

Opinione

L'etica dell'appropriatezza e l'appropriatezza dell'etica.

Considerazioni su di un tema attuale del quale conosciamo poco e discutiamo ancor meno

Nicola Mininni

Presidente ANMCO, Primario Divisione di Cardiologia, Azienda Ospedaliera "V. Monaldi", Napoli

Key words:
Ethics; Efficacy and effectiveness; Firm; Accuracy.

Doctors and patients "alone on a desert island or in health market?". Antinomy is strongly paradoxical and provocative to invite us to think on two extreme lines of thinking modalities about fragile, variable, and changed relationship between doctors and patients in the light of the new health business administration.

Probably, the balance point exists and may be found only introducing three main elements into the complex problem: patient in the middle, health care accuracy, ethical behavior, not only of the single doctor but also of the overall health system.

(Ital Heart J Suppl 2000; 1 (4): 543-546)

Ricevuto il 7 febbraio 2000; accettato il 13 marzo 2000.

Per la corrispondenza:

Prof. Nicola Mininni

*Divisione di Cardiologia
Azienda Ospedaliera
"V. Monaldi"
via L. Bianchi
80131 Napoli
E-mail: nmininni@tin.it*

Non esiste, oggi, sistema sanitario che non debba confrontarsi, ogni giorno, con la limitatezza di risorse a fronte di bisogni sempre crescenti nella collettività.

Si pensi al progressivo allungamento della vita media, che si registra in gran parte dei paesi industrializzati con il progressivo invecchiamento della popolazione, o alla tecnologia messa a disposizione degli operatori sanitari per rendere fattibili interventi terapeutici fino a ieri inimmaginabili e all'aspettativa di benessere e di prolungamento della vita sempre maggiore che ciò crea nei malati e nei loro familiari. Nessuno pensa più di poter soffrire o morire!

Il rapporto medico-paziente si presenta oggi in una veste nuova: tramontata, definitivamente, l'era del "paternalismo", per cui era il medico a decidere, in gelosa solitudine, "il bene del malato", si va affermando sempre più il diritto del paziente a partecipare attivamente alle decisioni che lo riguardano. Il malato non è più colui che si sottomette, in modo ignaro e fideistico, alle prescrizioni del medico; oggi deve o dovrebbe sapere che cosa chiedere, dimostrando la volontà di conoscere il suo problema; egli è cosciente di non essere più un numero anonimo, in una anonima struttura sanitaria, ma chiede, con insistenza, che le prestazioni gli vengano erogate in luoghi idonei e adeguati e con modalità rispettose del-

la sua dignità umana; non è casuale, quindi, che si vada parlando con sempre maggiore insistenza di "umanizzazione" nelle strutture e nelle attività sanitarie. E questa è, certamente, un'evoluzione positiva!

Ma a questo scenario sembra, apparentemente, contrapporsi quello che attualmente stiamo vivendo, con il cosiddetto "cambiamento gestionale": gli slogan, che riassumono presso il grande pubblico il riordino in atto nel nostro sistema sanitario, ruotano intorno a nuovi concetti quali "aziendalizzazione", "management", "efficienza", "efficacia", "appropriatezza".

Una visione distorta di questa condizione gestionale porta ad associare la conduzione aziendale delle istituzioni che erogano servizi sanitari ad una ricerca di profitto ad ogni costo, e sembrerebbe pertanto naturale sollevare obiezioni in nome dell'etica: la salute non può essere trattata come una "merce", né i servizi sanitari sottoposti precipuamente alle leggi del "mercato", regolato dalla domanda e dall'offerta. Non possiamo fare dei nostri ospedali dei "supermercati della salute"!

D'altra parte, l'erogazione delle cure sanitarie si è sempre ispirata al rispetto di alcuni valori, caratterizzandosi quindi come attività eminentemente etica (talvolta, purtroppo, qualcuno di noi se ne è dimenticato! Questa è forse anche una delle cause

della nostra "penalizzazione" attuale). Oggi in realtà assistiamo ad una modifica dei valori di riferimento che, per il medico di una volta, consistevano unicamente nel prefiggersi il "bene del malato". Spinsanti¹, eminente studioso di etica e bioetica, cita una frase attribuita al medico del cancelliere Bismarck: "Quando io curo un malato, siamo io e lui soli su un'isola deserta"; ed anche Hahnnemann², uno dei padri della medicina omeopatica, afferma nel primo paragrafo dell'*Organo dell'arte di guarire* che "l'unico compito del medico è guarire presto, dolcemente, durevolmente".

Una medicina, perciò, incentrata unicamente sull'obiettivo di agire nell'interesse e per il bene del malato, senza alcuna limitazione di sorta.

D'altronde, il distacco del medico da considerazioni di ordine economico, come il contenimento dei costi e l'eliminazione degli sprechi, è stato ulteriormente aggravato fino a qualche decennio fa dalla socializzazione delle cure: infatti, la presenza del "terzo pagante" (mutua, Servizio Sanitario Nazionale) ha dispensato sempre più il medico dal gestire le risorse secondo criteri di economicità ed equità e, soprattutto, di "appropriatezza".

Oggi le risorse disponibili per la spesa sanitaria sono sempre meno adeguate a soddisfare completamente i bisogni della salute dei componenti della comunità, e questo non perché le risorse disponibili siano diminuite in assoluto (anzi, in un paese progredito esse aumentano progressivamente), ma perché il progresso dei mezzi di diagnosi e cura è parallelo da una parte ad un aumento dei loro costi e dall'altra ad un aumento delle esigenze espresse dagli utenti.

Si tratta allora di valutare, con criteri etici, le priorità e le equità di allocazione e consumo di risorse, capaci di incidere sulla salute.

L'analisi economica fornisce strumenti essenziali per la decisione sull'allocazione delle risorse in campo sanitario, ma non è in grado di risolvere, da sola, i problemi che si presentano.

Ed allora bisognerà chiedersi: in quale misura privilegiare gli indirizzi dai quali si attendono i migliori risultati, rispetto al dare ad ogni paziente una giusta opportunità di cura? Quando e se è da preferire il procurare limitati benefici di salute ad un elevato numero di persone rispetto al procurare grandi benefici di salute a poche persone?

In realtà, quando possiamo dire che una cura, un servizio, una prestazione sono "appropriati"? Come certificare l'appropriatezza e quanto è possibile generalizzare un simile concetto per applicarlo alla salute di uno solo di noi?

Il concetto di "appropriatezza" è presente nel corpo del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e della Legge 229/99 (riforma ter): vengono definite "appropriate" le prestazioni di efficacia documentata che, per modalità di erogazione e rispondenza ai bisogni dei cittadini, devono essere assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale agli assistiti.

Perciò gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dovranno ritenersi "appropriati" quando contribuiscono, realmente, a risolvere un problema di salute e sono basati su conoscenze validate con metodo scientifico, consolidate nel tempo, dalla verifica di una correlazione tra atti di tutela della salute ed effetti ottenuti e sono accettati dalla comunità scientifica (medicina basata sull'evidenza).

Il punto critico della questione è affinare metodi e strumenti per rilevare e misurare, in termini quantitativi e qualitativi, i benefici, sul piano della salute, che le persone traggono da specifici interventi: non sempre è possibile stabilire, in concreto, una correlazione diretta, del tipo causa-effetto, tra atti sanitari e conseguenze, e, pertanto, il continuo progresso delle conoscenze rende il concetto di appropriatezza del tutto dinamico ma per certi versi anche incerto, perché ciò che appare oggi appropriato può dimostrarsi inappropriato per successive scoperte scientifiche e ciò che appare inspiegabile, in un certo periodo, può dimostrarsi appropriato in seguito al progresso scientifico. Ma vi sono altre circostanze in cui il confine tra "appropriatezza" ed "inappropriatezza" si fa sempre più sfumato: così come in Inghilterra, ad esempio, è considerato "appropriato", e dunque prescrivibile, l'uso del Viagra quando l'impotenza produce grave malessere psichico, potremmo ritenere appropriato il ricorso alla chirurgia plastica estetica nel caso di una giovane donna con rilevanti problemi psicologici derivanti dal difetto estetico, ad esempio un brutto naso? In ambito cardiologico, poi, ci si può quotidianamente imbattere in situazioni nelle quali non è facile valutare se un certo comportamento sia appropriato o no con conseguenti problemi etici di non facile soluzione: in un paziente con cardiopatia dilatativa grave è appropriato o no l'impianto di un defibrillatore non come "bridge" per il trapianto ma al "solo" scopo di alleviarne i sintomi e allungare, forse di poco, la sopravvivenza, talvolta a scapito della qualità della vita? E nel caso di un ultraottantenne è appropriato o no eseguire un'angioplastica coronarica con stent su una lesione di un solo vaso che non sottende un territorio miocardico importante con la speranza di alleviare solo la sintomatologia anginoso?

È, insomma, appropriato sempre e soltanto quello che è dimostrato dalle evidenze scientifiche (grandi trial) e sancito dalla "evidence based medicine" o anche, ed in alcune condizioni, ciò che è utile per il benessere fisico e *psichico* del paziente?

Considerare l'"eticità" dei nostri comportamenti nelle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, cioè la valutazione più obiettiva possibile di ciò che è appropriato e di ciò che non lo è in rapporto sia al benessere del paziente che alla razionalizzazione delle risorse ed alle priorità inevitabili, si rivela, dunque, un problema di importanza fondamentale, ma che appare sottovalutato da tutti: operatori sanitari, amministratori pubblici, pazienti, presi dagli altri mille problemi che la Sanità di oggi impone.

E se *appropriatezza* equivale a garantire procedure diagnostiche e terapeutiche di documentata efficacia *al paziente giusto nel momento giusto*, occorre aggiungere, a tutto questo, anche l'impegno di studiare ed applicare dei modelli organizzativi efficienti e stabilire delle priorità in rapporto al costo/beneficio, in modo da rispettare anche i "diritti" di "accessibilità" e di "equità": in tal modo ci si potrà riappropriare del valore "etico" della professione medica e la qualità etica e quella economica delle cure sanitarie si integreranno reciprocamente.

Non esiste, dunque, un reale contrasto tra le *ragioni dell'etica*, che chiede di curare bene ogni persona che ha bisogno di assistenza, e le *ragioni dell'economia* che deve ripartire risorse limitate: questo apparente contrasto si annulla, appunto, nel concetto di appropriatezza, che rivela, in tal modo, un consistente contenuto di valori etici.

Spetta proprio al medico e, come sostenuto in un recente editoriale comparso su *JAMA*³, alle Società Scientifiche che lo rappresentano, salvaguardare il valore morale della professione ponendosi dalla parte del paziente e staccandosi, per contro, dal condizionamento ad interessi di gruppi estranei al rapporto medico-malato.

Recentemente, la stessa American Medical Association, nonostante la sua vocazione privatistica ed insieme alle sei principali società mediche di categoria e specialità, preoccupata del fatto che 77 milioni di americani, non assicurati o solo parzialmente, rimangano di fatto senza assistenza, nonostante il Medicare (per i più anziani) e il Medicaid (per i più poveri, 46% della spesa totale sostenuta dallo Stato), ha sottoscritto un documento in cui si chiede una riforma che garantisca a tutti gli americani l'assicurazione e l'assistenza sanitaria.

E quindi, riprendendo il discorso del valore etico dell'appropriatezza, le linee guida, le analisi costo/beneficio, i criteri di valutazione dell'appropriatezza, andranno visti non come vincoli intollerabili, imposti all'autonomia decisionale del medico nel rapporto con il singolo paziente, bensì come strumenti che la comunità medica, in prima persona, elabora e utilizza per migliorare il processo assistenziale, garantire maggiore efficacia e rendere, perciò, qualsiasi intervento diagnostico o terapeutico appropriato e, come tale, etico.

Ma, per essere "etica", la buona medicina deve essere necessariamente "antropocentrica", cioè deve utilizzare, razionalizzandole, le risorse economiche, e deve saper utilizzare, al meglio, le risorse professionali, al fine di far sì che "l'uomo" si ammali meno ed il più tardi possibile (attraverso gli strumenti della prevenzione primaria, dell'educazione sanitaria, degli stili di vita, della bonifica ambientale, ecc.), venga curato bene nella fase acuta della malattia (ospedalizzazione in Emergenza, secondo linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici corretti, ecc.) assicurando la "continuità assistenziale" anche nel momento in cui viene dimesso guarito o la sua malattia si sia cronicizzata (riabilitazione, prevenzione secondaria, assistenza territoriale,

ecc.); non deve essere nemmeno abbandonato a se stesso nella "vecchiaia inabilizzante" (assistenza domiciliare, sostegno alla famiglia, volontariato, ecc.). Ed infine, non certo ultimo per importanza, deve essere anche aiutato a "morire bene", allorché non si possa fare più nulla di efficacemente terapeutico, senza accanimento, che spesso soddisfa solo il nostro egoismo, o serve a tacitare la nostra coscienza, nel rispetto primario della sua dignità umana, anche nel momento drammatico dell'abbandono della vita.

Tutto ciò non può e non deve essere più fatto nel senso di una medicina "paternalistica" o, tanto meno, come una "concessione benefico-umanitaria", bensì come il riconoscimento di un diritto del paziente, che, però, ha anche il diritto-dovere di una partecipazione "attiva" nelle scelte diagnostico-terapeutiche che lo riguardano, aiutato e preparato a prendere importanti decisioni, non perdendo mai di vista, nei nostri comportamenti, il suo livello intellettuale e culturale e la sua "stabilità" emotiva (consenso informato).

Ma a questo punto abbiamo il dovere di domandarci: hanno l'istituzione sanitaria ed il medico, oggi, gli strumenti "culturali" ed "organizzativi" per attuare una siffatta "buona medicina"?

La risposta è un sì ma a condizione che ...!

A condizione che l'Etica medica sia affiancata e sostenuta dall'Etica politica, dall'Etica istituzionale, dall'Etica amministrativo-gestionale: si pensi all'effetto nefasto di un amministratore pubblico, condizionato nelle sue scelte dal clientelismo e dalla spartizione politica, ad esempio nei concorsi di assunzione dei dirigenti medici, o dall'esclusiva, unica preoccupazione di avere un bilancio in attivo!

Attenti dunque a valutare ed intendere nella giusta misura espressioni come "aziendalizzazione", "produttività", "cliente", ecc. che, se male interpretate, possono celare al loro interno una valenza molto inquietante e negativa per la "buona medicina", perché possono decretarne la sua morte!

A questo proposito mi sembra molto calzante quanto ha detto il Cardinale Carlo Maria Martini, nella sua lettura al Convegno sulla "riforma ter", sottotitolata come "un patto di solidarietà per la salute", organizzato dal Ministero della Sanità.

Ha detto il Cardinale, tra l'altro: "Non si può pensare alla Sanità come *Azienda*, alla salute come *prodotto*, al paziente come *cliente*. È necessario riproporre la *centralità* della persona umana, soprattutto nei momenti di sofferenza".

A queste nobilissime esortazioni tutti hanno applaudito lungamente e calorosamente, dal Presidente della Repubblica, al Presidente del Consiglio, al Ministro della Sanità e tutti i presenti, Amministratori, Medici, di qualunque ideologia fossero.

La speranza è che questa corale adesione sia vera, convinta, reale, da parte di tutti, in possesso o meno di responsabilità istituzionali, e l'adesione ed il plauso

non siano soltanto espressioni di un semplice atto di rispetto e di cortesia, anche se condite da un vago convincimento umanitario.

Se così fosse, e speriamo che non lo sia, saremmo al punto di partenza, girando sempre intorno alla “boa” (dei decreti, dei regolamenti della riforma ter, quater, ecc.), senza mai dispiegare le vele per tentare di vincere la gara della “buona medicina”, prima con noi stessi e poi con la salute della collettività.

Riassunto

Medico e paziente “soli su di un’isola deserta o in un supermercato della salute?”. L’antinomia è volutamente paradossale e provocatoria per invitarci a riflettere su due concezioni “estreme” del fragile, mutevole e mutato rapporto medico-paziente, alla luce della nuova organizzazione “aziendale” della Sanità.

Il punto di equilibrio probabilmente esiste e si può trovare solo introducendo nel complesso problema tre elementi fondamentali: la “centralità” del paziente, l’“appropriatezza” delle cure e l’eticità dei comportamenti, non solo dei medici, ma di ogni componente del “Sistema Sanità”.

Parole chiave: Etica; Efficienza-efficacia; Azienda; Appropriatezza.

Bibliografia

1. Spinsanti S. Il processo di cambiamento nella sanità italiana: rischi e opportunità. In: Contributi per una gestione manageriale della sanità. Collana I Quaderni di MECOSAN. Roma: Ed SIPIS, 1996: 5-8.
2. Hahnemann S. Organo dell’arte di guarire. Roma: Ed Simoh, 1993.
3. Pellegrino ED, Relman AS. Professional Medical Association Ethical and Practical Guidelines. JAMA 1999; 282: 984-6.