



MEDICINA E MORALE | Sulla manipolazione del linguaggio



LE NUOVE PAROLE DELLA MEDICINA *

di Antonio G. Spagnolo**

Nel corso di un recente incontro tra il direttore generale e il personale medico di una grande struttura ospedaliera, mentre veniva illustrato il piano industriale di rientro finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni e a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari, è stato esplicitamente richiamato che i posti letto dell'ospedale rappresentavano la "capacità produttiva" di quella struttura: visite, analisi diagnostiche, terapie e interventi chirurgici costituivano la produttività del lavoro degli operatori sanitari. Ma è stato richiamato anche, come negli ultimi vent'anni il settore sanitario sia l'unico settore economico che non ha conseguito alcun guadagno in termini di produttività, benché in termini di crescita del settore, per qualità e occupazione, non sia stato di meno di altri.¹ È stato perciò evidenziato che per conseguire un risultato positivo in termini di "produzione" bisogna o aumentare le prestazioni (in particolare interventi chirurgici) o cercare di contenere i costi, magari favorendolo con meccanismi di "gratificazione economica" dei medici, per raggiungere l'obiettivo del guadagno in termini di produttività. Ripensavo a quanto diverso era quel linguaggio rispetto a quello che abbiamo imparato nei nostri primi anni di formazione nella facoltà di medicina. Anche allora, indubbiamente, chi intraprendeva gli studi medici doveva acquisire un linguaggio nuovo rispetto a quello comunemente usato in famiglia e dalla gente comune: abbiamo imparato che l'arrossamento era un eritema, il gonfiore una tumefazione e le punture una terapia parenterale. È stato come imparare una lingua straniera, al cui apprendimento dovevamo dedicare molte ore, al fine di utilizzare un linguaggio scientifico e condiviso dalla comunità medica.

Oggi ci si trova ancora in medicina di fronte alla necessità di imparare nuovi termini che in realtà sono molto familiari in altri contesti: i pazienti non sono più pazienti, ma piuttosto "clienti" o "consumatori". I medici e gli infermieri sono "provider" o "fornitori" di servizi. Questi descrittori sono ormai ampiamente adottati nei mass media, nelle riviste mediche e nelle riunioni di programmazione e di discussione sui piani industriali e di rientro delle aziende sanitarie. Eppure quei termini non sono sinonimi: la parola "paziente" deriva da *patients*, che significa sofferente o portatore di una affezione; *dottore* viene da *docere*, nel senso di insegnare al sofferente come stare bene e come gestire la propria salute; e *infermiere* esprime in modo chiaro il ruolo di chi assiste gli infermi per i bisogni che essi non sono in grado di soddisfare da soli data la loro malattia. Termini che sono stati usati per più di tre secoli nella medicina e che hanno un ben preciso significato circa il ruolo e gli obiettivi delle professioni sanitarie.

Che cosa abbia determinato il crescente utilizzo di questo nuovo vocabolario in medicina se lo domandano Hartzband e Groopman in un bell'articolo sul *New England Journal of Medicine* (NEJM) di qualche mese fa.² Essi rilevano che essendo nel bel mezzo di una crisi economica, gli sforzi per riformare il sistema sanitario si sono concentrati soprattutto sul controllo dei costi ai vari livelli. A tal fine, molti economisti e responsabili delle politiche sanitarie hanno già da tempo proposto che la cura del paziente dovrebbe essere industrializzata e standardizzata.

Ospedali e cliniche dovrebbe funzionare come moderne fabbriche e termini "arcaici", come *medico*,

² HARTZBAND P, GROOPMAN J. *The New Language of Medicine*. NEJM. 2011; 365: 1372.

¹ KOCHER R, SAHNI NR. *Rethinking Health Care Labor*. NEJM. 2011; 365: 1370.



infermiere e paziente dovrebbe quindi essere sostituiti con una terminologia che si inserisca in questo nuovo ordine di idee. Ma queste parole che abbiamo sempre utilizzato per spiegare i diversi ruoli in ambito sanitario non sono facilmente intercambiabili con i nuovi termini: al contrario esse sono significativamente molto potenti nel determinare precise aspettative circa i ruoli, e rimandano a precisi comportamenti da parte di chi ha scelto una professione sanitaria. Perciò questo cambiamento nel linguaggio della medicina ha conseguenze molto pesanti e deleterie sulle relazioni tra medici, infermieri, o qualsiasi altro professionista sanitario, ed i pazienti di cui si prendono cura. Queste relazioni sono ora delineate fondamentalmente in termini di una transazione commerciale: il consumatore o cliente è il compratore, e il "provider" è il fornitore o venditore di un servizio sanitario. Non c'è dubbio che vi sia una sensibile implicazione finanziaria dell'assistenza clinica ma questa è solo una parte marginale di tutta l'assistenza e comunque per chi è malato questa è la parte meno rilevante. I termini "consumatore" e "fornitore di servizi" sono molto riduttivi e non tengono conto della dimensione spirituale, psicologica e umana della relazione tra professionisti e pazienti, relazione che rende la medicina una "vocazione", nella quale la dedizione e l'altruismo dovrebbero mettere in secondo piano il guadagno personale in termini di gratificazione economica o di produttività aziendale. Il termine "fornitore di servizi", poi, è talmente e forse anche deliberatamente generico, che non permette di designare in modo specifico il ruolo o il tipo di competenza di ciascun professionista. Ogni medico, infermiere, fisioterapista, ecc., si è formato ed ha acquisito delle competenze specifiche che non possono essere incluse nel termine generico di "fornitore" che non rimanda affatto ad una professionalità. Non emerge dal termine alcun riferimento al ruolo di medico come un maestro che ha speciali conoscenze per aiutare il paziente, a capire le ragioni della sua malattia e le possibili modalità di porvi rimedio. Non viene reso alcun onore al lavoro dell'infermiere che con le sue autonome e specifiche competenze nell'ambito dell'assistenza rende possibile, in stretta collaborazione con il medico, una guarigione efficace. Al contrario, il termine generico "fornitore" suggerisce che i medici e gli infermieri e tutti gli altri professionisti medici siano intercambiabili. "Fornitore" suggerisce anche che l'assistenza sia fondamentalmente una merce preconfezionata su uno scaffale che è venduta al "consumatore", piuttosto che qualcosa di personalizzato e dinamico, realizzato da professionisti qualificati, su misura del singolo paziente. Sembra che tutto l'incontro clinico sia guidato esclusivamente dall'obiettivo di produttività di fronte al quale il cliente o il consumatore si pone

con sospetto ("compratore stai attento!", sembra essere l'atteggiamento di fondo) cosa che difficilmente si concilia con un'atmosfera di fiducia così centrale e fondamentale nel rapporto tra il medico o l'infermiere e il paziente. Se ci pensiamo bene, che cos'altro sono le frequenti denunce dei pazienti nei confronti dei professionisti sanitari che, per definizione, in base al loro ruolo di fornitori di servizi, non potranno fare altro che gli interessi personali o dell'azienda e che non coincidono con quelli dei loro pazienti? Ridurre la medicina all'economia rende una beffa il legame tra terapeuta e malati. Per secoli, i medici che si sono mostrati attaccati al denaro sono stati pubblicamente sbeffeggiati in romanzi e opere teatrali in quanto avevano tradito la loro vocazione. E adesso dovremmo celebrare il medico e la sanità che intendono massimizzare i profitti vendendo servizi ai pazienti - "consumatori"? I pazienti non sono consumatori, tuonava Paul Krugman dalla colonna del New York Times del 21 Aprile scorso, e trova che tutto ciò è nauseante e che la prevalenza di questo tipo di linguaggio sia il segno di qualcosa che è andato distorto non solo in questo ambito ma più in generale nell'ambito dei valori della nostra società. Ma questo movimento verso l'industrializzazione e la standardizzazione di tutta la medicina (e non solo ai fini del miglioramento dell'assistenza) ha profondamente inciso anche su alcuni altri termini che sono stati fondamentali per la nostra formazione medica: scompare il concetto di "giudizio clinico" sostituito da "pratica basata sull'evidenza scientifica". Ma l'evidenza non è qualcosa di nuovo, in tutta la nostra formazione medica da più di trent'anni si è sempre fatto riferimento ai dati scientifici per confermare la pratica clinica. Si parlava dei risultati dei diversi protocolli di ricerca nelle conferenze, e se ne discuteva nei congressi, ma è stato proprio l'esercizio del giudizio clinico che ha permesso la valutazione di quei dati e l'applicazione dei risultati degli studi ad ogni singolo paziente, è ciò era vista come l'espressione massima della pratica professionale. Ora gli esperti di politica sanitaria e anche gli stessi medici sostengono che l'assistenza clinica dovrebbe essere essenzialmente una questione di attuazione di linee-guida predefinite in una fabbrica di progetti, preparate da esperti, contenute in manuali operativi. Solo a queste linee-guida viene attribuito il carattere di scientificità e oggettività, mentre il vecchio caro giudizio clinico è descritto come soggettivo, inaffidabile e non scientifico. C'è evidentemente un errore di fondo in questa concezione: infatti, mentre i dati di per sé sono obiettivi, misurabili e quantizzabili, la loro applicazione nella pratica clinica da parte degli esperti, che su tali dati hanno formulato le loro linee-guida, non lo è. E anzi talora risulta "inconcepibile" che qualcuno "osi" discostarsi dalle linee-guida



anche se ottiene nella pratica clinica risultati "evidenti". Lo sanno bene alcuni nostri ricercatori che, nel presentare per la pubblicazione una loro ricerca ad una nota rivista internazionale ad elevato Impact Factor, si sono sentiti rispondere dall'Editore che l'articolo non veniva accettato solo perché riguardava una ricerca sui pazienti maschi infertili che secondo i parametri seminali previsti dalle linee-guida dell'OMS dovevano essere avviati alla fecondazione in vitro, mentre i nostri ricercatori hanno potuto rilevare una significativa fertilità spontanea in questi soggetti che avevo osato non adeguarsi alle linee-guida e ricorrere alla FIVET. Per fortuna un'altra rivista ha accettato la pubblicazione che così potrà offrire un elemento di riflessione a chi si occupa di problemi di infertilità maschile.³

Questa constatazione, che la pratica clinica basata sull'evidenza codificata in linee-guida abbia un ineludibile nucleo soggettivo, è avvalorata dal fatto che pur lavorando con gli stessi dati scientifici, diversi gruppi di esperti possono elaborare linee-guida diverse per condizioni comuni come l'ipertensione o l'ipercolesterolemia o l'uso di test di screening per il cancro della prostata o della mammella. Definire i cut-off per iniziare o meno un trattamento, sottoporre o meno ad un test, soppesare il rapporto tra i rischi e i benefici: riflettono tutti i valori e le preferenze degli esperti che redigono le raccomandazioni. E questi valori e preferenze sono tutti soggettivi, non scientifici, ribadiscono Groopman e Hartzband. Ora, quale impatto potrà avere questo nuovo vocabolario sulla prossima generazione di medici e infermieri? Ripensare i loro ruoli come quelli di "fornitori di servizi" che devono eseguire meramente indicazioni prefabbricate diminuisce sicuramente la loro professionalità e inevitabilmente anche la loro responsabilità morale nei confronti dei pazienti. Allo stesso modo, ripensare alla medicina in termini economici e industriali difficilmente attirerà l'interesse di pensatori creativi e indipendenti con competenze non solo nella scienza e la biologia, ma anche con una attenzione autentica agli aspetti umani della cura. Quando noi stessi siamo malati, vorremmo che qualcuno si prendesse cura di noi come persone non come clienti paganti e che il trattamento venisse individualizzato secondo i nostri valori e le nostre preferenze. Perciò, nonostante l'ipocrita espressione "medicina centrata sul paziente" che pure continuiamo ad usare, da parte di chi spinge verso l'adozione del nuovo linguaggio in medicina,

l'attenzione è chiaramente spostata dal paziente al sistema e ai suoi costi. Terminologie del mercato e dell'industria possono essere utili agli economisti ma non dobbiamo permettere che questo vocabolario ridefinisca la professione medica. "Cliente", "consumatore", "fornitore di servizi", "produttività" sono parole che non devono entrare nell'insegnamento medico e nella clinica e i medici, gli infermieri e tutti gli altri professionisti sanitari dovrebbero rifuggire l'uso di tali termini che sviliscono il paziente oltre che loro stessi e pericolosamente minano l'essenza della medicina. Sin dal primo anno nel corso di Laurea in Medicina e chirurgia di molte università è stato inserito il Corso integrato di Scienze umane al fine di contribuire a far emergere nello studente che inizia il suo corso di studi medici una visione unitaria dello sviluppo delle conoscenze biomediche e delle abilità professionali, decisionali ed operative così che accanto alle competenze tecnico-scientifiche egli acquisisca anche una sensibilità ai problemi umani della persona sofferente, delle capacità umane e comunicative e una responsabilità etico-sociale nell'azione di cura, che abbia certamente un occhio ai costi ma solo nella prospettiva di un equo utilizzo delle risorse. E parametro di questa equità è il singolo paziente il cui interesse non può mai essere subordinato all'interesse della società.



*** Editoriale pubblicato su *Medicina e Morale* 2011/6: 967-972**

**** Professore Ordinario di Medicina Legale
e delle Assicurazioni,
Direttore dell'Istituto di Bioetica
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma**

³ MILARDI D, GRANDE G, SACCHINI D ET AL. *Male Fertility and Reduction in Semen Parameters: A Single Tertiary-Care Center Experience*. International Journal of Endocrinology 2012, Article ID 649149, 6 pages, 2012. doi:10.1155/2012/649149.