte integrante della formazione medica. Medici e personale sanitario in genere dovranno tener conto dei costi, partecipare alla determinazione delle priorità in campo sanitario e lavorare in stretta collaborazione con gli amministratori e, in genere, con i responsabili dell'efficienza economica dell'organizzazione. Senza dubbio, inoltre, i medici si troveranno sempre più frequentemente a dover parlare con i pazienti dei costi dell'assistenza, delle opzioni economiche accessibili e dei rapporti tra assistenza del singolo paziente e bisogni medici generali della società.

Integrare nel curriculum della formazione medica tutta questa gamma di materie importanti non sarà facile. E non sarà facile nemmeno organizzare sapientemente un tragitto interdisciplinare e interprofessionale capace di condurre gli studenti a comprendere sistemi professionali e formativi in parte coincidenti e lavorarci dentro. I molti sforzi sperimentali e creativi messi in atto in questo senso in molti paesi meritano incoraggiamento e sostegno. L'impegno teso a consentire agli studenti un contatto precoce o addirittura immediato con la cura del paziente, a offrirgli un tirocinio basato sull'analisi dei casi all'interno di piccoli gruppi, a introdurlo alla metodologia scientifica e epidemiologica, e a creare gruppi di lavoro tra infermieri, medici, operatori sociali, fisioterapisti, ergoterapisti e amministratori questo impegno, dico, deve fare i conti con difficoltà strutturali e organizzative enormi e talvolta proibitive. In futuro la medicina sarà più forte se affronterà questa difficoltà a viso aperto e se introdurrà quei cambiamenti curricolari che essi impongono.

Questo documento ha posto in grande rilievo la formazione dei professionisti della medicina; ma sarebbe un errore grave non sottolineare anche l'importanza dell'istruzione pubblica in generale e il ruolo dei media. Negli anni a venire i pazienti si vedranno invitati sempre più spesso a compiere delle scelte sia economiche che mediche concernenti il loro trattamento sanitario. E, per poter compiere queste scelte, essi dovranno essere bene informati: dovranno poter far tesoro dei consigli degli operatori della salute, del sistema educativo del loro paese in generale e dei media. Questi ultimi avranno la speciale responsabilità di informare i cittadini sulle innovazioni mediche e scientifiche più importanti, non meno che sugli sviluppi morali, sociali ed economici della medicina. Enfatizzare eccessivamente le "svolte" della medicina, le terapie "miracolose" e i trattamenti "assolutamente innovativi" molto spesso equivale a creare aspettative e speranze false, per lo più a scapito di conoscenze più facilmente spendibili per migliorare la vita di ogni giorno. Dell'appoggio dei media dovranno avvalersi soprattutto i programmi di promozione della salute e di

prevenzione delle malattie. Al riguardo sarà particolarmente utile una presentazione equilibrata e completa delle opportunità e dei rischi sanitari. Per la medicina contemporanea, poter contare su media responsabili non è meno importante che per la politica e per l'economia.

Guardare avanti

Questo Rapporto è partito dalla seguente premessa: che le future discussioni sulla riforma dell'assistenza sanitaria non devono occuparsi solamente dell'organizzazione e del finanziamento dei sistemi sanitari. Un'impostazione simile sarebbe manchevole. Al centro di questi sistemi ci sono la disciplina e la professione della medicina; e la medicina a sua volta poggia su alcune forti premesse: che il progresso è positivo e necessario; che morte e malattia sono nemici che possono e devono essere sconfitti; che la domanda di terapia è più importante della domanda di assistenza alla persona, e che l'aspirazione alla salute è molto vicina all'aspirazione al benessere generale, ammesso pure che non si identifichi con essa. Queste forti e attraenti premesse sono state fonte di progressi importanti e hanno consentito di alleviare molte sofferenze.

Noi abbiamo argomentato che queste premesse devono essere vagliate e interpretate *ex novo*. Intese come spesso sono state intese, esse non sono più adeguate e possono non essere più utili. A quanto emerge sia dalle difficoltà economiche che hanno accompagnato i progressi più recenti - e che emergono tanto dal modo in cui la medicina viene intesa quanto dalle modalità organizzative proprie dei sistemi di assistenza sanitaria - sia dal fatto che certe interpretazioni moderne degli scopi della medicina aprono la strada ad abusi e storture. Le potenzialità economiche della medicina come fonte di profitti enormi e l'applicazione dei modelli del mercato all'organizzazione sanitaria sollevano problemi di entità e proporzione assolutamente inedite nella storia della medicina. I modelli del mercato sono in grado sia di migliorare la medicina che di introdurre al suo interno storture e incentivi fuorvianti. In presenza di queste forze economiche e di desideri smodati di profitto, parlare di scopi può sembrare utopistico e irrealistico. La letteratura medica tende a concentrarsi, invece, sulla riforma dell'assistenza sanitaria considerata quasi esclusivamente in un'ottica economica e politica. Così, lo spazio riservato dalla letteratura medica contemporanea a una discussione specifica degli scopi e delle priorità della ricerca, ossia a un'impresa giudicata ambiziosa e dispendiosa, appare deplorabilmente ristretto e scarso. E mentre i dibattiti sulla formazione dei medici hanno conosciuto vasta fortuna in tutti i continenti, al loro interno la riflessione sugli scopi della medicina, che pure avrebbe dovuto occuparvi un posto importante, è stata sorprendentemente superficiale.

A conclusione del nostro Rapporto, noi intendiamo sottolineare cinque aspirazioni della medicina del futuro, ciascuna delle quali deve radicarsi in una riflessione sulla natura della medicina (e la medicina a cui pensiamo è quasi sempre a due livelli e oscilla continuamente tra individuo e comunità). La medicina può controllare, in parte, il proprio destino. Ma solo in parte. A volte essa avrà bisogno della protezione dello stato per controllare il peso eccessivo della motivazione di profitto, per promuovere, ove necessario, l'accordo nazionale e per coordinare i vari settori dell'assistenza sanitaria, dal sistema sanitario pubblico alla medicina alternativa. Nel perseguimento delle aspirazioni della medicina, quindi, il ruolo dello stato deve restare un tema cruciale di dibattito pubblico.

La medicina del futuro, dunque, deve aspirare ad essere:

Una medicina autorevole, capace di fungere da guida def-f-at professionale. La medicina deve impegnarsi in un dialogo continuo con le società in cui opera. Tali società pagheranno i servizi da essa resi, risentiranno profondamente della sua azione plasmatrice e avranno idee proprie su quale sia il modo migliore di usarla. Tuttavia la medicina non deve lasciarsi trasformare in un forza mercenaria sempre pronta ad eseguire gli ordini e a porre le proprie capacità al servizio degli obiettivi che le vengano additati. Deve avere una vita interior propria e una propria chiara direttiva di azione. Deve cercare di capire che cos

vuole da lei la società in cui opera e cercare di andare incontro il più possibile alle sue richieste. Ma alla fine è lei che deve progettare il proprio cammino, sia pur d'intesa con la società. La redditività della medicina moderna, la sua capacità di dare alle persone cose che la natura, da sola, non dà loro e il suo potere di evocar sogni di trasformazione umana, a volte le rendono estremamente difficile trovare la propria strada. Per trovare la propria strada, la medicina dovrà incominciare con il ripercorrere la propria storia e le proprie tradizioni e tornare continuamente al proprio impegno originario di alleviare la sofferenza e di perseguire la salute. La domanda che la medicina deve sempre rivolgere a coloro che aspirano a guidarla, ispirarla o a finanziarla è questa: siete in grado di aiutarci a restare fedeli a noi stessi e a coloro che dobbiamo servire?

Una medicina equilibrata e prudente. Gli esseri umani continueranno a ammalarsi e a morire, a dispetto del potere della ricerca e del progresso medico. La vittoria su una malattia a volte apre la strada a un'azione più devastante di altre malattie. La morte può essere dilazionata e tenuta temporaneamente in scacco, ma non sarà mai vinta. Dolore e sofferenza resteranno una componente della condizione umana. Queste sono verità dure e banali, ma l'eccitazione delle nuove scoperte e delle tecnologie rivoluzionarie di oggi possono facilmente indurci a dimenticarle. Quando le possibilità terapeutiche della medicina raggiungono il proprio limite, quando i pazienti nel loro trapasso dalla vita alla morte possono trarre giovamento solo nel conforto, nell'attenuazione del dolore e nelle attenzioni sollecite e rispettose dei loro simili, non resterà altra risorsa che l'assistenza alla persona. Una medicina equilibrata e prudente terrà sempre presenti queste verità e promuoverà il progresso, ma senza infatuarsi e senza dimenticare l'intrinseca mortalità della condizione umana. Una medicina equilibrata e prudente combatterà bensì le infermità e le malattie, ma tenendo costantemente desta la consapevolezza che il suo compito non è di scoprire la trascendenza del corpo, ma di aiutare le persone a vivere il più possibile una vita sana nell'arco di tempo fin'it che è dato loro di vivere.

Una medicina economicamente sostenibile. Logica della ricerca e capacità di compiacere le tendenze del mercato dettano alla medicina una linea di tendenza che economicamente non possiamo permetterci. Attualmente quasi tutte le nazioni sono impegnate a combattere il continuo influsso delle nuove tecnologie e dell'innalzamento della domanda pubblica di una salute sempre migliore. I costi dell'assistenza sanitaria sono quasi dovunque in continuo aumento e tale aumento, tranne in alcuni casi, è suscettibile di controllo, alla lunga sfugge ad ogni freno. Molti, per la verità, pensano che schemi organizzativi più intelligenti, controlli più rigidi, liberazione dalla concorrenza economica, adozione di incentivi e disincentivi economici diversi più funzionali possano neutralizzare le pressioni intrinsecamente espansive della medicina contemporanea. Ma questa speranza è mai riposta, se poggia solo sulla tecnica. Gli interventi di taglio economico e organizzativo risulteranno moralmente socialmente accettabili, solo se nello stesso tempo si procederà a una interpretazione degli scopi della medicina. A modo loro, stati e mercati possono costringere la gente a vivere entro limiti imposti dall'esterno. Ma una medicina più umana cercherà di adattare i propri scopi alle realtà economiche e di istruire le persone sui limiti delle possibilità mediche all'interno di queste realtà. Cercherà scopi compatibili con una medicina che ci possiamo economicamente permettere e che quindi prometta di risultare sostenibile nel lungo periodo.

Una medicina sensibile alle istanze sociali e pluralistica. La medicina se assumerà forme diverse e si esprimerà diversamente nei vari paesi e nelle varie culture. Essa dovrà, nello stesso tempo, essere aperta a questo pluralismo e cercare di restare fedele alle proprie radici e alle proprie tradizioni. Una medicina sensibile alle istanze sociali sarà attenta ai bisogni socioculturali di gruppi e società diverse, alle promettenti possibilità di nuove e varie concezioni della salute, dell'infermità, della malattia e della patologia in genere, nonché alle potenzialità di coesistenza e di reciproco arricchimento delle varie visioni della medicina.

Una medicina equa e giusta. Una medicina inconsapevole dei propri limiti, priva di una bussola propria, succube del mercato e dimentica della finitudine umana non può essere equa. La medicina

destinata ad essere schiava del denaro e del potere, due forze guidate dal desiderio comprensibile, ma sbagliato di superare la natura e i limiti delle possibilità umane. Ingiustizia e disordine politico e amministrativo possono influire negativamente sull'allocazione delle risorse mediche né più né meno di un'immagine della medicina che, con eccessiva miopia, la riduca a fonte di denaro, di posti di lavoro, di vendita e di esportazione di tecnologia o anche a pericolo di un progresso umano infinito. Una medicina equa deve poter contare non solo su un appropriato supporto medico e amministrativo, ma anche su una forte linea di condotta gestionale e politica. Senonché questi risultati, lungi dal maturare spontaneamente, richiedono uno sforzo politico concertato.

Una medicina equa sarà alla portata di tutti, o dei governi e delle economie che devono fornirla, non solo di coloro che possono pagare i prezzi di mercato correnti. Essa non creerà continuamente farmaci e macchine che solo i ricchi possano permettersi o che porterebbero alla bancarotta i governi che intendessero assicurarli ai loro cittadini. Sarà disposta a convivere con l'inevitabilità della malattia e della morte e si guarderà bene dal combattere indefinitamente per scongiurare l'inevitabile. Conterà molto più che nel passato recente sul sistema sanitario pubblico, sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie. E si renderà conto che il desiderio di destinare più risorse al miglioramento della salute dovrà sempre fare i conti con altri bisogni e priorità sociali. Ma soprattutto una medicina equa deve essere progettata sulla base di *budget* ragionevoli, contemperando saggiamente bisogni sanitari e possibilità mediche con le esigenze degli altri settori della società. Infine, la medicina del futuro dovrà vedersi com'è, cioè avere la consapevolezza di ciò che è e che fa

Una medicina che rispetto la dignità e le scelte umane. La medicina moderna impone a individui e società una gamma complessa di scelte, a volte estremamente difficili. Condizione morale necessaria per l'effettuazione delle scelte sociali è la partecipazione democratica e per l'effettuazione delle scelte individuali la libertà della persona, ogni volta che essa sia possibile. La libertà di scelta, il fondamentale diritto all'autodeterminazione, comporta dei doveri e delle responsabilità. Come cittadini, noi dobbiamo decidere quale sia l'appropriata allocazione delle risorse e il peso relativo della salute intesa come bene sociale rispetto ad altri beni. E come pazienti reali o potenziali, ci si impongono altre riflessioni: come vogliamo che sia la nostra vita? Che cosa possiamo fare per restare sani? Quali sono i nostri doveri verso la nostra famiglia e verso gli altri pazienti? Su di noi, poi, incombe il dovere di compiere scelte responsabili nell'uso delle conoscenze e delle capacità della medicina quando si tratti di controllare la procreazione, di plasmare e modificare atteggiamenti e comportamenti e di sospendere un trattamento capace di tenere in vita un malato. Per poter far fronte correttamente a queste responsabilità abbiamo bisogno di cultura, di un confronto aperto delle opinioni, di un autoesame serio e di un contesto politico, medico e sociale che rispetti le scelte e la dignità degli uomini. Naturalmente sarà importante che teniamo sempre presenti le responsabilità morali e mediche che sono un corollario della libertà di scelta e la necessità di un dialogo comunitario di fondo sul contenuto e sulle implicazioni sociali delle scelte individuali. Solo così ci renderemo pienamente conto della necessità e della fecondità dell'interazione - e talvolta della tensione - tra bene individuale e bene sociale.

Considerazioni conclusive

La medicina è arte o scienza? E' un'impresa umanistica con una componente scientifica, o un'impresa scientifica con una componente umanistica? Noi non abbiamo offerto risposte definitive a queste antiche domande. Ci limitiamo ad affermare che una concezione forte degli scopi della medicina deve comprendere l'arte di giudicare in condizioni di incertezza, un nucleo centrale di valori umanistici e morali, e le conquiste della scienza più aggiornata. Una medicina che cerchi di essere, insieme, autorevole, moderata, economicamente sostenibile ed equa deve riflettersi costantemente nei propri scopi. I mezzi

burocratici, organizzativi, politici ed economici per il conseguimento di quegli scopi non devono eclissare le difficoltà permanenti e spesso spinose che li riguardano. La medicina del futuro, nelle sue strutture istituzionali e nei suoi assetti politici non sarà la riproposizione della medicina del passato e del presente - né dovrà esserlo. Solo il comune impegno di medici e pazienti, di medicina e società, può plasmare quel futuro in modo soddisfacente. Il terreno su cui questo impegno dovrà invariabilmente incominciare la propria opera trasformatrice è quello degli scopi della medicina.

(Traduzione di Rodolfo Rini)

