

ASPETTI DI DEONTOLOGIA MEDICA

Prof. Dott. Luigi Di Bella

Conferenza tenuta dal Prof. Luigi Di Bella, emerito fisiologo dell'università di Modena, il 23 Marzo 1985, nella Città di Clusone su invito del Prof. Belingheri presidente dell'U.S.S.L. 25 nel contesto dell'aggiornamento per gli operatori sanitari.

Grazie a tutti per essere venuti ad ascoltarmi e grazie, per l'invito, al presidente dell'U.S.S.L. N. 25 Dott. Belingheri Franco.

L'argomento di questa conversazione è stato trattato, e lo sarà, in tutte le salse, per cui nulla di nuovo sentirete da me. Può suscitare invece curiosità o sorpresa che sia un fisiologo a parlare di etica professionale. Mi giustifico dichiarando che di pratica medica ho dovuto occuparmi, per amore o per forza, da 50 anni, e che per lunghi anni ho vissuto molto vicino a clinici universitari ed ospedalieri; l'etica professionale perciò l'ho seguita e vissuta.

Oggi, che si moltiplicano le cattedre di Fisiologia Clinica e di Fisiopatologia, che le Patologie speciali e le Cliniche generali si polverizzano in una moltitudine di discipline specializzate, cosa rimane, per collegare le singole discipline, se non la Fisiologia, con le grandi sorelle della Biochimica e della Biofisica?

Con l'affinarsi delle conoscenze le entità nosologiche si frantumano in varietà progressivamente più ridotte, tutte collegate dalle comuni basi fisiologiche del processo patogenetico; una mentalità fisiologica potrebbe dare una visione particolare dell'etica professionale.

1 - L'etica professionale oggi*

I principi etici nella medicina e nelle attività collegate con la sanità investono medici e operatori sanitari, pazienti e sociologi, legislatori e politici. Non si tratta più di un unico reciproco rapporto fra medico e paziente, come ai tempi d'Ippocrate, perchè le scienze mediche polarizzano oggi l'interesse di tutti, sia perchè spiegano fenomeni altrimenti misteriosi della nostra vita, sia perchè affondano le proprie radici in quasi tutte le rimanenti discipline biologiche. Lo scibile medico ha espanso i suoi orizzonti nell'immenso infinito delle scienze, e i mezzi di diffusione spronano le curiosità e stimolano il desiderio del sapere. La scienza medica non s'identifica con la medicina, per le inevitabili carenze analitiche e sintetiche, diagnostiche e prognostiche, terapeutiche ed esecutive di quest'ultima. Il medico pratico è in genere un eletto professionista, ma non può identificarsi con uno scienziato, per il formidabile complesso di nozioni delle scienze mediche, per la elementare mancanza di tempo, per la stessa mentalità generalmente lontana da quella del ricercatore.

L'opera del medico non è confinata alle Cliniche ed Ospedali, ambulatori e consultori. Con l'affinarsi dell'esattezza della prognosi e con l'allargarsi dell'efficacia delle misure profilattiche, il medico entra ormai di necessità in ogni campo della società, nelle famiglie, negli asili e nelle scuole; nel lavoro e nello sport; nell'estetica e nell'arte.

Non c'è branca dell'attività umana che possa ormai prescindere dall'opera del medico, per l'una o per l'altra ragione.

* Per un orientamento nella vasta bibliografia sull'etica medica rimandiamo a:

AIKEN N.D.: Reason and Conduct: New Bearings in moral Philosophy - 1962, New York, Knopf.

FLETCHER J.: Situation Ethics - 1966, Philadelphia, Westminster.

FRANKENA W.K.: Ethics - 1973, Englewood Cliffs N.J., Prentice - Hall.

HARE R.M.: Freedom and Reason. - 1965, New York, Oxford Univ. Press.

RAWLS J.: A Theory of Justice. - 1971, Cambridge Mass. Belknap Press.

TORREY E.F.: Ethical issues in Medicine, - 1968, Boston, Little Brown.

VAUX K.: Biomedical Ethics, 1974, New York, Harper & Row.

VEATCH R.M.: Case studies in medical Ethics, 1979, Cambridge, Mass, Harvard Univ. Press.

WERTZ R.W.: Readings on Ethical and Social issues in Biomedicine, 1973, Englewood Cliffs N.J., Prentice - Hall.

STANLEY N.F. & R.A. JOSKE (Eds.): Changing disease patterns and human behaviour. 1980, London, Acad. Press.

Se si considerano: il diritto alla salute, riconosciuto - anche se solo a parole talvolta - quasi universalmente *; i problemi sorti dal controllo delle nascite, come l'aborto, la contraccezione e la sterilizzazione; quelli relativi alla fecondazione in vitro ed al reimpianto dell'embrione in cavità uterina; il potere decisionale del medico nella profilassi e negli esiti di embriopatie e fetopatie; i problemi dei trapianti e quelli della psico-neurochirurgia; dell'eutanasia e della sperimentazione sull'uomo; si comprende allora quanta parte della vita individuale e sociale sia permeata dalla medicina, e quanto grave sia l'onere della responsabilità del medico, e quanto compromettente il suo orientamento morale.

- * CHAPMAN C.B. & J.M. TALMADGE: The evolution of the Right-to-Health concept in the U.S.A. - In: VISSCHER M.B.: Humanistic Perspectives in Medical Ethics - 1972, Buffalo, Prometheus Books.
- COCHRANE A.L.: Effectiveness and Efficiency, Random Reflections on Health Services. - 1972 Provincial Hospital Trust, Nuffield.
- CURRAN W.J.: The right to health in National and International Law - 1971 - NEJM, 284, 1258.
- ENTERLINE P.E.: Effects of "Free" medical care on medical practice - the Quebec Experience - 1971 - NEJM, 288, 1152.
- HALBERSTAM M.J.: Liberal Thought, Radical Theory and Medical Practice - 1971 - NEJM, 284, 1180.
- KENNEDY E.M.: In critical condition: The crisis in America's Health Care - 1972, New York, Simon & Schuster.
- KING F. & S. MARTODIPOERO: Medical care in developing countries: A primer on the medicine of poverty and a Symposium from Makerere - 1967, O.V.P., New York.
- MacLEOD G.K. & J.A. PRUSSIN: The continuing evolution of health maintenance Organizations - 1973 - NEJM, 288, 439.
- McNAMARA J.J.: The revolutionary Physician - Change Agent or Social Theorist - 1972 - NEJM, 287, 171.
- NEWHOUSE J.P., C.E. PHELPS & W.B. SCHWARTZ: Policy options and the impact of National Health Insurance - 1974 - NEJM, 290, 1345.
- SADE R.M.: Medical care as a right: A refutation - 1971 - NEJM, 285, 1288.
- SCHWARTZ H.: Health care in America: A heretical Diagnosis - Saturday Review, 1971, 14.
- SHENKER B.N. & D.C. WARREN: Giving the patient his medical record: A proposal to improve the system - 1973 - NEJM, 289, 688.
- STEVENS R.: American Medicine and the Public Interest - 1971, Yale Univ. Press, New Haven.
- SNOW L.: Folk medical beliefs and their implication for the care of patients - 1974 - AIM, 81, 82.
- TEMKIN O.: The scientific approach to disease: specific entity and individual Sickness - In: CROMBIE A.C.: Scientific Change - 1963, Heinemann, London.
- WISE H.B.: Medicina and Poverty - In: TORREY E.F.: Ethical issues in Medicine - 1968, Little Brown - Boston.

L'attività medica corrente si svolge entro limiti i cui pilastri sono sostenuti dalla morale, dalla legge e dalla religione.

Nell'ambito delle attività sanitarie la morale è un problema di ogni giorno, che investe pazienti e familiari, medici e infermieri, amministratori e politici. L'etica medica è una branca dell'etica applicata, e le si è attribuito tanto rilievo che alla Columbia University, nel College of Physicians & Surgeons, è stato istituito un corso di Medical Ethics sin dal 1970, esteso successivamente ai dipartimenti di biologia, sociologia, filosofia e religione, ed alle Scuole per infermieri professionali e personale paramedico, nonché alla scuola di odontoiatria.

L'Istituto di Medical Ethics pubblica un periodico, e provvede a tenere dei corsi al Dartmouth -, al Vassar - ed al Manhattanville College, nonché alla State University di New York. - La decisione è giustificata dal fatto che l'etica medica si ritiene trascenda la professione medica. VEATCH R.M. (l.c.) dichiara apertamente che «physicians must no longer be educated as technical geniuses and moral imbeciles.» La morale vale per l'uomo e la società, ma non per la scienza che accetta dati obiettivi, significativi, universalmente validi.

Il problema morale impone una scelta fra due o più soluzioni possibili, non per motivi tecnici. Se le soluzioni sono due esse possono essere alternative, o differire solo per qualità. - Se la conclusione è solo di ordine scientifico essa può anche contrastare con quella dettata dal sentimento. In realtà qualunque pensiero umano s'accompagna a un sentimento, e «c'est le sentiment qui nous égare le moins» (*). Ogni decisione medica viene vagliata come giusta o errata, buona o cattiva, preferibile o necessaria, piacevole o dolorosa, utile od aleatoria.

La decisione riguarda anche il particolare paziente, la persona che deve prenderla, le condizioni per attuarla.

Una società può ritenere immorale quello che ammette un'altra: esiste cioè un relativismo sociale, ma ne esiste anche uno individuale.

Una morale assoluta o universale non esiste, anche se si riconosce che «se non si ammette una legge santa, inviolabile, non creata dagli uomini, verrà a mancare la norma per giudicare se un atto è giusto o ingiusto. (**)

(*) FRANCE A.: La vie littéraire - II, 8.

(**) MAZZINI G.: Doveri dell'uomo, 2.

Da un complesso di norme morali correnti ci si dovrebbe elevare ad un livello superiore di principi etici. (*)

Alcune decisioni son prese non senza conflitti interiori, nè senza contrasti con le leggi o le credenze religiose.

Vi sono poi alcuni principi morali generali, tramandati dalla medicina orientale o ippocratica, o di ispirazione evangelica (primum non nocere; ciò che a te stesso non vuoi che sia fatto, non farlo agli altri uomini (**)), che guidano e guideranno sempre l'etica medica.

(*) BARRY B.: The liberal theory of justice - 1974 - Oxford Univ. Press. New York.

BRANDT R.: Social justice - 1962 - Prentice - Hall, Englewood Cliffs, N.J.

BRUNNER E.: Justice and the social order - 1945 - Harpers, New York.

CATTELL R.B.: A new morality from science: Beyondism - 1974 — Pergamon, New York.

(**) Confucio: Dialoghi; XV, 29.

OLAFSON F.A.: Justice and Social Policy - 1961 - Prentice - Hall, Englewood Cliffs, N.J.

POTTER V.R.: Biethics: Bridge to the Future - 1971 - Prentice - Hall, Englewood Cliffs, N.J.

2 - Il giuramento d'Ippocrate e la posizione del medico oggi.

Ippocrate imponeva il giuramento per Apollo, Igea e Panacea, e per tutti gli dei e le dee; prometteva devozione ai maestri e discendenti, regolava le norme professionali; impegnava al segreto professionale, dentro e fuori il proprio ministero. Si tratta di un complesso di norme deontologiche, ormai solo in piccola parte valide nella moderna società dei consumi, della televisione, dell'energia atomica, dei computers.

Mutano le leggi, crollano le basi tradizionali della famiglia e della società, sbiadiscono i sentimenti di gratitudine, di stima, di rispetto, ecc. Anche la medicina tende ad assumere in questo ambiente un carattere freddamente e rigorosamente scientifico, ed il rapporto medico-paziente tende a raffreddarsi, a diventare formale, talvolta anche ostile.

I rapporti di un medico col suo paziente sono invero unici, esponendo il paziente alcuni fatti personali, chiedendo al medico cure, consigli, conforto; promettendo l'esecuzione del programma di cure consigliate. I rapporti secondo VEATCH (l.c.) sono paragonabili a quelli di un mutuo contratto, con obblighi e vantaggi molteplici per i due contraenti. Il paziente riconosce la necessità di affidare al medico i dettagli tecnici delle cure, anche se chiede di partecipare alle sue decisioni, soprattutto se di notevole portata. La partecipazione riguarda più l'aspetto morale che quello tecnico; essa può essere assunta dal tutore o parente in caso d'incapacità, d'incoscienza, di minore età (meno di 14 anni).

Il comportamento paternalistico del medico presuppone la sua superiore cultura, profonda bontà e solerte iniziativa da una parte, l'incondizionata fiducia del paziente dall'altra. Purtroppo il decadimento morale generale, il livellamento sociale e la diffusione d'informazioni mediche superficiali e vuote, hanno praticamente cancellato questo ineffabile rapporto.

Il medico rimane particolarmente declassato in questa rivoluzione sociale, e sperimenta ogni giorno più a suo danno il costo della sua umiltà, della sua fede, del suo amore per il prossimo, del suo spirito di dedizione. La cattiveria dei Colleghi, ma anche quella del mondo extraprofessionale gli conferma giorno dopo giorno che "homo homini lupus, niger nigro lupior, medicus medico lupissimus". Parecchi medici hanno pagato con la vita il rifiuto di rilasciare attestati di comodo, mentre altri sono costretti ad agire contro coscienza per difendere un pane. Incamerando il fisco parte delle sue entrate, ed obbligandolo ad una severa, minuta, avvilente e squallida contabilità, ne ha fatto del medico un professionista (Sc. GIORDANO), forzosamente freddo, distaccato, interessato.

L'insistente volgarizzazione di temi di medicina con tutti i mezzi di diffusione tende a creare in vasti strati della popolazione non solo la credenza di poter alla leggera criticare e contestare l'opera del medico, ma anche all'incontro di indurre una certa fiducia nell'onnipotenza della medicina. Per quest'ultima opinione, nonché per il crescente difetto di volontà nella società del benessere e della vita facile, ed infine per il rifiuto di accettare rinunce e sacrifici, si accentua la ten-

denza a far cavare dal medico tutte le castagne dal fuoco: si pretende così di far diventare studioso lo scolaro svogliato, corretto il cittadino perverso, attraente la donna sgraziata, magro l'obeso costituzionale, forte il debole, geniale l'idiotia, volenteroso il bighellone, astemio l'etilista, astinente il fumatore, ecc.

Nella pianificazione della medicina e nella crescente burocratizzazione del medico queste tendenze diventano manie correnti, e costringono il medico ad affrontare situazioni strane, a certificare stati e condizioni di comodo, a prescrivere farmaci per la creazione di piccoli armadi farmaceutici domestici - salvo a scartare i pezzi man mano scaduti, a risolvere problemi gravi e complessi, salvo a vedersi alla fine criticati e a volte anche incriminati.

Forse neanche l'1% dell'attività del medico d'oggi coincide con quella del glorioso medico condotto dell'epoca umbertina. La professione si svolge così in condizioni talmente critiche e perverse da dover invocare di primo mattino: "ne nos inducas in tentationem, sed libera nos a malo".

Non è bassa la percentuale di casi nei quali il medico è richiesto di prescrivere delle specialità, senza visitare l'ammalato, o solo chiedendo scarni ragguagli al paziente od al parente. La gente divide perciò i medici nelle due classi: i medici che scrivono e quelli che visitano.

Di questo degrado professionale sono profondamente responsabili lo scarso studio e lo smarrimento morale.

Col pretesto di debellare un inesistente classismo, di abolire un inutile quanto intollerabile nozionismo, di svecchiare antiquati programmi e adeguarli ai tempi, si è avvilita la scuola e si sono aperte le università a folle d'ignoranti, d'ineducati, di arrivisti. Questa marea ha scosso radicalmente università già gravemente minate da morbi incurabili.

Il medico futuro, pur entusiasta degli studi intrapresi e disposto a rinunce e sacrifici, vaga smarrito fra le pullulanti cattedre, disorientato fra evanescenti docenti, avvilito, sfiduciato e scettico, o col cervello stoltamente imbottito.

Pochi o nessuno gli ha insegnato gli elementi di semeiotica e di pratica medica, per cui ha dovuto arrangiarsi in un campo in cui l'autodidattismo non vale.

A contatto con l'ammalato trascura, perchè non gliene hanno suggerito l'importanza e perchè non ha digerito le patologie speciali, i dati anamnestici; e non esegue un esame obiettivo neanche elementare perchè nessuno si è preso mai cura d'insegnarglielo; allora passa al sintomo: la febbre, il dolore, la tosse, ecc.

Ha imparato che esiste una certa corrispondenza fra il sintomo ed un farmaco, e lo prescrive ordinariamente in quelle condizioni, senza approfondire i dati clinici e farmacocinetici. Se poi il sintomo persiste immutato o quasi, allora smista il paziente all'Ospedale, allo specialista, al radiologo, all'analista.

Nell'ambiente in cui lavora può sembrare inutile, vano o sciocco stillarsi il cervello per raggiungere il supremo, divino obiettivo del medico: la diagnosi. Soffrire con e per il paziente, aiutarlo e confortarlo è giudicato in genere anacronistico oggi; nè la stima o la riconoscenza del prossimo si manifesteranno, nè le

controllatissime entrate o la sua posizione gerarchica e sociale muteranno in suo favore.

Se abbonda nelle prescrizioni può ricevere un richiamo, se difetta può perdere il cliente. In queste condizioni il medico svolge il suo lavoro distaccato, vigile e attento solo a sapersi destreggiare, a non incorrere in critiche o richiami.

L'interesse per l'ammalato fino al sacrificio, l'orgoglio per avere indotto una rapida e completa guarigione, la fugace ma ineffabile gioia per essere riuscito a cogliere l'esatta diagnosi, sono ricordi pallidi e sfumati della gloriosa e carismatica figura del vecchio medico condotto, che poco chiedeva e tutto dava in dignitoso silenzio.

La figura del medico moderno è stata largamente inquinata dal consumismo, dalla superficialità e leggerezza crescenti, dall'egoismo e dall'utilitarismo imperanti, dall'edonismo.

In questo clima il paziente viene "sbrigato" il più rapidamente possibile e, se la diagnosi è oscura e i sintomi non accennano a calare, si ricorre ad una caterva di esami ed indagini anche inopportuni, generalmente tuttavia bene accettati anche dal paziente.

Per quanto determinante sia il contributo delle moderne tecnologie per la formulazione di sede e di natura del male, la diagnosi non emerge automaticamente computerizzata dai risultati delle analisi. Ignorando a volte la portata dei risultati che un esame può dare, e non avendo che una lontana idea della diagnosi, si moltiplicano le indagini senza apparente giustificazione logica. Da qui l'inflazione di costosissime, assurde e spesso inutili indagini strumentali. L'affinamento delle ricerche è a volte squisitamente inutile, ed ha solo fine a se stesso.



3 - Il medico davanti alla procreazione ed alla morte

Ippocrate s'impegnava col suo giuramento a non dare a nessuna donna rimedi per farla sgravare prima del termine. Le leggi delle nazioni più avanzate hanno invece ammesso l'aborto, consentito la contraccezione, tollerato la sterilizzazione volontaria in particolari casi. Una prima generale giustificazione a queste misure discende dalle teorie di Malthus, dell'esaurimento delle risorse mondiali, che crescono secondo progressioni aritmetiche mentre la popolazione crescerebbe secondo progressioni geometriche. *

Siamo circa 7 miliardi a popolare la terra; stime alquanto attendibili valutano a circa 120 miliardi il numero massimo di uomini sfamabili, cioè 17 volte la popolazione attuale. Il timore di rimanere senza risorse è perciò lontano.

Si tratta perciò più di difettosa distribuzione che di mancanza di risorse. D'altra parte quasi tutte le crisi economico-politico-sociali e relativi conflitti sono sopravvenuti per squilibri nella distribuzione delle risorse. Se tutta la popolazione mondiale si raddoppiasse in 21 anni, come avviene (o avveniva!) in alcune fra le più prolifiche regioni dell'Asia Orientale, dovrebbero trascorrere 84 anni per superare il limite prevedibilmente invalicabile di 110 miliardi. Sono traguardi irreali e lontani, la cui attendibilità risulta largamente inficiata da erronee premesse. La conclusione è che se si ricorre all'aborto, alla contraccezione, alla sterilizzazione non è certo per risparmiare altruisticamente alle terze e quarte generazioni l'incomodo del superaffollamento. Ad essere sinceri si tratta soprattutto di difendere agi, ricchezze, mollezze e svaghi raggiunti, di risparmiare cure, lavoro, fatiche, apprensioni per l'avvenire dei figli, esposti come sono alla corruzione della società, al degrado della scuola, alla diseducazione dei mezzi di diffusione informatica.

Delle tre misure antiprocreazionistiche le più discusse sono l'aborto e la sterilizzazione, mentre per la contraccezione le acque si sono sufficientemente calmate, essendo state abrogate le leggi che ne proibivano la propaganda e l'uso in di-

* EHRLICH P.R.: The population bomb - 1972 Cambridge Pam.

KASS L.R.: The new biology: What price relieving man's estate - Science, 1971, 174, 779.

McVEDY C. & R. JONES: Atlas of World population history - 1978 Harmondsworth. Penguin Books.

WERTZ R.W.: Readings on ethical and social issues in biomedicine - 1973, Englewood Cliffs N.J., Prentice - Hall.

versi Paesi. * "Legum corrector usus" dichiarava già LIVIO (XLIV, 32) e TOLSTOI (Credo Sociale) aggiungeva con una tinta dispregiativa che "La legge è come la banderuola d'un vecchio campanile che varia e si muove secondo che spira il vento." In effetti "in un governo bene istituito le leggi si ordinano secondo il bene pubblico" (MACHIAVELLI: Pensieri, V, 10), e "la legge non deve riandare le cose passate, ma sibbene provvedere alle future" (Idem: Ibidem V, 15). L'evangelico "crescite et multiplicamini" può anche non ritenersi contraddetto dall'applicazione di misure contraccettive.

Nella sua enciclica "Casti connubii" Pio XI dichiarava che "qualunque atto del matrimonio esercitato in guisa da frustrare il suo potere naturale di generare la vita, è un'offesa contro la legge di Dio e della natura". Paolo VI nella sua enciclica "Humanae vitae" condannò tutti i metodi "artificiali" di controllo delle nascite. Una commissione papale, nominata da papa Giovanni XXIII ammise a maggioranza che la regolazione del concepimento è necessaria per molte coppie, che osservano e coltivano tutti i valori essenziali del matrimonio.

Occorre invero riconoscere che l'uomo medio stenta ad accettare l'idea che il matrimonio abbia il solo fine della procreazione; egli non può ritenere peccaminoso quel rapporto sessuale che è possesso e donazione, fusione di due anime in un solo essere, suggello perenne di reciproca fede integrale.

- * BUMPASS L. & C.F. WESTOFF: The perfect contraceptive population - Science, 1970, 169, 1177.
 CALLAHAN D.: The catholic case for contraception - 1969, New York, Macmillan.
 CURRAN W.J.: Birth of a healthy Child due to negligent failure of pill - NEJM, 1971, 285, 1063.
 GRISEZ G.G.: Contraception and the natural law - 1964, Milwaukee, Bruce.
 HATCHER R.A.: Contraceptive technology - 1976-7, New York, Irvington.
 HIMES N.E.: Medical history of contraception - 1963, New York, Gamut Press.
 NOONAN J.T. jr.: Contraception: A history of its treatment by the catholic theologians and Canonists: 1966, Cambridge, Harvard University Press.

L'amore può sublimarsi nel sacrificio e nella gioia della procreazione, ma non esaurirsi in essi. Che la comunione di due anime sia offuscata dal timore e dall'immane responsabilità della nascita di una nuova creatura, e dalle conseguenze molteplici, anche gravi, che l'evento può avere, non è opportuno. La contraccezione permette la consuetudine di una sana attività sessuale nell'ambito della famiglia, e può contribuire validamente all'unione familiare ed alla salute psico-fisica dei coniugi.

Molto più delicata e complessa è invece la posizione del medico nei confronti della sterilizzazione. Essa è stata fatta su larga scala in India per pianificare le nascite, è stata imposta per legge nella Germania nazista in alcuni soggetti criminali sociali per pretese profilassi eugenetiche, può essere proposta ed adottata nella donna la cui gravidanza potrebbe essere mortale per la madre, o darebbe luogo ad un neonato esposto sicuramente ad un gravissimo mortale rischio, come la "Sickle cell anemia" di negre statunitensi. La sterilizzazione può essere anche volontaria e consensuale come nella ovariectomia per alcuni cancri della mammella, e nella orchiectomia per cancro della prostata.

La Chiesa Cattolica non ammette per bocca di Pio XI la sterilizzazione volontaria contro le nascite, perchè "ogni uomo non ha altro potere sulle parti del suo corpo oltre che quello pertinente all'uso delle parti stesse. Non si deve distruggere o mutilare un membro e renderlo inidoneo alla sua naturale funzione, a meno che non sia necessario farlo per il bene dell'organismo intero". È la consueta posizione di estrema saggezza della Chiesa, ugualmente accettata dal giudaismo ortodosso, ma non con altrettanta chiarezza dalle chiese protestanti.



Il Family Planning Council (India), a seguito di un'analisi sulla rapida crescita delle popolazioni urbana e rurale, offrì 20 dollari per ogni cittadino che accettava la sterilizzazione, e 20 dollari per il padre di due figli che chiedeva di sottoporsi alla sterilizzazione. Lo stato di Singapore ha emanato disposizioni ugualmente persuasive, senza però ricorrere alla sterilizzazione, per la pianificazione delle famiglie, ed altrettanto si va facendo in altri Paesi, fra i quali la Repubblica Popolare Cinese. *

Qui non è tanto il problema della pianificazione delle nascite, che va meditato, quanto quello del mezzo adoperato - la sterilizzazione, cioè - per risolverlo. Gli incentivi ed i compensi per la sterilizzazione sono accettati (POHLMAN □) o respinti (CALLAHAN, l.c.) sotto diverse angolazioni.

* BASS M.: Attitudes of parents of retarded children toward voluntary sterilization - *Eugenics Quarterly* 1967, 45.

BUMPASS L.L. & H.B. PRESSER: Contraceptive sterilization in the USA: 1965 and 1970 - *Demography* 1972, 9, 531.

DAVIS M.E.: Involuntary Sterilization: A history of Social control - *J. of Black Health*, 1974, 1.

FLETCHER J.: Sterilization - Our right to foreclose parenthood - *Morals & Medicine*, 1960, Boston, Bracon Press.

HOLDER A.R.: Voluntary sterilization - *JAMA*, 1973, 225, 1743.

McFADDEN C.: *Medical Ethics*, 1967, Philadelphia, F.A. Davis.

McKENZIE J.F.: Contraceptive sterilization: The doctor, the patient and the United States Constitution - *University of Florida Law Review*, 1973, 25, 327.

MEYERS D.W.: *The human body and the law* - 1970, Chicago, Aldine Press.

MURDOCK C.W.: Sterilization of the retarded: a problem or a solution? - *California Law Review*, 1974, 62, 917.

NEUWIRTH G.S., P.A. HEISLER & K.S. GOLDRICH: Capacity, competence, consent: Voluntary sterilization of the mentally retarded - *Columbia human rights Law Review*, 1974-5, 6, 447.

PRESSER H.B.: Voluntary sterilization: a world view - *Reports on population/family planning* - 1970, 5, 1.

RICHART R.M. & D.J. PRAGER: *Human Sterilization* - 1972, Springfield Ill, Charles C. Thomas.

ROBITSCHER J.: *Eugenic Sterilization* - 1973, Springfield Ill., Charles C. Thomas.

SCHIMA M.E.: Advances in voluntary sterilization - *Proc. II Intern. Conference*, 1974, Princeton, Excerpta Medica.

□ POHLMAN E.: Incentives and Compensations in Birth Planning - *Hastings Center Report*, 1973, 3, 10.

La "Declaration of human rights" delle Nazioni Unite, per cui "nessuno può essere penalizzato se ha figli; nessuno può essere obbligato a trattenersi dall'aver figli; ogni cittadino deve disporre dei mezzi atti a controllare la propria famiglia, sulla base delle proprie possibilità e credenze religiose" è tanto generica e vaga che non ha valore pratico alcuno.

Risulta invece interessante una sentenza della Corte Suprema USA del 1927, secondo cui «la Signora Carrie Buck, mentalmente ritardata, probabilmente madre potenziale di prole socialmente inadeguata, può essere sessualmente sterilizzata, senza danni per la sua salute, mentre le sue condizioni di vita e quelle della società si gioveranno della sua sterilizzazione».

Davanti a decisioni di questo genere il medico dovrebbe consigliarsi col genetista, e lasciare al legislatore ed al sociologo la decisione finale, a meno che la sterilizzazione abbia finalismi terapeutici e profilattici (cancro della mammella; carcinoma della prostata).

Il problema morale più grave scuote tuttavia la coscienza del medico quando è chiamato ad esprimere il suo parere per un aborto, per ragioni genetiche o per embriopatie. L'aborto per motivi personali, familiari o sociali può non riguardarlo se si è dichiarato obiettore per cui può anche esimersi dall'eseguirlo. *

- * CALLAHAN D.: *Abortion: Law, Choice and Morality* - 1970, Macmillan, New York.
COHEN M. et al.: *The rights and wrongs of abortion* - 1974 Princ. Univ. Press Princeton.
COMMITTEE ON PSYCHIATRY and LAW: *The rights to abortion: A psychiatric View*. 1970, Charles Scribner's Sons, New York.
GRISEZ G.G.: *Abortion: The Myths, the realities and the arguments* - 1970, World, New York.
HALL R.E.: *Abortion in a changing world* - 1970, Columbia Univ. Press, New York.
NOONAN J.T. jr.: *The morality of abortion: legal and historical perspectives*, 1970, Harvard Univ. Press, Cambridge.
TORREY E.F.: *Ethical issues in medicine* - 1968, Little Brown, Boston.

Alcune malattie ereditarie possono esser gravissime e confinare anche con la morte a breve o relativamente lunga scadenza, come l'emofilia tipo A, ad eredità diagenica, con gene sul cromosoma X; la distrofia muscolare tipo Aran-Duchenne; il retinoblastoma; la sindrome di Down e quella di Tay-Sachs, l'anemia a cellule falciformi. Alcune malattie congenite sono determinate da malformazioni geniche, come la sindrome di Turner, la S. di Klinefelter, gli pseudoermafroditismi, ecc.

La genetica umana progredisce vertiginosamente ed ha identificato parecchie centinaia di malattie metaboliche: dalle enzimopenie - per mutazioni in geni diversi o genocopie, alle alterazioni strutturali del medesimo enzima per mutazioni diverse in un singolo locus e serie allela - In un singolo locus genetico possono essere multipli gli stati alleli omozigoti, che si manifestano con espressioni fenotipiche anche gravi. *

Le 23 coppie di cromosomi della specie *Homo sapiens* si calcola che contengano 50.000 loci diversi, o coppie di geni, i cui alleli o varianti del medesimo locus possono essere colpiti da mutazioni strutturali. Durante la meiosi si può avere scambio di materiale genico fra cromosomi omologhi (ricombinazione), o rottura di cromosomi e inserzioni dei segmenti derivati in posizioni diverse, nell'ambito di uno stesso o di un altro cromosoma (traslocazione intra - o intercromosomica). A seguito di queste e di altre alterazioni geniche, cambiano quantità e qualità delle proteine sintetizzate. Ne consegue: o nessuna apparente manifestazione delle condizioni di vita e di salute, o uno stato più o meno grave di malattia, o la morte.

Ancora nel 1975 McKUSICK (**) elencava 2336 possibili variazioni genetiche.

Per fortuna molte malattie metaboliche congenite possono venir seguite e curate anche con misure dietetiche (galattosemia, cistinuria, ecc. ***), sempreché siano precocemente diagnosticate e tempestivamente curate.

* STANBURY J.B., J.B. WYNGAARDEN & D.S. FREDRICKSON: The metabolic basis of inherited disease - 1978, McGRAW-HILL BOOK COMPANY, New York.

** McKUSICK V.A.: Mendelian inheritance in man: Catalogs of autosomal dominant, recessive and X-linked Phenotypes - 1975, Johns Hopkins, Baltimore.

*** MASON H.H. & M.E. TURNER: Chronic galactosemia - Am. J. Dis. Child 1935, 50, 259.

YEH H.L., W. FRANKL, M.S. DUNN, P. PARKER, B. HUGHER & P. GYORGY: The urinary excretion of amino acids by a cystinuric subject - Am. J. Med. Sci 1947, 214, 507.

L'intervento sul codice genetico in vivo a fini terapeutici è un miraggio ancora molto lontano. In un caso di iperargininemia e concomitante ritardo mentale in due fratelli di 5 e 1,5 anni, l'iniezione di virus di papilloma di pelle di coniglio capace di stimolare la produzione di un isozima dell'arginase, ha fatto abbassare l'argininemia, ma non migliorare la sindrome clinica.

Se non si può curare il disastro genetico, siamo obbligati ad accettarlo o conviene meglio sopprimerlo? * Le leggi dei vari Paesi consentono l'aborto entro i primi tre mesi, o le prime 14 settimane dall'avvenuto concepimento, ed entro questo intervallo di tempo l'ecografia e l'amniocentesi consentono con buona approssimazione di conoscere molti dettagli anatomico-funzionali dell'embrione, e la sua mappa cromosomica. Se la malattia fosse sicuramente letale a breve scadenza, l'aborto non farebbe che anticipare un ineluttabile esito fatale. Se si tratta invece di sindromi non mortali, come una S. di Klinefelter, di Rössle, di Bonnevie-Turner, di Turner, e in genere, di embrioni con cromosomi sessuali incompleti e soprannumerari, e conseguenti future disgenesi gonadiche, compariranno allo stato adulto con alta frequenza pesanti conflitti, che graveranno sui soggetti colpiti, sulle famiglie, sulla società.

- * CADBURYH. J. et al: Who shall live? Man's control over Birth and Death: A report prepared for the american friends Service Committee. 1970, Hill & Wang, New York.
- CAMPBELL A.V.: Moral dilemmas in medicine - 1972, Williams e Wilkins, Baltimore.
- CLEMENTS T.S.: Science and Man: The philosophy of scientific humanism - 1968, Charles C. Thomas, Springfield Ill.
- CUTLER D.R.: Updating life and death: Essays in ethics and medicine. 1969, Beacon Press, Boston.
- HARING B.: Medical ethics - 1973, Fides Publishers, Notre Dame, Ind.
- LEACH G.: The Biocrats - 1972, Penguin Books, Baltimore.
- NELSON J.B.: Human medicine: Ethical perspectives on new medical issues. 1973, Augsburg, Minneapolis.
- RACHELS J.: Moral problems - 1971, Harper & Row, New York.
- SMITH H.: Ethics and the new medicine - 1970, Abingdon Press, Nashville.
- VAUX K.: Biomedical ethics: Morality for the new medicine - 1974, Harper & Row, New York.
- WERTZ R.W.: Readings on ethical and social issues in biomedicine - 1973, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- WILLIAMS R.H.: To live and to die: When, Why and How - 1973, Springer Verlag, New York.

Un aspetto per niente trascurabile relativo all'assistenza ed all'avvenire dei ritardati mentali, dei disadattati, ecc. è rappresentato dal gravame economico che opprimerà le famiglie, o peserà negativamente e insopportabilmente sulla società *. Circa la spesa che la società dovrebbe accollarsi per mantenere ed educare un ritardato mentale, il dibattito svoltosi per l'approvazione dello State Bill 529, riportato da VEATCH (l.c. pagg. 200-1) è edificante: contro la spesa di \$ 60.000 per l'istituzionalizzazione di un ritardato mentale, starebbe la spesa di soli \$ 200 per l'«eliminazione prenatale», una volta accertata la diagnosi prenatale di sindrome di Down. L'aborto in questo caso, e in tutti gli altri nei quali è possibile fare la diagnosi prenatale di malattie genetiche gravi ed incurabili, rappresenta un enorme risparmio per la società.

Fra le voci che si levano contro l'aborto, alcune si appellano al lamento di dolore emesso nel corso delle manovre abortive da questo povero essere inerme ed indifeso. È veramente riprovevole l'ignoranza anatomo-fisiologica di coloro che adducono questi falsi motivi per commuovere l'opinione pubblica. Vulgus vult decipi, purtroppo. Sarebbe comunque augurabile, prima di eloquire su questioni così serie, rileggere i capitoli della Fisiologia sulla sensibilità generale e dolorifica, sulla tettonica del midollo spinale sec. REED, sui riflessi spinali e respiratori, e ricordare che il siringomielico può bruciarsi le dita senz'accorgersene, e che il tabetico percepisce la posizione degli arti solo attraverso la vista.

- | | |
|--------------------------------|--|
| * BAYES M.D.: | Contemporary utilitarianism - 1968, Doubleday, New York. |
| EHRENREICH B. & J. EHRENREICH: | The american health empire: Power, profits and politics - 1970, Random House, New York. |
| GOFFMAN E.: | Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates - 1961, Doubleday, New York. |
| LYONS D.: | Forms and limits of utilitarianism - 1965, Oxford, Univ. Press, New York. |
| McLACHLAN G. & T. McKEOWN: | Medical history and medical care - 1971 - Oxford Univ. Press, London. |
| MILUNSKY A.: | The prevention of genetic disease and mental retardation - 1975, W. B. Saunders, Philadelphia. |
| PARSONS T.: | The social system - 1951, Macmillan, New York. |
| PERRY R.B.: | General theory of value: its meaning and basic principles construed in terms of interest - 1926, Harvard Univ. Press, Cambridge. |
| SMART J.J.C & W. BERNARD: | Utilitarianism: for and against - 1973, Cambridge Univ. Press, New York. |
| VISSCHER M.B.: | Humanistic perspectives in medical ethics - 1972, Prometheus Books, Buffalo. |

Se una ragione c'è che si opponga all'aborto, essa è solo di natura morale e religiosa.

Occorre tuttavia meditare che se due genitori, moralmente sani, approvano l'aborto per il loro prodotto di concepimento, non possono farlo con indifferente distacco, nè senza dolore. Per acconsentire alla soppressione della vita del nuovo essere debbono urgere motivi, di portata anche morale, immani. Oltre alla voce della coscienza, al sentimento morale, alla credenza religiosa, parla anche al cuore del genitore una voce, che gli chiede: che diritto hai di mettere al mondo un infelice, un incapace, un inetto? non è egoismo il tuo? e quando morirai chi si prenderà cura della tua creatura? Fra questi pensieri la mente non ha grandi spazi e cerca, se possibile «oprando obliar, senza indagarlo - questo enorme mister de l'Universo» (Carducci: Idillio Maremmano).

Dalla vita che sorge a quella che si spegne l'opera e la decisione del medico possono essere ugualmente determinanti, che si tratti di sospendere l'emodialisi in un comatoso, o la respirazione artificiale in uno spinalizzato o in un drogato.

La morte conclude ineluttabilmente la vita; essa si può ritardare ma non evitare, e, in alcuni casi soltanto. Se la «qualità della vita» fosse gravemente e irreversibilmente deteriorata (stato di coma o d'incoscienza duraturo; sofferenze fisiche; piaghe estese; incontrollabilità degli sfinteri; ecc) si potrebbe allora affacciare il dilemma se sospendere ogni trattamento per accorciare la pena della sopravvivenza, o se causare la morte, dando l'occorrente (droga) al paziente (suicidio), o inducendo una eutanasia, che sarebbe punita dalla legge (omicidio). *

- | | |
|---|--|
| * ARIES P.: | Western attitudes toward death: from the middle ages to the present -1974, Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore. |
| BECKER E.: | The denial of death - 1973, Free Press, New York. |
| CHORON J.: | Death and western thought - 1973, Collier Books, New York. |
| GATCH M. McC.: | Death: Meaning and Mortality in christian thought and contemporary culture - 1969 - Seabury Press, New York. |
| GOLDBERG I.K.,
M. SIDNEY &
HUTSCHER A.H.: | Psychopharmacologic agents for the terminally ill and bereaved - 1973, Columbia Univ. Press, New York. |
| GORER G.: | Death, Grief and Mourning - 1965, Doubleday, New York. |
| HENDIN D.: | Death as a fact of life - 1973, Norton, New York. |
| KLUF E.-H. W.: | The practice of death - 1975, Yale Univ. Press, New Haven. |
| KÜBLER - ROSS E.: | On death and dying - 1969, Macmillan, New, York. |
| MACK A.: | Death in the american experience - 1973, Shocken Books, New York. |
| NEALE R.E.: | The art of dying - 1973, Harper & Row, New York. |
| SCHNEIDMAN E.S.: | Deaths of man - 1973, Quadrangle Books, New York. |
| STEINFELS P. &
VEATCH R.M.: | Death inside out - 1975, Harper & Row, New York. |
| TOYNBEE A. et al.: | Man's concern with death - 1968, McGraw Hill, New York. |
| WINTER A.: | The moment of death: a symposium - 1965, Charles C Thomas, Springfield Ill. |

Il medico che cura, guarisce e salva una vita respinge con una certa ripugnanza la proposta di spegnere una vita, o di rimanere inerte davanti alla morte che s'avvicina, senza tentare il possibile per salvarla. La vita è santa, indipendentemente dalla sua qualità e, anche se la morte è stata qualificata pietosa e misericordiosa da parenti e affini di ammalati morti, che hanno sofferto duramente, il medico interviene in coscienza solo per ridurre le sofferenze, adoperando analgesici ma non sopprimendo la vita.

L'Euthanasia Educational Council di New York (250 West, 57th Street, 10019) ha proposto la compilazione di un modello di documento, da parte dell'ammalato che preferisce morire anzichè esser mantenuto in vita con mezzi artificiali e con misure eccezionali, quando le condizioni di vita si sono gravemente e ormai irreversibilmente deteriorate. La volontà di morire vale solo quando la coscienza dell'ammalato è assolutamente integra e serena. Le eventuali disposizioni legislative future per l'eutanasia dovrebbero essere estremamente precise e dettagliate per evitare abusi - Dovrebbe essere precisato fra l'altro se sarà un medico o un "esecutore" a provocare la morte, se l'eutanasia è permessa solo in Ospedali, quali autori dovrebbe autorizzare la legge, se la volontà di morire è chiaramente e ripetutamente espressa e se è manifestamente irrevocabile, essendo la morte irreversibile. * Infatti: Nobis cum semel occidit brevis lux.

* Gli aspetti morali, legali, teologici, professionali dell'eutanasia sono ampiamente ed esaurientemente svolti in: Federazione Medica, 1985, XXXVIII, 5-28.

Nox est perpetua una dormienda (CATULLO: Carm. V, 4). Non raramente nel corso di una malattia la volontà di morire può mutare o invertirsi. Oltre alla "dignità" della vita sono spesso anche gli aspetti economici della malattia, le spese dell'esistenza, che aggravano e rendono critiche alcune situazioni; d'altra parte una prognosi assolutamente sicura non può formularsi, anche se la medicina tende a diventare una scienza esatta: la statistica vale per gruppi omogenei di pazienti, ma non per l'individuo.

Quante volte una situazione clinica altamente infausta si risolve favorevolmente, a dispetto di ogni più ragionevole previsione! Infine anche se la terapia non guarisce, essa sotto il profilo squisitamente medico, è «a major goal of medicine» (BRODY, l.c.).

Al momento della morte l'anima si stacca dal corpo, secondo diverse credenze religiose; ma il fenomeno non è obiettivabile per cui la morte si presume che avvenga quando cessano il respiro, l'attività cardiaca, il polso ed i riflessi, cui si aggiunge il silenzio elettrico nei tracciati ecg-ici. La dichiarazione medica di morte presunta può avere a volte ripercussioni inimmaginabili, per cui la legislazione è vasta.

Poichè l'arresto d'attività del s.n.c. può ritenersi segno sicuro, definitivo e irreversibile di arresto d'attività della vita di relazione, una commissione della facoltà medica di Harvard si è preoccupata di definire «morte del cervello» uno stato di coma irreversibile, con scomparsa dei riflessi.

In effetti il concetto di morte secondo la legge e la religione, è diverso da quello secondo la biologia*. Dal momento in cui il cuore si ferma, la circolazione s'arresta, il respiro cessa, non tutti i tessuti sospendono simultaneamente la loro vita: la cute e la cornea, i reni e il cuore, il sangue, i muscoli, i tendini, le fasce, le ossa e la cartilagine sopravvivono per qualche tempo alla morte clinica e possono essere utilizzati per trapianti, alcuni immediatamente funzionanti nel nuovo ospite, appena si saranno ripristinate le nuove condizioni di ossigenazione, nutrizione, scambio materiale e termico, altri agenti prevalentemente in senso tropico e plastico.

* MORISON R. &
K. LEON:

Death: Process or Event? - Science, 1971, 173, 694.

Un mammifero (omeoterma), come il gatto o il cane, la scimmia o il coniglio, il ratto o la cavia, può sopravvivere anche se spinalizzato, purchè assistito da un respiratore e termostattizzato. Nella patologia umana, in traumatologia cranica, sono ormai numerosi i casi descritti di pazienti, che vivono di vita vegetativa per mesi o qualche anno.*

Nello stato della Virginia (USA) la legge considera passaggio allo stato di morte il momento in cui s'arrestano il circolo ed il respiro.

- * ALDERETE J.F. et al.: Irreversible coma: a clinical, electroencephalographic, and neuropathological study - Trans. Amer. Neurol. Ass. 1968, 93, 16.
- BRIERLEY J.B. ed. al.: Neocortical death after cardiac arrest - Lancet, 1971, 560.
- CAPRON A. & K. LEON: A statutory definition of the standards for determining human death: An appraisal and a proposal - Univ. of Pennsylvania Law Review, 1972, 121, 87.
- CLOUSER K.D. & A. ZUKER: Abortion and euthanasia: an annotated bibliography - 1974, Society for Health and human Values, Philadelphia.
- JONAS H.: Against the streams - 1974, Prentice - Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- KENNEDY I. McCOLL: The Kansas Statute on death - An appraisal - NEIM, 1975, 285, 946.
- KOREIN J. & M. MACCARIO: On the diagnosis of cerebral death - Clinical electroencephalography, 1971, 2, 178.
- MILLS D.H.: The Kansas death statute - Bold and innovative - NEIM, 1971, 285, 968.
- ORVILLE G. BRIM jr. et al.: Death and dying: a briefly annotated bibliography - 1970, Russel Sage Fondation, New York.
- PARSONS T., R.C. FOX & V.M. LIDZ: The "gift of live" and its reciprocation. Social Research, 1972, 39, 367.
- SILVERMAN D. et al.: Irreversible coma associated with electrocerebral silence - Neurology, 1970, 20, 525.
- WASMUTH C.E. jr.: The concept of death - Ohio State Law Journal - 1969, 30, 32.

La ragione per cui tanto inchiostro s'è sparso pe definire lo stato di morte dimostra, in aggiunta al resto, l'estrema importanza di questa ineluttabile, unica, irreversibile cerniera fra l'essere ed il non essere. Anche in questo decisivo evento è il medico che deve decidere ** se sospendere o meno un circolo od un respiro artificiali, se prelevare - o far prelevare - e quando - organi da utilizzare per il trapianto *** Fra i primi Stati a codificare la legislazione relativa vi sono stati la Svezia e gli USA (SADLER A.M. & E.B. STASON: The uniform anatomical gift act: a model for reform - JAMA, 1968, 206, 2501).

Mentre i problemi della sterilizzazione e dell'aborto, del trapianto e dell'eutanasia hanno scadenze e scadenze relativamente rade e lontane, altri - nuovi e vecchi - premono, e tormentano ininterrottamente la vita quotidiana del medico pratico - Nelle sue giornaliere mansioni il medico deve anche destreggiarsi fra la politica e gli affari, le persone e le istituzioni.

L'attività del medico si allarga in un mare di pareri e sentenze, di certificati e ricette. In questa società del benessere, che aspira ad un'integrale assistenza sanitaria, fondata su un sistema scarsamente equilibrato fra insufficienti risorse ed esorbitanti pretese, il medico paga un grosso contributo, anche per il progresso della biologia, e per l'espansione di una cultura superficiale, divulgata da stampa, radio, televisione.

- ** HIATT H.H.: Protecting the medical commons: Who is responsible? NEJM, 1975, 293, 235.
- *** American Medical Association Judicial Council: Ethical guidelines for organ transplantation - JAMA, 1960, 205, 341.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION: Report of the special Committee on organ transplantation - Brit. Med. J., 1970, 750.
- CHRISTOPHERSON L.K. & T.A. GONGA: Patterns of Grief: End-Stage renal failure and kidney transplantation - J. Thanatol. 1975, 3, 49.
- DUKEMINIER J. jr. e D. SANDERS: Organ transplantation: A proposal for routine salvaging of cadaver organs - NEJM, 1968, 279, 413.
- EASTWOOD R.T. et al.: Cardiac replacement - 1969, US Government printing office, Washington D.C.
- FOX R.C.: A sociological perspective on organ transplantation and hemodialysis V.-Ann. N.Y. Acad. Sci. 1970, 169, 406.
- GAYLIN W.: Harvesting the dead: the potential for recycling human bodies - Harper's, 1974, 249, 23.
- KATZ J. & A.M. CAPRON: Catastrophic diseases: who decides what? 1975, Russel Sage, New York.
- LEAVELL J.F.: Legal problems in organ transplantation - Mississippi Law J. 1973, 44, 865.
- LEVINE M.D. et al.: The medical ethics of bone marrow transplantation - J. pediatrics, 1975, 86, 145.
- LYONS C.: Organ transplants: The moral issues - 1970, Westminster Press, Philadelphia.
- MILLER G.W.: Moral and ethical implications of human organ transplants - 1971, Charles C Thomas, Springfield, Ill..

Altri problemi frattanto avanzano, nuove e sconvolgenti vedute etiopatogenetiche e terapeutiche si propongono e si affermano in un dinamismo che assilla e tormenta la coscienza del medico onesto.

In questo fermento d'idee nuove è difficile sceverare il dubbio dal certo, l'ipotesico dal reale. Il celere mutare d'idee, l'affollarsi di piccole e grandi scoperte, il senso di responsabilità verso il paziente e la coscienza del dovere professionale, fanno del medico il professionista più impegnato e tormentato. Problemi nuovi e vecchi, come il dolore, il cosiddetto "esaurimento nervoso", l'impiego di farmaci psicotropi, la nutrizione parenterale ed il mantenimento del normale stato d'idratazione e del giusto equilibrio elettrolitico, richiedono lungo studio, equilibrio, prespicacia.

Le nuove frontiere della medicina che avanza il medico dovrebbe almeno indirettamente conoscerle per consigliarle ai suoi pazienti.



Anche qui l'etica e le capacità professionali appaiono indissolubilmente collegate. Dubbi e perplessità emergono quando si deve consigliare se trattare con psicoterapia *, con psicofarmaci ** psicotomia *** (lobotomia frontale e leucotomia: talomotomia; impianto di elettrodi) dolori fisici, turbe comportamentali, impulsi aggressivi, atetosi, e incoordinazioni motorie - Altrettanto gravi perplessità sorgono anche quando si deve consigliare l'applicazione di pace-maker sul cuore, o sui nn. frenici (siringobulbia); quando un processo invasivo impone come cura genericamente palliativa la mutilazione di un arto (rabbdomiomi), la deformazione del viso (sarcomi a mieloplassi della mandibola; tumori del massiccio cranio-facciale); l'asportazione di organi di senso (retinoblastoma); ovvero quando un'alta % di occlusione coronarica impone un by-pass coronarico - Una oculata e complessa analisi esigono anche la nutrizione per via perenterale, i by-pass vascolari e quelli intestinali per grave obesità costituzionale, la nutrizione per sonde nasali nel ca. dell'esofago, ecc.

- * BANDURA A.: Principles of behavior modification - 1969, Holt, Rinehart & Winston, New York.
- BIRK LEE et al.: Behavior therapy in psychiatry - 1974, Jason Aronson, New York.
- BREGGIN P.R.: Psychoterapy as applied ethics - Psychiatry, 1971, 34, 59.
- LONDON P.: Behavior control - 1969, Harper & Row, New York.
- MECHANIC D.: Mental Health and social policy - 1969, Prentice - Hall, Englewood Cliffs N.J.
- MEDVEDEV R.A. & Z.A. MEDVEDEV: A question of madness - 1971, Knopf A.A., New York.
- ULRICH R., T. STACHIK & MABRY: Control of human behavior - Voll. 3 - 1974, Scott, Foresman, Glenview, Ill.
- ** EVANS W. & N.S. KLINE: Psychotropic drugs in the year 2000: Use by normal humans - 1971, Charles C Thomas, Springfield, Ill.
- WELLS W.W.: Drug control of school children - Southern California law. Rev. 1973, 46, 585.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION: The use and misuse of psychotropic drugs - 1975, World Medical Association 1841 Broadway, New York, N.Y. 10023.
- *** ANDY O.J.: Neurosurgical treatment of abnormal behavior - Amer. J. med. Sci. 1966, 252, 232.
- BREGGIN P.R.: The return of lobotomy and psychosurgery - Congressional Record, 1972, 118, E 1602.
- DELGADO J.: Physical control of the mind - 1969, Harper & Row, New York.
- HITCHCOCK E.R., L. LAITINEN & K. VAERNET: Psychosurgery - 1972, Charles C Thomas, Springfield, Ill.
- MARK V.H. & R. NEVILLE: Brain surgery in aggressive epileptics - JAMA, 1973, 226, 465.
- SWEET W.H.: Treatment of medically intractable mental disease by limited frontal leucotomy: justifiable? NEJM, 1973, 289, 1117.
- Symposium on psychosurgery - Boston Univ. Law Rev. 1974, 54, 215.
- WINTER A.: Surgical control of Behavior - 1971, Charles C Thomas, Springfield, Ill.

La scienza progredisce, e la medicina con essa; la marcia non s'arresterà fin tanto che vivrà l'uomo sulla terra, a meno di imprevedibili cataclismi naturali o provocati dall'uomo, che possiede già i mezzi per estinguere la vita sulla terra - La nostra vita muterà tanto, la durata crescerà, le sofferenze psichiche si attenueranno. È difficile predire cosa ne sarà della mente umana, anche se arriveremo a produrre mostri e chimere e forse anche, attraverso una placenta artificiale, a far crescere e sviluppare in vitro feti umani di 300-1200 g, prelevati da una donna consenziente ad una isterotomia per aborto volontario, nell'ambito delle leggi dello stato (VEATCH R.M.: l.c.; pag. 209). Ci fermeremo forse davanti alla creazione della vita, la cui essenza sta in un dinamismo spontaneo, materiale ed energetico, autoripetentesi limitatamente nel tempo. L'assemblaggio delle stesse molecole, alla stessa distanza, negli identici reciproci rapporti, non è creazione di vita, ma solo ripetizione inerte di modelli naturali viventi.

La vita ha durata limitata, perchè i fenomeni che la caratterizzano sono quelli stessi che la sopprimono (legge di Le Chatelier, in biologia). La vita crea altra vita, pagando un tributo alla morte.

Le scienze biologiche avranno qui i loro limiti - La morale, le leggi e le religioni; le società, gli usi e le consuetudini ne orienteranno e limiteranno lo sviluppo, senza tuttavia riuscire ad arrestarlo - Entro questi limiti nessuna scoperta è deprecabile e nessun mezzo è da rigettare.

Ma pur nell'estrema ampiezza di questa cornice, possiamo ritenere lecito modificare radicalmente la vita di un uomo? Anche se la sperimentazione tende al nobile fine di ampliare le nostre conoscenze biologiche, è lecito adoperare l'uomo come cavia? Se gli Stati con leggi appropriate approvassero questo principio, esso potrebbe essere l'inizio della fine dell'uomo sulla terra. Vi sono leggi che nessuno Stato, in nessun tempo, in nessuna società, per nessuna ragione, dovrebbe mai travalicare.

Desta preoccupazione la constatazione che molti essenziali principi morali vanno decadendo nell'ora presente, e che la civiltà proceda a ritroso, anche se il fenomeno è ipocritamente coperto da una potente e convincente propaganda.

Fanno meditare infatti alcuni titoli * che cominciano a comparire nella letteratura, come il seguente: «Who shall live when not all can live?»; quasi che, con la scusante dell'insufficienza dei mezzi per vivere, un popolo più potente si arrogasse il diritto di sopprimere quelli più deboli, al solo fine di star meglio.

Una sperimentazione su vasta scala è stata fatta in qualche Paese prima d'introdurre nell'uso routinario la pillola anticoncezionale, al fine di vagliarne l'efficacia.

Il medico ha anche sperimentato su se stesso l'attendibilità di teorie etiopatogenetiche e l'efficacia di alcune terapie, e la storia della medicina è costellata di questi numerosi esempi, da Eusebio Valli, che indossò all'Avana la camicia d'un marinaio morto di febbre gialla, per dimostrare che la malattia non si propaga da uomo a uomo, a Pettenkofer, che inghiottì una cultura di vibrioni colerici, per smentire la scoperta di Koch; da Paolo Garnault di Bordeaux che si fece inoculare un frammento di fegato di vacca affetta da tbc, ad E. Daniele Carrion di Lima, che pagò con la vita l'inoculazione della verruca del Perù; da Lindermann prima, e i dottori Borgioni, Rosi e Passili di Firenze poi, che s'iniettarono materiale sifilitico, a Nicolle dell'Istituto Pasteur di Tunisi, che s'inoculò culture di salmonella typhi, per dimostrare l'azione curativa del suo siero.

La sperimentazione sull'uomo il National Institute of Health la riconosce "useful", pur che siano salvaguardati i diritti dei soggetti in esperimento - Il codice di Norimberga, la dichiarazione di Helsinki ed il codice del servizio di sanità pubblica statunitense hanno sufficientemente fissato i limiti della sperimentazione.

La dichiarazione di Helsinki del giugno 1964, adottata nella 18ª assemblea medica mondiale, ha confermato la validità della dichiarazione di Ginevra, ed ha distinto la sperimentazione clinica, a fini pratici terapeutici, da quella puramente scientifica; sia nell'uno che nell'altro caso non si deve «weaken physical or mental resistance of a human being».

* CHILDRESS J.F.: Who shall live when not all can live? Soundings, 1970, 53, 339.

** ALTMAN L.K.: Auto - experimentation - NEJM, 1972, 286, 346.

ROSENTHAL R. &

R.L. ROSNOW:

The volunteer subject, 1975, Wiley Interscience, New York.

Utili, interessanti e piacevoli sono le letture di: DE KRUIF P. Uomini contro la morte. 1941, Mondadori, Verona - FUSCO A.: Eroi della medicina - 1927, Ist. Editoriale Cisalpino, Varese.

** NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH: Protection of human subjects - Federal Register, 1973, 38 N. 221.

Anche se il paziente è fedelmente informato della natura e degli scopi degli esperimenti, occorre sempre seguire rigorosi principi morali * prima d'iniziare la ricerca. Precauzioni particolari esige la sperimentazione quando viene effettuata su pazienti in gravi condizioni e/o affetti da morbi incurabili, quando il rilievo personale deve venire integrato dai risultati di esami obiettivi complessi, quando la sperimentazione viene condotta su incapaci mentali, su carcerati, su gravide, su feti e bambini, su anziani **

La sperimentazione nell'uomo è regolata in USA dalla Public Law 93-348 Title II (Protection of human subjects of biomedical and behavioral Research) del 12 luglio 1974; le disposizioni (Protection of human subjects: fetuses, pregnant women, and in vitro fertilisations) sono comparse nel Federal Register dell'8 agosto 1975, Pt. III, Vol. 40, p. 33526 e 1974, 39, Pt. II.

La sperimentazione nell'uomo è ovviamente l'ultimo gradino di un lungo iter, che comincia e si svolge nei laboratori sperimentali, per concludersi nell'impiego sull'uomo. La ricerca passa attraverso vagli severi, regolamentati da leggi inesorabili, in tutte le nazioni civili, sí da offrire le massime garanzie di efficacia ed innocuità. Le ricorrenti campagne contro l'indispensabile vivisezione rivelano, oltre all'insulsaggine ed alla leggerezza di chi le propone, la malafede, e soprattutto l'ignoranza che se la biologia ha raggiunto i traguardi odierni essa lo deve all'osservanza che «experimentum artis atque scientiae principium», per cui lo scienziato «non fingit hypotheses».

* ADAMS A. & G. COWAN: The human guinea pig: how we test new drugs - World Magazine, 1972, 5 dec. 20.

ALFIDI R.J.: Informed consent: a study of patient reaction - JAMA, 1971, 216, 1325.

BEECHER H.K.: Consent in clinical experimentation: Myth and reality. JAMA, 1966, 195, 34.

CAPRON A.M.: Informed consent in catastrophic disease research and treatment - Univ. of Pennsylvania law Rev. 1974, 123, 340.

CHALMERS T. et al.: Controlled studies in clinical cancer research - NEJM, 1972, 287, 75

CASSIDY P.S.: Cooper v. Roberts: a "reasonable patient" test for informed consent - Univ. of Pittsburgh law Rev. 1974, 123, 340.

DICKENS B.M.: Information for consent in human experimentation - Univ. of Toronto law Journal - 1974, 24, 381.

MCCORMICK R.A.: Proxy Consent in the experimentation situation - Perspectives in biology and medicine, 1974, 18, 2.

MORRIS R. CURTIS et al.: Guidelines for accepting volunteers; consent, ethical implications and the function of Peer review - Clinical Pharmacol and Therapeutics, 1972, 13, 782.

RISKIN L.L.: Informed consent: looking for the action - Univ. of Illinois Law Forum, 1975. no 4, 580.

** BARBER B. et al: Research on human subjects-1973, Russel Sage Foundation, New York.

BEECHER H.K.: Research and the individual: human studies - 1970, Little Brown; Boston.

- CAMPBELL A G.M.: Infants, children and informed consent - Brit. Med. J. 1974, Agosto 3, 334.
- FREUND P.A.: Experimentation with human subjects - 1970, G. Braziller, New York.
- GRAY B.H.: Human subjects in medical experimentation - 1975, J. Wiley & Sons, New York
- KATZ J., A.M. CAPRON & E.S. GLASS: Experimentation with human beings - 1972, Russel Sage, Foundation, New York.
- LADIMER I. & R.W. NEWMAN: Clinical investigation in medicine - 1963 Boston Univ. BOSTON New York Academy of Sciences, 1970, 169, 293.
- RAMSEY P.: The ethics of fetal Research - 1975, Yale Univ. Press, New Haven.
- RIVLIN A.M. & P.M. TIMPANE: Ethical and legal issues of social experimentation - 1975, Brookings Institution, Washington, D.C.
- VISSCHER M.B.: Humanistic perspectives in medical ethics - 1972, Prometheus books, Buffalo



4. Il medico oggi

Gran parte dei problemi trattati son comuni alla medicina, alla sociologia, all'economia; la loro soluzione può diversificarsi nei singoli stati in rapporto alla legislazione vigente, all'etica dominante, alla credenza religiosa; la concezione morale personale del medico può coincidere in tutto o in parte, o divergere dagli obblighi imposti dalle leggi e dalle consuetudini, e creare conflitti interiori.

Oltre gli obblighi costanti e fissi verso la legge e gli enti, dai quali dipende, l'attività, soprattutto quella "libera", del medico si caratterizza per l'eccezionale e necessaria capacità di adattamento alle più disparate condizioni, alle infinite sfumature di carattere dei pazienti, alle bizzarrie di strane situazioni. Il che comporta quella istantanea e acutissima osservazione e quella fulminea intuizione di personaggi e cose che ne fa spesso del medico un grande scrittore. Infatti «apprendre à voir est la plus long apprentissage de tous les arts» (DE GONCOURT, Journal, III, 16).

Nei rapporti col paziente il medico esercita la sua professione fra il limite della più assoluta e convinta moralità, e l'obiettivo massimo della giusta diagnosi e della più idonea terapia. In questa fase dell'esercizio professionale nessun altro obiettivo, oltre l'interesse ed il rispetto per l'ammalato, dovrebbe guidare l'azione del medico. La vecchia figura, che si va rarefacendo, del medico di famiglia, realizzava gran parte di questi obiettivi - Quando il paziente è nuovo la fiducia si acquista tramite l'impegno professionale, attraverso la parola aperta e leale, onesta e sincera, con la somma pazienza ed il prudente e sapiente consiglio.

Se la libertà del medico viene conculcata attraverso una limitazione della quantità e qualità delle prescrizioni, o una riduzione del numero e della durata delle visite, allora l'assistenza sanitaria decade, fino a ridursi ad un atto formale. Il medico che visita e che cura un paziente dà il meglio di se stesso per un bene altrui. La diagnosi e la terapia sono i suoi geniali capolavori, che si perdono anonimi nei numerosi rivoli della banale e molteplice attività quotidiana. La genialità nei piccoli e nei grandi problemi non è cosciente nè regolabile entro norme e programmi. Perciò l'attività del medico vale tanto meno quanto più è incatenata, e, viceversa, tocca il sublime quando è assolutamente libera.

L'assistenza sanitaria che pretende di regolare l'attività del medico, degrada a livelli burocratici la sua professione.

L'istituzione di una rigida assistenza non può sorgere che in menti stolte, digiune di medicina, anche se ornate di un titolo accademico o di orpelli superiori. Quando il rapporto fra il medico ed il paziente passa dalla stima, fiducia e rispetto reciproco all'incomprensione, avallata dai regolamenti formali, si può allora giungere a pretese, ricatti, sfide, minacce.

La dimestichezza col malato e la schietta sincerità del dialogo impostato possono contribuire validamente ad avviare a felice esito una terapia complessa, ed a svelare la radice di turbe psicosomatiche. Il paternalismo di alcuni medici *

* DWORKIN G.:

Paternalism - In: WASSERSTROM R.A.: Morality and the law - 1911, Wadsworth, Belmont, Cal.

spira aria di distaccata superiorità, non dissimile da quella di alcuni docenti che sentenziano inappellabilmente su tutto e su tutti, al riparo d'una cattedra raggiunta come Dio ha voluto.

Quando la prognosi è infausta quo ad valetudinem, peggio se quo ad vitam, il dilemma che si pone è se dire la verità al paziente, o ad un suo parente, se c'è. La soluzione del dilemma potrebbe darla la conoscenza intima del carattere del paziente, e delle sue eventuali reazioni all'annuncio. La letteratura * contempla quasi esclusivamente il caso della diagnosi di cancro, per ovvii motivi.

La conoscenza del male inguaribile e progressivo, che non s'accompagna a sofferenze gravi (dolore), nè a rinunce forzate (afagia e adipsia), può essere anche accettata con apparente fredda rassegnazione da pochi pazienti; con gravi turbe psichiche invece da altri - Non pochi pazienti «preferiscono non sapere», e accettano con benevola, tiepida rassegnazione le cure anche pesanti e lunghe imposte; altri iniziano le cure e successivamente - o colpiti dalla loro inutilità o dagli effetti rovinosi; o, al contrario, convinti di essere ormai guariti - le abbandonano, con la probabile conseguenza di esplosivi rebounds di neoplasie apparentemente sopite e momentaneamente dominate.

* AITKEN-SWAN J. & E.C. EASSON: Reactions of cancer patients on being told their diagnosis - Brit. Med. J. 1959, Mar. 21, 749.

BRANCH C.H.: Psychiatric aspects of malignant disease - Bull. Cancer Progr. 1956, 102.

DAVIES E.: The patient's right to know the truth - Proc. Roy. Soc. Med. 1973, 66, 533.

ECK M.: Lies and Truth - 1970, Macmillan, New York.

FITTS W.T jr. & I.S. RAVDIN: What Philadelphia physicians tell patients with cancer - JAMA, 1953, 153, 901.

FLETCHER J.: Morals and medicine - 1964, Beacon Press, Boston.

KELLY W.D. & S.R. FRIESEN: Do cancer patients want to be told? - Surgery, 1950, 27, 822.

LITIN E.M.: Should cancer patient be told? Postgraduate Medicine, 1960, 28, 470.

LUND C.C.: The doctor, the patient and the truth - Ann. Internal Med. 1946, 24, 955.

MEYER B.C.: Truth and the physician - Bull. N.Y. Acad. Med. 1969, 45, 59.

OKEN D.: What to tell cancer patients - JAMA, 1961, 175, 1120.

PECK A.: Emotional reactions to having cancer - Cancer, 1972, 22, 284.

PEMBERTON L.B.: Diagnosis: Ca/Should we tell the truth? - Bull. amer. College Surgeons, 1971, 7.

SAMP R.J. & A.R. CURRERI: A questionnaire survey on public cancer education obtained from cancer patients and their families - Cancer, 1957, 10, 382.

STANDARD S. & H. NATHAN: Should the patient know the truth? 1955, Springer, New York.

WAGENSTEEN O.H.: Should patients be told they have cancer? - Surgery, 1950, 27, 944.

Il miglior comportamento è forse quello di addolcire la cruda prognosi, e mentire sulla reale malignità del processo invasivo, tanto da fare accettare le cure e non cagionare uno stato di pericoloso scoraggiamento e di rifiuto di ogni terapia non sintomatica, che potrebbe alla fine sfociare in tentativi di suicidio.

Sono interessanti e commoventi a un tempo il tenace aggrapparsi al tenue filo della vita che declina; la rosea interpretazione prognostica di fugaci e fallaci sintomi di miglioramento, la formulazione di programmi per un prossimo futuro, che non sarà certamente vissuto. Il mistero del nulla sprigiona nel tumultuoso vortice d'infiniti pensieri le ultime sorridenti e dolci visioni della vita che fugge.

In queste condizioni la soluzione ultima, logica e adeguata del dilemma - se parlare o meno con la verità - la può dare solo il medico di fiducia *, che conosce il paziente e può ragionevolmente prevederne le reazioni.

Questo, e numerosi altri aspetti dell'attività del medico implicano personalità ed autonomia di decisione, ma non significano isolazionismo.

* LUKES S.:
SEDGWICK P.:
WARD J.W.:

Individualism - 1973, Harper & Row, New York.
Medical individualism - Hastings Center Studies, 1974, 2, 69.
Individualism: ideology or utopia? Hastings Center Studies 1974, 2, 11.

Già Ippocrate * prometteva ed imponeva rispetto di padre a colui che l'aveva istruito, e amore fraterno ai figli di lui; prometteva ai suoi malati «le sue luci e il suo sapere», nonchè difesa contro le cose nocive e ingiuste; e inoltre discrezione assoluta fuori o dentro le funzioni del proprio ministero.

L'American medical association (AMA) ha stabilito degli standards di comportamento del medico nei confronti dei suoi pazienti, dei colleghi e di coloro che esercitano attività paramediche, e del pubblico. Obiettivo principale del medico è dichiarato essere un servizio all'umanità, nel pieno rispetto della dignità dell'uomo, anche al fine di accattivarsi la necessaria piena fiducia del paziente. Per ottenerla il medico deve tendere altresì a migliorare la sua cultura su basi scientifiche; a mantenere integra, sotto ogni aspetto, la sua moralità; ad osservare le leggi; a tenere alta la dignità e l'onore della professione; a denunciare «without hesitation» i colleghi immorali e fuori legge; a non abbandonare un paziente; a chiedere una ricompensa commisurata ai propri servizi ed alla disponibilità del paziente; a consultarsi, se richiesto, se il caso è dubbio, se necessita migliorare le prestazioni, a mantenere il segreto professionale; ad estendere gli ideali della professione alla società.

* BAISETTE G.: Ippocrate - 1933 Bompiani, Milano.

La traduzione delle opere, col testo greco a fronte si trova in: LITTRÉ R.: Oeuvres complètes di Hippocrates - 1839, Baillière, Paris.

Codici di etica medica, essenzialmente coincidenti sia con il giuramento d'Ippocrate che con i principi morali dell'AMA, sono stati votati dall'Assemblea generale della World Medical Association (WMA) a Ginevra nel settembre 1948, e ribaditi a Londra nell'ottobre '49, e a Sidney nell'agosto 1968.

Nell'assemblea londinese si auspicava che un medico si comportasse con i colleghi così come avrebbe desiderato che i colleghi si fossero comportati con lui; e che non avrebbe sottratto, adescandoli, dei pazienti ai colleghi - Alla 22^a assemblea di Sidney si specificava che nei rapporti coi pazienti nè religione, nè nazionalità, nè razza nè colore politico, nè posizione sociale avrebbero avuto peso.

Purtroppo non può affermarsi che tutti i medici, in tutti i Paesi, e tanto meno nel nostro, - seguano le norme dei codici morali - L'ignoranza e l'insipienza, la gelosia e la superbia, la prepotenza e la sete smodata di ricchezze e di potere, si oppongono alla legge morale oggi - in regime di riforma sanitaria - più che una volta, al tempo del glorioso medico condotto.

Contribuiscono certamente al decadimento morale le lottizzazioni politiche, le lotte sindacali, i campanilismi regionali e provinciali, la crescente burocratizzazione del medico.

Il mondo di oggi è pieno di conflitti fra le vecchie tradizioni e le futuristiche aspirazioni, fra l'individuo e la società, tra la misura e l'astinenza, l'ordine e la disciplina della sana famiglia borghese, e lo spreco, la leggerezza, il disordine e l'indisciplina degli aggregati familiari d'oggi.

Il medico - il più sociale fra i professionisti, - è travolto anch'esso da questa rivoluzione sociale. L'induzione verso il male è ad ogni momento in agguato, soprattutto nella struttura sanitaria che ci siamo data, e la nobiltà della professione ne soffre. Sfiducia e attriti coi vari enti, scetticismo sulla validità dei principi morali, che sembrano svanire dappertutto, vuoto morale intorno a sé tanto più quanto più corretti si vuol essere, hanno fatto crollare il senso di responsabilità, l'entusiasmo, lo spirito di sacrificio, ormai parole vuote di un tempo che fu. Basta osservare la forma, contare le ore di presenza, star dentro le norme ufficiali, per mettersi al riparo da richiami, accuse, denunce. L'aridità e la grettezza di norme e regolamenti, l'ingratitude e la critica, spesso malevola di pazienti e colleghi, smorza ogni entusiasmo e avvilisce sul nascere ogni buona iniziativa.

In queste condizioni la norma dominante del medico di base * sta nel prescrivere una cura sintomatica, scegliendo entro una vasta rosa di ottime specialità. Se il sintomo non recede, allora si può, anche d'accordo col paziente: spedire all'Ospedale; proporre esami ed analisi; cambiare cura.

* FERRIERI G.: Il medico - 1963, Vallecchi, Firenze.

Gli ospedali sono oggi simbolo e vanto della civiltà d'un popolo, dove il meglio della tecnica e della scienza medica viene applicato. Gli Stati e le società vi erogano somme enormi sí da consentir interventi, cure, esami ed analisi perfetti, anche con l'impiego di tecniche delicatissime e dispendiose.

Non è questo il nostro interesse in questo momento, bensí la sorte del malato nel moloch dell'Ospedale *.

Dall'accettazione, dal pronto soccorso, tra una folla di visi nuovi e in ambienti strani, si passa ai reparti, dove la scena si ripete e la vita assume il ritmo di un colossale ingranaggio che travolge e frantuma ogni legittimo desiderio di conoscere la diagnosi, gli scopi e i risultati delle analisi e delle cure, i nomi e le funzioni dei diversi medici curanti, i programmi per il prossimo futuro, la prognosi. L'impressione piú penosa è che si è diventati un numero, senza valore alcuno, obbligati ad accettare passivamente in silenzio quanto viene stabilito in alte sfere, senza sapere da chi, come, perchè, senza poter discutere, essendo solo compatiti da enigmatiche smorfie di compassionevole paternalismo.

Tutto ciò in barba ai diritti del malato **.

L'ospedale funzionante esprime sufficientemente il grado di civiltà di un popolo. Ma quello che soprattutto interessa al malato e ai parenti è il colloquio col primario e gli altri sanitari, l'impegno personale, la disponibilità, l'entità delle prestazioni e il grado di umanità, al di là delle norme regolamentari anche, necessarie solo per chi manca di educazione e di senso della misura.

Se esiste poi un luogo che offra un minimo di conforto e di riservatezza cui tutti i soggetti normali aspirano, dove i sanitari siano sempre reperibili e non si assentino per i congressi 366 giorni l'anno, dove si possono liberamente leggere giorno per giorno i risultati degli esami e le terapie esperite, allora si preferisce pagare di tasca propria la degenza in questi luoghi o case di cura. Il successo delle case di cura è in genere direttamente proporzionale al degrado professionale e funzionale dell'ospedale civile.

* BERT G., A. DEL FAVERO, M. GAGLIO, G. JERVIS, R. ROZZI & M. VIVIANI: I diritti del malato - 1979, Feltrinelli, Milano.

** ANNAS G.J.: The hospital: A human rights wasteland - The civil liberties Law Rev. 1974, 9.

ANNAS G.J.: The rights of hospital patients: The basic ACLU guide to a hospital patient's rights - 1975, Avon Book, New York.

BRIAN E.W.: Government control of hospital utilization - NEJM, 1972, 286, 1340.

CURRAN W.J.: The right to health in national and international law - NEJM, 1971, 284, 1258.

EDITORIAL: How well are patient's rights observed? Hospital practice 1979, 31.

5 - Conclusioni

In qualunque attività dell'uomo d'oggi, in qualsiasi stato e condizione della società, non si può prescindere dalla medicina, tanto più quanto più elevato è il grado di civiltà di un popolo: dalla malattia al malessere, dall'alimentazione allo sport, dall'estetica alla memoria, ecc.

In un'assistenza sanitaria globale * una volta riconosciuto e formulato il diritto alla salute, emerge il dovere dello Stato di organizzarlo e finanziarlo **.

- * ALFORD R.R.: Health care politics: ideological and interest group barriers to reform. -1975, Univ. of Chicago Press, Chicago.
- FRIED C.: Medical experimentation: personal integrity and social policy - 1974, American Elsevier, New York.
- GARFIELD S.: The delivery of medical care - Scientific American, 1970, 222, 15.
- OUTKA G.: Social justice and equal access to health care - The Journal of religious ethics, 1974, 2, 11.
- SADE R.M.: Medical care as a right: a refutation - NEJM, 1971, 285, 1288.
- SHENKER B.N. & D.C. WARREN: Giving the patient his medical record: a proposal to improve the system - NEJM, 1973, 289, 688.
- SIDEL V. & R. SIDEL: Serve the people - 1973, Beacon Press, Boston.
- STEVENS R.: American Medicine and the public interest, 1971, Yale Univ. Press, New Haven.
- TANCREDI L.: Ethics of health care - 1975, Nat. Acad. Sci, Washington, D.C.
- ** ANALYSIS of the US HEALTH CARE SYSTEM and of proposals for its solutions - P.O. Box 7677, San Francisco, California 94119.
- ENTERLINE P.E. et al: Effects of «free» medical care on medical practice - the Quebec experience - NEJM, 1973, 288, 1152.
- FREIDSON E.: Professional dominance: The social structure of medical care - 1970, Aldine, Chicago.
- KENNEDY E.M.: In critical condition: The crisis in America's Health Care - 1972, Simon & Schuster, New York.
- KRIZAY J. & A. WILSON: The patient as consumer: Health care Financing in the United States - 1974, D.C. Health, Lexington, Mass.
- PARSONS T.: Social structure and dynamic process: The case of modern medical practice - 1951, Macmillan, New York.
- SADE R.M.: Medical care as a right: A refutation - NEJM, 1971, 285, 1288.
- SCHWARTZ H.: Health care in America: A heretical diagnosis - Saturday Rev. 1971, Aug. 14, 14.

Per molteplici motivi, ma soprattutto per evitare abusi, occorre allora definire esattamente il concetto ed i limiti di malattia ***, regolare con limpida chiarezza i provvedimenti relativi, sostenere con l'autorità dello Stato e degli Enti pubblici il giudizio del medico che ne propone l'azione.

- *** BOORSE C.: On the distinction between disease and illness - Philosophy and public affairs - 1975, 5, 49.
- CALLAHAN D.: The WHO definition of health - Hastings Center Studies, 1973, 1, 77.
- DUBOS R.: Man adapting - 1965, Yale Univ. Press, New Haven.
- ENGEL G.L.: A unified concept of health and disease - PBM, 1960, 3, 459.
- ENGELHARDT H.T.: Explanatory models in medicine: facts, theories and values - Texas Reports on Biology and Medicine - 1974, 32, 225.
- FABREGA H. jr.: Concepts of disease: logical features and social implications, PBM, 1972, 15, 583.
- LUSH B.: Concepts of medicine - 1961, Pergamon Press, New York.
- MECHANIC D.: Health and illness in technological societies - Hastings Center Studies 1973, 1, 7.
- TAYLOR V.: How much is good health worth? Policy Sciences, 1970, 1, 49.
- TEMKIN O.: The scientific approach to disease: specific entity and individual sickness - In: CROMBIE A.C. ed.: Scientific change - 1963, Heineman, London.

Queste aspirazioni sono di difficile realizzazione, perchè molti sintomi si possono accusare che sono inesistenti (dolori, dispepsie, neurosi, astenia), o simulati, o dipendenti da vizi (etilismo, tabagismo) o da intemperanze (iperfagia). Deve la società pagare passivamente per queste mancanze del prossimo, senza nulla tentare per redimerlo? e deve al solito essere il medico il poliziotto che indaga, accerta e denuncia, più a titolo personale, che come rappresentante di una società che non lo difende abbastanza?

Ad un diritto alla salute dovrebbe corrispondere un dovere a preservarla; se questo dovere non viene adempiuto come si dovrà provvedere?

Questa e numerose altre considerazioni illustrano quanto numerosi e vari, relativi ed insensibili siano gli sfumati passaggi dalla salute alla malattia, e quanto difficile sia perciò codificare la materia, e quanti abusi e soprusi potrebbero esser commessi dai «furbi».

Per evitarli il medico dovrebbe farsi impastoiare in un inestricabile labirinto di farraginosi e confusi articoli di regolamento, che ne farebbero di un bravo medico un pessimo burocrate.

L'amara conclusione è che un'assistenza sanitaria globale navigherebbe sempre sulle acque più o meno mosse d'inevitabili sperequazioni ed ingiustizie, e che potrebbe diventare un pozzo senza fondo a colmare il quale non basterebbero finanze per quanto floride.

Se il medico fosse più medico, se sfruttasse meglio i metodi personali della semeiotica fisica, se avesse una superba preparazione pratica e dottrina, le spese per esami ed analisi si ridurrebbero sensibilmente.

Se poi alla tendenza invalsa di andare a tutti i costi alla ricerca della causa prima - ricerca non raramente praticamente inutile e fine a se stessa -, si preferisse una terapia pragmatica convalidata, si ridurrebbero sensibilmente anche le spese di degenza e cura.

Tutto ciò equivale a dire che il medico capace, libero da strettoie burocratiche, potrebbe contribuire decisamente a migliorare oltre che lo stato di salute generale, anche il bilancio dell'assistenza sanitaria.

L'altro aspetto essenziale del problema riguarda l'assistenza farmaceutica. Oggi la potenza curativa dei farmaci e la tecnica farmaceutica hanno messo a disposizione del medico prodotti che potrebbero dare risultati ancora più consistenti se fossero noti e giustamente applicati.

Se poi le farmacie disponessero di vitamine e di molti prodotti chimici sfusi e di tecniche di preparazione miniaturizzate, e i medici conoscessero meglio la fisiologia, la biochimica, la farmacologia e le scienze ancillari, allora la riduzione di spesa per l'assistenza sanitaria sarebbe tanto grande da poter essere anche sostenuta.

L'assistenza sanitaria per essere efficiente dovrebbe disporre di medici onesti, liberi, colti, capaci ed esperti, devoti alla professione e liberi da qualsiasi deviazione ideologica.

È il vero medico che regge e manda avanti l'assistenza sanitaria.