



La fine del rapporto tra medico e paziente è la crisi della medicina?

Domenico Ribatti

È oramai giunto il momento di ammettere che il rapporto tra medico e paziente non esiste più? È un altro orpello del quale ci siamo liberati in nome di una presunta modernità? Se così fosse, sarebbe sintomatico di una crisi profonda che la medicina vive da diversi anni, una crisi che trae fondamento paradossalmente proprio da un eccesso di “medicalizzazione”, dalla minaccia incombente di una deriva tecnologica che finirà per inglobare ogni cosa e per ridurre la esistenza umana ad un numero o ad un meccanismo in avaria.

Il medico, a sua volta, vive una forte crisi di identità, si sente esautorato della sua professionalità o meglio del suo carisma, in nome del quale, nel bene e nel male, ha nel passato costruito la forza del suo rapporto con il paziente.

Sta venendo meno la fiducia che il paziente (oramai sempre meno paziente) nutriva nel medico e il rapporto è guastato dalla diffidenza, cioè da quanto è più deleterio quando qualcuno confida di rimettere la propria vita, o almeno il proprio benessere, nelle mani di un altro.

Ogni anno viene istruito in Italia un numero sempre crescente di contenziosi giudiziari contro i medici. Le compagnie assicurative hanno denunciato che nel 1998, a fronte di un introito di circa 300 miliardi di lire, hanno dovuto effettuare risarcimenti per un ammontare triplo. L'Italia si avvicina sempre più agli Stati Uniti, dove una delle prime preoccupazioni di un medico è quella di stipulare una polizza assicurativa e dove ogni ospedale si è dotato di un ufficio legale.

Le sentenze giudiziali a carico dei medici aumentano e questi ultimi sono sulla difensiva, cercano di ridurre gli interventi terapeutici al minimo indispensabile, non vogliono correre rischi. Un medico ha dichiarato che: «la prestazione medica è ormai considerata alla stregua di un'obbligazione contrattuale, da cui si esige un risultato: se questo manca o non è all'altezza di quanto atteso, scatta la rivalsa».

La medicina non deve essere più solo scienza dei casi clinici affidata ad un esercito di tecnocrati, le cui competenze sono sempre più parcellizzate. In questa maniera si finisce per perdere di vista l'uomo nella sua globalità di essere vivente e non solo di organo o apparato ammalato. È il modello dell'uomo visto come una persona e non come un oggetto che deve essere posto alla base della ri-

cerca medica. Va messa in discussione un'idea meccanicistica e riduzionistica della vita e, più in generale, dei processi biologici. Deve essere privilegiata una concezione olistica nella quale le relazioni tra le diverse componenti sono più importanti delle singole parti. La salute, la condizione del benessere dell'uomo, è il prodotto di molteplici fattori di ordine biologico, psichico, culturale e sociale che interagiscono e cooperano tra di loro: è un diritto fondamentale che va riconosciuto e tutelato.

Nel contesto dell'economia di mercato ci si è chiesti se, nel pianificare le spese sanitarie, si debba dare maggior peso alle preferenze del malato o a quelle di chi, da sano, deve accollarsi un onere in previsione di ipotetiche future malattie. Negli Stati Uniti non c'è stato finora alcun serio tentativo di calmierare le spese sanitarie, attualmente tra le più elevate al mondo, né di ridurre la percentuale di non assistiti, attualmente intorno al 25 per cento della popolazione: principalmente perché si è data la preferenza alla opinione “manipolata” dal mercato, con il risultato che il continuo aumento dei costi non fa che incrementare la disuguaglianza nella disponibilità dei servizi e quindi la disparità sociale.

La Banca Mondiale ed il Fondo Monetario Internazionale, sostituiti di fatto all'Organizzazione Mondiale della Sanità nel guidare la politica sanitaria globale, hanno indicato e spesso imposto linee di politica sanitaria che considerano la salute una variabile dipendente dalla crescita economica. Nei Paesi poveri, i crediti sono stati condizionati all'applicazione di piani di aggiustamento strutturale che prevedevano la liberalizzazione del commercio, il taglio della spesa sociale e la privatizzazione dei servizi; il risultato è stato spesso lo smantellamento dei servizi sanitari.

Oggi, l'aumento della incidenza globale dei tumori va ascritto sostanzialmente a due fattori: aumento della frazione della popolazione che raggiunge ed oltrepassa i 65 anni di età – con l'aumentare dell'età aumenta il rischio oncogeno in rapporto ad una minore capacità di difesa immunologica dell'organismo – e l'incremento del numero e della concentrazione degli agenti cancerogeni presenti nell'ambiente.

Ha scritto Lorenzo Tomatis che «la prevenzione primaria è capace di proteggere tutti gli strati della popolazione, dai più forti ai più deboli, dai più ai meno favoriti socialmente, cosa non sempre evidente per quanto riguarda diagnosi e terapia».

In realtà, lo sviluppo di metodi di laboratorio sempre più raffinati e precisi ha avuto come conseguenza che, nella considerazione della genesi delle malattie, venisse sottovalutata (talora deliberatamente) la componente ambientale nel suo complesso, che include esposizioni professionali, inquinamento di aria, acqua e cibo, abitudini di vita e nutrizione. La sanità pubblica interessava meno (la massima attenzione si era concentrata sulle malattie dell'infanzia, la cui riduzione permetteva un aumento della popolazione lavorativa, e sulle malattie della giovane e media età, che potevano inficiare la capacità lavorativa di individui nel pieno delle loro forze) quando non era strettamente apparentata alla produttività e alla ricerca del profitto. Questo atteggiamento ha trovato fittizia giustificazione dall'evidenza che una gran parte di tumori si manifesta in età relativamente avanzata e quindi senza una relazione prossima con la pericolosità di una esposizione professionale iniziata molti anni prima. Il fatto, però, che la malattia apparisse in un'età nella quale la sua eliminazione non avrebbe di molto influito sul prolungamento del periodo lavorativo, faceva sì che il datore di lavoro non vedesse alcun tornaconto in investimenti idonei a prevenire malattie che si manifestavano per lo più in età avanzata. Un contributo a rimuovere questa inerzia morale e sociale è venuto dalla dimostrazione che i tumori e altre malattie cronico-degenerative non solo sono più frequenti nei lavoratori addetti a certe produzioni, ma possono comparire in individui relativamente giovani e nel pieno della loro capacità produttiva.

Secondo il modello medico occidentale, le malattie vengono considerate come entità biologiche ascrivibili a lesioni o disfunzioni somatiche. Queste anomalie producono sintomi soggettivi e segni quantificabili con procedure diagnostiche e di laboratorio. Il medico pone in essere un procedimento clinico-diagnostico che a, seconda dei casi clinici, può risultare estremamente complesso e richiedere più tipi di inferenze, utilizzando differenti schemi metodologici secondo i diversi contesti clinici. Ma evidentemente questo non basta da solo a fare di un medico un bravo medico. Scrive Giorgio Cosmacini che «la medicina non è una scienza, è una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori. È, in altri termini, una tecnica (...) che differisce dalle altre tecniche perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo». È ciò che rende peculiare la

professione medica: il fatto che il medico ha a che fare con l'uomo. Questa verità – ovvia – viene troppo spesso dimenticata, occultata o peggio mistificata da chi esercita la professione medica. Che senso può avere una medicina con una elevata impronta tecnologica (si pensi alla robotica applicata alle tecniche chirurgiche), quando ognuno di noi, nella propria esperienza di paziente, avverte il disagio della estraneità, della mancanza di empatia, allorché interagisce con un medico, anche bravo, ma troppo spesso soltanto un tecnocrate?

Anche la cultura umanistica ha la sua importanza. Per William Osler «un medico ha bisogno della cultura umanistica come di quella scientifica; egli può avere la scienza di Harvey e l'arte di Sydenham, eppure gli possono mancare quelle qualità del cuore e della mente che tanto contano nella vita». «I quaderni del dottor Cechov» costituiscono una raccolta di taccuini tenuti dal 1891 fino all'anno della morte, dove il diario di lavoro (appunti, abbozzi di racconti) si mescola a quello privato (indirizzi, ricette mediche, conti della spesa). Vi si può leggere che: «a causa della differenza dei climi, delle intelligenze, delle energie, dei gusti, delle età, dei punti di vista, l'eguaglianza fra gli uomini è impossibile. Si deve pertanto considerare l'ineguaglianza come una legge inflessibile della natura. Ma noi possiamo rendere questa ineguaglianza inavvertita, così come non ci accorgiamo della pioggia e degli orsi. In questo senso possono far molto l'educazione e la cultura». Uno dei più bei racconti scritti da Cechov è «Reparto n. 6», il reparto psichiatrico di un ospedale della provincia russa nel quale si svolge un confronto tra un ricoverato, Gromov, affetto da mania di persecuzione, ed il suo medico, Ragin, che, a sua volta, finirà per essere ricoverato tra i pazzi del suo ospedale. Ragin è un uomo senza speranze rispetto alla sua professione, alle istituzioni sanitarie, alla società, a se stesso. Il suo pessimismo si esprime in questi termini: «Quando vi si dirà che avete qualcosa sul genere d'un rene malato, o d'un ingrossamento al cuore, e voi comincerete a farvi curare o quando vi si dirà che siete un pazzo, o un criminale e insomma tutto d'un tratto la gente rivolgerà su voi la sua attenzione: ebbene, sappiate che allora voi siete incappato in un cerchio magico, dal quale non avrete più modo di uscire. Farete dei tentativi per uscirne e non otterrete che di perdervi peggio».

Spetta alla comunità scientifica affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita umana ed è forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle conoscenze.