

Convegno nell'Aula Scozia dell'Ospedale San Leonardo su "Percorso di apprendimento per una umanizzazione della Medicina"

Prima il malato e poi le "carte", ovvero come curare informando

Il meeting formativo, articolato in 3 step e patrocinato dalla Fondazione Sichelgaita, è stato promosso dalla Direzione Ospedaliera, dall'Ordine dei Medici, dall'Istituto per le ricerche ed attività educative (I.P.E.). Relatori i docenti universitari Calabrò, Pellegrino, Buccelli e Poterzio

Anche chi - buon per lui - bazzica poco tra medici e ospedali sa che la categoria dei camici bianchi oggi nel nostro paese è afflitta da due amletici dubbi. Il primo è come coniugare qualità medica della prestazione e quadratura dei bilanci. Il secondo è come non finire in tribunale, salvaguardando un accettabile e professionale livello di informazione medica al malato. Di quest'ultimo vero rompicapo si è discusso nella seconda delle tre giornate dedicate al percorso formativo per "l'umanizzazione della medicina".

Tema - l'umanizzazione - che più di uno dei partecipanti al Convegno auspica diventi la "mission" della neonata Facoltà dell'Hyppocratica Civitas.

Il primo allarme lo ha lanciato proprio Francesco Silvestri primario di cardiologia al San Leonardo, presentando il relatore Claudio Buccelli, docente di Medicina Legale alla Federico II di Napoli.

L'Italia - dice Silvestri - si sta avvicinando ai livelli statunitensi di conflittualità medico-paziente. E presto anche da noi gran parte dello stipendio annuo di un medico sarà destinato a copertura assicurativa. Con la non trascurabile differenza che oltre oceano un camice bianco guadagna tra i 400 e i 500 mila dollari l'anno. Stipendi che per la media dei medici italiani sono da "sogno americano". La conseguenza più immediata è che la nostra sanità sta cambiando, e i medici sono costretti a dedicare una parte sempre maggiore del loro tempo a protocolli, linee guida, cartelle cliniche e quant'altro, che stanno diventando prevalenti sull'attività diagnostica e terapeutica. E tutto questo per evitare problemi legali con i pazienti e i loro parenti.

Bisogna dire che le cose non sono andate sempre così. E si capisce subito quando sale in cattedra il professore Buccelli per tenere quella che si rivelerà una vera lectio magistralis sull'incandescente materia del rapporto paziente-comunicazione medica.

Molti decenni fa, tra medico e ammalato si stabiliva una relazione paternalistica. La figura centrale era il dottore, che per definizione non poteva che fare il bene del paziente. Dal paternalismo si passò all'autonomia, che coincide con la fase in cui alla centralità del medico si sostituì quella dell'ammalato. Oggi il sistema sta rapidamente evolvendo verso

la fase della burocratizzazione di quel rapporto, che riserva una crescente attenzione al contenimento dei costi (parsimonia).

A questa schematica rappresentazione dell'evoluzione nel rapporto medico-paziente, ha fatto riscontro la metodica della comunicazione tra i due, che prescindeva dal consenso ai tempi del paternalismo medico; si è trasformata in un diritto soggettivo inalienabile quando si è capovolta la situazione, e il paziente è divenuto lui il centro clinico e giuridico; è diventata, infine, "dovere sanitario" nell'epoca della burocratizzazione.

Ed oggi - arriva a dire qualche sentenza, richiamandosi all'art. 32 della Costituzione - l'informazione al malato rappresenta una tutela del suo bisogno di conoscenza, così come la prestazione sanitaria è una tutela del suo bisogno di salute.

Pertanto, essa - direbbe il giurista - diventa parte integrante della prestazione medica primaria, e nei suoi confronti il paziente vanta un diritto soggettivo perfetto. Più o meno quello che ne pensa (articolo 33 della versione 2006) il codice deontologico della categoria.

E' sempre difficile ricostruire la storia del "precedente". Il professore Buccelli ci prova e tira fuori un po' di date e di eventi - ahimè tutti accaduti a partire dal 1767 (causa Slater versus Baker & Stapleton) su suolo americano, il che la dice lunga sul fatto che questa storia abbia poi avuto l'evoluzione che ha avuto.

E l'Italia? Come si è approcciato nel tempo il nostro paese riguardo al diritto di informazione del malato?

La risposta è: si è rivoltato come un calzino. Nel 1964, con propria sentenza la Corte d'Appello di Milano si pronunciava in difesa del diritto al riserbo del medico.

Quattro anni dopo, la III Sezione della Cassazione Civile si pronunciava per l'informazione "personalizzata" (va bene informare, ma bisogna farlo valutando un mix di elementi in cui entrano il livello culturale e lo stato fisico-psicologico del malato).

Orientamento questo in linea di massima contrario a quello attuale.

dal 1992 al 2002, nei diversi gradi della giurisdizione si afferma una tendenza che Buccelli non esita a definire "ipertrofia del consenso".

Informare su tutto diventa il nuovo imperativo categorico. Ma informare è diverso che comunicare. Ebbene? Tra Corti d'Appello e Suprema Corte è tutto un fiorire di sentenze. E gli ospedali si adeguano, decretando così il passaggio dallo Statutory law al Common law (dalla legge scritta a quella del "precedente"), sentenza a sua volta uno che - beato lui - si intende di Medicina e di Legge.

La conseguenza sul piano pratico è presto detta. Comincia a diffondersi negli ospedali una sorta di pandemia del tutto sconosciuta che ha per nome: accanimento informativo.

Cui fa da pendant la diligenza informativa del personale medico, sempre più spinto, dalla nuova situazione, a praticare una "medicina difensiva" a tutela di se stesso, prima che dell'interesse dell'ammalato.

Si deve anche a questo - per esempio - se oggi 6 parti su 10 in Italia vengono effettuati con taglio cesareo anziché in modalità "nature". In questo stato di cose, prosperano compagnie assicurative e avvocati.

Negli Stati Uniti accade già che molti camici bianchi, vessati dagli esorbitanti costi dell'assicurazione medica (fino a 200 mila dollari l'anno, il 50% del reddito), decidano di trasferirsi in zone non affollate da law firm (studi legali).

Se al quadro descritto si somma l'amplificazione assicurata dai mass media ai tanti episodi di vera o apparente malasanità che imperversano nel paese, si capisce perché poi l'opinione pubblica, facendo due più due, arrivi alla semplicistica (e ingiusta) conclusione che i medici sbagliano continuamente.

E di fronte al pregiudizio e alla condanna preventiva non ci sono protocolli o linee guida che tengano. Una soluzione - ha suggerito Buccelli rispondendo ad una domanda del cardiologo Cesare Baldi - potrebbe venire dall'attribuzione del valore di legge

al codice deontologico dei medici, così come avviene in Francia.

Osserva il codice (deontologico) e sarai a posto. Nessuno potrà chiedere di più. Ma l'Ordine Nazionale di categoria avrebbe in Italia la forza di negoziare una simile posizione con il Governo?

Un'altra soluzione potrebbe essere quella di attribuire agli infermieri laureati (laurea breve) l'incombenza di curare la comunicazione medica. Ovviamente dopo averli adeguatamente preparati. Bella idea, se si potesse sapere che cosa ne pensa "la casta" politica, assente in questa discussione perché con il cuore altrove (elezioni).

Su questi interrogativi non sciolti (e forse neppure solubili), il Convegno si è aggiornato a sabato 15 marzo.

Tra i partecipanti, gli esponenti del Comitato organizzatore (il direttore dell'Ospedale Attilio Bianchi, il direttore dell'IPE Lorenzo Burdo, Antonio Pisani di AMQ, Alberto Gigantino e Bruno Brunetti del Comitato scientifico) e molti camici bianchi. Forse non a torto un po' arrabbiati.