

Introduzione/*Introduction*

L'OSPEDALE TRA VALORI ED INTERESSI:
UNA PROSPETTIVA STORICA

CESARE CATANANTI

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, I

L'ospedale al centro del sistema

È acquisizione comune e condivisa che, all'interno di qualsiasi sistema sanitario, l'istituzione ospedaliera rappresenti il *cuore* delle attività mediche siano esse orientate prevalentemente alla assistenza o dirette anche a fini di didattica e di ricerca.

Un *cuore* che è la sede della massima concentrazione del sapere scientifico, della medicina più specialistica e tecnologizzata, dei professionisti più accreditati e, non ultimo, delle cure più ricercate e costose.

Per tutte queste ragioni l'ospedale, inevitabilmente, si è costituito nel tempo anche come *centro di potere*, come arena di conflitti umani e professionali, come spazio presidiato dal dolore ma anche aperto alla speranza.

Di esso si occupano politici e programmatori sanitari, economisti e antropologi, sociologi e giornalisti, architetti e artisti, imprenditori e bioetici, curanti e pazienti.

Una folta schiera, come si vede, di addetti ai lavori che appare, ed è, quanto mai eterogenea e composita e che intorno all'ospedale, a vario titolo, ha maturato interessi e coltivato valori.

E gli uni e gli altri si sono spesso modificati nel tempo, non di rado entrando in conflitto, come la prospettiva storica ci consente di cogliere in maniera quanto mai efficace. Una prospettiva che conferma il continuo intersecarsi e reciproco influenzarsi dei *fatti* medici con quelli sociali dando forma ad un affresco palpitante nei colori e nei toni, nei chiaroscuri e nelle sfumature più o meno accennate. Nelle luci e nelle ombre.

Non si può comunque affrontare il tema, così come si caratterizza all'interno dell'ospedale, se non lo si inquadra nella più vasta cornice della medicina nel suo insieme che, costantemente, è alla ricerca della sua più profonda essenza. Una ricerca che passa attraverso sfide, non di rado inquietanti per gli interrogativi etici che la ricerca scientifica quasi quotidianamente pone, e che deve confrontarsi con nuovi scenari sociali ed economici che impongono scelte non solo di campo ma anche di drammatiche priorità.

La carta dei valori: il Buon Samaritano incontra Ippocrate
Non c'è storico della medicina che non concordi che nella storia della "techne medica" un passaggio chiave nella formulazione di una carta di valori, che ha arricchito l'*ethos* ippocratico di nuovi e rivoluzionari contenuti, si sia realizzato con l'avvento e diffusione del cristianesimo.

"Va' e anche tu fa lo stesso" sono le parole conclusive della parabola del Buon Samaritano (Luca. 10, 17); parole che costituiscono per le originarie comunità cristiane la guida morale in cui si iscrisse da quel momento in avanti la condizione egualitaria e gratuita della cura, il significato morale del dolore, l'assistenza ed il conforto agli incurabili ed ai moribondi, l'amore, in altre parole, per il prossimo.

Scrivere a tale proposito Pedro Luis Entralgo come

accanto alla visione greca dell'amore, inteso come eros, nasce ora in forma complementare, una concezione nuova dell'amore, considerato come agape. L'eros è l'impulso universale ascendente della natura verso la sua perfezione; l'agape o charitas è la libera e attiva effusione della persona verso la realtà ed il bisogno delle altre persone, siano esse amici o semplice prossimo¹.

La medicina diventa così anche strumento del messaggio evangelico di carità, arricchendosi di significati che erano estranei alla medicina della Grecia classica, nonostante una certa tradizione ne abbia amplificato certi aspetti antropologici ed umanitari.

La realtà quotidiana dell'esercizio della medicina greca, infatti, così come l'insieme dei valori sociali di quei secoli evidenziano delle forti discrepanze con le mitizzate prescrizioni del "giuramento di Ippocrate": l'aborto era praticato, il suicidio era accettato (e spesso erano i medici a somministrare il veleno), a Spar-

ta come ad Atene l'esposizione dei bambini deboli e deformati era la prassi. La professione medica era a pagamento ed Aristofane ce lo ricorda nella seconda versione del Pluto quando fa dire a Cremilo "dove non c'è ricompensa non c'è arte". I diritti del malato, secondo Platone, risultavano disallineati dalla distinzione di una medicina per i "liberi" e di una medicina per gli "schiavi".

Ma allora il "giuramento di Ippocrate" quale morale rappresenta? Non certamente quella di Cos e Cnido, ci spiegano gli storici ma piuttosto, come sostengono Edelstein e Sigerist, quel "documento", di eterogenea composizione ed incerta datazione, si sarebbe sviluppato all'interno dei pitagorici, la cui filosofia, questa sì, teneva nella massima considerazione i valori della giustizia e del rispetto della vita.

Valori che furono prontamente assimilati dal cristianesimo ed al contempo esaltati facendo del "giuramento di Ippocrate" una sorta di vangelo, dall'*ethos* perenne, osannato dagli stessi padri della chiesa, a cui la medicina, ancor oggi, ama collegarsi.

Spinsanti ha osservato, e con ragione, che

*i suggerimenti impartiti al medico riguardano i comportamenti più efficaci da tenere nel corso del suo lavoro, al fine di conseguire la fiducia del paziente e distinguersi dai ciarlatani. In altri termini, si tratta più di un'etichetta medica che di etica. L'*ethos* medico è quello di una corretta prestazione esterna. L'età classica, come risulta dagli scritti platonici, giudicava il lavoro manuale sulla base della competenza e dell'efficienza. Nessuna idealizzazione esaltava la medicina sopra le altre professioni: era considerata un'arte come le altre, estranea a valori come l'intenzione interiore ed il cuore².*

Queste precisazioni le riteniamo opportune, non tanto per sminuire il messaggio della laicità classica, quanto per sottolineare, smitizzando certi approcci, che nelle origini della medicina come pratica professionale, convivevano insieme valori e interessi; talvolta sostenendosi a vicenda, tal'altra entrando in conflitto sotto la spinta delle umane passioni.

È illuminante su questo tema Seneca che, ne "i benefici", così si esprime:

E allora, perché al medico ed al precettore sono debitore di qualcosa di più e anche pagandoli resto ancora in debito? Proprio perché da medico e precet-

tores essi si trasformano in amici e noi non restiamo obbligati per le prestazioni professionali – che paghiamo – ma per la benevola e affettuosa disposizione nei nostri riguardi. E così, se il medico non fa altro che tastarmi il polso e considerarmi uno dei tanti malati, prescrivendomi freddamente ciò che debbo fare o evitare, io non gli sono debitore di nulla, poiché egli in me non vede un amico, ma solo un cliente... Perché allora dovremmo essere debitori a costoro? Non perché ciò che ci hanno venduto vale più di quanto l'abbiamo pagato, ma in quanto hanno dato qualcosa a noi personalmente. Il medico si è preoccupato per me più di quanto fosse necessario alla sua attività professionale: è stato in ansia non per la sua reputazione, ma per me. (Seneca, I benefici, VI,16)

In quest'ultimo passaggio Seneca coglie e presenta, nel comportamento del suo medico, la partecipazione alla sua sofferenza come "valore" superiore all' "interesse", per altro legittimo nel perseguirlo, di una buona reputazione e quindi delle "fortune" professionali.

La riconoscenza diventa qualcosa che va al di là del debito che si estingue con il pagamento della prestazione fornita; è un "valore" generato, in una spirale virtuosa, da un altro valore, l'empatia, che il paziente percepisce e che anima l'alleanza terapeutica.

Le cure ospedaliere tra antichi valori e nuovi interessi

Sui binari allora della umana filantropia e della cristiana carità si originarono le diaconie e poi gli xenodochi, specificatamente voluti dal Concilio di Nicea, ed infine dal IV secolo in avanti, si sviluppò la medicina monastica in cui l'istituzione ospedaliera annida alcune delle sue radici più profonde.

Nel Medioevo fu di fatto la Chiesa a gestire in modo pressoché esclusivo l'assistenza ai malati ed anche tutte quelle iniziative "laiche" condotte anche da ordini militari e cavallereschi erano di ispirazione religiosa e con la stessa Chiesa strettamente collegate. Fu in epoca rinascimentale che avvenne un cambio di rotta.

Accade cioè che l'assistenza ospedaliera cominciava ad essere considerata non più una semplice espressione della pietà cristiana e quindi un esclusivo monopolio della Chiesa, ma era anche un segno dell'impegno sociale del Re, del Principe, del signore insomma, che vedeva, tra l'altro, nella edificazione di opere anche artisticamente pregevoli, un momento dell'esaltazione del suo governo. In Inghilterra in particolare la "riforma" con-

dotta da Enrico VIII portò alla chiusura dei monasteri e così l'assistenza ai poveri ed ai malati divenne un impegno del sovrano; toccò ad esempio ad Edoardo VIII, aprire a Londra sul finire del 500 l'ospedale di San Bartolomeo affidandone ai laici la gestione e la responsabilità organizzativa.

Gli scenari, pertanto, alle soglie del Rinascimento cambiano e si caratterizzano per l'enfasi che ora si dà agli aspetti politico-sociali dell'assistenza ospedaliera ed in particolare alla buona amministrazione ed organizzazione.

Emblematico di tale cambio di prospettiva è il decreto dell'Arcivescovo Enrico Rampini del 9 marzo del 1448, "pro hospitalibus et pauperis alogiandis" con cui la Ca' Granda termina di essere un generico luogo di ospitalità per "pauperes et infirmi" ed assume una configurazione del tutto nuova.

L'ordinamento rampiniano - scrive Cosmacini - è importante sotto tre aspetti: sotto l'aspetto giuridico-amministrativo, in quanto detta una serie di norme che regolamentano compiti, funzioni e comportamenti degli amministratori ospedalieri cambiando, in pratica, i criteri di gestione degli ospedali; sotto l'aspetto etico-economico, in quanto pone le premesse di una riforma sostanziale dell'assistenza, trasformata da religiosa a laica, nel segno di una morale diversa, meno formale e più realistica, dove non trova più spazio la manipolazione dell'assunto caritativo da parte di ministri o di frati poco o punto caritatevoli e dove trova invece spazio una nuova interpretazione dell'assistenza in termini di pratica produttiva, almeno nelle intenzioni, di salute ed idoneità fisica; sotto l'aspetto sanitario e sociale in quanto procede alla riorganizzazione delle strutture assistenziali, creando un nuovo sistema erogatore di assistenza che culmina nella edificazione della Ca' Granda³.

E sessanta anni dopo Gian Giacomo Cilino, priore dell'ospedale così puntualizzerà:

Essendo le malattie o croniche o de qualità che presto son terminate vel con salute, vel con morte, queste de presta terminatione son designate all'Hospitale Grande dove, come e predicto, i malati o moreno o, facti sani, vanno con la benedictione a fare li facti soi. Le altre egritudini croniche o mali de altra qualità, quali vogliono tempo avranno altra destinazione⁴.

L'ospedale, in altre parole, ha una funzione specifica che va tutelata ed ecco allora il fondamentale ruolo del medico che oggi definiremmo di accettazione:

Ne alcuno di essi malati si può ricevere se prima la qualità del male suo è intesa da li phisico o chirurghi del hospitale et epsi non riferiscono prima el parere suo sopra el loco dove li pare se habbiano a raccogliere⁵.

La modernità di queste riflessioni espresse dal Cilino nella sua *"Relazione ai deputati dell'Ospedale Grande"* sull'andamento sanitario del nosocomio, così viene commentata da Cosmacini:

Medico, malato, ospedale: elementi interdipendenti di una triade. Ogni mutazione dell'uno implica di necessità una mutazione degli altri. L'inserzione attiva del medico ospedaliero nella pratica riformatrice è implicita nella ridefinizione del ruolo dell'ospedale e della fisionomia del soggetto ospedalizzato. Tale ridefinizione si rifà a due principi: il principio dell'esclusione dagli ospedali dei pauperes communes e il principio dell'accettazione ospedaliera ai soli infirmi, distinti in acuti o curabili, destinatari del sapere medico applicato, e in cronici o incurabili, destinatari del semplice ricovero⁶.

Una nuova carta di valori viene così sancita; una carta che nei secoli a venire dovrà prendere atto anche dei cambiamenti che riguarderanno il sapere medico, che non vuole essere escluso dalla scienza nascente, le Università che di quel sapere vogliono costituirsi come tempio esclusivo, gli interessi professionali dei curanti, abbastanza in conflitto al loro interno, le prime istanze dei pazienti che si scoprono titolari di certi diritti, le esigenze delle amministrazioni.

L'esercizio pratico della medicina risentì di questi cambiamenti e l'ospedale, che tra fine settecento ed ottocento aveva contribuito al sanarsi della storica frattura tra la cultura umoralista del medico *"doctus expertus"* e quella anatomica del *"cerusicus"* considerato al massimo un abile artigiano, si costituì come la sede privilegiata per la *"nascita della clinica"* favorendo l'armonica integrazione della assistenza, della didattica e della ricerca.

Il suo destino era oramai segnato e sotto l'impulso del progressivo specialistico arricchirsi delle conoscenze, nell'arco di pochi decenni, si trasformò in una *"machine à guérir"*, secondo l'efficace definizione di fine settecento di Tenon:

gli ospedali sono degli strumenti o se si preferisce delle macchine per trattare i malati in gran numero ed in economia. Mai l'arte della cura si era interessata della loro forma e distribuzione. Se mai da qualche parte uomini abili e

attenti si erano preoccupati di questa specie di case, le regole della loro distribuzione non erano ancora state né definite, né codificate, né diffuse...⁷.

Così ridisegnato l'ospedale fu pronto a recepire ed a favorire al contempo, le novità forti della oramai imminente rivoluzione batteriologica e tecnologica.

Le scoperte di Pasteur e Koch rimandarono, infatti, nelle terre del mito le teorie dei miasmi e delle influenze cosmico telluriche, le procedure antisettiche di Lister, unitamente allo sviluppo dell'anestesiologia fecero fare alla chirurgia dei passi avanti incredibili, i primi laboratori di analisi e radiologia diventarono l'*"occhio tecnologico"* a supporto di quello *"clinico"* ed, infine, come non ricordare il ruolo svolto dalle industrie chimiche che colsero il senso del cambiamento sviluppando loro specifici rami di ricerca orientati a quella che sarà in pochi anni la chimica farmaceutica.

L'ospedale di fine ottocento è ormai pronto ad essere una vera e propria *"fabbrica della salute"*, un formidabile catalizzatore di risorse finanziarie, tecniche, umane; e tutto questo in un contesto in cui mentre i successi della medicina andavano incontro alle aspettative della gente, c'era chi quei *"trionfi"* aveva trovato il modo di presentarli e canalizzarli verso i propri personali interessi, avendone intravisto e perseguito gli aspetti commerciali.

Di tali deviazioni è fulminante testimonianza ed atto di accusa la pièce teatrale di Jules Romains *"Knock, o il trionfo della medicina"*. Rappresentata per la prima volta a Parigi nel 1923, lancia strali di fuoco, degni del miglior Molière, su una medicina utilizzata ad esclusivo uso e consumo di interessi privati. Il furbismo e privo di scrupoli dottor Knock coglie perfettamente come si possa ingenerare il bisogno, come si possano trasformare i sani in malati, come da questi sia possibile, attraverso una opera di marketing, fidelizzarli al proprio credo ed al proprio ambulatorio svuotando loro il portafoglio.

Con una vèrve al vetriolo, Romains anticipa tutti i *topoi* negativi, dal tradimento dei valori al consumismo più sfrontato e interessato, in cui la medicina quotidianamente rischia di naufragare.

Il *"mondo nuovo"* della medicina, così pieno di speranze ma anche, come abbiamo visto, di insidie, sarà, nelle prime decadi del novecento, ulteriormente stressato dalla *"socializzazione"* della assistenza sanitaria e così altri interessi e valori entrano in campo.

Sullo sfondo, infatti, di una pratica medica dai costi sempre più elevati (e da quel momento inarrestabili) maturò il convincimento che la salute fosse un diritto che lo Stato dovesse tutelare. Da fatto privato, la questione "salute" divenne fatto pubblico. I vecchi equilibri furono così infranti e fu ineludibile disciplinare modi e contenuti dell'assistenza sanitaria.

Sulla scena delle cure entrò prepotentemente il cosiddetto "terzo pagante": il tradizionale esclusivo rapporto a due, medico e paziente, dovette aprirsi al nuovo arrivato che dettò le sue leggi a cui i due antichi partners furono obbligati ad adeguarsi. Leggi diversificate a seconda che il "terzo pagante" fosse un servizio sanitario nazionale o un'assicurazione privata. Il "terzo pagante" agisce sia sul versante del paziente che su quello del curante. Al paziente garantisce certi livelli di prestazioni nell'ambito di un predefinito contratto, al medico offre clientela e salario ma a certi patti.

La calcolatrice si affianca (e sostituisce?) al fonendoscopio

Patti che prevedono l'uso della calcolatrice accanto a quello del fonendoscopio. Ai medici si chiede conto del costo delle cure, delle ragioni delle loro scelte; gli si presentano budgets e reports, li si vuole manager. Si fa pesare loro la responsabilità di essere gestori di risorse, si propongono loro incentivi e controlli in uno scenario di competitività professionale (tra specialisti nel difendere le aree di esclusiva competenza ed il loro prestigio) ed istituzionale (tra ospedali nella ricerca dei clienti) e di conflitti con i pazienti.

Questi ultimi appaiono sempre più disorientati nella giungla delle assicurazioni sanitarie o nei meandri delle burocrazie dei servizi sanitari nazionali ma sono meno "pazienti" e più attenti alla tutela, anche legale, dei loro diritti. E tra i legali dei pazienti e quelli dei medici spesso nascono impreviste sintonie quando si riesce, nel comune loro interesse, a coinvolgere economicamente l'ospedale nella corresponsabilità "organizzativa" per il risarcimento di eventuali danni.

In questo clima, abbastanza confuso e movimentato, il vocabolario della carità e della solidarietà è stato sostituito dal lessico dell'efficienza e della gestione con una schiera di giovani reclute

di economisti, vogliosi di entrare nelle corsie ospedaliere per applicare le loro ricette e garantire la "salute" dei bilanci; un valore quest'ultimo che della "mission" dell'ospedale coglie soprattutto gli aspetti aziendalistici ma può far trascurare quelli più tradizionali ma sempre attuali e specifici della cura e del prendersi cura.

Nuovi conflitti sono pertanto in essere tra questi "strangers at bedside", portatori di nuovi interessi e valori ed i medici titolari di quelle tradizioni dentologiche, non di rado, per altro, dagli stessi tradite.

Un cambiamento che viene colto e presentato anche da una letteratura che certamente non è scientifica ma che rende perfettamente il clima sopraccennato. Nel thriller "Snapshot" di Linda Barnes vi è ad un certo punto un dialogo tra un medico ed una giornalista che riprendiamo dalla edizione italiana pubblicata per la serie il "Giallo Mondadori". Esclama il medico:

-La vecchia classe medica ha esagerato. Hanno spremuto così tanto il sistema, che a noi non resterà più nulla. Se fossi uno specializzato in amministrazione aziendale, un qualunque pidocchioso specializzato in amministrazione aziendale, starei andando a gonfie vele. Ragazzi con cinque anni meno di me hanno case di proprietà e due BMW mentre io mi ammazzo di lavoro.

-Lei è uno specialista. Gli specialisti non sono pagati bene?

-Oh certo. Il governo mi dice anche quello che devo fare, come devo curare un paziente, quanto tempo un paziente può restare in un dannato ospedale, e fissa il mio stipendio secondo quanto un funzionario qualunque che esce da una scuola superiore ritiene che debba essere. È tutta colpa del DRG.

-DRG? Che cosa vuol dire? Droga?

-DRG sta per Diagnostic-related-groups, gruppi relativi alle diagnosi. Ti inseriscono un paziente in una certa categoria diagnostica e stabiliscono che i medici vengano pagati basandosi sul raggruppamento in cui tu li hai cacciati, come se tutte le persone avessero solo una cosa alla volta che non funziona a dovere⁸.

Ed il sistema di finanziamento per DRG punta nella sostanza a identificare il malato come portatore di una "malattia" per la quale sarà dato dal "terzo pagante" un predefinito rimborso.

Chi amministra si può, pertanto, trovare ad enfatizzare nella prospettiva del controllo di gestione, il significato del paziente come un "bene di produzione" focalizzando, lungo il percorso "produttivo", i disallineamenti tra costi reali e ricavi attesi; e qui

c'è il rischio di cadere nella tentazione di suggerire certe preferenze per "trattare" malati il cui ciclo di cura conviene sotto il profilo del basso costo o della alta redditività.

Altra tentazione potrebbe essere quella di stimolare risparmi nei "costi di produzione" semplificando o annullando certi passaggi; i manager più illuminati punteranno a questo obiettivo facendo coincidere la ricerca dell'appropriatezza clinica con la lotta agli sprechi ed alle irrazionalità cliniche ed organizzative; i più rozzi faranno solo danni.

Il fatto è che gli interessi logici da un punto di vista contabile potrebbero non essere in sintonia con i valori di una cura che con difficoltà dovrebbe affrontare "solo una cosa alla volta". In altre parole il malato corre il rischio, anche per queste ragioni, di essere considerato un caso; i suoi vissuti, le sue ansie, il suo destino alla dimissione, il suo bisogno di essere preso in cura potrebbero avere difficile diritto di cittadinanza nella attuale fabbrica della salute, se medici e manager fossero privi di valori forti di riferimento.

È un approccio all'assistenza ospedaliera che certamente strida con i valori di chi delle cure e della organizzazione delle stesse si è sentito l'unico titolare, ma i tempi sono cambiati e se le risorse scarseggiano, anche i ragionieri hanno il sopravvento.

Forse, o senza forse, molti, medici e tutti coloro che stanno intorno al "business" della salute, hanno esagerato, "hanno spremuto troppo il sistema" come amaramente osserva il medico di "Snapshot" che vede nei "pidocchiosi specializzati in amministrazione aziendale" i nuovi principi e baroni ospedalieri che si possono permettere "case di proprietà e due BMW".

I medici realizzano che al timone, altri li hanno sostituiti; altri che li martellano con slogan aziendalistici e, sinceramente, fa un certo effetto ascoltare illustri clinici che si esaltano nel presentare l'alta redditività della loro casistica piuttosto che i successi più consoni alla loro professionalità.

Ma tra questi clinici, siano neofiti del budget o restii al credo aziendalistico, l'insoddisfazione c'è. E questo perché

sempre più si è sviluppata negli ospedali una infrastruttura organizzativa, di comunicazione e di controllo, che funziona con logiche proprie autonome, che stabilisce una comunicazione con il pubblico e relazio-

ni contrattuali con le istituzioni preposte al finanziamento delle attività sanitarie in base a modelli culturali e di management non affini alla cultura professionale del medico.

Da qui nasce la frizione, quando non il conflitto, fra l'attività dei singoli professionisti, che si percepiscono come espropriati della propria autorità sull'organizzazione, e gli obiettivi e la missione che la struttura aziendale (ormai non più solamente burocratica) percepisce come propri.

Questo processo di progressivo e conflittuale adattamento della cultura dei professionisti medici a quella aziendale, richiede in primo che i medici accettino di condividere nell'organizzazione la propria cultura e di consentire l'operare di processi di standardizzazione delle scelte cliniche⁹.

Ma questa "standardizzazione" da molti viene criticata, sostenendo che la pratica clinica non può essere ricondotta ad un "manuale di cucina" e su questo punto l'Harrison, che è il trattato di medicina interna su cui si sono formati e tutt'oggi si formano generazioni di medici, nella sua ultima edizione è estremamente esplicito quando specifica che:

Queste linee guida costituiscono tuttavia armi a doppio taglio. Da un lato possono fornire un utile ausilio nel trattare pazienti con diagnosi o sintomi specifici e nel proteggere gli operatori sanitari scrupolosi da ingiuste accuse di negligenza; inoltre, possono rivelarsi utili per la società in quanto prevenivano i costi eccessivi legati all'abuso di risorse mediche. D'altro canto le linee guida tendono ad ipersemplificare la pratica della medicina... inoltre le linee guida non possono prendere in considerazione la complessa interrelazione tra influenze genetiche e ambientali, responsabili dell'unicità di ciascun individuo e della sua malattia. È bene quindi che il medico conosca ed integri nel suo bagaglio professionale le raccomandazioni elaborate dai ricercatori che preparano queste linee guida pratiche senza però accettarle aprioristicamente o soltanto a causa di una inappropriata costrizione¹⁰.

E delle costrizioni l'Harrison parla in maniera esplicita precisando che

negli Stati Uniti si è osservata una pressione crescente affinché i medici rispondano del modo in cui esercitano la professione mediante l'aderenza a certi standard stabiliti da governi federali o locali. L'ospitalizzazione dei pazienti le cui cure sono rimborsate sia dai fondi governativi (Medicare e Medicaid) sia dalle compagnie di assicurazione è soggetta a revisione del-

le procedure e dei costi. Questo significa che il medico deve fornire spiegazioni sulle ragioni e sulla durata della degenza di un paziente in ospedale, se queste sono considerate al di fuori di standard predeterminati¹¹.

Ma sono le nuove regole economiche e finanziarie in cui l'ospedale opera che hanno messo in crisi i tradizionali valori deontologici. D'altra parte quando le risorse sono limitate ed i bisogni in continua espansione, chi ha in qualche modo i cordoni della borsa fissa, razionando o razionalizzando, i criteri della spesa. Inevitabilmente allora nuovi paradigmi socio-economici vanno, in maniera più o meno strisciante, a prendere il posto degli antichi credi obbligando anche a rivisitare i codici morali di ciascuno.

Come però non condividere l'esigenza di razionalizzare un settore sociale in cui le risorse sono stabili o in diminuzione e la domanda in espansione continua? come non essere d'accordo sull'esigenza di combattere sprechi e consumismo?

Il punto è che quando la "razionalizzazione" opera in un contesto di mercato, nel quadro della competizione di impresa, la tutela di interessi privati può prendere il sopravvento con grande facilità e questo a discapito di quei valori che la razionalizzazione avrebbe voluto difendere.

Non c'è Paese al mondo che non stia, da anni ormai, immaginando e sperimentando per l'assistenza ospedaliera, che assorbe oltre il 60% della spesa sanitaria, ogni possibile soluzione che la strategia economico-finanziaria offre: fusioni, acquisizioni, creazioni di reti integrate.

È una sorta di lotta per la sopravvivenza.

Gli ospedali americani, scriveva nel 1995 l'American Best Hospital, stanno affrontando una lotta darviniana per sopravvivere. Si stanno fondendo, consolidando, formando alleanze, diversificando; stanno facendo qualunque cosa per evitare l'estinzione. Il fior fiore dei 1631 ospedali della nazione, rispettati in tutto il mondo per il grado di avanguardia, di assistenza altamente tecnologica che porta reali, sceicchi e star del cinema alle loro porte, devono far fronte alla sventura di letti vuoti, di cali di produzione e deficit di bilancio¹².

E nel fare "qualunque cosa" per evitare l'estinzione nessun colpo è escluso; sarebbe ingenuo pensare il contrario.

Appare così evidente che in un sistema del genere i rischi che le cure siano governate da fattori esterni agli interessi esclusivi del paziente esistono e le preoccupazioni sono legittime. Nascono, per esempio, dalle esasperazioni, sempre più frequenti, del *managed care* così come si sta diffondendo negli Stati Uniti, che prevede diretti vantaggi economici per gli erogatori di servizi, siano professionisti o strutture, a fronte di contenimenti della spesa.

L'esigenza condivisibile di evitare sprechi può coprire, è inutile negarlo, altri interessi ed il guardiano della buona medicina può essere solo il medico ma un medico che sia sapiente e saggio.

Un medico che percepisce il cambiamento in atto e che di quel cambiamento vuole essere protagonista e non passiva comparsa.

Con preveggenza, nell'ottobre del 1983, J.R. Hampton in un lavoro dal titolo "*The end of clinical freedom*" pubblicato sul *British Medical Journal* scriveva:

La libertà clinica è morta e nessuno ne sta rimpiangendo la fine. La libertà clinica era il diritto dei medici - da alcuni considerato divino - di fare qualsiasi cosa ritenessero, a loro esclusivo giudizio, il meglio per i loro pazienti. Nei giorni in cui la diagnostica era di fatto inesistente e gli interventi terapeutici poveri ed inefficaci, il giudizio del medico era tutto ciò di cui si disponeva, ma adesso quel giudizio non basta. Se non abbiamo sufficienti risorse per fare tutto ciò che tecnicamente è possibile allora la cura deve limitarsi a ciò che è dimostrato essere realmente efficace e la personale valutazione dovrà essere messa da parte¹³.

Lo strumento a cui si dichiara di far ricorso per garantire cure appropriate è quello che oggi va sotto il nome di *Evidence based medicine*.

Si sostiene ed a ragione che una medicina basata sulle prove di efficacia non solo sia in linea con i principi della scienza medica ma che essa consenta una organizzazione delle cure più efficiente e razionale; tutto vero, anche se il concetto di *evidence* non è poi così indiscusso come si tende a farlo apparire.

Innanzitutto non va mitizzata la verità scientifica. Popper ci ha insegnato che la scienza non poggia sul solido granito ma sulle palafitte. Nel 1934 al portoghese Moniz fu assegnato il "Nobel" per la medicina per la soluzione trovata nella cura della malattia mentale: la lobotomia. Anni dopo la scienza riconobbe la "fol-

lia" di quella pratica terapeutica che nel frattempo era stata acriticamente e drammaticamente impiegata.

Portare sugli altari "valori" che non si sottopongono al vaglio della critica può determinare derive pericolose. E questo vale sia per la scienza che per certi credi neo liberistici e aziendalistici, come ancor di più per i rischi insiti nella esaltazione patologica di certi valori.

Anche da quest'ultimi, spesso i più subdoli, bisogna sapersi difendere.

La ricerca, infatti, della perfezione tecnica e della massima concentrazione sul campo, è di per sé un valore positivo, ma potrebbe determinare nel suo estrinsecarsi degli effetti indesiderati.

La medicina deve evitare, in altre parole, il rischio della esasperazione del valore della "metafora guerriera", rischio che Sandro Spinsanti brillantemente descrive come "codice Hemingway".

Secondo il celebre scrittore, osserva Spinsanti,

una delle ripercussioni sulla vita morale delle situazioni in cui non si vede via di uscita - quella a cui si riferisce più specificatamente è il carnio della guerra civile in Spagna, descritto in Per chi suona la campana? - è di indurre a concentrare tutto il proprio impegno nel fare ciò che si fa così come deve essere fatto, senza lasciarsi distrarre da questioni relative al significato e allo scopo della propria azione. Combattere "bene" è tutto l'ideale morale del combattente, mettendo completamente tra parentesi la domanda circa il perché si combatte. "Quando spari non pensare che spari ad uomo, ma che colpisci un bersaglio": è il consiglio che riceve il protagonista del romanzo, ancora troppo turbato dai suoi dubbi di intellettuale, da un vecchio miliziano¹⁴.

Un tale approccio, tecnicistico, che estrapola il momento della cura dal contesto del prendersi cura e quindi dagli umani bisogni del paziente è un ulteriore rischio di depauperamento del valore complessivo dell'assistenza medica.

Altri pericoli sono poi nell'aria: nel colpire il bersaglio, infatti, il medico spesso si vuole assicurare dal rischio di danni collaterali ed allora il rispetto di un altro e alto valore - il consenso informato - può trasformarsi, se svilito dalla interpretazione ed applicazione burocratica, in atteggiamenti e comportamenti deleteri per il malato. Si è, infatti, molto criticato, in questi anni, l'approccio paternalistico del medico che prende decisioni per conto del paziente arrogandosi diritti che non gli competono;

per evitare che si realizzi la medicina per gli "schiavi" di platonica memoria, si è allora imposta la prassi obbligatoria del consenso informato, sottovalutando però una serie di rischi anch'essi più subdoli e perniciosi.

È infatti del tutto possibile che il medico interpreti semplicisticamente il consenso informato come un modulo da riempire piuttosto che un colloquio da affrontare con il suo paziente e che soprattutto veda con "interesse" quel modulo firmato in quanto potrebbe rappresentare una sorta di liberatoria da tirar fuori nell'evenienza di contenziosi per colpa professionale.

Ci rendiamo anche conto che se sposassimo la tesi della coscienza del medico come unico giudice del cosa, come e quando comunicare al suo paziente affideremmo al medico un potere incontrollabile che in mano a qualcuno, privo di scrupoli e di valori, potrebbe causare danni irreparabili per la gente e per la stessa medicina. L'esigenza, quindi, di fissare dei riferimenti che possono essere sottoposti al controllo è anch'essa quanto mai legittima anche se un certo grado di asimmetria tra medico e paziente è inevitabile che permanga.

È una "asimmetria" che deriva dalla reale differenza di conoscenze che tra i due esiste e che obbliga il medico a responsabilizzarsi nella comune condivisione di scelte diagnostico-terapeutiche che il paziente da solo non può fare. Il pretenderlo potrebbe solo favorire nei medici meno consapevoli del loro ruolo una fuga dalla drammaticità di scelte da cui non si possono tirare fuori.

In conclusione

"L'arte è lunga, il giudizio difficile, l'occasione fugace".

L'aforisma ippocratico è pregnante nella sua problematicità che fa sottintendere le mille sfaccettature che animano di interessi, valori e passioni umane del variegato mondo della medicina e della sanità.

In questo mondo l'ospedale ha sempre avuto un ruolo cardine ed è stato il teatro in cui i grandi temi del sapere medico si sono confrontati con i drammi quotidiani delle singole persone; un teatro in cui protagonisti vecchi e nuovi hanno recitato la loro parte con maggiore o minore capacità e sensibilità verso il tema; un teatro che ha amplificato i conflitti presenti tra ricerca e pratica clinica, tra didattica e terapia, tra sanità pubblica e privata, tra gli

interessi delle aziende farmaceutiche e produttrici di tecnologie e quelle della buona medicina che vuole evitare inutili consumismi.

In questo contesto, "globalizzato", in cui le politiche finanziarie e le regole economiche sono gli elementi caratterizzanti qualsiasi scenario, la medicina è obbligata a ripensare la sua funzione, le sue strategie, la sua organizzazione

Ma sia che ci si trovi in climi liberistici e di totale mercato, o all'opposto in ambiti di servizi sanitari nazionali i problemi sono comuni:

- come soddisfare bisogni in progressivo aumento a fronte di risorse inadeguate
- come raggiungere la massima efficienza gestionale
- come garantire ai pazienti cure appropriate
- come rispettare i diritti del malato

Gli strateghi di organizzazione e finanza diranno la loro e prescriveranno le loro medicine ma siamo convinti che qualunque sia la strada che si voglia prendere quel percorso deve essere diretto per una destinazione chiara ed inequivocabile: la tutela della fragilità dell'uomo che soffre.

E segnare questa rotta è di competenza della politica, di quella alta, ma la medicina non potrà farsi da parte in attesa che altri decidano per lei. Dovrà scendere in campo e dire la sua attraverso una profonda riflessione su quelli che sono i suoi scopi e le sue priorità, i suoi valori guida, i legittimi interessi da perseguire.

È stato giustamente osservato che

la medicina contemporanea è in crisi non perché ha fallito gli obiettivi che si era prefissata; ma perché li ha conseguiti: i successi ottenuti hanno aperto nuove questioni che devono essere affrontate¹⁵.

I progressi scientifici e tecnologici, infatti, non sempre sono realmente riconducibili ad una reale dimostrata efficacia sul miglioramento dello stato di salute; il consumismo medico in tutte le sue possibili manifestazioni, quando non è dannoso per la salute del singolo - e non è detto che non lo sia - è certamente disruptive per il sistema finanziario, pubblico o privato, che deve supportarlo e sopportarlo.

Se le cose stanno così, e riteniamo che stiano così, concordiamo con chi sostiene che:

ad essere in gioco sono gli scopi stessi della medicina, non solo i suoi mezzi. A quanto sembra, si dà troppo spesso per scontato che gli scopi della medicina siano noti a tutti, ed autoevidenti, sicché non richiederebbero altro che di venir perseguiti in modo sensato. Al contrario, è nostra convinzione, che tali scopi oggi debbano essere riesaminati ex novo. In mancanza di una riflessione di questo tipo i vari sforzi riformatori che sono in atto nel mondo fallirebbero completamente o non realizzerebbero tutte le loro potenzialità¹⁶.

Innanzitutto, e ci avviamo verso la conclusione, con grande spirito autocritico la medicina deve rendersi conto che è illusoria l'idea di dominare la natura, come sia assurdo il proporsi mete irraggiungibili - evitare la morte per esempio - e come le sue tendenze invasive e pervasive della vita umana potrebbero veramente generare quella che Illich chiamò, con acido e consapevole pessimismo, la "nemesi medica".

Pensare i limiti come criterio morale orientandosi verso un sistema delle cure che sia sostenibile è, ad esempio, il messaggio che ci viene da Daniel Callahan direttore del prestigioso Hastings Center di New York; nel suo ultimo libro dal titolo insinuante e provocatorio "False speranze" osserva che

noi siamo giunti a far dipendere la nostra speranza dall'illusione che la medicina, grazie alla ricerca e all'ampliamento dei poteri clinici, possa giungere a dominare la morte e l'infermità, e sia in grado di farlo con un accettabile rapporto costi-benefici¹⁷.

Ed è alla luce di questo approccio che sarà più facile difendersi dall'accanimento diagnostico, evitare i rischi del mercato, contrastare il consumismo, esaltare il valore del legame medico-paziente, realizzare un ospedale in cui le ragioni della economia e quelle della buona medicina si esaltino vicendevolmente.

Affinché ciò si possa realizzare non si può sottovalutare, nella affascinante visione di Leo Nahon,

l'accoppiamento squisitamente intersoggettivo che fonda l'originalità del lavoro di accudimento dell'uomo sull'uomo che va salvaguardato nella sua fragilità di stato continuamente nascente e continuamente deperibile anche

dentro la macchina ospedaliera più sofisticata. Non dobbiamo infatti dimenticare questa straordinaria configurazione che anima le professioni di aiuto. Anche se si muovono a ridosso della tecnologia più corrusca, i personaggi che operano nella sanità hanno tutti una caratterizzazione assolutamente tipica che fa di loro dei cavalieri erranti mossi da una netta quanto oscura motivazione profonda. Netta perché non è possibile lavorare in sanità se non per scelta; anche chi ci capita per caso o per puro bisogno economico se continua a starci è perché qualche cosa si è svegliato e si è saldato dentro alla sua intima vocazione di lavoro... Nella organizzazione anche "aziendale" dell'ospedale esistono in maniera informale delle cariche di volontariato, a volte solo delle incrostazioni residue o sorgenti, entro le professioni, che provengono dall'antica mentalità ospitaliera che rappresenta una sostanziale "mission" ben prima che si affermasse la nomenclatura aziendalistica¹⁸.

Condividiamo questo approccio che qualifica la gratificazione esistenziale e professionale del personale ospedaliero, come uno strumento tutt'altro che secondario nel raggiungimento dei fini gestionali ed assistenziali dell'ospedale.

Non è comunque operazione facile perché in quella "struttura complessa a legame debole" che è l'ospedale, vi è un continuo intrecciarsi e confrontarsi di vissuti, prospettive, di interessi e valori.

Ma il disegno va e può essere perseguito perché siamo profondamente convinti che nella ricerca e condivisione di "valori forti" si potranno superare anche i "legami deboli" e, così, l'ospedale, specchio dei tempi, si confermerà nel suo irrinunciabile ruolo qualunque sia la realtà sociale e il sistema sanitario in cui opera.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. ENTRALGO P. L., *Il medico ed il malato*. Bologna, Apeiron, 1999, p. 34.
2. SPINSANTI S., *Le ragioni della bioetica*. Roma, CIDAS, 1999, p. 189.
3. COSMACINI G., *Storia della medicina e sanità in Italia*. Milano, Laterza editore, 1987, p. 54-55.
4. COSMACINI G., *Storia della medicina e sanità in Italia*. Milano, Laterza editore, 1987, pp. 54-55.
5. Ivi, p. 59.
6. Ivi, p. 59.
7. TENON, *Memoires sur les hopitaux*. Paris, 1778.
8. BARNES L., *Istantanea di una sconosciuta*. Milano, Il Giallo Mondadori, 1994.
9. MICOSSI P. et altri, *Il ruolo dell'ospedale del futuro*. Tendenze 4, 99, p. 37.
10. HARRISON J., *Principi di Medicina Interna*. XIV edizione, Milano, McGraw Hill, 1999, vol. 1, p. 5.
11. HARRISON J., *Principi di Medicina Interna*. XIV edizione, Milano, McGraw Hill, 1999, vol. 1, p. 5.

12. American's Best Hospitals-1995, New York 1996, pag XI.
13. HAMPTON J.R, B.M.J., 1983, vol 287, n° 6401, p. 1237.
14. SPINSANTI S., *Curare e prendersi cura*. Roma, Ed. CIDAS, 1998, p. 6.
15. MORI M., *Note alla edizione italiana*. Notizie di Politeia, 13; p. 6
16. Rapporto dell'Hastings Center. *Gli scopi della Medicina*. Notizie di Politeia, 13, 45, pag. 10.
17. CALLAHAN D., *La Medicina impossibile*. Milano, Baldini & Castaldi, p. 19.
18. NAHON L., *Identità e appartenenza nell'ospedale in trasformazione*. Tendenze 4, 99, p. 28.

Correspondence should be addressed to:

Cesare Catananti, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo A. Gemelli, 8 - Roma I.