

La medicina impossibile

SERGIO NORDIO

Professore Emerito, Istituto di Clinica Pediatrica, Università di Trieste

Si apre, con questo articolo di Sergio Nordio, la nuova rubrica di articoli speciali. Si parla delle contraddizioni della medicina (nella società), che rendono il suo futuro apparentemente "impossibile", e, consensualmente, della ricerca di un modello adeguato di educazione medica. Sergio Nordio non dà risposte, pone lucidamente i problemi; li pone specialmente ai più giovani, che saranno gli attori della medicina di domani.

“**L**a medicina impossibile” è il titolo di un libro di Callahan, versione italiana del precedente *False Hopes*, false speranze, “Patologie della speranza” in medicina. Callahan, che ho conosciuto personalmente, è il direttore del Hastings Center di New York, uno dei più, o il più prestigioso centro di bioetica nel mondo.

Di certo stiamo vivendo un'epoca di problemi cruciali per la medicina e la sanità, un momento in cui credo sia utile incontrarsi per un reciproco stimolo a pensare sulle diverse prospettive, scientifica, tecnologica, manageriale, educativa, etica, che si stanno presentando. Credo sia utile uscire ogni tanto dall'ambito dei pensieri più o meno ampi o ristretti richiesti dall'abitudine, e soffermarsi anche su orizzonti di pensabilità più larghi. Insomma fare qualche pensiero in più. Non si può ignorare il contesto culturale, il sistema sanitario e sociale di cui si è tutti variabili, e del cui funzionamento si è anche, a vario titolo, responsabili.

Il campo della conoscenza si è enormemente ampliato e di conseguenza frammentato, e vi si è sempre più marginalizzati. Bisogna riflettere su come vivere questa obbligatoria marginalizzazione, su quanto la frammentazione delle conoscenze può compromettere la comunicazione con gli altri, il reciproco comprendersi, la capacità di comportarsi e di agire utilmente con e per gli altri.

Dalla letteratura e dai dibattiti nazionali e internazionali degli ultimi decenni sono emerse tre considerevoli linee di pensiero: sul sistema sanitario e la sua crisi; sulla cultura medica e i suoi limiti; sull'educazione medica e il suo cambia-

mento. Considero il libro di Callahan come l'ultima significativa espressione di queste linee.

LA CRISI DEI SISTEMI SANITARI

Il quadro delle malattie è cambiato: è avvenuta la cosiddetta “svolta epidemiologica”, con modificazione del rapporto tra malattie acute e croniche; sono diminuite le nascite; si moltiplicano le tecnologie e l'applicazione delle tecniche più o meno costose alle diagnosi e alle terapie più sofisticate; il Sistema Sanitario e quindi sociale sono gravati da progressive difficoltà. Il Sistema Sanitario è in crisi ovunque. È del 1947 la riforma universalistica, comunitaristica, inglese; degli anni successivi il suo diffondersi in altri Paesi, da noi nel '78, degli anni Ottanta e della prima metà degli anni Novanta la crisi e la riforma delle riforme. Si affermano il mercato e la competitività. Privatizzazione di componenti del sistema e apertura al mercato sono il nuovo Vangelo della medicina. Ma nulla prova che siano la cura giusta. L'Ufficio Europeo dell'OMS si chiede se mercato e competitività siano compatibili con le cure della salute, e nella “Carta di Lubiana” dell'OMS si raccomanda che i sistemi sanitari siano guidati da «valori fondamentali finalizzati alla salute, centrati sulle persone, mirati alla qualità, basati su un funzionamento solido, orientato all'assistenza di primo livello».

LA CULTURA MEDICA E I SUOI LIMITI

La medicina, dichiara Callahan, deve

dialogare con il Sistema Sanitario, e in esso affermare i suoi valori universali, che non sono solo quelli scientifici.

Callahan ricorda le tre epoche nella storia della medicina: prescientifica, scientifica e attuale (vedi anche nel recente volume di Cosmacini su *Il mestiere di medico*).

Nell'epoca prescientifica la medicina era filantropica e basata sulla completa dedizione del medico al paziente, pur con attenzione al rigore metodologico. Il mito divino di Igea (prenderci cura della salute del corpo in armonia con la natura) si pone in contrasto con il mito umano di Esculapio e della di lui figlia Panacea (intervenire sulla Natura con interventi medici). Esculapio è stato punito dagli dei per aver resuscitato un morto (per essere andato contro natura), e non c'è dubbio che la nostra medicina sia molto più vicina a quella di Esculapio che a quella di Igea. È indiscutibile, anche, che c'è nel mondo un diffuso bisogno di naturalità, in larga misura irrazionale, ma altrettanto certamente molto sentito. Lo stesso aggettivo “naturale” è diventato ormai pervasivo. Vi sono parti “naturali”, guarigioni “naturali”, cibi “naturali”, e perfino una morte “naturale”, e ognuna di queste cose ha i suoi entusiastici seguaci. Stanno anche trovando accettazione varie forme alternative di medicina. Non importa tanto la loro validità scientifica, gli elementi di prova per lo più deboli e poco persuasivi con cui si è cercato di suffragarla, quanto il fatto puro e semplice del crescente disincanto nei confronti del modello biomedico e la sua contaminazione con un modello bio-psicosociale.

“Sogno” della medicina è il dominio

della natura, delle malattie e infermità e della morte. L'immagine della natura quale realtà ostile ha dominato l'ultimo secolo della medicina, e i guadagni realizzati con l'idea di tale dominio sono stati innegabili. Il "sogno" ha profondi effetti sulla coscienza umana, affascina sia i clinici sia il pubblico, fa credere che per la salute nulla sia più funzionale di una medicina che migliora continuamente, alimenta l'idea di perfezionismo medico, riduce la tolleranza dei rischi, finisce anche per medicalizzare problemi che hanno poco o niente a che fare con la medicina. Senonché tutto questo ha finito per incoraggiare alcune idee pericolose. Infermità e malattie hanno smesso di essere viste come incidenti biologici, eventi contingenti che possono essere dominati, e il progresso medico contro la natura viene inteso non semplicemente come un bene da perseguire, ma come imperativo morale, per cui l'idea che, se venisse meno l'indomita battaglia contro malattia e mortalità, ne risentirebbe la stessa dignità umana.

Circa un secolo fa, Claude Bernard dichiarava che la clinica è l'anticamera e il laboratorio è il santuario della medicina. Fino a che punto si può ancora accettare questo modo di pensare? I valori universali della medicina, dice Callahan, sono sia quelli antichi, filantropici, che oggi chiamiamo relazionalità, sia quelli del metodo scientifico. Entrambi vanno affermati in un obbligatorio dialogo tra medicina e sistema sanitario, tra le esigenze di sviluppo dell'una e del funzionamento dell'altro. Questo significa attenzione alla comunicazione tra le culture scientifica, economica, manageriale delle istituzioni da una parte, e la cultura cosiddetta della popolazione dall'altra, che Bruner chiama psicologia culturale popolare. Quali le attitudini, competenze, culture, necessarie e sufficienti a coinvolgere le popolazioni nelle scelte decisionali? Il coinvolgimento della popolazione, sottolineato da Callahan, è raccomandato anche dalla Convenzione europea per la "protezione dei diritti umani e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina".

L'EDUCAZIONE MEDICA E I SUOI CAMBIAMENTI NECESSARI

Nella letteratura internazionale degli ultimi decenni si trovano molte sollecitazioni al ripensamento, a un arricchimento della cultura medica e quindi a una

integrazione dell'educazione medica con culture diverse. Scienze hard, dure, positive, ma anche scienze soft, morbide, umane, e anche culture non scientifiche, le cosiddette "medical humanities" (bioetica). Si parla anche di equilibrio tra il necessario riduzionismo scientifico e una visione sufficientemente olistica dell'agire medico. Può essere diventato uno slogan, ma proprio per questo conviene pensarci.

I risultati di un'indagine su facoltà mediche italiane, pubblicati in *La clinica della formazione medica* nel '97, dimostrano in maniera molto chiara che l'ancoraggio al riduzionismo scientifico è sempre forte, che però si riconosce la necessità di una visione più olistica e che - questo fa molto pensare - c'è ritengo a dichiararla e quindi a tradurla in atti educativi.

LE PROPOSTE OPERATIVE

A differenza di altri critici della medicina, scrive Giovanni Berlinguer nell'introduzione al libro, Callahan fa proposte concrete. Sono soprattutto proposte di un modo di pensare la medicina nella realtà del sistema sanitario. Non è negabile l'auspicio a una "medicina sostenibile" e a un "progresso medico sostenibile". Le proposte sono provocatorie e credo sia utile a tutti rifletterci nella situazione scientifica, politica, manageriale che si sta vivendo. Una sintesi, per quanto incompleta e forse influenzata dalla selezione operata, potrebbe essere la seguente.

Tecnologia sostenibile

"Tecnologia sostenibile: un ossimoro medico?" è il titolo di uno dei nove capitoli del libro. Ossimoro è una locuzione in cui sono accostati concetti contrari. Sviluppo tecnologico e sostenibilità sono termini quasi incompatibili. La tecnologia produce nuova tecnologia e la nuova tecnologia produce nuovi bisogni.

In quale misura è accettabile la dipendenza della medicina dalla continua innovazione tecnologica? Non è detto che la medicina debba stare sempre al passo di questa innovazione. Esistono basi teoriche per ritenere ragionevolmente probabile che il moderno progresso scientifico e tecnologico inauguri una stagione del tutto nuova per la salute umana? È possibile avere una visione del progresso che contribuisca alla promozione di una medicina sostenibile anziché di una medicina economicamente

e spesso anche socialmente dissennata?

Il progresso scientifico è in genere vissuto ottimisticamente. I fallimenti sono considerati stimoli utili e sono collaudatissimi i modi per sottrarsi al riconoscimento dei suoi limiti. Ai problemi che emergono si risponde chiedendo tempo per risolverli, e chi li segnala è accusato di pessimismo patologico e di luddismo. In medicina il progresso scientifico, in quanto fonte di un miglioramento della salute (che nessuno nega sia un bene), ha avuto vita facile a paragone di quella che ha avuto in altre branche del sapere.

I successi degli ultimi cinquant'anni sono stati strepitosi, ma non è detto che possano continuare. Se continueranno, comporteranno comunque costi, e forse anche più elevati di prima. Con l'accettazione di un progresso continuo e illimitato, quindi di una medicina eccessivamente costosa, si assumono anche responsabilità verso le generazioni future. Il progresso medico non può ignorare il "ciclo vitale" umano, non riconoscere certi limiti di intervento, non darsi regole di autolimitazione.

I dati di fatto dimostrano che l'innovazione tecnologica non abbassa, e nemmeno stabilizza i costi dell'assistenza sanitaria (forse contribuisce ad elevarla). Bisogna sempre tener conto della "compatibilità complessiva", ossia la molteplicità dei problemi che nel sistema determinano i costi. È troppo facile farla apparire compatibile isolando le tecnologie che permettono di esaltarne i benefici o rifarsi a singole storie di successi. Per sostenerne la compatibilità l'innovazione tecnologica destinata a un gruppo ristretto di pazienti non deve costituire una concorrenza (una minaccia) per le necessità mediche di altri pazienti e per altri importanti bisogni sociali, non medici. È importante mettere a nudo le linee di tendenza dell'innovazione tecnologica con ricostruzioni storiche, valutare gli effetti prodotti da altre analoghe che l'hanno preceduta, pensare in anticipo gli effetti anche in termini di costi, chiarire agli innovatori che il controllo dei costi è un obiettivo comune e che non perseguirlo ha effetto destabilizzante sull'intero sistema.

Medicina e mercato

La domanda di servizi nel Sistema Sanitario aumenta. Per sostenere il progresso scientifico-tecnologico della medicina non si può "rapinare" maggiormente l'assistenza, far pagare di più i servizi alla popolazione, magari a costo

di sacrificare altri bisogni, destinare alla sanità quote troppo alte di PIL. Occorre un approccio ponderato e prudente ai bisogni e ai costi. Per meglio fronteggiare l'aumento dei costi vengono alla ribalta le strategie, i concetti, l'ideologia del mercato. Ma il mercato coltiva e stimola i desideri dell'individuo, e contribuisce inevitabilmente a promuovere una medicina non sostenibile. Solo l'idea comunitaristica (o potremmo dire solidaristica?) lascia aperta la possibilità di una medicina che riconosca i suoi limiti interni ed esterni, e si faccia, quindi, sostenibile.

Ambientalismo

L'ambientalismo suggerisce un'idea di natura profondamente diversa da quella intesa dalla medicina: ma è possibile che dall'idea di "ambiente sostenibile" discenda un modo di pensare utile anche alla medicina. Delle due posizioni dell'ambientalismo, quella conservazionista, di una tutela della natura per servire gli interessi umani e quella preservazionista, di tutela della natura in quanto valore in sé, è soprattutto la prima ad adattarsi alla medicina.

I sistemi valutativi

Qualcosa, ma non troppo, ci si può attendere dall'utilizzo di sistemi di valutazione dell'efficacia, della qualità e della accessibilità delle cure. Ne sono espressione i movimenti di riforma, ma prima di tutto di opinione, per la medicina basata sull'evidenza, per la VRQ, per la "managed care", per l'introduzione di criteri imprenditoriali nella gestione della sanità pubblica: non al mero scopo di risparmiare (scopo peraltro dichiarato, e in sé positivo, anche se impopolare), ma anche di allocare al meglio le risorse e, in ultima analisi, anche di curare meglio (dunque di "fare meglio con meno").

Tutto questo è positivo; ma non è la panacea per una medicina sostenibile.

I sistemi di controllo per l'appropriatezza hanno un loro costo, e non piccolo.

I risultati degli studi clinici controllati e della medicina basata sull'evidenza sono comunque di tipo probabilistico; non realizzano il sogno di un sì/no definitivo per questo o quel protocollo, per questa o quella metodologia.

Il movimento per una medicina valutativa è inficiato dall'assunto che una tecnica dimostratasi efficace debba essere prescritta senz'altro: in verità anche l'efficacia tecnica deve essere correlata con una compatibilità sociale.

Morte, vecchiaia, rivoluzione genetica

La morte non è il nemico da sconfiggere a ogni costo, la medicina ha anche il compito di aiutare ad accettarla e ad affrontarla. La sopravvivenza è grandemente aumentata insieme con una diminuzione delle nascite; con l'invecchiamento aumentano i problemi di salute; all'allungamento della fase del ciclo vitale che precede la morte corrispondono più malattie, disabilità, sofferenze.

La ricerca genetica e la sua applicazione clinica promettono di avvicinare la medicina alla radice delle cause di malattia e, una volta compresi i meccanismi causali molecolari, di eliminarne molte, se non tutte. Ma le grandiose aspirazioni di alcuni tra i suoi più entusiasti assertori devono essere trattate con prudenza, a tutt'oggi non siamo in grado di stabilire se le nuove possibilità offerte contribuiranno alla realizzazione di una medicina innovatrice o se saranno solo costose aggiunte destinate a rimanere pure e semplici possibilità.

Il rapporto medico-paziente

Il rapporto medico-paziente rimane centrale, ma ha risentito profondamente delle innovazioni tecnologiche e della complessità degli aspetti finanziari e del contesto culturale. Un problema irrisolto sta alla radice delle difficoltà di questo rapporto.

Adottando il modello bio-psicosociale e non solo bio-medico, la medicina deve occuparsi delle sofferenze della persona intera? Se la risposta è sì, si avalla l'idea che la medicina debba avere il controllo di tutto ciò che nuoce alla persona.

Se inteso come diritto a essere alleviati di tutte le sofferenze, il diritto alla salute non ha senso in sé, ed è finanziariamente insostenibile. Bisogna coltivare la solidarietà in quanto ideale morale, altrimenti è impossibile far funzionare il sistema in maniera equa. La solidarietà è preferibile al diritto.

CONCLUSIONI

È molto impegnativo commentare i concetti espressi nel libro di Callahan. Direi perfino inopportuno per uno della mia età. Gli anziani hanno vissuto un'epoca, la seconda metà del secolo, di grandi cambiamenti. Gli adattamenti individuali e i condizionamenti sono stati diversi, l'equilibrio con cui essi giudicano le cose presenti e fanno proiezioni nel futuro può essere discutibile.

Che ne pensano invece i più giovani?

Per esempio di interrogativi come questi:

- l'agire medico deve tenere sempre il passo dell'innovazione tecnologica, e con quale modo di pensare quella strumentale?

- in quale misura è adattabile il modello scientifico riduzionistico all'agire medico?

- come porsi di fronte all'ambiguità e alla contraddittorietà di certe conquiste scientifiche della medicina (ad esempio la diagnosi prenatale o la cura del neonato di peso molto basso)?

- fino a che punto sono accettabili gli interventi scientifico-tecnologici su certe fasi del ciclo vitale umano (ad esempio su quella procreativa o su quella senile)?

- quanto accettare della "rivoluzione genetica" e delle entusiasmati conquiste della biologia molecolare, per la diagnosi precoce di malattie genetiche e di predisposizione ad ammalarsi?

- come individuare (sulla base di una "compatibilità complessiva" dei costi, tra ricerca scientifica, sviluppo tecnologico, cure e assistenza sanitaria) la soglia delle cure essenziali, appropriate e uniformi, previste dalla stessa riforma sanitaria italiana?

- fino a che punto mercato e competitività sono compatibili con le cure della salute?

- quale relazione tra medicina, sistema sanitario e sistema sociale?

Io ne aggiungerei un altro, a mio avviso basilare:

- quale tipo di educazione, anzi, quale cultura dell'educazione medica? Con quale cultura educarsi ad "agire" in medicina?

Nella letteratura internazionale ci sono molte, diverse, risposte, molte riflessioni illuminanti. Ma pochissimi "educatori" le leggono.

Suggerimenti bibliografici

La cultura dell'educazione pediatrica (S. Nordio e D. Tecilazic). In: "Riflessioni" della R.I.P., dicembre 1999, ed. In: La cultura dell'infanzia (a cura di S. Nordio). Ed Guerine 1999.

Quali pensieri in sanità? (S. Nordio). Pluriverso n°3,2000.

La clinica della formazione (a cura di B. Bertolini e R. Massa). Ed Angeli, 1997.