



Umanizzare la medicina: quali prospettive?

Prof. Paolo Merlo sdb

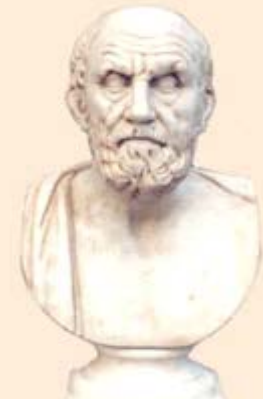
Università Pontificia Salesiana

Gruppo Cattolico di Bioetica

Premessa

Medicina e filantropía

«Dove c'è **amore per l'uomo**
c'è anche **amore per l'arte [medica]**»



dai Praecepta del Corpus Hippocraticum

Nell'ethos del **medico ippocratico** la **filantropía** appare inscindibilmente unita alla **filotecnía**.

Anche **Galeno di Pergamo** è molto chiaro nell'affermare che il medico deve conoscere la medicina, ma anche saper comprendere il paziente e rispettarne la volontà, essere cioè ad un tempo "**tecnico e filantropo**".

Alla luce di questi trascorsi, può apparire **paradossale** l'idea di trattare di una **medicina da "umanizzare"**.

Eppure, da parecchi anni, con sempre maggiore insistenza si parla di "umanizzazione" della medicina e, più in generale, dell'assistenza sanitaria.

Il termine "umanizzare" (un brutto neologismo) rinvia all'esigenza di **riconduurre l'esercizio dell'arte medica** - e, in genere, l'assistenza sanitaria - a **tratti di umanità che sembrano andati perduti...**

Come mai? Dove si è smarrita la filantropía?

Il nostro percorso

Tappe salienti

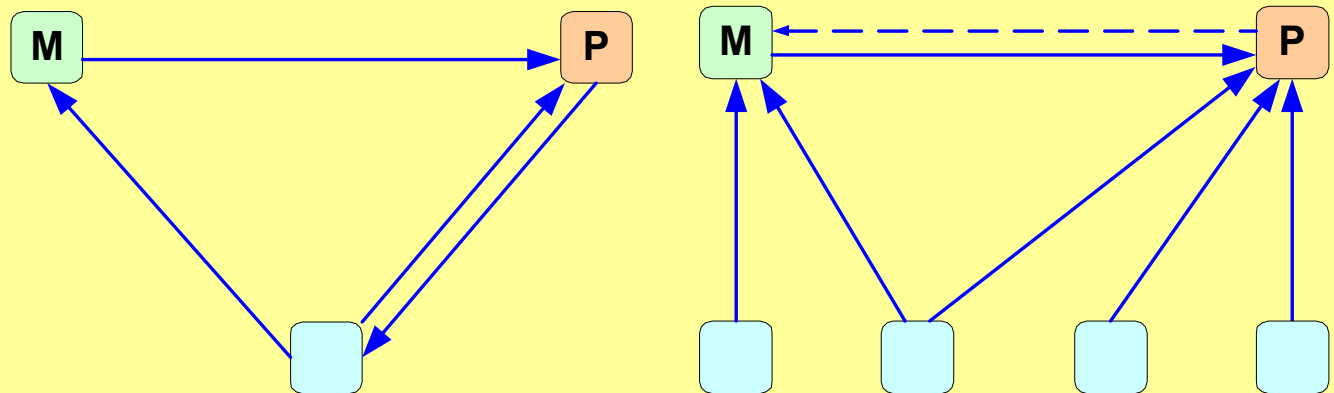
- ◆ ~~una ricognizione storica~~
- ◆ uno sguardo al contesto
 - ➔ *perché la richiesta di umanizzazione?*
- ◆ alcune linee propositive
 - ➔ *umanizzare la medicina, ovvero?*

L'esigenza di uno sguardo al contesto

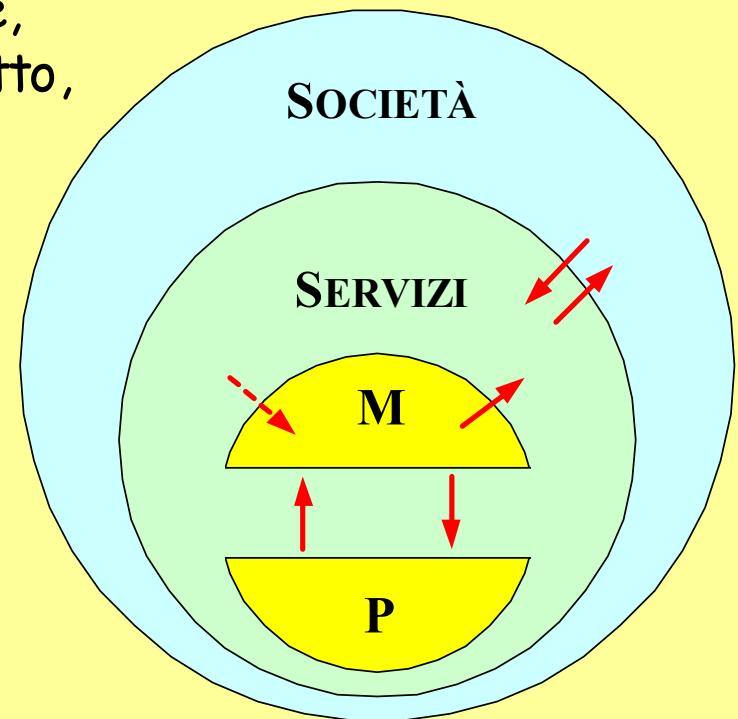
Nell'affrontare il rapporto medico-paziente si rivela immediatamente *inadeguata la lente della dualità* dello stesso:



- non solo perché la relazione *coinvolge altri soggetti*...

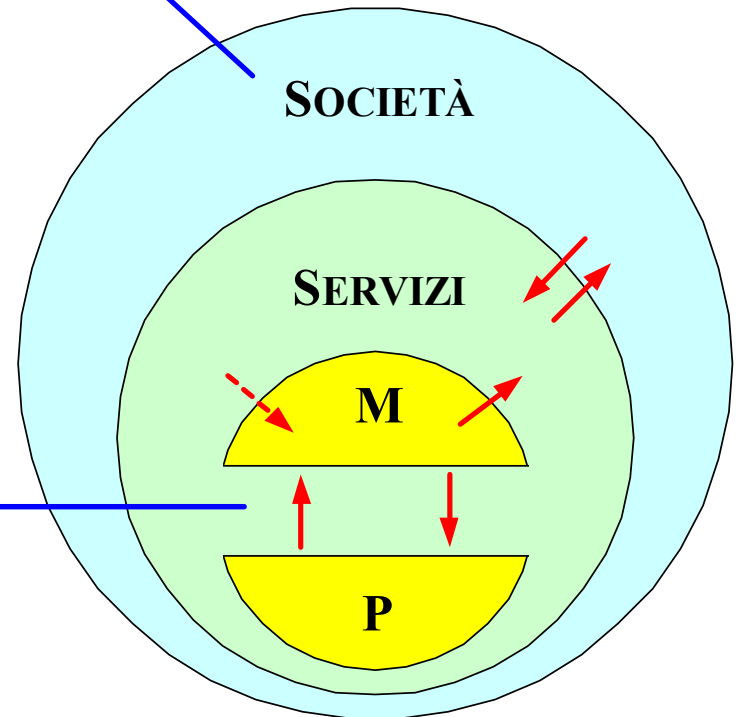


- ma anche e soprattutto perché la **complessità dei soggetti, delle strutture e dei fattori culturali in gioco** richiede che questo rapporto venga considerato in un'ottica più ampia: esso, infatti, si inserisce, determina ed è il prodotto, in un processo circolare, di una **rete di rapporti della nostra società**.



cultura,
scienze,
valori (uomo, salute, solidarietà...),
strutture produttive,
organizzazione sociale,
...

una relazione
sottoposta a
complesse interferenze



Uno sguardo al contesto

- **Trasformazioni nella medicina**
 - La gestione pubblica della sanità
 - La medicina tra scienza e tecnica
 - L'industria della salute
- **Più a monte: un mutato orizzonte culturale**
 - La crisi dell'etica
 - Gli esiti della concentrazione sull'autonomia
 - L'influsso dell'utilitarismo

Trasformazioni nella medicina

La gestione pubblica della sanità

In generale

S. Leone

La statalizzazione dell'assistenza [...] ha portato, con la gestione pubblica della sanità, al globale miglioramento dello stato di salute della popolazione ma, al tempo stesso, è rientrata nei meccanismi nell'apparato statale.

Il malato, così, diventa "utente",
il medico viene gravato di compiti burocratici
e tra lui e il cittadino si frappone uno Stato,
spesso non all'altezza dei compiti che dovrebbe affrontare.

Più analiticamente...

Gli elementi di maggior degrado solitamente denunciati

- burocratizzazione, inefficienza e lottizzazione con tendenza alla dilatazione della spesa;
- frammentazione dell'atto medico in una sequenza di rapporti tra il paziente ed una schiera sempre più numerosa di operatori soccorritori, con scarsa flessibilità alle esigenze singole e a richieste di pronto intervento;
- partecipazione dei pazienti al servizio sanitario garantito con una mentalità da assistito passivo che esige diritti e non si sente obbligato da doveri.

A tali atteggiamenti si unisce facilmente

- nei pazienti un **approccio feticistico** nei confronti dei farmaci
- e, nella medicina di base, la tendenza alla **deresponsabilizzazione** del singolo medico in rapporto all'istituzione ospedaliera: si veda la **plethora degli esami laboratoristici**, l'**elefantiasi delle prestazioni specialistiche**, l'**eccessiva facilità dei ricoveri**.

la relazione
medico-paziente
ne risente
in modo negativo

Il degrado della relazione nell' Azienda Ospedaliera

A. Pessina

L'enfasi posta sulla relazione medico-paziente è **spesso disattesa** dalla **stessa modalità con la quale è organizzata la vita di un ospedale** (o, per dirla con termini correnti, "**azienda**

La maggior parte dei pazienti che si rivolge a un ospedale, infatti, **si "fida" della medicina [...]** **più ancora che del medico** che incontrerà per la prima volta.

Lo stesso medico, del resto, inserito all'interno di **un'organizzazione del lavoro che tende a suddividere le varie specialità e competenze**, può trovarsi a esercitare la propria professionalità come **uno dei diversi competenti che si sta curando di quel "caso"**: la percezione della propria responsabilità è pertanto **centrata sulla malattia** del paziente ed è **molto meno attenta, non soltanto per cattiva volontà, al vissuto del paziente stesso**.

Chi oggi si rivolge a una struttura ospedaliera entra all'interno di un processo, più o meno complesso, nel quale **ha poco senso usare la nozione del "prendersi cura" dell'altro.**

Con ciò, sia chiaro, non si vuole affatto negare che l'orizzonte di senso dell'arte medica resti quello del "prendersi cura", intesa come "preoccupazione per l'altro"...

Ciò che si vuole dire è che, di fatto, questa finalità è concretamente garantita attraverso **metodi e mezzi che sono spesso impersonali, ma molto efficaci.**

Crisi del *welfare-state* e relazione medico-paziente

globalizzazione
dell'economia

In anni recenti, la **necessità strutturale di contenimento della spesa sanitaria** ha indotto le autorità a mettere in atto **provvedimenti che**, fatta salva la buona fede nel tentare di preservare la sostenibilità del servizio sanitario, **incidono negativamente sulla relazione medico-paziente.**

→ 1

2

Il medico viene ad assumere oggi - e con lui tutto il personale sanitario - **due contratti**:

- quello **con lo Stato** che lo inquadra, lo assume e lo paga,
- e quello **con il paziente**.

Il rischio è che il rapporto di alleanza, di fiducia e di assistenza, che intercorre tra il medico e il paziente, **diventi secondario** e perciò deresponsabilizzato.

Le ragioni dello Stato e le ragioni del malato sembrano diventate **conflittuali**.

A questo proposito, molti economisti, amministratori, esperti di bioetica ritengono che i medici avrebbero, insieme all'obbligo di **prendersi cura del singolo paziente**, l'obbligo di **risparmiare risorse per la società**.

In altre parole, il medico non sarebbe più semplicemente l'agente dei propri **pazienti**, ma un **duplice agente** che dovrebbe valutare anche se i benefici dei trattamenti verso i propri pazienti sono degni dei **costi per la società** (Callahan, 1990; Morreim, 1991).

Secondo questa prospettiva il medico dovrebbe bilanciare nel suo processo decisionale le necessità mediche del paziente e la spesa materiale a carico della collettività, ovvero **decidere se un determinato atto o processo medico valga, in definitiva, il costo per la società**.

2

In questo scenario, nella relazione medico-paziente si insinuano "altre" priorità di valore: quelle dell'utilitarismo.

qualità della vita

rapporto costi/benefici

criteri determinanti

La medicina tra scienza e tecnica

A. Pessina

Per lungo tempo la relazione di cura è stata attuata e pensata come una relazione interpersonale che era soltanto in parte "mediata" dagli strumenti del medico (Cosmacini, 2000): oggi molte cure avvengono attraverso **strumenti che riducono al minimo l'interazione personale.**

Questo fatto **determina diversi cambiamenti nella stessa modalità di esercitare la professione medica.**

Il medico contemporaneo è **sempre più orientato a pensare se stesso e la sua attività in funzione della scienza**, cioè del sapere.

Nessuno si azzarderebbe ad affermare che la figura del "paziente" stia diventando una variabile dipendente all'interno della medicina:

resta però il fatto che l'**estensione delle sperimentazioni cliniche**, benché orientate, in linea di principio, a risolvere o cronicizzare patologie umane, **porti di fatto un numero sempre più crescente di persone a essere pensate** anche, sebbene certamente non solo, **come mezzi per l'attuazione di un programma di ricerca** (e questa condizione di **mezzo** assume una maggiore connotazione nei casi in cui il paziente rientra nei gruppi di controllo che sono sottoposti a placebo).

Questa situazione, che ha una sua legittimità, e che qui non è in sé in discussione, rischia però di **spostare progressivamente l'orizzonte finalistico della ricerca e della medicina.**

Detto altrimenti, ciò che **diventa sempre più rilevante è il**

La competenza del medico si misura sempre di più in riferimento alle sue pubblicazioni scientifiche, che si qualificano, appunto, per essere delle conoscenze messe a disposizione della comunità scientifica.

Ovviamente, si tratta di conoscenze che, potenzialmente o realmente, hanno una **ricaduta, prossima o remota, di stampo terapeutico**,

ma in tutto ciò, inevitabilmente, **sfuma la centralità del paziente come singolare concreto** (questo paziente qui e ora), **sostituito da un universale più o meno astratto** (il paziente, se non addirittura la patologia).

L'immagine del medico nell'età della tecnologia rischia, se ci è permessa questa affermazione, che ha certamente qualcosa di esagerato, di essere quella di un "operaio altamente specializzato", in grado di intervenire su parti di un meccanismo guasto e di prospettare nuove riparazioni.

Sul versante della "cura" l'avvento di questo modello, **efficiente e anonimo**, [...] può fornire ottimi risultati: **si possono curare molte malattie senza bisogno di "curarsi" dei malati**, si possono favorire cronicizzazioni delle malattie e integrazioni delle funzionalità: ma questi esiti pagano il "prezzo" di rendere **più difficile il livello del "prendersi cura" del paziente**.

Di fatto, oggi, **rappporti impersonali**, come quelli che si instaurano all'interno di un sistema ospedaliero pensato in termini di efficienza, **possono garantire più risultati di quanto avvenisse nelle epoche passate**, quando al paziente si poteva offrire soltanto il conforto dell'assistenza.

Ma anche questo è vero soltanto in parte: **la malattia non è soltanto una disfunzione di una macchina** che oggi possiamo conoscere e a volte riparare, **è il vissuto di una persona** che interpella anche il vissuto del medico, che è sovraesposto alle situazioni critiche dell'esistenza umana.

L'industria della salute

A. Pessina

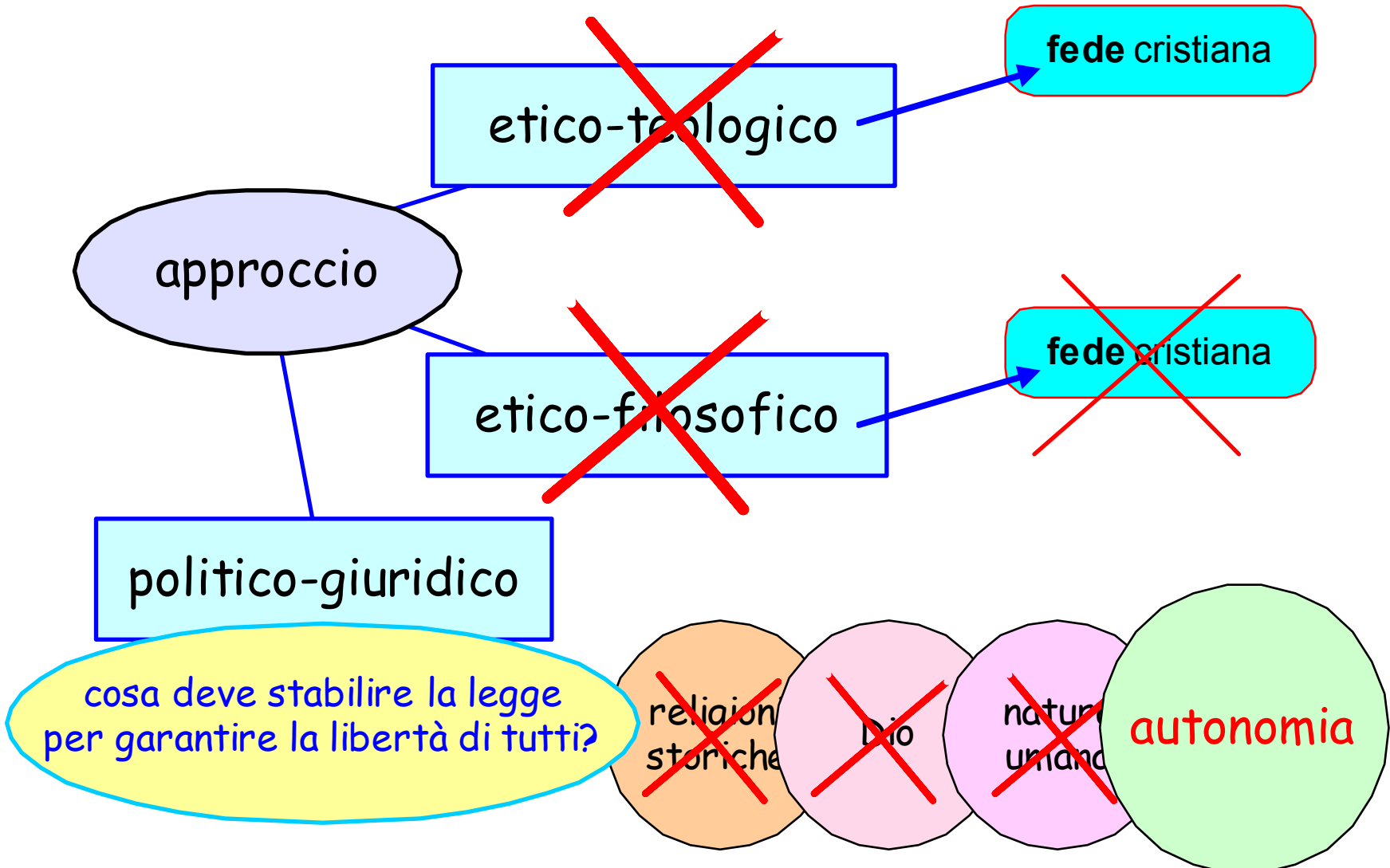
L'industria della salute, con l'avvento di **tarmaci nuovi** che chiedono di essere sperimentati, con l'impulso a fare anche della **salute un "bene di consumo"**, un prezioso elemento dell'economia di un Paese, introduce il tema del **rapporto tra ciò che è possibile e ciò che è bene**, tra ciò che è o no compito della medicina.

Più a monte: un mutato orizzonte culturale

La crisi dell'etica

Molteplici fattori e chiavi di lettura...

Le questioni etiche in contesto "moderno" - "liberale" - "laico"

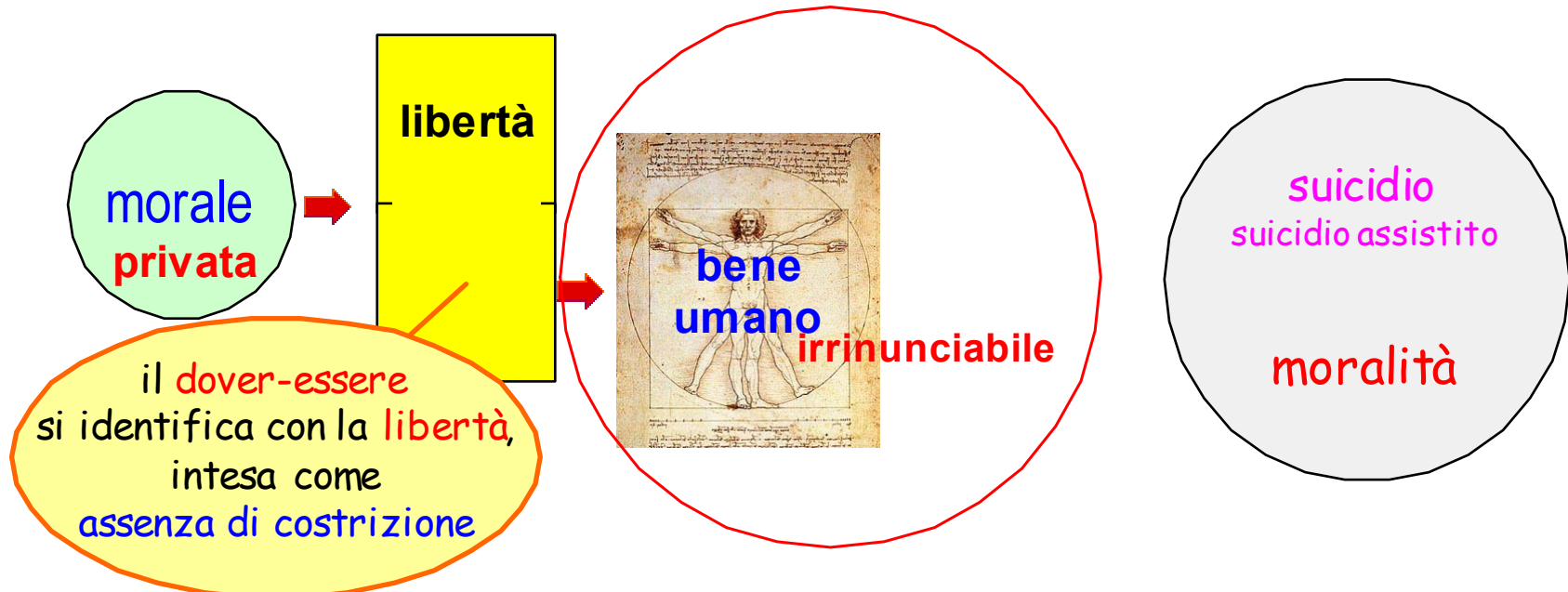


trasformazioni nella comprensione dell'etica

concezione classica



concezione "laica"



Esiti della concentrazione sull'autonomia dell'individuo

Il criterio-base

il rispetto
dell'autonomia
del paziente



Riverberi nella relazione medico-paziente

denuncia del paternalismo medico

consenso informato

direttive anticipate

verso una relazione medico-paziente di tipo contrattuale

il medico come esecutore della volontà del paziente

Non fare agli altri
ciò che essi non vorrebbero che fosse loro fatto
e fai per loro
ciò che ti sei impegnato contrattualmente a fare

H.T. Engelhardt

l'altro:
uno "straniero morale"

L'influsso dell'utilitarismo

Il criterio-base

l'utilità

il massimo della felicità e il minimo del dolore, estesi al maggior numero possibile di soggetti, privilegiando un'impostazione aggregativa dei benefici

Riverberi nella relazione medico-paziente

enfasi sulla qualità della vita

concentrazione sul miglior saldo tra costi e benefici

*...perdendo di vista
la persona e
la sua dignità*

Linee propositive

- **Per un recupero della dimensione etica**
- **La fondamentale regola di umanità**
- **Alcune istanze**

Per un recupero della dimensione etica

Reazioni

alla denuncia del paternalismo medico



La cultura contemporanea ha spesso denunciato i limiti del paternalismo medico in nome dell'autonomia del paziente, ribadendo il diritto di quest'ultimo di scegliere ciò che egli ritiene meglio per sé.

In realtà, rispondere ai possibili abusi del paternalismo medico ricorrendo soltanto al principio di autonomia non serve a riequilibrare la relazione medico-paziente, ma anzi sembra

Il dovere professionale di intervenire laddove il consenso non può essere espresso, per l'età del paziente, per la sua situazione clinica, sia essa temporanea o permanente, trova la sua giustificazione proprio sul versante morale che apre l'orizzonte del "prendersi cura dell'altro".

Il riferimento all'autonomia dei soggetti implicati nella prassi medica ha, comunque, il merito di mettere in luce che nessuno può decidere della vita altrui e che la categoria del rispetto non trova restrizioni.

Reazioni

alla relazione di tipo contrattuale

alle origini
dell'etica medica:
mito del contratto
o mito della cura?

W.T. Reich

Engelhardt delinea un'immagine spoglia, asettica e vuota della medicina come professione che non conosce alcun valore sostanziale.

La sua incapacità di intravedere valori diffusi e moralmente significativi è una manifestazione della sua visione che solo la libertà, l'autonomia e i contratti contano.

Tuttavia, è precisamente la sofferenza del malato e l'alienazione

Nella società individualistica di Engelhardt non esistono relazioni precedenti fra le persone: né matrimonio, né amicizia, né comunità cittadine, né impegni e associazioni professionali: ci si incontra solo come stranieri.

Null'altro vincola i medici ai loro pazienti che i loro accordi reciproci.

Il suo è un mondo senza alcuna emozione significativa.

In realtà, l'assistenza medica avviene in una relazione densa di speranza, rabbia e vincoli di cura.

L'impossibilità di tradurre immediatamente la relazione di cura nei termini del "contratto" tra lo specialista e il malato deriva dallo spessore esistenziale della malattia, dal suo significato etico e antropologico.

Nella malattia, infatti, emergono non soltanto il dolore fisico, la disfunzione e la disabilità, ma si fa strada anche l'esperienza della sofferenza come domanda di senso sull'esistenza.

La malattia esiste soltanto come astrazione: ciò che concretamente esiste è il malato e nel processo di cura entrano in gioco valori relazionali che non si esauriscono nella cura dell'organo o della disfunzione.

Reazioni

all'enfasi sulla qualità della vita

Pare fuori luogo la pretesa di stabilire la qualità della vita umana secondo una misura comune e con criteri di tipo quantitativo:

l'idea utilitaristica di quantificare e confrontare la qualità della vita può vantare qualche pretesa qualora se ne considerino unicamente gli **aspetti biologico-sanitari** (funzionalità dei vari organi, danneggiamento di funzioni, prospettive di sopravvivenza fisica...);

ma **non pare proprio il caso di ridurre la qualità della vita a questi soli aspetti**, se non altro perché vi sono persone che - pur in condizioni di salute e di efficienza fisica assai precarie - possono condurre la loro vita morale e spirituale a livelli assai elevati.

Reazioni

all'enfasi sull saldo costi/benefici

M. Charlesworth

La suddivisione delle risorse per la salute non è materia che possa essere limitata alla scoperta di un efficace rapporto costi-benefici,
ma è, soprattutto, **un problema di giustizia umana e di equità** dove gli interessi di tutte le persone coinvolte - pazienti, professionisti del campo sanitario, la comunità in generale - devono essere riconosciuti.

Rilevanza della dimensione morale

A. Pessina

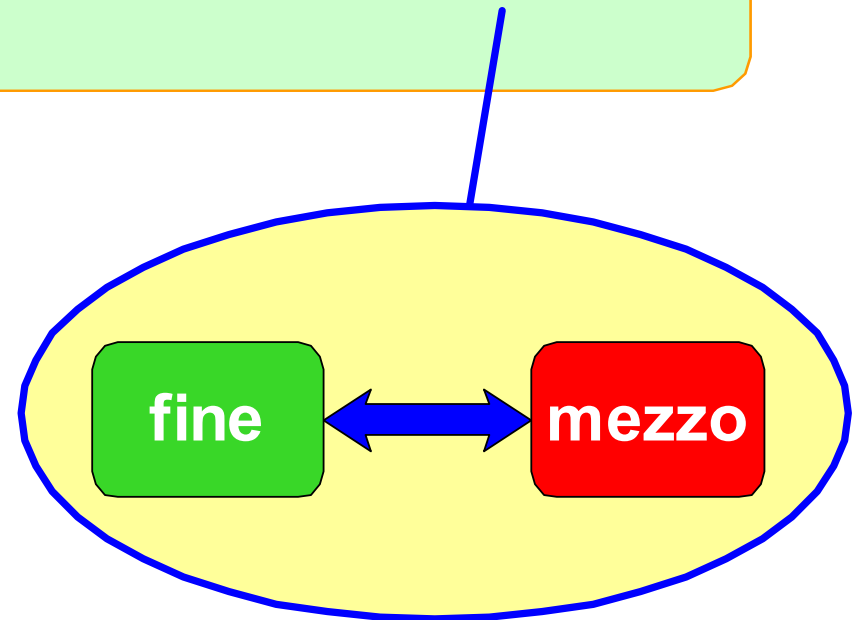
La **centralità della questione morale** è **intrinseca all'esercizio dell'arte medica**

- non soltanto perché essa **si attua sulla corporeità umana** (e il corpo umano è il lato visibile della persona umana), cioè sul versante "oggettivo" del "soggetto",
- ma anche perché **attraverso le azioni che il medico compie egli costruisce la sua stessa personalità morale.**

La fondamentale regola di umanità

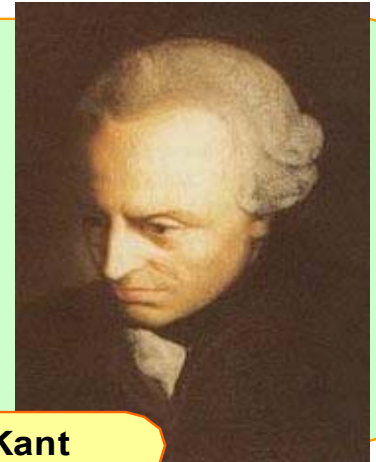
Il contenuto

Tratta sempre l'uomo come un fine



Una regola "laica"

Agisci sempre in modo da trattare l'umanità
in te stesso e nell'altro
come un fine e mai solo come un mezzo



I. Kant

Si tratta di una regola che
- senza scomodare la filosofia kantiana -
riesce agevole sottoscrivere
se solo riandiamo alla nostra **esperienza**
di **soggetti cui non piace essere usati,**
strumentalizzati,
ridotti al rango di mezzo,
di cose...

Una regola antica

J. Ratzinger

... Al fondo, la regola basilare della bioetica **non è diversa da quella "regola aurea"** sempre intravista dalla sapienza delle genti e promulgata, nella sua formulazione definitiva e positiva, da Gesù in persona:

"Tutto quanto volete che gli uomini facciano a voi, anche voi fatelo a loro".

Una regola altamente esigente

Domanda di riconoscere la peculiare dignità di ogni essere umano, con cui ci si deve rapportare **non nell'uso**, ma **nel dono**.

Prendere qualcuno come un fine
significa sempre,
in qualche modo,
donarsi a lui in forma disinteressata

J. Ratzinger

Rigettando questa regola, si cade in relazioni di tipo **strumentale**

L'altro apparirà sempre, in qualche modo,
come un **mezzo** per garantire
il proprio lavoro,
la propria riuscita professionale,
il proprio successo nella ricerca...

L'uso fa decadere l'essere umano
al rango di "strumento",
di "mezzo", di "cosa"

Alcune istanze

Dalla malattia alla persona del paziente

La **malattia** ha sempre **due facce**.

- La prima corrisponde a ciò che il medico può diagnosticare, attraverso diverse modalità, e che è rappresentabile in modo oggettivo e impersonale. Questa faccia della malattia è **quella che rende ogni paziente "un caso" clinico**, una componente della statistica medica, un'occasione per l'esercizio dell'arte medica e per lo stesso perfezionamento professionale del medico.
- L'altra faccia, invece, è **quella del vissuto del malato**, laddove la malattia è, in primo luogo, un nuovo modo di esistere, e un nuovo modo di pensare alla propria condizione, una nuova e spiacevole percezione della propria identità, fisica e psichica.

Di fronte alla tentazione di concepirsi
come rapporto tecnico
con organismi viventi,
la medicina è chiamata a **salvare sempre**
la verità del rapporto
di una persona (il medico)
di fronte a un'altra persona,
che si trova in una condizione di fragilità,
che chiede di essere aiutato a realizzarsi
nelle sue potenzialità personali

J. Ratzinger

Dalla ricerca scientifica alla persona del paziente

Il **valore della ricerca scientifica** è fuori discussione; occorre però ricordare che, nell'universo dei valori, **viene prima la persona umana**.

La scienza **non è il valore più alto** al quale tutti gli altri debbano essere subordinati.

Più in alto, nella graduatoria dei valori, sta **il diritto personale dell'individuo alla vita fisica e spirituale, alla sua integrità psichica e funzionale**.

Giovanni Paolo II

La relazione come alleanza terapeutica

M. Petrini

Umanizzazione significa una relazione medico-paziente non più basata sul paternalismo, ma su un atteggiamento sempre più attivo del paziente, basata cioè su una alleanza terapeutica fra persone, ove il paziente non è solo dotato di precisi diritti, ma partecipa alla diagnosi e alle strategie terapeutiche necessarie per il *suo* corpo e la *sua* malattia.

Un rapporto terapeutico che dovrebbe essere una alleanza di umanità, quella della persona malata e quella del medico o dell'operatore professionale.

Il consenso informato

- Se **dal punto di vista legale** l'espressione del consenso tende ad **esonera il medico dalla responsabilità** di eventuali conseguenze negative dell'intervento,
- **dal punto di vista etico** è altrettanto fondamentale, in quanto costituisce **l'unica possibile legittimazione morale**, salvo i casi di urgenza e impellente necessità, **al suo intervento**: occorre, infatti, riconoscere il malato nella sua soggettività e intrattenere con lui un rapporto basato sulla partecipazione verbale, la sensibilità linguistica, la comprensione della sua formazione sociale e culturale.

In linea di principio, il "consenso informato" **non è riducibile a un semplice foglio informativo**, più o meno dettagliato, che il paziente (o chi per lui) deve sottoscrivere:

esso rappresenta il **punto di riferimento della relazione medico-paziente**, poiché è proprio intorno a "ciò che si deve fare", qui e ora, dal punto di vista clinico, che si debbono esercitare il **rispetto interpersonale**, la **preoccupazione per l'altro**, il **riconoscimento della professionalità** e l'**attenzione alla situazione di bisogno**.

Soltanto se il consenso resta uno **strumento di dialogo**, e non un semplice foglio informativo, è possibile attenuare quella dimensione conflittuale che spesso fa da sfondo.

Dichiarazioni anticipate di trattamento

A. Pessina

La discussione circa il valore delle dichiarazioni anticipate non può esaurirsi sul piano strettamente giuridico e fattuale: essa, infatti, deve mettere in conto il **livello etico** della questione.

Ci sembra che nel **riconoscimento, almeno ideale, del valore delle "dichiarazioni anticipate"**, emerga con chiarezza la **volontà di rispettare la dignità della persona umana** in tutte le sue condizioni di vita, senza che questo rispetto si trasformi in abbandono terapeutico, o in una delega di responsabilità da parte del medico.

Il problema dei costi

In un'epoca di relativa scarsità delle risorse, il pareggio del bilancio rischia di essere percepito sempre più come obiettivo prioritario e non più solo come vincolo da tenere presente nel momento in cui ci si interroga e si opera per la tutela della salute delle persone, obiettivo primo del servizio sanitario.

Ripartire le risorse destinate alla salute orientandole al raggiungimento del miglior risultato possibile è scopo lodevole fino a quando riguarda **finalità riconducibili al servizio delle persone**; lo stesso non si può dire quando l'ottimizzazione delle risorse assurge a principale finalità da perseguire, e questo perché **sono le persone - e non le esigenze di bilancio - il valore più alto** che deve guidare il discernimento circa le decisioni da prendere.

Allargando lo sguardo...

Sul piano sociale l'istanza dell'Umanizzazione si traduce nell'impegno diretto di tutti gli operatori sanitari

- a promuovere, ciascuno nel proprio ambito e secondo la sua competenza, **condizioni idonee per la salute**,
- a **migliorare le strutture inadeguate**,
- a favorire la **giusta distribuzione delle risorse**,
- a far sì che **la politica sanitaria nel mondo abbia per fine soltanto il bene della persona umana**.

Giovanni Paolo II

Per concludere...

A. Pessina

Come uomini, prima ancora che come pazienti o curanti (e nessuno può dimenticare che anche il curante potrà diventare paziente),
come uomini che vivono all'interno di una cultura e di una società complessa e articolata,
si presenta la necessità di trovare del tempo per ripensare al tema del dolore, della sofferenza, dell'esistenza, della vita e della morte:
non ci si può prendere cura dell'uomo senza mettere in gioco l'immagine dell'uomo, cioè anche di noi stessi.