

Il mondo, il medico, la persona: una introduzione

Predisposizione genetica e influenza ambientale sono interagenti cause di danno per la salute umana. La fenilchetonuria non può prescindere dal deficit enzimatico alla nascita, ma è altrettanto dimostrato che una dieta a basso contenuto di fenilalanina consente di fronteggiarla; inversa – ma analoga – la considerazione a proposito del fumo di sigaretta come fattore di rischio: inesistente prima dell'introduzione del tabacco in Europa. Ma l'ambiente e la qualità di vita dipendono significativamente dal ruolo sociale e dalle risorse economiche. Un anomalo livello di emoglobina glicosilata in un diabetico delle classi agiate si associa, generalmente, ad eccessi alimentari, a conseguente monitoraggio glicemico, a tempestivi provvedimenti e puntuali controlli dietetici; l'itinerario non è certamente lo stesso per un operaio cassaintegrato. Dice un proverbio popolare: «Se vedi un poveretto che mangia un pollo, stanne certo: o è malato lui o è malato il pollo». D'altra parte, le molteplici interazioni tra dieta, dismetabolismo cellulare, risposta immunitaria ed infiammazione appaiono di sempre maggiore importanza nella patogenesi di malattie fenotipicamente eterogenee, ma di grande impatto sociosanitario nei paesi sviluppati, dove la dieta è oggi qualitativamente e quantitativamente deregolata in eccesso, risultando spesso in malnutrizione. Così, con l'avvento delle ricche diete delle moderne società affluenti, il modello metabolico ancestrale del genotipo frugale, beneficio in condizione di emergenza alimentare, è divenuto fonte di rischio, predisponendo a patologie croniche invalidanti ed economicamente impegnative per i sistemi sanitari, che includono obesità, aterosclerosi, diabete non insulinodipendente, calcolosi biliare colesterolica e alcuni fra i più importanti tipi di cancro.

È noto anche il consiglio del saggio cinese: «Meglio insegnare a pescare, piuttosto che regalare pesci». E un consiglio che, al giorno d'oggi, in un pianeta tanto più globalizzato quanto più diseguale, dovrebbe suonare come monito per la politica dei Paesi opulenti verso quelli in via di sviluppo. Una politica, cioè, che persegua gli "Obiettivi del Millennio" identificati dalle Nazioni Unite all'inizio di questo nuovo secolo, tra cui la sostenibilità ambientale, la capacità di accesso a cibo ed acqua potabile, la sicurezza alimentare, l'incremento del benessere materno-infantile, il controllo della patologia infettiva, la diffusione dell'istruzione scolastica e civica come strumento di promozione della salute.

Sono, questi, dati e suggerimenti che emergono dalla prima parte dei contributi del presente quaderno: **quelli di Bertollini su la salute e l'ambiente, di Mariani-Costantini su alimentazione e nutrizione in un mondo senza frontiere, di Savino e Lupica sui costituenti biologici di benessere del latte materno, di Garavelli sul rischio di globalizzare la patologia infettiva, di Maria Antonia Modolo sulla necessità di una educazione sanitaria idonea a far maturare una nuova "cultura della salute" nella quale siano rivalutati i soggetti singoli e la comunità; e per la quale è necessaria una politica organica, con interventi non settoriali, che mobiliti più parti della società e favorisca rapporti fra settori e fra istituzioni, fra cittadini e operatori.**

Anche essi, infatti, – medici, infermieri, addetti alla "clinical governance" – sembrano in ritardo rispetto al futuro del nostro mondo e al domani del loro ruolo: negli ultimi anni, il progresso tecnologico in diagnosi e in terapia non sempre si è accompagnato ad un equivalente miglioramento del rapporto medico-paziente. Le cause sono state diverse: sottovalutazione del corredo psicologico durante gli studi accademici, eccesso di avvicendamento didattico, precocità della scelta professionale, inadeguata considerazione del problema. Oggi, però, tale discrasia è maggiormente avvertita e induce il clinico ad una migliore attenzione alla persona che egli ha in cura. Anche questa inversione di tendenza ha numerose motivazioni, la cui radice è da ricondurre, comunque, **all'ammodernamento della formazione del medico**, come spiegano **Gianfranco Gensini e Andrea e Alberto Conti** in una disamina documentata e vissuta.

«Là dove il paradigma classico della formazione prevedeva il sapere e il saper fare e il saper essere, oggi questo modello è chiamato ad arricchirsi di altre competenze quali il saper far fare ed il saper continuare a formarsi».

Ed il medico “nuovo” dovrà essere educato anche al riconoscimento di alcuni fondamentali diritti di coloro che vedono il mondo da una situazione di debolezza, vivendo l’esperienza della vulnerabilità: diritti difficili ad individualizzare, certamente da rispettare, troppo spesso trasgrediti, ma – comunque – «traguardo possibile», secondo le convinzioni di **Giorgio Bert (Per un miglior rapporto medico-paziente)**. Si tratta del diritto del malato ad essere considerato come soggetto, del diritto di essere informato (se vuole) sulle proprie condizioni, di quello di non essere ingannato, di partecipare alle decisioni che lo riguardano. È recente, al proposito, l’eco suscitata da una trasmissione televisiva dal provocatorio titolo “Nemesi medica”, titolo mutuato dall’omonimo, indimenticato saggio di Ivan Illich; cui ha fatto seguito un libro (“Dall’altra parte”) che ne ha riprodotto, ampliandoli, i contenuti. È una lunga intervista su tre temi fondamentali: 1) È possibile conciliare scienza e sofferenza? 2) Con quali strumenti qualificare l’umanizzazione della pratica medica? 3) Come si pone un medico di fronte al proprio vissuto di malato? A queste domande sono stati chiamati a rispondere quattro protagonisti della medicina italiana accomunati dall’aver attraversato, ciascuno, il doloroso tunnel della malattia. E ognuno ha sperimentato lo stesso destino: ha provato sulla propria pelle la medesima insicurezza, le stesse paure, lo stesso sconforto dei propri pazienti; ha subito i disservizi, la disinformazione, le violazioni che un malato incontra allorché è costretto a muoversi nel labirinto dell’istituzione sanitaria italiana. Le risposte fornite da pur tanto esperti “addetti ai lavori” sono state – insieme – sincere e disarmate: «Un medico non pensa mai di ammalarsi»; «La paura è la sofferenza più crudele»; «Alla comunicazione della diagnosi ho compreso perché i malati ci vedono come divinità»; «In ospedale manca una cultura del conforto»; «In corsia sono divenuto un numero»; «La felicità è giunta con la parola “guarito”».

Ne emergono, in un’ottica nuova, due esigenze fondanti di condotta: quella di una maggiore disponibilità all’ascolto e una incrementata attitudine al compatire da parte del curante (o meglio: “di chi si prende cura dell’altro”). Obiettivi ambiziosi ma non inattuabili: si pensi all’ammonimento di William Osler ai suoi allievi di corsia: «Collegli, non dimenticate che in quel letto, domani, potrebbe esserci uno di voi». In tale modo, verrebbe a realizzarsi l’indispensabile integrazione di una medicina fondata sulle prove di efficacia con una medicina basata sul dialogo, sul confronto, sulla relazione umana. Resta esemplare l’insegnamento del Murri: «Senza dubbio i fatti e, secondo noi, solo i fatti, sono il fondamento d’ogni sapere. Ma ci vorrebbe, poi, tanto a capire che tra l’esser fondamento e l’esser tutto l’edificio, una certa differenza dovrebbe correrci? Anche se i fatti fossero mille volte più numerosi, fossero pure ottimamente stabiliti, non sarebbero ancora tutto il sapere. Pochissimi fatti sanno dire la loro propria storia senza commenti che ne svelino il significato». Un’asta drittissima – insegnava già Seneca – quando è immersa nell’acqua, appare, a chi guarda, curva o spezzata. Ciò che conta – quindi – non è solo che cosa guardi ma in che modo la guardi. «In altri termini, ogni intervento medico non solo non può essere spontaneo ma deve essere accuratamente costruito e mirato: non è possibile infatti considerare come obiettivo professionale un concetto generico come “la salute del paziente”. La salute è multifattoriale, e il medico deve decidere caso per caso quali tra i molti obiettivi di salute possibili sono a suo avviso prioritari e quali risultano comprensibili, accettabili, condivisibili, concretamente realizzabili da parte del paziente.»

Tale integrazione di biologia e biografia (anche nell’approccio al malato mentale) è vissuta nella rassegna di **Michele Tansella** e in quella di **Simone Vender e Nicola Poloni**. Nella prima, l’Autore individua alcuni punti-chiave da cui muovere verso possibili traguardi di progresso. 1) Diffondere l’impiego del metodo scientifico; 2) privilegiare i canoni della medicina fondata sulle prove di efficacia, evidenziando lo scarso valore delle opinioni personali; 3) accreditare l’interazione di ricerca e intervento in modelli complessi, utilizzando indagini di neuroimaging, variabili genetiche e psicosociali, studi clinici controllati, pragmatici, di psicofarmacologia; 4) operare in modo critico affinché tali strumenti-finalità vengano recepiti ed utilizzati nella programmazione e nella valutazione dei Servizi istituzionali di salute mentale. La seconda rassegna, sottolineando la possibilità della autoconsapevolezza di malattia di passare dalla psicopatologia individuale a momento dinamico relazionale, schiude

l'uscio ad uno sguardo nuovo su uno degli enigmi più elusivi – quello dell'autocoscienza – e, insieme, sul domani del rapporto terapeutico.

«Prendersi cura» del malato presuppone, infatti, il riconoscimento della “sofferenza” di una persona e il recupero di un impegno olistico nel “*sedare dolorem*”: una filosofia biomedica – umana e scientifica – approfondita da **Davide Tassinari e Marco Maltoni** nel capitolo dedicato **alle nuove frontiere della medicina palliativa** . A questi traguardi, dottrinali e operativi, va accreditato – si noti – un valore aggiunto: quello del recupero di un rapporto olistico tra la vita e la morte, nel senso di una riappropriazione, da parte della quotidianità, di quelle condizioni che oggi si tende sempre più a rimuovere o ad esorcizzare dal territorio dei viventi: la malattia, la vecchiaia, la finitudine.

Ha scritto recentemente Umberto Veronesi: «Un paziente curato con comprensione e in modo scientificamente corretto non sarà indotto a chiedere l'eutanasia». I nuovi rapporti che nascono dalla bioetica richiedono il riconoscimento e il rispetto puntuale e completo dell'autonomia e della dignità della persona, là dove, invece – scrive **Sandro Spinsanti** nel dolente capitolo conclusivo di questo fascicolo: **Problemi e prospettive della bioetica** – la pratica attuale del consenso informato tende addirittura a risolverli, dopo un'informazione insufficiente o nulla, in una garanzia per l'operatore. «È purtroppo, la polarizzazione tra bioetica laica e religiosa (cattolica) prevalente in Italia che tende a radicalizzare le posizioni. La bioetica, privata del dialogo, si dissolve nel biodiritto». Ma fino a che punto deve estendersi un'eventuale legislazione bioetica? Siamo certi che accettandone la priorità non ci si intrappoli in un vicolo cieco? Non sarebbe più responsabile difendere lo spazio della coscienza, nel quale il primo dovere è quello del rispetto della persona e della solidarietà e non quello dell'obbedienza alla legge?

Sono interrogativi che fanno riflettere e che sollecitano tensioni e impegni verso mete più avanzate, consone al nuovo millennio che ci cimenta ogni giorno.

È questa, l'ansia che pervade tutte le pagine che seguono.

Buona lettura.

L'editore