

A ppropriatezza



IL DIRITTO ELEMOSINATO

Sulle piste dei fatti, delle parole, dei problemi, annusando le tracce delle intenzioni politiche, dei tentativi culturali, dei compromessi sociali. Prima “benessere”, poi “efficienza”, “equità”, “obiettività, evidenza”. Ora “appropriatezza”. Dietro ad una sorta di maledizione: convincere l’economia circa un diritto: alla cura, ad una promessa di salvezza, circa più possibilità per vivere, alla scienza, alla medicina. Chiedere qualcosa “di più” quando ci si vuole dare qualcosa di meno. E’ il nuovo conflitto latente che riguarda la nostra salute. Un conflitto politico, quindi.

Per quanto ci si sia sforzati di andare oltre la carità, la beneficenza, passando per ogni forma di mutualismo, “l’assicurazione malattia” oggi rischia di degenerare in una pesante disgiunzione: la sollecitudine etica da una parte e la scarsità economica dall’altra. Il rischio è che il compromesso si faccia con meno etica e più economia.

Eva Buiatti ha scritto: “se appare chiaro che le misure finanziarie degli ultimi anni hanno contenuto la spesa sanitaria pubblica italiana, meno chiaro è che cosa si è fatto in termini di salute”. E, calcando ancora di più la mano, sottolinea che “al di là delle parole d’ordine, nessuno degli interventi legislativi messi in atto garantisce di per sé un miglioramento e neanche il mantenimento dei livelli di salute, neanche per quanto riguarda la qualità delle cure e degli interventi sanitari” **(1)**.

Le nuove forme di controllo economico dell’assicurazione malattia sono forti del sapere tecnico dell’efficienza (costi e benefici), dell’evidenza (opportunità e costi), dell’efficacia (costi e risultati), dell’appropriatezza (benefici e costi). Resta il fatto che il denominatore comune della moderna “assicurazione” è certamente la sollecitudine ma per l’economia, cioè per il governo delle scarsità. Quella etica oggi è, suo malgrado, la vera denominazione della scarsità. Per giustificarla abbiamo inventato di tutto: DRG, note limitative, aziende, standard, indicatori, specialisti ad hoc, discipline e sotto-discipline ad orientamento economicistico, ecc., nel tentativo per quanto improbabile di favorire il connubio tra diritto e limite.

“Coniugare risparmio e qualità” è il sottotitolo non casuale del rapporto 1998 “La salute in Italia”**(2)**. Esso sta a testimoniare la ricerca di un difficile compromesso tra “qualcosa di meno e qualcosa di più”.

Ma, nonostante i lodevoli e condivisibili sforzi, i conti non sem-

1 E. Buiatti, *Modelli di programmazione nella sanità italiana: risparmio, livelli di salute ed equità* in “La salute in Italia” rapporto 1998 a cura di Geddes, M., e Berlinguer, L.

2 “La salute in Italia. Rapporto 1998. Coniugare risparmio e qualità” a cura di Geddes, M., e Berlinguer, L., - Ediesse - Roma 1998

pagina affianco, Henry Gervex, 1887. Museo dell’Assistance Publique, Parigi
Il dottor Péan mentre illustra la sua teoria sul pizzicamento dei vasi all’ospedale Saint Louis.

pre tornano. “Eleemosyne” deriva da eleèmon “misericordioso” e da èleos “pietà”. Oggi le forme moderne della misericordia sono forti dei “dati” dei saperi tecnici, quelli dell’evidenza, dell’efficienza, dell’obiettività, dell’appropriatezza, saperi gestiti da esperti, tecnocrati, professionisti. Mentre la vera pietà è diventata un problema quasi di trasgressione del medico che sceglie, a dispetto della misericordia amministrata, in “scienza e coscienza”.

L’appropriatezza è l’ultima parola chiave della nostra misericordiosa “assicurazione malattia”. Essa compare come vincolo nell’ultimo rinnovo di convenzione, cioè nel contratto per i medici di medicina generale, con l’obiettivo di vincolare il medico di famiglia ad agire secondo criteri di appropriatezza. Il senso è valutare gli atti medici in relazione ai costi delle sue scelte, alle risorse disponibili e ai risultati auspicabili. L’appropriatezza così diventa l’altra faccia dell’efficienza. Se per questa vale il rapporto costi/benefici, per l’altra vale il rapporto inverso benefici/costi, cioè procedimenti valutati rapportando i benefici probabili ai costi certi. Probabilità e certezze. Sembra tutto più che razionale, più che condivisibile.

Ma il termine “appropriatezza”, a dire il vero, nessuno sa con esattezza cosa significhi. Sono tre almeno i significati di fondo che siamo riusciti a ricostruire: “propriety”, “appropriatezza”, e “appropriateness”. Li useremo per delineare una complessa e vasta area semantica distinguendo per bene tre concezioni diverse e anche ben tre culture diverse. Appropriatezza, in senso lato, vale per un mucchio di cose: adeguatezza, rilevanza, corrispondenza, coerenza, convenienza, pertinenza, identità, congruenza, controllo, coincidenza, relatività, aderenza, ecc..

Oggi, però, il senso che si accredita in medicina, almeno nel nostro paese, è quasi specializzato nella valutazione del rapporto benefici e costi. Si tratta di valutare i costi della sollecitudine etica e scientifica dentro una logica economica, cioè dentro ad un presupposto di grande delicatezza: giustificare economicamente dei benefici propri ai tanti valori dell’efficacia.

Un lavoro tutt’altro che semplice. Il concetto di “appropriatezza”, almeno nell’uso nostrano, appare come un’invenzione semantica ma soprattutto come un’operazione politica. Mai come in questo caso un’operazione linguistica è stata il segno di un’operazione politica e culturale. Mai come in questo caso una parola è, per certi versi, il condensato riassuntivo di un’intenzione politica e culturale. La semantica, quindi, come politica.

L’appropriatezza, in medicina, e più in generale nella nostra lingua, rappresenta, in effetti, una trasformazione di parole per la quale si passa dal significato di base “appropriare” o “appropriato” al suffissato appropriatezza cambiando, in questo modo, il rapporto di significato che lega i termini tra di loro.

Sul piano linguistico questa operazione avviene per deverbizzazione (se il significato di base è il verbo “appropriare”) e per deaggettivazione se il significato di base è l’aggettivo “appropriato”. L’operazione, che è politica non solo linguistica, è trasformare delle qualità (gli aggettivi) e dei processi dinami-



ci (i verbi) in una cosa. “Appropriatezza” altro non è se non un sostantivo, un nuovo nome, che non solo indica un nuovo “oggetto” ma anche un nuovo modo di conoscerlo, di descriverlo e di misurarlo. Prima dell’invenzione del nome “appropriatezza” il rapporto era tra appropriato (aggettivo) e appropriare (verbo) (AÆ V); dopo è tra V (verbo) ÆN (nome) e tra A (aggettivo) Æ N (nome).

Proponiamo di indicare questa trasformazione di parole con il concetto di “reificazione”, caro a Lukàcs, per indicare una politica che, attraverso la semantica, riduce delle qualità, dei processi propri al medico e al malato in “cose”, quali “prestazioni”, “prescrizioni” “analisi”, “terapie”, “benefici e costi”.

Così è possibile trasformare “qualità e processi” che per loro natura sono difficili da descrivere, in dati oggettivi, quali i costi, le spese, gli indicatori, le statistiche, sicuramente più descrivibili. Il prezzo che si paga è vedere il rapporto tra medicina e società, tra medico e malato, non come un rapporto “tra persone” ma “tra cose” regolati da parametri di misurazione dei benefici e dei costi, cioè prezzati come merci.

Diversamente, in una versione non reificata di appropriatezza, il medico dovrebbe fare proprie (appropriarsi) delle qualità del suo malato per affermarlo, perché solo in questo modo è possibile per lui attribuirgli, assegnargli, ascrivergli ciò che gli è più confacente, cioè procedere con dei processi. In questo caso si tratterebbe di una medicina fatta con l’ammalato, quindi attinente e conforme in termini di qualità a processi relazionali.

Il significato corrente di “appropriatezza” è, in realtà, molto distante da tali significati relazionali e rimanda molto più concretamente ad un rapporto tra “dati” considerati come esterni alla relazione medico-malato ma appartenenti a “cose” intese in “senso stretto”. In realtà, è difficile non essere d’accordo sul fatto che la medicina è appropriata in rapporto sia al medico che al malato che, in una relazione, costruiscono la confacenza. In questo caso ciò che è confacente è una qualità intersoggettiva; nell’altro invece ciò che è appropriato è una misura oggettiva. Ciò che è confacente è asseribile dai soggetti interessati, ciò che è appropriato invece è misurabile attraverso tecniche ad hoc.

La valutazione di un procedimento clinico con l’appropriatezza nel senso economicistico è possibile solo in relazione ai costi e all’efficacia che rappresenta. La valutazione di un procedimento clinico confacente invece è possibile dichiarando il valore di ciò che è asseribile. E’ del tutto plausibile che valutazioni e asserzioni, cioè prestazioni e qualità, nella pratica ordinaria non coincidano. In questi casi, e sono moltissimi, è del tutto evidente che risparmio e qualità, che sono impliciti nell’idea di appropriatezza ma non solo, non sono facilmente coniugabili.