

SPECIALITÀ E PROFESSIONI A COLLOQUIO

That is the question (ripensare i fondamentali della relazione di cura per arginare i pericoli e le derive della McDonaldizzazione della salute)



Fabio Cembrani

Direttore U.O. di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

Corrispondenza a: Fabio Cembrani; Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento Centro per i Servizi Sanitari - Palazzina 'A' Viale Verona 38123 - Trento; Tel:+39 0461 904541 Fax:+39 0461 904541

Mail: fabio.cembrani@apss.tn.it

Abstract

L'autore riflette sulla crisi dell'arte della cura e lo fa a partire dalla globalizzazione della società moderna, dalla sua liquidità, dalle sue evidenti contraddizioni, dal successo ottenuto dai *fast food* di McDonald's e dalla sua filosofia di base (efficienza, produttività, riduzione dei costi, standardizzazione procedurale e controllo) che si vorrebbe trasferire anche all'organizzazione sanitaria. Di qui evidenzia le insufficienze, le derive e le facili strumentalizzazioni pur nella consapevolezza che in una società globalizzata, poco attenta alla qualità del prodotto, iper-consumistica e facilmente condizionabile, questo modello economico *profit* è vincente. Si focalizza, in particolare, sulla standardizzazione procedurale della cura sulla quale è intervenuta anche la legislazione italiana con il principale obiettivo di contenere i costi della medicina difensiva, evidenziando che essa definisce le azioni, dimenticando però che l'agire umano si realizza soprattutto con il linguaggio, con i gesti e con la creazione di opere. E propone, così, di rivedere il modello antropologico della relazione di cura fondandolo sulla responsabilità dell'impegno e sulla giustizia distributiva.

Parole chiave: arte della cura, giustizia distributiva, impegno, McDonaldizzazione, responsabilità, standardizzazione

The dangers and drifts of health McDonaldization

The author reflects on the healthcare crisis, starting from globalization and liquid-modern society, with its systemic contradictions. The health care system is influenced by McDonald's success and its philosophy: efficiency, productivity, cost reduction, procedural standardization and control.

This article underlines the deficiencies and manipulations in the health care system. The profit-oriented economic model is successful due to lack of attention to product quality from the globalised and hyper-consumerist society.

Italian legislation has regulated the standardization in healthcare procedure, aiming at cost reduction of defensive medicine. It has been underlined that it defines actions, nevertheless human activity is mainly realized through language, gesture and creation. A new anthropological model is proposed, based on commitment and distributive justice.

Key words: care, distributive justice, McDonaldization, responsibility, responsibility, standardization

Premessa

Fino a poco tempo fa, pochi di noi avrebbero dubitato sul fatto che, avendo «l'uomo [...] imparato a bastare a se stesso in tutte le questioni importanti» [1] la scienza (in generale) e l'arte della cura (più in particolare) avessero raggiunto il loro massimo apice di sviluppo e, soprattutto, il traguardo della loro adulta maturità. Che, nella vita di ogni essere umano, rappresenta quella fase dello sviluppo in cui si esprime la pienezza delle sue capacità intellettuali, affettive, sociali e morali, l'attitudine a governarsi in forma autonoma senza bisogno di ricorrere ai vincoli genitoriali, parentali o di altre autorità esterne e la capacità di affrontare i problemi della vita reale con la prudenza e la saggezza consegnatagli dall'esperienza. E così intendendola come una condizione raggiunta gradualmente e faticosamente nell'arco della vita che, per ciò che qui conta, ci ha fatto credere che la scienza era in grado di bastare a se stessa avendo trovato al suo interno le regole-base di un autogoverno definitivamente liberato dalla trascendenza del sacro, di affrontare con successo la finitezza umana, di debellare le malattie, di contribuire a massimizzare la felicità dell'uomo, di assumersi le sue responsabilità, di ammettere i suoi limiti, di riconoscere i suoi errori e di affrontare le incertezze del domani con quella capacità critica che si riconosce solo a chi è diventato davvero adulto.

Così ingenuamente credevano molti di noi ammaliati e (probabilmente) illusi dallo sviluppo delle conoscenze, dal potere artificiale della tecnica e dalla sua straordinaria potenzialità di plasmare la finitezza biologica, di intervenire sulla riproduttività, di condizionare la vita, di prolungare la morte e di modificare la nostra stessa identità di genere con gli interventi sul genoma [2].

Quella convinzione, della cui solidità oggi dobbiamo seriamente dubitare, è stata però messa in crisi e sottoposta al vaglio della ragione da tutta una serie di fattori - economici, sociali e generazionali - sui quali, come medici, poco abbiamo riflettuto dimostrando, ancora una volta, la nostra superba immaturità. Avendo dimenticato che la conoscenza non può mai essere separata dal pensiero se non vogliamo diventare esseri-schiavi delle nostre competenze [3] e che la scienza ed i bisogni delle persone non sono mai realtà separate. Nel senso che la prima, senza i secondi, smarrisce il suo orizzonte, le sue connessioni storiche e quelle antropologiche al punto da perdere qualsiasi suo significato. Non è, infatti, pensabile né una scienza senza l'uomo, né una scienza contro l'uomo anche se questa diade ripropone, ancora una volta, la difficile dialettica tra umanesimo e scientismo che, pur accettando il rischio di essere criticati quali sostenitori di un umanesimo radicale, occorre risolvere senza alcun tentennamento assegnando il primato alla dignità dell'essere umano, oggi messa in continua tensione dal potere della tecnica, dagli interessi finanziari, dal consumismo e dalla liquidità della modernità.

La scienza non è, infatti, in grado di vivere senza l'uomo ed indipendentemente dai suoi bisogni ed essa non ha una sua artificiale autosufficienza o, usando una metafora, una sua luce di brillantezza interna bastevole ad autolegittimarla essendo un prodotto del progresso ed un mezzo che l'umanità ha a sua disposizione per migliorare le condizioni della vita e per (de)tendere le disequità che ancora esistono su scala planetaria. Così, le sue coordinate epistemiche non sono castelli o fortezze inattaccabili ed invincibili avendo essi dimostrando la loro debolezza anche se siamo spesso restii a non riconoscere l'insufficienza del modello sperimentale e la sua falsificabilità. E con essi anche i fallimenti del modello biologico di molte malattie dopo anni di ricerca e di investimenti miliardari da parte dell'industria (si pensi, ad es. al modello delle placche amiloidi nelle malattie dementriche); così anche i modelli predittivi avendo essi evidenziato le loro pecche ponendo, tra l'altro, non trascurabili questioni di natura etica perché non siamo ancora in grado di dire se la persona si ammalerà

e quando ciò succederà; e così, ancora, l'epidemiologia che, ancorché basata su modelli matematici, non è in grado di spiegare ad es. il perché negli Stati Uniti d'America sia stia registrando un aumento di mortalità nella fascia della popolazione tra i 45 ed i 55 anni. Per non parlare anche delle insufficienze dell'economia sanitaria e di altre branche del sapere che, nonostante la linearità dei loro modelli teorici, hanno dimostrato di non essere in grado di stare al passo con le variabili di un cambiamento che si oppone ad ogni linearità e che ha la caratteristica di essere straordinariamente imprevedibile e veloce.

La verità è che se abbiamo creduto nella raggiunta maturità del nostro sapere ci siamo sbagliati e sarebbe davvero perverso non ammettere oggi che quella convinzione è stata condizionata non dal desiderio umano di conoscere ma dal miraggio consegnatoci dal disumanesimo prepotente dell'artificiale che, se riflettiamo con serenità, ci ha abituato ad aggrapparsi alle tristi e pericolosissime regole del non-pensiero che ha già consegnato la storia dell'uomo al male radicale [3]. Trasformandoci in creature alla mercé di ogni meccanismo tecnicamente possibile, in derivati della tecnica o in esseri professionali più o meno bionici cui è affidato il ruolo di selezionare, di imputare e di standardizzare nonostante l'arte della cura sia, molto probabilmente, una tra le più straordinarie espressioni dell'ingegno umano essendo finalizzata (non dimentichiamolo) a migliorare le condizioni di vita di ogni essere umano e ad occupare responsabilmente la socialità. Da strumento, la tecnica è così diventata un fine che sempre più pretende la sua auto-justificazione: in altre parole, l'attore di cartello che, sempre più frequentemente, pretende di assumere un ruolo egemone, non certo coerente con quello che gli era stato affidato dal regista e la cui robustezza è dimostrata dal fatto che le comparse si adattano a questa scelta in forza di una riconosciuta autorità su cui è però il caso di riflettere seriamente. A patto che anche noi medici vogliamo davvero credere in una dignità umana immune dal potere della tecnica ed a condizione che il primato sia ancora riconosciuto nella nostra identità di genere pur accettando la sua naturale finitezza quando la tecnica ha, invece, un potere illimitato ed a nulla subordinato.

La crisi di identità della medicina

Che la medicina moderna sia, oggi, attraversata da una profonda crisi di identità non è una novità o un'idea che può essere contrastata con la forza della ragione. Molte sono le conferme di questa crisi e le testimonianze della sua straordinaria profondità: le drammatiche insufficienze del modello scientifico sperimentale, il definitivo tramonto di quel modello antropologico (il paternalismo) che per millenni è stato l'architrova portante della relazione di cura, i fallimenti dei modelli previsionali epidemiologici, l'insufficienza del modello biologico delle malattie vista la loro straordinaria variabilità fenotipica (che ha messo in discussione il nostro dizionario enciclopedico), la perdita della credibilità e del ruolo sociale del medico e l'esplosione del contenzioso giudiziario per presunta colpa medica sono alcune testimonianze di questa crisi che, quasi sicuramente, invece che stabilizzarsi continua ad acuirsi. Anche a causa delle sollecitazioni imposte dalla crisi economica internazionale che è stata particolarmente violenta in tutti i Paesi dell'Eurozona ed alla quale si sono affiancate altre emergenze internazionali: tra queste la povertà, la migrazione di masse di profughi disperati provenienti dal continente africano e asiatico che si cerca di contrastare con la creazione di nuove muraglie, la riaccensione dei conflitti bellici quando la fine della Guerra fredda ci aveva illuso nella pace perpetua, la nascita del nuovo Stato islamico ed il terrorismo di matrice jihadista che ha ripetutamente colpito anche l'Europa facendoci perdere la speranza nel domani.

Queste emergenze (umanitarie, economiche e di sicurezza internazionale) hanno profondamente cambiato la nostra vita ed hanno riaperto i nazionalismi per la difesa dei confini

degli Stati con la creazione di nuove barriere protettive di filo spinato dopo la caduta del muro di Berlino nonostante quell'idea di Europa unita che ci era stata consegnata con il documento di Ventotene del 1941. Animando i nostri vissuti con la paura dell'oggi e colorando i nostri incubi con la profonda diffidenza verso i nostri simili, con un nuovo nemico indicato in tutto ciò che è diverso da noi e con l'esigenza di armarci per difenderci in ogni modo e con ogni mezzo così da non perdere definitivamente la speranza nel futuro. E così, in un'epoca sempre più dominata dalle logiche del profitto e dalla globalizzazione alla McDonald's dei mercati, è prepotentemente (ri)emersa l'esigenza di difendere le nostre individualità non già per riconoscere la nostra storia per dare ad essa una qualche continuità quanto per combattere (anche con l'arma del razzismo) chi è diverso da noi, nella convinzione che la diversità è un qualcosa di estrema pericolosità e che chi non fa parte della nostra società locale è sempre da considerare un potenziale nemico.

Tutto ciò ha prodotto una tra le tante macroscopiche contraddizioni che testimoniano la complessità del nostro tempo, la sua profonda instabilità e la sua sempre più opaca liquidità. Abbienza e povertà, opulenza e mancanza di acqua e di cibo, sovrabbondanza e mancanza dei beni primari, cultura ed ignoranza, diritti agiti e diritti negati, pace e guerra sono tra le tante contraddizioni di un trafelato presente che storicizza la nostra condanna a vivere in un'incertezza permanente ed in una vita sempre più liquida che ha disintegrato quei corpi solidi che le società avevano gradualmente e faticosamente costruito: non solo l'idea di una entità trascendente che ha pur per millenni dato un senso anche etico all'umanità ma, a ben osservare, anche i nostri valori culturali e la nostra stessa libertà che, richiedendo il bilanciamento tra i diritti individuali ed i doveri inderogabili, è il fondamento del vivere collettivo, della solidarietà, del mutuo riconoscimento e della reciprocità. E, con essi, della democrazia che, pur avendo alzato la sua asticella con la costituzionalizzazione dei diritti della persona umana, sembra essere stata minata nelle sue stesse *fondamenta* per gli attacchi che le sono stati sferrati dal mercato e dal consumismo che, nella sovrabbondanza del mondo occidentale, sono divenuti strumenti non più finalizzati a soddisfare le esigenze di base ma al solo appagamento dei nostri desideri individuali. Anche perché la liquidità della post-modernità e l'incertezza dei tempi in cui viviamo, oltre alla crisi dei valori, ha portato all'emergere di una cultura dell'individualismo dell'adesso che mi sembra essere la causa principale della perdita delle nostre costruzioni sociali e della nostra stessa identità.

Globalizzazione e McDonaldizzazione

Il nostro è un mondo ed un tempo sempre più piatto e grigio o, come direbbero gli economisti molto più attenti di noi alle logiche, ai meccanismi ed agli interessi del mercato, globalizzato.

Tuttavia, la globalizzazione non riguarda solo i consumi essendosi essa spinta ad uniformare (ibridare) le culture e ad omogeneizzare il nostro modo di pensare e le tradizioni grazie all'estrema facilità di spostarsi nel mondo ed a quel continuo flusso di scambio reso possibile dalle nuove forme di comunicazione affidate ad *Internet*; non più ai libri ed alle biblioteche ma alla facilità del *Web* che, da casa nostra, ci mette nelle condizioni di entrare a nostro piacimento in collegamento con tutto e con tutti e con una facilità e velocità straordinariamente disarmanti anche se sulla qualità delle informazioni trasmesse dal mondo del virtuale qualche ragionevole dubbio lo dobbiamo continuare a nutrire. Con un iper-consumo di generi e di informazioni che non ha interessato la sola soddisfazione dei nostri interessi primari visto che esso si è gradualmente insinuato nelle pieghe della soddisfazione dell'effimero se non addirittura nell'inutile, avendo trovato grandissimi alleati nell'acquisto *on line* e nelle carte di credito di cui ci serviamo nella quotidianità per appagare le nostre

frustrazioni che attraversano anche il bisogno di conoscenza. Diventato, anch'esso, vittima sacrificale di quei processi di omologazione e di spersonalizzazione che sono una caratteristica dominante della globalizzazione [4] e, usando una felicissima metafora proveniente dalle catene di ristorazione globale alla *fast food*, sempre più pervase dagli strumenti della McDonaldizzazione: un allettante e vincente sistema produttivo in cui le diversità vengono appiattite, i prodotti razionalizzati ed omologati al solo scopo di renderli accettabili a tutti in nome di un consumo globale, fruibili cioè da chicchessia, in ogni luogo e in ogni momento, anche per il loro basso costo. Efficienza, calcolabilità, prevedibilità e controllo del servizio affidato a tecnologie non umane ne sono le travi portanti che, purtroppo, si sono radicate anche in un certo modello di salute che, sotto la spinta delle esigenze imposte dal rigore economico e delle logiche di profitto, insegue la produttività, l'efficienza, l'abbattimento e la standardizzazione dei costi ed il controllo procedurale.

Non dubito sulla razionalità economica di questi sistemi e sulla loro efficienza riguardo al profitto (visto il successo che essi hanno avuto su scala planetaria) anche mi chiedo se essi non siano l'espressione del nostro trafelato presente che pretende di pranzare velocemente ed a costi contenuti ingurgitando, in piedi ed in fretta. Un *Big Mc* anonimo ed uguale in ogni parte del mondo; e di una cultura dell'adesso e della fretta che hanno messo in crisi le stesse dimensioni costitutive della personalità e del comportamento, le aspirazioni e le potenzialità di diventare persone mature capaci di pensare autonomamente riconoscendo i condizionamenti esterni, di aderire a principi e a obiettivi di autoregolazione e di soddisfazione autentica, di instaurare relazioni interpersonali costruttive e positive e di partecipare alla costruzione di un bene comune. Nutro, invece, forti perplessità sul fatto che questo sia un modello vincente per l'arte della cura anche se posso capire che, per il privato o per le Compagnie di assicurazione che si stanno diffondendo in tutto il mondo cercando il *profit* anche nella salute, la tentazione è straordinariamente grande come dimostrano, negli Stati Uniti d'America, la diffusione e lo sviluppo di centri chirurgici o di Pronto soccorso *walk in/walk out* (*McDoctors* o *Docs-in-the-box*) limitati ad un circoscritto numero di problemi clinici o, in Italia, la selezione delle patologie o delle scelte di trattamento in base al sistema dei Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) da parte delle strutture ospedaliere private convenzionate. Con una disomogeneità di accesso alle prestazioni che è di tutta evidenza in alcuni settori della cura per cui il trattamento emodialitico ha tassi percentuali molto più elevati di quelli della media nazionale nelle nostre Regioni del Sud che, se guardiamo alla salute riproduttiva della donna, prediligono ancora il raschiamento uterino rispetto all'istero-suzione.

In questa confusa situazione capisco però che c'è un problema di competitività tra il sistema sanitario pubblico e quello privato e che l'efficienza produttiva non è una questione secondaria se vogliamo dare una risposta a quelle ampie sacche di inefficienza che si registrano, purtroppo, nel nostro Paese e che non si possono unicamente attribuire ai "furbetti del cartellino" della pubblica amministrazione o agli scandali che, in tempi più recenti, hanno coinvolto i patrimoni immobiliari comunali pubblici (la cd. "affittopoli romana") sui quali si è oggi prevalentemente concentrata l'attenzione dei *media* anche in vista delle prossime elezioni amministrative. Essendo convinto che la competitività del sistema sanitario pubblico deve percorrere altre coordinate rispetto a quelle del modello alla McDonald's ed a quello, con esso imparentato, che seleziona categorie di pazienti omogenei quanto a caratteristiche cliniche e assistenziali rispetto al profilo di trattamento atteso per esclusive ragioni di *profit*. Opponendomi a quella oramai diffusa prepotenza (violenza) della medicina moderna che pretende di efficientare, selezionare, standardizzare e ibridare la persona che soffre calmierandone i bisogni in un contenitore vuoto ed astratto, privandola del possesso di un corpo e di un'anima e annullandone così la sua stessa identità e dignità.

I pericoli e le insidie della McDonalduizzazione della cura

La McDonalduizzazione della medicina o, meglio, il trasferimento nell'arte della cura dei suoi principi-base (efficienza, calcolabilità, prevedibilità e controllo del servizio affidato a tecnologie non umane) è un pericolo concreto sul quale poco abbiamo riflettuto, forse anche a causa dell'aziendaizzazione del Servizio sanitario nazionale e delle politiche di rigore imposte dalla Banca centrale europea e della Commissione europea che, nel nostro Paese, hanno convinto i nostri decisori politici ad intervenire pesantemente sulla finanza pubblica con quel pacchetto di interventi che si ricomprende, generalmente, nelle misure di *spending review* e che avrebbero dovuto contenere il debito pubblico. Cosa che non è avvenuta nonostante il prezzo salatissimo pagato dal nostro sistema di *welfare* sul quale i diversi Governi sono pesantemente intervenuti con la riforma del sistema pensionistico, il blocco del *turnover* nel pubblico impiego, il congelamento dei contratti, i tagli al finanziamento del S.S.N. ed i tagli, ancora più drammatici, al bilancio destinato agli interventi socio-assistenziali. Chi di noi ha un ruolo di responsabilità gestionale conosce le conseguenze di tutto ciò: la classe medica è una categoria di persone anziane con poco ricambio generazionale per il blocco delle assunzioni, lo *stop* forzato imposto al *turnover* del personale dell'area di comparto ci ha ripetutamente messo in difficoltà e costretti a razionalizzare (e razionare) i servizi, i carichi di lavoro sono aumentati per gli effetti dell'incremento dell'attesa di vita e così, all'improvviso, si scopre, a fronte di una Direttiva europea sull'orario di lavoro dei medici non di oggi ma del 2003 in cui (fino alla fine) gli amministratori locali confidavano in uno spostamento dei termini di entrata in vigore, che il S.S.N. manca di migliaia di medici o meglio che i medici in servizio hanno lavorato un *surplus* di ore lavoro togliendo spazio ai giovani e, molto probabilmente, non migliorando la qualità del sistema per i noti effetti prodotti dallo *stress* [5]. Anche se conosciamo la miopia ed il fallimento di queste politiche, testimoniato dal fatto che il nostro deficit pubblico non è diminuito pur essendosi attestato sui 2.200 miliardi di Euro, dal non decremento della disoccupazione giovanile nonostante gli enormi sgravi fiscali concessi agli imprenditori, dalle dimissioni dei vari Commissari nominati dal Governo per la *spending review*, dall'inerzia della macchina pubblica e dalla pochezza dei risultati raggiunti da queste politiche di *austerity* nonostante i roboanti annunci tipici dell'attuale maniera di fare politica che, da un lato, afferma di ridurre il parco delle macchine di rappresentanza e, dall'altra, modernizza l'airbus presidenziale per le trasferte istituzionali senza scalo con un *leasing* milionario contratto con la società degli Emirati che ha da poco rilevato la Compagnia di Stato italiana. Perché la spesa pubblica non è, purtroppo, diminuita come di recente denunciato dalla Corte dei Conti e perché sugli sprechi (come sull'evasione fiscale) non si è ancora intervenuti in maniera strutturale anche se la sanità ed i servizi socio-assistenziali dedicati alle persone più fragili hanno pagato un prezzo elevatissimo con risparmi sulla spesa corrente che sono però serviti solo a compensare altri sprechi: un efficientamento ed un razionamento settoriale che è così servito solo a controbilanciare altri sprechi ed altre inefficienze dello Stato e degli Enti Locali sulle quali è stata costruita una buona parte del consenso elettorale, specie nelle Regioni a statuto speciale.

Ripensare il modello antropologico della relazione di cura

Per contrastare le derive, le strumentalizzazioni e i pericoli della McDonalduizzazione della medicina [6] [7] occorre, a mio modo di vedere, tornare a riflettere sulla relazione di cura per provare a ripensare il suo modello antropologico nonostante molti di noi continuino a pensare a questa questione attribuendole una priorità marginale e di poca importanza. Il che non è, perché la globalizzazione ha subdolamente condizionato i modelli assiologici di questa relazione accelerando la loro trasformazione, avvenuta a partire dagli anni '90 del secolo scorso, quando l'autonomia della persona ha messo definitivamente da parte il pater-

nalismo medico con la sua diffusa critica mossa a partire dall'intervenuta costituzionalizzazione dei diritti della persona anche se la stessa era avvenuta mezzo secolo prima in tutte le tradizioni democratiche occidentali.

A ben guardare, la relazione di cura può essere indicata, in prima approssimazione, come quel particolare ambito del vivere collettivo e della socialità in cui si incontrano (dovendosi in qualche modo riconoscere) istanze ed esigenze molteplici, in parte simili ed in parte diverse. Le diversità sono ampiamente note e su di esse non vale la pena di dilungarsi se non sottolineando l'asimmetria dei ruoli assunti dai diversi protagonisti anche per non perdere di vista l'idea che in questa relazione si incontrano istanze similari che pur hanno luoghi di partenza diversi: prime tra tutte, le autonomie e le responsabilità che appartengono direttamente alla sfera della persona ed a quella del medico che necessitano, per la loro stessa sussistenza, di un reciproco riconoscimento e, soprattutto, di trovare un punto di equilibrio. Senza il riconoscimento dell'altro ogni nostra azione è, infatti, destinata a restare nel regno dell'astrattezza ed il nostro agire, se non cerca un preventivo punto di equilibrio con la libertà degli altri, esprimerebbe l'usurpazione violenta di questa libertà trasformando i nostri simili in mezzi quando essi devono essere sempre considerati come un fine come ci ha insegnato sia la prospettiva cristiana che quella kantiana.

La relazione di cura è così, usando una felicissima e fortunata metafora, un crocevia davvero trafficato attraversato dall'autonomia del medico e da quella della persona, dai diritti inviolabili e dai doveri inderogabili, dalle responsabilità e dalle libertà individuali e da quelle collettive. Che devono, in primo luogo, riconoscersi per potersi in qualche modo incontrare senza collidere frontalmente nel rispetto delle regole della socialità umana, dei suoi vincoli segnaletici spesso scanditi dall'alternarsi dei colori delle lanterne semaforiche, dei segnali di alt e dei doveri di precedenza che pur ci siamo dati, nella disciplina del traffico, per evitare i contatti sempre possibili nella circolazione veicolare della modernità. Resa sempre più densa da quei mezzi pesanti che non trasportano nessuna di quelle obbligazioni che, per oltre due millenni, hanno risparmiato la relazione di cura dalle sollecitazioni del diritto visto e considerato che i doveri che ciascuno si assumeva restavano confinati in un piano sostanzialmente morale. Da un diritto che non ha solo costituzionalizzato i diritti personalissimi ma che ha gradualmente trasformato le relazioni umane riconducendole (e riducendole) ai vincoli del contratto; e da un progresso delle conoscenze che ha progressivamente trasformato la finitezza umana in un qualcos'altro (di cui si può mettere in discussione l'appartenenza e la coerenza con la nostra identità di genere) attraverso quelle opzioni della tecnica che ci consentono di intervenire dall'esterno sui processi del nascere, del vivere e del morire e, così, di modificare artificialmente i ritmi della naturalità biologica. Con una miope e pericolosissima pervasività della tecnica e con la sua non innocente invadenza essendo essa influenzata anche dalle logiche del mercato e del contratto. Spesso espressa con due non sovrapponibili diadi (quella dell'ordinario/straordinario e quello del proporzionato/sproporzionato) anche se il problema centrale resta quello di accordarci su chi l'autorità è chiamata a valutare il superamento delle relative asticelle. Che la tecnica ha posizionato in termini performanti e senza interrogarsi su quali sono i limiti dell'intervento della tecnica anche se sugli stessi sembra oggi premere la crisi economica e la riduzione delle risorse. Nonostante, a mio modo di vedere, non siano questi i volani che dobbiamo prudentemente azionare perché la dignità dell'essere umano è il solo asse di trasmissione che può garantire la sopravvivenza dell'umano e della nostra stessa identità di genere. Mantenendo salda la consapevolezza sul fatto che le brusche accelerazioni e le improvvise sterzate non sono per nulla funzionali alla stabilità del genere umano ed al mondo che responsabilmente dobbiamo consegnare ai nostri figli, ai nostri nipoti ed a chi lo abiterà dopo di noi.

Tutto ciò ha provocato la crisi della relazione di cura e del suo tradizionale paradigma assiologico (il paternalismo medico) che ha ceduto sotto la spinta progressiva di molti fattori usuranti e, soprattutto, per l'artificialità, la pervasività, la potenza e l'illimitatezza della tecnica. A questo modello teorico si è sostituita, come guida assiologica della relazione di cura, l'autonomia della persona che non ha però risolto nessuna delle segnalate criticità nonostante l'ottimismo espresso dai molti giuristi e bioeticisti che lo hanno promosso, denunciando le tante insufficienze di quel primordiale paradigma. Quell'ottimismo, nonostante il sostegno che ad esso è stato dato dall'avvenuta costituzionalizzazione dei diritti personalissimi dell'essere umano (artt. 2, 13 e 32 Cost.), si è però rivelato ingenuo non solo per quella debolezza dell'autonomia ripetutamente segnalata dalla filosofia morale ma soprattutto perché non si è a sufficienza considerato che questo nuovo modello antropologico della relazione di cura avrebbe finito con il solo spostare le asimmetrie e le solitudini decisionali (dal medico alla persona). Così ampliando e radicalizzando il ventaglio delle situazioni critiche per cui chi sa deve informare chi non sa per far maturare liberamente la sua scelta decisionale quando può essere sempre messa in discussione la sua *moral agency*. Anche perché, in linea almeno teorica, l'affermare il primato morale di chi non sa rispetto a chi sa, ritenere che chi non sa possa comunque condizionare chi sa e modulare a piacimento il comportamento atteso e pensare che chi sa non riesca mai ad interferire l'autonomia e la responsabilità di chi sa è una assurdità non solo in linea teorica. Senza considerare che il sapere di chi sa è sempre condizionato dai limiti del sapere scientifico e dalle insufficienze del suo modello sperimentale, che l'autonomia è sempre condizionata dalle caratteristiche quali-quantitative dell'informazione (non solo verbale) che riceviamo con modalità più o meno lecite e non intrusive della nostra *privacy* (oltre che dai nostri valori personali e dall'integrità della nostra struttura mentale), che la nostra libertà non è mai assoluta essendo essa storicamente determinata e condizionata, che nel gioco delle autonomie di ogni relazione umana non può mai esistere un'autonomia assoluta in grado di gerarchizzare tutte le altre e che in ogni storia di vita decodificata dall'esterno e spesso ricostruita anche da noi stessi c'è molto spesso un'altra storia visto che il nostro *ipse* e *idem* non sono sempre strutture regolari e simmetriche.

Il grossolano limite dell'autonomia della persona è, così, l'aver considerato che l'autonomia personale sia un qualcosa di staticamente definito e ben individualizzato, che il suo decorso sia sempre quello di una linea retta rispetto al teorico atteso e che il tentativo di decodifica e di disambiguazione della narrazione personale effettuato da noi stessi e da chi abita il nostro stesso mondo viaggino sempre su due piani paralleli. Dunque che l'identità sia una ed una soltanto, che di essa non ci siano né interruzioni né vuoti né salti e che la sua robustezza sia intonsa e, quindi, in grado di resistere ai condizionamenti della globalizzazione economica quando il fenomeno della McDonaldizzazione ha dimostrato la nostra debolezza identitaria, il suo facile controllo e la sua attitudine ad essere facilmente colonizzata. Quando il paternalismo medico, pur con i suoi limiti, riconosceva il ruolo di garanzia esercitato dal medico.

A ben riflettere, è stata la pervasività dell'antropologia fondante l'autonomia della persona che ha amplificato e reso evidenti i pericoli della globalizzazione alla McDonald's della medicina. Chi non sa è, infatti, facilmente controllabile dall'esterno e ciò è dimostrato dai condizionamenti esercitati da una certa pseudo-cultura scientifica che, per scopi puramente commerciali, ha trasformato in patologico ciò che non è assolutamente tale, usando tutti i mezzi possibili della propaganda mediatica. Al punto tale che qualsiasi (presunto) inestetismo deve essere affrontato dalla chirurgia estetica, che la cellulite è una malattia da cui si deve assolutamente guarire, che le *performance* cognitive devono essere potenziate in ogni modo e con ogni mezzo (anche chimico) per garantirci nella nostra stabilità e per metterci in grado di affrontare la concorrenza dei nostri simili e che la vita stessa non è più soggetta

ai vincoli biologici potendo la tecnica darle un inizio in laboratorio e prostrarla ad oltranza. Chi non sa è, inoltre, facilmente condizionato dai meccanismi apparentemente performanti di ogni organizzazione professionale che, nel sentire comune, dovrebbe funzionare come i *team* che al *pit-stop* si affollano ordinatamente attorno ai bolidi della Formula-Uno per rifornire il carburante e per il cambio dei pneumatici. Senza però pensare che una cosa sono gli oggetti progettati e perfezionati dall'uomo per le competizioni sportive, altra cosa sono le persone che soffrono che, anche quando anestetizzate per un intervento chirurgico, mai possono essere trasformate in un oggetto attorno al quale affaccendarsi in termini di sola efficienza performante e di velocità - anche se il fattore tempo non è di trascurabile importanza per il nostro mestiere. Chi non sa è, infine, facilmente affascinato dal tema della riduzione dei costi perché la propaganda mediatica ha trovato un buon cavallo di razza nell'inefficienza pubblica e da quella standardizzazione delle procedure che ha affascinato i cultori dell'*Evidence Based Medicine*, che non sempre è sinonimo di qualità e che è inseguita da chi di noi teme di avere guai giudiziari e che si aggrappa a tutto ciò che è proceduralizzato o standardizzato a priori considerandolo un salvagente salvifico nel mare in burrasca e un ombrello sotto il quale ripararsi dalla pioggia insistente. Anche per gli influssi che, a questo riguardo, ha esercitato la riforma della colpa medica avvenuta con il decreto Balduzzi (legge 8 novembre 2012, n. 189) che, come si sa, nel dichiarato obiettivo di contenere i costi dati dalla medicina difensivistica, ha depenalizzato la colpa lieve indicando le regole cautelari nelle linee-guida e nelle buone-prassi purchè accreditate dalla comunità scientifica internazionale anche se il loro rispetto non esime dalla responsabilità civile pur ammettendo che il Giudice deve tenerne conto nella liquidazione del danno. Il che non ha introdotto, come qualche giurista ha ritenuto, una *culpa sine culpa* avendo la norma confermato che la standardizzazione della prassi professionale effettuata attraverso le *guidelines* e le *bestpractices* non schiavizza (incatena) certo il professionista che può (anzi deve) da esse derogare quando la situazione clinica del paziente e la specificità della situazione affrontata lo richieda [8]. Riconoscendo che le regole cautelari indicate in astratto dalle linee-guida e dalle buone-prassi non sono un totem cui servilmente e passivamente inchinarsi visto e considerato che il nostro mestiere non è mai standardizzabile proprio per la variabilità fenotipica di ogni malattia e per gli straordinari intrecci delle co-morbilità senza considerare le variabili organizzative che pur esistono.

Gli effetti positivi auspicati da quella riforma non ci sono però stati perché il contenzioso non è diminuito ma è anzi aumentato, per la nullità degli effetti di risparmio sulle molte prassi che vengono ricomprese nei comportamenti difensivi realizzati dal medico e perché la crisi di assicurabilità del S.S.N. non è stata modificata. Lo dimostra il fatto che, a distanza di pochi anni dall'approvazione del decreto Balduzzi [8], si sta discutendo un'ulteriore legge di riforma sulla colpa medica che, se non interverranno le auspiccate modifiche, aprirà ulteriori fronti di equivocità (bene non si capisce, ad esempio, quale sarà il ruolo di garanzia dell'Istituto Superiore di Sanità nella selezione delle Società scientifiche che dovranno redigere le *guidelines* e le *bestpractice*) e di contenzioso (tra il medico e le strutture sanitarie per il doppio binario della responsabilità contrattuale e da quella extracontrattuale che, nel caso di rivalsa dell'Ente, sono comunque destinati in qualche modo ad incrociarsi).

Conclusioni

La complessità dello scenario delineato mi stimola a qualche considerazione di sintesi per provare ad indicare la strada sulla quale occorre dirigersi mantenendo salda la consapevolezza sulla delicatezza del nostro ruolo che si confronta, nella quotidianità, con i bisogni espressi da persone in situazione di sempre più forte bisogno e fragilità.

La post-modernità è certamente un tempo, uno spazio ed un luogo difficile da frequentare responsabilmente mantenendo salda l'idea di umanità e lo è non solo per la sua ampia liquidità ma anche per le straordinarie contraddizioni che la stanno attraversando, che si stanno ripercuotendo anche sulla relazione di cura e che ne hanno contrassegnato la sua entrata in crisi. La globalizzazione del mercato ed il profitto, le loro logiche ed i loro meccanismi vincenti non hanno, infatti, risparmiato questo particolare settore della socialità. Né poteva essere altrimenti se si considera che la relazione di cura è una tra le più importanti manifestazioni del vivere collettivo e della reciprocità anche se l'organizzazione sanitaria mostra ancora incredibili diversità a livello planetario: esistendo modelli di *profit* che si alternano a modelli *no profit* e ad altri modelli in cui la salute è un diritto dei soli ceti abbienti essendo la salute un bene non sempre garantito sul piano del riconoscimento giuridico nonostante le Dichiarazioni internazionali ne abbiano ripetutamente proclamato la tutela ed esigibilità. La qual cosa è avvenuta anche in Europa che pur deve essere considerata come la culla dei diritti dell'uomo e come il luogo in cui la lunga tradizione dell'arte della cura ha mantenuto la sua originaria impostazione umanistica visto che le logiche dell'efficienza, del controllo dei costi standard, dei vincoli di bilancio e del controllo sono intervenute pesantemente nel campo sanitario dove, oggi, prevalgono le logiche dei numeri performanti verificata e garantita dai nuovi apparati di controllo e gestione istituiti in ogni struttura aziendale. I quali ben si guardano dal misurare la qualità delle prestazioni e, soprattutto, i loro risultati in termine di salute prodotta limitandosi, il più spesso, ad una mera operazione di calcolo matematico tra l'atteso e l'erogato e tra i costi di gestione ed i ricavi (più o meno fittizi) determinati da quel perverso sistema di compensazione della spesa sanitaria a DRG istituito anche in Italia per la sostenibilità del sistema. E che spingono, di conseguenza, sul pedale della standardizzazione e della proceduralizzazione dei processi di diagnosi e cura, spesso definiti sulla carta all'interno delle logiche di accreditamento (istituzionale e non) e con meccanismi *top down* imposti dai *management* aziendali e subiti da chi si trova ad operare realmente nelle corsie e negli altri luoghi di cura. Con inevitabili conseguenze anche sulla relazione di cura, sempre più standardizzata sul piano dei tempi dedicati alla persona e delle azioni attese con uno scenario che ha subito una profonda accelerazione dall'intervenuto cambiamento del modello paradigmatico della relazione di cura che, spostando sulla persona la solitudine della scelta tra più opzioni, l'ha sicuramente esposta ai meccanismi che hanno fatto la fortuna della globalizzazione. Essendo essa facilmente condizionabile perché più esposta al controllo ed al condizionamento esterno (affidato al virtuale e al mondo dei *media*) rispetto a chi, avendo specifiche conoscenze ed idonee competenze, un qualche livello di difesa lo può agire.

Alcuni correttivi li possiamo però mettere in campo per provare a correggere le dinamiche della globalizzazione, del profitto e del contenimento dei costi che motivano i *manager* ed i ragionieri della sanità a McDonaldizzare progressivamente la medicina e la relazione di cura.

Il primo è di natura culturale. Perché occorre riflettere seriamente sulle questioni sociali ed antropologiche che stanno condizionando le nostre biografie personali e con esse la nostra vita professionale; anche se l'uomo di scienza si ostina a vivere sotto l'ombrello protettivo della sua sola scienza ritenendola un qualcosa di assolutamente indipendente da ogni altra questione sociale e, come tale, non influenzabile quando la storia ci ha, invece, dimostrato che i condizionamenti esterni sono in grado di privare la scienza proprio della sua libertà, di condizionarla, di comprimerla e di strumentalizzarla o con i pregiudizi metafisici (come avvenuto nel caso di Copernico e di Galileo) o con le disumane necessità di auto-sostentamento di ogni regime totalitario (si vedano, al riguardo, i crimini della scienza commessi nel periodo del nazionalsocialismo). Una nostra maggiore sensibilizzazione e bi-

sogno di conoscenza sulle questioni antropologiche e sociologiche non è un *optional* ed a me sembra del tutto necessaria in questo difficile momento storico per capire i fenomeni, comprenderne le coordinate, intercettare i problemi e provare così a ridare una dimensione umana alla nostra speranza.

Il secondo è, più propriamente, professionale perché la conoscenza non può estraniarsi dalla nostra capacità di pensiero. Le conoscenze scientifiche non ci possono, infatti, incatenare e così trasformare nel loro schiavo, perché il medico senza il pensiero autoriflessivo è esposto ed è alla mercé del potere della tecnica (e degli interessi che la muovono) e perché la medicina diventa così una disumana violenza. Il non-pensiero ci abitua a diventare ingranaggi passivi del sistema, ad assumere il freddo e subdolo volto grigio della cattiva burocrazia, ad aggrapparci alle regole di condotta predefinite da qualcun altro per non esporci sul piano personale, ad abdicare alla nostra personalità, a tacitare le nostre coscienze quand'esse esprimono la loro umanità e a perdere, così, la nostra stessa dignità. Il non-pensiero apre così la porta al male e lo radicalizza in un mondo divenuto liquido in cui si sono smarrite le regole del rispetto, della solidarietà e della convivenza sociale. Senza pensiero siamo destinati a realizzare le azioni (pre)stilte (astrattamente definite) dal sistema quando, invece, la nostra professione si esprime con scelte anche coraggiose, con il linguaggio, con il riconoscimento dell'Altro, con la carità misericordiosa [8], con i piccoli o i grandi gesti generatori di opere che si confrontano, sempre, con il giusto e con ciò che è buono. Di cui, come si vedrà tra un attimo, dobbiamo continuare a rivendicare il primato sulla giustizia procedurale.

Il terzo, di natura etico-pratica, si esprime nell'esigenza di ripensare l'antropologia della relazione di cura per dare una risposta non solo allo strapotere della tecnica ma soprattutto ai limiti, alle insufficienze ed alla facile aggressività dimostrata dall'autonomia della persona. Non penso, naturalmente, alla riemersione dall'oscurità della profondità del paternalismo medico e (meglio) dei suoi tratti distintivi peggiori anche se di quel modello antropologico della relazione di cura dobbiamo recuperare la forza (anche simbolica) del *care* (o del *caring*) e la giustizia distributiva [9]. Considerando il *care* come il prodotto più autentico della responsabilità e dell'impegno, il prendersi davvero a cuore e sulle spalle i bisogni dell'altro riconoscendolo come un soggetto morale autonomo, mai come mezzo e sempre come fine; esprimendo esso la tensione verso chi è fragile, la nostra fatica quotidiana che è fatta non solo di *performance* professionali ma anche di linguaggio e di quei piccoli/grandi gesti che imprime ad ogni nostra azione quell'umanesimo cui non potrà mai sottrarsi il bisogno di umanità. Non solo *skills* e tecnica, dunque, perché il *care* richiede di ampliare il nostro cuore, di dargli voce espressiva, di riconoscerci come persone oltre che come professionisti, di riconoscere l'Altro, di partecipare alla sua biografia, di rispettarlo come autorità morale e di impegnarci perché la nostra vita sia coerente con la promessa che abbiamo fatto a noi stessi e con quella che abbiamo fatto alla collettività assumendoci il nostro ruolo. Anche se quest'idea pretende un ulteriore sviluppo dovendosi il nostro impegno onorare la giustizia distributiva. Ben diversa da quella procedurale (o dell'ordinamento) e che ci chiede di disambiguare il volto dell'Altro illuminando al contempo anche i volti di chi non ha voce e di chi non ha un volto definito essendo, per così dire, *a latere* della relazione di cura: ai componenti la sfera parentale, a quelli della sfera amicale ed a chi, pur non conoscendo direttamente la persona, compone la comunità nazionale e mondiale. Con l'obiettivo di ripartire equamente le risorse mai dimenticando, specie in questo momento di drammatica crisi delle risorse e degli investimenti, che ogni nostra scelta, da quelle più semplici a quelle più complesse, ancorché giusta perché nell'interesse di salute della persona, la dobbiamo ponderare tenendo conto delle ricadute che essa ha sulla comunità. Pur non replicando le logiche ed i vincoli dell'appropriatezza economica e del rapporto costo/beneficio, il principio di giustizia pretende il riconoscimento ed il confronto con l'autonomia della persona che non può

pretendere opzioni diagnostiche o terapeutiche ingiuste. Perché anche il medico ha una sua autonomia ed una coscienza che deve sempre interrogarsi sull'incidenza e sulle conseguenze che le nostre scelte professionali causano alla comunità. Sprecare le risorse e non ottimizzarle mostra il disprezzo della giustizia distributiva ed esprime, spesso, la violenza dell'arte della cura che non può non considerare i vincoli economici come uno straordinario impulso all'eticità della scelta. Sempre guidata dal rispetto e dalla promozione della dignità umana senza la quale è fin troppo facile cedere a quei radicalismi metafisici ed a quelle derive nichiliste del fanatismo economico che si colgono nel dibattito contemporaneo. Ed indignandoci quando la dignità viene calpestata, derisa, ferita, disattesa, violata: nella consapevolezza che l'offesa alla dignità dell'Altro (soprattutto se più debole e fragile) è anche e per ciò stesso un'offesa concreta alla nostra dignità ed alla nostra stessa umanità. Non dimenticando che i diritti, pur dichiarati e proclamati a gran voce nelle Carte, nelle Convenzioni e nelle Costituzioni sono spesso poi traditi nella concretezza dei fatti proprio da chi dovrebbe promuoverli e dare ad essi una protezione; visto che il mondo è ancora diviso in classi ricche e povere, in ceti che detengono il potere economico sfruttando con sempre più innovative modalità i ceti poveri, perché ci sono popoli che hanno discrete per non dire buone prospettive di benessere e popoli che muoiono ancora di fame, di stenti e di banali malattie infettive; e perché, nonostante la globalizzazione economica, quella umana viene ancora contrastata da insufficienze, interessi e privilegi senza l'onestà di provare a correggerne le storture.

Onorando il nostro impegno per non essere condannati a vivere in una situazione di permanente incertezza ed in un trafelato presente che spesso ci distoglie e ci diseduca dalla responsabilità dell'impegno.

Bibliografia

[1] Bonoefter D., Resistenza e resa. Lettere dal carcere, Queriniana, Brescia, 2015

[2] Habermas J., Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale, Einaudi, Torino, 2002

[3] Arend H., Vita activa, Bompiani Editore, Milano, 2014

[4] Ritzer G., Il mondo alla McDonald's, Il Mulino, Bologna, 1997

[5] Arcuri F.P., Cacioli S. (a cura di), Qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 20-22 giugno 2011

[6] Maurer BT Drive-through medicine: the McDonaldization of modern medical practice. JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants 2014 Dec;27(12)

[7] Dorsey ER, Ritzer G The McDonaldization of Medicine. JAMA neurology 2016 Jan 1;73(1):15-6

[8] Cembrani F., La legge Balduzzi e le pericolose derive di un drafting normativo che (forse) cambia l'abito alla responsabilità giuridica del professionista della salute, Rivista italiana di Medicina Legale e del Diritto in campo sanitario, 2013;2: 800-818

[9] Cembrani F., Quando la medicina diventa misericordia. Dare un nuovo volto alla relazione di cura, Marietti Editore, Genova, 2015