

Il dibattito in Bioetica

Sollievo della sofferenza e rischio di cause di malpractice*

ENRICO DI SALVO

Dipartimento di Sanità pubblica, Università degli Studi di Napoli Federico II

Corrispondenza: Enrico Di Salvo, Dipartimento di Sanità pubblica, Università degli Studi di Napoli Federico II, via S. Pansini 5, 80131 Napoli; e-mail: enrico.disalvo@unina.it

L'argomento di questa lettura mi ha obbligato a passare in rassegna i quarantacinque anni che mi separano dal giorno indimenticabile della mia laurea, le diverse fasi della mia vita professionale, l'evoluzione che vi è stata dentro di me ed intorno a me, ed a chiedermi che cosa è cambiato nel medico e che cosa nel paziente, che cosa nei luoghi in cui la sofferenza è accolta, studiata e curata, quanto resiste del rapporto positivo e virtuoso tra chi soffre e chi se ne prende cura, quanto invece si è deteriorato e forse perduto per sempre e perché.

Difficile immaginare che in quasi mezzo secolo le trasformazioni profonde che hanno riguardato tutti i legami tra persone legate per un motivo qualunque, all'interno delle famiglie, delle organizzazioni politiche e sociali, del mondo del lavoro, delle professioni, delle Chiese, con rapporti verticali oppure orizzontali, non dovesse interessare il legame tra il medico e il paziente, immaginato all'inizio dei tempi come puramente solidaristico e caritativo e poi, e sempre più, scivolato verso la perdita di quei collanti unici che sono la sofferenza da un lato e la erogazione spassionata e devota di un sapere dall'altro: elementi che rendevano simmetrico un rapporto che nasceva come asimmetrico, e lo facevano attraverso il vincolo di una prestazione che scriveva ogni volta un patto di tenerezza e di devozione.

Ho memoria di vecchi Ospedali pieni di ammalati mediamente poveri disposti in grandi corsie dalle quali restava fuori ogni privacy eppure nascevano storie di solidarietà, corridoi animati da religiosi e religiose in genere autenticamente disposti al servizio, reparti organizzati da Primari carismatici secondo il modello di una clinical governance naturale oggi sostituita dalla gestione aziendale che ha relegato in una posizione marginale se non talvolta servile quelli che sono o dovrebbero essere i veri protagonisti della scena. Quel modello remoto di struttura ospedaliera è oggi considerato

* *Lectio* per l'inaugurazione dell'anno 2017 del Centro Interuniversitario di Ricerca in Bioetica (CIRB), Napoli, 23 febbraio 2017.

arcaico e non compatibile con la realtà occidentale ed in pochi decenni è stato completamente rottamato senza salvare quasi nulla di ciò che lo rendeva sì arcaico, ma abitato da una corrente di aria buona: un atteggiamento tutto nostro che tende a cancellare tutte le tracce della nostra storia, anche quelle che andrebbero salvate e conservate come base di un ulteriore miglioramento.

Tracce di questo modello di organizzazione della cura sono ancora visibili nelle società meno sviluppate del terzo e quarto mondo, dove si possono trovare Dispensari e Centri Ospedalieri che ruotano intorno a straordinarie figure di medici ed infermieri missionari, laici o religiosi, impegnati in prima linea, e senza – si badi bene – il fattore inquinante del lucro: lì, platee di decine di migliaia di poveri che lo Stato non tutela, vengono soccorsi e curati senza risparmio di forze: chi ha l'onore di parlarvi ha avuto nel corso della vita la straordinaria opportunità di visitare questi luoghi e contribuire al loro lavoro, constatando che in quelle condizioni l'impegno dell'uomo vicaria, nei limiti del possibile, la scarsità delle risorse, l'arretratezza delle tecnologie, e che lì ogni giorno e più volte al giorno viene firmato il contratto morale dell'alleanza medico-paziente che, per sostanzarsi di reciproco rispetto e di leale fratellanza, non espone mai al rischio della delusione e della rappresaglia legale.

Non così da noi e nel resto del primo e secondo mondo. In anni recentissimi, una Commissione di inchiesta della Camera dei Deputati ha scattato la agghiacciante fotografia di quanto sta accadendo nel nostro sistema sanitario, con particolare riguardo alle disfunzioni che sono molteplici e complesse e vanno dalla confusa ed insoddisfacente organizzazione della rete territoriale della medicina di famiglia e della pediatria di base alla disomogenea rete dell'emergenza, nelle diverse Regioni e nelle diverse Province, alle Aziende che seguendo frequentemente una logica di subordinazione dei responsabili della gestione amministrativa alla peggiore politica locale, vedono realtà ospedaliere dove incarichi dirigenziali sono ancora troppo spesso ricoperti e conferiti senza pubblico concorso e beni o servizi vengono ancora troppo spesso acquisiti senza il rispetto delle procedure di evidenza pubblica. D'altro canto, i costi in crescita esponenziale della tecnologia strumentale e farmacologica, in associazione agli sperperi, hanno portato la spesa sanitaria a sfiorare l'8% del PIL del Paese, alimentando legittimamente nell'utenza ammalata o potenzialmente ammalata la convinzione che laddove un Paese si sobbarca una simile spesa e la carica sul prelievo fiscale dei cittadini, beh, la prevenzione e la cura dovrebbero tassativamente essere impeccabili. In questo contesto délabré, anche i medici hanno commesso errori molto evidenti. Il primo è, a mio avviso, aver banalizzato in senso tecnologico l'arte medica, trasferendo alla gente un messaggio distorsivo ovvero che ciò che conta sono solo le macchine con il loro metallico mistero e che le macchine non possono essere fallaci e dunque il loro uso da parte del medico rende la prevedibile percentuale di successo molto vicina al 100%; è vero, la chirurgia robotica ad esempio – in molti campi applicabile – va considerata come un evidente miglioramento della tecnica ma anch'essa non è priva di complicazioni e in qualche caso di insuccessi. Il secondo messaggio deviante è la co-

municazione che oramai possiamo curare quasi tutto e quasi tutto possiamo guarire. Certo, in alcune patologie questo è vero, ma vi sono campi della medicina come il cancro o le patologie neurodegenerative o le malattie congenite rare, nelle quali il tentativo di cura è talvolta deludente ed è proprio lì dove un messaggio che alimenti eccessive speranze è spesso sostenuto da ragioni di speculazione, così frequenti, direi ancora troppo frequenti o forse addirittura sempre più frequenti.

Dalla parte del malato: la popolazione del nostro Paese ha raggiunto una aspettativa di vita che conduce sempre più persone nella nona decade di vita e se la disomogeneità dei beni nel mondo continuerà così brutalmente a nostro favore, l'aspettativa di vita sfonderà in un prossimo futuro il muro dei cento anni per un numero sempre crescente di uomini e donne: dunque aspettative diverse e una diversa rappresentazione e gestione del fine vita. Potrebbe cambiare invece tutto per gli epocali fenomeni in corso relativi alla tracimazione di interi popoli, ma allo stato attuale la solidità della nostra vita economica – complessivamente – intesa fa sì che i concetti di sofferenza, di invecchiamento, di morte, rappresentino elementi da rifiutare e da combattere con ogni mezzo e la malattia, al di sotto della soglia della tragedia, sia vissuta come uno spiacevole incidente di percorso del quale liberarsi nel più breve tempo. Ma l'incontro con il terapeuta prescelto segue oggi percorsi preliminari complessi: accuratissime esplorazioni via internet per approfondire la propria patologia, per sapere vita e miracoli del sanitario che si intenderebbe prescegliere, la Istituzione nella quale lavora e la dotazione tecnologica di essa, la casistica del medico stesso, e molte altre verifiche incrociate con amici e conoscenti che hanno avuto lo stesso medico, lo stesso ospedale e la stessa malattia magari però in una fase e con caratteristiche del tutto diverse. Per carità, tutto legittimo: documentarsi è sempre una buona cosa, tutelarsi ancor meglio. E tuttavia è difficile non vedere al tempo stesso la base sottostante della diffidenza, l'antitesi di quell'affidamento che dovrebbe essere la premessa di un corretto rapporto. Il malato entra nell'ambulatorio del medico e sa quasi tutto di lui, il medico ancora nulla, e il rapporto è a volte difficile fin dall'inizio. In realtà, il medico dovrebbe vedere varcare la sua porta da parte di una persona, accompagnata in genere da persone prossime, che viene a chiedere aiuto, dovrebbe vederlo entrare con la sua storia di ieri, i suoi vivi e i suoi morti, i suoi dolori e la sua sofferenza di oggi. Accade per fortuna, ancora, ma spesso la diffidenza è evidente dagli sguardi, dall'atteggiamento, o fin dalle prime battute o più avanti quando il racconto prende corpo e si entra nel vivo del problema, interrotti dal suono del cellulare che il paziente, un accompagnatore o lo stesso medico hanno lasciato acceso. La perdita della sacralità di questo primo approccio, forse per certi versi il più importante, peggiora inevitabilmente quando il medico inquina la propria missione con il meccanismo della richiesta mercimoniale, a volte salata, ovvero con l'offerta di una programmazione di ricovero che andrà per le lunghe ma potrà essere anche brevissima laddove la prestazione venga eseguita in regime intramoeniale: basterà pagare. La riforma Bindi, dobbiamo avere il coraggio di dirlo, aveva degli elementi positivi ed altri negativi, ma nel complesso penso che i

primi fossero prevalenti, tuttavia essa è rimasta, come molte altre (si pensi alla Basaglia) applicata solo in una sua parte. La più esecrabile delle conseguenze consiste nel permettere ai più fortunati di scegliersi l'operatore, di passare davanti a centinaia di pazienti che hanno la stessa patologia ed attendono con infinita pazienza di essere chiamati dallo stesso ospedale, e tutto questo solo per il fatto di essere ricco e di poter pagare. Una vera vergogna che vede un combinato disposto tra interesse economico del professionista ed interesse della sua Azienda, che lucra ed assai bene sui ricavi del professionista stesso sul quale dovrebbe esercitare una funzione di controllo che garantisca, *almeno!!!*, che egli rispetti i rapporti percentuali esistenti tra il debito del lavoro istituzionale e il diritto al lavoro privato intramoeniale. Ma questa vigilanza spesso non è nell'interesse dell'Azienda che tende invece a far cassa nel modo più semplice ovvero riscuotendo la quota che le è dovuta. La gratuità della cura medica non tutela il medico dall'ingratitude che è forse un costo endogeno delle attività vocazionali, e d'altronde neppure la gratuità dei miracoli di Gesù lo protesse da essa, ma di certo il passaggio di danaro costituisce elemento aggravante ed è causa di allontanamento tra il medico ed il suo paziente.

Non vi è dubbio che lo spostamento del medico nel suo inquadramento dalla categoria del servizio solidale a quella del commercio ne depotenzia la figura un tempo ieratica e lo fa apparire nudo, schiacciato dalle sue umane limitazioni, prima fra tutte il desiderio del possesso anche se in alcuni casi può addirittura accadere paradossalmente che l'esosità della richiesta economica induca – almeno temporaneamente – chi deve pagare a consolarsi pensando che il peso che deve sostenere è direttamente proporzionale alla valentia del medico: più pago più deve essere bravo. Ma quasi sempre questa tregua armata si romperà allorché il risultato non dovesse essere anch'esso rispondente alle attese. Ogni settore del sapere medico è stato colonizzato dal concetto di mercato, perfino branche nuove e cariche di significato magico quale la procreazione assistita, frequentemente campo di vere speculazioni: pensate il dolore della infertilità, il dramma della sterilità, il desiderio irresistibile di dare la vita ad un figlio, la scienza tecnologica che fornisce nuove meravigliose soluzioni ed il mondo medico che si è organizzato per un colossale business: mamma mia....

Sono arrivato alla conclusione che in una società equa non sarebbe difficile inquadrare i medici in un regime esclusivo di dipendenza con una remunerazione salariale di giusto decoro e null'altro. Ma capisco che dire una cosa del genere viene considerata come un tardivo rigurgito di socialismo reale o, nella migliore delle ipotesi, come una strampalata idea romantica del tutto incoerente con la realtà capitalistica.

Un ulteriore elemento di allontanamento medico/paziente è il tempo. Qualora brevemente accordato e sommariamente speso da una parte e/o richiesto in maniera supponente o scortese dall'altra, esso zavorra la relazione di un fattore di incomprendimento che non nasce tanto dalla valutazione del tempo speso nel curare quanto di quello del prendersi cura che è, in genere il più sacrificato. Mi affatico da moltissimi anni a spiegare ai giovani che scelgono la chirurgia che occorre dedicare al paziente nelle

spiegazioni, nell'incoraggiamento, nella gestione del disagio fisico e morale della corsia molto più tempo di quanto ne abbiamo speso per lui in sala operatoria. Non sempre ci riesco perché da troppi anni il predominio della tecnologia ha dribblato la visione umanistica del nostro lavoro ed ha accreditato nei giovani l'idea che solo il gesto tecnico ha importanza e che tutto il resto è inutilmente gravoso o addirittura costituisce una perdita di tempo e comunque non fa vibrare le corde della personale vanità. Giovani dunque di buona formazione operatoria al di fuori della quale resta quasi niente.

Accade anche che al medico, identificato non solo come prestatore di opera professionale ma come paradigma dell'intero sistema della cura, vengano caricate responsabilità e colpe non sue, che attengono alla organizzazione complessiva : medici ritenuti responsabili di erogazioni diagnostiche o terapeutiche tardive che li vede incolpevoli perché in realtà i motivi sono legati ai deficit di organico, pochi infermieri, pochi operatori socio sanitari, pochi tecnici, specie nelle Regioni del Sud del Paese che avevano responsabilità storiche di sperpero e clientelismo ma sulle quali si è abbattuta in eccessiva violenza la mannaia dei blocchi delle assunzioni, dei tagli indiscriminati di spesa, con la conseguenza di un'ulteriore tragica apoptosi di un sistema curante che obbliga oramai troppi cittadini meridionali a risalire l'Appennino come una lunga fila di formiche dolenti che si arrampicano verso le strutture del Nord. Non sono in grado di capire quanto una cinica regia abbia condotto a tutto questo, ma le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti: più si annientano le strutture del sud più il vallo che separa le due Italie si allarga e si approfondisce con storie di terribili disagi e con l'effetto di un esborso per mobilità sanitaria dalle regioni del sud a quelle del nord che affama sempre di più le prime a vantaggio delle seconde. Sulle spalle della Campania grava un costo per mobilità in uscita a favore di altre Regioni di circa 300 milioni per anno. Indegno che nessun Governo nazionale abbia seriamente lavorato al riequilibrio.

E dunque, le turbe gravi del sistema di contorno, le responsabilità della classe medica, la ostilità oramai abbastanza radicata in certa parte dell'utenza, hanno tutte insieme creato di fatto una compliance critica tra curante e curato. Ma il rapporto, seppur modificato nella direzione di senso, resta carico di significato emotivo e la delusione del risultato, così come accade in altre fattispecie di forte carica interpersonale come il matrimonio, può facilmente esitare nella lite. Il ricorso alla giustizia è sempre più frequente in sede civile, molto meno in quella penale e per quest'ultima è in genere limitato ai casi di supposto omicidio colposo o di lesioni gravi con esiti invalidanti attribuibili, in ipotesi, alla imperizia, imprudenza o negligenza del medico, da sole o in associazione tra di esse e vede il medico assolto da ogni accusa per archiviazione preliminare o in giudizio in una altissima percentuale di casi: e meno male, dato che il nostro Paese è con il Messico e la Polonia l'unico a non prevedere il reato di colpa medica, prevedendo invece ancora la perseguibilità penale dell'errore clinico equiparato cioè ad atto di delinquenza comune. Dunque talvolta il comportamento del medico è sumnesso sotto una fattispecie di reato che poi si rivela inconsistente ma il

clamore mediatico che ne deriva immediatamente è in grado di distruggere la credibilità, la dignità e la vita stessa del professionista ingiustamente accusato.

Nelle aule della giustizia civile e nella contrattazione stragiudiziale, invece, le richieste di risarcimento assumono oramai le caratteristiche di uno tsunami. Esse nascono talvolta dalla convinzione onesta di aver sofferto un danno per responsabilità dei curanti, ma molto spesso sono motivate dal tentativo becero di un rimborso non dovuto, presentato magari il giorno prima della scadenza decennale.

Riprendendo il già citato lavoro della Commissione di inchiesta della Camera, appare chiaro che nessun'altra categoria professionale è così tanto esposta al rischio di azioni per risarcimento, ed il contenzioso civile relativo pesa oramai per oltre il 10% nel portafoglio clienti di numerosi studi di avvocati, anche ritenuti deontologicamente corretti. Incide pesantemente la attuale normativa che pone al convenuto la necessità di dimostrare la propria estraneità alle accuse rivoltegli, la politica aggressiva di alcuni legali spregiudicati che avviano sempre e comunque l'azione senza neppure chiedere un anticipo entrando per così dire in società di fatto con il cliente, (e possono farlo secondo il principio folle dei patti di quota lite) e ciò ha portato il numero delle denunce annue per vere o presunte colpe professionali di medici e infermieri o per disservizi delle strutture oltre la soglia delle 30.000, con prevalenza nelle Regioni del Sud Italia e per alcune tipologie professionali maggiormente a rischio quali gli ostetrici ginecologi, i chirurghi, i medici dell'emergenza e dei pronto soccorso, gli anatomopatologi. Leggendo un bell'articolo di Biondani comparso un po' di tempo fa su "L'Espresso", appare ragionevole ritenere che anche da noi come già negli USA, si stiano affacciando fenomeni predatori sostanziati di speculazioni organizzate e di frodi.

Il fiorire di questo gioco al massacro sociale induce conseguenze drammatiche.

Aziende sanitarie e singoli professionisti sono costretti a cercare di blindarsi accendendo polizze assicurative con premi sempre più alti perché i massimali sono sempre più alti (si pensi al caso storico di un rimborso di oltre cinque miliardi di lire per la morte di un bambino), polizze nelle mani di un gruppo fortissimo di un ristretto numero di potenti compagnie, confederate per l'appunto nell'AmTrust Europe, che lucrano sempre di più perché in questi ultimi anni i premi assicurativi sono aumentati mediamente del 5% mentre i danni liquidati sono calati di oltre il 70%. Le Aziende, schiacciate sotto il peso di un fardello oramai pesantissimo, si vedono costrette a tagliare su altre voci, operando tagli di personale, di ore lavoro pro capite, di acquisto di beni e servizi, con la conseguenza di un calo verticale dell'offerta assistenziale, ben percepita dal paziente e con la conseguenza finale di un ulteriore aumento delle azioni di rivalsa e quindi ancora dei premi assicurativi: e il giro riparte....

Dal canto loro i medici hanno dato vita alla cosiddetta medicina difensiva. Alcuni anni fa, mi sembra nel 2011, l'OdM di Roma ha presentato i dati di uno studio che ha dimostrato come il 78,2% di un campione congruo e rappresentativo delle diverse branche ritiene di correre un grave rischio di coinvolgimento in giudizio e di avverti-

re una pressione psicologica indebita nel corso della propria pratica clinica mentre il 27,8% dei medici più giovani teme un danno alla propria progressione di carriera e il 17,8% ha paura di vedere compromessa la propria immagine per colpa dei media. Dunque, prescrizione tuzioristica di tonnellate di esami non strettamente necessari che dissanguano i bilanci e sottraggono risorse lavorative ad occupazioni più utili, trattamento in Ospedale di casi venuti al Pronto Soccorso per motivi lievi (e se poi lo dimetto, va a casa, sta male e mi fa causa?), ed una miriade di atteggiamenti che costano e che hanno tutti insieme fatto lievitare il valore passivo della medicina difensiva ad oltre lo 0,7 del valore del PIL nazionale, pari ad oltre 10m miliardi di euro, valore di un soffio inferiore a quanto investito in ricerca e sviluppo nel nostro Paese, e quasi pari alla quota dello Stato, nel 2012, dell'Imposta Municipale Unificata.

Ma al di fuori ed oltre i dati economici, pure pesanti e densi di rammarico e preoccupazione, la condotta difensiva del medico obbliga chi è dentro e chi è fuori del sistema a porsi una domanda terribile: ma i medici scelgono ancora e sempre e comunque la procedura terapeutica più utile alla vita e alla salute del malato o invece optano per quella che espone se stesso al minor rischio?

Non voglio dare una risposta a questa domanda. Ma se la risposta fosse nella direzione che il medico salva la propria tranquillità e la propria reputazione anche a scapito della salute del suo paziente, allora dovremmo concludere che un sistema oramai impazzito fatto di disorganizzazione, di astuzie, di avidità, di macrointeressi individuali e collettivi ha completamente stravolto ogni lealtà del paziente ed ogni parola del giuramento di Ippocrate.

Esistono dei correttivi? Esiste cioè la possibilità di recuperare serenità al nostro lavoro e al tempo stesso spezzare il filo spinato della diffidenza, possiamo lavorare a ricostruire le macerie e quindi a limitare il danno umano e sociale?

Penso sia necessaria una molteplicità di azioni. I medici indossino con dignità e fierezza il proprio camice e gettino per sempre alle ortiche la veste inquietante dei mercanti; non potranno pensare che le più favorevoli condizioni normative previste dalla legge Bianco-Gelli in arrivo (che pone l'onere della prova del danno in capo al presunto danneggiato, fissa limiti ai risarcimenti e paletti alla responsabilità medica) opereranno un miracolo. La classe forense assuma responsabilità ed abbandoni lo sconcio dei patti di quota lite, da sempre eticamente e legalmente condannati fino a dieci anni orsono, epoca del malaugurato decreto Bersani. Le Aziende non rinuncino a tutelare i propri diritti anche ricorrendo all'azione riconvenzionale per lite temeraria, senza falsi pietismi. I media siano prudenti nel dare notizie che pre-giudicano un medico che, anche quando prosciolto da ogni accusa, vede la propria reputazione danneggiata per sempre. Le Università formino medici onesti e convinti, insegnino cioè il rigore della metodologia scientifica e l'amore per il nuovo, senza abbandonare però la cifra umanistica che è propria di questo impegno. Una trasformazione palingenetica difficilissima, una azione di recupero probabilmente impossibile perché il treno del nostro mondo occidentale ha scelto un binario e una direzione diversa.

Ma proprio quando queste considerazioni si impadroniscono del cuore dell'anziano medico che ha l'onore di parlarvi, allora si fa più forte la necessità di ricorrere ad una valutazione più mite dalla quale nascerà l'opzione della speranza.

La mia lunga vita professionale è piena di volti di storie di rapporti con i sofferenti che non sono stati e non possono essere sempre facili: ma come potrebbero quando il medico-uomo si porta dietro il fardello delle difficoltà della propria vita e il paziente-uomo che ha di fronte porta con sé nel momento dell'incontro il bagaglio dei suoi dolori, della sua attuale sofferenza, della sua paura, della sua fragilità, della paura dell'ignoto. Dico sempre ai miei collaboratori e ai miei allievi, specie quelli più giovani, che se il nostro operato finisce in un'aula di giustizia, chiamati a rispondere da qualcuno che abbiamo aiutato o che credevamo di avere aiutato o che non abbiamo aiutato come voleva e credeva, allora dobbiamo interrogarci se abbiamo parlato abbastanza con lui, se ce ne siamo presi cura, anche con il colloquio, se abbiamo saputo fargli arrivare quei piccoli segnali che le antenne di chi soffre sono pronti a cogliere, quei segnali che dicono che ci importa di lui, che abbiamo a cuore la sua vita perché la ha riposta nelle nostre mani, perché è la sua vita e ci ha chiesto di tutelarla.

I casi di malafede speculativa non finiranno ma penso sia più difficile essere trascinati in tribunale da un paziente che ha sentito chiaramente che abbiamo volontariamente e gratuitamente combattuto al suo fianco e palpitato per lui: finanche alcuni degli errori medici possono essere perdonati, probabilmente quelli legati all'imperizia e l'imprudenza ma mai la negligenza che è il segnale negativo e non degno del compito che ci è stato affidato.

Ho imparato queste cose principalmente dagli ammalati e ho imparato da grandi Maestri qui ed in altri Mondi. Ne ricordo uno per tutti perché fu Maestro di sapere medico e di vita, durante il magistero del suo insegnamento universitario e nell'esemplare umile dedizione ai sofferenti, proseguita fino al termine della sua vita quando quasi morente lasciava ancora il suo letto, portandosi dietro flebo e drenaggi per aiutare i suoi compagni di corsia e di dolore. Peppino Lissa ed io che avemmo il privilegio di fargli visita e di coglierlo nell'atto di questo magistrale esempio, lo ricordiamo con commossa amicizia e siamo lieti che i premi ai giovani più meritevoli nel campo della bioetica siano intitolati a lui, a Mario Coltorti, indimenticabile Amico.