

... Roberto Malacrida, professore di Medicina intensiva, Etica clinica e Medical Humanities

«Al centro ci sono la dignità e l'autonomia del paziente»

Daniel Lüthi

Testo e fotografie

danielluethi[at]gmx.ch

Il luogo del nostro incontro ha un aspetto nobile, aristocratico, signorile. Infatti è un luogo di potere, il Municipio. Il centro politico di questa città dai tre castelli ha anch'esso qualcosa di simile a un castello o a una fortezza e il cannone nel cortile non stona per nulla. Per il suo aspetto, anche Roberto Malacrida, membro fresco di nomina del Municipio di Bellinzona e nota personalità, si inserisce perfettamente in questo contesto. Tutti salutano con cortesia e rispetto il signore con i capelli bianchi, portati un po' lunghi come da ragazzo, che emana un'aura di autorità. O meglio, possiede un'autorità innata,

come risulta subito chiaro, pur essendo un uomo palesemente modesto e riservato, silenzioso, riflessivo e pacato. Una personalità quindi in netto contrasto con il cannone nel cortile interno.

Malacrida è membro del Gran Consiglio dal 2007 e, dallo scorso mese di aprile è a capo del Dicastero «Istruzione, Cultura e Attività giovanili» del Municipio della Capitale, il dicastero cui ambiva. Dopo quasi 35 anni di impegnativo lavoro nella medicina intensiva e ormai vicino alla pensione, Malacrida cercava un nuovo modo per poter continuare a dedicarsi a favore di valori sociali in cui crede e che,

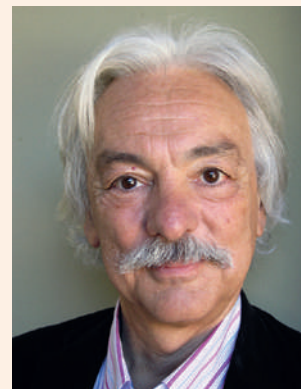


come ama ripetere, sono importanti ovunque sia in gioco il destino delle persone, in ospedale, tanto quanto nella formazione e, appunto, nell'amministrazione cantonale e comunale.

Medicina umana

«Umanità» è il concetto chiave e in medicina si parla di «Medical Humanities», alludendo alle relazioni con diverse discipline umane e sociali, allo sguardo oltre la staccata del proprio campo specifico, a un approccio il più possibile globale e umanistico verso le complesse problematiche mediche. Malacrida spiega il concetto con un esempio pratico: «Per gli ospedali pubblici del Canton Ticino (l'Ente Ospedaliero Cantonale - EOC) abbiamo fondato già un decennio fa una Commissione di etica clinica - la COMEC - alla quale medici e personale infermieristico possono rivolgersi quando si trovano ad affrontare un dilemma morale o deontologico». Oltre a medici e infermieri, della commissione fanno parte anche un filosofo, un teologo e un giurista. Le grandi questioni morali si pongono soprattutto quando si tratta di «vita o di morte»: «Dobbiamo interrompere i trattamenti intensivi? Stiamo prolungando la vita o soltanto il processo del morire? Qual è il principio di base quando si tratta di dare una risposta a queste domande? Naturalmente dobbiamo rispettare innanzi tutto le leggi in vigore nel nostro Paese», risponde senza esitare Roberto Malacrida, che aggiunge: «ma anche la libertà e la responsabilità terapeutica del medico hanno un ruolo importante: resta comunque essenziale il rispetto dei desideri del malato e dei suoi familiari che lo rappresentano quando il paziente non è più in grado di esprimerli. Al centro ci sono appunto la dignità e l'autonomia del paziente. Un paziente è un essere umano vulnerabile e non deve mai diventare semplicemente un cliente come se l'ospedale fosse diventato una banca.»

Un'altra idea fondamentale accompagna Roberto Malacrida: le decisioni importanti devono essere discusse con il paziente, coinvolgendo tutti i curanti, dagli infermieri ai medici e nell'ambito della discussione devono essere soppesati i rischi e le opportunità delle scelte da fare o da evitare: «la comunicazione è fondamentale». Con ciò si intende lo scambio di opinioni tra personale medico, ma anche il confronto con i familiari. «Trent'anni or sono ho introdotto il concetto che il reparto di cure intensive deve restare aperto per i familiari 24 ore su 24: è stata una delle prime esperienze di questo tipo in Europa. Sapevamo già allora, e ne abbiamo conferma continuamente, che possiamo curare bene un paziente soprattutto se curiamo bene anche chi gli è affettivamente vicino e che, indirettamente, partecipa al processo di cura. Attraverso i familiari riusciamo anche ad avere un controllo della qualità dei nostri atti al letto dei pazienti semplice ma affidabile. Per i familiari, sovente, la cosa peggiore è trovarsi davanti a porte chiuse e non sapere che cosa accade «dentro», mentre per il paziente la presenza di un volto noto è



Roberto Malacrida

Il Prof. Dott. med. Roberto Malacrida è nato a Bellinzona nel 1948. Ha studiato medicina a Basilea, concludendo gli studi nel 1974 con l'esame di Stato. Nel 1980 ha ottenuto la specializzazione in Medicina interna e nel 1994 quella in Medicina intensiva. Dal 1980 al 1993 è stato responsabile dei Servizi di Cure Intensive e del Pronto soccorso dell'Ospedale di Bellinzona e fino al prossimo autunno dirigerà il reparto di Medicina intensiva dell'Ospedale di Lugano. Per 20 anni è stato responsabile medico della REGA Ticino. Oltre alla sua attività clinica, Roberto Malacrida si è fatto un nome anche come docente. In qualità di professore associato, insegna infatti medicina intensiva ed etica clinica all'Università di Ginevra, mentre presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Friburgo è professore titolare per la «neurofisiologia dello stress» e l'«etica medica». Inoltre, è stato membro del comitato nazionale di Swisstransplant e presidente della Società Svizzera di Etica Biomedica (SSEB). Roberto Malacrida è sposato, padre di due figli ormai adulti e due volte nonno. Vive a Bellinzona, dove dall'aprile di quest'anno è anche uno dei sette membri del Municipio della città.

sovente molto più tranquillizzante della somministrazione di un sedativo».

La forza della comunicazione

Talvolta in ospedale, «comunicazione» significa «dover dare cattive notizie» e proprio in questi casi è richiesto molto tatto. «In caso di diagnosi con prognosi che richiama la possibilità di gravi complicanze o persino di morire, conta ogni singola parola, ogni aggettivo e non soltanto in medicina intensiva, ma pure in quasi tutte le altre specialità chirurgiche e non. Capita sovente che i pazienti o i loro cari si ricordino ancora dopo 20 anni le parole esatte usate dal medico nelle situazioni drammatiche». Di grande importanza è che tali colloqui si svolgano nel giusto contesto: «Dobbiamo dare tempo e spazio.

Dobbiamo sederci in un locale adatto, mai parlare stando in piedi in corridoio e spegnere il ricerca-persone. In questi colloqui, infatti, si accenna quasi sempre alla possibilità, anche soltanto lontana, di morire dovendo quindi affrontare l'ansia della paura di morire. Tutto diventa più rispettoso e più corretto se si è in grado di immedesimarsi nella persona interessata, quando si è in grado di gestire la situazione emozionale in modo empatico, ricordandoci che si ha di fronte una persona particolarmente vulnerabile e che la verità può anche ferire: in questi casi la buona comunicazione in medicina diventa arte».

Imparare dalla narrazione

La letteratura e il cinema, grazie alla loro narrativa, permettono di far capire meglio agli studenti delle facoltà di Medicina e ai curanti non solo cos'è la malattia, ma soprattutto cosa significa essere malati. Rilevando l'anamnesi, noi ascoltiamo migliaia di storie soggettive di malattia, ma viste sempre con lo sguardo selettivo di chi ce le racconta: gli scrittori e i cineasti, «con il loro genio, sanno assolutizzare questi destini individuali, portandoli a un altro livello interpretativo, facendone delle storie di validità generale e di profondo contenuto. Pensiamo ad esempio a «La montagna incantata» di Thomas Mann o a «La peste» di Albert Camus».

La disciplina o, meglio, l'approccio «Medical Humanities» con la sua centrale componente etica, è senza dubbio una risposta al rischio che la medicina diventi un'assurda scienza tecnologica fine a se stessa, dimenticando i desideri, le esigenze e, persino, le speranze degli uomini che vi debbono ricorrere, spiega Malacrida, «ci si sta accorgendo che il problema complesso e difficile non è più la sua risoluzione tecnica, in medicina intensiva con macchine sempre più sofisticate, ma, sovente, le conseguenze stesse del progresso tecnico: trent'anni fa capitava di continuare a lungo con terapie invasive e accanite anche quando le probabilità di ottenere una possibilità di vita con una qualità che le persone normali vorrebbero erano sproporzionatamente rischiose, in pratica finché il cuore del paziente non smetteva finalmente di battere. Oggi, invece, nei reparti di Medicina intensiva svizzeri e pure europei, l'arresto attivo delle macchine, quando sono ritenute ormai inutili a salvare il paziente, è la causa di morte nell'80% dei casi: abbiamo imparato a interrompere le terapie quando l'accanimento terapeutico non è voluto dal paziente perché lo ritiene lesivo per la sua dignità». Per Malacrida è però essenziale che le «Medical Humanities» come pure l'etica clinica non vengano fraintese, ad esempio

equiparandole a un approccio «soft» della medicina soprattutto nelle situazioni acute e possibilmente gravi per la prognosi del paziente, perché «innanzitutto un medico deve conoscere molto bene il proprio campo specialistico e sapere quando l'uso di interventi altamente specializzati possono facilitare la comprensione e risolvere le complicità della malattia: solo allora o, meglio, parallelamente, le Medical Humanities gli permetteranno di affrontare assieme al paziente il senso delle sue sofferenze e delle sue ansie, il cammino verso la sua guarigione o, se del caso, la convivenza con una speranza non realizzabile in realtà. Inoltre», specifica Malacrida, «le Medical Humanities non possono e non devono essere soltanto un «alibi», in particolare per le Facoltà di Medicina che il progresso scientifico obbliga a diventare sempre più biotecnologiche; sono da prendere «sul serio», non fosse altro perché il loro approccio rientra nei desideri della grande maggioranza dei pazienti odierni».

Malattia ed economia

«L'anno prossimo finirà un periodo di vita, lungo quasi 40 anni, trascorso in ospedale», dice Roberto Malacrida, «un percorso professionale che mi ha permesso di vivere «al fronte» i grandi cambiamenti della medicina contemporanea e di convivere lo sviluppo affascinante di specialità quali la Medicina intensiva e la Medicina d'urgenza oltre quelle delle scienze biotiche nel nostro Paese». Forse collaborerà da internista con un collega e amico, a tempo parziale e continuerà a impegnarsi a favore dell'umanità vulnerabile e del rispetto della sua dignità, anche attraverso l'insegnamento e l'attività nelle istituzioni pubbliche e politiche. «Il sistema basato sui DRG è una minaccia per la sfera privata del paziente perché le casse malati esigono dagli istituti di cura per quanto possibile tutti i suoi dati. Inoltre, il nuovo sistema LAMal comporta il rischio che i pazienti vengano dimessi dall'ospedale troppo presto e non ricevano poi un'assistenza adeguata: la malattia e i pazienti stanno diventando sempre più un fattore economico e la medicina fatterà a garantire una cura equa a tutti i suoi cittadini se i curanti tutti non collaboreranno con gli amministratori affinché l'ospedale non diventi piano piano un'azienda come una banca o una fabbrica. Per le prossime generazioni, l'argomento dei costi sarà ancora più determinante, non da ultimo perché le risorse sono limitate: occorrerà decidere con grande saggezza come e a chi saranno distribuite...»

Così parla il politico Malacrida, che resta un medico, anche se non eserciterà più in ospedale.

Il prossimo «Incontro con ...»

Alla fine di ogni mese il Bollettino dei medici svizzeri presenta una personalità che si impegna nel settore sanitario. In agosto Daniel Lüthi racconta il suo incontro con Michael J. Thali, Direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Zurigo.