

Dimensioni etiche nei rapporti di cura



Sandro Spinsanti
Istituto Gianno, Roma

Etica in medicina: di che cosa stiamo parlando?

bioetica=biodiritto=biopolitica?

Un lento scivolamento fuori dall'ambito dell'etica...

a) Accezione “forte”

- verità sull'uomo
- principi non negoziabili
- biodiritto (politiche per la vita...)

b) Accezione “debole”
una prospettiva (un punto di vista)

Una sfida “geometrica”:

L’etica medica a **tre dimensioni**

Vediamo tutti le stesse cose?

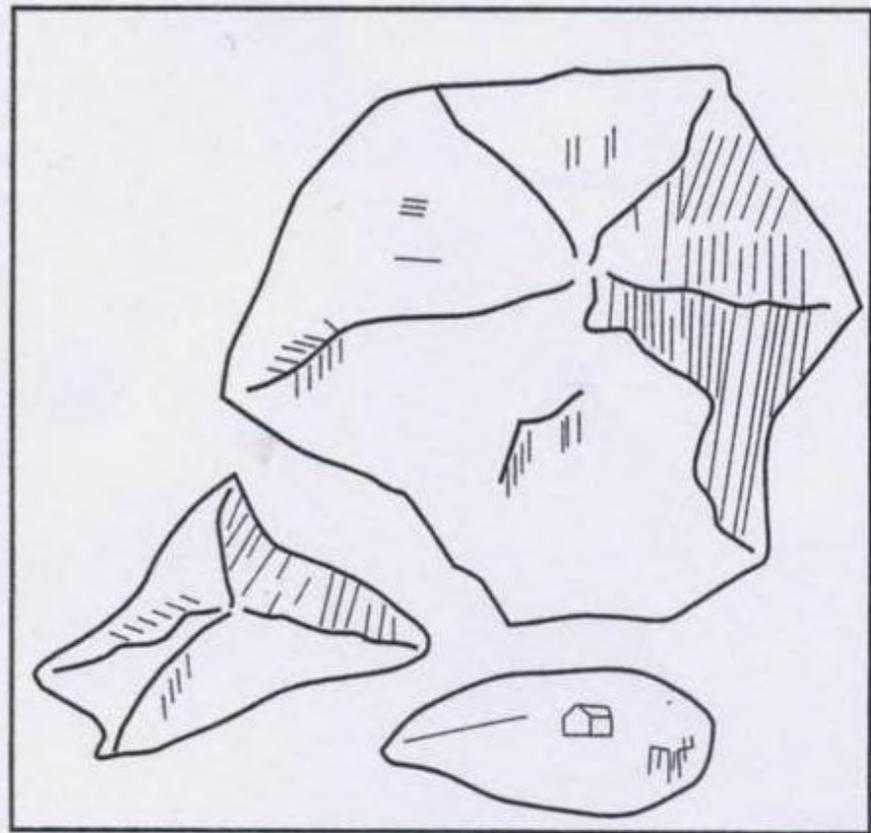
J. Piaget – B. Inhelder:

*La représentation de l'espace chez l'enfant,
Paris 1947*

Epistemologia genetica:

spiega i processi cognitivi umani
ricostruendo le fasi
del loro sviluppo nell'individuo

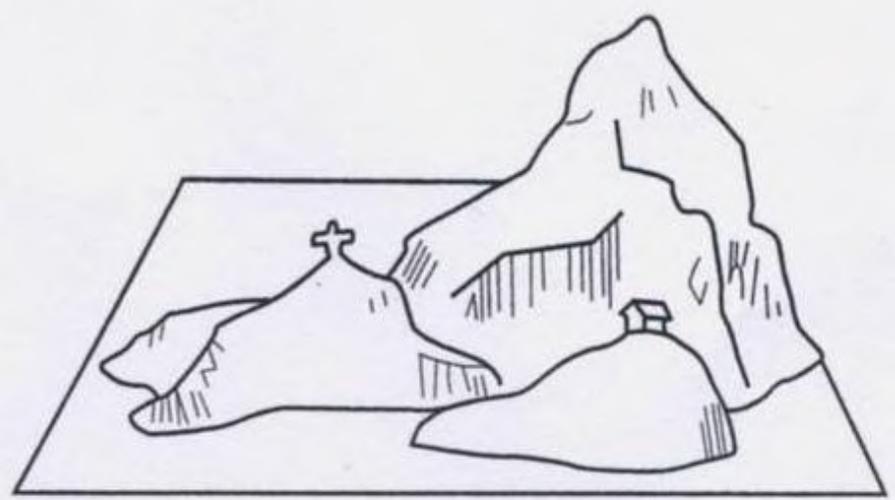
C



D

A

B



La pluralità dei punti di vista sulla “buona medicina”:

1. Il professionista della cura
2. Il malato che riceve le cure
3. Il manager che organizza i sistemi sanitari

(cfr. *Slow Medicine*: “cure sobrie – rispettose – giuste”)

Le domande scomode che incombono sulla pratica quotidiana della medicina:

1. Quali sono le decisioni “giuste” da prendere?

(la cura appropriata: né troppo, né troppo poco...)

2. Quando la cura è strutturata su bisogni e desideri della persona malata?

(la comunicazione che permette la decisione condivisa)

3. Quando l'organizzazione tutela il diritto dei più fragili ad avere le cure necessarie?

La **bioetica** , ovvero come
operativo il cambio di
paradigma,superando l'approccio
tradizionale dell'etica medica

Una articolazione più attuale della
proposta

La medicina narrativa

ES 24 ORE

Sanità

I QUADERNI DI MEDICINA



CONFERENZA DI CONSENSO

Linee di indirizzo per l'utilizzo
della Medicina Narrativa in ambito
clinico-assistenziale,
per le malattie rare e cronico-degenerative

QUESTO I

Qual è la definizione della Medicina Narrativa?

Premessa
Fondandosi sul dualismo cartesiano, che distingue mente e corpo, la medicina contemporanea spesso ha messo al centro del processo di cura gli aspetti tecnico-scientifici e le conoscenze del professionista sanitario, concentrandosi sul "disease", ovvero sulla malattia come concettualizzata dalla scienza medica, e non tenendo sufficientemente conto degli aspetti relativi a "illness" e "sickness", ovvero del vissuto soggettivo del paziente e dei familiari e della percezione sociale della malattia. La medicina narrativa, presupponendo una concezione unitaria della natura umana, rappresenta un'importante risorsa per modificare questo quadro. La Medicina Narrativa, infatti, permette che le voci di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura siano accolte e contribuiscano a una narrazione condivisa. È però necessario individuare una definizione concettualmente univoca e operativamente precisa per questo tipo di intervento, in modo da renderlo utilizzabile dal personale sanitario e condivisibile nelle pratiche di cura.

Raccomandazione

Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fonda-

La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura

mentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura).

La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.

La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva del soggetto coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura.

Motivazioni

QUATTRO APPROCCI TEORICI. Esistono quattro approcci teorici alla Medicina Narrativa.

Approccio terapeutico. È stato sviluppato in ambito psicologico, psicoterapeutico, psicoanalitico, psichiatrico, neurologico e neuropsichiatrico, si configura come una sorta di terapia alternativa o complementare rispetto ad altre forme di terapia. Questo tipo di approccio si fonda sull'idea che il processo psicoterapeutico sia fondamentalmente uno scambio di significati e che i testi delle narrazioni dei pazienti non abbiano un senso univoco ma una pluralità di significati possibili che dipendono dai processi di creazione di senso tra terapeuta e paziente, dove però il punto di vista privilegiato appare essere principalmente quello del terapeuta. Diversi tentativi sono stati fatti per dare consistenza e chiarezza all'approccio terapeutico^{1, 2}, anche se, a oggi, non sembra possibile ricavare una definizione univoca del concetto di terapia narrativa³.

Approccio di tipo umanistico-narratologico. Fa capo principalmente ai lavori della dottoressa americana Rita Charon, che definisce la medicina narrativa come un'arte di tipo umanistico che permette di riconoscere, interpretare ed essere spinti all'azione dalle difficoltà dei pazienti. In diversi articoli e testi⁴ la Charon sostiene che la dimensione narrativa è parte integrante del processo di cura e prevede, da parte del curante, la capacità di utilizzare competenze narrative. Le implicazioni di questo approccio però non si fermano all'ascolto della narrazione del paziente,

“Acquisire, comprendere integrare i
diversi punti di vista...”

Il cammino verso la
personalizzazione delle
cure

Il cambiamento:

- Che cosa lo *favorisce*?
- Che cosa lo *ostacola*?

FAVORISCE IL CAMBIAMENTO:

1. La “*guerra dell’etica*” sulle decisioni (legislative) di fine vita sembra essere entrata in una fase di tregua



SONO BUONO QUINDI
TI DANNUOGGIO

Convegno Nazionale 2018

FAVORISCE IL CAMBIAMENTO:

2. La consapevolezza di nuovi bisogni

- Nella popolazione (il paradigma della **cronicità**)

(emergenza delle cure palliative in geriatria e nelle patologie cronico-degenerative)

- Negli operatori sanitari

(professionisti che operano nelle RSA e nel territorio)

FAVORISCE IL CAMBIAMENTO:

3. Il cambio di passo da **Fast** a **Slow**

Quando *fast* è contare le prestazioni ...

Enrico Scitola da Milano
 Direttore generale della
 "Associazione italiana delle
 Università di Scienze"

"E non ci indurre in prestazioni..."¹

In un recente articolo sul sito dell'Associazione italiana delle Università di Scienze (AUS) si parla di "università di scienze" e di "università di territorio". L'articolo, che è stato pubblicato sul sito dell'AUS, è intitolato "Le università di scienze e di territorio: un confronto". L'articolo, che è stato pubblicato sul sito dell'AUS, è intitolato "Le università di scienze e di territorio: un confronto".

Una gestione territoriale è possibile e fattibile a tutte le condizioni, con alcune eccezioni per quelle a regime patrimoniale, dove si richiede un'attività a profitto, come il più recente articolo. Questa distinzione non è affatto una questione di "scienze" o di "territorio", ma di "attività a profitto" o di "attività a non profitto". Il problema è di natura gestionale, e non di natura scientifica o di natura territoriale. Il problema è di natura gestionale, e non di natura scientifica o di natura territoriale.

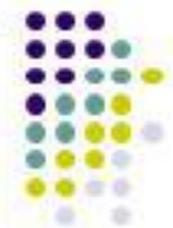
Alta e appropriata nell'ambito delle iniziative di promozione e promozione della salute

Il problema è di natura gestionale, e non di natura scientifica o di natura territoriale. Il problema è di natura gestionale, e non di natura scientifica o di natura territoriale.

Il problema è di natura gestionale, e non di natura scientifica o di natura territoriale. Il problema è di natura gestionale, e non di natura scientifica o di natura territoriale.

Indice	Descrizione
1.1	Indice di qualità della vita
1.2	Indice di qualità della vita
1.3	Indice di qualità della vita
1.4	Indice di qualità della vita
1.5	Indice di qualità della vita
1.6	Indice di qualità della vita
1.7	Indice di qualità della vita
1.8	Indice di qualità della vita
1.9	Indice di qualità della vita
1.10	Indice di qualità della vita
1.11	Indice di qualità della vita
1.12	Indice di qualità della vita
1.13	Indice di qualità della vita
1.14	Indice di qualità della vita
1.15	Indice di qualità della vita
1.16	Indice di qualità della vita
1.17	Indice di qualità della vita
1.18	Indice di qualità della vita
1.19	Indice di qualità della vita
1.20	Indice di qualità della vita

¹ Il presente articolo è tratto da un articolo pubblicato sul sito dell'AUS, intitolato "Le università di scienze e di territorio: un confronto".
² Il presente articolo è tratto da un articolo pubblicato sul sito dell'AUS, intitolato "Le università di scienze e di territorio: un confronto".
³ Il presente articolo è tratto da un articolo pubblicato sul sito dell'AUS, intitolato "Le università di scienze e di territorio: un confronto".



La medicina in modalità SLOW

Da “Choosing wisely” al progetto “Fare di più non significa fare meglio”

OSTACOLA IL CAMBIAMENTO:

1. La prevalenza del modello relazionale “buonista”
(la retorica sulla “*umanizzazione*”)

OSTACOLA IL CAMBIAMENTO:

2. La resilienza dell'etica medica

cfr. la revisione del Codice deontologico, 2014:

- *Cancellazione del principio di "autonomia"*
- *Norme relative alle direttive anticipate*

OSTACOLA IL CAMBIAMENTO:

3. Il diffondersi della **medicina difensiva**



**IN OSPEDALE
AUMENTANO
I PAZIENTI
DIFFICILI**

**SI FANNO
VISITARE SOLO
IN PRESENZA
DELL'AVVOCATO**

/ news

medicina difensiva a quella "offensiva"?

one
/05/2012



/ star

L
Riflessioni di un ra



La **responsabilità** cambia di segno:

- Responsabilità *difensiva*
- Responsabilità *proattiva*

OSTACOLA IL CAMBIAMENTO:

4. Il prevalere della mentalità burocratica

Curare il proprio sistema (ospedale, hospice, RSA, territorio...), ma non l'*interfaccia* tra i sistemi

Risultato: ognuno fa **correttamente** il proprio lavoro.
Ma alla fine del percorso non c'è una
buona cura,
bensì inenarrabili sofferenze per la persona assistita



Convegno Nazionale 2018

Atto di denuncia nei confronti della
**“prepotenza di certa burocrazia
verso i cittadini”**

“L'avversario che Filzi incalza, duellando di taglio e di punta e che risponde spesso con confusa vaghezza ammantata di specificazioni burocratiche, non è la medicina, la malasànità, ma la "sanità grigia", com'egli la chiama, ovvero la sanità pubblica impastata e impasticciata di burocrazia. L'antagonista del Cittadino non è il Medico, ma il Direttore Generale o meglio l'ingranaggio della Sanità e del suo linguaggio, che si avvolge e si avvicchia in se stesso quanto più replica, e corre ai ripari dinanzi a ciò che gli viene detto e chiesto”

(dall'introduzione di **Claudio Magris**)

Le domande in sospeso:

1. Riusciremo a passare dall'etica *unidimensionale* a un'etica *tridimensionale*?
2. Prevarrà ciò che favorisce o ciò che ostacola il cambiamento?