

MEDICO - PAZIENTE IN EMERGENZA:

UN RAPPORTO ISTITUZIONALE TEMPO-DIPENDENTE

Mario Ravaglia

Premessa

L'uomo, unico essere che sa di sapere, è interrogato ogni giorno dalla sua debolezza e per questo si spinge oltre le colonne d'Ercole del suo limite.

La velocità con cui le varca, che gli dà l'illusione della modernità, è in stretta relazione con la rapidità delle comunicazioni umane.

Queste, per secoli, sono avvenute con la velocità del piede, in genere quello del cavallo. Dal secolo appena trascorso le comunicazioni umane sono avvenute con la velocità della ruota motorizzata; questa ha così esaltato la conoscenza legata alle informazioni trasmesse.

Recentemente le grandi scoperte nei campi della fisica quantistica, delle onde elettromagnetiche e della microelettronica hanno portato l'umanità a trasferire informazioni, con la velocità della luce, e non più con quella del cavallo.

Le ricadute in sanità di questo grande mutamento sono appena evidenti e non sono ancora del tutto prevedibili. L'era della microelettronica è neonata, i veri mutamenti della medicina devono ancora incominciare. La stessa comprensione sub-molecolare della fisiologia e della fisiopatologia non è ancora iniziata.

Tuttavia la vita umana, con il suo carico di dolore e di paura della malattia e della morte, resta sempre la stessa.

Per questo mai come oggi è necessario che noi medici riscopriamo le radici antiche della nostra nobilissima professione, che, se ben condotta, è una vera arte, per non essere travolti, noi e i nostri pazienti, dalla furia del modernismo.

I quattro mediatori

La nobiltà di una arte è direttamente proporzionale alla sua prossimità alla persona.

Quattro sono le arti forti riconosciute nella storia: esse mediano il rapporto dell'uomo con le sue dirette prossimità.

Il sacerdote, mediatore con il divino, il medico, mediatore con la vita, il giudice, mediatore con gli altri, l'educatore, mediatore con la conoscenza.

Infatti in ogni comunità il prete, il medico, il giudice, il maestro hanno un ruolo particolare.

Fino a poco tempo fa il medico "sfuggiva" alle regole del giudizio in quanto "abilitato" da un'arte considerata sacra e per questo intoccabile.

Il medico, ministro della vita nelle sue esigenze primarie, (nascere, guarire, crescere, morire) ha operato da tempo all'interno del concetto ippocratico-cristiano di sacralità dell'atto medico fino alle grandi pestilenze del medioevo, quelle di manzoniana memoria.

In quell'occasione, le prime conoscenze igieniche sulla trasmissibilità del morbo indussero i nostri colleghi a fuggire dalle aree appestate per salvarsi.

Fu una fuga che costò la sacralità dei nostri atti.

Da questa fuga nacque l'era moderna della medicina con il 'medico tecnico' perché conoscitore di informazioni specifiche.

Sopravvisse il patto ippocratico-cristiano di fedeltà alla vita.

La sacralità dell'atto medico' fu circoscritta alla relazione medico-paziente.

Il principio di autonomia

Frattanto il Cristianesimo aveva fatto sorgere il principio di valore del singolo, 'schiavo o libero', che fosse.

Tale principio aveva fatto cadere l'impero romano d'Occidente, affrancando gli schiavi, che erano la forza lavoro di allora. Solo la rivoluzione francese estese il diritto personale del singolo al suo vivere 'civile'.

Il diritto del singolo divenne principio di autonomia.

La "libertà" divenne l'espressione dell'autonomia.

Ritroviamo quotidianamente il principio di autonomia nel "consenso informato" richiesto dalla legge per 'iscritto' quando sono necessari atti invasivi sulla persona.

Le tecnologie aggiungendosi al riconoscimento del principio di autonomia hanno definitivamente reciso il concetto di sacralità dell'atto medico.

L'economia

I costi della tecnologia in medicina hanno portato a considerare il modo obbligatorio la spesa dell'assistenza sanitaria.

E' nota la difficoltà che nasce dal rapporto tra risorse limitate e domanda di salute, che, essendo domanda di vita, è illimitata.

Il bisogno di equità sociale, base imprescindibile per la stabilità politica, pone il problema della distribuzione del 'prodotto salute'.

La pianificazione economica diventa la garante dell'equità in un mondo in cui, attraverso le comunicazioni che viaggiano alla velocità della luce, 'siamo già un grande unico villaggio'¹.

Pertanto l'economia in sanità non deve essere intesa come una scomoda intruso, ma come il vettore dell'equità.

L'equità rivolge lo sguardo alla giustizia.

Le risorse

Le risorse in sanità sono di quattro ordini:

gli spazi strutturati, le tecnologie, l'organizzazione², le professionalità.

Ciascuna di esse ha un costo. L'organizzazione e le professionalità rappresentano il patrimonio più prezioso.

Le professionalità sono il segmento di risorse più difficile da far crescere e da mantenere.

Investire in modo oculato significa far crescere questi quattro segmenti in modo armonico. Solo l'armonia di crescita può consentire la valutazione finale d'attività con i criteri dell'efficienza.

Pertanto la persona umana in stato precarietà e di bisogno si trova al centro di un quadrilatero, costituito da spazi, tecnologie, organizzazione e professionalità. Esso è governato dalle istanze dell'etica, dell'economia e della giustizia.

Ogni medico agendo 'in scienza e coscienza' realizza una relazione originale medico-paziente, anche se breve.

Il governo di questo rapporto è fornito:

per il medico dal principio di beneficenza

¹ Marshall Mc Luan, Gli strumenti del comunicare, 1960.

² Badiali Zappi, Organizzazione dell'Emergenza, Masson 1996.

per il paziente dal principio di autonomia
per la società dal principio di giustizia³

Il principio di beneficenza

Proprio del medico, il principio di beneficenza è informato dal desiderio di:

- alleviare, prendersi cura e guarire, che trae origine dalla sua infanzia,
- dal desiderio di compiere una missione sociale,
- di esercitare un'arte,
- di fondere la competenza tecnica con la ricchezza derivante da ogni contatto umano,
- di affermare il proprio ruolo nella società ottenendo ubbidienza e rispetto,
- di raggiungere un ruolo sociale riconosciuto e remunerato,
- di rivestire uno ruolo attivo nell'evoluzione delle norme etiche sociali.

Il principio di autonomia

Il paziente, che pur mantiene il principio di autonomia, vede il medico come:

- un tecnico, dotato di conoscenze e abilità dei confronti delle malattie,
- un confidente capace di ascoltare,
- un interprete, capace di decifrare il senso nascosto degli eventi che gli capitano,
- un alleato capace di indicare la via per raggiungere gli alti scopi dell'esistenza,
- un guaritore dotato di poteri occulti sul bene e sul male,
- un garante della sua libertà,
- un tutore dell'ordine sociale,
- una eroe con la missione di estendere i confini del potere umano sulle leggi implacabili della natura,
- un notevole che unisce successo sociale e responsabilità,
- un rappresentante dell'autorità parentale capace di impartire insegnamenti, infliggere castigo, imparare dalla vita e indicare la via dell'autonomia⁴.

Le attese del paziente sono proporzionali alla propria attesa di vita: l'istinto di sopravvivenza, normale in ogni persona sana di mente, spinge l'attesa verso la pretesa.

Il principio di giustizia richiede di estendere il principio di beneficenza in modo universale. L'etica indica le vie per "accordare vita"⁵ al singolo, utilizzando al meglio le risorse di tutti.

L'emergenza

La medicina basata sull'evidenza, la ricerca critica della validità, l'analisi decisionale portano a distinguere

- **la medicina delle malattie acute e dei traumi,**
- **dalla medicina delle malattie croniche e della prevenzione.**

Nella prima il tempo cronologico incalza, urge, preme.

Nella seconda il tempo soccorre.

Nella medicina dell'emergenza-urgenza la criticità è alta, nella medicina delle malattie croniche la criticità è bassa.

Nell'emergenza il paziente è cooperante, ma passivo,

nella medicina programmabile il paziente è attivo e apprendista.

Nell'emergenza le cure sono applicate per necessità,

nella medicina delle malattie croniche e della prevenzione le cure sono applicate per scelta.

³ Nardozi 'Etica ed Aziendalizzazione'. 2000

⁴ Silla M Consoli '99. Paris

⁵ definizione di medico da stele dell'Antico Egitto

Differenze tra la medicina dell'urgenza e la medicina delle malattie croniche⁶

Medicina dell'urgenza delle malattie acute e dei traumi	Medicina delle malattie croniche dell'attività programmata e della prevenzione
Modello biomedico	Modello biopsicosociale e pedagogico
Formazione specifica necessaria	Formazione poco insegnata
Attività visibile e medializzabile	Attività poco visibile
Potere forte sull'ammalato	Potere condiviso con il malato
Paziente passivo cooperante	Paziente attivo nella posizione di apprendista
Successo gratificante fonte di ammirazione	Gratificazioni scarse
Fallimento più o meno accettato (<i>'ho provato di tutto'</i>)	Fallimento inaccettato e colpevolizzante
Équipé medica in genere solidale	Personalizzazione del rapporto e solitudine del medico

Nella medicina delle malattie croniche il paziente si affida ad un medico che ha scelto e concorda il trattamento diagnostico-terapeutico:
 si instaura una relazione caratterizzata da un modesto grado di asimmetria.

Nell'emergenza i tre principi fondanti la relazione medico-paziente subiscono un rimaneggiamento:

il medico continua a muoversi sul principio di beneficenza, la società fornisce le risorse attraverso il principio di giustizia, ma il principio di autonomia proprio del paziente si infrange:

la pericolosità di certe patologie caratterizzate da rapida progressione fisiopatologica sottrae al paziente il tempo per esercitare le proprie scelte:

in emergenza il paziente non può scegliere nè medico ne le cure.

Egli dipende, seppur momentaneamente, da una persona che non conosce, e che non ha scelto.

La forma morbosa di cui è affetto, obbligandolo a cure tempestive o immediate, lo costringe alla passività di fronte agli eventi che lo riguardano.

Il grado di questa passività è proporzionale alla gravità del suo stato morboso.

Inoltre, alcune forme morbose pericolose si presentano talvolta in modo mascherato.

Spesso accade che, anche se il grado di pericolosità è modesto, la persona è emotivamente scossa, a volte investita da un offuscamento della sua lucidità.

Nell'emergenza il principio di autonomia della persona, prima si incrina, poi entra in difficoltà, fino a scomparire nel paziente in coma.

Il medico d'urgenza ancora informato dal principio di beneficenza si sente coinvolto anche come vicario della presenza consapevole del paziente. Ciò comporta una richiesta aggiuntiva di energie emotive da parte del medico.

Questa 'fatica emotiva' che supplisce il principio di autonomia leso del paziente, contribuisce a fondare le basi per il riconoscimento giuridico del lavoro usurante.

⁶ tabella modificata da J.P. Assal : Traitement des maladies de longue durée: da la phase aiguë au stade de la cronicità EMC '97. Paris

Pertanto in emergenza il rapporto medico paziente è caratterizzato da un alto grado di asimmetria.

Con la gravità della forma morbosa, riducendosi progressivamente l'autonomia del paziente, l'asimmetria del rapporto aumenta fino a costituire un vero proprio rapporto di forza, **un rapporto istituzionale**:

il principio di beneficenza che continua a informare l'azione del medico sposta il rapporto di forza dalla persona del paziente alla malattia presentata.

Il paziente, che ha immediata percezione di questo viraggio, si allea al medico e gli offre seppur temporaneamente, tutto il campo libero della sua persona per sconfiggere la malattia, almeno nella sua minacciosità più immediata (*'io non so, faccio quello che lei crede meglio'*). Quando il paziente si sente parte lesa anche solo perchè non v'è stata la percezione di questa alleanza, magari per disturbi della comunicazione, l'alto grado di asimmetria della relazione medico-paziente in emergenza alimenta le condizioni per le procedure di tipo giudiziario e penale.

Pur navigando in queste difficoltà, anche nella comprensione dei reciproci ruoli, l'azione professionale del medico d'urgenza procede, in quanto il patto ippocratico di fedeltà alla vita va ben oltre il fenomeno vitale di quel paziente.

La Medicina delle malattie croniche e della prevenzione tutela la salute.

La Medicina delle malattie acute e dei traumi tutela della vita.

Il finanziamento della prima discende dalla politica.

Il finanziamento della seconda discende dalla morale.

Noi medici d'urgenza, vissuti nell'immaginario collettivo con i più vicini alla malattia e alla morte siamo, più di ogni altro, dalla parte del paziente e della sua vita.

Ogni anno la metà della popolazione si reca presso le strutture di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza: ciò esprime un rapporto di fiducia di cui siamo consapevoli e gelosi, anche se l'iperafflusso ci affligge.

Questo rapporto di fiducia è la nostra forza, e per questo possiamo a ragione richiedere alla comunità nazionale l'istituzione un segmento formativo specifico che adesso non c'è: una Scuola di Specializzazione in **“Medicina d'EMERGENZA URGENZA e delle CATASTROFI”**.

Non è più accettabile che la base culturale di un'attività di questa portata sia lasciata oggi in Italia all'autodidattica e all'improvvisazione.

Queste affermazioni impegnative avvengono nella lucida consapevolezza che, in certi momenti, quelli dell'emergenza, solo un rapporto istituzionale, quasi di forza, medico/paziente -connotato da un alto grado di asimmetria- possa ridare vita alla vita.