

il MORGAGNI

GIORNALE DI CLINICA E TERAPIA

ANNO XVII • N. 31 • NOVEMBRE 2014

Poste Italiane S.p.A. - D.L. 353/2003
(convertito in Legge 27/02/2004 n. 46)

Art. 1 comma 1 - Catania

**CENTRO CLINICO DIAGNOSTICO
CASA DI CURA "G.B. MORGAGNI"
VIA DEL BOSCO, 105
95125 CATANIA**

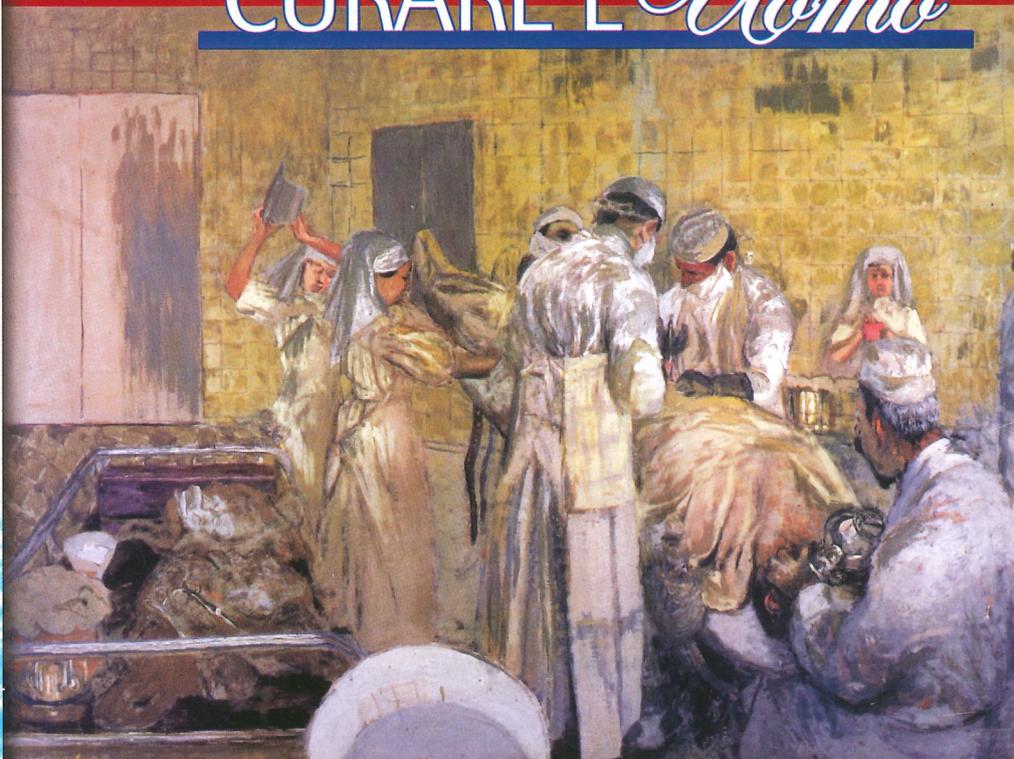
31



PER LO SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE
IN MEDICINA E CHIRURGIA



CURARE L'Uomo



ATTI DEL CONVEGNO

Catania, Sabato 17 Dicembre 2011
Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia
Policlinico Universitario "Gaspare Rodolico"

Programma

- 10.00 **Saluto inaugurale**
Francesco Basile, Giansalvo Sciacchitano
- 10.30 **Introduzione**
Salvatore Guarnera
- 1ª Sessione: Al cuore delle ragioni**
Moderatori: Francesco Amico, Sergio Cristaldi, Sergio Pintaudi
- 10.50 **Esaudire il bisogno di salute: basta il progresso scientifico?**
Giancarlo Cesana
- 11.10 **Il medico nel mondo delle tecnologie biomediche**
Sergio Castorina
- 11.30 **Medico-paziente: una relazione privilegiata di senso?**
Felice Achilli, Salvatore Castorina
- 12.10 **La guarigione: percezione del dono**
Emilio Bonicelli, Paola Marengo
- 12.50 **Intervento preordinato**
Felice Lima

13.00 **Discussione**

13.30 **Colazione di lavoro**

2ª Sessione: Uomini ed organizzazione

- Moderatori: Giuseppe Di Fazio, Marina Milazzo, Enrico Valvo
- 14.40 **Storia dell'ospedalità e del Welfare**
Pietro Barcellona, Giorgio Bordin
- 15.20 **Medicina autoreferenziale o centralità del paziente?**
Pasquale Cannatelli, Salvatore Paolo Cantaro
- 16.00 **L'ospedalità privata: progetto etico della sussidiarietà**
Emilio Castorina
- 16.40 **Interventi preordinati**
Giuseppe Greco, Antonino Sapuppo
- 17.00 **Discussione**
- 17.30 **Conclusioni**
Piero Banna, Carlo Saggio

Faculty

Felice ACHILLI	Direttore Dipartimento Cardio-Vascolare, A.O. "A. Manzoni", Lecco	Sergio CRISTALDI	Ordinario di Letteratura Italiana, Facoltà di Scienze della Formazione, Catania
Francesco AMICO	Responsabile U.O. di Emodinamica, P.O. "Sant'Elia", Caltanissetta	Giuseppe DI FAZIO Dr. Giuseppe GRECO	Giornalista del quotidiano "La Sicilia", Catania Presidente Cittadinanza Attiva, Tribunale dei Diritti del Malato, Catania
Piero BANNA	Primario Chirurgo, Catania	Salvatore GUARNERA	Responsabile U.F. di Cardiologia, "Centro Cuore Morgagni", Pedara (Catania)
Piero BARCELLONA	Emerito di Filosofia del Diritto, Facoltà di Giurisprudenza, Catania	Felice LIMA	Magistrato
Francesco BASILE	Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Catania	Paola MARENCO	Resp. Centro Trapianti Midollo, A.O. "Niguarda-Cà Granda", Milano
Emilio BONICELLI	Giornalista del quotidiano "Il Sole 24 Ore"	Marina MILAZZO	Direttore Sanitario "Centro Cuore Morgagni", Pedara (Catania)
Giorgio BORDIN	Direttore Sanitario P.O. "Piccole Figlie", Parma	Sergio PINTAUDI	Direttore struttura complessa di Anestesia e Rianimazione "Antonella Caruso" A.R.N.A.S. "Garibaldi", Catania
Pasquale CANNATELLI	Direttore Generale A.O. "Niguarda-Cà Granda", Milano	Carlo SAGGIO	Presidente Compagnia delle Opere, Sicilia Orientale
Salvatore P. CANTARO	Direttore Generale ASP 2, Caltanissetta	Antonino SAPUPPO	Delegato Arcivescovile Pastorale Universitaria, Catania
Emilio CASTORINA	Ordinario di Diritto Costituzionale, Facoltà di Giurisprudenza, Catania	Giansalvo SCIACCHITANO	Presidente Consiglio Provinciale Ordine dei Medici, Catania
Salvatore CASTORINA	Presidente Fondazione "G.B. Morgagni", Catania	Enrico VALVO	Dirigente Medico, U.O. Medicina Interna, P.O. "Umberto I", Siracusa
Sergio CASTORINA	Associato di Anatomia Umana, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Catania; Responsabile Scientifico Fondazione "G.B. Morgagni", Catania		
Giancarlo CESANA	Ordinario di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Milano-Bicocca		

Invitato

Massimo RUSSO - Assessore alla Salute, Regione Sicilia

È gradita la preiscrizione entro il 10 Dicembre al fine di confermare la partecipazione alla colazione di lavoro contattando la Segreteria Organizzativa.

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA - segrscientific@centrocuore.it

Sig.ra Rosetta Barbagallo 095.7026415 (organizzazione evento) - Sig.ra Samantha Muratore 095.7026412 (preiscrizioni)

Sig.ra Agnese Spampinato 095.7026416 (organizzazione evento)

SEGRETARIA IN AULA: Studio EXEDRA

il MORGAGNI

GIORNALE DI CLINICA E TERAPIA

ANNO XVII • N. 31 • NOVEMBRE 2014

Direttore Responsabile: PROF. SALVATORE CASTORINA

Editore: C.C.D. "G.B. MORGAGNI" CASA DI CURA S.r.l.
95125 Catania - Via del Bosco, 105 - Tel. 095 238 228

E-mail: presidenza@morgagni.it - www.policlinicomorgagni.it

© C.C.D. "G.B. MORGAGNI" CASA DI CURA S.r.l.

Registrazione Tribunale di Catania N. 6/98 del 4/6/98



Presentazione

Un incontro tra cultori di scienze mediche e umanistiche è la premessa per cui si è realizzato l'evento culturale, i cui contenuti sono rappresentati nelle pagine di questo numero de "Il Morgagni", giornale di Clinica e Terapia.

L'impegno organizzativo è stato assunto dall'Associazione Medici Cattolici (Catania) e dall'Associazione Medicina e Persona (Milano).

Confortante espressione di interesse per il tema è il patrocinio della Facoltà Medica, la Presidenza Ordinistica, la Compagnia delle Opere, lo Studio Teologico S. Paolo (Catania), Cittadinanza Attiva, la Consulta Regionale Sanità.

La medicina per l'uomo, oggi più che ieri, in forza dello sviluppo tecnologico che sempre più interpone, tra medico e paziente, lo strumento, proprio per restare a servizio dell'uomo, deve conciliare Organizzazione del servizio, Padronanza della Tecnologia, Formazione per il buon impiego delle risorse finanziarie e in ultimo, ma non per ultimo, Pietas.

Saluto inaugurale



Salvatore GUARNERA



Francesco BASILE



Giansalvo SCIACCHITANO

Moderatori 1ª Sessione



Moderatori 2ª Sessione





Jan Steen (1626-1679), La fanciulla ammalata. Jean Rousselot, "La medicina nell'arte", Silvana Editoriale D'Arte, Milano



Saluto dall'A.M.C.I.

Antonino LEOCATA



Ringrazio sentitamente l'amico Prof. Salvatore Castorina per la sua cortesia, a conferma della nostra fraterna amicizia, per aver consentito di portare il mio saluto augurale a questa Assemblea così qualificata, ed il mio contributo di pensiero come testimonianza al tema generale di questo Congresso, un singolare Incontro di Studio denso di contenuti e di messaggi significativi.

Lo ringrazio, sia come medico dei bambini, Primario di Pediatria dell'Ospedale Garibaldi di Catania, con una particolare missione da compiere: "Bambini da salvare - Bambini da amare", sia come Consigliere Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani, sostanzialmente interessata al tema generale del Congresso di oggi ed alle varie proposte di scelte operative, secondo il nostro antico e sempre valido mandato: "Il Medico, un uomo per tutti"; sia come precedente coordinatore della Commissione di Deontologia e Bioetica del nostro Ordine dei Medici di Catania, per le tante iniziative specifiche realizzate, anche con la collaborazione del Prof. Salvatore Castorina, ed offerte alla considerazione di larghe schiere di colleghi in sede locale e nazionale, e nel vivere quotidianamente la professione nostra di medico a servizio della salute e della vita di ogni uomo, che è nostro fratello.

Illustri e Cari Colleghi, mi permetto di proporre come Consigliere Nazionale dei Medici Cattolici Italiani e Presidente Onorario della Società Italiana di Bioetica e Primario di Pediatria dell'Ospedale Garibaldi di Catania, un "Progetto schematico valoriale", per noi Medici, "per curare il malato", "per salvare l'uomo".

IL SAPERE DEL MEDICO - IL VOLERE DEL MEDICO.

IL SAPERE DEL MEDICO, si realizza nell'atto medico, cioè nel "Sapere essere medici" (Formazione continua) e nel "Saper fare i medici" (esercizio ed aggiornamento permanente) e si coniuga con i "doveri del medico", la Deontologia (Dèon-Logos), sempre valida e fondamentale anche oggi e per ciascuno di noi.

Essa attinge i suoi contenuti nella "Tradizione Ippocratica" sui doveri del medico e dalla *maxima reverentia*... sempre dovuta al malato, soprattutto se bambino. Il più grande rispetto per la sua persona, per la sua vita e per la sua salute, viene trasmesso con la saggia raccomandazione di "*Primum non nocere o meglio primum adiuvere*".

Tradizione e concezione di vita, confermata ed avvalorata dal pensiero cristiano, che ripropone di prendersi cura del malato in stato di bisogno materiale e spirituale, di saper comprendere e consolare questi nostri fratelli sofferenti che incontriamo nel nostro cammino e che a noi tendono le loro mani, a noi rivolgono il loro sguardo, a noi affidano la loro vita. L'uomo medico si prende cura dell'uomo malato.

Occorre saper vivere questa scelta generosa di servizio secondo "Scienza e coscienza" per realizzare la tanto attesa "Alleanza Terapeutica" necessaria per curare il malato ed aver cura del malato a sollievo di tanto male e tanto dolore.

Il VOLERE DEL MEDICO fa riferimento all'esercizio della responsabilità, nel rispetto dei valori e dei principi morali universali, come vuole anche la moderna Bioetica (Bios-Ethos), la scienza della sopravvivenza, con i suoi 3 principi di autonomia della Persona: non maleficenza, beneficiabilità, giustizia.

Importante la scelta di valori da parte del medico, anche oggi, nell'esercizio, a volte problematico della sua professione, quale contenuto essenziale del messaggio evangelico e dell'insegnamento costante della Chiesa Cattolica, madre e maestra, a favore dell'uomo e della sua salute globale, per la sua salvezza eterna.

Il mandato da vivere "Sapere per Salvare", nelle nostre più varie dimensioni esistenziali, è mettere in opera l'originale proposta valoriale "Come vocazione responsabile, per una missione sublime", nell'interpretazione e nella realizzazione personale "dell'etica del dono" e quindi come compimento del nostro ministero di servizio, da esprimere sempre con "amore e sacrificio".

Realtà misteriosa, che costituisce la premessa per rendere attuale quella profetica "Alleanza Salvifica" a favore dell'uomo e finalizzata a salvare ogni uomo, che è nostro prossimo, che è nostro fratello, sempre nel segno inconfondibile del primo e più grande comandamento dell'amore: "L'AMORE DI DIO - L'AMORE DEL PROSSIMO".





Esaudire il bisogno di salute: basta il progresso scientifico?

Giancarlo CESANA

PAROLE CHIAVE: Il concetto di salute – Ippocrate – Tradizioni culturali remote – Era recente – Idea di medicina e concetto di organizzazione sanitaria – Salute come diritto – Costo della Salute



Registrazione non
riveduta dall'oratore

Innanzitutto, rivolgo un ringraziamento agli organizzatori che mi hanno invitato a questo evento, che mi sembra anche un po' anticonformista, proprio perché mette insieme tante cose che di solito non vengono messe insieme.

Per quanto riguarda la presentazione che mi è stata affidata, e cioè: "Esaudire il bisogno di salute: basta il processo scientifico?", la domanda è retorica e la risposta è no. Adesso, cercherò di spiegare il motivo. Iniziamo dal cercare di capire come si è formato il concetto di salute da cui dipende l'organizzazione sanitaria. Ippocrate (lui o la sua scuola sono ritenuti i fondatori della medicina occidentale, nel senso che l'hanno strappata ai preti o ai maghi e l'hanno portata nell'ambito dell'osservazione razionale), riteneva che la vita umana fosse un dono.

Nel suo giuramento diceva: 1) non bisogna nuocere; 2) non bisogna abortire; 3) non bisogna uccidere. Ippocrate riteneva che la vita fosse un dono come la salute, e la salute è un equilibrio, un equilibrio da preservare, un equilibrio da ricostituire. Questa idea di Ippocrate è un'idea molto diffusa anche in culture non occidentali, ad esempio nelle culture precolombiane dell'America latina. È presente nella tradizione indiana, è presente nella tradizione cinese: la salute è un equilibrio. Un equilibrio è un dato, è qualcosa da cui proviene l'idea di dono. Questa idea è stata poi confermata, nella seconda metà dell'Ottocento, da Claude Bernard, fisiologo francese, che ha scritto l'introduzione alla medicina sperimentale. Egli ha individuato quest'idea di equilibrio da preservare nel concetto di omeostasi, e quindi poi nel concetto di feedback, per cui sia l'osservazione razionale, che l'osservazione irrazionale, si presentano in modo strutturale. C'è qualcosa di comune negli uomini e ci sono delle specie di costanti nell'osservazione umana che hanno portato a questa considerazione: la salute è un dono. L'idea è anche confermata dal linguaggio che noi utilizziamo, dal concetto di *salus* latina e coincide con il livello di salvezza. Quindi, la vita donata è salvata: questa idea si è molto affermata nel corso del cristianesimo.

Le idee di Ippocrate sulla vita non erano affatto accettate nella sua epoca. Platone riteneva che se gli uomini danneggiavano la società potevano essere fatti fuori, perché non erano in grado di curare questa gente. La tipica idea medievale (che ha fatto gli ospedali per ospitare la gente, e da cui è nata tutta la medicina occidentale), è in opposizione a questo atteggiamento. Dopo un po', però, si sviluppava un altro modo di pensare le cose: è quello che si chiama "riduzione del tempo biologico". Morgagni è l'autore del cosiddetto localismo nell'ambito della medicina. Lui è stato il primo a rendersi conto che le degenerazioni osservate nei cadaveri non erano l'esito di tutte quelle alterazioni che avevano portato alla morte. Quindi, ha cominciato a dire: la malattia dipende dall'organo; poi, Bichat ha detto: no, dal tessuto; successivamente Bishop, patologo cellulare, dalla cellula; Paoli, dalla molecola. La medicina di oggi ha la tendenza di cercare di sapere tutto sul più piccolo, ignorando tut-

to quello che bisogna sapere sul più grande, quindi si sa tutto sulla molecola, ma sull'uomo non si sa mai niente, tanto è vero che qualcuno (non mi ricordo come si chiama) diceva come la medicina che tratta gli uomini non abbia un'idea chiara sull'uomo.

L'idea di salute è nata come concetto unitario di dono; poi, la ricerca, soprattutto nello sviluppo dell'anatomia e dell'osservazione cellulare, ha determinato questo fenomeno che si chiama differismo biologico. Si è sviluppato un altro concetto a cominciare dalla rivoluzione francese, quando le "ecoles de medecine" furono trasformate in "ecoles de santé". La scuola di medicina fu trasformata in scuola di sanità. All'idea di medicina è stato aggiunto il concetto di organizzazione sanitaria, per cercare di corrispondere in maniera unitaria a quello che era sentito come un diritto dell'uomo. Quindi, la salute non più come dono, ma anche come diritto e quest'idea si è fortemente sviluppata soprattutto nel Lombardo Veneto con Frank, l'inventore dell'Igiene, e poi con tutta la legislazione sanitaria, che trova Milano sicuramente come protagonista. Per esempio, io sono un medico del lavoro e il primo Istituto di Medicina del Lavoro, cioè il primo istituto dedicato alla cura delle malattie prodotte dall'ambiente e alla protezione della salute dei lavoratori come diritto, è stato fondato a Milano. Così sono state sviluppate le assicurazioni sociali, hanno cominciato a svilupparsi dei sistemi sanitari che assicurassero di fronte al problema della sanità. Il primo sistema sanitario fu realizzato da Von Bismark, per quanto riguarda l'assicurazione dei lavoratori, spinto anche da Camsorau, che era un grande patologo cellulare ma anche una persona che si interessava molto di politiche di società, e che fece questa osservazione fondamentale: "Il miglioramento della medicina potrà alla fine prolungare la vita umana, ma il miglioramento delle condizioni sociali potrà raggiungere questo risultato, meglio e più in fretta".

Riservare il miglior livello di salute è sicuramente un'idea giusta, ma poi è un'idea sbagliata, perché se io sono zoppo e ho diritto alla salute, rimango comunque zoppo e se mi viene un cancro, vale la stessa cosa; per cui, ciò a cui ho diritto veramente è l'assistenza. Perché la salute, secondo me, è un dono, e quindi bisogna tornare alle considerazioni di prima.

Vi è poi una definizione che viene usata da tutti e che è una delle definizioni più astratte perché ha determinato tanti danni oltre che alcuni vantaggi. Si dice che la salute non è l'assenza di malattie, ma lo stato di completo benessere, fisico, mentale e sociale. Una definizione di felicità, non di salute, tanto è vero che Freud diceva: "Da quando non fumo sto meglio, ma quando fumavo ero più felice".

È un'idea differente quella della salute, e questa idea della salute come diritto è stata importante nella Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo. È successo che dopo la guerra, evidentemente come reazione alla stessa, è stata introdotta anche nella Costituzione della Repubblica Italiana, dove l'articolo 32 dice: "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite per gli indigenti"; del resto era l'idea attraverso cui erano nati gli ospedali, quindi torniamo se non al Medioevo al Rinascimento.

L'ospedale di cui io sono Presidente è stato fondato nel 1456. Nel corso di cinque secoli e mezzo ha avuto 5 mila donatori e un patrimonio di 1 miliardo e mezzo, che rende pochissimo. Quindi, è questo il dramma che noi abbiamo, e solo nell'ultimo decennio abbiamo avuto più di duemila donatori, questo per dire che per fare andare avanti la medicina ci vuole ben altro che il progresso scientifico. Questo ospedale, l'Ospedale Maggiore di Milano, più tardi è diventato un modello di ospedale per tutto il mondo, perché l'Italia in quegli anni era il centro del mondo, l'ospedale era dei poveri e i ricchi si curavano a casa.

Nel 1948, in Inghilterra fu ricostruito, dopo la guerra, il welfare britannico, e fu introdotto il concetto di Servizio Sanitario Nazionale, cioè la copertura dei bisogni sanitari attraverso un finanziamento ottenuto dalla fiscalità generale. Le tasse servivano quindi a pagare le pre-



stazioni sanitarie fornite gratuitamente. Noi, questo servizio l'abbiamo introdotto nel 1978, 30 anni dopo, ma esattamente sugli stessi principi. A che punto siamo adesso?

I paesi avanzati, per quanto riguarda la copertura dei bisogni sanitari e quindi la realizzazione di una condizione di salute accettabile, rappresentano solo il 18% della popolazione mondiale, ma spendono l'86% delle risorse sanitarie. Negli Stati Uniti si spendono più di 7.000 dollari procapite, in Svizzera 6.000, nei paesi dell'OCSE, cioè l'Organizzazione Economica dello Sviluppo, che rappresenta i paesi più sviluppati, mediamente 3.000 e noi siamo nella media, e teniamo presente che noi siamo un paese mediamente più povero dei paesi più sviluppati. In questi ultimi c'è la media, noi siamo sempre un po' sotto la media, per reddito procapite, investimenti, etc., e per questo è vero che siamo in difficoltà, non è affatto una storia inventata. Vedete come, appunto, il problema della salute non è un problema scientifico, e la via a un futuro universale è molto semplice, e si basa sul fatto che tutti devono versare una quota per la salute, in modo da proteggere se stessi quando si ammalano, e gli altri quando si ammaleranno, sulla base del principio che gli ammalati, cioè quelli che hanno bisogno di cure sanitarie, sono all'incirca il 20% della popolazione, il restante 80% non ne ha bisogno.

Nessun paese, per quanto sia ricco, è in grado di garantire l'assistenza necessaria a tutti i bisogni sanitari. La riforma italiana del 1992 è stata fatta in relazione alla constatazione che la riforma del 1978 (che prevedeva la famosa copertura universale) non funzionava, anzi aveva determinato dei deficit impressionanti. C'è il problema degli sprechi, e questi sono molto legati alla motivazione degli operatori sanitari, e poi c'è tutto il problema della corruzione, perché la sanità è un ambito dove girano tanti soldi. Ricordo un vecchio Direttore generale che mi diceva che gli ospedali non sono un problema medico, sono un problema edilizio. È un ambiente in cui girano tanti soldi e quindi un ambito in cui ci sono problemi di corruzione senza nessuno scalo, dove tutti questi problemi sono seri e molto significativi. Vi mostro i risultati di uno studio fatto su una popolazione di un milione di abitanti di un'Azienda Sanitaria a nord di Milano, corrispondente a un decimo della popolazione lombarda. Sono stati valutati, sulla base dei database amministrativi della regione Lombardia (che sono abbastanza avanzati), le prestazioni e quindi, indirettamente, i bisogni, il tipo di prestazioni richieste e i costi. Guardando le cifre in rosso, vedrete che la spesa sanitaria è a carico soprattutto delle malattie croniche: monopatologici il 18%, multipatologici il 33%, l'11% riguarda le cosiddette persone sane, cioè quelle che non hanno una diagnosi di malattia, ma che consumano ricoveri (un ragazzo che si rompe la gamba rimane in ospedale dieci giorni). Questa è veramente una cifra rilevante, significativa, molto più significativa delle malattie acute. Facciamo quindi degli ospedali per gli acuti. I nostri ospedali oggi sono ospedali per acuti, ma noi abbiamo il problema dei cronici, e ce l'avremo sempre di più. E non solo, poi abbiamo una serie di questioni che sono di carattere culturale, oltre che scientifico. Per finire un po' di affermazioni che confermano quanto sopra: l'effetto complessivo della medicina non è l'eliminazione della malattia ma il rinvio a un aumento della prevalenza e della cronicizzazione, cioè la medicina non è che non fa morire più, sposta semplicemente i termini della malattia e incrementa gli ammalati. Prendiamo per esempio l'infarto. Esso era una malattia tipica dei 35-65 anni, quando ho cominciato io a fare il medico, adesso l'età media negli uomini è 76 anni, ma poiché sopravvivono di più gli infartuati, quelli vecchi e quelli nuovi, ci sono molte più persone, oggi croniche, che non essendo riuscite a ridurre il periodo di invalidità, ad esempio di dieci anni, noi curiamo. Prima si curava fino ai 70 anni, il periodo di invalidità era compreso fra i 60 e i 70 anni, e questa era la ragione per cui i sistemi assicurativi funzionavano bene, perché uno pagava l'assicurazione sulla vita a 60-62 anni, poi moriva e lasciava lì il malloppo. Adesso invece mio papà, che ha 91 anni, è in pensione da quando ne aveva 58 di anni, per cui non ce la si fa più. Questi sono



i problemi concreti, no? E poi la cronicizzazione, cioè abbiamo una quantità enorme di malati cronici, continuamente in aumento, che però non hanno bisogno di chissà quale prestazione sanitaria, ma hanno solo bisogno di assistenza.

Le strategie di finanziamento della società costituiscono un progetto di continuo adattamento che si fa soprattutto con i tetti, cioè il controllo dei costi sanitari non si fa in relazione al controllo dei bisogni, ma attraverso la fissazione di tetti. Si dice: "tu, Ospedale di Catania, non puoi andare oltre". È così che si fa, perché la sanità viene organizzata secondo le risorse che sono presenti, cioè secondo la capacità finanziaria, non il contrario. Se si va a vedere la correlazione fra spesa sanitaria e reddito si vede che tutto questo non va bene.

L'assistenza ospedaliera di carattere territoriale deve riconoscere un ruolo decisivo dell'attività infermieristica, che diventa nella cronicità sempre più importante, così come l'ospitalità, il volontariato, la gratuità, gli ospedali medioevali. Noi abbiamo fatto uno studio sull'ospedalizzazione. Nel '97 la spesa per gli ospedali, la spesa sanitaria degli ospedali, il TRC, era più del 50% della spesa sanitaria. Adesso, secondo una fuga esponenziale è del 32%; se andasse avanti questa tendenza, nel 2050 la spesa ospedaliera occuperebbe il 5% della spesa sanitaria, ma troveremmo grandissime resistenze, dovute agli interessi in gioco. La sanità è infatti un posto in cui girano i soldi, dicevamo prima, degli operatori, che sono un grandissimo fattore di resistenza al cambiamento della sanità, dei fornitori di prestazioni, e anche dei pazienti. Basta vedere le polemiche che si scatenano tutte le volte che bisogna chiudere un piccolo ospedale, lì c'è il sindaco, ci sono i cittadini. Tutto questo, per dire che è un problema sanitario e che non è semplicemente un problema scientifico, anzi penso che il 20-30% sia scientifico, il resto è ben altro.



Il medico nel mondo delle tecnologie biomediche

Sergio CASTORINA



Registrazione non riveduta dall'oratore

Raccogliendo l'invito e le raccomandazioni del Signor Preside, dovremmo tutti, ogni tanto, fermarci ad individuare ciò che è l'essenza più nobile della nostra professione: il rispetto della entità del malato uomo.

Io sono un chirurgo, non sono un tecnico di bioetica e filosofia, quindi esprimo un po' una esperienza, che è il frutto di una vita a confronto con la mia professione, forse tra le più pragmatiche. Cercherò quindi, con un po' di sforzo, di offrirvi alcuni spunti sulle attualità nella tecnologia biomedica, e su quanto la tecnologia deve essere inquadrata nel grande sistema uomo-malato per dare il massimo dei risultati. Cosa sono le energie biomediche di cui parliamo? Quella che presento, mi sembra la più compatibile con l'aspetto attuale della moderna medicina, la tecnologia biomedica, e tutto ciò che riguarda l'aspetto ingegneristico, fisico, che avviene proprio dall'elaborazione dell'immagine, cioè dalla trasformazione dell'immagine. In medicina, e in qualunque specialità, se viene meno l'aspetto tecnologico, non siamo più in condizione, né siamo più abituati ad affrontare una malattia, una problematica del paziente, senza l'impiego di strumenti tecnologici. Vorrei chiarire anche il concetto di biotecnologia. Con il termine di biotecnologia si indicano tutte le applicazioni tecnologiche della biologia nel campo della biochimica, biologia cellulare, ingegneria genetica, spesso associate all'utilizzo di microrganismi geneticamente modificati. È chiaro che la rivoluzione che ha subito l'ospedale moderno, nel mondo, è una rivoluzione che è andata dietro, in modo estremamente affannoso e veloce, all'arricchimento delle tecnologie delle apparecchiature che noi utilizziamo. La struttura ospedaliera ha completamente mutato la sua fisionomia e quindi ha assunto, come dice la sintesi, una immagine di alta specializzazione, con le norme di interdisciplinarietà che si sviluppano all'interno dell'ospedale. Ora, il medico non è più in grado da solo di raggiungere un obiettivo, ma deve confrontarsi con la tecnologia medica e con altri collaboratori, che fanno del suo intervento un intervento di team. Così ho immaginato un po' le caratteristiche, in modo sintetico, di un ospedale attuale. L'ospedale è una struttura ad elevatissimo contenuto tecnologico. L'ospedale deve (e faccio mia anche la raccomandazione del Preside), certamente, avere aspetti anche di comfort per il benessere complessivo e anche psicologico del paziente, ma non esiste ospedale senza tecnologia, senza alta specializzazione e rapida evoluzione delle tecniche mediche. Ci vuole volontà. Gli uomini che costituiscono il team manageriale, devono credere nel processo di umanizzazione della struttura e quindi affiancare momenti come questo, eventi formativi legati al problema bioetico e allo sviluppo della tecnologia: l'interdisciplinarietà deve essere fondamentale. Il medico, insieme ai colleghi, deve raggiungere l'obiettivo finale e fissare chiaramente lo sguardo sempre all'aspetto finanziario, inevitabilmente necessario. Le tecnologie biomediche si sono rinnovate in modo rapidissimo, basti pensare che in trent'anni sono state valutate genera-



zioni tecnologiche. Oggi, le tecnologie biomediche incidono per il 26% sulla spesa complessiva delle strutture ospedaliere moderne, dove l'informatica assume la priorità nella guida del servizio e all'attenzione del mantenimento della sicurezza dei dati. Non ci si può permettere più di non avere a disposizione in modo sicuro, e direi anche imperituro, i dati clinici che negli anni andiamo accumulando, ma sempre, ribadendo l'aspetto della umanizzazione e dell'accoglienza del paziente, la capacità di un buon ospedale è quella di integrare tutte queste forze allo scopo di raggiungere un unico obiettivo, quello terapeutico. La sala operatoria rappresenta il fulcro dell'ospedale tecnologico, laddove la tecnologia si esprime e si interfaccia sempre più con la capacità e l'abilità degli operatori. Ricordiamoci sempre che tecnologia è tutto ciò che serve alla mano dell'*Homo faber* nella realizzazione del nostro obiettivo. La sala operatoria diventa così ipertecnologica con l'ingresso dell'informatica, della elaborazione delle immagini in situ, con la valutazione del management, cioè con tutta quella organizzazione che sta alla base della valutazione della riduzione dei rischi. Ho letto, con interesse, un estratto di Nanset del 2002, dove viene, in un certo senso, rielaborato quello che può essere considerato un giuramento ippocratico del terzo millennio. In questo articolo, hanno preso parte anche degli italiani insieme con operatori sanitari statunitensi e del nord Europa, alla rielaborazione degli aspetti principali della nostra professione, laddove effettivamente si coglie il ruolo fondamentale della tecnologia, il ruolo fondamentale dell'aspetto economico della spesa finanziaria. Il denominatore comune, qualunque sia il paese, la nazione, la realtà territoriale in cui esercitiamo, è quello della professione che abbia la sua elevatezza morale e la sua centralità sull'aspetto della umanizzazione e, allora, ecco queste nuove tecnologie che condizionano certamente la diagnosi e la terapia in un modo sorprendente. Nessuno di noi, oggi, in un ambulatorio e qualunque sia la nostra specialità, vede un paziente e chiede subito: "Ma lei ha degli esami o qualcosa da fare vedere?". Ma una cosa è chiara: la tecnologia ha condizionato, in modo ottimale, il risultato terapeutico e la raffinatezza clinica del nostro intervento, portando alla quasi completa scomparsa di quella che può essere così definita, come mi suggeriva poco fa mio padre durante un colloquio prima della manifestazione, quella empatia, quella sorta di rapporto affettivo e un po' commovente, che si crea tra medico e paziente. Quando iniziai la mia attività, mi confrontai con questo momento, in cui vedevo nel clinico, e mio padre in questo fu maestro, la capacità di esercitare sul paziente questa specie di rapporto paternalistico di dipendenza, di grande rispetto e mi rendevo conto che però tutto questo non era destinato a durare nel tempo. Oggi io e gran parte dei miei colleghi, questo non l'abbiamo più. Quando entriamo nella stanza di un paziente, anche se convinti di avere realizzato una chirurgia, una procedura di alta qualità, siamo sempre visti dal parente, più che dal paziente, con un minimo atteggiamento di diffidenza pronta all'attacco laddove di fronte a una complicità: "Ma come mai?" La tecnologia allontana questo rapporto, tra medico e paziente, di fiducia completa, di dipendenza e ci obbliga un po' alla sintesi, ad essere un po' brutali, perdendo a volte, per autodifesa, l'obiettivo della centralità uomo.

Per dare significato a quelle che sono le tecnologie, rispetto alla reale utilità della medicina, mi piace ricordare quella che è stata anche una presentazione apparsa sulla rivista della nostra Fondazione, in cui venivano messi a confronto due casi clinici che, in un certo senso, hanno una grande affinità: uno del 1910, che mio padre ha ritrovato nel vecchio Morgagni e uno del 2010, che è stato trattato dai chirurghi e dai cardiologi del Centro Cuore. Nel 1910 si ritrova una pubblicazione in cui viene descritto un aneurisma ischemico del tronco brachiocefalico e una grossa sutura vascolare che emerge dall'arco dell'aorta per fornire sangue al territorio endocranico e all'arco superiore. Il lavoro scientifico si correda di questa iconografia: un soggetto fotografato con la matita dermatografica, delineati sui lividi di un media-

stino enormemente allargato che veniva ricavato da una radiografia del torace tradizionale di scarsissima qualità.

Nel 2010, un caso affine viene trattato dai chirurghi e dai cardiologi del Centro Cuore: un ragazzino affetto da una deformazione aortica, viene nel 1978 operato e trattato con una protesi. Nel '98 la protesi va incontro a una stenosi e viene ritrattata con un altro impianto, e ancora nel 2010, viene operato al Centro Cuore per una erosione bronchiale dell'aneurisma, che si era creato attorno al succlavio protesizzato e che aveva provocato una grande emottisi, cioè un fenomeno per cui si ha l'emissione di sangue nell'apparato respiratorio, e allora i chirurghi di Pedara intervengono e risolvono con estrema tecnica il problema. Si noti l'aspetto iconografico delle Tac 64 che con la loro ricostruzione tridimensionale dell'anatomia, mostrano il calco virtuale di quello che è stato il bypass tra la aorta ascendente e l'aorta soprarenale. Ma, il fatto più significativo è il confronto tra l'esame obiettivo del malato, fatto nel 1910 e quello del 2010 in cui è servita solo un'immagine per fare la diagnosi. E allora, il confronto fra le due realtà, una senza nessuna chirurgia, con il solo medico che studiò il caso senza l'ausilio di strumenti diagnostici, e l'altra, con una chirurgia di alto livello, con tanti specialisti.

E consentitemi, nella conclusione, di estendere la tecnologia anche a quella che è la mia specialità. Oggi, la chirurgia è ipertecnologica, il chirurgo è inserito in una serie di tecnologie dalle quali viene fuori con risultati sorprendenti. Quello che vorrei sottolineare è un concetto che riguarda la mini invasività della tecnologia chirurgica, indirizzata alla minore sofferenza del paziente. La chirurgia laparoscopica mininvasiva, dà la possibilità di operare con la riduzione del dolore e con la migliore qualità, anche per la rapida ripresa delle normali attività del paziente. Alcuni strumenti hanno rappresentato la rivoluzione tecnologica in chirurgia generale. Le suturatrici, ad esempio, ci permettono di fare delle anastomosi perfette utilizzando la macchina e non più la mano; gli strumenti emostatici, ormai di grande diffusione, sono sempre più migliorati ai fini di ottenere una migliore emostasi e quindi una migliore chirurgia. La macchina più sorprendente, di cui oggi si può parlare in sanità e in chirurgia, è il robot da Vinci che consente al chirurgo, seduto lontano dal tavolo operatorio, di vedere che il robot esegue l'intervento sulla guida della sua opera alla consolle e questo dovrebbe essere un qualcosa che ci deve far riflettere, perché oggi la tecnologia diventa per noi il collega di riferimento.

L'ospedale di domani, concludo, è un ospedale tecnologico, un ospedale dove domina la medicina, l'informatica, la robotica e tutti quelli che possiamo considerare effettivamente dei mali essenziali. Ma, tutto ciò porta progresso e tutto ciò consente e ci obbliga alla ridefinizione della figura del medico che è un soggetto, oggi, in un certo senso, consulente dell'ingegnere, del biofisico. La speranza è tenere il paziente, come ci auguriamo sempre, al centro del mondo tecnologico e del mondo della grande organizzazione ospedaliera, rinunciando ad avere il professionista invece asservito da tutto ciò che c'è attorno.

In conclusione, desidero lasciarvi con una riflessione personale. Il problema della tecnologia investe il chirurgo, l'operatore, il tecnico e il medico quasi allontanandolo da tutto quello che riguarda l'aspetto umanizzante del problema e ribadisco quanto il Preside ha voluto sottolineare e cioè la necessità, ogni tanto, di fermarsi e di dedicare quel tempo alla problematica umana del paziente. Esiste uno stimolo alla riflessione di un altro problema. L'organizzazione in gruppo della professione, chiaramente, ci allontanerà sempre di più dal problema comunicazione diretta. Siamo tanti, una volta sarà il radiologo a dire qualcosa, poi il cardiologo, l'anestesista, e quindi il malato diventa vittima di un mosaico che lo va in un certo senso a coinvolgere, e in ultimo, vorrei ricordarvi quanto per me è stato negli anni di questa formazione alla chirurgia, che adesso è tecnologica, ma che è stata certamente arricchita da

tanti momenti formativi e umani, e ricordare un'espressione calzante del Professore Jacques Domergue, che è stato ed è un grande riferimento per la mia formazione e quella di mio fratello Riccardo. Ricordo che nella nostra necessità, a volte angosciata, di presentargli i casi più complessi da discutere insieme e magari operare, portavamo tante immagini, risonanze magnetiche, fotografie, ecografie. Parlavamo di queste immagini e, scrivendo il caso clinico, lui a un certo punto ci diceva: *"Vi ho sempre detto che voglio vedere e parlare anche col malato perché noi non operiamo delle immagini"*.





Sergio CASTORINA

COSA SONO LE TECNOLOGIE BIOMEDICHE ?

Le **TECNICHE BIOMEDICHE** comprendono le applicazioni finalizzate allo studio della fisica delle bio immagini, all'elaborazione delle bio immagini e all'elaborazione dei segnali biologici

La tecnologia medica oggi è fondamentale nell'erogazione di qualunque prestazione sanitaria. Interviene nella prevenzione, nel monitoraggio, nella diagnosi, così come nella cura e nella riabilitazione del paziente.

COSA SONO LE BIOTECNOLOGIE?

Si intende per Biotecnologie l'utilizzazione integrata di biochimica, biologia cellulare e **ingegneria genetica** per realizzare applicazioni tecnologiche a partire dalle proprietà di microorganismi, di colture cellulari ed altri agenti biologici (Federazione Europea Biotecnologie).

Il nuovo volto delle strutture ospedaliere

Il rapido evolversi delle tecniche mediche ormai strettamente connesse all'uso di **apparecchiature ad elevato contenuto tecnologico**, ha mutato il volto delle strutture ospedaliere che ormai sono profondamente caratterizzate da un profilo altamente specializzato e da approcci clinici interdisciplinari.



Caratteristiche



Elevato contenuto tecnologico

Alta specializzazione

Rapido evolversi delle tecniche mediche e rapida evoluzione tecnologica

Volontà di attuare il processo di umanizzazione delle strutture ospedaliere

Approccio clinico interdisciplinare

Necessità di attuare processi di ottimizzazione delle risorse e riduzione degli sprechi

Considerazioni generali

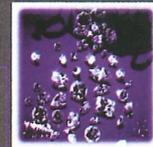
Le tecnologie biomediche si rinnovano rapidamente: **5 o 6 generazioni tecnologiche in circa 30 anni**.

E si deve considerare che:

- 1. **Le tecnologie biomediche incidono sul 75% delle prestazioni mediche**
- 2. **L'incidenza economica delle tecnologie biomediche sui costi di progettazione è passata dal 10% degli anni '80 al 25% di oggi**



La progettazione e l'impiego degli investimenti devono essere valori duraturi nel tempo!



Esigenze delle strutture ospedaliere moderne



- Alta tecnologia da gestire e organizzare
- Enorme quantità di informazioni da gestire, distribuire, condividere, conservare
- Formazione e aggiornamento
- Divulgazione scientifica



- Sicurezza dei dati
- Sicurezza delle strutture e dei beni



- Umanizzazione delle strutture di accoglienza e dell'approccio al Paziente

Il potere dell'integrazione

Solo gestendo il sistema di apparecchiature e dati nella sua globalità è possibile sfruttarne tutte le potenzialità di **funzionamento**, esercitando a pieno **gestione** e **controllo**.





Sistema di gestione informatizzata delle Sale Operatorie

L'organizzazione dell'attività di sala operatoria è un processo che per la sua importanza merita una pianificazione *che può essere sostenuta dalle tecnologie informatiche*

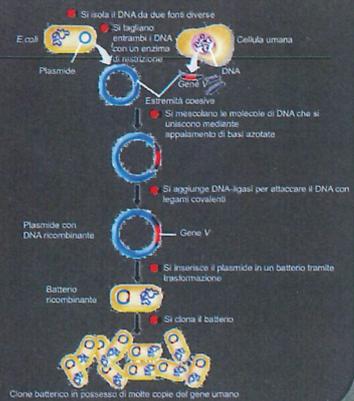


OBIETTIVI

1. Ottimizzazione della qualità assistenziale
2. Gestione ottimizzata delle risorse (personale, farmaci, strumentario)
3. Risk Management



Clonazione di un gene in un plasmide batterico:



LA PROFESSIONE MEDICA NEL TERZO MILLENNIO

Quello che potrebbe essere definito il « Giuramento ippocratico del Terzo Millennio » è il frutto di un lavoro iniziato nel 1999, condotto da 15 medici (8 americani e 7 europei) e presentato come « progetto » nel 2002 su Ann. of Intern. Med. (138, 243, 2002) e su Lancet (359, 520, 2002).

L'Italia era rappresentata dal Prof. Alberto Malliani, Professore di Clinica medica nell'Università di Milano e Presidente della Società italiana di Medicina interna.

L'iniziativa è stata promossa dall'American Board of Internal Medicine (ABIM), dall'American College of Physicians - American Society of Internal Medicine (ACP - ASIM) e dalla European Federation of Internal Medicine (EFIM).

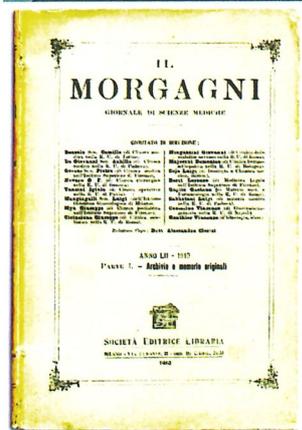
(in « Annals of Internal Medicine » 136, 243-246, 2002)

Il documento (che i presentatori propongono alla discussione ed all'approfondimento) è articolato in un « **Preambolo** », **tre « principi fondamentali »** e **dieci « impegni » (Commitments)**.

Nel « Preambolo » si precisa che la **professionalità** deve essere la base del contratto fra i medici e la società in una epoca in cui si assiste alla esplosione tecnologica, al dominio delle leggi economiche del mercato, agli stanziamenti per la salute, al bioterrorismo, alla globalizzazione.

La **professione medica** è inserita in culture e tradizioni nazionali diverse e può essere influenzata dalla politica, dal mercato e da norme legali diverse ma si deve fare in modo che esista un comune denominatore della professione dovunque essa venga esercitata.

- Le nuove tecnologie condizionano diagnosi e terapia
- Ne consegue la perdita dell'empatia (vissuto emotivo del paziente), che era effetto del lungo colloquio medico-paziente
- Perdita del paternalismo del medico sul paziente



Istituto di Clinica medica della R. Università di Bologna
Diretto dal Prof. A. Muscati

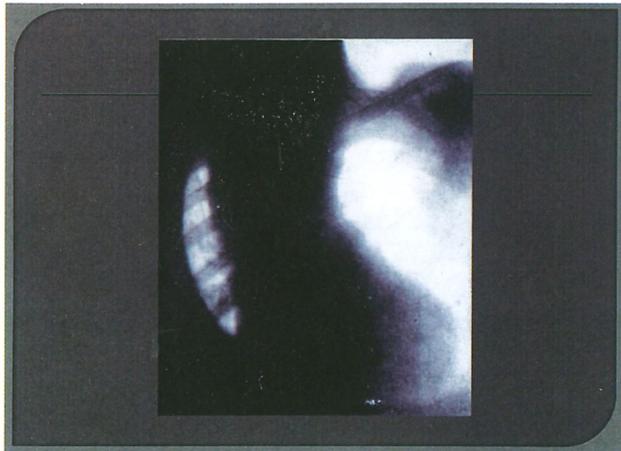
ANEURISMA DEL TRONCO BRACHIO-CEFALICO SISTEMICO COLL'AORTA

Considerazioni cliniche ed anatomiche

PER IL

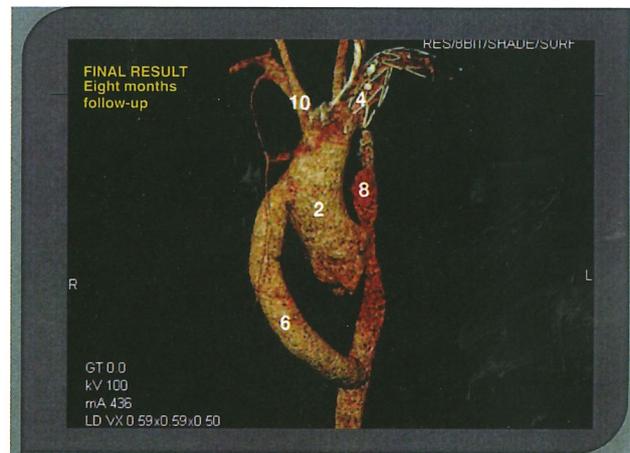
Dottore **GIOVANNI MARINI**
Assistente e libero docente





Nel 2010 caso clinico sovrapponibile

- 1978 coartazione aortica trattata con protesi
- 1998 stenosi su protesi trattata con impianto protesico in succlavia
- 2010 emottisi per erosione bronchiale di pseudo aneurisma della succlavia per stenosi della protesi, trattato con by pass aorta-aorta sopra renale e successiva eendo protesi in succlavia per nuovo episodio di emottisi



L'esame obiettivo nel 1910

- Slargamento aia cardiaca
- Articolazione sterno-clavicolare destra pulsante
- Cianosi labiale
- Fossa giugulare scomparsa
- Scuotimento sistolico dello sterno
- Deviazione a sinistra della cartilagine tiroide
- Differenza di polso carotideo dx e sin

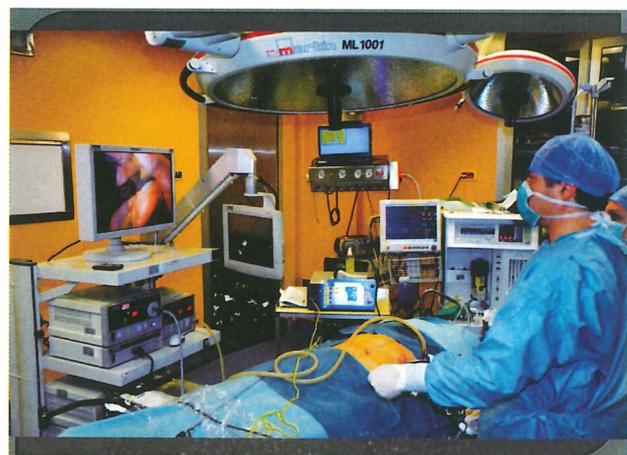
Il confronto

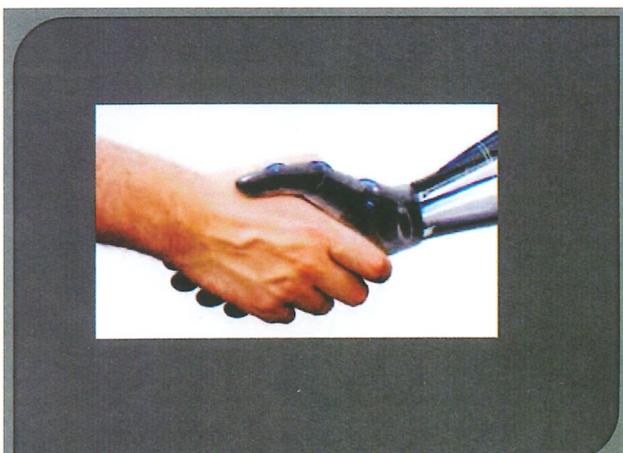
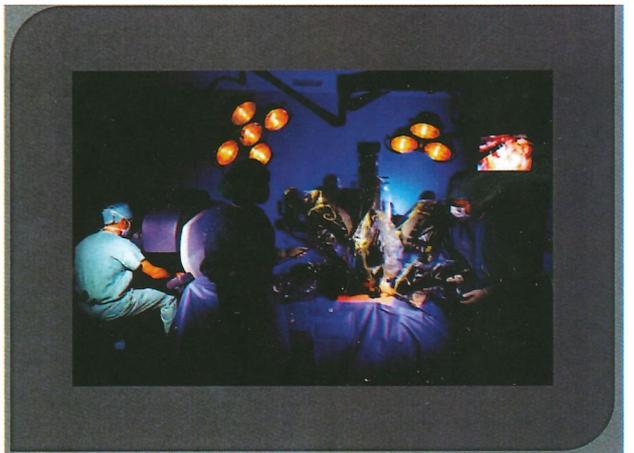
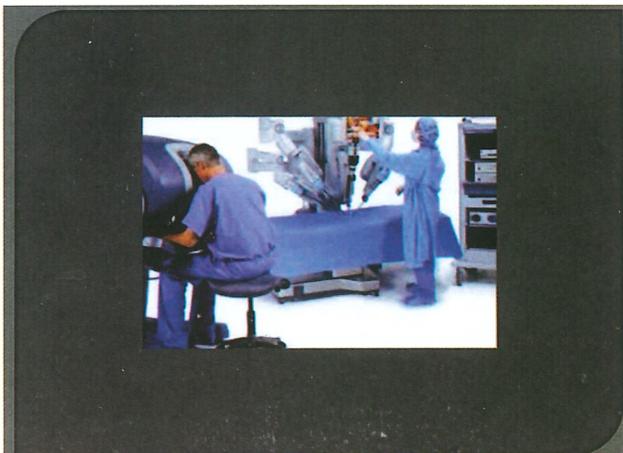
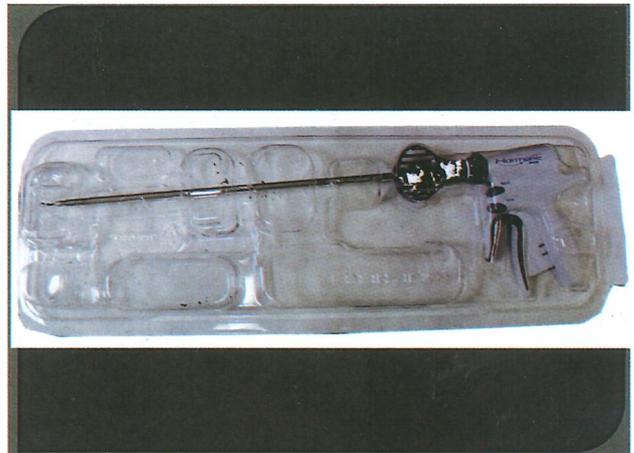
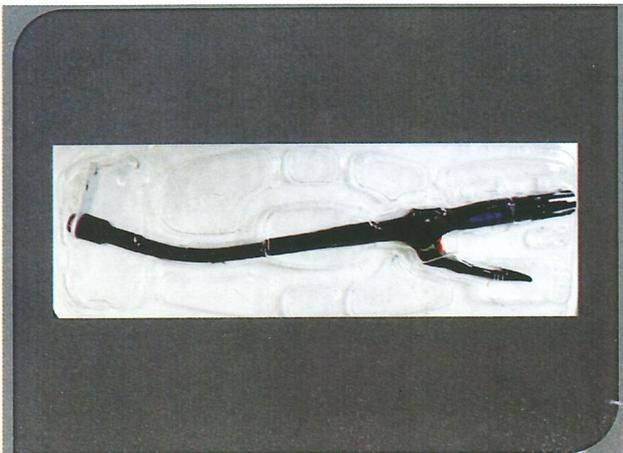
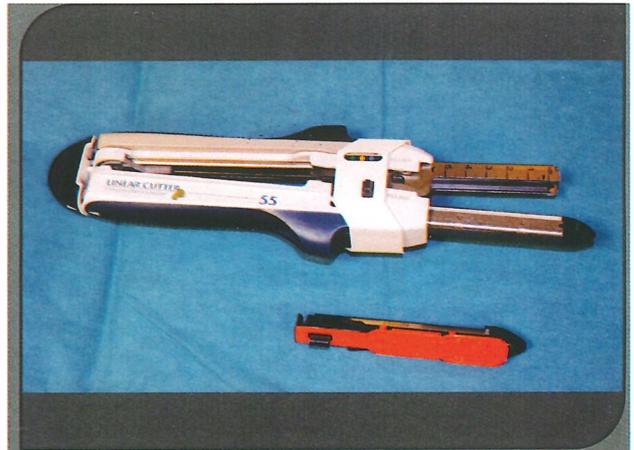
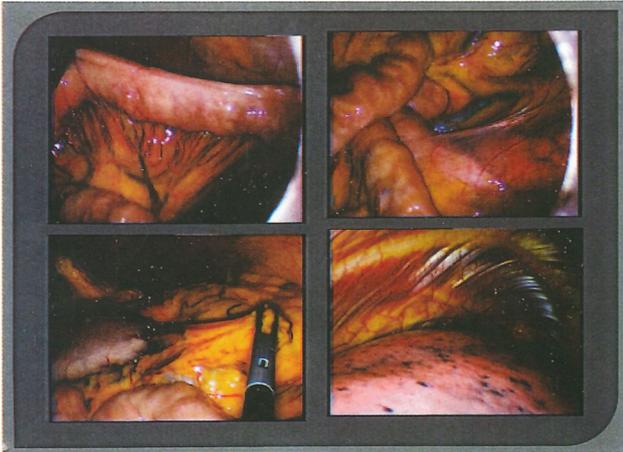
- 1910 Diagnosi congrua per patologia – errata per sede
- Impraticabile la terapia chirurgica
- Un solo medico Pressocchè zero il supporto tecnologico

- 2010 Diagnosi corretta per tipologia e sede
- Terapia chirurgica ibrida praticata con successo
- Molti specialisti
- Ricchezza di mezzi diagnostici e presidi biocompatibili

Il confronto

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| • 1910 | • 2010 |
| Molta anamnesi | Poca anamnesi |
| Approfondito esame obiettivo | Diagnostica per immagini |





• Quale medico allora per il presente e il futuro?

le tecnologie biomediche in mano al medico suggeriscono progetti formativi nuovi

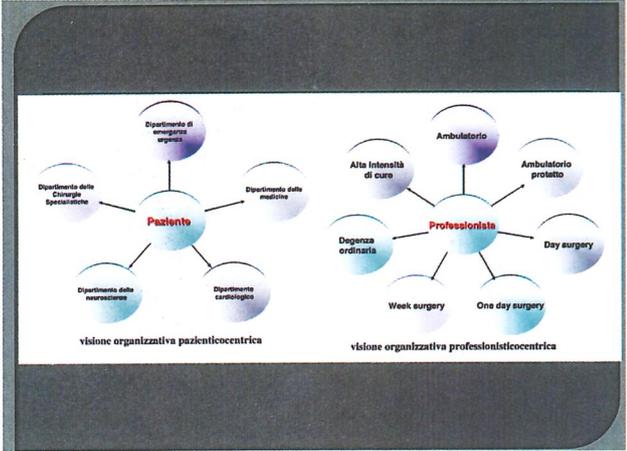


DUBBIO ESISTENZIALE

Oggi l'ingegnere clinico è consulente del medico.



Domani invertite le parti medico consulente dell'ingegnere?



... si apre la finestra sulle problematiche relative alla comunicazione medico-paziente resa critica dal lavoro in team.

...ma questo è un altro problema



Registrazione non riveduta dall'oratore

Medico-paziente: una relazione privilegiata di senso?

Felice ACHILLI

PAROLE CHIAVE: Rapporto medico-paziente oggi – Influenza della Tecnologia – Medicina paternalistica – Medicina oggettiva strumentale – Medicina che utilizza tutte le scienze e Medicina clinica – Medici, medicina, risoluzione del problema e destino della vita – Legame tra gli operatori – Carità.

Una premessa che ritengo fondamentale è che noi Medici dobbiamo stare attenti a non cadere nella facile tentazione di considerare l'aspetto umanistico come una specie di sottobrancia, che bisogna pur coltivare in considerazione del carattere, certe volte "disturbato", dell'oggetto del nostro lavoro: gli uomini. Piuttosto, dobbiamo ribadire l'assoluta decisività, nell'utilizzo della tecnologia, di avere uno sguardo lucido e realistico sulla natura del soggetto che incontriamo.

Pongo infatti questa prima domanda: ma ha ancora senso oggi chiedersi se il rapporto medico-paziente è ancora una questione decisiva nella medicina moderna? Noi, infatti, siamo "educati", ma pratichiamo quotidianamente un approccio al malato in cui la questione del "significato" sembra completamente ininfluenza. Riferisco di un caso (uno dei casi che quotidianamente trattiamo) nel quale non c'è molto da insistere per capire la grande utilità di una Angio-TC con TC 64 Multislice per valutare gli esiti di un intervento di angioplastica coronarica con stent su una stenosi coronarica. La tecnologia è una grandissima opportunità, un grandissimo strumento.

Ed ancora: abbiamo pubblicato il caso clinico di drenaggio di un versamento pericardico posteriore (che avrebbe altrimenti richiesto la microapertura chirurgica), grazie ad un apparecchio semplicissimo che consente di drenare il versamento pericardico passando attraverso un versamento pleurico. Il problema del rapporto con paziente non è dunque un problema legato a un atteggiamento "tecnologico".

L'altra vera questione è che oggi, paradossalmente, per chi fa il nostro mestiere, la cura del paziente sembra essere una cosa meno complicata perché viviamo in un contesto in cui veramente il tempo dedicato o dedicabile all'oggetto principale ha intorno una serie di distrazioni che ci allontanano da esso. È già stato accennato che nella questione medico-paziente oggi è riconoscibile uno iato, che è sinteticamente definibile così: l'abbandono della medicina del soggetto, quest'ultima intesa come relazione profonda fra il paziente e il medico. Da un lato, il paziente nella fase di attraversamento di un'esperienza traumatica di sofferenza, dall'altro, il medico come persona capace di accompagnare questa esperienza. Questa posizione del medico è stata per secoli sinteticamente identificata con la cosiddetta medicina paternalistica, considerata oggi superata.

A questa impostazione originale sta subentrando un altro tipo di impostazione che potremmo sinteticamente definire come medicina oggettiva, sperimentale: dà valore alla relazione medico-paziente ciò che è misurabile in modo riproducibile, e modificabile intervenendo. Questo, esaurirebbe tutta la questione traumatica dell'incontro fra due soggetti.

Questa impostazione ha anche come idea quella che tanto più il soggetto (cioè la persona con tutta la sua integralità) è implicato in questa relazione, quanto più la relazione ne trae



beneficio dal punto di vista dell'oggettivazione. Ora, questo passaggio culturale è un passaggio che non ha una radice solamente legata al progresso e allo sviluppo della tecnologia, ma è innanzitutto frutto di una concezione della medicina che si è sempre di più ridotta all'idea di essere una branca e una scienza capace di intervenire su un dato che è primitivamente ed esclusivamente biologico.

Moltissimi fatti continuano a sottolineare che la medicina non è mai stata e non è neppure oggi una scienza, nel senso che non è una scienza come la chimica o la fisica, ma è una pratica che utilizza tutte le scienze, un'arte che fa uso di scienze di varie estrazioni. Perché? Perché la medicina ruota attorno a qualcosa che non esiste nella scienza, e ne rappresenta il nucleo: cioè la clinica. La clinica è quindi quell'ambito in cui si gioca tutta la capacità di interrelazione fra soggetti.

La bellissima frase "La medicina esiste perché gli uomini si sentono malati" definisce, secondo me, in modo molto chiaro, qual è il compito del nostro lavoro. Noi diciamo al paziente di conoscere la malattia, ma conoscere il malato (che non ha a che fare con le scienze sperimentali) richiede un altro tempo di conoscenza.

È impressionante come nella nostra esperienza siano indivisibili da un lato, la richiesta di un beneficio pratico sul problema da affrontare, dall'altro ciò che il paziente chiede di testimoniargli: essere accompagnato da una rassicurazione circa il destino della vita.

Per questo il nostro mestiere è difficile: non perché la tecnica sia difficile, ma perché deve sostenere una cosa apparentemente impossibile. Bisogna testimoniare al paziente che c'è una speranza ragionevole, che tutto non si chiude così. Cioè, che tutto di lui non è definito dal suo vivere. La bellissima frase che ho citato poc'anzi è di Mugner. Io penso che più di ogni altra caratterizzi e dica perché e quale sia la ragione della fatica, delle difficoltà ed anche della grandezza del nostro compito.

Una speranza è il senso di un'avventura aperta, tratta generosamente dalla realtà, anche quando questa sembra contrastare con il proprio desiderio: entra nella situazione ontologica dell'uomo perché il nostro problema non è diventare esperti di anatomia, ma accettare di entrare in relazione con un gioco. Questo è valido sia nel caso in cui uno faccia il cardiologo, sia che faccia il chirurgo endoscopista, sia che si occupi di altre cose.

Ho rubato a un mio grandissimo amico (Ernest) una diapositiva che dice veramente come si gioca la questione. Da un lato, vi sono due bambini con spina bifida, dall'altro, l'ospedale dove sono nati. Si vedono anche altri due bambini, come noi siamo abituati in genere a guardarli, cioè guardati come li guardano i genitori. Il problema è che questi sono gli stessi bambini. Noi dobbiamo accettare di decidere che, se facciamo nostro lo sguardo dei genitori, probabilmente usiamo meglio tutti gli strumenti, le possibilità diagnostiche e terapeutiche che oggi la chirurgia ci mette a disposizione.

Invece, un'altra diapositiva l'ho rubata al Dott. Bordin, perché penso che il nostro problema non sia un problema di applicazioni di tecniche, che riconoscono singole parti dell'uomo malato e che necessitano di approcci specifici.

Il nostro problema è quello di accettare, entrando in relazione con il mistero dell'unicità della persona, di mettere in gioco noi stessi.

Un quadro bellissimo di Wired racconta la storia di una donna di nome Cristina, in cui l'esperienza del dolore e della sofferenza fa emergere nella persona due sguardi: il primo è introspettivo e mette in questione il vero problema, cioè il limite della malattia, del dolore, della sofferenza. Ma, mettendosi in gioco cambia anche lo sguardo sul mondo (il secondo sguardo proiettato verso fuori). Nella seconda parte del pannello c'è poi lo sguardo che esprime che cosa accade dentro la persona quando si rivolge a noi.



Quello che voglio cercare di trasmettere è che nella dinamica del rapporto medico-paziente dobbiamo accettare di riconoscere la natura profonda del dramma che accade dentro l'esperienza della malattia (e quindi rischiamo un'implicazione con questa, usando tutti gli strumenti dell'arte medica). Non possiamo immaginare di non arrivare a questo livello della questione se vogliamo realmente stare a questo livello: non in modo umanistico, ma in modo appropriato. Solo accogliendo integralmente questa domanda, è possibile vivere da protagonisti: il nostro lavoro è provare soddisfazione. Ho trovato questa frase spettacolare di Harrison, in un suo trattato concernente l'educazione e la cultura di generazioni di medici. Quello che è impressionante è che la riduzione a quello che dicevo prima (cioè alla figura del medico e soprattutto alla separazione dell'aspetto umanistico dall'aspetto tecnico professionale) rischia di farci perdere il livello di coscienza di quello che siamo.

"Nessuna grande opportunità, responsabilità o dovere può capitare ad un uomo più del fatto di diventare medico. La cura della sofferenza necessita di capacità tecnica e conoscenza scientifica, e comprensione umana. Se egli usa queste doti con coraggio, umiltà e saggezza, renderà il servizio al suo fratello uomo e costruirà dentro di sé un edificio solid, cioè corrisponderà alla propria vocazione. Il medico non dovrebbe chiedere al suo destino niente più di questo, né accontentarsi di niente di meno".

Questa coscienza non è il frutto di un'idea felicemente perseguita, non è tecnica motivazionale, ma richiede un'esperienza di amicizia in cui venga continuamente messo a tema, insieme alla propria competenza, anche il tentativo umano, di ognuno, di realizzare sé, rispondendo così alla grandezza e alla bellezza della professione. Io penso pure che l'esperienza più drammatica dei nostri ospedali sia l'assoluta incapacità di lavorare insieme. Questa è veramente il frutto di un'impostazione culturale monca, non so come dire, non adeguata a chi è l'uomo e a chi siamo noi.

Concludo dicendo che io penso che questa ricostruzione, questo sostegno al soggetto professionale e cioè al medico, infermiere, amministrativo, insomma a chiunque abbia a che fare con la persona, sia uno dei primi compiti a cui siamo chiamati. Un compito, non solo in ambito associativo ma anche quando si ha la responsabilità di persone, di malati e di ospedali, perché penso che dobbiamo decidere di riprendere in mano una tradizione di cui siamo figli. Al di là della sottolineatura della professionalità, della capacità di usare tecnologia e strumenti, non si può negare che la destrezza nella pratica medica dipende dalla capacità di percepire un legame fra te e l'altro, un legame che possiamo chiamare come vogliamo. La tradizione cristiana a cui noi apparteniamo l'ha definito "carità" e penso che questa sia la provocazione a cui dobbiamo rispondere.



Medico-paziente: una relazione privilegiata di senso?

Salvatore CASTORINA

PAROLE CHIAVE: L'evento malattia – Rapporto col malato e la famiglia – Rischio svalutazione atto medico-chirurgico – Concetto di malattia nella veduta cristiana



Senza che ci fossimo messi d'accordo, io e Felice Achilli ci troviamo nella posizione di mettere insieme i nostri due punti di vista sulla relazione medico-paziente. Felice Achilli ha rappresentato, da cardiologo, da medico, il rapporto che ritiene si debba assumere nei riguardi del malato che ci si affida. Sergio Castorina, per il suo verso, manifesterà il disagio che oggi la tecnologia messa in mano al chirurgo comporta nel momento in cui la comunicazione col soggetto non è più tanto diretta, ma il chirurgo arriva al soggetto dopo che il malato è passato attraverso una serie di step che hanno definito le caratteristiche della patologia. Al chirurgo spetta scegliere la procedura da adottare. In questo momento scatta tutta una convergenza di interessi che coinvolgono l'anestesista e il rianimatore. Per cui, qual è la crisi del momento e chi è il malato? Allora, bisogna lavorare in team perché non c'è dubbio che non si trasferisce al chirurgo il peso di supportare le aspettative del proprio paziente e le aspettative della famiglia, perché è la specialità chirurgica, intesa a tutti i livelli, oggi la più esposta. Perché, per quanto il chirurgo possa essere vicino al malato, spesso quando il successo non segue all'atto chirurgico, è il chirurgo che si trova nemica la famiglia del malato. E spesso, questa inimicizia non è dettata solo ed esclusivamente da un punto di vista dei malati, ma è alimentata dal contenzioso economico. Io chiedo il parere del dott. Felice Lima, illustre magistrato del nostro Tribunale di Catania, perché il problema è molto radicato nello stesso senso della malattia.

Il medico si trova, per caso o per vocazione, interposto, testimone, tra il malato e l'evento malattia. L'evento malattia rappresenta, se vogliamo, da un punto di vista biologico, la negazione sublime di quell'ordine che, si creda o non si creda, in biologia si chiama equilibrio molecolare. Noi ci chiediamo perché un equilibrio tanto perfetto possa essere in un certo momento inclinato. Mi diceva un teologo, carissimo mio maestro di filosofia, Mons. Santipesce, che è stato per i medici della nostra generazione punto di riferimento: *"Sai, io credo che il vero miracolo è stare in salute, non è guarire dalla malattia", perché quell'ordine evidentemente della salute era già un miracolo.* Oggi noi ci domandiamo: *"Ma che senso ha questa malattia?"*. Per citare una frase, uno scritto di Madre Teresa di Calcutta: *"La malattia è per sé veramente inesplicabile e resta il segreto di Dio che forse potrà essere sciolto se ci sarà l'incontro. Ma intanto non siamo in condizioni di dirlo"*. Lo stesso cardinale Angelini, che è stato punto di riferimento per la pastorale sanitaria del magistero della Chiesa, diceva che in fondo la tradizione cristiana razionalmente non spiega il senso della vita e della morte, ma comunque ne rende più affascinante il significato. Noi siamo veramente dentro questo mistero. E in questo mistero è coinvolto anche il medico che poi deve fare i conti con il malato, con il successo e i parenti del malato. Si sta demitizzando, senza dubbio, il valore dell'at-

to medico, per cui nel sistema sanitario stanno declassando le patologie e riducendo sempre più per motivi finanziari ed economici, vedi il tribunale del malato. Qua si sta giocando a rendere l'atto medico sempre qualitativamente più semplice. Adesso si riducono le spese, operando in ambulatorio; l'ernia si opera in laparoscopia e in Day Service: il malato deve andar fuori presto. Stiamo giocando a far perdere all'opinione pubblica il senso, la complessità dell'atto medico chirurgico. Oggi non si deve morire. Il diritto alla salute, mal compreso, diventa diritto alla vita, sempre. Ad esempio, qualche tempo fa, portarono di notte in sala operatoria un soggetto con un aneurisma dissecante che interessava il tratto dall'arco aortico fino all'inguine. Contattammo i familiari informandoli della gravità dello stato di salute del loro congiunto. I chirurghi passarono la notte in sala operatoria, cominciarono alle due di notte per finire alle dieci del mattino, ma il malato morì successivamente in terapia intensiva. E invece di sentirsi dire: avete fatto il possibile, arrivarono i carabinieri e la cartella clinica venne sequestrata.

Questa è la realtà che noi viviamo nelle nostre sale operatorie e poi siete voi magistrati che ci dovete giudicare, viviamo quindi un momento di grande confusione.

Il malato non è più di un solo medico, il malato è di tutto un gruppo. Quando la cartella clinica viene sequestrata ad essere coinvolti sono i chirurghi, il medico che l'ha ricoverato e persino l'addetto alle pulizie della sala operatoria. Noi viviamo in questo stato di paura, però non perdiamo la speranza, perché io credo che la soluzione del problema possa risolversi solo se noi lavoriamo insieme. Io ritengo che si debba coinvolgere, nel progetto di cura, tutto l'asse sanitario supportato dai ruoli amministrativi e tecnici. Sono essi stessi partecipi dell'operazione salute. Tutto questo gruppo di gente, ponendosi nella posizione dell'intervenire sul malato e sulla malattia, deve interpretare l'esperienza malattia e sapere come reagire. I concetti di malattia e salute sono importanti perché influenzano le modalità degli obiettivi del trattamento medico. Una comprensione meccanicistica e tecnologica della malattia vede l'uomo come una macchina: ritiene una terapia strutturata come una riparazione meccanica e di conseguenza, una relazione terapeutica analoga ad una tecnica.

E questo è l'aspetto che più interessa gli operatori che si avvalgono di tecnologie avanzate. Questa comprensione sarebbe accettabile, se non si dovesse fare i conti con la complessità ideologica del malato e delle sue interazioni con l'ambiente. Secondo la veduta cristiana, l'ospedale che accoglie il malato, deve prendere coscienza e operare per l'uomo l'unità di valori spirituali. Il medico e gli infermieri da una parte, l'amministrativo e gli altri ruoli, che permettono alla struttura di funzionare, il cappellano, il farmacista, l'amministratore e il vice, dall'altra, devono tutti avere la funzione di vivere con il malato il mistero della funzione della sofferenza e devono possedere una chiara ed esplicita coscienza, specifica per la vocazione. Si deve sperare di far dire al malato: *"Io mi sono trovato bene perché ho avuto la sensazione di non essere il malato del dottore tal dei tali, ma di essere il malato di tutti"*. Se non si arriva a questa convinzione di rapporto, la posizione del chirurgo ipertecnologico sarà sempre di difficile accordo con quella del paziente e della famiglia. In questo momento nelle nostre strutture tutti si sentono obbligati in solidarietà verso il malato. Forse si riuscirà ad addomesticare la reazione, spesso il nemico del medico non è il malato. Io non ho mai avuto una parola di non apprezzamento se ho avuto l'apprezzamento dei parenti. Quel *"come mai"* esprime la delusione, perché oggi, media, informazione, giornali, la nostra responsabilità nel momento, diffondono questo messaggio. La prevenzione? La prevenzione ci libera dalla malattia. Il nostro metodo è quindi basato sulla prudenza, cooperazione e collaborazione. Questo è il messaggio che mi sentivo di dare.



La guarigione: percezione del dono

Paola MARENCO



Registrazione non riveduta dall'oratore

Quando ho ricevuto il titolo del tema che mi avete affidato, inusuale direi, ho pensato, innanzitutto, che parlare di guarigione come un dono, era fare una affermazione coraggiosa di una verità evidente, di un dato che ogni ragione umana, ben utilizzata, pienamente utilizzata, può riconoscere ma che, oggi appare, controcorrente. Controcorrente perché allora? Perché in un mondo in cui si dice che la salute è un diritto, chi ragionevolmente riconosce che c'è piuttosto un dato, qualcosa di donato nella salute, prima ancora che nella guarigione, purtroppo appare oggi controcorrente. Ma questo non è che un segno ulteriore dell'estrema riduzione dell'umano, dell'estremo non uso della ragione in senso pieno, che oggi quasi inconsapevolmente viene fatto da un uomo che ritiene di farsi da sé. Anche un bambino piccolo che abbia per esempio perso il nonno sa che prima c'era lui a giocare e adesso non c'è più. E non pensa certo che possa essere un suo "diritto" averlo in salute. Se mai si chiede dove sia veramente adesso il nonno (quadro di gentile da Fabriano che rappresenta invece i pellegrini che andavano a chiedere la salute alla tomba di San Nicola).

Così, quando un paziente mi chiede come è potuto succedere che gli sia venuta la leucemia, in genere inizio dicendogli che con cellule che si moltiplicano milioni di volte al giorno, come i nostri globuli, è prima di tutto stupefacente che queste divisioni siano normalmente perfette. È veramente più ragionevole dire così e poi cercare di percorrere il cammino verso il quale la realtà ci provoca anche con la malattia, percorso che va dalle grandi domande del pastore errante di Leopardi (chi sono io... a che tante facelle?) fino a quei delicati meccanismi cellulari, per tentare, conoscendoli, di correggere gli "errori", le mutazioni dei geni.

In realtà, c'è oggi una voce formidabile che si leva a difesa della ragione piena dell'uomo, quella di Benedetto XVI che ci parla di ragione aperta al linguaggio dell'essere denunciando la visione positivista del mondo come cultura insufficiente all'essere uomini, secondo tutta l'ampiezza del termine e dove la ragione positivista si ritiene come la sola cultura sufficiente, relegando tutte le altre realtà culturali allo stato di sottoculture. Essa riduce l'uomo, anzi minaccia la sua umanità. Bisogna tornare a spalancare le finestre, dobbiamo vedere di nuovo la vastità del mondo, il cielo e la terra, perché l'uomo non è solo una libertà che si crea da sé" (discorso al parlamento Berlino 22 settembre 2011). E mi pare che i temi che, avete scelto per questo convegno, siano un bell'esempio dell'uomo non ridotto!

Questo, ovviamente non significa che non si debbano usare tutti gli strumenti e le tecnologie offerte dalla scienza. Il tema che mi avete affidato oggi mi è pervenuto alla fine di un convegno, in cui con i colleghi tedeschi avevamo lavorato due giorni per cercare di fare salire del 10% una curva di sopravvivenza libera da malattia dei trapiantati. Questo per dire che certamente occorrono tutta la tecnica, la scienza, il lavoro personale e comune, i nuovi



farmaci, perché queste curve continuino a migliorare, ma non sarà mai raggiunto il 100% in medicina, come nella vita. Non può essere questa, illusoria speranza futura nel progresso, la speranza del malato che abbiamo di fronte oggi.

Infatti, in queste curve si analizzano le popolazioni, i gruppi di pazienti. Ma per quel singolo uomo, per quell'uomo seduto di fronte a me, e che ovviamente potrei essere io domani, anche se le percentuali fossero 99% a 1% quello che conta è sapere se sarà nell'1 o nel 99%. Questa è una cosa che dico sempre alla fine di tutte quelle informazioni che diamo per spiegare cosa si affronta con un trapianto, quando si spiegano i rischi e benefici prima del consenso informato. E penso che, se da un lato è importante conoscere i dati perché le scelte siano ragionevoli, d'altra parte è importante ricollocarli in un realismo concreto e compiutamente umano, altrimenti sarebbe intollerabile, basterebbe provare per un attimo a immedesimarsi in quello che rischia, in quello di cui è in gioco la vita. Da quale parte della curva ci si trovi, quando è stato fatto bene tutto, non me lo può dire la statistica, ma è grazia, cioè, come avete detto, dono. E ci vuole qualcos'altro: qualcuno cui affidarsi per potere stare in pace! In realtà è vero anche per ognuno di noi, quando va a dormire la sera: se è cosciente sa anche che non è nelle sue mani svegliarsi al mattino. E questo è dire la verità, la verità della vita, non solo le probabilità di guarire; arrivare a dire che la vita ci è stata data, è dire di più la verità. E apre a un dialogo fra due uomini, con le medesime domande sulla vita e sulla morte, sulla gioia e sul dolore, molto interessante.

Provo a dettagliare meglio la mia esperienza: il mio lavoro per questi aspetti può essere piuttosto emblematico. Mi occupo di trapianti di midollo nelle neoplasie ematologiche dell'adulto, per esempio nella leucemia. Qui, il percorso è così riassumibile: una diagnosi improvvisa (contraccollo improvviso), cicli di chemioterapia; prima tappa è l'ottenimento di una remissione (che non è guarigione). Poi, si cerca la possibilità di un trapianto, e arrivarci è già sentito come un momento di speranza. Poi tutto il percorso trapiantologico.

Per questo abbiamo, 25 anni fa, costruito un reparto con uno scopo ben preciso. Lo abbiamo scritto sulla prima pagina del manuale di qualità che abbiamo consegnato agli ispettori per l'accreditamento all'eccellenza del reparto, secondo gli standards internazionali.

Abbiamo scritto: "La prima qualità per noi è non perdere di vista lo scopo, anzi orientarvi ogni gesto". Infatti, quando abbiamo incominciato a costruire, quello che avevamo di più chiaro era proprio lo scopo: costruire con le nostre persone un luogo dove chi doveva affrontare il momento drammatico, rischioso e allo stesso tempo pieno di speranza di un trapianto, potesse essere accompagnato a trovare tutto quello che avremmo voluto trovasse il nostro migliore amico se si fosse trovato in questo bisogno.

Dopo 25 anni, lo scopo è ancora questo e quello che ci consente ogni mattina, di ritornare in reparto con un gusto e una attesa per la nostra stessa vita, è proprio vedere che questo stato rimane possibile. Un posto dove uomini e donne, malati e sani, mettono in comune la loro variegata umanità, cercando insieme le risposte a quello che accade, sfidando anche le circostanze difficili, per cercare aiuto e senso. Così, può accadere che un paziente (che è anche un collega) ci abbia scritto: *"Sono consapevole che questa avventura non è finita, ma ogni volta che entro in questo reparto ho la sensazione di essere a casa mia, tranquillo e sereno, e che non sarò mai solo e potrò sempre contare su di voi. Grazie". S.J.*

Lo scopo in medicina è tenuto desto e rinnovato ogni giorno non dalla organizzazione ma dal rapporto con lo sguardo della ragazza malata dipinta da Krog. Senza accettare la relazione con questi occhi, non c'è né qualità nella professione né soddisfazione.

Questa estate, un paziente la cui moglie era morta 6 mesi dopo il trapianto e che noi avevamo accompagnato fino alla fine, si è accorto che quello che trovava venendo da noi, non



era scontato, ma era la conseguenza di una associazione che pagava dei medici, di qualcuno che aveva lottato per un certo tipo di continuità di cura, di organizzazione, di qualcuno che dedicava tempo all'aggiornamento, e che non misurava troppo gli orari, i ruoli e gli appuntamenti. Così ha fatto l'Associazione "Monica con noi" perché tutto questo potesse proseguire ed altri potessero trovare la medesima cosa che avevano trovato loro.

Nel dolce che Simone ha portato in reparto per l'anniversario del trapianto (tra l'altro con una malattia che era anche ricaduta dopo il trapianto) c'era scritto: "grazie dottoressa: i suoi pensieri, le sue idee, le sue fatiche e la mia vita continua dopo tre anni!". Ed è giusto notare che anche la fatica che si fa per un aggiornamento responsabile è un dono non scontato (come oggi appare fin troppo evidente).

Poi, nel mio lavoro c'è il "donatore", che non a caso si chiama donatore! Donare non è un gesto dovuto, non è scontato, ed implica anche un minimo rischio. Il donatore consanguineo è quello che si trova in famiglia, quello compatibile, altrimenti si cerca nei registri internazionali, dove sono iscritte più di 11 milioni di persone nel mondo. Dalla lettera di Emilio Bonicelli al suo sconosciuto donatore di midollo: *«Caro amico, non conosco il tuo nome, né il tuo volto, né il mestiere che fai. Non so dove abiti, né come sia la tua casa, ma di te ho capito una cosa importante. So che hai un cuore grande e generoso. Così generoso da accettare un sacrificio personale per aiutare gratuitamente chi si trova in difficoltà. È questa la qualità più bella che una persona possa avere perché avvicina all'amore di Dio. Non c'è infatti amore più grande di chi dona la vita per gli amici, e tu doni una parte di te per salvare una vita. Insieme a me ti ringraziano mia moglie e i miei figli ed i miei amici. Ricordati che ovunque sarai sulle strade del mondo io pregherò ogni giorno per te perché il Signore ti ricompensi della tua grande generosità donandoti la vera gioia».*

Dalla lettera di un donatore: *«Nei giorni che hanno preceduto il prelievo, io mi preparavo seguendo i consigli dei medici: evitando i contatti con i nipotini, andando piano in macchina (e anche in bicicletta!), mangiando carne (sono un po' anemica). Sembrano cose banali, ma sono state importanti perché mi hanno dato la chiara sensazione di quanto ciascuno di noi è indispensabile per ciascuno degli altri. Sentivo in quei giorni di dovermi curare ma non per me, per stare bene io, ma perché da me dipendeva un altro. Io ero preziosa per un altro. Uno che nemmeno conoscevo... Ciascuno è indispensabile. Nessuno è sostituibile e non solo per le persone che conosce. Questo ho imparato donando il midollo».*

La malattia è un percorso di speranza e di cadute e riprese. Le persone di un reparto costituiscono il luogo in cui questo percorso è accompagnato, attraverso la risposta professionale, in una compagnia tra uomini con le medesime domande sulla vita. Il nostro reparto è organizzato in modo che si incomincia a conoscere durante la valutazione pretrapianto, quando si cerca di valutare i rischi per una determinata persona (si conosce anche la famiglia e ciò che il malato ama, mentre il paziente incomincia a capire che ha bisogno e forse l'avrà per un lungo tempo). Poi si decide insieme, poi si lotta insieme durante il trapianto e poi ancora segue un lungo periodo in cui inizia a tralucere la possibilità di essere guariti dalla prima malattia, ma magari compaiono le complicanze e gli effetti collaterali.

Intanto, si ha modo di scoprire il dono unico che ogni uomo porta. E anche quando lentamente riprende la vita solita (lavoro, famiglia, ecc.), questa non è più quella di prima perché come ha detto una sera il prof. Israel: "Essere stati malati è avere vissuto un'altra vita", ci si accorge di più di chi siamo, per che cosa si è fatti e che cosa veramente vale. Allora forse la domanda di guarire ha radici più profonde e d'altra parte, ultimamente, la guarigione fisica è sempre temporanea, in quanto anche biologicamente è insito un declino nelle nostre singole cellule. L'attuale cardinale di Milano, Angelo Scola, che si è molto occupato di que-



ste tematiche scrive: «Il limite, il significato, le cose che intanto accadono cioè la vita. Quello che è in gioco è la mia vita, ora. Il limite toglie la sordina al grido strutturalmente presente nel cuore di ogni uomo, ad un tempo capace di infinito e legato alla finitudine, sia pure esprimendola in cento formulazioni diverse, dalla muta implorazione alla pretesa più violenta, la domanda che il malato fa al medico è sempre la stessa: fammi durare, cioè fammi star bene, fammi vivere». Chiedere di durare, significa chiedere di essere salvati radicalmente dalla finitudine stessa, essere liberati dalla stessa morte. Ecco che, al cuore della domanda di salute, si manifesta in tal modo la domanda di salvezza: "Tu ci guarisci mentre ci ferisci, ci guarisci dal sogno della totalità, dall'epidemia della invulnerabilità" (Von Balthasar, *Il chicco di grano*).

Ma allora da che cosa si guarisce? Per rispondere a questa domanda, l'esperienza del dono è fondamentale per passare dal timore della morte all'accettazione della vita nelle circostanze in cui è data (ed è posizione questa più corrispondente al nostro essere figli). Abbiamo necessità sempre di un "donatore": forse è proprio dal volere negare questo nostro bisogno che si guarisce! E dalla scontatezza, dall'illusione di autonomia.

Forse già nelle cose dette fin qui si è visto quanti possibili "donatori", portatori di doni si incontrano. Proviamo a rivedere cos'è l'esperienza più ampia del dono che aiuta questa "guarigione" più profonda, che può permanere anche se perdura il limite o nel possibile riapparire anche di un limite successivo. Lo vorrei fare invitandovi ad un viaggio personale con le immagini di un'artista, Marie Michèle Poncet che, allettata per una malattia, ha raccolto le sue osservazioni non in un diario ma in un carnet di voyage di disegni (Il bouquet di peonie). Ognuno provi ad immedesimarsi in questo viaggio personalmente, mentre scorriamo i disegni dell'artista e i suoi commenti.

C'è una precondizione: accettare di inoltrarsi nell'ignoto senza ridurre il proprio desiderio, come ha scritto ancora Bonicelli nel suo libro (Ritorno alla vita) quando ha comunicato la sua malattia ai figli: "Non so come sarà il mare, ma non abbiate paura. non temete il diverso, l'imprevisto, il non programmato. In ogni fatto che ci provoca sono nascoste straordinarie opportunità di crescita umana. Sta in noi scoprirle, capirle e farle fiorire. Nessuna tempesta potrà farvi paura, se il timone sarà fisso alla meta".

Prima di tutto è importante chi condivide con me il contraccolpo iniziale (che mette in crisi chi sono io), senza ridurre la domanda che è stata suscitata. Ancora, Bonicelli descrive così il contraccolpo al momento della diagnosi: "*Quello che è successo è stato come un urto improvviso e violento che mi fa sentire diverso da prima. Nulla apparentemente è cambiato, ma inizio a guardare le cose in modo nuovo, a pormi domande inconsuete: il valore delle cose cambia*".

Conta molto come sei accolto in quel momento e questo è detto a noi operatori sanitari: possiamo essere infatti "baroni" o "consolatori". È quello che abbiamo chiamato nel convegno di quest'anno "Il minuto in più nell'assistenza".

Importante anche la riscoperta della realtà. Quella realtà così spesso da noi data per scontata, non lo è più: come ti si cura, come è organizzato il reparto e la sanità, ma anche i particolari minuti della vita quotidiana (poter fare una doccia, bere un caffè), tutto questo non è più scontato. La realtà riappare come donata. Altri doni sono la tecnica, i luoghi, trovare un donatore, le associazioni, ecc.

E poi le persone, gli amici che vengono a visitarmi ad esempio, che mi dicono che sono importante per qualcuno. Sono il segno concreto di qualcosa o qualcuno che permane.

Così è più facile capire che anche nella malattia non solo posso essere ancora io (capace di conoscere e di amare), ma forse sono ancora più io (intensità di coscienza, come non mai della fragilità e grandezza umana). E per tutto il percorso con l'operatore, che accetta di au-



toesporsi, ci si ritrova insieme a cercare la cura e anche il significato di ciò che accade in una relazione paritaria (e questo incomincia già alla diagnosi, prosegue al momento del consenso, nell'organizzazione della cura, alla ricaduta eventuale).

Si scoprono così cose nuove imprevedute e allora la vita ridonata diventa a sua volta dono, non si ritorna alla vita di prima. Così Bonicelli ad esempio ha scritto dei libri, ha fatto decine di incontri raccontando la sua esperienza, aperto un forum in rete per chi è in una situazione simile, altri hanno creato Associazioni, ecc. Cose che nella vita di queste persone senza la malattia non sarebbero fiorite. Forse semplicemente abbiamo capito di più di cosa siamo fatti e che cosa veramente ci soddisfa. Infatti, neanche la ritrovata salute di per sé dà la felicità; per godere della salute non basta la guarigione (se ricordate la parabola dei 10 lebbrosi tutti guariti da Gesù, ma dei quali solo uno era ritornato, ma non perché era educato e voleva ringraziare, ma piuttosto perché aveva capito che lì c'era di più della guarigione, c'era la salvezza, il significato di tutta la sua vita e voleva rimanere attaccato).

Per curare veramente occorre tentare di rispondere anche a quella domanda più profonda di guarire, che è domanda di salvezza. La domanda "fammi durare" è sempre domanda di essere liberati dalla finitudine, questa e ogni altra sono quindi domande di salvezza, che non si possono scindere dalla domanda di guarigione e che passa attraverso la carne dell'atto clinico. Senza raccogliere per intero questa domanda dal suo paziente, il medico difficilmente potrà compiutamente curare e adeguatamente scegliere i compiti dell'operatore in queste tappe. Esserci, esporsi alle domande raccogliendole per intero fino a quella di senso, stare fianco a fianco per cercare, attraverso la carne dell'atto clinico, le risposte professionali e umane, costruire luoghi che facilitino questo. Il resto è anche per noi dono da ridonare ed è quello che rende bella la nostra ardua professione. Ti accompagno e mi interrogo, anzi l'intensità di coscienza di fragilità e di grandezza che tu vivi interroga la mia vita.

"Se vuoi puoi guarirmi anche oggi; dopo 2000 anni possiamo riconoscere il timbro inconfondibile di queste parole nella domanda che ogni malato rivolge al suo medico. Che cosa è veramente in gioco nella sua imperiosa richiesta di guarigione? È possibile chiedere al medico di esaudirla senza spingerlo nel vicolo cieco di un delirio di onnipotenza? Cosa significa curare? Si può davvero e sempre guarire? Soltanto accettando di essere veicolo dell'arte terapeutica, ogni singolo atto clinico emerge nell'umanissimo incontro tra operatore sanitario e malato in tutto il suo significato. Così, evitando di insabbiarsi nell'impossibile traguardo di sconfiggere definitivamente la morte, la cura può essere strada alla vera guarigione" (A. Scolla) e renderne accessibile il percorso. Ma c'è qualcosa che occorre prima: aver scoperto il limite che siamo, averne cercato il senso e scoperto qualche brandello, aver in qualche modo accettato, riconosciuto che si ha bisogno degli altri e ciò che si è in vario modo ricevuto. Così si diventa diversi; se stessi e gli altri possono accorgersene perché ogni limite (anche la malattia) svela all'uomo in modo acuto la natura drammatica della propria persona: il suo anelito all'infinito indomito e la implacabile impotenza a raggiungerlo da sé per la finitudine che lo costringe.

Allora guarire cos'è? Guarire dall'umano ridotto, è guarire dalla superficialità in cui viviamo; tornare ad essere più uomini, più stupiti del reale, dell'essere dell'altro, del bene che è la vita per potere apprezzare il tanto o il poco che ci è lasciato.

E per noi Operatori, l'alternativa è oscillare tra il delirio di onnipotenza e una depressione greve che fa lasciare il proprio lavoro (si può lasciare in vario modo...) oppure vivere pienamente la relazione con chi ci interpella. Se manca l'esperienza della relazione il nostro lavoro è arduo e diventa in breve insostenibile. Allora, questa "altra" guarigione inizia alla diagnosi, al primo colloquio, e si documenta nell'organizzazione della cura. Dura anche dopo comunque vada ed è anche per me, operatore e uomo, nel senso che "guarisce" anche me!

Emilio Bonicelli, che per motivi di famiglia non ha potuto essere qui con voi oggi, mi ha mandato questa lettera:

La guarigione come dono

Dodici anni fa sono stato colpito da uno dei più terribili tumori, la leucemia. Sono stato salvato grazie a un trapianto di midollo da donatore non consanguineo (un camionista di Berlino), presso il Centro trapianti dell'Ospedale Niguarda di Milano, guidato dalla dottoressa Paola Marengo. Un intero anno di duro calvario tra cure e convalescenza.

Quando ora qualcuno mi chiede come è ripresa la mia vita dopo la tempesta del trapianto rispondo: "come prima, molto più bella di prima, perché nel dolore il mio cuore è diventato più aperto a Dio e, in Lui, più appassionato ai fratelli uomini".

La guarigione è stata per me, certamente, un dono grande e inaspettato, ma anche la malattia, pur in tutta la sua devastante durezza, è stata in qualche modo un dono e una grazia. Anzi, sono convinto di poter vivere oggi la guarigione pienamente come dono, anche perché ho vissuto la malattia come dono. Posso vivere il tempo della guarigione intensamente da uomo, anche perché ho vissuto il tempo della malattia intensamente da uomo, e non come un buco nero solo da dimenticare o da cancellare.

Ho ad esempio un ricordo indelebile di quando ero nel pieno delle cure, chiuso nella camera sterile, ridotto a una icona del limite umano, smagrito, senza forze, incapace quasi di parlare. Ebbene, proprio in quel periodo, ho vissuto nella preghiera una consapevolezza del valore della mia persona, una coscienza di appartenere a un destino buono e ultimamente una serenità, in modo così intenso, che fatico a trovare qualcosa di simile in altri periodi della mia vita. Letteralmente spogliato di tutto, ero tutto di Cristo. Tanto che, ancora oggi guardo a quel periodo, non come a un brutto ricordo da cancellare, ma come un paradigma della tensione all'ideale da vivere in ogni istante.

Dunque, se nella malattia la mia umanità è cresciuta, questo vuol dire che anche in quella circostanza, per quanto dolorosa e non desiderabile, c'era una positività, una provocazione, una chiamata che ho potuto riconoscere e vivere. C'era un dono, perché un dono, se è vero, è sempre un invito gratuito alla verità di se stesso.

Il cammino che ho fatto e che ho raccontato anche in un libro, "Ritorno alla vita", Edizioni Jaca Book, mi ha fatto comprendere che non c'è una realtà solo cattiva, tutta da buttare, la malattia, e non c'è una realtà solo da godere, la guarigione. Tutta la realtà è positiva perché ogni circostanza, anche quella più dura e meno desiderabile, mi è data come occasione per crescere nella mia umanità e camminare verso la pienezza del mio destino. Se non fosse così, anche il dono della guarigione e la gratitudine per esso si perderebbero facilmente nel tempo. Dopo il trapianto, anche tramite il forum, sul sito da me creato www.ritornoallavita.it, ho accompagnato e sostenuto molte persone nell'arduo sentiero della malattia e delle cure. Non pochi amici però, raggiunta la guarigione, si accorgono che questo dono da solo non basta per essere felici e anzi la loro quotidianità è dominata da una vena di tristezza. Altri ancora, restano adirati con la vita, anche perché la guarigione, per quanto completa, porta comunque con sé rinunce, disagi, limiti, restrizioni.

Solo se riconosco la positività del reale posso vivere ogni circostanza con una letizia che non dipende dalla circostanza stessa.

Il conforto più grande che possiamo dare a chi è ammalato consiste in una compagnia che aiuti a riconoscere questa positività come provocazione, come possibilità di vivere, anche nella malattia, intensamente da uomini, come occasione di cammino verso il destino di bene per



cui siamo fatti. Se questo avviene anche l'esito delle cure, credo, sarà alla fine più facilmente positivo.

Io sono stato sostenuto in questo riconoscimento dall'esperienza della fede, che nella malattia si è approfondita, dall'aiuto delle persone che mi sono state accanto e che mi hanno aiutato ad alzare lo sguardo verso Colui che dà senso a tutto il reale, dalla domanda del cuore che è diventata grido di preghiera, da una mossa della mia libertà.

Con questa stessa consapevolezza desidero vivere il dono della guarigione.

EMILIO BONICELLI





Registrazione non riveduta dall'oratore

Intervento preordinato

Felice LIMA

PAROLE CHIAVE: Le paure dei medici: le paure dei giudici – Colpa medica – Periti – Giudici – Malati comunicazione – Verità

Vi chiedo comprensione perché il compito che mi avete affidato è leggermente superiore alle mie capacità di adempiere, soprattutto per la mancanza di tempo. Sono un logorroico; la mia intenzione è di rispettare il tempo che ho, però questo renderà il mio discorso molto poco organizzato, quindi, ancora una volta, vi chiedo comprensione. Vi chiedo comprensione anche per il fatto che non sono medico. Il Prof. Castorina ha detto: "Siamo giudicati da voi Magistrati, abbiamo paura". Oggi si è parlato di una quantità enorme di cose che parlano di dolore: dolore di pazienti, di medici, vorrei dire anche dolore dei giudici come me. Il compito di giudicare non è né facile, né bello, né comodo. Comprendo benissimo il rapporto fra quello che ha detto il Prof. Castorina e quello che è stato enunciato. Infatti, conosco benissimo il vostro problema: demitizzazione dell'uomo e paura. Ed è una cosa uguale a quella che passano i magistrati. Secondo me la complessità della medicina ha lodi e infamie simili a quelle della magistratura. Sono abbastanza critico perché penso che non abbia ancora avuto la capacità di capire i tempi, temo che anche voi siate presi da questo problema.

Se può aiutarvi ad accettare quello che vi dirò, sappiate che anche io ho vissuto con difficoltà, che anche io sono stato oggetto di processi disciplinari, civili e penali e sono anche stato imputato perché mi hanno denunciato a vario titolo (definiamoli "i miei utenti"). Ho vissuto sei anni sotto scorta, di cui 24 mesi sotto scorta intensiva. In due occasioni sono stati accertati progetti di attentati alla vita, uno dei quali mediante l'evasione di un ergastolano. Non lo racconto per farmi bello, lo racconto per dire anche che gli "infami dei giudici" vivono le stesse paure, anche da loro arrivano i carabinieri e vogliono non la cartella clinica ma gli atti del processo, perché c'è il collega di un'altra procura che vuole vedere se è vero, se tu avresti o non avresti fatto un favore ad un ergastolano.

Si è parlato di un tempo in cui si andava ad invocare la guarigione dei Santi e la figura del medico era mitica. Vi informo che c'era un tempo in cui i giudici erano rispettati e quando sono entrato in magistratura, era ancora un po' così. Adesso i giudici sono disprezzati e odiati, ma mi sembra che non sia giusto, non sia legittimo da parte dei magistrati lamentarsi. Vi propongo di condividere con me quest'opinione: anche da parte dei medici non è giusto lamentarsi. Disse qualcuno che la storia punisce più i distratti che i cattivi. Il primo guaio che ci può capitare è di non capire che le cose sono cambiate; quindi la prima cosa che dobbiamo fare (il primo passo verso la guarigione) è agire secondo la coscienza di Malcom. Se non si capisce che i magistrati non sono più quelle persone che vedevamo prima, continuo a pensare che debbano andare in ufficio a far sentenze.

Scusate, anche noi abbiamo il vostro problema: un conflitto tra quantità e qualità. Il Prof. Castorina diceva di essere costretto a "buttar fuori i pazienti". Io mercoledì ho trattato 51

processi in una sola mattina. È ovvio: nuoce pericolosamente alla qualità. Più ne tratti, più velocemente li giudichi, più facilmente prendi un abbaglio che non avresti preso se avessi riletto quegli atti. Tutto questo per dirvi: signori è cambiato un mondo. In un atto giudiziario di risarcimento dei danni da responsabilità civile, a proposito di un atto professionale di un medico, il suo avvocato ha scritto testualmente: "Parliamoci chiaro: tutti sanno che la vita delle persone è nelle mani di Dio". Io ho pensato: "Avvocato lo so, però, purtroppo, qui c'è un rapporto di un altro medico che dice che il giorno 22 maggio di tale anno la vita di questa persona era nelle mani di Dio, ma anche nella mani del chirurgo che doveva fare un intervento alla spina dorsale e che invece di farlo in macrochirurgia lo ha fatto in microchirurgia, ha sbagliato e ha reciso non so cosa". Sta di fatto che la paziente starà sulla sedia a rotelle per sempre. È difficile dire a questa signora: torni ai tempi in cui un paziente ringraziavano i medici per l'opera prestata. Era un altro tempo. È inutile rimpiangere tempi che non ci sono più. Noi siamo professionisti di questo tempo. Personalmente, tutte le volte che vengo denunciato mi arrabbio, metto le mani nel portafoglio per pagare gli avvocati, ma penso che ci sta, è questo poiché io mi trovo in uno stato della storia delle persone in cui decido purtroppo delle loro sorti. Voi avete scelto, e io ve ne ringrazio come paziente, di fare un lavoro che fa sì che nelle vostre mani ci sia un bene preziosissimo, che è la vita delle persone, ma questo purtroppo ha come contrappasso degli sbagli che voi potete fare, come i tantissimi che fanno i giudici. Purtroppo, restano nella carne delle persone: cioè lo sbaglio del medico cammina per la strada, si vede. Vi posso fare un elenco infinito di casi che ho trattato personalmente: una ragazza di 28 anni in cui il dentista recide non so quale nervo. Adesso ha un labbro molle, perde saliva costantemente e tampona per tutta la vita. È inutile e non c'è soluzione, non risorge. Vorremmo poter dire: "Guardi, la prendiamo come una cosa che può capitare"; ma è un tempo impossibile, è un tempo in cui questa cosa non succede più. Quindi applichiamo questa regola secondo il modo di dire in parrocchia: "Signore aiutami a lottare e a cambiare le cose che si possono cambiare e aiutami ad accettare le cose che non si possono cambiare, ma soprattutto aiutami a riconoscere le due situazioni". Quindi, questo non si può cambiare, siamo esposti al giudizio delle persone. Vi propongo perciò alcune riflessioni. Una prima: se vuoi fare una cosa la fai, se non la vuoi fare non la fai, se la fai falla come si deve fare. Spiego cosa voglio dire con un esempio della mia santa mamma, che è una donna buonissima ma che a volte fa una cosa e poi per un mese ti ricorda che l'ha fatta. Mamma se la vuoi fare la fai, se non la vuoi fare non la fare, se la fai basta, è stato un bene. Allora se voglio fare il giudice faccio il giudice, se penso che è un lavoro troppo sfigato me ne vado e faccio un'altra cosa, ma se faccio il giudice è inutile che dico ai miei utenti: "Eh, caro signore, guardi che io ho tante cause da trattare", perché a lui non gliene importa niente. Lui oggi mi porta il suo dramma e vuole essere reintegrato nel posto di lavoro, vuole essere risarcito, vuole essere assolto, vuole essere quello che vuole. È inutile che voi scarichiate sui vostri pazienti la vostra complessità. Siete voi che dovete prendervi la responsabilità, lo sapete benissimo. Come già detto dalla dottoressa che è intervenuta prima di me (se sarò malato spero di finire in un reparto come il suo), piuttosto che andare in un posto e sentirmi dire: "Eh, caro signore, lei si lamenta! Lei non ha idea qua di che cosa c'è stamattina". Ho capito: "Ma io non sono venuto a farmi carico dei vostri problemi. Io sono venuto pensando che voi vi facevate carico dei miei". Guardate che non c'è nessuna presunzione in questo che vi dico perché questi peccati che vedo fare a voi li facciamo noi giudici sommariamente. Il Tribunale è un bruttissimo posto dove non c'è nessuna sensibilità, questa è una cosa che vi sto dicendo io, ve le dico come uno che crede, che vi porta un suo punto di vista con solidarietà delle parti.



Non è vero che voi venite condannati da altri medici. Io ho assolto medici contro il parere di medici. Non ho mai condannato medici se non di fronte al parere di un altro medico. Quindi, mi capita di assolvere medici dicendo: "Tu medico, consulente di parte d'ufficio, dici che c'è, ma secondo me il tuo ragionamento è sbagliato qui e qui, quindi assolvo". Ma, per condannare, devo poter dire: "Guarda, tu hai sbagliato per tutti questi motivi che sono motivi veri".

Quindi, riflettete sul fatto che forse dovrete fare qualcosa più contro una sorta (se non vi offendete ...) di mercimonio delle consulenze, cioè un'idea della consulenza medica che prescinde dalla verità. Ho, in certi fascicoli, pareri medici che sono in conflitto: uno dice da tre a cinque, l'altro dice quattro, l'altro dice sei, ma non può essere che uno dice quattro e l'altro dice ventidue. Eppure succede. Ho visto pareri medico-legali di professori universitari palesemente falsi e assolutamente ripugnanti, facendo anche falsi contro altri medici per ragioni evidentemente di invidia. Attenzione, ovviamente parlo sulla base di elementi che ho e che posso ovviamente esibire per chi dubitasse.

Seconda parte del decalogo che mi sono dato: ho assunto dei doveri, non ho assunto dei diritti. Trovo medici che piagnucolano: "Già è l'ora tarda, io sono stanco". È la vita: sei qua, sennò te ne vai. Il mio diritto è la mia remunerazione. Mi danno lo stipendio, se mi piace, se non mi piace cambio lavoro. Se non sei qua a soddisfare i tuoi utenti, non lo puoi fare.

Terza cosa: mi devo fare carico della complessità dei miei utenti e, in qualche modo, devo aiutare loro a capire la mia complessità; ma aiutarli a capire la mia complessità non tanto per stare bene io, quanto perché solo capendo la complessità della questione possono essere aiutati ad accettare la loro malattia. Si va dal giudice per costrizione, si va dal medico per necessità. Attenzione, questo è importante: la persona che viene da noi, come da voi, non è contenta di esserci. Noi dobbiamo fargli accettare questa cosa.

Quarta ed ultima cosa del mio decalogo: l'esigenza della comunicazione. All'inizio, il Prof Sergio Castorina spiegava questa questione. Diceva che sembra che alcuni di voi percepiscono la questione della comunicazione come un problema, come un accidente. È un problema fondamentale nella comunicazione perché la questione non è stata principalmente quello che abbiamo ma come lo gestiamo. Quindi, la questione della comunicazione è essenziale. È essenziale anche con riferimento al sorgere dei contenziosi. Se volete vi racconto un paio di aneddoti, che forse a volte aiutano soprattutto ad accettare meglio il concetto teorico. Allora, in base a come ti porgi, l'altro ti percepisce e quindi poi ti fa causa. Mia mamma è del '34, un paio d'anni fa ha avuto un malessere e il medico le ha suggerito delle medicine che poi l'hanno portata alla guarigione, solo che la guarigione è arrivata dopo 20 giorni. Nelle more, lei mi ha telefonato e mi ha detto: ho parlato con un chirurgo, bla, bla, bla, mi ha detto che mi opera la settimana prossima alla spina dorsale. E io le ho detto: "Mamma ma il dottore tizio ha detto di aspettare 20 giorni". Dice: "Sì, ma non mi sta passando". "Mamma, tu hai 70 anni". Scusate, per brevità non faccio il conto di quanti 70 anni aveva; dico: "Mamma ma ti rendi conto che è un'operazione alla spina dorsale? Ti ha detto i rischi che corri?". E lei, mi ha detto sì. "Mi ha detto che non c'è nessun rischio". Io ho pensato: "Questo è o un criminale o un deficiente! O tutte e due le cose insieme". È ovvio che ci sono altissimi rischi ed è ovvio che tacerli, per prendere il cliente, significa comprarsi la causa, appena al cliente le cose non andranno come lui si aspettava. Vi cito un altro episodio che mi ha moltissimo colpito: la morte di mio papà. È morto in una rianimazione, assistito in un'altra città che non è Catania, e secondo me assistito benissimo. Però io ho vissuto questa rianimazione, non ho nulla da lamentare, ma ho notato alcuni errori di comunicazione, anzi la totale mancanza di comunicazione. In questa rianimazione c'erano pazienti che venivano chiamati per numero, quindi incontrando il medico era inutile dire: "Dottore scusi come sta l'avv. Lima?". Per-

ché lui non lo sapeva. A un certo punto si dice "Il 3? Ah, il 3 va bene". Una volta, mentre ero ricoverato in un ospedale, ho sentito dire "è arrivata una milza". Nelle sentenze le persone vengono chiamate con cognome e nome e senza titoli, adesso io li chiamo con nomi, cognomi e a volte anche come il piccolo Giovanni, la signora Maria, in modo che la sentenza sembri, pur restando un fatto disumano, un po' meno disumana. Allora, non li chiamate più per numeri. Mio padre era "il 3"; a me non creava problemi perché ho la capacità, essendo acculturato, di farmi mediazioni rispetto a questo fenomeno, e di pensare che, anche se lo chiamavano 3, lo curavano. Chiaramente, una persona con meno sovrastrutture culturali può pensare che se lo chiamano 3 non lo curano, lo enumerano. Eravamo in questa rianimazione dell'ospedale di Milano; io e mia mamma abitavamo a 500 mt. da questo ospedale, quindi noi andavamo e venivamo con una certa facilità.

Mi ricordo una signora di Siacca che aveva il marito in rianimazione e lei stava lì buttata per terra, perché questa rianimazione non aveva un luogo dove poter aspettare. Stava giù, e se ne stava seduta per terra e non c'era un modo per avere notizie del marito, che poi è morto in quella rianimazione. Aveva notizie per un quarto d'ora al giorno, mi pare che all'una aprivano, davano delle spiegazioni e basta. Per il resto, questa signora stava lì tutta la giornata e disturbava i medici che entravano e uscivano per chiedere notizie. I medici si mostravano disturbati, come i magistrati si dimostrano disturbati se uno li incontra in tribunale e dice: "Scusi, dottore, sono la signora tizia lei ha il mio sfratto, si ricorda?". "Ma signora, secondo lei mi posso ricordare? Ho ottomila cause e mi ricordo di lei?". Però per quella signora io sono quello che l'ha buttata fuori di casa o quello che gli ha tolto la bambina. Allora voglio suggerire questo: nelle rianimazioni assumete un furbacchione. Un furbacchione che ha come incarico di imbonire le persone e dire: "Sì, signora, suo marito... i dottori si stanno...". Cioè qualcuno che dica delle sciocchezze; lo so che sto chiedendo delle cose insensate, ma può servire per trasmettere un messaggio. Qualcuno che faccia rimanere a queste persone l'idea: "Certo, mio marito è morto, però tutti i giorni questi medici si sono tanto preoccupati di lui", piuttosto che pensare: "Mio marito è morto e ai medici non gliene è fregato niente, tanto che addirittura il dottore del turno di mattina neanche lo conosceva mio marito".

Allora il problema della comunicazione non è un problema piccolo e secondo me è un problema di percezione. La motivazione della sentenza: "A chi deve servire?". Tutti pensano che deve servire agli altri. Invece la motivazione serve a me. Spiegare le motivazioni della mia sentenza serve a me stesso per capire perché a volte decido l'assoluzione o la condanna: mentre provo a scrivere la motivazione mi accorgo che la motivazione non funziona e cambio. Quindi la motivazione serve a me, la comunicazione serve anche a me, a capire chi sono e cosa sto facendo; a maggior ragione, serve a chi subisce chi sono e cosa gli sto facendo. Secondo me serve un poco di umiltà. I giudici non ce l'hanno assolutamente con voi e non siamo abituati ad avercela; credo che anche i medici non abbiano una particolare attitudine all'umiltà. Attenzione, l'umiltà è una cosa diversa dall'eufemismo, dal: "Se lei sapesse da quante ore sono in servizio". Questa non è umiltà, questa è piagnoneria. L'umiltà è: io sono questo, le offro questa questione, sto per farle questo, questa è la nostra comune condizione. Io sono qui per lei, farò quello che posso, usando questi esatti termini. L'umiltà è una virtù molto difficile da praticare perché richiede di prendersi tutta la responsabilità senza la gloria del merito.

Attenzione, ci sarebbe un altro dovere: la verità. Vorrei segnalare che il caso della verità è un caso un po' particolare perché è il caso in cui vale la regola della religione cattolica, per cui il massimo del bene è il massimo dell'utile. Spesso la verità è anche la cosa meno peggio, anche quando sembra peggio. Perché lo dico? Perché è stata evocata la cartella clini-

ca. È la storia dei processi per le cartelle cliniche falsificate. Vorrei segnalare che nella storia della maggior parte dei casi, vengono falsificate male. Quindi valutate voi. O le falsificate meglio o provate ad affrontare la verità, che a volte può essere meno peggio. Io ho moltissimi casi in cui la verità è meno peggio di una cartella falsa e ne dico uno per tutti: distocia di spalla. È stata fatta partorire una donna con parto naturale. La cartella clinica dice che il bambino è nato a termine di un parto felicissimo, di cui non c'è stato niente da segnalare. Aveva indice Apgar credo 10, non meno di 9. Ovviamente, l'avvocato della signora dice: "Scusate, ma allora perché venti minuti dopo risulta nella cartella clinica del Policlinico: ricoverata d'urgenza, giunta in ambulanza per intervento chirurgico al plesso branchiale? Non sarà che glielo abbiamo strappato mentre partoriva?".

Allora io mi chiedo: è stato meglio dire che non è successo niente e quindi poi trovarsi a difendersi da una distocia di spalla in cui si dice: che hai fatto per risolverla? Niente, perché non era successa! Quindi non ho fatto niente. Oppure dire: sì in effetti, mentre lo tiravamo fuori c'è stata una distocia di spalla e abbiamo fatto tutto questo elenco di pratiche che purtroppo non hanno dato nessun risultato perché mi sembra di capire che può capitare. Penso io, forse da profano, forse l'hanno fatto perché la signora aveva una protesi d'anca; hanno temuto di essere accusati di averla fatta partorire naturalmente... Ho capito, però ormai siamo qua. Forse la gestivamo meglio dicendo la verità. Io non so come finirà, comunque credo che prendere atto del senso della realtà poteva aiutare. Vi chiedo scusa per il tempo che mi sono preso. Grazie.



Storia dell'ospedalità e del Welfare

Pietro BARCELLONA

CONVETTI E PAROLE CHIAVE: Rapporto tra psicologia e sintomi di malattia, limiti e danni da eccesso di specializzazione – Vangelo dottrina o pratica – Per comprendere, condividere – Il dolore non ha immagine – Controriforma del sistema.

Dopo aver ascoltato la bellissima relazione di chi mi ha preceduto, cercherò di focalizzare ancora di più la questione della trasformazione del rapporto tra società e malato. Bisogna chiedersi se questa trasformazione segnala un processo di tipo regressivo, rispetto alla società nella quale viviamo, anziché (come solitamente si dice) progressivo e migliorativo. Certamente, le condizioni del malato, della persona che si ammala, sono condizioni terribili. Ho letto da poco un libro molto bello di Vittorino Andreoli, intitolato "Lo psichiatra e il suo paziente". In varie riflessioni, che si svolgono nel testo, si afferma a un certo punto che dopo la morte di Dio è morto anche l'uomo. Ed è singolare che noi affrontiamo il tema della persona, del malato, in un contesto in cui tutto sembra andare in direzione opposta. Nel corso della mattinata sono state presentate applicazioni tecnologiche di grandissimo rilievo, specialmente quelle che riducono l'invasività degli interventi chirurgici. Ma io posso dire, per esperienza, che c'è un rischio totale nell'affidare alle macchine la lettura dei processi patologici della persona. A me è accaduto, tra il 1989 ed il 1990, dopo lo scioglimento di una comunità di vita che ho vissuto nel partito comunista, di vivere una depressione; ma non soltanto la depressione, ma soprattutto una continua sofferenza nel cuore che si manifestava con attacchi di angina pectoris terribili. Questa portò i miei amici medici alla conclusione (dopo aver fatto tutti gli accertamenti che in questi casi si fanno) che bisognava che io andassi a Verona per fare diversi bypass. Siccome io ho avuto sempre una certa dimestichezza con la psicanalisi ed ero convinto che quello che mi accadeva aveva molto a che vedere con il dolore, col dispiacere di aver perduto una grande amicizia e di vedere infranta una comunità alla quale avevo creduto, decisi di non andare a Verona e di affidarmi ad uno psicanalista, dal quale sono andato in terapia. Ho potuto registrare, con grande sorpresa dei medici, che dopo due anni tutte le manifestazioni di patologia (ischemie, tachicardie, extrasistoli) erano scomparse. E devo dire che in questo caso era evidente che la parola aveva avuto più capacità di comprendere l'insieme dei disturbi che mi affliggevano di quanto non ne avesse avuto la macchina.

Noi, oggi, siamo di fronte ad una onnipotenza della macchina e delle tecnologie che, come si è visto in questi passaggi, stanno stritolando la complessità. Il secondo episodio della mia vita è noto all'amico che è qui di fronte a me (Piero Banna). Venutomi a trovare di domenica, e sentendomi dire "ho un gonfiore che non mi spiego", intuitivamente, e con grande abilità clinica, mi disse: "Domani vieni in chirurgia che te lo tolgo perché non mi piace quest'affare". Vado in chirurgia e me lo toglie e si scopre che è un linfoma. Questo linfoma, naturalmente, apre una specie di Via Crucis, ma non perché provocava sofferenza. Sono stato costretto a decine di analisi che alla fine hanno prodotto un manuale di patologia medica, perché c'erano due aneurismi, quattromila calcoli, il cuore dilatato, un disastro. Sto benissimo, però. Naturalmente, a seguito di questa complessa indagine, mi sono ritrovato con tante cartelle che corrispondono ai diversi medici che si erano occupati del loro specifico orga-



Registrazione non riveduta dall'oratore



no: cartelle relative al fegato, cartelle relative ai polmoni; naturalmente c'era la PET che individuava la cartella specificata del linfoma. Bene, io non sono riuscito a convincere nessuno dei miei medici a guardarle tutte insieme. Ho un bell'archivio a casa; debbo decidere in assoluta autonomia quali di queste parti non funziona. Non sono riuscito a trovare un medico che si prendesse la responsabilità di dirmi complessivamente cosa non funzionava. Ora, la verità è che questa cosa mi ricorda quello che ho ascoltato ad un convegno di Medicina & Persona di Milano, ove ero stato invitato da Felice Achilli. Una donna anziana era caduta andando al ristorante e le era restato un grosso dolore all'altezza più o meno dell'anca, ed aveva cominciato un giro di medici. Alla fine, questa donna non era stata ritenuta né di competenza dell'ortopedico, né del neurologo: praticamente non l'aveva curata nessuno. Prendo spunto da questo perché non ci stiamo accorgendo di ciò che sta succedendo. Di contro, per fortuna, c'è una specie di ricerca affannosa del recupero, e parliamo tanto di umanità, di diritti umani e con rivolte progressiste, di trasformazione epocale. Noi abbiamo fatto scomparire l'essere umano come essere complesso e come essere che funziona in modo assolutamente irripetibile, nel senso che non può essere sostituito da nessuna macchina. Non parliamo poi dello specialismo. Lo specialismo è una cosa terribile. Il mio medico curante ha salvato me e la mia famiglia, i miei genitori, curando tutti i mali sempre col bicarbonato, ed è stato un medico perfetto. Ad un misto di fisica e tecnica, io preferisco l'umano, nel senso della sua carnalità, come del resto Gesù Cristo ci ha ricordato; ma spesso i cristiani lo dimenticano, scambiano il vangelo per una dottrina e non per una pratica. Allora, come può esserci lo stato sociale se non c'è l'uomo? Cos'è accaduto oggi? Noi parliamo tanto di cittadinanza, ma la città dov'è? La città è nata come concetto, come contenuto, come spessore negli anni in cui, come racconta Verber, i cittadini si andavano aggregando intorno al borgo, facevano un patto tra di loro, sentivano un rapporto di fiducia totale e facevano infatti il patto col Duca della corte per essere più protetti, ma non lo facevano entrare nella regione della civiltà. C'era la città e c'era la cittadinanza, quindi si sono sviluppati gli Stati. Sembra, adesso, che l'Italia si sia fatta da sola e che la resistenza l'abbiano fatta quattro persone (adesso si sfarina perché nessuno è capace di tenerla assieme). Ma la verità è che i popoli hanno uno spirito comune. C'è stata negli anni 800-900 un'idea di nazione che non era un'idea politica oppure giuridica. La nazione non è un insieme: è un segno di appartenenza. Lo stato sociale nasce, difatti, non perché viene proclamata una legge: questo è uno degli errori che fanno specialmente i giovani che fanno le battaglie per i diritti. Lo stato italiano nasce dalla pratica della popolarità, operai e cattolici. Nasce dal fatto che c'è un minimo sostantivo di solidarietà, per cui se quelli fanno lo sciopero nella miniera, gli altri vengono a portare loro soldi e le provviste per aiutare le loro famiglie. Si può concepire uno stato italiano senza una struttura sostantiva di solidarietà? Non è possibile. Io veramente ho preso una grande arrabbiatura leggendo i giornali che parlano di sacrifici, a proposito della manovra Monti. La parola "sacrificio" è legata al presupposto di una solidarietà sostanziale. Se noi siamo una comunità, sacrifichiamo qualche cosa insieme per ingraziare la divinità o per combattere il nemico. Ma se noi siamo una massa di atomi scomposti, se siamo stati e veniamo continuamente educati a fare ognuno i fatti nostri, se lo stimolo che viene è quello di accaparrare più soldi possibili, se disprezziamo in questo modo la presenza di uomini che vengono dalle altre rive del mare, se trattiamo così male il lavoro degli esseri umani: come si può avere solidarietà? E come si può parlare di stato sociale? Non lo si può imporre. Lo stato sociale non è contrapposizione ma è necessariamente democratico, ed è lo stato in cui collegialmente ci si attribuisce dei compiti, sul presupposto che siamo davvero sulla stessa barca.

Ieri ho tenuto un seminario di una intera giornata a Trento, con 80 operatori sociali, psichiatri e psicoterapeuti, che lavorano nello stato sociale trentino. Sono rimasto stupefatto dalle

persone motivate, giovani e ricche di esperienza. L'intervento che mi hanno chiesto di fare era fondato sul concetto di relazione e comprensione dell'altro. E spiegare questo concetto e anche la malattia dell'altro, non significa comprendere. Molti medici ci spiegano tecnicamente che cosa accade dentro l'organismo, ma non comprendono: per comprendere bisogna condividere. E non c'è nessun'altra strada per comprendere cosa provo io, se non cercando di mettersi in contatto con la mia mente. Il trattato di anatomia non sono io. La mia identità, la mia vitalità, quello che faccio, dipende da qualche cosa che non è riducibile alla somma quantitativa dei pezzi della macchina. Se questa differenza non viene ripresa nella cultura comune, e non soltanto dalla cultura medica, non avremo più una medicina all'altezza delle sfide. Saremo capaci di fare, con alte tecnologie, i viaggi più impensati dei capillari del cervello, ma il dolore di chi soffre, quello non si può vedere in nessuna forma di accertamento di immagini. Il dolore non ha immagine. L'immagine la può dare il flusso del sangue, la colorazione degli agenti, ma il dolore non ha immagine. Il dolore fisico, il male, ritorna in campo tutte le volte che l'uomo avverte, attraverso il dolore, il destino mortale. Non può il medico non confrontarsi col destino mortale degli esseri umani. Non può promettere l'immortalità, ma non può neanche trattare il malato come un oggetto che viene numerato secondo il letto che occupa. Sapete perché? Bisognerebbe fare una controinformazione su tutti gli aspetti reali della pratica medica degli esseri umani. Io ho conosciuto e ho fatto un dibattito su una donna che ho conosciuto e che ha fatto l'esperienza dell'inseminazione. È un'esperienza molto mostruosa, anche per il linguaggio che viene usato dagli infermieri e dai medici. Sapete come viene usato l'embrione, "la frittatina"? Metti la frittatina al suo posto... Oggi le frittatine sono di moda. È piena di frittatine tutta l'Europa.

Voi siete contro corrente. Il futuro però non basta, bisogna che vi mettiate a combattere in maniera più solida. Veronesi dice che la differenza sessuale scomparirà, e i figli si faranno con macchine perfette, senza nessuna fatica dell'uomo. Quell'altro personaggio che vi dà le informazioni scientifiche, Piero Angela, col suo bellissimo Quark, ci dice ogni giorno che si attenua la differenza tra noi e le scimmie. Prima, le scimmie avevano il 2% in meno di funzioni cerebrali, ora ne hanno lo 0,50% e fra poco saremo tali e quali. Io non pagherei un canone televisivo per farmi dire che sono destinato a scoprire di essere una scimmia, anche perché, illusoriamente, vorrei continuare a sentirmi un uomo.

Come si fa a rilanciare una funzione di stato sociale se non come espressione di civiltà? E come questo può incidere sulla pratica medica? Io sono stato a Milano, ho raccontato le mie esperienze di terapia intensiva, di giorni e ore passate nei reparti. Qui da noi c'è una cosa bellissima: in ogni reparto ognuno si porta i suoi parenti (anch'io porto mia moglie), un panino, un cioccolatino; si scambiano notizie, informazioni. Si diventa amico dell'infermiere: "Mu facissi a picca a picca stu cosu". Non c'è dubbio che questo umanizza molto i rapporti. Però se debbo scegliere tra affidarmi a qualcuno che viene dal centro della Sicilia e che finora si è occupato soltanto di tagliare alberi e qualcuno che invece fa l'ingegnere elettronico e ti vuole attaccare quelle cose nei cervelli (microchip e altri apparecchi) preferisco andarmene a spasso.

Allora, un convegno di Medicina & Persona deve essere un convegno nel quale deve accadere un ribaltamento tra persona e società, in cui la persona non è più un oggetto, uno dei tanti atomi che fluiscono nel fiume. Questo è un vecchio vizio dell'intellettualità. Vi ricordo che Hegel scriveva che i medici non sono uomini. E lui era uno dei più grandi filosofi della cultura tedesca.

Cosa posso dire in conclusione? Vi faccio davvero l'augurio di partire da queste iniziative: bisognerebbe chiamare i medici a fare dei corsi di aggiornamento professionale della loro mentalità astratta.



Registrazione non riveduta dall'oratore

Storia dell'ospedalità e del welfare

Giorgio BORDIN

PAROLE CHIAVE: Ospedalità precristiana – Messaggio cristiano e ospedalità – Il mondo scientifico – Meno ospitalità, più ospedalità – Tecnologia, cronicità, costi – L'ospedale torni ad essere Hospital.

Parlare di qualcosa vivo oggi, ma che affonda nella storia, implica la necessità di conoscerne l'origine e capire cosa è avvenuto. Per questo, una storia dell'ospedalità diventa inevitabilmente una storia dell'ospitalità.

Gli ospedali non si erano mai visti nel mondo antico: c'erano i *valetudinaria* romani, ma erano altra cosa, destinati prevalentemente al ristoro e alla cura di soldati feriti. Nulla di nulla nella Grecia Ippocratica o nei secoli successivi. Eppure c'era la medicina. Come mai non ci fu una risposta al bisogno di salute dell'uomo?

COME MAI?
L'IMPREVEDIBILE
CONTRIBUTO CRISTIANO

Medicina e cura sono collegate, ma non meccanicamente implicate l'una all'altra. La medicina nasce nel mondo greco perché nasce dal Logos e, come dice Agnoli, risponde al desiderio naturale di conoscere.

La cura degli infermi invece ha un'altra origine. Intanto nel mondo greco, contemplativo e filosofico, la ragione si contrappone all'azione. Per curare occorre darsi da fare: il lavoro era degli schiavi, non aveva dignità. Il mondo è Kosmos, ordine, conoscibile alla ragione: è la possibilità della scienza come conoscenza del reale. È il grande contributo ellenistico allo sviluppo della civiltà cristiana. Ma sull'amore, beh, lì è un'altra storia.

Il Dio di Aristotele e Platone è pensiero che pensa se stesso e dunque non può corrompersi nell'amore verso l'uomo. Si piegherebbe diminuendo la propria perfezione. L'uomo ha il dovere di amare Dio perché l'amore va sempre in alto verso la perfezione, ma non è dovuto nella direzione opposta, verso l'imperfezione, la bruttezza, i deformi, gli umili e gli ignoranti e dunque i malati.

L'ebraismo ha una idea diversa di Dio e dell'amore: Dio si interessa dell'uomo e si piega, al punto di scegliere un popolo e amarlo nonostante il continuo tradimento verso di lui. Ma è con Cristo che si volta pagina e si radicalizza la questione. È proprio San Giovanni a dare il colpo di genio, nel prologo del suo Vangelo, quando parlando in greco alla cultura greca di allora (che lo intendeva bene) afferma: "Sì, in principio era il Logos, la parola per gli Ebrei e la ragione per i Greci, tenuti assieme nello stesso termine, ma questo Logos si è fatto carne, diventando Caritas, cioè amore disinteressato". L'amore che Israele conosceva come popolo, Cristo lo renderà novità antropologica nella sua esperienza umana. Quest'uomo, come già nelle profezie di Isaia, si sfigura, diventa uomo dei dolori, umile e sofferente; patisce, muore e vince la morte. La carne, l'effimero, il divenire, hanno lo stessa dignità dell'eterno, dell'essere. Il corpo e l'anima hanno pari valore. La religione cristiana è la più materialista di tutte. Un materialismo sano, un amore per il corpo e non solo per l'anima. Vale la pena occuparsi anche di chi soffre, di chi è malato e morirà, poiché la Resurrezione introduce una



positività nuova: il limite, il male e la morte non sono più l'ultimo giudizio, ma sono vinti da una possibilità di bene mai conosciuta prima. Infatti, Gesù già durante la sua vita pubblica non sarà solo *infermo*, ma anche *medico* e sarà appellato *terapeuta* (etimologicamente: servitore).

È in questo ambito culturale nuovo che ci si inizia a prendere cura del bisogno dell'uomo. Si cura per mandato di Cristo, innanzitutto: ciò che era fatto ad un infermo era fatto a Lui, come indica la miniatura di Santa Elisabetta d'Ungheria, patrona degli infermieri. Ma con due notazioni importanti per capire quello che storicamente è successo, perché la storia traduce gli ideali attraverso fatti concreti che potevano essere in un modo o in un altro, e non sono indifferenti; vanno ripercorsi e capiti.

Pauper infirmus: espressione in uso nel Medioevo in cui i termini sono contemporaneamente aggettivo e sostantivo. Il povero si ammala e il malato si impoverisce a causa della malattia. Povertà e malattia sono le due facce della stessa medaglia, ancora oggi. A favore di questi poveri infermi, alcune personalità cristiane, soprattutto donne, spesso vedove matrone, e a volte ricche, provenienti dal patriziato romano, si prodigarono e dal IV secolo iniziarono anche a destinare le loro abitazioni (Marcella, Fabiola a Roma). Le case dei ricchi divennero non solo le prime chiese ma anche i primi ospedali, sgombrando il campo delle letture pauperistiche anche delle prime comunità cristiane.

PAUPER INFIRMUS.
O DELL'OSPITALITÀ

La seconda questione, invece ha a che fare non solo con la traduzione di un ideale in virtù civile, ma con la sua ricaduta in termini di efficacia e di efficienza. Parlo del comportamento delle comunità cristiane verso le grandi epidemie, collettivamente riferite con il termine poco specifico di peste (*peius*: il peggior male).

Durante i primi secoli accaddero molte epidemie (68, 80, 165, 170, 189, 251, 260), ma due di queste in particolare sconvolsero l'impero romano ed ebbero un ruolo significativo sulla sua decadenza, che non dipese solo dalla dissolutezza dei costumi, ma anche dall'impoverimento demografico. Cipriano di Cartagine, Dionigi Alessandrino ed Eusebio di Cesarea descrivono in questi contesti l'abnegazione con cui i cristiani assistettero gli infermi senza distinzione di confessione religiosa. Come mai stupiva questo atteggiamento? Semplice: non l'aveva mai visto nessuno. L'atteggiamento orientale di fronte alla malattia, rintracciabile nella cultura islamica, ma anche in quella induista e buddista, è quello del fatalismo, tentazione che ricompare per esempio nel puritanesimo olandese, ma anche in molti discorsi che si possono fare nei nostri corridoi di ospedale.

La malattia è da evitare se possibile, ma da accettare se arriva. Così diventi un martire in certe accezioni (soprattutto islam), sei il colpevole punito giustamente dal volere divino in altre (induismo). Tutto questo ha frenato ogni intervento sociale per arginare allora le grandi pestilenze, e contro questi atteggiamenti si è levata in tutta la sua imponenza la novità dell'azione di Madre Teresa in India.

L'atteggiamento Epicureo di fronte alla pestilenza, è opposto al fatalismo. Lo documenta Tucidide nelle sue cronache, lo afferma coscientemente Galeno nelle sue raccomandazioni scritte. Certo, atteggiamenti di questo tipo sono stati documentati anche in età cristiana, come racconta Boccaccio, però è altrettanto documentabile che questi furono apertamente condannati già fin dai primi secoli. Le conseguenze furono queste: le più semplici cure (idratazione, nutrizione) consentivano di superare la malattia a molte persone, abbattendo i tassi di mortalità. Morivano molte persone anche tra coloro che curavano i malati, ma quelli

LA PESTE.
LE GRANDI CRISI
SONO SEMPRE GRANDI
OPPORTUNITÀ



che sopravvivere erano immuni. Molti malati, sopravvissuti e immuni e riconoscenti a ciò che gratuitamente avevano ricevuto, si univano in quest'opera di assistenza alimentando così le comunità cristiane.

Questo spiega come la carità possa fare grandi cose anche senza il management. Ma, certamente, l'organizzazione consente di fare cose ancora più grandi: la nascita del movimento "ospitaliero" ne è la documentazione.

HOSPITALITAS. COMPAGNIE DELLE OPERE

Lo stesso termine latino *Hospitalitas* prende un significato nuovo: non è più solo l'opzione individuale, ma il servizio reso al bisognoso.

Nelle vie di passaggio come valichi, cammini di pellegrinaggio si accoglievano i pellegrini, spesso semplici viandanti e gli stranieri, negli Xenodochi. Nei centri urbani più significativi nascevano invece Case ospitali, le "*domus episcopi*", e poiché spesso di fianco alle residenze vescovili, diaconi, maschi e femmine, davano servizio a orfani, vedove, poveri, indigenti e malati, si chiameranno *Domus Dei* (variamente tradotte in Ca' di Dio, God's House, Godshuis, Hotel-Dieu). L'ospitalità monastica, promossa da San Basilio in Oriente, Cassiodoro e San Benedetto di Norcia in Occidente, divenne la realtà più organizzata e influente.

La medicina iniziava ad essere presa in seria considerazione, se ne raccomandava lo studio ed era insegnata insieme all'iniziale sistematica e raccolta in dei volumi scritti in greco, tradotti così in latino. La medicina antica non era condannata in quanto pagana, anzi valutata per i suoi metodi oggettivi. Ippocrate nel suo giuramento abbandona la magia e inizia la scienza; così il recupero di queste pratiche si poneva come baluardo contro la superstizione popolare, senza mai dimenticare che la medicina era al servizio della cura, ma questa nasceva da altro: lo si vede bene nel codice, in cui il giuramento viene iscritto in una croce. Intanto crescevano le ADI, con le confraternite.

Era indicativa dell'atteggiamento monastico e del clima ospedaliero la liturgia dell'ospitalità, che prevedeva un cerimoniale di accoglienza "alla porta del monastero", dove si lavavano e si baciavano i piedi (il mandato di Cristo). Nel quadro dell'ospedale degli Innocenti a Napoli, il suo fondatore, Giacomo Farelli, è ricordato proprio in questo gesto, che riassume appunto il *mandatum*. Si raccomandava di servire gli infermi confortandoli (recreare pauperes) con gioia (libente animo) e allegria (cum hilaritate).

Un mese fa ho ascoltato ad un congresso oncologico la relazione del Presidente di una associazione nazionale di malati oncologici, che chiedeva di porre negli ospedali le seguenti cose: accoglienza dalla porta dell'ospedale, conforto, cordialità, sorriso.

Gli ospedali erano delle vere e proprie compagnie di opere sociali. Gli affreschi della Sala del Pellegrinaio all'ospedale della Scala di Siena, come altre documentazioni storiche, vedono nei fatti e negli statuti molto più che non solo l'azione sanitaria. Tra esse c'erano: cura degli infermi, accoglienza dei poveri e degli orfani, distribuzione delle elemosine, sostegno all'indigenza, insegnamento di arti e mestieri, istituzioni di doti a ragazze povere per permettere di sposarsi, istituzione di scuole primarie per bambini indigenti e scuole professionali, istituzioni di borse di studio per studi universitari.

IL METODO SCIENTIFICO. MENO OSPITALITÀ, PIÙ OSPEDALITÀ

A seguito dell'avvento della scienza moderna, l'ospedale si trasforma profondamente. L'ospedale stesso diventa un laboratorio scientifico: l'osservazione di molti casi raggruppati favorisce lo studio di fenomeni altrimenti diluiti nella variabilità aneddotica individuale. Se lo studio della medicina incrementa l'efficacia sanitaria, nell'ospedale si pongono le basi per l'efficienza, che però diventerà operativamente incidente solo con la nascita del metodo sperimentale.



Attenzione, il predominio della scienza sulla carità, nella visione positivista ottocentesca, marginalizza la sua funzione caritatevole o sociale per renderlo un efficiente contenitore sanitario. Questa cosa inizia presto, proprio con le grandi pestilenze. Se un lebbrosario era simile ad un ospizio, un lazzaretto era già in qualche modo un ospedale: si separavano i malati per prognosi e per patologia.

L'avvento della patologia cellulare di Virchow, l'enorme scoperta per la quale ogni malattia ha la sua origine a livello della cellula, conformerà l'organizzazione ospedaliera sulle competenze professionali orientate all'organo. Si cura il fegato o il cuore malati, non più un uomo malato. Non so se gli ospedali per intensità di cura siano organizzativamente meglio o peggio dei precedenti: lo giudicheremo fra una decina d'anni almeno, ma certo potrebbero costituire non solo un mutamento organizzativo ma anche culturale, perché scardinano una impostazione apoditticamente data per immutabile. In cambio, la medicina si avvierà a compiere uno sviluppo impensabile e progressivo che nel '900 la porterà ad un controllo della malattia acuta, oggi pressoché totale.

Urgono però due considerazioni. La prima, è una considerazione amara, come di ogni buona medicina che si rispetti: abbiamo vinto una battaglia, ma continuiamo a perdere la guerra. La malattia ritorna a reclamare le sue vittime sotto nuove forme. L'incapacità di sanare ha cronicizzato le acuzie che possiamo curare, ma non guarire. Gli scenari della cronicità generano epidemie analoghe, se non peggiori, in termini di impatto e mortalità. La tecnologia esplose e con essa non solo esplodono i costi (problema quantitativo di risorse), ma emergono nuovi problemi organizzativi (problema qualitativo di ripensamento dei sistemi sanitari). Oltretutto, questo scenario dovrebbe in teoria preoccupare politici e amministratori, ma riempire di soddisfazione gli operatori sanitari; e invece non è così, l'editoriale del British Medical Journal del 2001 ne è la riprova¹. Il medico, oggi, ha tutti i problemi di ieri, anzi ne ha di più, ma non ha la formula per comprendere quello che gli sta succedendo.

L'affermazione di Weiszacker² sintetizza bene il nocciolo essenziale del disagio che percepiamo anche se non sappiamo definire. Ci sono due aspetti di metodo, implicati in essa. Il primo è quello degli esiti ambivalenti del pragmatismo nel quale viviamo oggi. Nella cultura odierna l'azione preme sul significato.

Non si nega la motivazione, ma non è più questa ad essere valutata, si misurano le azioni. L'esito è che la motivazione diviene indifferente e l'azione vale per se stessa. Il predominio dell'azione sul senso, non è solo l'esito ma anche il motore di questa posizione, come nella sua genialità ricorda Goethe all'inizio dell'avventura Faustiana, che è quella della modernità. Corollario: sostituire il senso con l'azione relativizza il soggetto.

Questo genera una posizione particolarmente critica proprio nei sistemi sanitari, che sono complessi. È diverso il sistema complicato dal sistema complesso. Nel sistema "complicato", i diversi fattori non sono variabili. È una grande macchina difficile da congegnare, ma facile da far funzionare, dentro la quale l'opera dell'uomo può essere ridotta dall'automazione e tende ad essere stritolata. Nel sistema "complesso", invece, i diversi fattori sono variabili, e questo ribalta la questione. Sembra che il ruolo della persona sia eliminato, e invece è ancora più necessario. Ma questi nuovi uomini moderni, come diceva Eliot³, cercano di risolvere la questione governando la variabilità e trasformando il sistema complesso in uno molto complicato: l'azione tende ad essere organizzata in modo da sostituire il soggetto e questo mette in stallo il sistema.

Se il tradizionale rapporto medico-paziente si giocava (pur con tutte le asimmetrie e difficoltà) in un "tu per tu", le necessità di cura per un paziente complesso si dilatano in un ca-

LA MEDICINA AMARA.
(WHY DOCTORS ARE SO
UNHAPPY?)



leidoscopio di rapporti, prima di tutto dentro l'organizzazione ospedaliera, e ancora di più tra territorio e ospedale, servizi sociali e servizi sanitari rivolti al malato ma anche alla trama di rapporti familiari, contemporaneamente risorse e oggetto della cura. Le prestazioni si fanno più brevi di fronte a un bisogno sempre più dilatato.

PIÙ OSPITALI?

Occorre allora che si ritorni a scommettere su un "Io", perché l'Ospedale ritorni ad essere Hospitale, cioè sappia accogliere il bisogno delle persone malate nella sua interezza.

La medicina è quella che opera per vincere sulla malattia, ma nello stesso tempo sa anche affrontare la sconfitta: nasce per assistere, affermando dentro l'azione terapeutica il significato positivo della vita, anche se non c'è nulla da fare, e anche se sbagliamo. L'errore medico, la colpa, è quello che fai quando sei assente, quando te ne sei andato. Occorre ritornare ad affermare che la medicina è al servizio della cura, e che la cura nasce da altro. Occorre ripartire da lì.

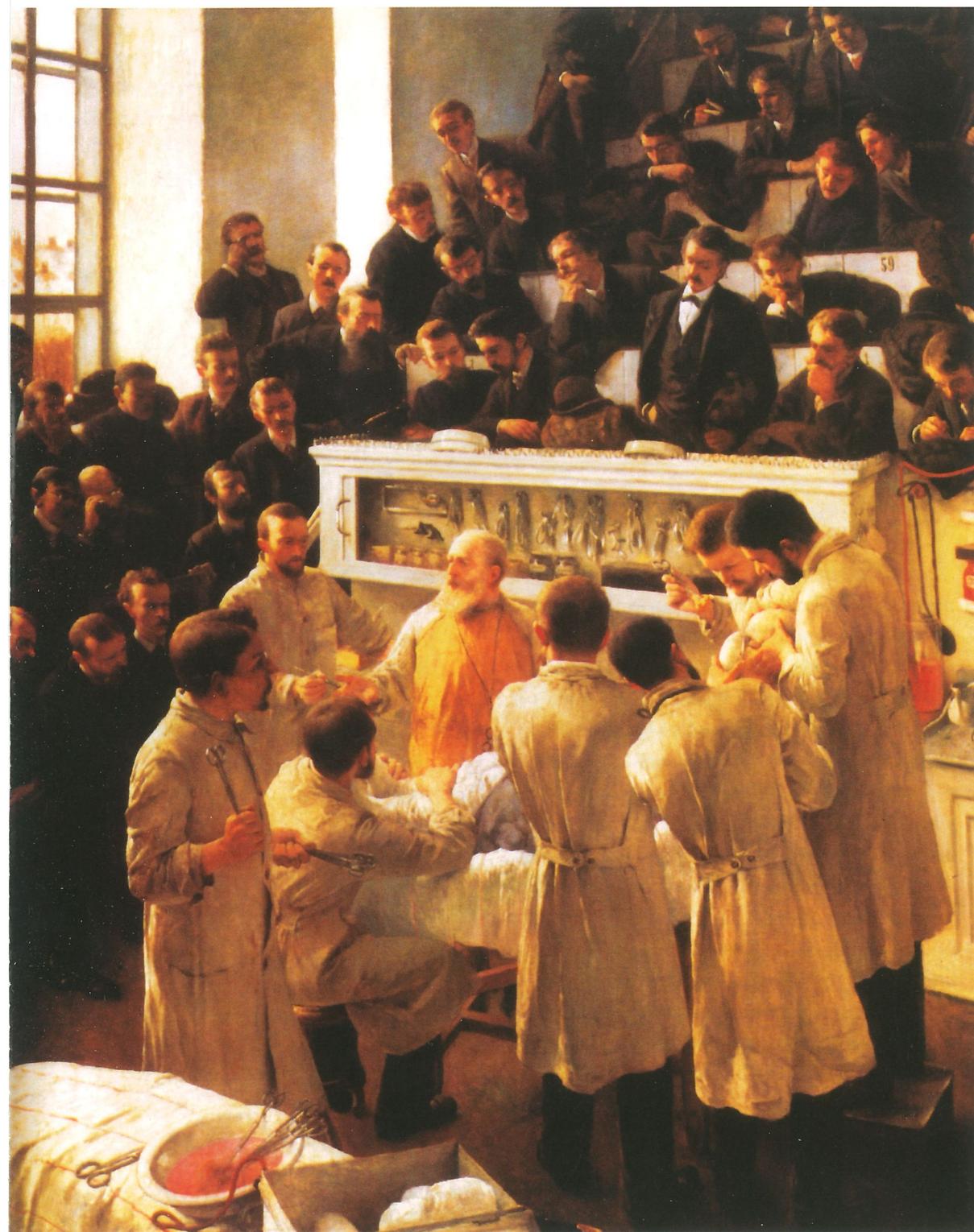
¹ Why doctors are so unhappy? BMJ 2001; 322: 10.1136/bmj.322.7294.1073 (published 5 May 2001).

² "Il fatto che la medicina odierna non posseda una propria dottrina sull'uomo malato è sorprendente, ma innegabile" - Von Weizsacker Victor (1926).

³ "Vivono nel buio interno ed esteriore, desiderando un modo così perfetto dove non occorra essere buoni" - T. S. Eliot.



da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005



La scena è ambientata nell'auditorium di un ospedale di Vienna dove il grande chirurgo Theodor Billroth* sta eseguendo un intervento di neurotomia trigeminale. Intorno a lui ritroviamo un numeroso gruppo di allievi che lo stanno assistendo. I chirurghi indossano i camici e il tavolino in primo piano ci mostra strumenti in etere e garze nuove, ma i medici non fanno uso di guanti e parte del pubblico invade il campo chirurgico, l'illuminazione è quella diurna, che rende un'insolita luminosità, sconosciuta alle sale operatorie degli anni successivi.

Adelbert F. Seligmann,
Theodor Billroth
mentre opera, 1890 ca.
olio su tela
Surgical Clinic II, Vienna



da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005

La solitudine del malato

1 . 1 L E P O V E R T À

La condizione di emarginazione dalla vita attiva cui obbliga la situazione della malattia o della vecchiaia, porta il malato a vivere un tempo particolarmente lento e sospeso: la malattia diviene una meditazione sul proprio destino. È questa la condizione che il pittore verista Angelo Morbelli visualizza in modo commovente sulla tela *Giorno di festa al Pio Albergo Trivulzio*. L'ampio stanzone disadorno e gli anziani visti isolati nella sconsolata attesa di una visita che non verrà, testimoniano il silenzio che riempie la solitudine del malato. Eppure, l'immagine non rimanda ad una disperazione desolata; infatti, grazie alla tecnica* divisionista, i banchi vuoti non sono materia inerte, ma si animano divenendo «un campo di pulviscolari relazioni e di rimandi cromatici» e la luce, che proviene da finestre invisibili,

riempie il vuoto e si riverbera sulla nuda parete di fondo dando dignità sacrale alla quotidianità della vita. Morbelli materializza il senso di attesa e di silenziosa contemplazione facendoli coincidere con la vera dignità dell'uomo e sollecitando pertanto lo spettatore ad una totale e sincera condivisione e non ad una pietistica e sentimentale adesione.

Angelo Morbelli,
*Giorno di festa al Pio
Albergo Trivulzio, 1892,*
olio su tela, 78 x 122 cm,
Musée d'Orsay, Parigi



Quest'opera del pittore milanese Angelo Morbelli venne presentata al pubblico per la prima volta all'Esposizione Universale di Parigi del 1900. Se leggiamo al di là del quieto e conciso dramma che l'artista realisticamente racconta sulla tela, ci accorgiamo che l'immagine ha un valore fortemente simbolico: racconta il passaggio dalla vita alla morte. L'insistente e ritmico ripetersi delle panche costruisce una gabbia prospettica che dilata la scena oltre la misura del quadro, così che lo spettatore si trova direttamente immerso nell'anonimo stanzone. La ve-

duta angolare e il taglio fotografico della rappresentazione non sono finalizzati ad una presunta oggettività documentaristica, sono piuttosto una richiesta diretta all'osservatore ad entrare in quella austera e squallida realtà quotidiana. Grazie agli effetti di luce atmosferica, la scena è calata in un tempo ed in uno spazio precisi, ma, inattesa, appare la luce brillante del sole, riflessa dalle finestre sulle pareti, a riaccendere la speranza: la scena di afflizione si apre così alla promessa di salvezza.



da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005

Il limite

2.2 IL BAMBINO MALATO

Nel quadro *The doctor* dell'inglese Sir Luke Fildes* l'attenzione si concentra sul medico che vorrebbe salvare la piccola paziente, ma ne è incapace: è il dramma dell'esperienza del proprio limite, di fronte al quale il medico è chiamato a stare, essa infatti è parte della propria dignità professionale. L'idea del quadro si era fatta strada nella mente di Fildes quando il dott. Murray aveva visitato il figlio Philip, per la malattia di cui sarebbe morto il mattino di Natale del 1877. L'atteggiamento e il comportamento del dott. Murray, in quell'occasione, divenne per lui il simbolo della dedizione professionale.

Il pubblico tardo-vittoriano apprezzò molto il quieto eroismo del dottore di famiglia: l'eroe, infatti, non è colui che compie grandi gesta, ma chi vive in pienezza il quotidiano, chi fa con passione totale ciò che è chiamato a fare. Un medico illustre ebbe a dire: "Tutta una bibliote-

ca non farebbe ciò che questo quadro ha fatto e farà per la professione medica: rendere il cuore del nostro prossimo familiare e caro a noi... soprattutto, qualsiasi sia il grado raggiunto nella tua professione, ricordati sempre di tener di fronte la figura ideale del quadro di Fildes, ed essere al tempo stesso un nobiluomo e un nobile medico".

In un articolo del *Lancet* nel 1887, critico nei confronti della diagnosi e della terapia fatte al telefono, molto enfatizzate al tempo, così commenta il quadro: "Il dottore, da un punto di vista medico, non può fare nulla di più per salvare la bambina. Perché allora è ancora lì? Può soltanto rimanere vigile – guardando il respiro lieve della bambina che si va via via affievolendo. Ora, immaginate un quadro con una scena differente – con la sedia del dottore vuota e i due genitori distrutti con in mano la cornetta del telefono."

Sir Luke Fildes,
The doctor, 1891,
olio su tela, 51,5 x 75 cm,
Tate Gallery, Londra



In questa tela l'artista riesce a conservare l'impronta autentica della realtà quotidiana grazie a una sensibilissima descrizione di avvolgente umanità, ma al contempo conferisce alla familiarità domestica un alone di affascinante autorevolezza.

Il medico preoccupato e impotente osserva la bambina che, sopravvissuta alla notte, giace su un letto improvvisato; il padre osserva con dignità e rispetto l'operato del dottore, tenendo la spalla della madre, affranta ed estenuata.

La luce della lampada illumina il primo piano mentre già quella dell'alba entra dalla finestra, come il geniale gioco delle due ombre proiettate dalla figura del padre contribuisce a

descrivere con efficacia.

Fildes utilizzò un modello professionista, per la figura del medico, ma si fece fare un ritratto fotografico, posando lui stesso, per essere sicuro che la posizione del corpo e soprattutto quella delle mani fossero come lui voleva, poiché "sono espressive come il volto". L'artista attira l'attenzione sulla mano cui il medico si appoggia pensieroso, grazie al luccichio dell'anello. La mano della bambina, sospesa nel vuoto, rivela invece la precarietà delle sue condizioni.

Il pittore va oltre la puntuale descrizione veristica cogliendo le inquietudini sottese alla realtà oggettiva.

da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005

Un'evidenza che commuove

2.2 IL BAMBINO MALATO

Il quadro di Jean Geoffroy ci mostra il giorno di visita alla corsia di ospedale. Alle spalle di quel padre che fa visita alla piccola inferma siamo tutti noi, a far parte di quel momento, e a misurarci con quell'atteggiamento profondamente umano, di amore al destino dell'altro, che sostiene la vibrazione commossa di fronte all'essere. "Il destino non è altro che il significato ultimo della realtà, ciò per cui val la pena che ci sia", e si documenta in quell'urgenza che abbiamo dentro di noi, di trovare ciò per cui vale la pena vivere. Tornare allo sguardo di cui spontaneamente ogni genitore fa esperienza di fronte al suo bambino, fa capire che solo in questa affezione sta la possibilità di conoscere la realtà. "La conoscenza è tale solo se passa attraverso un'affezione, (...) un'evidenza che commuove. Due cose

potentissime: senza evidenza non saremmo commossi; senza commozione non ci sarebbe evidenza" (L. Giussani).

In una scena d'interno di ospedale molto ampio e luminoso, emerge per contrasto la figura del padre, in abiti scuri, e tonalità intense e dettagliate, mentre si confonde con le coltri il pallore fortemente anemico del bambino sprofondato in un sonno segno di astenia profonda. Non ci è dato di vedere il volto del padre, anche se il suo atteggiamento ne comunica tutta la trepidazione, per quel piccolo che forse vorrebbe stringere a sé come fa un altro genitore al letto accanto, ma che lascia quieto, limitandosi a guardarlo. Gli abiti umili e dimessi, il cappello in mano, la posizione di chi sembra debba togliere il disturbo in casa d'altri, vibrano di quel timore e riverenza di cui sono capaci gli animi semplici, che rendono possibile sperimentare i rapporti nella loro verità senza la violenza di un possesso. È quella capacità di restare un passo indietro e guardare al destino dell'altro chiedendosi: che ne sarà di lui?

Henry Jules Jean Geoffroy,
Giorno di visita in ospedale, 1889,
olio su tela, 120 X 89 cm,
Hotel de Ville, Vichy.





da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005

Ad-sistere, stare accanto

3 · 1 A S S I S T E N Z A

L'uomo ha un valore ineliminabile, non definito dallo stato sociale o biologico, dunque la cura del corpo è importante quanto la cura dell'anima; ecco perché il cristianesimo fa propri i segni dell'assistenza come gesti di carità. Al termine del medioevo si verifica una svolta decisiva nella coscienza che la Chiesa ha della propria missione di cura del corpo: il malato ha valore smisurato non solo in quanto uomo, ma perché coincide con Cristo, come dimostra l'immagine di S. Elisabetta d'Ungheria. La regale visitatrice, figlia di Andrea II d'Ungheria e sposa del re Ludovico IV, sta sfiorando con amorevole compassione un malato che ha le sembianze di Cristo. Questa identità documenta il caposaldo della vita cristiana "Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più pic-

coli, l'avete fatto a me" (Mt. 25, 40): la santa ha vissuto mettendo in atto una delle opere di misericordia, "visitare gli ammalati".

Ad-sistere significa prima di tutto stare accanto, dunque, prima della scienza medica c'è la compagnia al malato; la condivisione e l'aiuto a chi soffre connota radicalmente l'essere cristiano, non è semplice obbedienza ad un comando di Cristo.

Anonimo del XV sec.,
Scene di vita di Santa Elisabetta d'Ungheria,
miniatura, dal *Leitbuch des Nürimberger Heligeilspital*, Archivio di Stato, Norimberga



L'immagine è tratta da un testo di storie di vita dei santi del XV secolo. Ciò spiega la preziosità del fondo oro contro cui si staglia la figura di S. Elisabetta d'Ungheria. La santa condusse una vita semplice: alla morte del marito entrò nel terz'ordine francescano e visse in povertà, assistendo anziani e malati poveri ricoverati nell'ospedale fatto costruire a sue spese nella città di Magdeburgo; venne canonizzata poco dopo la morte, nel 1235.



127



da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005

Curiosità e desiderio

3 . 2 S C I E N Z A

La medicina nasce come Arte, e solo da Ippocrate in avanti viene connotata con gli attributi della scienza. Ma la scienza stessa ha legami con l'arte, della quale condivide la pretesa di conoscere l'essenza del reale in formule sintetiche, espressive del senso della realtà. Il perfezionarsi della metodologia scientifica e l'accumularsi di nozioni non sostituiscono l'intelligenza e la libertà dell'Io, impegnato nel processo di rivelazione del mondo, ma lo attrezzano per compiere più efficacemente quel processo di conoscenza messo in moto fin dagli albori dell'esperienza umana. Così per imparare non basta un libro, ma occorre un maestro.

I quadri che ritraggono medici illustri ce li mostrano intenti nella loro pratica clinica, ma anche come maestri, ad esempio durante il giro* attornati da studenti e colleghi

Manuel Jimenez Prieto
(Aranda)

*Visita all'ospedale (Jean
Martin Charcot auscolta
una paziente), 1897,*

olio su tela

Museo di Belle Arti, Siviglia.

più giovani nell'atto di carpirne l'arte con sguardi attenti e ammirati.

Stupore, curiosità e desiderio sono gli ingredienti che rendono efficace l'apprendimento. Il pittore Manuel Jimenez Prieto (1848-1904) dà forma all'atmosfera emotivamente tesa che accompagna una visita del dottor Charcot*; lo stesso professore mostra attesa per le rivelazioni che gli verranno dall'auscultare la paziente, il suo è un vero gesto medico, non un'azione di *routine*.



L'immagine è suddivisa in due nuclei: in quello di sinistra vediamo Charcot che con espressione concentrata posa l'orecchio sul torace di una donna, auscultando i rumori prodotti dalla percussione della cassa toracica, che sta operando con la sua mano sinistra. Nel nucleo di destra colpisce particolarmente l'espressione curiosa e attenta dei numerosi studenti protesi verso il maestro quasi a voler assorbire ogni suo singolo gesto: quello in primo piano, in posizione utile per farlo, si proten-

de per osservare la tecnica di percussione. Come sempre, c'è chi parlotta, sul fondo, meno interessato degli altri. L'interno di corsia di ospedale è ritratto con cura e sottolinea, nella luminosità e nell'ordine, quegli aspetti di pulizia e attenzione ben diversi dagli ambienti caotici ed affollati delle scene di ospedale proprie dei quadri del XVII secolo, anche se i medici non indossano camici, e i loro cappotti e cappelli a tuba sono appoggiati con noncuranza su una seggiola.



da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005

Scienza senza arte?

3 . 2 S C I E N Z A

La sala operatoria moderna coniuga l'immagine della grande personalità del medico intento a salvare una vita umana con quella della efficienza tecnologica, raffigurata dalle lampade scialitiche, dai monitors, dai respiratori meccanici, oltre che dall'indispensabile staff di personale non medico specializzato di contorno. La nuova immagine del chirurgo risulta consona alla cultura riduzionistica della medicina in cui il rapporto, che si consuma nell'atto operatorio, tende erroneamente a coincidere con la prestazione medica. L'ad-sistere lascia posto a tecniche assistenziali sofisticate imposte dal progresso scientifico e richieste dalle moderne terapie.

Per chi lo desidera, il rapporto tra la libertà di chi cura e quella di chi è curato, può essere sostituito da una serie di prestazio-

ni, incapaci però di rispondere a quella domanda di salvezza che riemerge amplificata nell'ipertrofico bisogno di salute odierno.

A Claude Bernard*, alla fine del XIX secolo, va attribuita la responsabilità di aver trasformato l'arte terapeutica in medicina sperimentale, compiendo un importante e ambivalente passo culturale di questo rischio utopico possiamo vederne oggi i frutti compiuti.

Edouard Vuillard,
I chirurghi, 1912-1914,
ripreso nel 1925 e 1937,
tempera alleggerita da
pastello su carta montata
su tela, collezione privata,
U.S.A.



Il tema è un'operazione effettuata nella propria clinica dal dottor Gosset (1872-1944), chirurgo e urologo eletto alla Accademia delle Scienze nel 1934. Sono identificabili anche l'assistente dottor J. Berger e l'anestesista dottor F. Bourreau.

Vuillard dipinge il quadro nel 1912: l'intensità della scena è costituita dalla limitata scelta cromatica fatta di toni bianchi, grigi, gialli - quasi a sottolineare l'irreale silenzio della sala operatoria -, e dalla prospettiva dilatata fino alla distorsione evidente nel corpo del paziente in totale balia dei medici. Lo stesso artista annota nei suoi appunti "l'impressione molto forte" suscitata in lui dall'intervento cui aveva assistito e dall'"enorme mondo della sala operatoria". Eppure, in un'opera così comunicativa non c'è posto per il sangue, che invece

era presente ad esempio nel quadro ottocentesco di Thomas Eakins (pag. 187); in Vuillard la nuova asetticità ha il sopravvento sulla dimensione umana.

L'opera si inserisce nella tradizione dei quadri realistici che, a partire dalle *Lezioni di Anatomia* di Rembrandt testimoniano atti medici. In queste opere si afferma "una chiara analogia tra le attività della chirurgia e la pittura, fondendo il bisturi e il pennello per rivelare la verità dell'umanità e del mondo. E tuttavia non siamo più di fronte alla *Lezione di anatomia*, nell'albore del XX secolo, il quadro non può più prendere la forma della dimostrazione brillante, ma deve registrare l'atto chirurgico in sé, in tutta la sua grandezza e banalità" (Laurence de Cars).





da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*,
 Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005

Giovanni Fattori (1825-1908), *Il campo italiano alla battaglia di Magenta*, 1861-62, olio su tela, Galleria d'Arte Moderna di Palazzo Pitti, Firenze

Il quadro di Fattori coglie un momento particolare ed inedito per l'epoca di una delle più importanti battaglie risorgimentali, in cui le forze alleate franco-piemontesi ebbero la meglio sugli austriaci: "L'ambulanza con le suore della Carità", questa è la definizione con cui viene indicato il semplice carro, soggetto dell'opera nei verbali della commissione giudicatrice, che premiò il quadro al concorso indetto da Bettino Ricasoli il 23 settembre 1859. In esso ci viene documentato il lavoro di prima assistenza svolto dalle infermiere che, dopo lo scontro bellico, giungono nelle immediate retrovie del campo di battaglia per raccogliere i feriti e prestare loro le prime cure.





Medicina autoreferenziale o centralità del paziente?

Pasquale CANNATELLI

PAROLE CHIAVE: Risposta alla domanda di salute: cura – sicurezza – accoglienza – centralità della persona – ospedale = opera non autoreferenziale – Riferimenti all'Azienda Ospedaliera Niguarda – Integrazione dell'equipés – Integrazione col territorio – Uso appropriato delle risorse – Responsabilità professionale.



Registrazione non riveduta dall'oratore

Grazie per l'invito a portare il mio contributo in questo convegno: racconterò la mia esperienza. Come mi pongo davanti ad un tema come quello che mi è stato assegnato?

Il rischio dell'autoreferenzialità c'è sicuramente, sia per i professionisti della medicina, sia per chi gestisce le organizzazioni sanitarie; c'è per le organizzazioni ai vari livelli, per l'intero ospedale, per il singolo reparto, per il singolo ambulatorio, per l'equipe sanitaria, per il singolo professionista. Inoltre, c'è sempre il rischio di sostituire la centralità del paziente con altro: il problema organizzativo, il problema economico, la ricerca, la carriera, ecc. Faccio alcune premesse che ritengo fondamentali e che aiutano a riporre la "questione" nei termini che valorizzano e riportano a quello che è lo scopo del lavoro in ambito sanitario. Prima di tutto, abbiamo bisogno di una educazione, di un ambito che ci educi, che educi colui che è impegnato nella cura, nella gestione, colui che vive e risponde al bisogno del paziente che tutti i giorni si trova davanti. Penso che le due Associazioni che hanno proposto questo convegno abbiano come scopo quello di educare, aiutare, orientare i professionisti nel loro lavoro, a riprendere sempre coscienza dello scopo per cui essi lavorano.

Per questo motivo, il primo punto è ricordarci ed educarci a quello che è lo scopo del lavoro, per qualunque uomo. Mi colpì anni fa una frase di Benedetto XVI, che vale per i cristiani ma penso per tutti, che diceva *"Con il nostro lavoro partecipiamo e continuiamo l'Opera del Creatore"*; partecipiamo a rendere il mondo luogo di accoglienza e vita per gli uomini, quindi per noi stessi e per gli altri uomini. Pensiamo a quale dignità viene elevato il nostro lavoro!

Il secondo punto che occorre ricordarci, e alcuni degli interventi in questo convegno l'hanno ben documentato, è l'origine degli Ospedali: quando e da che cosa sono nati gli Ospedali, da che cosa sono stati generati. Essi sono nati prima di tutto come luogo di accoglienza e di presa in cura della persona ammalata e sono nati edificati dalla "carità cristiana". Recuperare quella posizione del "prendersi cura della persona", utilizzando tutto quello che poi s'è sviluppato in termini di conoscenza, tecnologia e ricerca, permette di non tradire l'origine e lo scopo per cui sono nati gli Ospedali. Se i nostri ospedali a volte non sono un luogo di risposta al bisogno, per chi è ricoverato e per chi vi lavora, è perché è venuto meno ciò che li ha generati: l'amore e l'attenzione alla persona. Scopo dell'Ospedale è rispondere alla domanda di salute, di cura di una persona. A queste domande risponde un'altra persona che mette a disposizione insieme alla professionalità e competenza, anche la propria umanità. Per ricordarci questo, nel nostro ospedale, abbiamo realizzato un logo con tre parole: cura, sicurezza, accoglienza. Vogliamo assicurare una cura qualificata, garantendo sicurezza sia a

chi viene curato sia a chi vi opera, ma vogliamo anche garantire un'accoglienza della Persona, che non è una macchina fatta di organi o apparati ma qualcosa di più complesso, misterioso, sacro, come, se ci pensiamo bene, siamo noi.

Proprio nella targa, posta nel nostro Ospedale nel 1939, c'era scritto: il Consiglio di Amministrazione: *"Questo complesso ospedaliero denominato "Ca' Granda", che pietà e fede lombarda dirà ai futuri, decretava e compiva a conforto dei molti che soffrono e sperano"*. Dare risposta alla sofferenza è portare speranza, è un compito preciso; per dare speranza dobbiamo avere noi speranza.

Voglio riferire a questo proposito di un incontro che mi ha guidato nel compito di direzione che ho portato avanti in questi anni al Niguarda. Nel 2003, all'inizio del mio mandato, fu ricoverato in questo ospedale Mons. Giussani che io conoscevo. Egli, vista la struttura, le sue dimensioni e la sua complessità, mi chiese: *"Ma hai un luogo che ti aiuta a vivere con un giudizio questa responsabilità?"*.

Come dicevo all'inizio, questo è il punto fondamentale: partecipazione di un luogo che ti aiuta a vivere con un giudizio questo compito. Ecco il motivo per cui far parte dell'Associazione Medicina e Persona o altro, che educano ad una posizione umana e professionale.

Nella stessa occasione, gli chiesi: *"Che cosa vuol dire fare la gloria di Cristo in questo lavoro?"* e lui mi rispose: *"Fai funzionare questo ospedale perché risponda al bisogno della gente"*. Queste parole rimandano al tema della centralità della persona, che è lo scopo per cui operiamo, quello per cui facciamo del nostro lavoro "un'opera".

Nella mia esperienza capisco che è fondamentale che ci si ricordi fra noi e a coloro che con noi collaborano questo compito, questo scopo. A me capita una volta al mese, quando incontro i nuovi assunti nel mio ospedale, di ricordare loro che sono con me a collaborare per rispondere alla domanda di cura, di salute, di altre persone come noi e, per questo, chiedo loro professionalità, passione, creatività nel lavoro, come chiedo di coinvolgersi con la testa, il cuore, oltre che con le braccia (perché bisogna lavorare).

Fatte queste premesse, che sono per me indispensabili, entro nel tema toccando tre aspetti:

1. Chi risponde a questa domanda di cura, di salute di persone che si trovano in un momento particolare della loro vita?

A questa domanda risponde una persona, un professionista o un'equipe di professionisti. Alcuni anni fa nella copertina del report dell'attività aziendale abbiamo messo la foto e le immagini di uomini e donne al lavoro, per curare altri uomini. Sono persone che, come dicevo prima, con professionalità, passione e creatività cercano di rispondere ognuno, col proprio apporto specifico, a questo bisogno e fanno del loro lavoro, che sia l'ospedale, l'ambulatorio, il reparto, un'opera, cioè qualcosa che esiste, cresce, costruisce per il Bene dell'altro e per il nostro Bene. Allora, l'ospedale e il reparto diventano qualcosa in cui uno va perché trova una risposta qualificata appropriata, e diventa un riferimento per pazienti e per altri colleghi, come è successo per il Niguarda, un riferimento non solo a livello regionale ma anche nazionale e internazionale. Allora, l'ospedale è un'opera, non autoreferenziale, ma riconosciuta, perché risponde allo scopo. Ha assunto questa rilevanza perché ci sono stati degli uomini, dei professionisti, dei maestri che con le loro équipes hanno lavorato, hanno costruito. Ne cito solo alcuni: De Gasperis, Donatelli, Rovelli, Belli, Donati, pensando al passato, e penso a coloro che oggi, in vari settori, sono al lavoro in questa costruzione per lo Scopo, che hanno fatto e fanno del nostro ospedale un luogo di cura, ma anche di cultura, formazione, ricerca, pur non essendo sede universitaria o IRCCS. Io dico sempre che la gente viene nei nostri ospedali perché ci sono queste équipes di professionisti che si prendono cura, ed è fondamentale il lavoro di tutti, dal grande clinico, chirurgo, all'infermiere, a chi risponde al telefono, a chi accoglie: c'è bisogno del contributo di tutti.



Ancora oggi, ci sono una serie di reparti nati non da progetti o programmazione sanitaria, ma da Professionisti che, nel dare una risposta al bisogno che avevano davanti, hanno creato all'interno dell'Ospedale dei luoghi che rispondevano in modo qualificato e innovativo a questo bisogno, recuperando anche spazi, risorse, tecnologie, impegnandosi personalmente, dimostrando che è possibile costruire anche nel pubblico ed essere protagonisti.

Vi rimando al sito del nostro Ospedale per le immagini e i contenuti di alcune di queste opere che cito:

- L'Unità Spinale Unipolare, che si prende cura in modo globale di pazienti con lesioni midollari e che è diventata punto di riferimento e sta collaborando a creare altri centri simili in Italia (Catania, è un esempio). In quest' opera sono coinvolti non solo i professionisti ma anche i malati e l'associazione di malati che è nata; è un esempio di sussidiarietà, nato dalla professionalità della Dr.ssa Redaelli, all'inizio del 2000.

- Il reparto in cui vengono curati e viene effettuato il trapianto di midollo, di cui parla la Dr.ssa Marengo, oggi è un altro esempio di quello che dicevo.

- L'AIMS Academy, fondazione avviata nel 2010, centro di chirurgia mininvasiva e robotica, nata dalla professionalità, passione e desiderio di insegnare, oltre che curare, del Prof. Pugliese. È stato realizzato un centro unico in Italia e in collegamento con altri due centri a livello Europeo; un progetto sviluppato e realizzato in 4 anni, recuperando risorse sia in ambito pubblico che privato e coinvolgendo istituzioni pubbliche regionali, nazionali e aziende private che lo hanno sostenuto riconoscendone il valore e l'utilità. Un centro che già nel primo anno ha visto la partecipazione ai corsi di professionisti provenienti da varie regioni italiane e paesi nel mondo.

2. Un altro esempio di iniziativa nel rispondere ad un bisogno è il Centro Clinico Nemo - Fondazione Serena, nato da una collaborazione tra Regione Lombardia e Niguarda, su richiesta di due Associazioni di pazienti affetti da SLA (AISLA) e distrofia muscolare (UJLDM), insieme a Telethon - Famiglie SMA: un esempio di sussidiarietà, di integrazione tra Azienda Ospedaliera Niguarda e questa Fondazione che è ospitata dal Niguarda. Un centro di alta specializzazione nella cura delle patologie neuromuscolari, ma che si prende cura globalmente del paziente: il reparto stesso è stato progettato assieme da medici e pazienti e dagli stessi è gestito. Allora, il compito di chi ha una funzione di direzione, dove vi è una vivacità e capacità di iniziativa dei professionisti, è quella di valorizzare, supportare i professionisti nel loro lavoro per lo scopo. Quindi, tra direzione e professionisti non c'è contrapposizione ma una collaborazione, pur in una distinzione di ruoli e responsabilità.

- Un secondo tema che voglio sottolineare è quello dell'integrazione che sempre di più è richiesta nel rispondere a questa domanda di cura, per rispondere cioè allo scopo. Noi abbiamo a che fare con una domanda complessa. Si rivolgono ai nostri ospedali pazienti anziani con patologie cronico-degenerative o con patologie in fase acuta (urgenza). Se le cure di oggi riescono a diminuirne la mortalità, questi pazienti hanno però bisogno di cure che richiedono l'impegno di più équipes professionali. Alla domanda complessa non risponde il singolo professionista, non risponde a volte neanche la singola équipe, ma occorre una collaborazione, un'integrazione con altre équipes, con équipes dei vari dipartimenti specialistici, un'integrazione con l'intero ospedale, un'integrazione fra ospedali, un'integrazione fra ospedale e territorio. Un'integrazione che nasce proprio dall'esigenza di mettere il paziente al centro: la collaborazione nasce per lo scopo, è prima di tutto un fatto culturale, poi tecnico-organizzativo. Rimando al nostro sito, ma faccio alcuni esempi di queste integrazioni.

- Il Dipartimento EAS, che permette di garantire al paziente che arriva in ospedale in una fase acuta, le cure necessarie, mettendo a disposizione quell'equipe interdisciplinare che può accoglierlo e intervenire nel modo più appropriato e nei tempi più ristretti: una capaci-



tà di organizzazione in modo funzionale per affrontare dal grande politrauma all'evento acuto cardio e cerebro vascolare o chirurgico. Anche questo modello organizzativo è nato da una capacità di lavoro sviluppata e che continuano a sviluppare i professionisti, in un'integrazione che coinvolge più strutture e dipartimenti. Un esempio, questo, che ci viene chiesto di aiutare a replicare in altri ospedali, in Italia e all'estero.

- Un secondo esempio di integrazione è il percorso del paziente oncologico, a cui offriamo una presa in carico e un accompagnamento dalla diagnosi alla scelta personalizzata delle cure e dei tempi delle stesse, sia che siano chirurgiche o oncologiche o radioterapiche, sia in regime di ricovero, che a livello ambulatoriale o di ospedalizzazione domiciliare. S'è costituito un ambulatorio che vede assieme i vari specialisti, che con il paziente delineano il percorso più appropriato, nei tempi e nelle modalità di cura.

Se l'integrazione vale per le varie équipe dell'ospedale, deve sempre di più svilupparsi questa modalità di lavorare e collaborare anche tra le varie strutture ospedaliere. A Milano e in tutta la Lombardia, il concetto di rete di patologie o di rete fra ospedali ha questo significato: fare sistema per uno scopo, per migliorare le cure che vengono offerte a livello di tutto il sistema e garantire al paziente le cure più appropriate.

Un'integrazione che va dall'ospedale al territorio, dai professionisti dell'ospedale alle équipe territoriali (MMG, ecc.) per garantire una qualità e una continuità delle cure, ma anche una appropriatezza e una efficienza nella domanda e nell'offerta delle cure, e in questo anche le nuove tecnologie ci possono aiutare in questo scopo e non sostituirsi ad esso.

3. Un'ultima, ma importante sottolineatura che traggio dalla mia esperienza e responsabilità, insieme all'efficacia, all'appropriatezza, alla qualità nel garantire le cure, è che dobbiamo preoccuparci anche dell'efficienza che è richiesta nel nostro lavoro. Non c'è contrapposizione, come spesso si tende a fare, tra efficacia ed efficienza. Non viene penalizzata l'attenzione alla cura della persona se si è attenti ad un uso appropriato delle risorse che si hanno a disposizione (farmaci, esami diagnostici, tecnologie, spazi, personale, ecc.).

Efficienza vuol dire recuperare risorse in senso lato, che già ci sono e che a volte vengono usate in modo improprio, per destinarle a quello che è lo scopo del nostro lavoro, il motivo per cui esiste l'ospedale. Le risorse non sono nostre, ci vengono affidate, di esse dobbiamo renderne conto, e siamo responsabili ognuno per la propria parte.

La parola "responsabilità professionale" deve arrivare fino a questo punto, non posso non preoccuparmi anche dell'aspetto gestionale, per quanto mi compete: ciò che spreco o utilizzo male, lo sottraggo al paziente, ma anche all'équipe; abbiamo una responsabilità storica per la costruzione del bene comune di cui dicevamo in premessa. L'efficienza non è compito di altri, è di ciascuno, come a casa propria; non è fine a sé stessa, è un fatto etico per rispondere alla domanda di chi ogni giorno arriva in vari modi nei nostri ospedali, nei nostri reparti, nei nostri ambulatori. Se si recupera in efficienza, e margini ce ne sono ancora tanti, c'è spazio per investire e garantire anche quella cura e quei servizi che non avranno mai un margine positivo ma che servono alla persona. Chiudo proprio con due esempi, due casi avvenuti nel nostro ospedale, nel reparto di neuro-rianimazione, che testimoniano come al primo posto c'è la persona come preoccupazione dei professionisti, sia nelle cure che nell'accoglienza e che questo viene prima del calcolo anche economico, ma che può essere realizzato grazie a quanto ho cercato di dire con il mio intervento.

a) Primo esempio:

N.C. nasce nel febbraio 2011 in Congo, viene ricoverata nell'agosto 2011 presso la Neuroranimazione, per idrocefalo conseguente a infezione cerebrale perinatale. La gravità del caso aveva suscitato alcune domande all'arrivo della piccola in reparto:

1. Perché inviare una bimba gravemente denutrita, con un'alterazione cerebrale così importante e con così poche chances?

2. È giusto impegnare risorse preziose per una situazione con esito assolutamente incerto e tale da richiedere ripetuti interventi chirurgici?

Questi interrogativi, che ci hanno tormentato per 100 giorni davanti alle immagini delle TAC e delle risonanze cerebrali, durante gli incontri periodici con neuroradiologi, epilettologi e neurochirurghi, hanno lasciato poco per volta spazio allo stupore per la bimba che progressivamente ripigliava peso e con la detensione dell'idrocefalo mostrava qualche grado di interazione con l'ambiente circostante e con il personale. In breve, la sua presenza ha contagiato tutto il reparto. È sorta così spontanea nel personale la decisione di autotassarsi per garantire il sostentamento alla madre rimasta in Congo. Al suo arrivo la piccola pesava circa 3,5 Kg, di cui una buona quota era rappresentata dall'enorme cranio, non era però in grado di succhiare e riusciva ad assumere 10 ml di latte all'ora. Alla dimissione, il suo peso era aumentato fino a 5,3 Kg e la bimba si alimenta adesso dal biberon assumendo sei pasti giornalieri.

b) Secondo esempio:

B.C. giunge in Ospedale la mattina del 24 aprile 2006 in condizioni di morte cerebrale per la rottura di un aneurisma cerebrale. La donna è gravida, alla 16° settimana di gestazione, come si apprende dal marito. Questi, esprime la volontà che venga salvato il prodotto del concepimento e si decide pertanto di sostenere le funzioni vitali della donna, con tutte le implicazioni ad esse collegate, per garantire, se possibile, la vita del nascituro. Nel frattempo sulla stampa, lontano dalla oggettività della situazione, si era acceso un vivace dibattito tra favorevoli e contrari al mantenimento in vita della donna gravida.

Il 10 giugno viene effettuato il cesareo d'urgenza e nasce una bimba di 700 gr. di peso, vitale, che ha successivamente avuto uno sviluppo normale.

Alla straordinarietà del caso (circa 13 casi menzionati nella letteratura scientifica, fino ad allora), si aggiunge che nei giorni attorno al 10 giugno era stata ricoverata nel nostro ospedale, in condizioni disperate, un'altra donna in coma per un'insufficienza epatica fulminante. Dopo il fallimento di alcuni contatti per un trapianto epatico di emergenza, per una coincidenza fortunata (miracolosa) la compatibilità tra la Signora B. e questa donna era ottima, pertanto dopo il cesareo viene effettuato il prelievo e l'impianto nella ricevente con successo. Anche in questo caso l'attenzione alla realtà ha permesso di salvare due vite: la bimba e la donna con insufficienza epatica. Inoltre, ha permesso a tutti noi di partecipare stupiti al realizzarsi di un bene insperato.



Medicina autoreferenziale o centralità del paziente?

Salvatore Paolo CANTARO

PAROLE CHIAVE: Diritto alla salute e tenuta del Sistema Sanitario – Valori della centralità del paziente ed equilibrio – bilancio – ospedale, non officina – accoglienza, orientamento, comunicazione.

Registrazione difettosa

Ci scusiamo con l'oratore per non aver potuto realizzare il testo integralmente, ci limitiamo pertanto a sintetizzare i contenuti.

Viene evidenziata la problematica della tenuta complessiva dei sistemi sanitari occidentali senza considerare le problematiche acute dei paesi emergenti.

Riferimento alle difficoltà che un Direttore Generale incontra quotidianamente nell'assicurare le prestazioni garantendo equilibrio di bilancio e problematiche del paziente.

Riferimento alle curve di incidenza tra malattie infettive del passato e malattie degenerative oggi e conseguenti ricadute economico finanziarie.

Difficoltà a conciliare le conquiste tecnologiche con i costi.

Modalità di programmazione al centro, per garantire la richiesta delle cure alla persona nella sua totalità.

Riferimento al confronto tra accoglienza del cliente in un grande supermercato e l'accoglienza in ospedale.

Abbiamo molto da fare per garantire l'accesso a tutte le prestazioni.

Valutazione sul grado di invasività di un carcinoma e la prontezza interventistica.

Mettere il paziente al centro non è impresa ardua se facciamo prevalere le idee di giustizia ed equità che nella mente umana sono presenti, rispettando in modo sistematico interessi generali presenti in tutti.



L'ospedalità privata: progetto etico della sussidiarietà

La priorità dell'uomo sull'organizzazione: problemi etici ed organizzativi dell'ospedalità privata alla luce dei principi costituzionali

Emilio CASTORINA

PAROLE CHIAVE: Forma di Stato – Stato liberale – Stato sociale – Uomo e organizzazione – Rapporto tra Costituzione e liceità di talune scelte di fine vita – Principio di sussidiarietà e solidarietà – Accredimento – Convenzione – Futuro ed esigenze finanziarie



Il mio intervento prende spunto dal tema su cui verte la sessione odierna: uomini e organizzazione. Per il giurista e, in particolare, dal punto di vista costituzionale, il rapporto uomo-organizzazione è centrale per la comprensione di ciò che, nel linguaggio specialistico, s'intende per "forma di Stato", vale a dire l'insieme dei principi e dei valori sui quali si fonda il rapporto tra governanti e governati nell'ordinamento statale considerato.

Con la nascita della forma dello "Stato liberale di diritto" – che, in Europa, si realizza tra la fine del XVII e gli inizi del XIX secolo – al cittadino vengono riconosciuti alcuni diritti fondamentali, la cui garanzia è affidata alla legge generale del Parlamento. Lo "Stato sociale" è un'evoluzione dello Stato liberale ottocentesco e si caratterizza per la previsione contenuta nelle Costituzioni del secondo dopoguerra, accanto ai tradizionali diritti di libertà civile (ad esempio: libertà personale, di associazione, di riunione, di manifestazione del pensiero), dei cosiddetti diritti sociali, il cui contenuto consiste in "pretese" da parte del cittadino nei confronti delle istituzioni pubbliche, volte all'ottenimento di "prestazioni" da parte di queste ultime (assistenza, sanità, istruzione, ecc.).

Nelle Costituzioni contemporanee prevale, dunque, l'uomo rispetto all'organizzazione, nel senso che il "principio personalista" (art. 2 della Costituzione italiana) comporta che siano le istituzioni pubbliche a dover "servire" l'uomo, i suoi bisogni, le sue necessità, lo sviluppo della sua personalità, in condizioni di uguaglianza con gli altri componenti della società. Il costituzionalismo nasce e si sviluppa con l'obiettivo di stabilire e conservare detto rapporto a vantaggio dell'uomo, affinché non prendano il sopravvento forme di esercizio del potere prive di "limiti": la legge è, nei sistemi contemporanei, sottoposta, infatti, al sindacato di costituzionalità da parte di appositi organi (Corti o Tribunali costituzionali), deputati a garantire il rispetto dei principi cardine del sistema, che sono patrimonio di tutti e non di una determinata maggioranza parlamentare.

È certamente vero che i testi costituzionali sono conformi ai costumi sociali e alla morale comune di un determinato popolo, ma non sarebbe esatto ritenere che essi possano essere, sempre e in ogni caso, utilmente invocati per dare risposta a problematiche strettamente morali, neppure chiamando in gioco la dignità della persona umana (art. 3, art. 32 della Costituzione italiana) e la preminenza di questa come fondamento delle società democratiche e pluraliste contemporanee.

Un esempio può essere utile al riguardo: mi riferisco a un recente caso di cui la stampa e i media hanno parlato diffusamente, chiedendosi, fra l'altro, se la Costituzione e il principio



della dignità della persona umana si fossero potuti invocare a proposito della liceità di talune scelte di fine vita. Dalla Costituzione, invero, può ricavarsi, in proposito, soltanto che il rapporto tra uomo e organizzazione è un principio-valore, la cui essenza sta nel riconoscimento primario della dignità umana. Questo principio, però, non è facilmente decifrabile dal punto di vista etico, come eloquentemente ha dimostrato il "caso Englaro", al quale facevo prima riferimento.

Infatti, all'interno del Comitato Nazionale di Bioetica si sono fronteggiate due opposte tesi con riguardo alla pratica dell'idratazione del paziente, la cui interruzione, ovvero il cui mantenimento in essere, venivano parimenti giustificati con l'appello, tanto l'una quanto l'altra tesi, ad una distinta concezione della "dignità umana": da una parte, si rammentava che ciascun uomo dispone di un "diritto alla vita", ma non "sulla vita", e dall'altra si asseriva, invece, l'esistenza di un diritto a morire, costituzionalmente protetto, facendo leva proprio sul rispetto della dignità umana sancito nel secondo comma dell'art. 32 della Costituzione. Quest'ultima, in ogni caso, non è deputata a risolvere direttamente il dilemma, la cui disciplina è, invece, nelle mani del Parlamento, che sta dibattendo per una regolamentazione normativa sulle "scelte di fine-vita", la quale, invero, allo stato, non sembra raccogliere ampie convergenze su un testo che possa essere approvato a larga maggioranza. Il lungo dibattito, che stenta a trovare sbocchi in un testo legislativo cogente, dimostra come materie "sensibili", nelle quali sono in gioco sia scelte personalissime, sia valutazioni di natura tecnico-sanitaria, vadano affrontate con il più ampio consenso parlamentare. Ciò è necessario affinché "L'organizzazione" non prevalga sul cittadino in campi così spiccatamente connotati, sul piano etico, da determinazioni personalissime proprie ed esclusive del singolo paziente, non meno che da valutazioni di carattere scientifico e deontologico, con riferimento alla posizione del medico.

Passerei adesso ad alcune brevi considerazioni attinenti alla seconda parte del mio intervento, in quanto l'ordinamento giuridico disciplina il rapporto tra la persona e l'organizzazione amministrativa anche nel campo della tutela della salute, la quale, oltre ad essere un fondamentale diritto dell'individuo, è anche un "interesse della collettività", a mente dell'art. 32 della Costituzione.

Al riguardo, intervengono atti di vario livello e di diversa forza nel sistema delle fonti del diritto: innanzitutto la Costituzione (e, quindi, con l'art. 32 che ho poc'anzi richiamato), poi la legge statale e la legge regionale, gli statuti delle Regioni e, quindi, atti amministrativi generali o anche linee-guida sanitarie, in un sistema, non semplice, di riparto delle competenze normative e amministrative in materia. Allo Stato spetta, comunque, garantire l'uniformità dei livelli essenziali delle prestazioni che il Servizio sanitario (pubblico e privato) deve rendere su tutto il territorio nazionale, in base alla competenza parlamentare sancita all'art. 117, secondo comma, lett. m) della Costituzione. Per quanto attiene, nello specifico, alla Regione Siciliana, con la legge n. 5 del 2009 essa ha posto, tra i principi fondamentali del riordino amministrativo del settore, quello secondo cui il Servizio Sanitario Regionale "ispira la propria azione al principio della *sussidiarietà solidale* e della *complementarietà* tra gli erogatori dei servizi" (art. 2).

C'è da chiedersi quale sia il significato di tali espressioni. Orbene, per poterne comprendere il senso dobbiamo riferirci ad una previsione, di recente introdotta nel testo costituzionale a seguito della revisione del 2001, la quale ha formalmente introdotto, all'art. 118, ult. comma, Cost., la c.d. *sussidiarietà orizzontale*. La disposizione stabilisce che le istituzioni pubbliche "favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".



Per altro verso, il *principio di solidarietà* è sancito all'art. 2 della Costituzione, richiedendo, accanto al riconoscimento da parte della Repubblica dei diritti fondamentali dell'uomo sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, l'adempimento di obblighi solidaristici di natura politica, economica e sociale.

La "sussidiarietà solidale", unitamente alla "complementarietà" degli erogatori dei servizi, comporta, allora, un sistema amministrativo integrato pubblico-privato, nel quale erogatori pubblici e soggetti privati-accreditati sono chiamati ad esaudire la domanda di assistenza sanitaria secondo modalità stabilite dalla legge (statale e regionale), ma, in ogni caso, improntate al principio secondo cui l'intervento dei soggetti privati dovrà essere incoraggiato e sostenuto, secondo un disegno complessivo di impronta solidaristica che tenga sempre al centro "l'uomo" ed i suoi bisogni.

È interessante osservare che, prima dell'entrata in vigore del sistema dell'accreditamento istituzionale, il rapporto tra l'erogatore privato e la pubblica amministrazione sanitaria era basato su un assetto di tipo convenzionale. La differenza tra "accreditamento" e "convenzione" risiede non tanto sulla natura della prestazione resa (che rimane la medesima, legittimata, sostanzialmente, dalla esistenza di un rapporto di natura concessoria), ma sui presupposti giuridici che connotano la figura dell'erogatore privato.

L'accreditamento istituzionale della struttura privata "è un'operazione da parte di un'autorità o istituzione (nella specie Regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie)", purché tali soggetti presentino il "possesso di requisiti prestabiliti (strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, a tutela della qualità e della affidabilità del servizio-prestazioni, in modo uniforme a livello nazionale per strutture erogatrici)", (Corte cost., sent. n. 416 del 1995). Il "contratto di servizio" regola le prestazioni rese, per conto del Servizio Sanitario Regionale, dai soggetti accreditati.

In realtà, detto "contratto" non è negoziato con la Regione o con la ASP, così come può essere discusso o contrattato tra le parti che lo sottoscrivono, uno strumento negoziale paritetico di natura civilistica. Ciò per la ragione che esso, in realtà, è uno strumento di bilanciamento di interessi pubblici e privati, sia pur convergenti, e nel quale questi ultimi non dispongono di reali margini di contrattazione, se non per il tramite delle proprie Associazioni di categoria. Il "contratto di servizio", insomma, s'innesta, a pieno titolo, nello schema della sussidiarietà orizzontale, richiedendosi l'intervento dell'erogatore privato nell'ambito e all'interno della complessiva programmazione regionale e provinciale sanitaria, in cui la parte privata soddisfa le esigenze della sussidiarietà all'interno della programmazione generale e nel rispetto del principio di efficienza, non meno che di libera scelta, da parte dell'assistito, del luogo di cura.

Il "contratto" – a differenza della precedente "convenzione" – ospita, quindi, al suo interno, una regolamentazione giuridica di vari interessi pubblici e privati: da quelli inerenti all'attività di impresa, i quali vengono, in tal modo, indirizzati e coordinati a fini sociali, come richiede il terzo comma dell'art. 41 della Costituzione, a quelli di programmazione e contenimento della spesa pubblica.

Il futuro di questo rapporto, sempre più pressantemente condizionato dalle esigenze finanziarie e di bilancio dell'amministrazione pubblica, sta – a mio parere – nel giusto bilanciamento ed appropriato dosaggio tra esigenze di programmazione, di efficienza, di buon andamento del servizio e spazio garantito alla libera scelta del luogo di cura da parte dell'assistito, poiché, altrimenti, il rischio sarebbe che possa prevalere sull'uomo l'organizzazione, contrariamente ad un indirizzo basilare del nostro sistema costituzionale.



Registrazione non riveduta dall'oratore

Intervento preordinato

Giuseppe GRECO

PAROLE CHIAVE: Carta Europea Diritti del Malato Consulta Regionale della Sanità – Medicina Generale – Informazione.

L'organizzazione della Sanità Siciliana ha rappresentato un caposaldo per favorire il cambiamento rispetto alle altre realtà professionali. In Sicilia, si è dovuti partire dal tentativo di aggiustamento di una situazione fortemente deficitaria e con difficoltà estreme, a realizzare un intervento sulla sanità tramite i servizi diffusamente presenti su tutto il territorio (caratterizzato da grosse e significative presenze dal punto di vista tecnico e professionale). Da politicante, c'erano molte cose da cambiare; però, sicuramente, non si può non tenere conto di queste considerazioni se non si tiene in considerazione il fatto che il cambiamento rappresenta una forte necessità.

Ed in questo cambiamento credo che, come movimento politico, come cittadino e con il tribunale dei diritti del malato, avevo una funzione particolare da svolgere: ero un sostegno per il sistema che doveva cambiare, un sostegno al processo di sviluppo di una nuova sanità. Per questo motivo, ho dovuto fare una scelta di cambiamento. Abbiamo sviluppato una serie di azioni, che noi ritenevamo necessarie e utili, partendo dalla difesa delle istituzioni dei cittadini e quindi dai presidi di sanità. Non solo dai presidi già esistenti, ma anche da quelli che rappresentavano i centri e i luoghi della propria nazione. Ne è venuta fuori un'esperienza importante. A Palazzo dei Normanni fu firmata per la prima volta, tre anni fa, la Carta Europea dei Diritti del Malato, ma nessuna regione poi l'ha applicata in maniera compiuta. Lo ha fatto la Sicilia per prima e lo ha fatto all'interno di un parlamento storico.

In Sicilia vi è stata l'esigenza del cambiamento, in un'ottica fortemente caratterizzata dal punto di vista innovativo, tecnologico. Ne è venuta fuori una storia che si è sviluppata molto, che ha portato anche a dei risultati che non sono ancora quelli definitivi. Credo però che adesso cominci un nuovo confronto serio e che molti dei punti trattati oggi possano essere un avvenimento utile per incontrarsi tutti. All'interno del sistema i cittadini adesso ci sono, prima non c'erano. Abbiamo preteso delle leggi di riordino e che fossero previsti due istituti di rappresentanza, non solo dei cittadini ma di tutte le categorie interessate alla Sanità. Per cui c'è la Consulta Regionale della Sanità, dove c'è l'Ordine dei Medici, dei Farmacisti, dei Biologi, degli Psicologi, delle professioni spontanee ma anche delle organizzazioni del mondo del lavoro e di altre. La Consulta è numerosa, ma ha una vitalità interessante, con i suoi risultati usciti nel giugno 2011, e i suoi 138 pronunciamenti ai test di modifica o di aggiunta sono stati accettati per intero. Ed io stesso, che sono il Presidente della Consulta Regionale della Sanità, ho accompagnato i documenti alla sesta commissione, per dire alle istituzioni che noi le rispettiamo. Li abbiamo accompagnati dicendo che era stato fatto un grosso lavoro dagli Organi Professionali, dalle Aziende Sanitarie, all'interno di ciascuna realtà territoriale. Tenendo conto di quello che è stato fatto, debbo dire che tutti hanno lavorato bene. In due mesi hanno migliorato ulteriormente e hanno fatto 54 raccomandazioni civili



(se così si può dire), tutte utili e interessanti. Noi adesso abbiamo questi strumenti, abbiamo sulla salute un'esigenza di raccordo sul piano territoriale, un bilanciamento di realtà tra di loro differenti, una individuazione dei beni.

Probabilmente, oggi è mancato forse di insistere di più sul percorso fondamentale, che è quello del territorio centrato sulla medicina generale, perché non vi è dubbio che il grosso sul lavoro erano le articolazioni e i movimenti del ritorno in famiglia. Sul territorio il problema viene gestito attraverso forme che devono essere nuove e che devono abbandonare il vecchio metodo. Ma deve essere un metodo innovativo, fatto anche con delle società che diano veramente dignità alla partecipazione, alle riforme più opportune e più utili e sicuramente che diano spazio anche a forme avanzate.

Molti riferimenti sul piano etico, ma anche sul piano sostanziale del profilo della vita e della morte, sono rappresentati da alcune realtà molto avanzate e innovative. Tuttavia, queste vanno mediate in quella cosiddetta medicina di prossimità che forse interessa i cittadini più dell'ospedale.

In Sicilia c'è bisogno di una buona informazione sul piano della Sanità e qui probabilmente ci sarà un altro convegno da fare. Serve un sostegno, un aiuto per questa buona Sanità che si sta sviluppando con un certo fermento dalle nostre presenze qui, ma anche dalle presenze esterne. Pensate ad Arezzo, a Viareggio, che sono luoghi di grandi incontri di Sanità. Siamo stati presenti, hanno richiesto che ci fosse la Sanità Siciliana, perché si parla di una Sanità Siciliana nuova che sta crescendo, e che si sviluppa a tutti i livelli. Per cui, gli auguri che a volte noi ci sentiamo di fare sono anche gli auguri per queste realtà che si stanno impegnando attivamente in questo processo. Però, ci sono ancora altre realtà che probabilmente hanno bisogno di questo supporto.



Registrazione non riveduta dall'oratore

Intervento preordinato

Don Antonino SAPUPPO

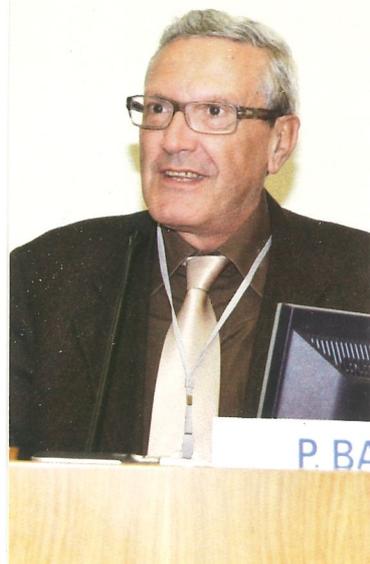
PAROLE CHIAVE: Ascolto, condivisione, accoglienza, pazienza, delicatezza, simmetria tra interlocutori – Etica e uomo nella dignità dell'uomo.

Mi è stato affidato il compito di dare una riflessione, fortunatamente in poche battute, in merito all'etica di curare l'uomo. Provvedere alle capacità altrui sembra essere una capacità intrinseca: se una persona cade tu sei pronto ad alzarla, se una persona è ferita tendi subito a soccorrerla. È una facoltà in un continuo divenire, crescere all'interno dell'anima di Gesù tra i reparti di un ospedale, o nelle stanze di abitazioni in cui dimorano malati e disabili. Un complicato coinvolgimento della ragione e delle emozioni; è il luogo dove la componente razionale e quella affettiva si stringono la mano. È il luogo in cui sentire diventa sapere. Il rispetto della persona, che si trova in situazione di bisogno, obbliga ad intervenire concretamente. Costituisce la situazione primaria che spinge all'azione e non consente di sottrarsi alle proprie responsabilità. E quindi, parlare dell'etica del prendersi cura significa parlare di tante cose. In primo luogo l'ascolto, come è già stato detto da altri: l'ascolto del paziente viene preso come attitudine dal diffidare della propria sensibilità. Quindi non è solo ascoltare, non è una persona che parla e tu ascolti le voci, ascolti i suoni che vengono emessi. È una vera e propria scuola, nella tua persona riuscire ad affidare la capacità e non solo un semplice esercizio di una facoltà organica. Il coinvolgimento deve essere vissuto non solo come coinvolgimento e impiego corretto, un'empatia con l'altro, ma anche come decisione personale ad alimentare i propri valori di riferimento e le proprie scelte per attingere ad un significato più ampio oltre la scelta professionale. Poi, l'altro aspetto importante, secondo me, è la condivisione, cioè la possibilità di comunicare i propri vissuti. Abbiamo ascoltato in questa giornata tante storie, tante parole da libro, tante parole da vita, e quelle da vita hanno suscitato un applauso. Ciò significa che c'è un'esigenza, da parte nostra, di un'autenticità della vita, di un'autenticità dell'esperienza, che forse a scuola era più autentica.

La scuola dà più insegnamenti. Allora, come riflessione da teologo, sono propenso non solo per capacità personali ma anche per l'ufficio che ricopro. Ho pensato ad alcuni principi dell'etica del prendersi cura, a principi che ci portano alla riflessione, ma anche alla critica. Ho pensato al principio dell'icona, a quello della pazienza e a quello della delicatezza. Il principio del rigore si riferisce, in modo specifico, solo alle scienze della salute a partire dallo studio delle situazioni in cui i soggetti si trovano in condizioni svantaggiate. L'attenzione al rigore si pone come a distanza della questione del dettaglio, in quanto tutto ciò che ha a che fare con la persona non è di interesse. In tal senso, lo stile rigoroso non è pignoleria che si esprime in diversi livelli, organizzativo, informativo, tecnico, e razionale. Il rigore, allora, diventa tensione a non deviare dal cuore i problemi, non ad essere, come diciamo in siciliano, "pillidusu", "pesante", quanto invece responsabile di una persona che ti sta davanti, per cui tu devi sapere ogni cosa. Il secondo principio è il principio dell'accoglienza. La vera e propria



empatia nel sentire, non compassione nel senso negativo, ma proprio riuscire a sentire l'altro, così com'è, per poter capire anche gli sguardi delle esigenze. E tutto questo, è la pazienza che non tutti i medici hanno, cioè riuscire a comprendere e a rispettare i tempi dell'altro, i tempi dell'ignoranza, i tempi della malattia per la sofferenza. Non tutti riescono a capire le parole mediche, le parole specifiche, le parole tecniche, ad utilizzare un linguaggio semplice e, oltre che carità, esercitare da parte del medico il principio per il dolore con la pazienza. Il principio della delicatezza vuole dare le coordinate dell'approccio che l'operatore sanitario deve avere nei confronti della persona malata. Esiste una simmetria tra malato e medico, una simmetria evidente: quello sta bene, quello sta male. Non solo, lui sa come intervenire, il malato no, non sempre. Allora, all'interno di questa simmetria, la delicatezza, il saper dire le cose, l'attenzione alle parole diventa un principio etico fondamentale. Il principio della delicatezza non è qualcosa da prete o da suora, è qualcosa che deve essere costitutivo dell'operatore sanitario: dire le parole, saperle dire per poter già iniziare una terapia. Il principio che ho esposto richiama l'operatore all'attenzione nei confronti della persona, della sua umanità, attraverso un atteggiamento cauto, attento a non ferire un individuo di per sé già afflitto dalla malattia. Spesso si parla di umanizzazione della medicina, però se non si passa dall'umano, se non si passa da questi principi fondamentali, non penso che si possa realizzare una vera e propria umanizzazione della medicina e questo perché il principio fondamentale è che ognuno di noi deve possedere, nell'esercizio delle proprie funzioni e della propria professione, è proprio il principio della dignità della persona umana. Il Professore ha detto che è difficile riuscire in modo istituzionale, "costituzionale", perché fa parte dell'intimità della persona. Tutto ciò che appartiene all'aspetto invisibile della persona è difficile da dire, da decifrare anche attraverso le leggi. Allora, l'etica del prendersi cura è un'etica che pone l'uomo nella dignità dell'uomo.



Registrazione non riveduta dall'oratore

Conclusioni

Piero BANNA

Difficile ed anche impossibile trarre delle conclusioni. Gli argomenti esposti sono stati ricchi di spunti di riflessioni e richiedono sicuramente ulteriori momenti di approfondimento e di incontro. Mi limiterò a richiamare *tre annotazioni*. La prima riguarda la crisi che ha colpito il nostro Paese e che è stata richiamata da tutti i relatori. Si tratta di una crisi economico-finanziaria, politico-sociale, esistenziale e di valori. Questa condizione, che affligge la vita, le relazioni e l'organizzazione di tutti i sistemi, rappresenta al tempo stesso una grande occasione di rinascita, una grande opportunità perché, come alla fine ha richiamato il dott. Cantaro, ci troviamo in un momento di rallentamento e di ripensamento. Quando si ripensa, occorre mettere in discussione tutto quello che non va e ripartire da nuovi punti fermi e da nuovi valori, soprattutto quelli che riguardano il capitale umano, il più prezioso ed anche il più deteriorato. Ricordo che quando nel mondo della Sanità venne proposto ed attuato il "modello aziendale", lo affrontammo ricchi di fiducia e di speranze. Poi, però, si misero in evidenza limiti, contraddizioni, esasperazioni e contaminazioni, soprattutto da parte del mondo della politica, che hanno portato all'attuale collasso.

Oggi, la crisi che viviamo ci pone drammaticamente a dover riconsiderare tutto ed effettuare nuove scelte. La prima opportunità, che non possiamo perdere, è quella di riportare l'uomo al centro di tutti gli interessi e le attività del mondo sanitario. La seconda annotazione riguarda un altro argomento, richiamato in quasi tutte le relazioni, cioè quello delle risorse. Il prof. Cesana ci ha chiarito una cosa: le risorse servono per le spese e diminuiscono nella misura in cui aumentano le *spese necessarie*, come ad esempio quelle per l'unità spinale, per l'unità della terapia intensiva. Un discorso a parte va fatto, nell'ambito dell'economia sanitaria, per quelle spese che riguardano l'acquisto e l'utilizzo di particolari e costosi farmaci e devices (ad esempio il costosissimo anticorpo che fa prolungare la vita di tre mesi), sui quali sono aperte discussioni sul loro reale vantaggio in termini di costi/benefici. Ci si ritrova su posizioni differenti in relazione alla visione antropologica dell'uomo-paziente e dei suoi diritti costitutivi. Su questi argomenti è necessario soffermarsi e ripensare a nuovi atteggiamenti e comportamenti.

Accanto alle risorse e sempre e proporzionalmente ad esse, ci sono gli *sprechi* e la *corruzione*, che intaccano gravemente la reale disponibilità di esse. E allora anche queste due voci importanti vanno ripensate, affrontate, ridotte ed eliminate. Risulta altrimenti troppo, ma anche velleitario, dire e protestare perché non ci sono soldi o perché le risorse non sono sufficienti. Affrontiamo seriamente e con provvedimenti drastici queste pene capitali di sprechi e corruzione. L'ultimo argomento, richiamato nel titolo "*Curare l'Uomo*", e scelto per questo convegno, riguarda il *rapporto medico-paziente*. Proponiamoci una domanda: "Come può un medico che cura un uomo malato che ha una richiesta di salute, di salvezza e di risposta al



perché, dargli una risposta, se lui non ha la risposta al *perché*?" Può tentare di dargli una risposta apparentemente tecnica, ma ci sono momenti in cui il malato chiede una risposta più radicale, chiede ed implora di sapere perché proprio a lui e quale sarà il suo destino; ben oltre la domanda e l'aspettativa di cura e di guarigione.

La risposta tecnica si basa sulle conoscenze e sull'impiego di tecnologie che hanno reso possibile un reale progresso scientifico nella cura dei malati. Sviluppo tecnologico e progresso scientifico sono inevitabili ed inarrestabili e procedono con logiche e leggi proprie. L'uomo può solo tentare, anche con difficoltà, di dominarli ed indirizzarli alla realizzazione del Bene dell'Uomo. Il rischio reale ed incombente è quello di restarne fuori ed estromessi.

Il rapporto medico-paziente è radicalmente cambiato in questi ultimi trent'anni, passando dal modello autoritario a quello contrattuale. Non c'è più a disposizione il lungo periodo di ricovero durante il quale due umanità si incontravano, si conoscevano e comunicavano. Ormai, tutto va fatto in tempi brevi, in ricovero breve, ed il tempo a disposizione per l'incontro tra medico e malato si è ridotto al punto che, in alcuni casi, chirurgo e malato si vedono a malapena o addirittura l'uno non conosce la fisionomia dell'altro.

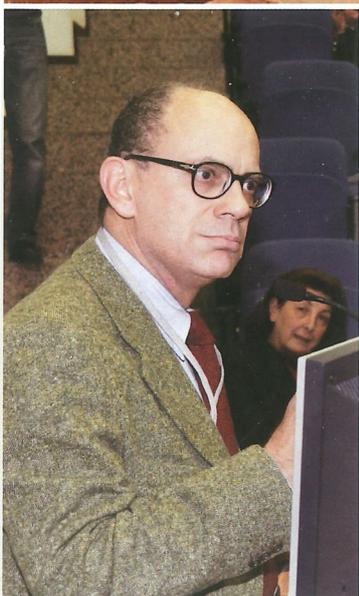
Nella rivista "Il Morgagni", dedicata e distribuita oggi in occasione di questo Convegno, racconto la mia esperienza di specializzando, quarant'anni addietro, allorquando fui rimproverato perché il malato si era alzato in decima giornata anziché in dodicesima. Oggi, siamo arrivati al punto che molto spesso il malato va a casa dopo poche ore dall'intervento, comportamento che ho fatto estremizzare nella vignetta allegata, dove il chirurgo insegue il paziente frettoloso che va via prima del completamento della sutura!

Come si fa a stabilire un rapporto interumano quando la dimensione spazio-temporale dell'incontro è ridotta in tempi quasi inesistenti? Ricordo solo che il 7 settembre del 2001, quattro giorni prima dell'attentato alle Torri Gemelle, è stato eseguito il primo intervento di telechirurgia transoceanica, la cosiddetta "Operazione Lindbergh", consistente in una colecistectomia, eseguita dal chirurgo Jacques Marescaux, che si trovava a New York, non in una sala operatoria ma in uno studio di telematica dinanzi a una consolle simile a quella dei videogiochi, mentre il paziente si trovava a Strasburgo. In questo caso ed in molti altri analoghi, qual è il luogo dove si può stabilire il rapporto tra il chirurgo ed il paziente?

Concludo riportando una recente esperienza personale che richiama alla reale domanda di salute del malato e dei suoi familiari, una domanda che va oltre quella della cura e della guarigione. Mi sono trovato all'Ospedale Cannizzaro di Catania nel reparto di Rianimazione e Terapia Intensiva. Le pareti esterne vicine alla porta d'ingresso, rigorosamente chiusa ed inaccessibile fuori orario, sono tappezzate per intero da disegni e scritte con pennarelli, foglietti di quaderni e "pizzini" scritti a mano, immagini di santi e madonne. Tutti con una sola intenzione: la richiesta accorata, l'incitazione e l'esortazione, la preghiera del risveglio del familiare, dell'amico. Una devozione popolare che va oltre le prestazioni della modernissima tecnologia ma che affida la commovente speranza ad appelli sgrammaticati scritti con il cuore. Ve ne leggo uno, sgrammaticato ed in dialetto, di una efficacia prorompente: "MBA-RE ANTONIO MA CHI SPACCHIU A FARI, AVI 6 IONNA CA STA RUMMENNUNU TRANQUILLU PE TO CAZZI e NOI CA ASPITTAMU A TIA CA T'ARRUSBIGGHI. CÀ FARI, TI VO AIUTARI, FOZZA, CA SI NA MACHINA RI GUERRA E NON TI PUO ABBATERE NESSUNO. FOZZA MBARE TONY, TI VULEMU TROPPU BENI!!!

TI MANNA A SALUTARI ME FRATI SALVUCCIO, CA PER ORA NON TI PO VENIRI A TRUVARI"

Come si può resistere a questo appello?



Registrazione non riveduta dall'oratore

Conclusioni

Carlo SAGGIO

PAROLE CHIAVE: Umanità nuova – Scetticismo Fatalismo – Mettersi insieme.

Ho vissuto con grande interesse questa giornata ed ho anch'io partecipato con passione ai vostri lavori, pur non avendo competenze specifiche in campo medico. Mi permetto di fare due osservazioni. La prima: ciò cui abbiamo assistito, meglio abbiamo partecipato, nelle due sessioni di lavoro, è stato il tentativo che nasce da una "umanità nuova" di muoversi, anziché fondarsi su preconcetti o su sistemi ideologici, partendo dalla realtà. La realtà costituita dagli ammalati e la realtà costituita dal nostro cuore, con tutte le esigenze che lo caratterizzano. In qualche modo abbiamo visto come possano cambiare tante cose quando si stabilisce un rapporto fattivo tra la persona del medico, con tutte le capacità e le esigenze che la costituiscono, e la persona dell'ammalato, con tutte le capacità e le esigenze che la costituiscono. Da questo rapporto così aperto, così creativo, così pieno di interesse per l'altro, può nascere una socialità nuova, può nascere qualcosa di buono e di vero per tutti.

C'è un rischio: il rischio dello scetticismo e del fatalismo, cioè il non credere che ciò che abbiamo visto e che ci ha convinti, e in qualche modo commossi, possa poi verificarsi nella nostra realtà, nel nostro specifico posto di lavoro, con i nostri colleghi e i nostri collaboratori, e con i nostri malati. Dobbiamo vincere questo rischio. Questa novità, così semplice e appassionante, può cominciare subito domani, nei nostri luoghi di lavoro e con chiunque.

Seconda osservazione: per vincere lo scetticismo bisogna avere il coraggio e la disponibilità di mettersi insieme e da soli è davvero difficile. Dalla disponibilità a mettersi insieme nascerà, da subito, in ogni luogo, qualcosa di nuovo e di vero. Magari è un tentativo piccolo che richiede molte correzioni, ma nuovo e vero.



Ne hanno scritto...

Santa Teresa di Calcutta

Proprio nella malattia v'è la speranza perché è il momento della verità nel quale si scoprono i veri valori dell'esistenza umana, perché c'è nella malattia un mistero che resta il mistero di Dio.



Fiorenzo Angelini Cardinale

Primo Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari istituito da SS Giovanni Paolo II = Quel soffio sulla creta Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari Città del Vaticano 1990.

In ogni parte del mondo, sempre e da tutti, la domanda di salute è domanda di vita, fede nella vita, amore alla vita. Nel modernissimo ospedale di un opulenta metropoli, come nello sperduto ambulatorio di un poverissimo villaggio, negli occhi di chi si affida ad un luminaire della scienza come di chi implora un primo soccorso, anche improvvisato, c'è un'implorazione di vita. Nella religione cristiana Dio è chiamato «il Vivente» e «il Signore della vita». Gesù, Uomo-Dio, è per sua espressa definizione, «via, verità e vita». L'incarnazione e la Redenzione, nel disegno di Dio, sono intese per dare la vita e darla in abbondanza. Termine e concetto di vita sono misura della scienza medica e dell'assistenza sanitaria: tutta la vita di ciascun essere umano, senza discriminazioni di sorta, dal suo concepimento al suo naturale tramonto.



Nella sua Lettera apostolica «Salvifici doloris» sul significato cristiano della sofferenza umana, Giovanni Paolo II ha ravvisato nella figura evangelica del Buon Samaritano il modello perenne dell'Operatore Sanitario. Quella sublime parabola evangelica, è un capolavoro di psicologia ed un compendio straordinariamente efficace di deontologia medica. Nel Buon Samaritano l'azione terapeutica è accompagnata da uno spirito, da una dedizione, da un'attenzione ai minimi particolari che interpellano la nostra coscienza. Chi è impegnato nel servizio al malato è il protagonista e l'artefice della sua speranza, colui che lo toglie dalla solitudine avvilente della paura e dello sconforto. Il rapporto medico-malato può farsi espressione altissima di comunione umana. Questo è il traguardo. La ricerca può considerarsi quasi un punto di partenza, ma essa sarà davvero servizio all'uomo se avrà costante il riferimento al traguardo da raggiungere.



Dal giuramento di Ippocrate al più moderno codice deontologico ci incontriamo con l'enunciazione e la difesa di alcuni principi etici che sono alla base dell'esercizio della professione medica. L'esperienza insegna, tuttavia, che il rapporto medicina e morale, scienza medica ed etica non è stato mai un rapporto scontato. Lo dimostrano anche oggi le discussioni provocate dalle più recenti acquisizioni della tecnologia in campo biologico e genetico. Tanto è vero che questo difficile rapporto ha, per così dire, imposto il sorgere di quella particolare disciplina che va sotto il nome di bio-etica.

Parlando poi di ricerca scientifica e di malato, va detto che, in qualche misura, ogni Operatore Sanitario ha un suo impegno di ricerca scientifica, nel senso che deve avvalersi della sua specifica preparazione per meglio conoscere l'infermo e meglio provvedere alla sua cura. Sarebbe errato quindi, quando ci si riferisce alla necessità di una visione etica della propria professione di sanitari, guardare alla ricerca scientifica soltanto come a quella specialistica o di laboratorio, dimenticando che il contatto con l'infermo dev'essere sostenuto da una costante curiosità professionale che aiuti a capirlo nelle irripetibili manifestazioni della sua particolare condizione. Il pericolo della routine e del mestiere, l'inevitabile abitudine ed il peso delle circostanze personali e di ambiente non sempre favorevoli possono spiegare ma non giustificare quella rilassatezza per cui, per esempio, mentre in Italia lo Stato appronta per l'assistenza sanitaria cifre enormi, il corrispettivo in termini di efficacia è spesso sproporzionato in negativo.

Non basta affermare che la medicina è al servizio della vita, bisogna riconoscere il valore vero della vita. Soltanto così l'etica diventa componente stessa della cultura della salute, aspetto completamente irrinunciabile. Per la scienza, e indipendentemente dalla fede, la vita, nella sua prima origine, resta un mistero. Nessuna ipotesi formulata è in grado di spiegare l'origine della vita. La risposta cristiana non cancella il mistero, ma lo illumina in modo da renderlo anche razionalmente affascinante. Per la fede cristiana, infatti, la vita è un dono di Dio; di qui il suo valore inestimabile. Di qui il fondamento etico cui può riferirsi la scienza senza abdicare ai propri diritti, bensì arricchendoli.

In campo medico sanitario tale contraddizione è particolarmente palese. Il dato umanissimo della socializzazione della medicina resa possibile dal progresso della scienza e della tecnica in tutta la sua articolazione interdisciplinare ha sovente trasformato gli assistiti da persone in numeri, il servizio loro reso da partecipazione a freddo rapporto burocratico. Non solo, ma intorno al mondo della salute e della malattia sono confluiti interessi, finalità, strumentalizzazioni politiche che vedono l'infermo e chi ha bisogno di cure sempre più solo, sempre meno avvicinato nelle sue più profonde esigenze umane.

Formazione etica permanente del medico significa conoscenza delle molteplici e complesse implicazioni indotte dalla interdisciplinarietà delle diverse scienze. La medicina, nei suoi risvolti etici, non è un compartimento stagno. E soprattutto lo sviluppo tecnologico ha portato la scienza medica a legarsi con discipline che comportano, a loro volta, un indirizzo etico nella loro applicazione. Ne è sufficientemente consapevole la classe medica? Coloro che sono impegnati nella formazione dei futuri medici, ne hanno coscienza per questo ritorno all'assunto iniziale sulla indissociabilità tra etica e medicina, o procedono di pari passo e rischiano di divaricare pericolosamente? E affinché possano muoversi con reciprocità, l'una e l'altra devono avvalersi



di quella formazione permanente che è sforzo incessante di rispondere ai problemi di oggi offrendo soluzioni capaci di risolverli oggi. Il medico non può delegare ad altri la valutazione etica del proprio operato, proprio perché essa non attiene la verifica, ma è pregiudiziale deontologica del suo essere e del suo agire.

Per molti ammalati l'incubo dell'ignoto è un peso assai maggiore che non la conoscenza della loro malattia, per quanto grave essa possa essere. Tuttavia, la verità, sia intenzionalmente che oggettivamente, deve venir trasmessa nel contesto globale della terapia. S'impone, quindi, non soltanto una certa gradualità, ma una preparazione alla conoscenza della verità ed un modo particolare di presentarla. Conoscenza che deve aiutare l'infermo a guardare al proprio stato nel quadro generale della propria esistenza e dei suoi rapporti con gli altri, soprattutto con le persone care.

Francesco d'Assisi

Da il Cantico di Francesco D'Assisi nello specchio della creazione - Edizione Paoline

Laudato si mi signore p sora
nostra morte corpale. da la quale nullu
hō vivete pō skappare. guai a quelli ke
morrano ne le peccata mortali. beati quel
li ke trovarane le tue sc̄issime volūtati
ka la morte secūda nol farrà male.

*Laudato si', mi' Signore,
per sora nostra Morte corporale,
da la quale nullu homo vivente
pò skappare:
guai a quelli ke morranno
ne le peccata mortali;
beati quelli ke trovarà
ne le tue sanctissime voluntati,
ka la morte secunda lo 'l farrà male.*

Si può lodare la morte, riconoscerla come amica, come sorella? Non è, in fondo, rassegnazione e ostilità nei confronti della vita, secondo un'accusa spesso rivolta alla religione cristiana? Ma, Francesco accetta la vita e il mondo con un tale ardore che non è stata certo l'ostilità per la vita a indurlo a cantare le lodi della morte e della sofferenza. Riconosce e gode della bellezza del mondo; la forza del fuoco, il luccichio delle stelle, lo splendore del sole e il verde della terra gli svelano la grandezza e la bontà divina. Perciò, ai suoi occhi, la morte diventa la porta attraverso cui si può entrare nel regno eterno. Il credente sa che nella morte incontrerà Dio. Egli si è fatto uomo e ha accettato i limiti delle creature. Ha varcato il confine della morte e sta ora sull'altra sponda della nostra vita. Là, il Signore ci attende con l'amore che ha donato al mondo sulla croce. È divenuto uguale all'uomo per offrirci la gloria della nuova vita.





Umanizzare la medicina Ruolo del medico e dell'Operatore Sanitario

(da "Il Morgagni", Giornale di Clinica e Terapia, Anno X, n. 15, 2007)

di Salvatore CASTORINA

Presidente Associazione Medici Cattolici Italiani - Sezione Catania

Presidente Fondazione Mediterranea "G.B. Morgagni", Catania

Mi piace introdurre questa nota, appropriandomi della riflessione che lessi su una locandina che annunciava un Convegno in memoria di Madre Teresa di Calcutta.

«Proprio nella malattia v'è la speranza perché è il momento della verità nel quale si scoprono i veri valori dell'esistenza umana, perché c'è nella malattia un mistero che resta il segreto di Dio». Al cospetto della malattia l'uomo resta sgomento. Non ne capisce il senso. Perché il dolore terebrante? perché la dispnea? perché il deficit funzionale? perché le ulcerazioni devastanti la bellezza? perché le profuse angoscianti emorragie? perché i vomiti squassanti? perché esperienze così logoranti spesso anticipanti il momento del trapasso?

L'uomo si ferma senza risposta: spera di capire, ma non lo capirà perché è un mistero che resta il segreto di Dio, se non si apre alla speranza dell'incontro con la "verità", l'incontro con Dio.

Per la scienza mistero è la vita nella sua prima origine se rifiutiamo che la casualità dell'incontro Idrogeno-Azoto nel Big Bang possa rappresentare l'innescò per la realizzazione della molecola ribo nucleo proteica.

Mistero è la morte, conclusione irrazionale di un meraviglioso equilibrio biologico che si realizza in ogni essere vivente.

"La Rivelazione Cristiana non cancella il mistero della vita e della morte ma lo illumina in modo da renderne anche razionalmente affascinante, la risposta (Fiorenzo Angelini - "Quel soffio, sulla creta". Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari) - Roma 1990.

Tra il malato e la malattia si pone un interlocutore, ritenuto necessario portatore di speranza, personaggio faticosamente formatesi nella storia della medicina, dallo stadio di totale ignoranza delle cause delle malattie e della loro cura, fino al 3° millennio, che si apre ricco di buoni auspici verso la pienezza di conoscenza biologico - medica. Quell'uomo è il medico.

Nel gennaio 1987 la conferenza internazionale degli Ordini dei Medici ha definito il compito del Medico affidandole la difesa della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della persona umana, senza discriminazione di età, razza, religione, nazionalità, condizione sociale, ideologia politica e di qualsiasi altra natura in tempo di pace come in tempo di guerra.

Tra il medico e il malato si pone poi il personale paramedico che costituisce la spina dorsale del luogo di cura.

Gli/le infermieri/e si trovano in contatto continuo con il malato ospedalizzato. Questi svolgono un ruolo psicologico per aiutare il malato, almeno altrettanto importante del ruolo che essi svolgono sul piano delle tecniche sanitarie.

È stato detto che è l'arrivo dell'Infermiera moderna nell'ospedale che ha introdotto i principi di igiene e di pulizia.



Dopo l'ultima guerra le organizzazioni professionali delle Infermiere/i tentano di elaborare una filosofia della loro professione.

Il 10 luglio 1953, una riunione del consiglio internazionale delle Infermiere/i, promulgava, a San Paolo un codice internazionale di etica e di deontologia professionale dell'Infermiere/a, codice di cui cito alcuni articoli.

1. La responsabilità fondamentale dell'Infermiere/a è tripla. Conservare la vita, alleviare le sofferenze, migliorare la salute.

2. L'infermiere/a ha il diritto di eseguire le prescrizioni mediche con intelligenza e lealtà e di rifiutare di partecipare ad azioni che la deontologia condanna.

3. L'infermiere/a deve risvegliare e incoraggiare la fiducia verso il medico e gli altri membri dell'équipe sanitaria. L'incompetenza o una condotta non conforme alle regole della deontologia devono essere segnalate, ma soltanto all'autorità responsabile.

4. L'infermiere/a collabora e mantiene delle relazioni armoniose con i membri della comunità ospedaliera.

L'asse sanitario di un ospedale è supportato inoltre dall'opera degli amministrativi e dei tecnici manutentori, essi stessi partecipi dell'operazione salute.

Tutto questo gruppo di gente ponendosi nella condizione di intervenire sul malato e sulla malattia deve interpretare l'esperienza "malattia" e decidere come reagirvi. I concetti di malattia e salute sono importanti perché influenzano le modalità e gli obiettivi del trattamento medico. Una comprensione meccanicistica o tecnologica della malattia che vede l'uomo come una macchina, richiede una terapia strutturata come una riparazione meccanica e per conseguenza una relazione terapeutica analoga (tecnico con macchina guasta).

Concetti più personali richiedono tipi di terapia e di rapporto terapeutico corrispondenti.

In questo scenario si inseriscono uomini e strutture che si assumono il ruolo di curare: malattia "Guasto meccanico" o "Mistero che resta il segreto di Dio?".

La veduta del cristiano è che l'Ospedale accogliendo il malato deve prendere coscienza di operare per l'uomo, unità di valori corporei e spirituali.

L'umanizzazione dell'Ospedale, dipende dal carattere umano dell'organizzazione dell'Istituto e della relazione tra gli uomini e le donne che vi lavorano. Le condizioni per un clima sereno della vita ospedaliera, le tecniche di accoglienza del malato il ruolo essenziale del medico costituiscono con il comportamento e l'azione di un personale ospedaliero, contento e motivato, i pilastri dell'umanizzazione.

L'operatore sanitario deve trovare la ragione del proprio impiego lavorativo nel servizio dell'uomo malato che si affida alle sue cure: medico, infermiere, impiegato addetto ai vari compiti (dall'amministrativo al logistico funzionale che permettono alla struttura di funzionare), cappellano, farmacista, amministratore, dirigente. Queste figure devono avere la consapevolezza di vivere col malato il mistero della sofferenza e per questo devono possedere una chiara ed esplicita coscienza di questa specifica vocazione.

La struttura assistenziale medica si esprime nel nostro paese con organi che l'OMS definisce: elemento qualificante dell'organizzazione sociale.

Tali organi sono:

Ospedali - Istituzioni direttamente gestite dalle AUSL o dalle Aziende Ospedaliere a secondo le caratteristiche di complessità organizzativa.



- ▶ Policlinici universitari - Gestiti dalla Facoltà mediche accreditati col Servizio Sanitario Nazionale.
- ▶ IRCCS-Ospedali rilievo nazionale - Finalità di ricerca in campo biomedico, organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Prestazioni di ricovero e cure. Afferiscono a Ministero Tesoro, Università, Conferenza Stato, Regioni.
- ▶ Case di Cura - Assistenza svolta da istituzioni private con vigilanza Regionale, AUSL.

La genesi delle istituzioni ospedaliere, almeno nei Paesi dell'area mediterranea, ha una matrice di carattere essenzialmente etico-religioso, legata alla necessità di fornire una forma di assistenza generica nei confronti degli strati sociali più modesti e bisognosi e degli stranieri.

Compaiono significativamente nell'alto medioevo gli xenodochi, situati lungo le vie percorse dai pellegrini e legati prevalentemente alle iniziative di ordini religiosi, cavallereschi e delle scholae. Anche nell'evo antico però sono individuabili istituzioni ospedaliere, quali, ad es., i valetudinari riservati agli schiavi, le infermerie esistenti presso gli accampamenti fortificati romani e i luoghi di culto dedicati a divinità guaritrici, quali Esculapio, Serapide, la dea Febbre, Giunone Lucina, etc. Un'ulteriore componente che interviene nella caratterizzazione delle istituzioni ospedaliere, è quella dettata dalla necessità di isolamento e di segregazione per i malati affetti da forme contagiose e altamente diffuse o da malattie mentali.

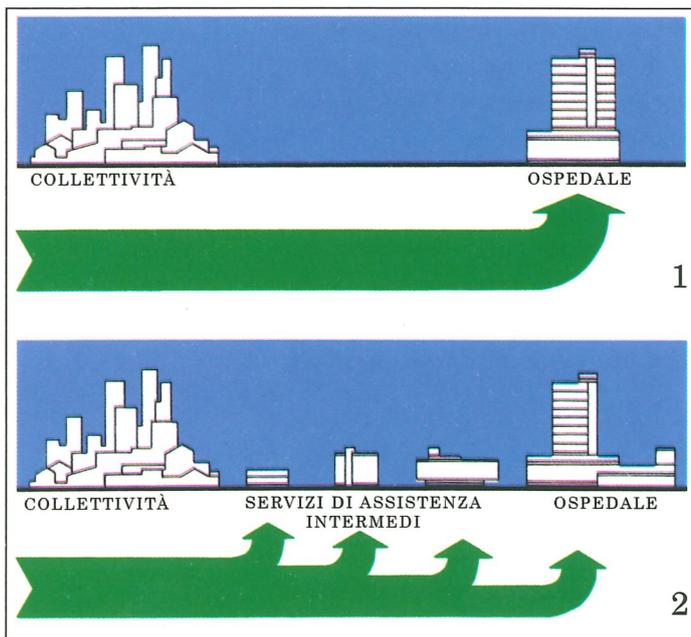
In un periodo successivo, il maggior affinamento delle conoscenze e delle tecniche nel campo medico ha favorito la costituzione di unità operative specializzate che hanno rappresentato i nuclei di aggregazione di forme e di strutture edilizie più complesse ed organizzate.

A questo fenomeno di accentramento si è accompagnato un processo di isolamento e di chiusura, che ha contribuito a segregare l'ospedale dal contesto del territorio con il conseguente allentamento dei legami della struttura centralizzata nei confronti della comunità.

In seguito l'ospedale si è istituzionalizzato e ha assunto il carattere di unità di ricovero e cura ad alta specializzazione sia per quanto riguarda la professionalità del personale impiegato che per quello che concerne la dotazione delle attrezzature e degli impianti tecnologici installati. A questa concezione tecnicistica dell'ospedale, oggi si va sovrapponendo una nuova immagine più umanizzante, caratterizzata da una dinamica evolutiva che proietta l'ospedale stesso verso l'ambiente esterno. L'attuale indirizzo della pianificazione ospedaliera postula pertanto l'intensificazione dei rapporti tra ospedale e strutture extramurali, per ottenere condizioni favorevoli al conseguimento di un'integrazione dei servizi di assistenza e di un miglioramento della qualità delle prestazioni, anche in armonia con gli obiettivi fissati nel nostro paese dalla L. 23 dicembre 1978, n. 833, relativa alla Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

All'Ospedale Pubblico si affianca l'Istituto Privato, la Casa di Cura. E questa una struttura gestita da privati, persone fisiche o giuridiche, che

Schema del collegamento tra ospedale e comunità: 1) secondo tradizione; 2) secondo i moderni orientamenti.





ricoverano soggetti ai fini diagnostici, curativi, riabilitativi. L'autorizzazione alla costruzione, apertura e gestione è regolata da norme di Stato.

Le Case di Cura, a secondo delle caratteristiche delle ragioni sociali, si distinguono in laiche e religiose.

Le prime fanno capo a privati o società: le seconde sono l'espressione della testimonianza storica, nel mondo, del mantenimento del ruolo delle Chiese nei riguardi della vocazione all'assistenza agli infermi. Fanno capo a Istituzioni religiose.

In Italia la gran parte delle Case di Cura laiche è raccolta in Associazione dall'A.I.O.P. (Associazione Italiana Ospedalità Privata) mentre le Case di Cura religiose fanno capo all'A.R.I.S. (Associazione Religiosa Istituzioni Sanitarie). Esistono infine strutture Sanitarie a gestione privata, a carattere scientifico o clinicizzate in quanto sede di cattedre universitarie. In totale circa 70.000 posti letto.

Dal punto di vista della tipologia si classificano in:

- ◆ Medico-chirurgiche generali;
- ◆ Polispecialistiche mediche;
- ◆ Polispecialistiche chirurgiche;
- ◆ Monospecialistiche (mediche o chirurgiche);
- ◆ Ad indirizzo particolare Sanatoriali, Preventoriali, Riabilitative, Neuropsichiatriche.

Dal punto di vista della operatività la Casa di Cura, come l'ospedale, finalizza l'impegno a realizzare la guarigione o comunque a dominare lo stato di sofferenza connesso con la malattia. La Casa di Cura può esistere nei Paesi dove l'organizzazione sanitaria dei servizi si ispira al modello liberale o al modello della medicina socializzata.

Il modello liberale si ispira a: libera scelta del medico, libera scelta dell'ospedale, libera contrattazione dei costi. Lo Stato anche con i meccanismi della Verifica Revisione Qualità (V.R.Q.) vigila sugli adempimenti per la sicurezza del servizio (Modello Elvetico o vigente in alcuni Stati Americani).

Il modello socializzato privilegia il servizio pubblico totalmente finanziato dallo Stato o Regione, conciliando in qualche modo il concetto di libertà dell'individuo con il concetto di socialità del servizio sanitario, grazie alle cosiddette convenzioni che consentono, seppure entro certi limiti, l'accesso del cittadino alle prestazioni erogate da ambulatori e Case di Cura (Francia, Inghilterra, Italia, Belgio). In ogni paese diversificano le modalità e le percentuali di utilizzazione. Le Case di Cura associate all'ARIS, se dotate di certe caratteristiche, sono di fatto inserite, in Italia, nel Servizio Sanitario Nazionale. con carattere di Ospedali pubblici.

Caratteri differenziali tra Casa di Cura e l'Ospedale si individuano invece nel rapporto tra l'Ente e il malato.

Tali caratteri differenziali si possono ritrovare soprattutto negli aspetti che costituiscono uno dei capitoli più problematici dal punto di vista dell'Etica applicata: l'accoglienza del malato nel reparto di cura che si integra e si definisce nelle manifestazioni di rispetto per la sua personalità. Risultato di numerose indagini statistiche condotte su pazienti e familiari di pazienti è che sul voto che esprime la soddisfazione giocano ruolo tre componenti:

- a) l'umanizzazione dell'ospedalità, che, a sua volta, risulta da legame diretto e personale tra il malato e quanti nelle varie mansioni si assumono i compiti per garantire benessere ambientale e cure;
- b) la dotazione strumentale;
- c) la qualità professionale dei medici.



La qualità della Casa di Cura è risultante della misura con cui riesce a integrare qualità strumentali e professionali con quanto il malato possa gradire degli aspetti che rendono meno traumatico il distacco dalle proprie abitudini per esempio:

- a) l'ambiente della clinica in generale;
- b) il locale dove viene ricoverato;
- c) impressioni di ordine, di pulizia, d'igiene;
- d) la qualità e la quantità dei pasti;
- e) la maniera di servire i pasti;
- f) la possibilità di ricevere visite e di restare coi parenti;
- g) la possibilità di essere lasciato tranquillo, di riposarsi;
- h) le cure ricevute durante il ricovero;
- i) la competenza dei medici;
- j) la maniera in cui i medici trattano i ricoverati;
- k) il tempo consacrato dai medici ai ricoverati;
- l) la preparazione del personale;
- m) il tempo consacrato ai malati dal personale;
- n) l'apparecchiatura medica;
- o) la possibilità d'avere informazioni sullo stato di salute.

Dalle numerose indagini italiane o estere risulta costante la prevalenza, nel criterio di scelta della Casa di Cura, dei motivi che conferiscono corpo alla umanizzazione e la qualità professionale del medico che si assume la direttiva di cura.

Le Case di Cura laiche possono, o no, tenere presente nella loro progettualità operativa le componenti e le esigenze spirituali del malato, complesso risultante della somma di esigenze somatiche e spirituali esaltate dalla visione cristiana della persona.

Il codice deontologico del rapporto medico malato, non essendo i medici esenti nell'espletamento professionale dall'influenza della loro formazione filosofica, teologica culturale, può essere variamente vissuto nella cosiddetta Casa di Cura laica mentre non può essere non vissuto che conformemente ai principi dettati dal Magistero della chiesa nelle Case di Cura religiose. La collocazione della Casa di Cura nel sistema sociale avverte certamente il riverbero, sia nel sistema liberale che nel sistema socializzato, non solo della burocrazia e della politica ma anche della spinta che la società del benessere imprime al concetto di diritto alla salute che, divenendo bene supremo, ripropone la considerazione dei costi di tali servizi che, spinti a livelli estremi potrebbero collassare l'equilibrio finanziario del Paese (vecchia nota del costo-beneficio). In questo scenario il ruolo di calmiera spetta al medico che solo se dotato di forte vocazione e di larga cultura, professionale, umanistica teologica potrà essere l'ago della bilancia al servizio.

Nella gestione del malato domina oggi il concetto del management. Tutta la conduzione dell'ospedale è oggi regolata da tale disciplina: management in opposizione a burocrazia. Management significa prendere decisioni efficaci, assicurare comunicazioni interne ed esterne, ascolto e trasmissione.

Controllare i risultati. Darsi obiettivi e monitorare i risultati. Esempi:

- ▶ indice rotazione posti letto,
- ▶ indice di degenza media,
- ▶ riduzione di complicanze,
- ▶ indice di sicurezza,
- ▶ gestione economica risorse,



- ▶ epidemiologia,
- ▶ indice di gradimento,
- ▶ perseguire o no prestazioni a peso alto,
- ▶ alte tecnologie,
- ▶ perseguire prestazioni in DH,
- ▶ ricerche di mercato,
- ▶ professionalità.

Quali sono i vantaggi del management privato.

1. Rapidità decisionale, setting-solving.
2. Flessibilità organizzativa, adattamento della struttura alla richiesta.
3. Rapporto diretto giornaliero col personale senza intermediazione complessa.
4. Colloquio medico-paziente.

Quali gli svantaggi del management privato.

1. Ricorso al finanziamento bancario e al leasing. Conseguenti oneri finanziari.
2. Tassazione sui ricavi con sottrazione di mezzi investibili nell'aggiornamento tecnologico.
3. Alto costo per l'acquisizione degli operatori.
4. Investimento nella formazione del personale minato dall'esodo versus pubblico.

Istituzioni sanitarie private e umanizzazione della medicina

È opportuno però il richiamo affinché oggi nella costruzione e gestione di questa colossale macchina che dovrebbe produrre salute, la mano non passi all'esperto finanziario, freddo interprete delle leggi di mercato che regolano il rapporto costo beneficio, fuori da ogni controllo bioetico, teologico, filosofico. Nel momento in cui la diagnostica e la terapia di necessità devono ricorrere a tecnologie di alto costo è correttissimo vigilare sulla gestione delle risorse. Si tenga sempre presente però il diritto-dovere di non umiliare l'uomo malato e rispettare a tutti i costi la vita e la personalità del paziente dall'alba al tramonto.

In verità tutte le strutture le più e le meno grandi pubbliche o private hanno presente il dovere di operare per il malato. Sanità pubblica e Sanità privata hanno regole comuni tali sono:

- ▶ la morale professionale,
- ▶ l'uso delle corrette procedure,
- ▶ preporre l'interesse dell'uomo a qualunque altro interesse,
- ▶ aspirare alla economicità che non modifichi la tutela della salute,
- ▶ impiego oculato delle risorse.

La Sanità privata è uno dei modelli di offerta ospedaliera, con peculiarità che la distinguono dall'offerta del grande ospedale pubblico, almeno nella realtà europea.

Comuni sono le regole imposte dall'etica medica. Comune è l'oggetto: l'uomo. Diversificano le procedure per raggiungere il fine comune: tutela salute.

Almeno le regole se li danno tutti. Ne è espressione la cosiddetta Carta dei Servizi che tutte le strutture pubbliche o private si danno. Regole ne possiamo dare quanto si vuole, ma l'operatore sanitario deve darsi una risposta alla domanda che deve porsi: perché ho scelto la professione del medico? dell'Infermiere? del Tecnico? dell'Ausiliario? del Cappellano? del Direttore generale? Tale risposta sarà di speranza per il malato se coerente con quanto, mi piace ricordare, attribuito a An-



tonino Gasbarrini archiatra pontificio “la medicina che vuole essere umana deve rivolgersi alla persona tutta intera, corpo e anima cosciente delle sue esigenze tecniche come delle sue responsabilità morali”.

Una medicina per l'uomo è più facile realizzare in una struttura pubblica o in una struttura privata?

Tutto dipende dal rigore organizzativo e dalla qualità degli uomini. Non si può generalizzare. Si può solo ipotizzare che dati determinati principi nella struttura privata, di minori dimensioni, rispetto al grande ospedale pubblico, è più probabile raggiungere tale fine.

Per concludere, riflettiamo tutti sulla più bella preghiera che sia stata scritta pensando al malato: la preghiera del medico composta da Pio XII. A me pare di trovare nei suoi versi le risposte che cerchiamo, risposte che il più delle volte non riescono a dare decreti, e circolari ministeriali interpretative dei decreti.



Profili di Ieri e di Oggi

Michele Galdieri (1902-1965)

IL MEDICO DI GUARDIA

*Disteso sulla squallida brandina,
nel retrostanza dell'astanteria,
il «medico di guardia» Aurelio Spina,
scandisce il proprio in prosodia...*

*«Aure-lio Spi-na me-di-co di guar-dia...».
Un grido endecasillabo perfetto...
Quand'era uno studente, per diletto,
scriveva assurdi versi d'avanguardia...*

*Non più sintassi, non punteggiatura...
Fedele ai Martinetti ed ai Carrà.
Aurelio Spina, libero in natura,
si scapricciava in «versi in libertà».*

*Colore. Suono. Sintesi. Rumore.
Motore. Libertà della parola.
Sprezzava, nel disprezzo d'ogni scuola,
a schiavitù del dotto e del dottore.*

*La calda testa rivoluzionaria
non ammetteva il vivere normale...
Ed ora?... Eccolo lì col naso all'aria
supino, far la guardia all'ospedale,*

*nel retrostante dell'astanteria,
dove - ogni volta - su una cassapanca,
come una morbida farfalla bianca
viene a posarsi Suor Malinconia.*

*È fermo il tempo, «Come va dottore?
Vuole che le prepari un buon caffè?... »
Eccolo. Schiavo dell'altrui dolore...
È fermo il tempo. Ed a quest'ora c'è
chi a cuore a cuore con l'innamorata
può andarsene a passeggio, all'aria aperta...
chi può godersi la città deserta
tanto più bella se non è affollata,*

*chi balla, chi va a cena, chi si spassa,
chi gioca alla canasta, al baccarat...
Lui... gioca con il tempo che non passa,
da tre quattr'anni... Sempre. Fermo. Là.*

*A casa sua, nel talamo nuziale
la sposa è sola. Ma lui pure è solo,*

*con il suo amore all'acqua teriacole
con i suoi sogni all'arsenobenzolo...*

*Il tempo è fermo. Un grido da lontano.
«Dottore, presto». E lesto s'alza. Va.
Aurelio Spina, ch'è napoletano,
borbotta: «Mah. Chi me l'ha fatto fa?...*

*Potevo fare il sarto, l'avvocato,
il ciabattino, l'oste, l'architetto...
La notte avrei dormito nel mio letto...».
Ed eccolo, di fronte all'ammalato...*

*Forse è già tardi. Un volto all'acquaforte,
ed uno sguardo inutile, già spento.
Sul letto s'è seduta già la morte.
Difficile è scacciarla... In un momento*

*Aurelio Spina s'anima, s'accende...
Diventa, per miracolo, un titano...
Un bisturi. E non sbaglia la sua mano.
Ah solo adesso, il cuore suo comprende,*

*che non doveva fare l'avvocato...
né il sarto o il calzolaio o l'ingegnere.
Doveva fare questo. Il suon dovere
al quale lassù l'han destinato.*

*Che fa se dorme sola la consorte?
Che fa se si rinuncia a una partita?
La gloria di sconfiggere la Morte
val bene il sacrificio d'una vita...*

*È l'alba. Il sole. Il canto delle suore
che pregano il Signore al mattutino...
Aurelio Spina se ne va pianino,
semplicemente... Che cos'è? Un dottore...*

*La gente va. Gli passa in fretta accanto...
Passa. Non sa chi sia quel personaggio.
Ma il sole sa... e lo bacia col suo raggio
più vivo, sì come baciasse un santo!*





Arnaldo Fusinato (1817-1888)

IL MEDICO CONDOTTO (a Leonzio Sartori)

*Ed io ridendo vengo bel bello
A gorgheggiarti quel ritornello
Arte più misera, arte più rotta
non c'è del medico che va in Condotta.*

Quand'io ti veggio, Dottor diletto,
sull'anatomico bianco ginnetto,
che va squassando la sonagliera
Tra i velli intonsi della criniera;
quand'io ti veggio sotto l'ombrello
dell'emisferico grigio cappello,
coll'economica pippa chioggiotta
che l'impassibile naso ti scotta,
Caro Leonzio, col tuo perdono
questo mestissimo salmo t'intuono:

*Arte più misera, arte più rotta
Non c'è del medico che va in Condotta.*

Come la libera luce del sole
Ciascun ti cerca, ciascun ti vuole!
Col mattutino canto del gallo
Balzi dal letto, monti a cavallo,
e senza tregua, senza respiro
come la Posta sei sempre in giro;
Via per il monte, giù per la valle,
su pei fenili, dentro le stalle,

Simbolo vero del moto eterno
Sei sempre in gambe la state e il verno.
Oh! Non è dunque senza ragione
s'io ti ripeto questa canzone:

*Arte più misera, arte più rotta
Non c'è del medico che va in Condotta.*

È mezzanotte – per le contrade
A fiocchi a fiocchi la neve cade –
Tu fra le coltri stanco e beato
Della tua sposa ti corchi allato;
Ammorzi il lume ... ma sul più bello
Odi un tintinno di campanello:

– Chi è là che suona? – Son io, Dottore!
– Cosa volete? – Mia figlia muore. –
– Ora non posso, sono occupato: –
– Ella è pagato, Ella è pagato. –

Al suon di questa voce fatale
Alzi la testa dal capezzale
E mentre in fretta ti vai vestendo
Fra le bestemmie ruggir t'intendo:
*Arte più misera, arte più rotta
Non c'è del medico che va in Condotta.*

Per additarti l'aspro cammino
St'altro va innanzi col lanterino:
il gel t'agghiaccia le dita e il naso,
ma non fa caso, ma non fa caso;
stufa ambulante ti sorge a lato
la dolce antifona del *sei pagato!*
E allor che fatte cinque o sei miglia
Trovar ti credi morta la figlia,
Misericordia! Che cosa vedi?
La moribonda ch'è bella e in piedi!
Essa è guarita grazie al Signore,
Felice notte, signor Dottore.

Come la statua del Convitato
Tu resti muto pietrificato,
mentre all'orecchio t'odi ronzare
questo terribile intercalare:
*Arte più misera, arte più rotta
Non c'è del medico che va in Condotta.*

Tragge l'autunno dalla vicina
Città in campagna qualche Damina?
Te fortunato sei volte e sette!
Puoi farle il *quarto* nel suo *Tresette*.
Ma se dal placido chilo si desta
Con un insolito peso alla testa,
Non darti affanno – si chiamerà
L'illustre medico della città:
Oh! Le tue mani son troppo vili
Per toccar polsi così gentili.
Che se ti salti la mosca al caso
Guardati bene dal farne caso;
i Deputati sono galanti
colle signore che portan guanti,
e potrian dirti, Leonzio mio:
– Scorso è il triennio, vada con Dio. –



Allor ridendo verrei bel bello
A gorgheggiarti quel ritornello:
Arte più misera, arte più rotta
Non c'è del medico che va in Condotta.
Ordini a caso qualche sciroppo,
o qualche pillola che costi troppo?
È tutto inutile, ragion non vale,
Tu sei d'accordo collo speciale:
Se tu guarisci qualche ammalato
È Maria Vergine che l'ha salvato;
Ma per disgrazia s'egli ti muore
T'urlan dietro: - Can d'un Dottore! -

Se a far visita tardi mezz'ora,
ti mandan subito alla malora;
Se qualcheduno, cui duole un dente,
sente risponderci: - eh! Non è niente -
E bell'e buono, Dottore mio caro,
di dirti in faccia: - Ella è un somaro! -

Oh! Ma finiamo la lunga istoria,
e il salmo termini con questa *Gloria*:
Arte più misera, arte più rotta
Non c'è del medico che va in Condotta.

(marzo 1845)

Piero Banna, Primario Chirurgo, Catania

DA DODICI A ZERO

Fine anni sessanta. Giovane specializzando partecipavo alla visita in corsia. Giunto al letto B/10 – il paziente operato per ernia inguinale – dissi: «Professore, ieri il malato si è alzato», «Ma tu 'ci l'avivi dittu ca non si puteva susiri?», «Sì, certo che glielo avevo detto!», «Allura scrivilu 'n cartella ca si susiu *contro il parere dei sanitari*. Si ppi casu cci tonna l'ernia, 'a cuppa è a sò ca si susiu prima d'u tempul...».

E così avremmo potuto documentare – preconizzando l'evoluzione del contenzioso medico-legale –, in caso di recidiva dell'ernia, che questa era avvenuta per colpa del paziente che «*contro il parere dei sanitari*» si era alzato in decima giornata, due giorni prima del periodo stabilito di dodici giorni... Stabilito da chi?... mi sono chiesto tante volte ripensando all'episodio che mi aveva colpito.

L'antibioticoterapia si iniziava prima dell'intervento e si protraeva – con associazioni e dosi cavalline – per almeno una settimana. Al termine di una appendicectomia un collega, tronfio e pettoruto, declamò ai parenti «Era tanto infiammata che gli ho dato non uno ma due milioni di penicillina. DUE capito!», rimarcando così che lui non badava a spese per la salvezza dei malati (alla faccia della farmacoeconomia!).

Per operare una colecisti la paziente doveva avere a disposizione una sacca di sangue che, comunque, se non fosse stata utilizzata in corso di intervento sarebbe stata infusa nel post-operatorio («'U sangu non si jetta e poi 'i proteini stimolano 'a guarigioni...»). Un ricovero si protraeva per almeno venti giorni, considerando anche il tempo per gli accertamenti preoperatori. I punti di sutura della ferita venivano rimossi il giorno prima della dimissione.

All'epoca non si conoscevano e non si citavano i vari enigmatici acronimi, EBM, ECM, IBM TRACK & TRUCK, TIP & TAPS, per giustificare una prescrizione che era una regola indiscutibile. Si faceva così perché... si era sempre fatto così! «La nostra Scuola segue queste regole!».

Quante volte, in successivi episodi della mia vita -non solo professionale – ad una obiezione od osservazione sul motivo e sul vantaggio di un certo modo di fare e comportarsi, mi è stato risposto «'Amu fattu sempri accussi!» ricordandomi il verso dantesco «*Vuolsi così colà dove si puote ciò che si vuole e più non dimandare*».

Importante motivazione reale ed ossessiva che ispira il «mondo globale» nel quale siamo contenuti, è che sempre più l'approvvigionamento la disponibilità e l'economia delle risorse rappresentano un obiettivo primario delle nostre attività. Pericolo reale ed imminente è che questo principio sta ormai giungendo a coinvolgere ogni gesto ed ogni attimo della nostra vita. Il tempo fugge, il tempo è denaro e allora svelto, svelto, svelto. Fast, fast, fast anche nelle emozioni, nei sentimenti, nel mangiare, nella vita professionale sociale e financo affettiva!!!

Short, Ultra-Short, Mini-Skirt, Week-Surgery Day-Surgery One-Hour-Surger, S.D.O. (Surgery and Discharge at Once, cioè dimissione contemporanea all'applicazione dell'ultimo punto di sutura!).



Giuseppe Moscati, Professore di Clinica Medica, Primario
Ospedale dei Pellegrini, Napoli (1880-1927)

Proclamato Santo da Giovanni Paolo II il 25 Ottobre 1987



SCIENZA E FEDE

Lettera del 16 Luglio 1926

Abbate, nella missione assegnatavi dalla Provvidenza, viviassimo sempre il senso del dovere: pensate cioè che i vostri infermi hanno soprattutto un'anima, a cui dovete sapervi avvicinare, e che dovete avvicinare a Dio; pensate che vi incombe l'obbligo di amore allo studio, perché solo così potrete adempiere al grande mandato di soccorrere le infelicità.

Harrison's Principles of Internal Medicine, 1st Edition, 1950

“Nessuna opportunità più grande, responsabilità più grande, ed impegno più grande può ricadere sulle spalle di un uomo come quella di decidere di fare il medico. La professione medica richiede competenza tecnica, conoscenza scientifica e comprensione umana. Colui che userà queste armi con umiltà, intelligenza e saggezza renderà un servizio unico al suo fratello uomo e costruirà in se stesso un carattere duraturo. Un medico non può chiedere al proprio destino nulla più di questo, ne accontentarsi di niente di meno”.



Trilussa, pseudonimo di Carlo Alberto Salustri (1871-1950)

LA GUIDA

*Quela Vecchietta ceca, che incontrai
la notte che me spersi in mezzo ar bosco,
me disse: - Se la strada nu' la sai,
te ciaccompagno io, chè la conosco.*

*Se ciai la forza de venimme appresso,
de tanto in tanto te darò una voce
fino là in fonno, dove c'è un cipresso,
fino là in cima, dove c'è la Croce... -*

*Io risposi: - Sarà... ma trovo strano
che me possa guidà chi nun ce vede... -
La Ceca, allora, me pijò la mano
e sospirò: - Cammina! -*

Era la Fede.



Papa Pio XII (1876-1958)

PREGHIERA DEL MEDICO

O Medico divino delle anime e dei corpi. Redentore Gesù, che durante la tua vita mortale prediligesti gl'infermi, risanandoli col tocco della tua mano onnipotente, noi, chiamati all'ardua missione di medici, ti adoriamo e riconosciamo in te il nostro eccelso modello e sostegno.

Mente, cuore e mano siano sempre da te guidati in modo da meritare la lode e l'onore che lo Spirito Santo ascrive al nostro ufficio.

Accresci in noi la consapevolezza di essere in qualche modo collaboratori tuoi nella difesa e nello sviluppo delle umane creature, e strumenti della tua misericordia.

Illumina le nostre intelligenze nell'aspro cimento contro le innumerevoli infermità dei corpi, affinché, avvalendoci nettamente della scienza e dei suoi progressi, non ci siano occulte le cause dei mali, ne ci traggano in inganno i loro sintomi, ma con sicuro giudizio possiamo indicare i rimedi dalla tua Provvidenza disposti.

Dilata i nostri cuori col tuo amore, sicché ravvisando te stesso negl'infermi, particolarmente nei più derelitti, rispondiamo con indefessa sollecitudine alla fiducia che essi ripongono in noi.

Fa' che, imitando il tuo esempio, siamo paterni nel compatire, sinceri nel consigliare, solerti nel curare, alieni dall'illudere, soavi nel preannunciare il mistero del dolore e della morte; soprattutto che siamo fermi nel difendere la tua santa legge del rispetto alla vita, contro gli assalti dell'egoismo e dei perversi istinti.

Come medici che ci gloriaamo del tuo nome, promettiamo che la nostra attività si muoverà costantemente nell'osservanza dell'ordine morale e sotto l'impero delle sue leggi.

Concedici, infine, che noi stessi, per la condotta cristiana della vita ed il retta esercizio della professione, meritiamo un giorno di ascoltare dalle tue labbra la beatificante sentenza, promessa a coloro che ti visitarono infermo nei fratelli: "Venite, o benedetti del Padre mio, prendete possesso del regno per voi preparato". Così sia!





Jan Havicksz Steen (1626-1679): *Fanciulla malata con medico al suo capezzale*, Mauritshuis, Haag, L'Aia, Paesi Bassi
(da G. Bordin, L.P. D'Ambrosio: *Curare guarire. Occhio artistico e occhio clinico*, Morales editore per Medicina e Persona, Milano, 2005