

**Materiale:** Intervento sessione di lavoro: Etica dei trattamenti e delle prevenzioni

**Relatore:** Maurizio Fea, Dirigente Dipartimento Dipendenze ASL Provincia di Pavia

**Titolo intervento:** Etica, responsabilità terapeutica, organizzazione del sistema di cura: una esplorazione di confini .

**File:** h\_58\_fea.pdf

**N.B.** Quanto riportato nel presente documento è di responsabilità dell'autore. Esso è destinato esclusivamente a stimolare il dibattito e non rappresenta in alcuna maniera prese di posizione del Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

## **ETICA, RESPONSABILITA' TERAPEUTICA, ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CURA: UNA ESPLORAZIONE DI CONFINI**

### Pluralità di riferimenti etici e strategie di intervento

Il sapere sulla salute è stato tradizionalmente campo esclusivo e privilegiato dei medici e dei loro assimilati. E' ancora così? Mi pare di no, mi pare che sempre più vadano prendendo corpo tendenze e stati di fatto che propendono nel riconoscere il principio della soggettività del paziente rispetto non solo alla percezione del proprio stato di salute, ma anche al modo di conservarla e di curarla.

Il rapporto tradizionale medico - paziente si va trasformando in rapporto medico - esigente, che richiede non solo tutela, assicurazione, certezza della cura, competenza, ma riconoscimento di identità come soggetto prima che come malato, o come soggetto malato, non più vittima dell'ordine biologico, rassegnato nei limiti e nei vincoli di un destino ineluttabile ma uomo che rivendica egli stesso di poter decidere, nelle possibilità che la scienza offre, il suo proprio destino individuale. Non c'è più un rapporto tra etica e salute, ma tra pluralità di etiche e molteplici interpretazioni della salute. ( Cavicchi 1998 )

Questo comporta quindi una maggiore complessità di punti di vista sulla responsabilità terapeutica e sul rapporto tra questa ed il sistema di organizzazione della cura e del rapporto tra clienti e servizi.

Nell'ambito dei comportamenti di abuso di sostanze psicoattive questo nodo è reso ancora più intricato dalla presenza contemporanea di più livelli interpretativi del compito terapeutico, di diversi riferimenti etici e valoriali da parte del sistema dei servizi, da parte delle persone che li utilizzano, da parte della committenza istituzionale, da parte dei gestori del sistema sanitario.

Se in altri campi della medicina la discussione intorno ai temi del diritto alla salute, del ruolo del medico e del sistema sanitario in generale ha condotto in tempi abbastanza recenti ad allargare il dibattito ai riferimenti etici, il campo delle dipendenze è stato caratterizzato fin dal suo iniziale costituirsi, come un ambito di intervento permeato da costanti e conflittuali riferimenti valoriali che hanno però impedito un vero dibattito sull'etica.

Il confronto è stato prevalentemente ideologico, contrattualistico e di potere, e a questo confronto gli operatori dei servizi hanno partecipato molto poco, sia per non essere stati invitati sia per la scarsa dimestichezza e consuetudine con gli ambiti della morale e dell'etica, e soprattutto per una connaturata vocazione al pensiero descrittivo più che normativo.

Cosa intendo dire quando affermo che il campo delle dipendenze è stato permeato da costanti e conflittuali riferimenti valoriali che hanno impedito un vero dibattito sull'etica. Intendo il fatto che l'aver assunto il modello della devianza e/o il modello della sofferenza ( il corpo sociale o il corpo individuale malato o da salvaguardare ) come teoria interpretativa, negando a priori qualsiasi altra possibilità esplicativa, ha orientato irrimediabilmente la riflessione etica in senso fortemente normativo, prima ancora che si potesse muovere in modo un po' più equilibrato alla ricerca di riferimenti che non fossero soltanto il riflesso di emozioni come l'istinto di sopravvivenza o di sopraffazione.

In questo modo si è legittimata l'esclusione del presunto deviante o del presunto sofferente dal suo sistema significante, giustificandosi con l'affermazione kantiana che l'umanità non può mai essere considerata in noi stessi e negli altri come un mezzo, ma anche e simultaneamente come fine.

Adesso sappiamo con maggior chiarezza di venti anni fa che la definizione di tossicodipendenza rinvia almeno a tre parametri: quello medico, quello sociale e quello individuale. Il primo ad essere preso in considerazione è stato quello sociale, il secondo quello medico, e da ultimo si comincia a considerare quello individuale. Ma se la definizione di tipo medico presuppone la costruzione di un paradigma, le altre due ( sociale e individuale ) presuppongono criteri di rilevanza di senso che sono frutto di percorsi e traiettorie multicentriche in cui gli elementi simbolici, biografici, culturali risultano predominanti rispetto alle considerazioni e alle procedure di tipo biologico o scientifico.

Questa successione storicamente determinatasi è una delle ragioni per cui il sapere medico nel campo delle dipendenze, prima che in altri ambiti, ha dovuto mediare con poco successo e con il rischio di perdere la propria identità, con altri sistemi ( filosofici, sociologici, culturali ) ai fini della legittimazione sociale della propria pratica.

A tutt'oggi questa legittimazione rimane precaria e vulnerabile a qualsiasi dubbio pragmatico o teorico sulla efficacia del paradigma medico scientifico.

Il fatto è che ogni processo di legittimazione sociale comporta sempre una qualche forma di controllo che a sua volta richiede una visibilità di ciò che viene legittimato per poterne misurare la compatibilità sociale anche all'interno di percorsi di congruenza simbolica.

Nel nostro caso diventa difficile sottrarre il sapere medico al rischio di concorrere inconsapevolmente alla composizione della legittimazione sociale di pratiche medico scientifiche subordinate e con evidenti effetti normativi sulle pratiche sociali e sulle libertà individuali.

E' questa un'altra ragione per occuparci di etica, per affrontare le sfide che la prassi quotidiana ci sottopone senza cadere nella trappola del tecnicismo o nella presunzione del sapere scientifico.

La scienza non fonda alcun valore morale, questo è stato ripetutamente detto fin dai tempi antichi, ma fare scienza in un certo modo è un valore. Da Galileo in poi fare scienza secondo i codici del rigore sperimentale ha significato anche impegnarsi per una sorta di sapere pubblico e controllabile, impegnarsi su dei codici di onestà intellettuale e forse anche aggiungere e declinare degli ideali.

Il fare scienza è dunque un portare valori, e la conquista epistemica è un valore in sé, un aumento di informazione o perlomeno l'articolazione di un atteggiamento critico.

Tuttavia non deduciamo affatto i valori da una singola teoria scientifica, ma il fatto di impegnarci con rigore nello studio e nella ricerca ci colloca di fatto in una dimensione valoriale.

Tutto ciò comporta il doversi confrontare con problemi che non sono di natura strettamente scientifica, ma investono quei codici giuridici e morali che ci permettono di valutare le nostre azioni e alla luce dei quali prendiamo decisioni o giudichiamo le decisioni di altri.

A tale proposito quindi non possiamo evitare di esprimerci in maniera chiara sul valore che attribuiamo per esempio alla decisione, scelta, costrizione, desiderio, piacere, impossibilità, di drogarsi. Non possiamo unicamente pensare di essere in accordo o in disaccordo con posizioni morali espresse da altri, come se l'esistenza o meno di una chiara posizione etica fosse indifferente alla buona pratica clinica.

Accedere alla dimensione etica della propria azione in rapporto al paziente significa interrogarsi non solo su cosa devo fare - ma cosa posso fare - e cosa desidero fare

Dovere, possibilità e desiderio che compongono l'esistenza quotidiana di tutti, anche dello scienziato, non sono ricostruibili indipendentemente l'uno dall'altro. E l'uno modificandosi, modifica inevitabilmente anche gli altri. E così il "dovere" non è mai assoluto, la "possibilità" non è mai immodificabile e il "desiderio" non è mai astratto. ( C.Ventimiglia 1994 )

Inoltre non è possibile sottrarsi ulteriormente a questa esposizione, pena il fatto di rimanere emarginati dalle decisioni che poi sono importanti per la cura, per la salute dei cittadini, per l'organizzazione dei servizi.

Riservare l'ambito del giudizio etico al momento di decidere sulla legittimità o meno di una cura, della sua applicabilità per quel determinato paziente in quel contesto, a quali condizioni ecc. senza che vi sia stato un consenso e una esplicitazione condivisa di giudizio, diventa una operazione quasi clandestina, poco discutibile in termini scientifici ed anche vulnerabile da altri punti di vista.

Dicevo in precedenza che la definizione di tossicodipendenza rinvia almeno a tre parametri: quello medico, quello sociale e quello individuale. Credo che sia proprio a partire da quest'ultimo parametro che dobbiamo riconsiderare le implicazioni etiche del nostro lavoro, e che la mancata considerazione del parametro individuale, soggettivo, abbia indebolito e resa falsa fin dall'inizio la cornice morale che ha orientato decisamente ogni tipo di scelta sulla questione tossicodipendenza.

Affrontare il parametro individuale oggi, con tutti i cambiamenti che stanno avvenendo sotto il profilo culturale, ma anche politico e sociale, non tanto riguardo alle droghe, ma soprattutto in relazione allo statuto di malato e di malattia, nonché del sistema della cura, non vuole dire spostare dal campo medico scientifico al campo sociopolitico la domanda di senso valoriale per soddisfare vocazioni normative, ma mettersi in posizione riflessiva auto ed etero insieme: vale a dire sia rispetto a ciò che viene assunto come oggetto di riflessione, sia rispetto al modo con cui quell'oggetto viene definito, assunto e osservato.

Per esempio credo che voglia dire porsi alcune domande come:

- E' etico riconoscere al paziente il diritto a non cambiare se non per quello che egli ritiene importante e possibile per lui, sapendo in tal modo di limitare l'efficacia della cura ?
- E' etico che il diritto alla cura ( sancito dal legislatore ) comporti il riconoscimento al paziente della possibilità non tanto di invocare questo diritto quanto di stabilire i criteri di appropriatezza della cura stessa, o la valutazione della sua efficacia, ?
- Che cosa consente al clinico di dire al proprio paziente " questa cura può funzionare a condizione che tu ti attenga scrupolosamente alle prescrizioni e di conseguenza visto che non ti sei attenuto alle prescrizioni non ti do più la cura ". Oppure contravvenendo a quello che sa sulle condizioni di efficacia, non ne tenga conto in favore di altre ragioni. Quali per esempio ?

- Fino a che punto l'organizzazione dei servizi può integrare la pluralità dei sistemi di riferimento e tradurla in possibilità terapeutiche accessibili a tutti ?
- Come possono coesistere le dimensioni etiche individuali ( sia del terapeuta che del paziente ) ?

Queste domande chiamano in campo numerose questioni, vediamo alcune:

innanzitutto mettono in discussione uno dei presupposti principali dell'ortodossia medica, cioè la libertà clinica, l'autonomia decisionale, la centralità medica, in altri termini la sua autoreferenzialità.

Il paradigma esemplare della tutela ( Cavicchi ) all'interno del quale l'uomo è definito quale vittima di un ordine biologico che lo condanna al male e alla morte, e la medicina assolve la sua funzione di tutela da questo male, è messo in crisi dalla irruzione di inediti diritti di sopravvivenza, dalla richiesta individuale e collettiva di sottrarsi all'ordine biologico, o di confrontarsi in totale autonomia con esso e le sue conseguenze.

La cultura del diritto è una "cultura dell'innocenza" o quanto meno è sostanzialmente decolpevolizzante. Esempio da questo punto di vista tutto l'impianto legislativo ( DPR 309 ) che trasforma ciò che viene inizialmente definito come reato in diritto alla cura.

Oggi la tolleranza assume una connotazione etica, alla ricerca di nuove convenzioni morali che sappiano conciliare il diritto alla salute in favore della comunità con il diritto alla salute della persona. ( somministrazione controllata di eroina per esempio )

L'innocenza o la colpevolezza, la penalizzazione o la depenalizzazione, la redenzione, finiscono però con l'essere variabili di un rapporto costi - utilità, variabili di un punteggio a misura delle priorità.

Non è facile definire regole prescindendo dallo schema degli interessi e delle utilità, regolando le prestazioni mediche come variabili del diritto.

Così come è certamente discutibile una bioetica che definisca ciò che giusto o ingiusto indipendentemente dalle conseguenze negative o positive di quel che si fa in medicina, perché unicamente legittimata ad esempio dai diritti.

In medicina i diritti non possono escludere la valutazione della produzione dei risultati, siano questi riferibili al singolo o in generale. Di converso i risultati sono talora insufficienti a giustificare una certa pratica medica, tuttavia ragionare per risultati ha il pregio di consentire il pensiero previsionale, per decidere pragmaticamente che cosa fare, sui risultati prevedibili delle azioni mediche.

La medicina avrà sempre di più il problema di capire perché una cosa sia da preferire ad un'altra, e lo stesso problema sarà posto al cittadino.

Una azione medica non può essere valutata solo come moralmente giusta o ingiusta, anziché come scelta preferibile. Essa non può esimersi dal valutare prima di tutto le conseguenze, sapendo che ciò implica l'informazione dell'altro.

La medicina dell'atto non può che far derivare le sue scelte dal valore intrinseco dei risultati. La medicina della norma, ispirandosi ai diritti, alla morale, implica che qualunque decisione debba essere valutata in base alla conformità a determinate norme, la cui validità dipende, a sua volta, dalle conseguenze morali cui la loro pratica accettazione conduce.

Oggi i servizi sono legittimati, gli operatori hanno acquisito competenze e capacità professionali indiscutibili, e sono quotidianamente sollecitati ad una sempre più accurata definizione del compito

clinico; ci sono perciò le condizioni ottimali per affrontare senza eccessivi timori le questioni etiche più intriganti del nostro lavoro, includendo nei processi di ridefinizione e riorganizzazione dei servizi in corso, il valore aggiunto indispensabile alla buona qualità, costituito dal coniugarsi di tre quesiti:

- cosa devo fare
- cosa posso fare
- cosa desidero fare

Possiamo assumerci il compito, insieme ad altri, di condurre la riflessione etica senza la fretta di giungere a definizioni normative o deontologiche, ma con l'obiettivo di prendere sul serio la molteplicità dei saperi e l'irriducibilità dei punti di vista, per fondare riferimenti etici condivisi senza oltraggiare tutto ciò che non entra nei propri schemi e nelle proprie prospettive.