



Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Stati Generali della professione medica

100 TESI PER DISCUTERE IL MEDICO DEL FUTURO

Ivan Cavicchi

Versione ridotta

Stati Generali della professione medica

Ivan Cavicchi Docente di Sociologia delle Organizzazioni Sanitarie, Logica e Filosofia della Scienza presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Tor Vergata (Roma).

Laurea honoris causa in Medicina e Chirurgia

Copyright © 2018, FNOMCeO.

Pubblicato da FNOMCeO, via Ferdinando di Savoia n. 1, 00196 Roma

Editor: FNOMCeO

Interior Designer: Eurolit srl

Sommario

Presentazione del Presidente FNOMCeO - Filippo Anelli.....	4
Introduzione Stati Generali - Ivan Cavicchi.....	11
Prima macro area - I cambiamenti e la crisi.....	23
Crisi della medicina e del medico positivista.....	23
La crisi della deontologia.....	29
La crisi della epistemologia. Ripensare il canone scientifico.....	33
La crisi della metodologia.....	37
La crisi della definizione di medicina.....	39
Questione medica e crisi della medicina.....	41
I problemi “tecnici” che costituiscono la questione medica.....	44
Il “genere” e la professione medica.....	45
Rapporti conflittuali con le altre professioni.....	49
Errori e insuccessi medici.....	54
Medicina amministrata e proceduralismo.....	58
Seconda macro area - Il medico e la società.....	62
La relazione.....	66
Dialogo e linguaggio.....	69
Consenso informato.....	71
Terza macro area - Il medico e l’economia.....	74
Il medico e la sostenibilità.....	79
La de-capitalizzazione del lavoro medico.....	82
Il medico e l’azienda.....	84
Quarta macro area - Il medico e la scienza.....	86
Clinica e cultura.....	89
Il medico e la tecnologia.....	254
Quinta macro area - Il medico e il lavoro.....	91
Il medico e le riforme.....	93
Il medico e l’ospedale.....	95
Il medico e la medicina convenzionata (medicina di base e specialistica ambulatoriale).....	98
Il medico e lo stato giuridico della professione anche al fine della sua ricapitalizzazione.....	100
Sesta macro area - La medicina, il medico e il futuro.....	103
Una nuova definizione di medicina.....	103
La medicina della scelta, l’autore e l’esigente. Tesi di ridefinizione.....	106
Tesi per ridefinire il malato.....	106
Tesi per definire la medicina della scelta.....	109
Tesi per ridefinire il medico.....	119
Tesi di sintesi.....	124

PRESENTAZIONE

Filippo Anelli

Presidente FNOMCeO

IL “CAMBIO DI PASSO”

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunitosi il 24 marzo 2018, il primo dopo la mia elezione a Presidente, affrontò alcuni temi oggetto della mia relazione; in particolare si concentrò sulla crisi della professione e sulla cosiddetta “questione medica”.

Queste tematiche erano già state proposte con una mozione approvata con pochissimi distinguo, nel corso del Consiglio Nazionale del 13 gennaio 2018, riunitosi per discutere sul rinnovo del nuovo Comitato Centrale.

Il Consiglio Nazionale del 24 marzo fece propria tale mozione al punto che alcuni analisti ed osservatori parlarono di “cambio di passo”. Io credo che di cambio di passo, senza esagerazioni, si sia trattato.

Nella mia relazione, infatti, avevo sostenuto che *“serve un cambio di passo. Se i medici devono prioritariamente garantire gli obiettivi di salute, devono essere messi nella condizione di poter gestire le risorse per la loro definizione e la loro realizzazione, restando medici”*.

Che cosa stava accadendo?

Molto semplicemente, con il manifestarsi della “crisi” del ruolo del medico era cambiato, da parte nostra, il modo di leggere i problemi della professione. Si usciva automaticamente da una visione frammentata delle nostre vicende e, altrettanto automaticamente, si entrava in una logica strategica nuova, quella della complessità e della varietà dei problemi, della loro interconnessione, della visione d’insieme di una “crisi”, ammessa e riconosciuta, che presupponeva la ricerca di una strategia in grado di risolverla.

Da ciò nasce la mia proposta di organizzare, nell’immediato futuro, gli Stati Generali: *“avanzo la proposta di indire gli Stati Generali della professione medica, cioè di diventare operativi, elaborando una nostra originale e inedita progettazione. Vi propongo di lavorare tutti insieme, di farne un grande evento per dire a tutti che i medici vogliono fare i medici e per questo sono pronti a sfidare il cambiamento”*.

Aggiungendo: *“Per organizzare gli Stati Generali abbiamo necessità di predisporre una piattaforma di base e costruire, tappa dopo tappa, la nostra proposta”*.

Il Comitato Centrale, per dar seguito alle indicazioni del Consiglio Nazionale e al fine di organizzare gli Stati Generali, decise di istituire una commissione, che si riunì immediatamente e che, in primis, si pose il problema di trovare le strategie per dar corpo al dibattito negli Ordini provinciali.

In seguito, nel Consiglio Nazionale del 6 e 7 luglio 2018, nella relazione dal titolo *“Verso gli Stati Generali”* indicai, su proposta della commissione, 6 macro-aree, ossia le grandi tematiche intorno alle quali sviluppare il dibattito:

- I cambiamenti e le crisi
- Il medico e la società
- Il medico e l’economia
- Il medico e la scienza. Clinica e cultura
- Il medico e il lavoro
- La medicina, il medico e il futuro. Una nuova definizione di medicina

La commissione, rispetto alle aree tematiche indicate, decise di elaborare le tesi dalle quali partire per favorire la discussione. Stabili anche che lo schema del documento, che avrebbe dovuto contenere le tesi, fosse composto da sinossi, proposizioni, aporie, tesi e quesiti, al fine di dipanare le problematiche in gioco.

La complessità

La commissione ed il Comitato Centrale delegò per la loro materiale stesura, un suo componente, il prof. Ivan Cavicchi, un intellettuale che resta uno dei più grandi provocatori culturali del nostro settore, ma nello stesso tempo uno dei più stimati studiosi dei problemi della sanità e della medicina. Sicuramente un “amico severo” dei medici, che da anni ci pungola, ci sollecita al cambiamento e autore d’importanti saggi sulla medicina da ripensare e sulla professione da ridefinire.

Il tempo in cui la medicina era prevalentemente un “*affaire*” dei medici, soprattutto da un punto di vista deontologico, è finito poiché la medicina e, di conseguenza, la nostra professione è diventata super complessa e, quindi, oggetto di studio da parte di esperti.

Proprio questa è una delle grandi novità con le quali dobbiamo fare i conti: una volta la medicina aveva una connotazione “paternalistica”, tutto ruotava intorno al medico. Oggi non è più così! Bisognerà tener conto degli interessi e del ruolo di svariati soggetti a partire dal cittadino, per non tacere del politico, dell’economista, del gestore, delle altre professioni, solo per citarne alcuni. Con tanti giocatori entrano in campo tanti contesti, tanti interessi diversi, tante diverse visioni del mondo. In una parola, entra in campo un grado alto di complessità al quale non siamo abituati.

La visione d’insieme

Elaborare delle tesi significa, prima di ogni cosa, studiare, ossia improvvisare il meno possibile, organizzare le tematiche, esporle nella loro interezza, al fine di non trascurare i tanti problemi sul tappeto e affrontare il notevole. Quindi scandagliare le problematiche, cogliere il mutamento sociale e culturale in essere e la necessità del cambiamento.

Oggi ritengo che la nostra professione abbia nei confronti del mutamento sociale e culturale della società, un fondamentale problema di adeguatezza, accentuato da forti condizionamenti economici e organizzativi. Questo vuol dire che il cambiamento per noi medici è equivalente alla ri-definizione della professione, al fine di rendere adeguati i suoi valori ai contesti sociali che cambiano, facendo i conti con i limiti economici.

Se essere adeguati, cioè governare il cambiamento, è la sfida, allora cambiare per essere adeguati non può che essere la nostra strategia.

A mio modesto parere, le tesi, viste nel loro complesso non sono altro che uno sforzo cultu-

rare per adeguare la nostra professione a un mondo che muta.

Vorrei cogliere l'occasione per ringraziare l'intera commissione per l'entusiasmo e la passione con le quali hanno affrontato il lavoro e per i contributi elaborati e messi a disposizione.

Le tesi

Le tesi prospettate indagano la nostra realtà professionale e le sue contraddizioni.

Al fine di facilitare al massimo la discussione sulle tesi abbiamo pensato di pubblicare accanto alla versione integrale del documento anche una versione più sintetica che si limita ad elencare le tesi ed i relativi quesiti, senza nessun approfondimento.

Queste tesi vanno considerate delle “provocazioni”, in senso buono, cioè argomenti per sollecitare e suscitare un dibattito, delle riflessioni, dei pronunciamenti, quindi argomenti per “scuotere” l'albero, per superare gli steccati, per allargare gli orizzonti.

Altra cosa saranno le tesi conclusive degli Stati Generali, quelle sulla base delle quali sarà riscritta, tenendo conto delle proposte degli Ordini, la “Magna Carta” della professione. Queste tesi saremo tutti noi a scriverle.

Il ruolo degli Ordini

Attraverso questo testo ed insieme ai contributi che contestualmente pubblichiamo, intendiamo aprire ufficialmente il dibattito in preparazione degli Stati Generali che si terranno il prossimo anno.

Agli Ordini provinciali, sulla base di queste pubblicazioni, tocca il compito materiale di organizzare la discussione nelle loro sedi, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di colleghi e di comunicare alla Federazione Nazionale le risultanze del dibattito.

Gli Ordini in questo dibattito a dimensione nazionale sono il *trait d'union*, ossia l'interfaccia tra la comunità della professione in tutte le sue possibili espressioni e la FNOMCeO.

Con questo ruolo intendiamo assegnare agli Ordini provinciali la funzione di capire, conoscere, studiare i nostri problemi e, con l'aiuto delle tesi, di indicarci le strade più adeguate da perseguire.

Un evento storico

Nella nostra storia recente nessuna discussione sulla professione, sui suoi fondamenti, sulla sua identità e sul suo ruolo è stata mai affrontata su scala nazionale, con lo scopo di definire una “Magna Carta” della professione.

Infatti, nel corso del 900, la professione si è sviluppata insieme ad un poderoso progresso scientifico e all’affermarsi di sistemi di welfare pubblico, diventando, nello stesso tempo, lo strumento di un nuovo progresso scientifico e l’espressione di un’avanzata politica dei diritti. Sul finire di questo secolo la professione ha iniziato a subire condizionamenti tra cui quelli di tipo economico e socio-culturali, resi più accentuati dagli effetti della grande crisi economica e dalla rivendicazione di una maggiore partecipazione alle scelte in sanità da parte del cittadino, nonché dalla contestuale presa di coscienza dei propri diritti.

La discussione che ci accingiamo a fare è da considerarsi un evento storico perché la crisi in cui versa la professione ha caratteristiche tali da non avere precedenti.

Il rapporto tra medicina e medico è così stretto, così decisivo, che non è plausibile pensare alla crisi della professione senza pensare, nello stesso tempo, ad una eventuale crisi della medicina.

Il dibattito in Occidente

In tutto l’occidente medico sono anni che, attraverso prestigiose riviste scientifiche, discutiamo dei problemi della medicina e della professione, senza grandi sussulti.

Ne discutiamo senza mai mettere in discussione il nostro modo di essere medico ed il rapporto tra medico e medicina. Eppure, questo paradigma concettuale, quello classico della medicina, così come dimostra proprio la storia della medicina, non può essere intoccabile, come del resto qualsiasi altro paradigma.

I paradigmi cambiano non solo a causa delle scoperte scientifiche, ma anche a causa dei mutamenti sociali e culturali di una società. Questo vale in particolare per la medicina che è al servizio della società, dei suoi bisogni, delle sue necessità.

Così, il nostro essere medico ed il rapporto tra medico e medicina non è solo funzione di ciò che si conosce, ma anche di quello che questa società si aspetta da noi e di ciò che a noi chiede. Cioè dell’uso sociale che si fa della conoscenza scientifica.

Se le necessità individuali e sociali cambiano, anche il nostro comportamento, il nostro modo di esser medico deve adeguarsi al cambiamento, se non vogliamo restare indietro.

Adeguare un paradigma, adeguare dei modelli, degli stampi culturali, delle pratiche consolidate, perfino delle abitudini, non è una impresa facile, non è come cambiarsi d'abito.

È un processo riformatore complesso perché riguarda tante cose e nello stesso tempo è un processo creativo che presuppone sapere “cosa cambiare” e “come cambiare”.

È un processo difficile perché riguarda una comunità fatta da centinaia di migliaia di individui, di storie personali, di esperienze di lavoro diverse. Infine, è un processo trans-generazionale, perché per ripensare una cosa complessa, come la nostra professione e la medicina, richiede tempo.

L'idea degli “Stati Generali”, così come l'abbiamo qui disegnata, cioè una grande, vasta discussione sul medico e sulla medicina, da quello che mi risulta, non ha precedenti.

Tentare di risolvere i problemi della professione, adeguando il nostro modo di esser medici e il rapporto tra medico e medicina, vale a dire il nostro paradigma classico di medicina scientifica dentro una società in forte cambiamento, è davvero una novità storica.

Quale cambiamento?

La questione che gli Stati Generali dovrà affrontare può porsi in questi termini: “Ammesso che il medico per ri-definirsi ha bisogno di cambiare; quale cambiamento si deve mettere in campo?”.

Non si può rispondere a questa domanda prescindendo da un'analisi oggettiva dei problemi.

La “cura” della professione dipende dall'ampiezza e dalla profondità della diagnosi sui suoi problemi. Più l'analisi è ampia e profonda, includendo tante variabili, tanti fattori, tante problematiche, più il cambiamento sarà, a sua volta, grande, profondo e articolato. Più l'analisi è ristretta e superficiale o parziale, più il cambiamento sarà piccolo e marginale.

Le tesi proposte offrono spunti di riflessione e provocazioni utili per giungere ad una diagnosi puntuale, richiamando questioni che usualmente sono rimaste, in questi anni, nell'ombra e problemi, sino ad ora, giudicati marginali.

L'auspicio è quello di giungere ad un grado di cambiamento efficace.

La nuova “Magna Carta” del medico

Da ultimo mi preme ribadire che la discussione che si apre su questo tema è funzionale agli Stati Generali. Essa vede come sua naturale evoluzione l'elaborazione di un pensiero strategico che, per ragioni di sintesi, definisco una nuova “Magna Carta” del medico.

Il suo scopo è eminentemente pragmatico. Vorremmo restituire alla nostra professione medica un ruolo adeguato ai cambiamenti tipici di una società in evoluzione, in crescita.

Il nostro obiettivo politico è superare la crisi professionale e mettere in sicurezza deontologica la professione, guardando al futuro.

Perciò, è importante discutere e, nel rispetto delle proprie legittime convinzioni, contribuire a definire il nuovo ruolo della professione medica nella nostra “Magna Carta”.

Questo è il significato degli Stati Generali che vorrei fosse colto.

Buona discussione a tutti.

INTRODUZIONE

Stati Generali

Ivan Cavicchi

Stati Generali della professione

Come ha ben spiegato il Presidente Anelli nella sua presentazione, la convocazione degli Stati Generali della professione medica è una decisione politica presa dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO il 24 marzo 2018, su proposta del Presidente Anelli, discussa e approvata, preliminarmente, dal Comitato Centrale.

Si tratta di una scelta politica di importanza storica che bisogna comprendere a fondo per non sottovalutarne, o peggio, per non equivocarne la portata.

Non si tratta della solita formale, quanto spettacolare, conferenza nazionale della professione, quindi, sul piano pratico, inconsequente ma, al contrario, di uno straordinario momento deliberativo, aperto all'intera professione, in tutte le sue forme, espressioni e organizzazioni, che, alla fine di un percorso progettuale condiviso, delibererà una piattaforma sulla ridefinizione operativa del medico e della medicina, da oggi al futuro.

Lo scopo è ricontestualizzare la professione rispetto alle numerose complessità che, oggi, in questa società e nel mondo, tutto sfidano senza alcuna eccezione, compresa la professione

medica, la medicina e la sanità.

Il carattere deliberativo dell'evento impone che gli Stati Generali siano adeguatamente preparati da una discussione preliminare estesa prima di tutto a tutti gli Ordini, al fine di coinvolgere attivamente la professione reale in ogni realtà territoriale e operativa del nostro paese e quindi a tutti gli interlocutori possibili.

Perché gli Stati Generali?

La ragione che spiega e giustifica la scelta di convocare gli Stati Generali è semplicemente politica e culturale e riguarda quello che è stato definito anche nella presentazione del Presidente Anelli “*un cambio di passo*” (relazione Anelli al Consiglio Nazionale 24 marzo 2018); più precisamente si tratta di un cambio:

- nell'analisi e nella lettura dei problemi della professione
- nella ricerca delle soluzioni necessarie
- nelle modalità attraverso le quali la professione si pone nei confronti del mondo con il quale intende rapportarsi in modo autonomo dialettico e costruttivo.

Sino ad ora i problemi della professione sono stati letti semplicemente come riduzione o condizionamento di alcune sue facoltà caratteristiche (l'autonomia professionale ad esempio) riconducibili per lo più ad alcuni particolari fattori ostili e contrastanti di natura politica (de-finanziamento, aziendalismo, blocco del turn over ecc).

Tale lettura si poggiava:

- sull'assunto della “professione invariante”, cioè sulla difesa di un genere di medico indiscutibile, tuttavia da rilegittimare, ma danneggiato nella sua operatività da politiche “espropriative” dalle quali bisognava difenderlo
- sulla visione contingente dei problemi professionali, cioè per lo più legati a politiche avverse, comunque ridiscutibili e comunque relative a fasi critiche e effimere
- su un presupposto di facile reversibilità dei problemi della professione, quindi sulla difesa e sulla ricostruzione del suo caratteristico status quo
- sul ruolo della mediazione politica accettando comunque l'adattamento del medico a politiche di compatibilità giudicate relativamente inevitabili.

Oggi con il “*cambio di passo*” la lettura è cambiata:

- il medico è coinvolto in una crisi che prima di ogni cosa coinvolge l'intera medicina che a sua volta si origina da grossi problemi paradigmatici per cui è certamente vittima di politi-

che avverse ma tali politiche anche congiunturali si originano comunque da cambiamenti molto più profondi di tipo epocale, con i quali bisogna fare i conti

- è del tutto improbabile la difesa dell'invarianza dello status quo classico del medico e la possibilità di contro-vertere i processi in corso che lo stanno trasformando in peggio alla radice
- la mediazione politica è necessaria ma non basta più, meno che mai in un contesto politico che nel nostro paese vede la nascita della Terza Repubblica e lo sfaldarsi di vecchie forme di consociativismo
- la rassegnazione alle politiche di compatibilità oggi è ridiscussa dalla necessità non più rinviabile di altri generi di approcci.

Prima del “cambio di passo” i problemi della professione sono stati letti come “complicazioni” non come “complessità”, come “interferenze” nei confronti di un grado di autonomia ma in nessun caso come “destrutturazione” dell'autonomia, come “delegittimazione” mai come possibile “snaturamento” e come regressività di uno status rispetto ad un paradigma.

In sintesi: il “cambio di passo” quindi la nuova lettura ammette, per la prima volta, l'esistenza tanto di una crisi della medicina scientifica quanto di una “crisi professionale” di tipo epocale, definita “questione medica” relativa certo a ragioni contingenti e politiche ma anche se non soprattutto a profonde contraddizioni proprie al paradigma fondante della professione medica e che in quanto tale, prima di ogni cosa, bisogna ammettere e accettare.

Qual è il problema di fondo che gli Stati Generali dovranno affrontare?

La questione sovrana relativa all'espressione adottata dalla FNOMCeO “*questione medica*” e che ne caratterizza ormai la strategia, è quale identità deve avere il medico, cioè un medico sempre più in conflitto tra i suoi doveri deontologici e la sua controversa realtà professionale.

La domanda cruciale alla quale gli Stati Generali dovranno rispondere è: quale medico serve da qui in avanti che sia comunque un medico, quindi con una identità da medico, per risolvere in avanti la crisi della professione in questo nostro tempo storico rispondendo ad una ad una alle sfide sul tappeto?

Ma si può avere una nuova professione a medicina invariante? Cioè è possibile ridefinire un nuovo medico senza nello stesso tempo ridefinire una nuova medicina? Il medico altro non è se non la proiezione ortogonale di una certa medicina scientifica, di una certa idea di scienza, di una certa idea di malattia, di medicina, di metodo, di malato, di società sorta e affermata

a partire dalla fine dell'800 e consolidarsi per tutto il 900. Se egli è in crisi, lo è in ragione della "questione medica" o perché la "questione medica" è l'effetto sociale di una crisi paradigmatica più profonda?

In sostanza:

- la piattaforma che gli Stati Generali, come risposta alla crisi della professione, dovranno licenziare, dovrà avanzare una proposta di medico del terzo millennio, desunta e dedotta certo dalla "questione medica" ma considerandola espressione anche di una consunzione paradigmatica più profonda quindi intesa come sua risoluzione, al fine di aprire un negoziato con le diverse controparti coinvolte
- rispetto alla piattaforma, l'identità del medico non dovrebbe essere dedotta per compensazione dalla crisi del suo ruolo cioè restituendo qualcosa che è stato in qualche modo estorto, ma dovrebbe essere l'inferenza di un nuovo progetto di professione che passa per un ruolo del tutto rinnovato ma anche se non prima di tutto per una nuova e più moderna idea di medicina.

Il problema dell'identità del medico non si risolve con una definizione ma si costruisce come un mosaico deducendola quale soluzione finale da tutte le problematiche insite nella questione medica e nella crisi del paradigma esattamente di quello positivista.

Stati Generali: "questione medica"

La crisi della professione medica altrimenti definita "questione medica" può avere due significati, uno in senso negativo e uno in senso positivo:

- essere l'occasione per lo Stato che non ha nessuna idea di come ridefinire la medicina e la professione, di accrescere per ragioni finanziarie, e non solo, i limiti da imporre alla professione e quindi negarle delle possibilità trasformative di crescita
- essere l'occasione per la professione rispetto allo Stato al quale ci si rivolge a partire da una idea più moderna di medicina, per trasformare in nome della società, i limiti che si vorrebbero imporre alla professione in nuove possibilità professionali.

Se:

- non si ammette preliminarmente l'esistenza di una crisi della professione quale crisi della medicina, in nessun caso è possibile attivare ciò che serve per la sua risoluzione e meno che mai organizzare gli Stati Generali utili e convincenti
- al contrario, la crisi viene negata, non c'è nessuna ragione per fare gli Stati Generali e quindi assumere politiche straordinarie che rilancino nel mondo che cambia una professione

rinnovata attraverso pure una medina rinnovata.

Se si è deciso di fare gli Stati Generali, è perché si tratta di mettere in campo una nuova idea di medicina e di medico, in luogo di quelle tradizionali ormai ampiamente contraddette dai fatti della storia e dalle politiche che dietro di essi si manifestano.

Il tempo dell'apologia è finito. Si tratta, in modo pragmatico, di fare i conti, alla pari, con la realtà. Questa società e questo Stato chiedono sotto forma di conflitti, problemi economici, sociali, culturali, organizzativi, professionali, disagi, delegittimazioni, un altro genere di medico e di medicina.

A noi tocca l'onere della proposta perché allo stato attuale delle cose non c'è nessun altro sulla piazza con una proposta decente, meno che mai lo Stato.

Si rammenti che nelle situazioni di crisi come in qualsiasi tempesta se non si ha una rotta per andare avanti il rischio di tornare indietro è molto forte.

Se non si ha un pensiero riformatore contro-riformare diventa quasi inevitabile.

Il senso politico di fondo degli Stati Generali è quello di fare della crisi a un tempo della medicina e del medico, una grande possibilità di crescita della professione investendo sulle generazioni presenti e su quelle che verranno.

Stati Generali piattaforma e controparti

Lo scopo pratico degli Stati Generali è varare una piattaforma per la rilegittimazione completa della professione.

Il termine "piattaforma" in genere è un termine usato nel mondo della politica e più propriamente in quello sindacale.

Nel caso degli Stati Generali con "piattaforma" si intende un programma, assunto dalla FNOMCeO come base di una azione politica, culturale e sindacale di tipo rivendicativo, che definisce l'insieme di obiettivi che essa si propone e dichiara di voler conseguire per i propri rappresentanti, attraverso dei negoziati con le contro parti istituzionali e sociali più adeguate.

Ma chi sono le controparti di questa eventuale piattaforma?

Se accettiamo che la “questione medica” sia tale, in ragione di una crisi epocale della medicina e quindi di tanti tipi di problematiche, coesistenti e compresenti, simultaneamente, in uno spazio di tempo storico, allora dobbiamo pensare che, in ragione di tali problematiche diverse, per una eventuale piattaforma, esistano altrettanti controparti.

Per gli Stati Generali non esiste una sola controparte, ma tutte quelle che, specificamente, corrispondono ai difficili rapporti tra medicina e società, alle sue difficoltà in ordine alla crisi del paradigma, alla crisi della professione causata anche dai limiti economici che condizionano la sua autonomia di giudizio, ai disagi relativi ad una idea nuova di scienza ai suoi problemi lavorativi.

Le controparti quindi saranno:

- quella sociale cioè il soggetto sociale, vale a dire colui che chiede aiuto alla medicina, ossia la persona, il cittadino, la comunità e i loro rappresentanti verso i quali nella piattaforma si dovrà prevedere una proposta di un nuovo contratto sociale su base affidataria e fiduciaria tra medicina e cittadini
- quella politica del governo che, a vari livelli, gestisce il sistema sanitario nelle sue varie forme, organizzazione, servizi, rispetto al quale la piattaforma dovrà definire una nuova idea di medico autonomo e responsabile anche per l'impiego delle risorse, cioè un medico che garantisce sostenibilità
- quella scientifica quindi l'università, le società scientifiche, il mondo della ricerca verso il quale la piattaforma avanzerà nuove proposte di medicina e di formazione del medico nel quadro di una idea di scienza aggiornata e ricontestualizzata alla luce delle complessità da affrontare
- quella sindacale e delle sue controparti, rispetto alla quale la piattaforma dovrà avanzare una proposta di riforma delle prassi e delle forme storiche di cooperazione interprofessionali e delle metodologie pragmatiche.

La deontologia come base della piattaforma

Se l'identità del medico è la meta-questione che sovrintende l'intera questione medica, quindi è la proposta operativa tout court, allora la deontologia dovrà essere la meta-soluzione dalla quale tutte le proposte della piattaforma dovranno obbligatoriamente riferirsi.

La deontologia è la regola di autogoverno della professione e in quanto tale è la base valoriale a partire dalla quale si predefiniranno i postulati e i presupposti dai quali dovranno partire le proposte che si rivolgeranno alla società, al governo nei suoi vari livelli, al mondo della

scienza e al mondo del lavoro.

La deontologia, per questo, come detto chiaramente dal Presidente Anelli al Consiglio Nazionale del 24 marzo 2018, dovrà essere radicalmente riconcepita.

Ma anche in questo caso la domanda che si impone è: è possibile risolvere i problemi deontologici del medico senza affrontare i problemi del paradigma della medicina? Se i comportamenti dei medici avvengono secondo scienza e coscienza, è possibile ridefinirli deontologicamente senza prima ridefinire cosa sia oggi scienza e cosa sia coscienza? O scienza e coscienza sono da assumere come costanti e invarianti nel tempo?

Non si tratta più di aggiornare le condotte professionali come è stato fatto sino ad ora cioè a partire dal 1903 al 2014, ma di definire, questa volta, a partire dalla “questione medica” come espressione di una crisi paradigmatica più profonda e assunta come un nuovo principio di realtà, una deontologia dell’identità e del ruolo, quale soluzione alle principali problematiche che costituiscono la questione medica, ad una ad una ma sapendo bene che l’identità professionale è speculare all’identità complessa della medicina nei suoi rapporti con la società.

Questo significa che la deontologia rispetto agli Stati Generali in ragione della ridefinizione dell’identità medica non potrà più essere concepita come se fosse un “codice civile” della professione, ma dovrà essere concepita come una carta costituzionale che in quanto tale “costituisce” o “ri-costituisce” l’identità del medico quale risposta alla sua crisi a partire da una nuova idea di medicina.

Il nuovo codice deontologico, in questo senso, è chiamato a svolgere una funzione di coordinamento delle diverse proposte della piattaforma.

Al fine di implementare il lavoro di ridefinizione della deontologia, gli Stati Generali assumono, come base di elaborazione, il lavoro di riforma della deontologia presentato ufficialmente il 23 giugno a Trento dall’Ordine di Trento, con il sostegno della FNOMCeO, acquisendolo come parte integrante di queste tesi.

Schema di lavoro: premessa macro aree e tesi

Per favorire e incoraggiare la discussione ci serviremo dello strumento delle “tesi” vale a dire di particolari asserzioni di natura diversa, attinenti alla crisi della medicina e alla crisi del medico. Il fine è enunciare in modo possibilmente chiaro e sintetico delle analisi, delle

convinzioni, delle proposte e promuoverne la discussione fino a costruire una piattaforma di cambiamento.

Le tesi che qui presentiamo, quindi, hanno lo scopo di assistere gli Ordini nell'indirizzare e nell'aiutare la discussione, della quale abbiamo bisogno per assicurare agli Stati Generali un carattere di partecipazione vasto e condiviso, con la speranza, nello stesso tempo, di ricevere proposte, suggerimenti, critiche costruttive condivisi.

Le tesi per ragioni pratiche saranno raggruppate in 6 macro aree:

- quella relativa alla analisi della crisi della medicina e di conseguenza della professione e che funzionerà da premessa
- quella sociale cioè il rapporto a volte conflittuale e comunque difficile tra medicina e società, quindi il tema fondamentale delle relazioni con gli altri, del rapporto fiduciario ecc.
- quella economica, gestionale, organizzativa cioè la forte esigenza per chi gestisce di chiedere al medico di essere comunque “sostenibile” con le risorse disponibili
- quella scientifica-culturale, cioè il problema di aggiornare l'idea di clinica, alla luce sia dei cambiamenti del concetto di scienza, sia dei cambiamenti del genere di domanda che oggi la medicina riceve, sia per governare i sempre più crescenti gradi di complessità del discorso salute/malattia, sia per affrontare il grande problema dei modi di essere di conoscere e di agire, del medico nei confronti della irriducibile singolarità malato, ormai a un tempo, persona, cittadino e malato
- quelle del lavoro, cioè il discorso sulle prassi, sulle organizzazioni dei servizi, sul modello di governo e il lavoro, sul lavoro dipendente, sulle forme storiche di cooperazione con altre professioni, sui ruoli, i compiti e degli impegni ecc.
- quella conclusiva il medico e il futuro dove si abbozzerà una idea di nuova medicina e di nuovo medico.

Rappresentazione delle tesi

Abbiamo pensato di organizzare le tesi attraverso una rappresentazione che metta chiunque in grado di rendersi conto a fondo, anche se nel modo più sintetico possibile, della complessità, con la quale abbiamo a che fare.

Il nostro obiettivo è certo quello di far partire una discussione ma anche quello di mettere chiunque in grado di comprendere bene di cosa si sta parlando, sapendo noi bene che su moltissime questioni in modo particolare quelle che attengono il paradigma, la medicina, la scienza, l'epistemologia, c'è bisogno per molti di noi di un supplemento di spiegazione.

In un certo senso il medico, il cittadino, chiunque di noi davanti a qualsiasi crisi si trova nella situazione di colui che subisce le conseguenze di un terremoto e che per ovvie ragioni sanno tutto sui suoi effetti ma sanno poco o nulla delle cause profonde che lo hanno scatenato. Per saperne qualcosa di più costoro devono consultare i geologi, i sismologi cioè coloro che al contrario studiano per mestiere la genesi e le dinamiche dei terremoti. Quindi non si tratta di ignoranza, sia chiaro, i medici fanno i medici ed hanno le loro conoscenze ma per comprendere i problemi dei paradigmi, delle crisi, dei modelli abbiamo bisogno di altri generi di conoscenze che vanno ben oltre quelle del medico, esattamente come i terremotati e i sismologi che rispetto al terremoto quale fenomeno comune hanno conoscenze diverse.

La commissione che il Comitato Centrale della FNOMCeO ha istituito per organizzare gli Stati Generali, è stata concepita per mettere insieme “terremotati e sismologi” cioè per mettere insieme, rispetto a un comune problema, il “terremoto”, conoscenze diverse in modo da comprendere bene tanto gli effetti che le cause, nel senso di farli cooperare dal momento gli uni senza gli altri e viceversa non sono facilmente comprensibili.

Torniamo allo schema che abbiamo deciso per rappresentare al meglio la complessità di una crisi professionale. È una rappresentazione:

- che non vuole essere “la lista della spesa” cioè che non si limita a enunciare le tesi come se fossero delle petizioni di principio isolandole dalla loro genesi e dai contesti che le giustificano e le spiegano,
- ma è uno schema che fa derivare le tesi da una analisi per quanto sintetica mettendo a confronto i fatti della realtà con le loro contraddizioni o con i loro problemi cioè ricavando le tesi da un confronto tra i problemi del medico e della medicina e il nostro tempo.
- Qualunque crisi nasce perché qualcosa nei confronti della realtà non funziona più, o si rompe, o si consuma o diventa inadeguato, o subisce gli effetti di cambiamenti contrari, nuove condizioni di contesto. Resta il fatto che la crisi è il prevalere di una asimmetria:
 - tra ciò che è stato
 - ciò che è in realtà
 - ciò che dovrebbe essere.

Il medico oggi si trova in una curiosa situazione:

- non è più quello per il quale è stato progettato circa un secolo fa e che per almeno un secolo è stato, perché per tante ragioni il suo ruolo e la sua identità si sono deteriorati diventando suo malgrado la sua versione peggiore

- non è ancora quello che per tante ragioni dovrebbe essere, nel senso che per diventare altro da quello che è, prima deve risolvere la sua crisi professionale.

Quindi il medico si trova tra ciò che è stato, ciò che è suo malgrado e ciò che dovrebbe essere.

Lo schema che abbiamo adottato vuole dare il senso di questa complessità e difficile transizione ma soprattutto vuole spiegarla perché il senso della transizione, del passaggio, del cambiamento sia colto e condiviso da tutti.

Lo schema di rappresentazione

Cominciamo a spiegare i concetti e le parole:

Sinossi, è una esposizione sintetica e schematica di una questione, con l'intento di anticipare il senso di quello che si intende discutere e che compendia il molteplice sotto una idea.

Proposizioni, cioè sono degli argomenti di un discorso più ampio che riferiscono di come stanno le cose, quindi enunciazioni sui problemi sul tappeto, quindi sub questioni scelte per la loro importanza non potendo fare un'analisi più larga e completa e scritte sinteticamente con la forma della brevità e incisività.

Aporie, sono le difficoltà che incontra un concetto, sono le sue fragilità, anche contraddizioni, i suoi anacronismi che nascono, in qualche modo.

Tesi, sono asserzioni che si ricavano dal confronto tra le proposizioni di approfondimento e le aporie che indicano che vi sono problemi da affrontare, che vi sono cose da discutere e da approfondire e che si pongono come degli input per discutere.

Quesiti, sono domande che sono rivolte ai medici che devono discutere le tesi e che in un certo senso, si rivolgono ai medici, per porre loro, le questioni più rilevanti, al fine di stimolare delle risposte, dei suggerimenti, delle proposte. Cioè per impegnarli ancora di più nella discussione.

Lo schema di rappresentazione delle tesi qui proposte è:

- sinossi
- proposizioni di approfondimento
- aporie

- tesi
- quesiti

Come funziona?

Facciamo un esempio. La questione del metodo:

- si comincia con una *sinossi* cioè si spiega succintamente perché oggi un certo metodo è un problema
- si espongono le *proposizioni di approfondimento* principali che spiegano cosa sia un certo metodo per i medici e la medicina, la sua importanza, la sua funzione, i suoi scopi
- dalle proposizioni si ricavano le *aporie* cioè si spiegano le contraddizioni e i problemi che un certo metodo incontra oggi in questa società, nei confronti del malato ecc.
- si ricava da questo percorso *una o più tesi* per indicare qualcosa che riguarda il metodo e che oggi bisogna discutere perché all'origine di molti problemi professionali
- infine, si trasformano le tesi in *quesiti* per permettere una migliore discussione cioè una ricerca di soluzioni.

Perché questo schema?

Le ragioni sono due.

La prima è *formativa e didattica*. In genere dei loro problemi i medici (ma non solo), esattamente come i terremoti, conoscono gli effetti finali, ma non le loro cause profonde e meno che mai conoscono le implicazioni che tali cause hanno sul loro modo di essere e di pensare.

Prendiamo ancora l'esempio del metodo. Oggi vi è un abuso del metodo che si chiama "medicina amministrata". I medici si rendono conto di essere amministrati quando la loro autonomia è fortemente condizionata. Ma la medicina amministrata è possibile solo perché quel certo metodo, ai quali i medici si attengono, è fatto in un certo modo. Per fare in modo che i medici non siano più amministrati, non basta dire "autonomia", bisogna ripensare il metodo in rapporto all'autonomia aggiungendo cose che fino ad ora neanche esistevano (la sostenibilità per esempio), dal momento che un certo tipo di metodo nasce proprio con lo scopo di condizionare l'autonomia della professione.

La seconda è *dialettica e dialogica*. Per favorire la discussione nella professione non basta elencare delle tesi in una banale contrapposizione tra problemi/soluzioni nel senso "*questo è il problema bisogna trovare una soluzione*". Non si trovano soluzioni soddisfacenti se prima non si comprendono a fondo i problemi, e i problemi non si comprendono a fondo se prima non

sono esplicitati come si deve. Noi abbiamo bisogno di soluzioni effettive ed efficaci, per cui la discussione ci serve non per agire formalmente la democrazia, ma per definire attraverso la democrazia le nostre piattaforme.

Torniamo all'esempio del metodo: una volta che ci si è resi conto che un certo metodo per i medici è un problema, a partire da certe tesi, nella piattaforma non si scriverà solo "*dateci più autonomia*" ma si scriverà "*definiamo le coordinate per una nuova metodologia*". Questo vuol dire che se non si discutono a fondo i problemi si rischia di non capire quali sono le loro controparti. Chi può dare più autonomia non è la stessa istituzione che può fare un accordo per ridefinire la metodologia clinica.

Quindi lo schema "*sinossi/proposizioni/aporie/tesi/quesiti*" ha lo scopo non di estrapolare una tesi dai contesti rispetto ai quali esse sono formulate, ma esattamente il contrario, di partire dai contesti per comprendere le tesi, come si deve, sapendo bene che le tesi sparate nei documenti spesso non sono null'altro che petizioni di principio cioè liste per la spesa.

I cambiamenti e la crisi

Crisi della medicina e del medico positivista

Sinossi

Più o meno un secolo fa, alla medicina e quindi al medico, accadeva quello che sta accadendo, più o meno, nel nostro tempo, vale a dire una certa idea di medicina (quella che gli storici definiscono “medicina dei sistemi”) fu sostituita da un’altra idea di medicina (quella che gli stessi storici definiscono “scientifica”).

A quel tempo, a promuovere questo processo di vera e propria sostituzione paradigmatica che non si impose subito, ma nel corso di un sacco di decenni, solo in parte furono le scoperte scientifiche. La sostituzione paradigmatica dipese soprattutto da grandi cambiamenti sociali, culturali, economici, filosofici. Oggi è la stessa cosa. A parte i progressi della scienza medica, davvero impressionanti, oggi, è cambiata profondamente la società di riferimento, ed è questa nuova società che chiede con forza, per tanti ragioni, una medicina e un medico diversi.

La medicina e il medico, un secolo fa rappresentavano la scientificità per antonomasia e quindi la massima affidabilità possibile. Per una infinità di ragioni, che tenteremo di spiegare, oggi, quella

idea di scienza appare eccessivamente “scientista” e quell’affidabilità non è più così dogmaticamente affidabile.

Sorge il paradosso di una scienza medica e di un medico appropriati al loro paradigma fondante, ma non adeguati alla società alla quale esse si rivolgono. Quindi sorge di nuovo, dopo poco più di un secolo, una scollatura tra paradigma e società.

Quindi di nuovo, oggi, una società completamente diversa da quella che l’ha preceduta, ripropone la questione “quale medicina” e quindi “quale medico”. Cioè ripropone una crisi quale strumento e occasione per cambiare.

Se non si parte da questa crisi epocale, la crisi del medico, che oggi si chiama convenzionalmente “questione medica”, resta per gran parte confinata in questioni tecniche e ordinamentali. La “questione medica”, come mostreremo, non è altro che l’espressione a livello sovrastrutturale, di una questione più profonda e che si chiama “crisi della medicina”. Questa crisi è di tipo paradigmatico. Con essa ci si deve misurare.

Tesi

N°1

Se vi è, per tutte le ragioni plausibili, una crisi della medicina è inevitabile che vi sia anche una crisi del medico che a quella medicina si è sempre riferito e continua a riferirsi.

Se questo è vero, ed è vero, allora:

- *non si può pensare di risolvere la crisi del medico senza affrontare la crisi della medicina*
- *la crisi della professione non è riducibile solo a ragioni tecniche, congiunturali, a politiche sfavorevoli, a governi poco sagaci, a soprusi contro la professione, ma prima di ogni cosa va ricondotta ai problemi del paradigma medico dal quale la professione ha ricavato sino ad ora la propria identità e rispetto al quale ha agito le proprie prassi*
- *se l’identità del medico è una questione di paradigma e lo è, il medico ha il dovere di ridefinire il proprio paradigma perché non può permettersi il lusso di essere senza una identità*
- *nessuna società è disponibile a dare fiducia ad una professione priva di identità*
- *la fiducia quindi dipende da come il medico è percepito socialmente.*

N°2

Il paradigma sulla cui base si fonda la nostra medicina scientifica oggi, in questa società, appare, per molte ragioni, regressivo quindi inadeguato. Il medico, suo malgrado, ne paga le conseguenze,

cioè il suo modo di conoscere e quindi di esercitare la professione risulta nei fatti inadeguato a rispondere coerentemente ad una nuova società.

N°3

Ripensare un paradigma, e quindi una certa medicina scientifica e un certo medico, vuol dire reinterpretare una tradizione cioè decidere di trasmettere alle generazioni future di medici qualcosa di uguale al passato, se giudicato ancora valido, e nello stesso tempo di diverso dal passato, se questo, al contrario, fosse giudicato non valido.

N° 4

I “paradigmi” non si cambiano così facilmente e meno che mai si cambiano dalla mattina alla sera e ancor meno sopra la testa dei loro protagonisti. Ridiscutere un paradigma significa ridiscutere una tradizione, si tratta di una impresa culturale e sociale, tutt’altro che facile. È quasi come reinventare qualcosa giudicato permanente quando in realtà è platealmente impermanente.

N°5

Il governo della crisi della medicina, come questione del paradigma, non può essere affidata a un pensiero tecnocratico, né per rappresentarla né per elucidarla. La crisi del paradigma è una questione prima di tutto filosofica e politica che concerne i soggetti che definiscono in modo diverso il paradigma stesso, quindi da una parte i cittadini e dall’altra i medici. Se il problema è scienza e società allora sarà la scienza e la società a dover creare nuove relazioni per governare non la soluzione della crisi ma il suo compimento. La soluzione implica che la crisi sia vista come problema, il compimento invece implica che la crisi sia vista come opportunità. Oggi la crisi della medicina è una grande opportunità per tutti.

N°6

Oggi rispetto alla complessità della medicina e alla sua crisi, la soluzione non è unica, ma è a diverse soluzioni, giocate su diversi tavoli, con interlocutori diversi, istituzioni diverse. I caratteri della crisi della medicina e del medico spingono per interpretarla non solo come problema ma come processo che si deve compiere. La crisi di un paradigma è un bene non un male.

N°7

Oggi qualsiasi tipo di interpretazione che vogliamo dare alla crisi della medicina deve avere una caratteristica imprescindibile: essere accessibile a coloro (malati, medici, cittadini, politici, amministratori, operatori diversi ecc.) ai quali essa è destinata quindi essere comprensibile a tutti o ai più. La crisi della medicina non è mai un fatto tecnico è sempre un fatto politico e sociale. Per

cui si pone la questione politica dell'accesso alla comprensione della crisi medica e le spiegazioni che si debbono dare debbono essere non "latenti" ma "patenti", non "private" ma "pubbliche" non "settoriali" ma "general".

N°8

Oggi la funzione delle spiegazioni sulla crisi sarà quella di indicare come si arriva alle risposte partendo dalle domande e come si è sicuri che si tratti proprio delle risposte che servono. Anche supponendo che le eventuali risposte siano abbastanza accessibili, pertinenti, intelligibili, niente garantisce il loro "consenso finale". Il consenso lo ribadiamo passa per la pattuizione sociale.

N°9

Adeguare le rappresentazioni della crisi medica non è solo una questione di riformulazione dei problemi, ma di riconoscimento di un progetto. Qual è oggi il progetto? Il progetto per compiere la crisi riguarda gli uomini le persone. Quindi un progetto di malato e un progetto di medico dopo di che è più facile avanzare un progetto di medicina. La medicina e quindi il medico non sono definibile se prima non si ridefinisce il malato e la malattia.

N°10

I problemi di fiducia tra medicina e società rientrano tra quelli della incommensurabilità dei punti di vista quelli della medicina e quelli della società. La ricostruzione della fiducia perduta si basa sulla creazione consensuale di nuove condizioni di commensurabilità che mettano tanto il cittadino che il medico in condizione di condividere le stesse cose. Le condizioni di commensurabilità si creano con la pattuizione sociale perché nella sottoscrizione ci si impegna a condividere cose diverse impegnandosi a rispettarle. Senza condivisione non può esserci commensurabilità senza commensurabilità non può esserci fiducia sociale.

N°11

Il paradigma medico-positivista come qualsiasi sistema concettuale è costituito da tante regole, principi, postulati, presupposti ma le sue componenti portanti sono principalmente tre:

- la deontologia quindi i valori morali*
- l'epistemologia quindi i valori scientifici*
- la metodologia quindi i valori pratici e operativi.*

Il cambio della concezione circa la malattia e il malato e quindi circa la medicina e il medico ha determinato nel tempo altrettante crisi in queste tre importanti componenti del paradigma. Questo vuol dire che le soluzioni di ripensamento ai problemi del paradigma della medicina posi-

tivista vanno trovate specificatamente negli ambiti della deontologia, in quelli dell'epistemologia e in quelli della metodologia.

Quesiti

N°1

Il nodo è, indipendentemente dalle vicende della professione medica, il paradigma della medicina che è confutato nei fatti dai mutamenti sociale e economici intervenuti dal secondo dopoguerra in poi, ma cosa è un paradigma? Di che si tratta? È semplicemente un modello teorico di medicina deciso per convenzione tanto tempo fa nel senso che guida, con i suoi valori, la medicina e il medico? E cosa è un modello? È un sistema di regole di criteri di verità? È una specie di “mente” che regola e dirige l’attività della medicina e del medico? Oppure il paradigma è semplicemente un “programma” implicito nel medico formato a quel programma, come quello che è alla base di un computer? O ancora è un processo di acquisizione di certe caratteristiche che la medicina accumula nel tempo e che a regime si costituisce e si propone come ortodossia cioè come una prassi da garantire rispettare e adottare?

N°2

Si tratta di cambiare “programma” o semplicemente cambiare programma significa null’altro che continuare ad aggiornarlo perché esso non può mai essere assunto come a regime o come definitivo? Cioè il programma o paradigma per definizione va assunto nelle sua apparente compiutezza come provvisorio e aggiornabile?

N°3

Supponiamo che esista la crisi del medico. È possibile avere una crisi simile a prescindere dalla medicina? Cioè esiste o no una crisi di un certo tipo di medicina scientifica? In sostanza che rapporti esistono tra medico e medicina? Andando all’osso, i problemi dei medici sono risolvibili senza risolvere i problemi della medicina?

N°4

Ammettendo che la crisi sia del medico perché prima è della medicina, ma una crisi come si affronta? È possibile affrontare una crisi del paradigma con delle misure superficiali o congiunturali o al contrario essa necessita di interventi più drastici, più strutturali, cioè più riformatori? Cioè di correzione del paradigma o del modello o del programma?

N°5

Ma è possibile correggere un alcunché senza sapere prima cosa si vuole? Cioè senza sapere

prima quale medicina e quale medico? Ma come facciamo a dire quale medicina e quale medico? Ci basiamo sui nostri gusti personali? Sulle nostre abitudini mentali o su delle necessità migliorative oggettive? Cioè sulla base delle nostre convinzioni personali o sulla base di valori dati come riferimento assunti per essere implementati? Tipo un migliore medico, una medicina più qualcosa..., una cura diversa... una medicina più qualcosa... ecc.?

N°6

Ma una medicina migliore, diversa, maggiore...quindi un medico altro rispetto a come è sempre stato, almeno sino ad ora, come viene definita rispetto a cosa? Ai nostri desideranda? Rispetto ai problemi da risolvere? Rispetto ai nostri sogni e ai nostri ideali? O rispetto alle nostre esperienze, agli atteggiamenti tenuti sino ad ora, o alle nostre difficoltà ad accettare il nuovo che avanza? O ai nostri limiti nel senso di accettare solo ciò che rientra nelle nostre personali possibilità culturali? Cioè rispetto a ciò che piacerebbe a noi e non rispetto a ciò che servirebbe interpretando onestamente i bisogni e i problemi di una società?

N°7

Per risolvere la crisi del medico bisogna trovare soluzioni che facciano comodo al medico o trovare soluzioni che facciano comodo certamente al medico ma non solo a lui?

N°8

In pratica come si legittima il lavoro di ripensamento della professione o di ripensamento della medicina? Certo proponendo qualcosa di migliore di più vantaggioso di più utile e di più adeguato, ma chi decide cosa sia migliore vantaggioso utile adeguato? Noi o gli altri? O noi insieme agli altri?

N°9

Se gli altri sono decisivi a legittimare il nostro lavoro di ripensamento come ci si accorda con loro per proporre il ripensamento che serve?

N°10

Per accordarci con gli altri è necessario essere convincenti, allora come facciamo a convincere costoro se non si parte prima di ogni cosa da una idea di crisi della medicina che riguarda entrambi cioè tanto i cittadini che i medici?

La crisi della deontologia

Sinossi

La deontologia, come se fosse uno statuto etico, regola il modo di essere della medicina in una società, i suoi fini e i suoi comportamenti. Essa condiziona l'esperienza professionale del medico e "predetermina" ciò che egli può fare o non fare. Un codice deontologico, funziona quando i suoi valori concernono le prassi, cioè quando essi sono traducibili in atti operativi concreti. Quando un ordinamento deontologico non concerne più, o non pertiene più rispetto alla realtà sociale, scientifiche e culturali, alla quale si riferisce, si può parlare di crisi e di insufficienza e di regressività deontologica. La regressività deontologica è una delle componenti principali della crisi della professione.

Tale regressività si è ulteriormente accentuata a causa di un paradosso: mentre cresce la domanda di salute anche in relazione alle crescenti possibilità scientifiche della medicina, nello stesso tempo in modo contestuale, crescono i limiti e i condizionamenti economici, imposti alla medicina pubblica e quindi ai medici e ai cittadini. La natura incrementale della spesa medico-sanitaria entra in conflitto con il grande problema del contenimento del disavanzo pubblico e quindi con il governo della spesa pubblica. La grande novità per la deontologia è fare i conti con il limite economico nel momento in cui essa dovrebbe adeguarsi alle nuove visioni della malattia del malato della medicina e del medico. Il conflitto economico si sovrappone alla crisi del paradigma ostacolandone la risoluzione.

La crisi della deontologia sposta l'attenzione dalle condotte mediche all'identità del medico. Se il medico perde di identità non ha più alcun senso definire le sue condotte. Se vale il principio che il modo di essere segue l'essere, il modo di essere di un medico senza identità rischia di essere quello di un dispensatore di prestazioni telecomandato dagli amministratori.

Tesi

N°12

Alla base della crisi della deontologia medica vi sono sostanzialmente:

- *profondi cambiamenti culturali che riguardano i rapporti tra natura e società e il ruolo di mediazione della medicina*
- *pesanti interferenze dell'economia nei confronti dell'autonomia della professione.*

A tali cambiamenti vanno ricondotte le nuove visioni della natura, della malattia, della salute, e del malato e nello stesso tempo nuovi problemi bioetici legati alla cronica scarsità delle risorse.

N°13

Il fattore scatenante che sfida persino il limite economico, è l'avvento del soggetto sociale quale protagonista della propria autodeterminazione. È un nuovo genere di malato oggi ad obbligarci ad una profonda rivisitazione della deontologia. Questo nuovo malato oggi sparglia per la prima volta il gioco storico della medicina cioè cambia in profondità il concetto di cura e quindi malgrado il medico il concetto di medico.

N°14

Oggi la medicina con la sua scienza deve prendere atto di un nuovo sistema sociale di necessità e di possibilità che tende sostanzialmente a ridiscutere e a reinterpretare profondamente i limiti naturali dell'uomo. Questi riguardano la durata della vita umana, le capacità riproduttive, le possibilità terapeutiche, l'eliminabilità del dolore, le forme della sopravvivenza, le attese di vita la vitalità della persona a tutte le età.

In una parola: i poteri effettivamente attribuibili alla medicina di intervento sulla natura.

N°15

Oggi la deontologia è chiamata:

- *a circoscrivere le pretese eccessive di "cura" della società e quindi a ridefinire una nuova idea ragionevole di "cura"*
- *a difendere la medicina dall'eccessiva invadenza dell'economia che pretende di amministrare tanto il medico, quanto il malato e la stessa medicina e nello stesso tempo ad accettare la sfida inevitabile della sostenibilità.*

N°16

Se oggi la nuova visione che si ha del concetto di malattia e di malato come natura insieme a una domanda forte di auto-determinazione del cittadino da una parte, e la crescita dei condizionamenti economici alle prassi professionali, dall'altra, mettono in discussione l'identità del medico, oggi il problema dell'identità non si risolve con una semplice ridefnizione deontologica a medicina invariante, ma cambiando la deontologia per cambiare la medicina al fine di cambiare il medico. Oggi il medico deve sapersi rapportare con un nuovo genere di malato e nello stesso tempo deve essere il primo protagonista di una medicina sostenibile assumendosi la responsabilità di spendere al meglio le risorse messi a disposizione.

N° 17

Se l'identità del medico viene meno a causa della nuova visione sociale e culturale della malattia,

dell'autodeterminazione del cittadino, del limite economico imposto alle prassi, allora dobbiamo dire che l'identità viene meno per una crescita esorbitante del grado di complessità della professione. La deontologia prima ancora di occuparsi delle condotte professionali deve ricostruire l'identità professionale in ragione delle sfide che questo accresciuto grado di complessità pone.

N° 18

La deontologia va ripensata nei suoi fondamenti essa prima ancora che normare delle condotte deve ricostruire un ruolo del medico e quindi ridefinire l'identità. Per fare questo però deve ripartire dal soggetto fiduciante cioè dal cittadino e ridefinire su base fiduciaria, una relazione con esso che deve essere di consensualità e co-decisionalità. Quindi ridefinire le modalità e affrontare i nodi di una nuova complessità epistemica.

Quesiti

N°1

La crisi del medico è del tutto ovvio che riguarda i suoi comportamenti nel senso che per qualche ragione essi non sono più ritenuti, percepiti, valutati, come congrui nei confronti di un insieme di bisogni, ma se è così e se il medico è semplicemente colui che traduce un paradigma in prassi, non è meglio dire che la crisi della medicina si manifesta attraverso dei comportamenti che questa società non ritiene più adeguati ai propri bisogni, alla propria cultura, alle proprie aspettative?

N°2

La deontologia è una parte fondamentale del paradigma medico essa regola i comportamenti del medico ma per regolare quelli della medicina, se il paradigma è in crisi è plausibile o no parlare di una deontologia che non funziona più o meglio che si dimostra inadeguata nei confronti dei mutamenti sociali?

N°3

Se la crisi del medico in sostanza è la perdita della sua identità si può parlare anche per la deontologia di crisi dell'identità? Ma se la deontologia corrente, a causa della crisi del paradigma non garantisce più l'identità del medico, ha senso continuare a rinnovarne il modello storico che ormai ha circa un secolo, per tentare di ridefinire le condotte professionali facendo finta di non avere un problema di identità?

N°4

Supponiamo che non abbia più senso, allora, la deontologia, quale espressione del paradig-

ma, che deve fare? Si può ridefinire l'identità del medico attraverso la deontologia? Ma se la deontologia non fosse adatta per questo scopo quale altra strada o mezzo si può usare?

N°5

Questa identità perduta si può ritrovare a prescindere da una idea nuova di paradigma? Cioè da una nuova idea di identità? Cioè da una nuova idea di medico?

N°6

Se il paradigma definisce le prassi del medico e se le prassi del medico sono definite dalla deontologia in nome e per conto del paradigma, allora, per risolvere i problemi delle prassi, è o no necessario ridefinire la deontologia?

N°7

Se l'identità è perduta perché essa nel paradigma era coerente con un certo tipo di società e di scienza, allora per ritrovare l'identità bisogna in realtà reinventarla, dal momento che tanto l'idea di società che di scienza è cambiata, ma se è così l'identità si ritrova o si reinventa? O basta come propongono alcuni un po di manutenzione?

N°8

Se ritrovare l'identità significa aggiornare una deontologia ma senza modificarne il modello di fondo, reinventare l'identità che significa?

N°9

È possibile reinventare l'identità del medico a modello di deontologia quindi di paradigma invariante?

N°10

Se non è possibile cosa bisogna fare? Cioè che altre strade suggerite di percorrere?

Crisi della epistemologia

Ripensare il canone scientifico

Sinossi

Con il termine epistemologia si intendono i criteri e le regole della conoscenza della medicina che guidano le prassi professionali del medico. Per positivismo una certa filosofia alla base dell'attuale definizione di scienza medica e non solo. Sulla base della filosofia positivista il paradigma medico ha deciso le caratteristiche epistemiche per definire la malattia e per curarla e quindi le prassi del medico. Il medico positivista è colui che per curare la malattia applica e adotta una epistemologia scientifica di tipo positivista.

Sulla base degli stessi cambiamenti sociali e culturali che sono stati descritti a proposito di crisi della medicina e di deontologia l'idea che oggi la società ha sia della malattia che del malato, ma anche della cura, della salute, del medico, del servizio, non è più coincidente con la epistemologia positivista che sta alla base del paradigma medico.

Questo vuol dire che il modo di conoscere e di fare della medicina scientifica, per quanto scientificamente corretto sul piano della epistemologia positivista, è percepito da questa società e dai suoi malati non adeguato alle proprie necessità e soprattutto non in sintonia con delle filosofie di fatto post positiviste, quelle ad esempio che teorizzano l'autodeterminazione, la relazione, il prendersi cura, la complessità, il valore della differenza, la persona, il dialogo ecc.

Di fronte a questa importante discordanza la unica possibilità per il medico di governare i suoi rapporti difficili con la società è ripensare i criteri e le regole che guidano le sue prassi prendendo atto che le sue prassi nei confronti della crescente complessità sociale e culturale attraverso la quale la malattia e il malato sono stati ridefiniti, sono restati indietro. Cioè non sono evolute.

Se la deontologia funziona come se fosse uno statuto, l'epistemologia funziona come se fosse un canone. Si definisce "canonica" la scienza dei criteri e delle regole, quindi si definisce "canone" quella parte del paradigma medico, che sovrintende all'uso delle conoscenze scientifiche, e non solo, per fare salute e curare le malattie.

Il canone positivista della medicina scientifica davanti alle nuove complessità tanto della malattia che del malato si rivela pieno di aporie e di contraddizioni e quindi per quanto scientifico, meno efficace di quello che con ben altre epistemologie potrebbe essere. Se quello che fa il medico a questa

società non va bene per quanto scientifico esso sia, vuol dire che il suo modo di conoscere non va bene e che l'epistemologia positivista va ripensata, innanzi tutto nel primario interesse del malato.

Tesi

N°19

L'alto grado di complessità che il medico deve affrontare oggi richiede che si ripensi il canone classico della medicina positivista.

N°20

È necessario un aggiornamento epistemico di tutte le sue principali categorie fondanti deducibili dalla complessità. Non si tratta di mettere in liquidazione l'epistemologia positivista e di sostituirla con una epistemologia semplicemente post positivista ma di complessificare l'epistemologia che c'è, cioè aggiungere a quello che c'è quello che non c'è e che servirebbe, sapendo che, aggiungendo quello che non c'è, si cambia in senso riformatore quello che c'è. Oggi i fatti non sono altro dalle persone e le complessità delle persone spiegano le complessità dei fatti. Oggi per conoscere non basta più osservare è necessario interpretare. Oggi le cause spiegano sempre meno i fenomeni ad esse riconducibili. Quello che serve non è rinunciare a conoscere attraverso i fatti, l'osservazione, le cause, ma aggiornare queste nozioni tipicamente positiviste alla luce di due generi di cambiamenti: quelli morali e sociali che ci dicono che la persona non è più colpevole della propria malattia anche se potrebbe esserne in parte responsabile e quelli che riguardano il modo di conoscere quindi l'epistemologia che ci dicono solo che il rapporto malattia/malato è più complesso di quella che sembra.

Quesiti

N°1

Per chi è formato in un certo modo, e quindi ad un certo paradigma e a una certa ortodossia, è difficile concepire che possa esistere un altro modo di fare il medico, ma rispetto alla questione medica, non c'è dubbio che tra le varie cose da cambiare si pone il problema di fare il medico in un altro modo, secondo voi quale?

N°2

Ma è possibile o no fare il medico in un altro modo, o esiste solo un modo di fare il medico?

N°3

Il modo di fare il medico ovviamente non è una questione banalmente comportamentale ma è una questione di scienza conoscenza di metodo, secondo voi esiste un altro modo di fare scienza conoscenza e un altro metodo?

N°4

Se ci fosse un solo modo epistemologico di fare il medico non credete che il rischio che corre il medico è di essere una professione invariante nei confronti di qualsiasi tipo di cambiamento?

N°5

E essere invarianti lo considerate possibile? Un vantaggio o uno svantaggio?

N°6

Il punto è che per fare il medico in un certo modo (qualsiasi voi vogliate) bisogna definire una precisa epistemologia cioè un preciso modo di conoscere prima e di fare dopo, se decidiamo che il modo di essere del medico va cambiato è come se decidessimo che una certa epistemologia va cambiata, non credete ingannevole pensare di cambiare il medico senza cambiare il suo modo di fare il medico? Cioè a epistemologia invariante?

N°7

Oggi la società in ragione del principio costituzionale dell'autodeterminazione, sollecita il medico ad avere con essa delle relazioni per conoscere insieme e co-decidere, ma le relazioni, intese nel senso di tale principio, quindi come fonte di conoscenza e di decisione, non fanno parte dell'epistemologia classica della medicina, allora, se è così, non credete che per rispondere alle sollecitazioni sociali, si debba modificare, nel senso di arricchire e allargare l'ambito delle questioni epistemologiche?

N°8

Le relazioni nel senso inteso del principio di autodeterminazione con l'epistemologia positivista della medicina non vanno molto d'accordo perché esse mettono in crisi valori dell'oggettività della conoscenza e la possibilità di predefinire le scelte del medico con il metodo, in questo caso che si fa?

N°9

Ci teniamo la vecchia epistemologia dell'oggettività e riduciamo le relazioni alla teoria della amabilità, quindi ignoriamo il principio di autodeterminazione pagando il prezzo sul terreno del contenzioso legale, o al contrario ripensiamo l'epistemologia trovando il modo di rendere compossibile oggettività e soggettività, evidenze e opinioni, dati clinici e esperienze personali, modelli e singolarità?

N°10

I problemi dell'epistemologia sino ad ora cioè fino a prima della crisi, non si sono mai posti, ora nostro malgrado si pongono, e i medici, mediamente, non sono preparati ad affrontarli come dovrebbero, (molti di loro non sanno neanche cosa significa epistemologia) ma il fatto che siano impreparati ci autorizza ad ignorarli o peggio a negarli, o in ragione dello scopo fondamentale di risolvere la crisi della professione, essi vanno ammessi e affrontati. Ci giova negare il problema? O ci conviene affrontarlo per quello che è provvedendo noi ad attrezzarci come si deve?

Crisi della metodologia

Sinossi

La metodologia è una parte fondamentale del paradigma medico-positivistico e rientra nell'ambito dell'epistemologia. Essa si preoccupa di definire un certo "modo" scientifico di operare e di agire della medicina.

La metodologia (altrimenti detta "procedimento") stabilisce attraverso dei criteri "come procedere" e come essere scientifici. Senza metodologia la medicina non sarebbe scientifica. Lo scopo principale del metodo è pre-definire una successione logica delle cose da fare. Il metodo quale "decisione" e "scelta" elimina le incertezze concernenti le decisioni e le scelte quindi risolve le controversie della prassi. Quale è il problema?

Il paradigma positivista ha definito una propria idea di metodo ma rispetto alla malattia concepita:

- *come un oggetto che devia da una natura oggettiva considerata a priori normale quindi universale*
- *come una entità senza soggettività e senza personalità*
- *come una complicazione biologica e non una complessità infra-biologica.*

A parte che abbiamo a che fare con i malati e le loro singolarità, ma la stessa malattia, non è più predicibile come una regolarità biologica, per cui il metodo, non in quanto tale, ma per come è stato concepito dal positivismo non è più tanto affidabile perché spesso viene sconfessato da una realtà più grande di esso. Ad aggravare la questione, per di più, il metodo è usato come mezzo per amministrare la medicina e il medico cioè si è caricato di scopi economicistici. La commistione clinica e economia attraverso il metodo gestita contro il medico funziona alla fine contro il malato.

Tesi

N° 21

La metodologia resta fondamentale per garantire una conoscenza scientifica e per sbagliare il meno possibile tuttavia alla luce delle nuove complessità è necessario ripensarne il carattere dogmatico nel senso di attenuare la rigidità del suo uso e della sua applicazione. L'indirizzo di fondo per ripensare non è teorizzare una libertà dal metodo ma di ripensare una libertà nel metodo. Non si tratta di teorizzare un medico privo di supporti metodologici ma di teorizzare un medico che interpreti i supporti metodologici alla luce della loro applicabilità e attendibilità senza disdegnare di riconoscergli in certi casi la libertà di navigare a vista.

Fondamentale al ripensamento della metodologia è la definizione del suo rapporto con l'evidenza e con la relazione. Se la metodologia, privilegiando l'evidenza, resta indifferente ai valori della relazione allora vuol dire che l'evidenza resta indifferente alla complessità e alla singolarità del malato e la metodologia è imposta come un a priori dogmatico. In questo modo tutto il discorso sulla fiducia va a farsi benedire.

Quesiti

N°1

Il metodo per un qualsiasi medico è fondamentale per fare al meglio qualsiasi cosa ma a patto che qualsiasi cosa sia pianificabile e prevedibile cioè ripetibile sempre allo stesso modo. Fino a che punto un malato singolare per definizione, è pianificabile e fino a che punto una cura è ripetibile allo stesso modo?

N°2

Nel caso che la cura in ragione della singolarità del malato e della complessità del contesto non è ripetibile allo stesso modo, che fate?

N°3

Il metodo è una questione di pura razionalità cioè è fatto da principi e regole scientifiche, appunto razionali per definizione, esiste un metodo per la ragionevolezza? Per il buon senso?

N°4

Il medico secondo il suo paradigma positivista è guidato nelle sue decisioni dal metodo, seguendo il metodo il medico garantisce la propria ortodossia scientifica, ma il metodo per guidare il medico è costretto a modellizzare la realtà secondo le proprie esigenze epistemologiche, ma se la realtà è modellizzabile perché innegabilmente complessa, fino a un certo punto, che si fa? Adattiamo il malato al metodo o adattiamo il metodo al malato?

N°5

Oggi questa società non è disposta a sacrificare le sue tante forme di complessità alla regola riduzionista che cerca di adattare il malato al metodo e in tante forme e modi diversi tenta di sollecitare il metodo a personalizzare le sue logiche epistemiche, cioè a tener conto della singolarità, della specificità, dell'individualità e dei contesti; nello stesso tempo è impensabile fare medicina senza una guida metodologica. In questi casi che si fa? Dove è possibile trovare la mediazione?

La crisi della definizione di medicina

Sinossi

Alla domanda “che cosa è la medicina” in genere si risponde con la sua definizione cioè richiamando quel complesso di elementi volti a caratterizzare e circoscriverla sul piano concettuale.

La medicina sino ad ora, dai vocabolari, è stata variamente definita come:

- *scienza che ha per oggetto lo studio delle malattie, la loro cura e la loro prevenzione*
- *scienza che studia il corpo umano al fine di garantire la salute delle persone,*
- *disciplina che studia grazie a varie scienze e a varie tecnologie la fisiopatologia umana allo scopo di mantenere lo stato di salute*
- *scienza che studia la persona umana nella normalità e nelle malattie*
- *ecc.*

A seguito di una varietà di mutamenti culturali nella società civile e a livello di economia avvenuti nella nostra società a ogni livello e intervenuti in tutto l'occidente, a partire, almeno dalla seconda metà del 900, la classica definizione di medicina non funziona più, anzi l'impressione è che questa definizione oggi sia “scoppiata”.

Tesi

N° 22

La definizione classica di medicina è del tutto inadeguata ad affrontare la realtà del nostro tempo. Serve una ridefinizione. Da una definizione chiusa si tratta di passare ad una definizione aperta che dia conto della complessità in gioco. Da una definizione essenzialmente naturalistica della medicina si deve passare ad una definizione che rappresenti la natura ma anche la sua irriducibile complessità sociale. In tale ridefinizione deve entrare a pieno titolo il ruolo e il significato di malato. La medicina ormai non è più una impresa solo medico-scientifica.

Quesiti

N°1

definire qualcosa di complesso è sempre difficile proprio perché ciò che è complesso resiste a qualsiasi definizione, ma voi sulla base della vostra esperienza come definireste la medicina oggi in base alla sua complessità?

N°2

Se doveste decidere una definizione di medicina cosa sarebbe decisivo per voi per una defini-

zione esauriente e esaustiva?

N°3

Quale è il tratto o i tratti fondamentali della medicina del nostro tempo che tenendo conto del contesto sociale e culturale, richiamereste in una ridefinizione

N°4

Oggi considerando tutto quello che ruota intorno alla “questione medica” la medicina chi la dovrebbe definire, i medici? I cittadini? I medici e i cittadini insieme?

N°5

Supponiamo che la definizione debba essere fatta dai medici e dai cittadini come si fa? In quale modo? Con quali strumenti? E come una volta decisa una ridefinizione questa viene legittimata?

N°6

Ridefinire la medicina significa ridefinirne i domini e trarne ovviamente delle conseguenze, supponendo una ridefinizione adeguata alle complessità in gioco, quindi non teorica, quale sarebbero le sue conseguenze più importanti?

N°7

Secondo voi una eventuale ridefinizione della medicina avrebbe o no bisogno di una legittimazione legislativa?

Questione medica e crisi della medicina

Sinossi

La “questione medica” rispetto ai problemi sino ad ora descritti del paradigma ne è la fenomenizzazione socio-sanitaria vale a dire l'espressione e la manifestazione sotto forma di problemi tecnici, di limiti alla autonomia, di condizionamenti nelle decisioni, di perdite di ruolo, di conflitti sociali, i più diversi. La crisi del paradigma e la questione medica stanno tra loro come la struttura e la sovrastruttura nel senso che la prima influenza la seconda e viceversa. Se non ci fosse la crisi della medicina i medici avrebbero solo delle complicazioni professionali, non ci sarebbe la questione medica, ma ordinari problemi professionali, facilmente risolvibili, siccome c'è soprattutto la crisi della medicina i medici hanno soprattutto delle nuove complessità da governare. Mentre le complicazioni si risolvono con la logica del problem solving, le complessità del paradigma non si risolvono ma si governano con il cambiamento cioè con una logica riformatrice. Ad una prospettiva di decadimento si deve rispondere con una contro-prospettiva di rinascita altrimenti la partita è persa.

Tesi

N°23

La questione medica è il segno di una crisi professionale profonda determinata da processi di cambiamento che se non governati condurranno la professione verso una prospettiva di snaturamento. Per opporsi a tale prospettiva non basta la logica dell'aggiustamento serve mettere in campo una contro-prospettiva che non può non riguardare un altro tipo di medico. La carta da giocare è un medico da ridefinire lungo due direzioni:

- *la ricontestualizzazione sociale vale a dire la sua ridefinizione a partire dai nuovi contesti sociali culturali ed economici*
- *la ricomplexificazione epistemologica vale a dire la sua ridefinizione sul terreno delle conoscenze e del modo di usarle.*

La prima serve a renderlo meno regressivo nei suoi rapporti sociali, la seconda a farlo diventare più bravo e più adeguato nei confronti di un grado di complessità incomparabilmente più alto rispetto al suo glorioso passato.

Quesiti

N°1

Ritenete sia possibile che la crisi del medico sia dissociabile da una eventuale crisi della medicina? Cioè che si possa essere medico indipendentemente da come è la medicina? L'essere di una cosa che dipende da una altra cosa può essere rispetto ad essa indipendente?

N°2

La crisi della medicina come ve la immaginate? Una crisi di principi? Di regole? Di criteri? O semplicemente una crisi della conoscenza scientifica? O di certe abitudini e di certi stili di lavoro?

N°3

È possibile che si abbia un progresso della conoscenza scientifica sulle malattie e nello stesso tempo un crisi del paradigma cioè una crisi della medicina come modello?

N°4

La crisi della medicina intesa come crisi del paradigma come si risolve? E dove si risolve? E in che modo?

N°5

Se per questione medica intendiamo un groviglio di problemi che tra le altre cose mettono in crisi l'identità storica del medico, che parte ha la crisi della medicina in essa?

N°6

È possibile togliere o marginalizzare o destituire di importanza dalla "questione medica" la crisi della medicina?

N°7

Supponendo di estrapolare la crisi della medicina dalla "questione medica" a cosa questa si ridurrebbe? A rivendicare il rispetto dell'autonomia? Alla tutela del medico dai condizionamenti economici? Alla difesa delle sue prerogative storiche?

N°8

Ma la difesa delle prerogative storiche del medico in questa società ci conviene o ci danneggia?

N°9

Se la "questione medica" serve alla fine a ribadire l'invarianza sostanziale del medico, allora, è indubbio che i problemi di fiducia, quelli legati al contenzioso legale, quelli ancora legati ai comportamenti opportunistici, e ancora quelli riconducibili alla "medicina amministrata", sono destinati a crescere o quanto meno a non essere risolti come si dovrebbe fare, ma a questo punto c'è da chiedersi a che serve dichiarare che esiste una "questione medica"? Cioè a che

serve dichiarare qualcosa quando alla fine ci si comporta come se non esistesse niente o poca cosa cioè come se i medici avessero problemi ordinari?

N°10

La questione medica, intendendola come un contenitore che contiene tutto ciò che concorre a far emergere la crisi della professione, quindi dalla crisi della medicina positivista alla de-capitalizzazione della professione, è un questione ordinaria o straordinaria?

I problemi “tecnici” che costituiscono la questione medica

Sinossi

A parte i rapporti stretti tra crisi della medicina e crisi del medico la questione medica è anche il sovrapporsi a tali problemi strutturali di alcuni importanti problemi tecnici che riguardano l'esercizio ordinario della professione.

Questi problemi sono di varia natura e riguardano fenomeni diversi. I più importanti sono:

- *la femminilizzazione della medicina*
- *la decapitalizzazione del lavoro medico*
- *i rapporti con altre professioni*
- *lo status giuridico di dipendente del medico*
- *l'errore medico e la responsabilità professionale*
- *la medicina amministrata.*

Avendo previsto una specifica macro-area sui rapporti difficili tra medico e economia alcune parti della questione medica saranno in questa affrontate (decapitalizzazione del lavoro, status giuridico del medico,) in questa macro-area dedicata alle crisi e ai cambiamenti ci limiteremo a prendere in considerazione quattro problematiche:

- *la femminilizzazione della professione medica cioè nuovi problemi legati al genere*
- *i rapporti con le altre professioni in particolare la vicenda delle competenze avanzate*
- *l'errore medico e il problema della responsabilità*
- *la medicina amministrata.*

Il “genere” e la professione medica

Sinossi

Ancora non è chiaro se la crescita del numero delle donne medico sia un fenomeno gravido di implicazioni o più semplicemente un turn over generazionale tra generi diversi nel quale è dominante la presenza delle donne. Oggi il sistema medico sanitario è paragonabile ad una grande fabbrica di salute ad altissima presenza femminile ma governata comunque da una gerenza maschile.

Se per fenomeno intendiamo come suggerisce la filosofia ciò che appare può darsi che ciò che appare cioè il fenomeno non corrisponda a quello che esso sembrerebbe. Sembrerebbe che con la crescita del numero delle donne medico vi siano incipienti cambiamenti che riguardino tanto l'esercizio della medicina che quello della professione. Qualcuno d parla di “medicina al femminile”. Ma è così? L'unica cosa certa è che comunque le donne medico sono ormai una netta maggioranza nei confronti dei medici maschi e che il dato numerico pone incontestabilmente problemi di rappresentanza. Cioè un banale problema di democrazia. L'altro dato certo è che il dato sulla maggioranza pone incontestabili problemi contrattuali e organizzativi.

Nei confronti della questione medica la femminilizzazione della professione equivale ad un cambiamento dell'ambito soggettivo della professione. Per cui non può essere ignorata.

Al fondo di tutto la crescita del numero delle donne medico acquista grandi significati culturali perché nell'ambito dei fenomeni riconducibili alla problematica del genere essa coincide con due grandi novità:

- *la medicina di genere vale a dire l'assunzione del genere come singolarità che caratterizza la malattia e quindi la cura*
- *l'emancipazione del malato dal genere neutro della malattia cioè la sua specificazione dal genere naturale al genere umano quindi la sua ri-umanizzazione.*

Oltre a questo la femminilizzazione coincide oggettivamente con una grave crisi del ruolo medico quindi con la questione medica quindi essa legittimamente pone la questione tutta politica se la femminilizzazione possa contribuire a ridefinire il ruolo e a costituire un valore aggiunto, con ciò contribuendo alla risoluzione positiva della questione medica.

Tesi

N°24

La crescita numerica delle donne medico potrebbe essere un fattore di miglioramento del ruolo

professionale, quindi costituirsi come un vantaggio generale per la professione, nello stesso tempo essa implica la necessità di riconoscere questo dato di fatto innanzitutto sul piano deontologico, nel senso che la norma che disciplina la professione non può ignorare i che il genere rispetto alla professione, sta cambiando la composizione della professione stessa.

N° 25

A parte l'aggiornamento deontologico il primo cambiamento riguarda la rappresentanza cioè l'esercizio di un normale criterio di democrazia: le donne debbono essere adeguatamente rappresentate negli organismi dirigenti della professione per garantire alla rappresentanza un grado di adeguatezza maggiore quindi una qualità in più. Per fare in modo che questo giusto diritto non sia svilito in una pratica tanto formale che burocratica e al fine di ricavare dalla femminilizzazione della professione il massimo vantaggio per la professione e per il cittadino malato, Il valore della differenza legato al genere deve farsi pensiero cioè tradursi tanto in una nuova idea di professione che in una nuova idea di medicina ma anche di sanità quindi di organizzazione del lavoro. Senza un pensiero che a un tempo denoti anche culturalmente il numero crescente delle donne medico connotandolo appunto come un cambiamento a tutto campo, il rischio che si corre è la mascolizzazione di una professione a maggioranza femminile in organizzazioni e contesti del tutto indifferenti alla variabile del genere.

N° 26

Definire un pensiero che dia valore alla differenza di genere facendone un fattore di crescita per la professione e per la medicina significa cimentarsi con le implicazioni che il concetto di genere ha nell'esercizio della medicina in questa società. Oggi il genere è l'espressione di un fenomeno più vasto che è quello dell'imporsi della singolarità come valore a dispetto delle logiche uniformatrici e falsamente generalizzanti.

Il genere rispetto alla professione e rispetto alla medicina vale come valore della singolarità quindi come specificazione dell'individuo e della persona. La sfida è di usare la singolarità per migliorare e far progredire tanto la professione che la medicina che per sua natura storica è abituata a considerare il singolare solo come una eccezione. Oggi anche grazie al genere il singolare non può più essere considerato solo una eccezione ma al contrario un modo di essere normale del mondo.

Quesiti

N°1

la crescita del numero delle donne medico è un fatto innegabile, secondo voi quali sono i problemi che pone e quali possibilità apre?

N°2

Tale crescita In quanto problema e in quanto possibilità come andrebbe interpretata?

N°3

È possibile declinare la “medicina al femminile” cioè caratterizzare il suo esercizio a partire dalle caratteristiche delle donne medico?

N°4

In che misura le caratteristiche del medico possono influenzare l'esercizio della medicina? O l'esercizio della medicina richiede caratteristiche comuni universalmente a tutti i medici indipendentemente dal loro genere?

N°5

Ammesso che esistono caratteristiche di genere che accrescono in qualche modo il valore aggiunto della medicina scientifica, se accrescono il valore aggiunto è giusto mantenerle relegate al genere o è più giusto renderle universali, cioè valide per tutti i medici?

N°6

Quali problemi contrattuali e di organizzazione del lavoro pone la femminilizzazione della professione?

N°7

La femminilizzazione pone una questione inedita di rappresentanza nel senso che la logica democratica si basa sul principio che la maggioranza deve essere rappresentata in quanto tale, come si può risolvere questa questione? Con degli automatismi? Con delle regole deontologiche definite ad hoc? Con il buon senso? O comunque creando condizioni favorevoli ad una maggiore partecipazione delle donne medico alle decisioni che la riguardano nelle diverse sedi di rappresentanza?

N°8

Se le donne rappresentano la maggioranza dei medici in quanto maggioranza teoricamente se messe nelle condizioni giuste di poter decidere, si assumerebbero una responsabilità da maggioranza cioè di coloro che essendo in maggior numero, decidono per la professione, ma basta essere una maggioranza per decidere sulla professione o questa maggioranza deve avere comunque una linea e un pensiero? La professione oggi è in crisi. È possibile una lettura di questa crisi al femminile, o essa è tale cioè indipendentemente dal genere che la legge e la

interpreta?

N°9

Ma se la crisi della professione è trasversale ai generi cosa vuol dire la femminilizzazione e cosa vuol dire una medicina al femminile?

N°10

La medicina al femminile è la risposta alla “questione medica”?

N°11

La medicina al femminile ha una sua deontologia, epistemologia e metodologia? O al contrario è una medicina gestita e rappresentata dalle donne ma a paradigma invariante quindi comune tanto ai medici maschi che a quelli femmine?

N°12

Che rapporto esiste tra questione medica e questione della femminilizzazione?

N°13

Alla fine rispetto alla “questione medica” essa è una chance per tutti o solo un ostacolo alla storica dominanza maschile?

Rapporti conflittuali con le altre professioni

Sinossi

La questione medica si caratterizza, tra le tante cose, anche per la crescita della conflittualità tra professioni e in particolare tra professioni che, nei confronti della cura, hanno tra loro ruoli contigui e complementari. Tutte le professioni, in questi anni, hanno sofferto delle ristrettezze finanziarie, del blocco del turn over, dei limiti imposti comunque al lavoro, e ognuna di esse ha cercato di fare qualcosa per attenuare il proprio disagio professionale. I medici hanno cercato soluzioni che non sono venute nell'atto medico difendendo l'esclusività della professione; gli infermieri inseguendo le competenze avanzate. In realtà, a ben vedere, nonostante le conflittualità che sono subentrate sono più le ragioni che uniscono che quelle che dividono, nel senso che c'è uno spazio potenziale importante di riforma del lavoro per far evolvere tutte le professioni. Alla fine, tutte le professioni hanno fondamentalmente gli stessi problemi e gli stessi limiti. Tutte le professioni dopo decenni di invarianza hanno la stessa necessità di co-evolvere per sopravvivere a contesti decisamente ostili.

Non c'è dubbio che le prassi professionali soprattutto i loro rapporti, vanno riformate quale processo co-evolutivo, tuttavia questi aspetti saranno trattati in modo approfondito nella macro-area sul lavoro. In questa macro-area ci limiteremo a introdurre la questione della task shifting e quella delle "competenze avanzate" quali aspetti peculiari della "questione medica".

Tesi

N°27

Non vi è alcun dubbio sulla necessità di ripensare le forme storiche di cooperazione tra professioni. Tutte le ragioni strutturali che spingono per il ripensamento della professione medica valgono fondamentalmente non solo per tutte le professioni ma in particolare per i loro rapporti di cooperazione e di collaborazione. Si tratta tuttavia di ridiscutere i rapporti inter professionali a partire non da cosa conviene all'operatore ma da cosa conviene al malato e alla gestione.

Al malato convengano tre cose:

- *avere un bravo operatore contento di fare il proprio lavoro*
- *avere la garanzia di essere curato e assistito da tutto il ventaglio di professioni che servono alla cura e secondo le sue necessità*
- *che tra le professioni vi sia cooperazione e non confusione e meno che mai sovrapposizioni e conflittualità, cioè che le prassi siano tra loro distinte, complementari e cooperative in massimo grado.*

Alla gestione conviene una organizzazione del lavoro che consenta tutto ciò a costi ragionevoli.

N°28

Tanto i medici che gli infermieri devono co-evolvere in modo solidale, cioè transitare dagli storici rapporti di reciproca ausiliarità a nuovi rapporti di reciproca autonomia che proponiamo di definire con l'espressione "autonomia interdipendente". Un'autonomia assoluta tanto per il medico che per l'infermiere non è né praticabile né auspicabile. La condizione per agire una autonomia interdipendente è che l'autonomia diventi un fattore di crescita per le organizzazioni del lavoro e quindi un vantaggio per il malato e non banalmente un fattore di disgregazione delle relazioni tra professioni.

N° 29

Ormai è tempo di andare oltre la logica delle mansioni, dei compiti, delle competenze ed esprimere articolate e distinte prese in carico attraverso non più definizioni burocratiche della professione ma pragmatiche prassi professionali che proponiamo di definire "impegni". È tempo che tanto i medici che le altre professioni in base ai loro ruoli collaborino per riformare le attuali organizzazioni tayloristiche del lavoro, che in quanto tali frantumano inutilmente l'unità del malato. Se non si supera la mansione di cui è intrisa la logica delle competenze cioè se il malato non è riunito nel processo di presa in carico si resta in una inutile quanto costosa regressività organizzativa.

N° 30

Il servizio è un setting, cioè un contesto organizzato per processi che vanno governati, agiti dalle diverse prassi professionali. Il setting di un servizio medico sanitario ha una natura clinica e assistenziale quindi ha bisogno di un governo clinico di cui i medici hanno la piena titolarità a partire dal quale, e non a prescindere da esso, si tratta di definire l'organizzazione dell'assistenza, cioè le titolarità e le autonomie delle altre professioni necessarie per svolgerla.

N° 31

L'integrazione tra le professioni è possibile solo nella chiarezza dei ruoli. Quindi si tratta di distinguere i diversi professionisti, con dei criteri che definiscano non solo cosa fanno ma chi è l'uno e chi è l'altro. Sussistendo tra i ruoli diversi forti differenze ontologiche sussistono anche ovvie differenze nelle prassi. Ciascuno eserciti la sua professione e ciascuno accetti quale postulato il valore dell'engagement e del lavoro integrato. Si tratta di passare dal terreno solito della competizione giuridico-contrattuale tra professioni a quello del modo come si fa insieme quello che si dovrebbe fare insieme nel rispetto delle specificità ed esclusività ma non per avere come professioni più prerogative ma per svolgere al meglio il proprio lavoro al fine di accrescere il beneficio per la persona malata in cura.

N° 32

Per avere una vera multidisciplinarietà si devono chiarire le esclusività le specificità e i confini. Le definizioni generiche delle professioni ingenerano confusione. Ciò che si definisce équipe, lavoro multidisciplinare, deve essere simile a quello che in algebra si chiama “gruppo ordinato”, cioè un gruppo di professioni nel quale ogni professione esercita la propria funzione assicurando in senso addizionale la funzione del gruppo quindi accrescendo il proprio valore aggiunto con il valore aggiunto del gruppo.

N° 33

Passare da un'organizzazione tayloristica ad un'organizzazione inter-connessionale è possibile a quattro condizioni:

- *andare oltre l'idea che la cura sia la somma delle cure e un'équipe la somma delle professioni, cioè passare dal concetto di insieme pluri-professionale al concetto di sistema interprofessionale*
- *superare le attuali giustapposizioni che costituiscono l'insieme delle professioni sommando ruoli separati sostituendole con relazioni funzionali che, al contrario, creino condizioni di sistema, vale a dire di cooperazione tra ruoli organizzati in gruppi ordinati, équipe ecc.*
- *ridefinire le forme del governo del lavoro e sul lavoro a partire da forme di governo coordinative e programmatiche che si basino sul valore dell'autonomia e della responsabilità*
- *aggiornare metodologie e prassi lavorando per scopi e risultati.*

N° 34

Preliminarmente a qualsiasi accordo tra professioni si tratta di rifiutare le logiche di vicarianza, di fungibilità, di demansionamento a catena che mettono le professioni in conflitto. Le professioni sono diverse e una volta chiariti i ruoli non sono né vicariabili né fungibili per cui la strada è quella di sviluppare in massimo grado tutte le potenzialità specifiche di ogni professione rispetto al proprio ruolo. Si tratta quindi di rifiutare tutte le soluzioni che hanno un esito di de-capitalizzazione del lavoro o siano orientate a meri obiettivi di risparmio, cioè non siano suggerite e giustificate con le esigenze primarie del malato.

Quesiti

N°1

Lavorare insieme agli altri non è mai semplice e per riuscirci nel senso di riuscire ad essere efficaci come équipe è necessario definire preliminarmente un mucchio di regole, ma voi, al fine di lavorare il meglio possibile con gli altri che regole suggerireste?

N°2

In ogni organizzazione del lavoro esiste una microconflittualità tra professioni, cosa potrebbe

ridurla in modo efficace e accrescere così il grado di cooperazione interna?

N°3

Vi sono situazioni “strane” “inconsuete” “particolari” che mettono a dura prova le regole di convivenza ma soprattutto di cooperazione tra le professioni, in questi casi come ci si dovrebbe comportare senza per questo mettere in discussione le regole ordinarie grazie alle quali è definito un certo modo di operare?

N°4

La coevoluzione delle professioni tra loro cooperanti, parte dal presupposto che se due professioni sono complementari e interdipendenti non è possibile definire l’una senza definire l’altra, voi come la pensate?

N°5

Si può definire il medico senza definire allo stesso tempo tutto il resto? O, in una certa misura, il medico è ridefinibile indipendentemente dal resto?

N°6

Se è così fino a che punto un medico è ridefinibile in modo autoreferenziale?

N°7

Abbiamo assistito a tentativi di task shifting importanti volti a trasferire competenze mediche all’infermiere, secondo voi, questo è un vantaggio o uno svantaggio per il cittadino e per il malato?

N°8

Le Regioni sono alla ricerca della flessibilità nel tentativo di allocare nelle organizzazioni dei servizi le diverse professioni secondo criteri di convenienza economica indipendentemente dagli obblighi di ruolo che i profili impongono, secondo voi in quale misura è accettabile una relativa flessibilità dell’impiego delle professioni? O in assoluto la flessibilità va rifiutata dal momento che i ruoli delle professioni non sono negoziabili?

N°9

Tutte le professioni lavorano in modelli di organizzazioni del lavoro ampiamente superati, non credete sia arrivato il momento di mettere tutte le professioni intorno ad un tavolo per definire nuove forme di organizzazioni del lavoro attraverso le quali mettere qualunque pro-

fessione nelle condizioni di esprimersi per il meglio nel rispetto rigoroso dei ruoli?

N°10

Se una professione non può essere la controparte di un'altra se non nella logica della task shifting e della flessibilità economicistica, in una logica co-evolutiva, è possibile o no che le diverse professioni siano al contrario alleate?

Errori e insuccessi medici

Sinossi

Oggi quello che fa il medico è sempre più esposto ad un giudizio tanto sociale quanto individuale. Il medico non deve solo giustificare quello che fa rispetto alla sua deontologia e alla sua metodologia di riferimento ma deve giustificare quello che fa rispetto alla persona malata. La grande trasformazione paziente/esigente ha prodotto un cittadino che pretende, spesso in modo irragionevole, una medicina infallibile e un medico che non sbaglia mai. La pretesa non è assurda in sé perché se il medico sbaglia chi ci rimette è il malato, quindi chiedere sicurezza da parte sua è un diritto. È assurda perché la medicina è una impresa scientifica fallibile e il medico non è un super uomo e quindi può sbagliare. La questione chiama in causa la definizione di cosa sia giusto e di cosa sia sbagliato e pone il problema da una parte dell'errore e dall'altra dell'insuccesso medico che come è noto sono due cose completamente diverse. Tanto la questione dell'errore che dell'insuccesso, per loro natura, sono destinate a crescere con il crescere del grado di complessità dell'impresa medica. Nonostante l'urgenza di affrontare tale questione con spirito pratico e pragmatico sino ad ora resta debole la risposta della medicina e del medico. I tentativi di proteggere il medico dalle conseguenze legali dell'errore hanno prodotto:

- *da una parte una legge (L.24) molto discussa, con grandi ambiguità e non poche contraddizioni che oggi, anche se appena sfornata, pone la necessità di significative correzioni*
- *dall'altra una cultura della resilienza cioè della resistenza nei confronti dell'errore (risk management) che pone molti interrogativi sulla sua effettiva efficacia sociale.*

Si tratta di affrontare una discussione di tipo nuovo sull'errore medico che sappia creare le condizioni favorevoli per un accordo sociale sulla fallibilità e nello stesso tempo ricreare condizioni di fiducia senza le quali è difficile che il medico lavori in serenità.

Tesi

N° 35

La de-imputazione sociale dell'errore passa per il riconoscimento sociale della fallibilità. La medicina è un'impresa conoscitiva fallibile. Il medico, nello svolgimento della sua professione, ha la possibilità di cadere in errore ma non per questo può essere colpevolizzato e delegittimato.

L'infallibilità della medicina e del medico è un ideale del tutto irrealistico. I medici tuttavia devono prodigarsi per rendere cosciente la propria comunità sociale di riferimento, della natura intrinsecamente incerta dell'opera medica alla base della fallibilità. Il fine sociale è non alimentare nella società delle aspettative non solo di guaribilità ma anche di curabilità, soprattutto laddove

esse, per ragioni diverse, non sono realistiche.

N°36

Si deve distinguere errore da insuccesso. L'insuccesso è quando, quello che intenta il medico per curare il malato, non ha gli esiti auspicati. Il medico nell'esercizio della sua professione può andare incontro all'insuccesso.

N°37

L'insuccesso è spiegabile con il margine di ignoranza di ciò che è sconosciuto e non è conoscibile con i mezzi ordinari disponibili della conoscenza medica. L'insuccesso si occasiona, malgrado il medico, e nonostante i modi professionali dell'attenzione e della prudenza. L'insuccesso non ricade sotto la fattispecie dell'imperizia, della negligenza e dell'imprudenza, e non può essere considerato un errore.

N° 38

Il medico e il malato debbono imparare dai loro errori. Imparare dall'errore significa spiegare al malato e alla società il valore della fallibilità, insegnando come si conosce la complessità con le prove congetturali, e come, con le ipotesi, si pensa, si ragiona, si giudica e si decide.

Lo scopo della pedagogia dell'errore è informare e formare il malato e il cittadino alla co-decisione nella complessità.

N° 39

Si tratta di aggiornare il codice deontologico che su questa tematica dell'errore è significativamente carente. Il medico ha il dovere di garantire la sicurezza del malato. Ma nello stesso tempo il medico ha diritto di fare il medico cioè ha diritto alla sua umana fallibilità. In quanto tale va tutelato.

N° 40

Tutti i comportamenti opportunistici messi in azione dal medico per fini precauzionali sono esecrabili e quindi da considerarsi immorali e diseconomici. Il problema dell'errore si affronta per quello che è non scaricando su altri le conseguenze di inaccettabili comportamenti di deresponsabilizzazione. Ognuno si prenda le proprie responsabilità a partire dal cittadino. Il cittadino sappia che se vuole essere curato ci sono rischi da accettare.

Quesiti

N°1

“Errare humanum est, perseverare autem diabolicum” dice il famoso aforisma latino ma per

un malato è più facile accettare in teoria l'errore del proprio medico che in pratica. È vero il medico può sbagliare ma nel suo caso il cittadino vorrebbe che il suo medico fosse perfetto. Come si può mediare tra teoria e pratica?

N°2

Come è possibile conciliare per un medico la possibilità teorica di sbagliare con l'impossibilità di escludere la probabilità dell'errore?

N°3

Esiste o no un problema di fiducia nel senso che se questa non c'è in barba alla teoria e alla pratica alla fine vince la diffidenza ovvero un atteggiamento pregiudiziale verso qualsiasi cosa faccia un medico?

N°4

Gli atteggiamenti pregiudiziali del malato come si governano?

N°5

Pregiudizio e errore è difficile conciliarli allora non credete che nel tentativo di conciliarli a parte la relazione tra medico e malato sia importante sensibilizzare la società con delle iniziative di informazione e di formazione organizzate ad esempio dagli Ordini?

N°6

L'errore medico oggi viene automaticamente trasformato in colpa cioè in un principio di imputazione, come è possibile superare l'automatismo dell'imputazione, riconducendo l'errore ad una epistemologia in grado non solo di giustificarlo ma di spiegarlo al meglio?

N°7

Non credete che la prima cosa da fare sia quella di dotarci di strumenti di tipo per l'appunto epistemologico, che mettano il giudice in grado di comprendere al meglio le dinamiche che malgrado l'intenzionalità del medico, conducono ad errore?

N°8

Secondo voi basta lo strumento delle linee guida previsto dalla legge 24 per mettere in condizione un giudice di comprendere le complessità in gioco che esistono dietro la problematica dell'evento inatteso?

N°9

Quali sono i problemi che la legge 24 non è riuscita a risolvere? E quali quelli che ha creato? E ancora quali quelli che ha contribuito effettivamente a risolvere?

N°10

Secondo voi lo scopo primario di una norma sulla responsabilità professionale è la riduzione del contenzioso legale e più semplicemente la riduzione degli oneri giuridici a carico del medico? La domanda vuole porre alla vostra attenzione semplicemente la correlazione che esiste tra contenzioso legale e penalizzazione del medico nel senso di chiederci tutti: è possibile risolvere i problemi dei medici senza allo stesso tempo rimuovere i fattori sociali che favoriscono il contenzioso legale, cioè senza puntare decisamente a ridurre extra legem il fenomeno?

N°11

Trovate giusto che ai fini di prevenire il fenomeno del contenzioso legale la legge 24 abbia ignorato del tutto il consenso informato come terreno di prevenzione, preferendo soluzioni tecnocratiche come il risk management di dubbia efficacia?

Medicina amministrata e proceduralismo

Sinossi

Per medicina amministrata si intende una medicina vincolata a seguire primariamente delle procedure standardizzate per fini di risparmio. Medicina amministrata e proceduralismo sono praticamente sinonimi nel senso che la procedura è la condizione per amministrare le decisioni del medico.

Il medico con la medicina amministrata perde il controllo sia dei mezzi che impiega sia sugli scopi della cura diventando di fatto una professione tecnico-esecutiva. Il medico amministrato non è più un medico ippocratico e in quanto tale smette di essere una professione intellettuale.

La medicina amministrata oggi è il più potente mezzo di snaturamento della professione medica. Nello stesso tempo è il più grande nemico per il cittadino e i suoi diritti perché essa alle sue necessità di cura antepone quelle del risparmio.

Tesi

N° 41

La tendenza è ritenere che la medicina amministrata sia tale solo perché riduce l'autonomia del medico. Questo è senz'altro vero ma il danno più grande che essa provoca, prima di tutto al medico e di conseguenza al malato, è che essa stravolge la logica della medicina il suo modo di pensare e di agire. Il medico amministrato non è tale solo perché non ha autonomia ma perché è costretto a non pensare come medico ma come un computer.

N° 42

Si deve decidere se ci si deve rassegnare a subire una crescente medicina amministrata o se, al contrario, è possibile definire una medicina un medico e un cittadino capaci di non farsi amministrare nei loro bisogni e nelle loro necessità dalle logiche economiche ma nello stesso tempo capaci di dare risposte ai problemi che l'economia pone.

N° 43

La medicina amministrata pone il problema di un diverso uso dell'autonomia professionale. Se questa sarà usata per mettere in campo comportamenti opportunisti per scopi difensivi la risposta sarà ancor più medicina amministrata. Questo vuol dire che per avere meno medicina amministrata l'autonomia del medico si deve qualificare e riqualificare assumendo nuove responsabilità in ordine al problema dei costi delle cure.

N° 44

Il contrario della medicina amministrata è la medicina della scelta (di cui si parlerà nell'ultima parte). Si tratta di tratteggiare i postulati e i presupposti di una medicina che continua a fare della scelta autonoma del medico la sua forza ma che rispetto alla scelta decide di rinnovarsi. Il medico che sceglie oggi deve saper scegliere dentro delle complessità e quindi leggere la necessità del malato a sua volta dentro delle complessità. Ma per permettergli di fare tutto ciò bisogna permettergli di scegliere. Solo se sceglie egli non è amministrato.

Quesiti

N°1

La medicina amministrata è una tendenza che è favorita dalla confluenza di molte cose: la disponibilità della tecnologia informatica, che facilita la riduzione di processi complessi ad algoritmi, l'esigenza di garantire qualsiasi operazione al costo più basso e quindi l'esigenza di ricorrere alla procedura che meglio garantisca questo risultato, la gestione amministrativa di una professione per sua natura intellettualmente autonoma e indipendente quindi per sua natura poco gestibile. Come si fa a non essere medici amministrati nel tempo della medicina amministrata?

N°2

La medicina amministrata è favorita da un eccesso di proceduralismo cioè dalla convinzione che qualsiasi atto medico sia accettabile solo se subordinato a delle procedure dedotte da presunte evidenze, si possono usare delle procedure ma senza amministrare l'atto del medico?

N°3

La medicina amministrata è stata favorita da una maldestra ricerca anche impositiva della appropriatezza (legge 229 e successivo decreto ministeriale). È possibile conciliare autonomia del medico con l'obiettivo di essere appropriati?

N°4

Un medico per essere davvero tale dovrebbe essere appropriato quindi rispettare le evidenze scientifiche, adeguato quindi rispettare le complessità del malato che esorbitano dalle evidenze e nello stesso tempo pragmatico, cioè pertinente con i risultati che si prefigge di raggiungere dal momento che se non fosse pertinente non raggiungerebbe risultati. Non credete che il parametro del risultato alla fine sia quello che conta molto di più perché si è davvero appropriati o adeguati solo se alla fine si produce un risultato?

N°5

Ma secondo voi il valore del risultato cioè il suo conseguimento ammette e tollera reinterpretazioni del criterio di appropriatezza quindi reinterpretazioni del valore dell'evidenza scientifica?

N°6

Per il paradigma positivista il risultato è insito nel metodo che si usa, nel senso che è il metodo che funziona da garanzia ma in una medicina pragmatica il metodo garantisce fino a dove arriva il suo dominio e i suoi modelli. Oltre il suo dominio e i suoi modelli, il metodo perde colpi. Non credete a questo punto che sia arrivato il momento di correggere il paradigma per epurarlo da eccessivi dogmatismi metodologici e ammettere una sorta di medicina pragmatica, cioè più attenta al risultato che non alle regole metodologiche?

N°7

La medicina amministrata per l'ippocratismo è una aberrazione cioè uno stravolgimento delle sue regole e dei suoi principi. Come è possibile secondo voi riattualizzare l'ippocratismo pur in una situazione dove le risorse vanno controllate, gli esiti misurati, favorendo pragmaticamente i risultati e coinvolgendo il malato nelle decisioni?

N°8

La medicina amministrata è tale non solo se essa è sottoposta a obblighi economicistici ma anche se essa è subordinata alla tecnologia informatica. Questa tecnologia da una parte spinge per favorire l'automedicazione quindi la marginalità del medico dall'altra per controllare le decisioni del medico. Il medico rischia di essere amministrato tanto dal cittadino che dal gestore, come è possibile evitare che il medico sia amministrato due volte?

N°9

La medicina amministrata è il trionfo del riduzionismo caratteristica dell'epistemologia positivista, nel senso che il postulato di partenza è di ridurre la complessità a qualcosa di semplice. Quindi se ciò è vero si può difendere il malato e il medico dalla medicina amministrata senza riaffermare le ragioni della complessità?

N°10

Ma la riaffermazione delle ragioni della complessità secondo voi non equivale in qualche misura ad una ridiscussione del paradigma positivista segnatamente al suo spiccato riduzionismo epistemico?

N°11

Insomma non credete che la lotta contro la medicina amministrata passi per una medicina che deve esser la meno banalizzata, la meno semplificabile, la meno riducibile sia a tecniche che a tecnologia?

Il medico e la società

Sinossi

Nella precedente macro area, a proposito di crisi e cambiamenti, si è spiegato il ruolo riformatore della società nei confronti della medicina e quindi del medico. Un ruolo innovativo, quello sociale, che nei confronti della medicina è molto più forte di quello che avrebbe la scoperta scientifica. In pratica la società, intendendo con questo termine tutto il possibile, è come se con il cambiamento delle persone che la costituiscono, dei loro bisogni, delle loro visioni del mondo, delle loro culture, provocasse alla medicina una crisi ma con lo scopo di farla evolvere perché dalla medicina, vogliono qualcosa di altro e di diverso.

In genere i mutamenti dei bisogni sociali sono riassunti, con il concetto di “domanda” usato nell’accezione dell’economia, (richiesta da parte di una collettività di un bene o di un servizio). Questo modo di rappresentare i bisogni sociali presuppone una offerta e un mercato e un finanziamento pubblico. Ad una crescita della domanda dovrebbe corrispondere una crescita dell’offerta e quindi del finanziamento. Il punto è che esprimere il cambiamento sociale, solo attraverso un cambiamento della domanda, non solo è parziale ma fuorviante.

Il vero cambiamento sociale che interessa alla medicina non riguarda solo la domanda di cure,

che pur ha innegabilmente la sua importanza, ma soprattutto chi chiede di essere curato, cioè quale società chiede di essere curata dal momento che il cambiamento sociale essendo una questione ontologica non è riducibile a questioni tecniche tipo l'invecchiamento, la cronicità, la morbilità, la mortalità ecc. Oggi questa società chiede relazioni, informazioni, partecipazione, consensualità, sicurezza, senso della vita, significato, vitalità, rispetto per le proprie opinioni, cioè chiede di essere protagonista della propria vita, quindi chiede valori non solo utilità. Questi valori purtroppo sono del tutto estranei alla tradizione del paradigma positivista. Tanto per cambiare, non si tratta solo di rispondere rinnovando l'offerta di utilità ad una nuova domanda di salute, ma di capire perché questa società chiede quello che chiede. "Chi" non "cosa" nel senso che "cosa" dipende da "chi". Il cambiamento sociale, che ci interessa comprendere, è l'uomo, la persona il cittadino che per prendersi cura di sé in modo del tutto consapevole, si serve della medicina diventando di fatto un co-autore della propria cura. Comprendere questo "cittadino" ci aiuta a capire la nuova domanda sociale che esso rappresenta. Il cambiamento più significativo quindi riguarda l'ontologia sociale che è talmente discontinuo rispetto alla medicina tradizionale da metterne in discussione financo il paradigma. I cambiamenti della domanda di utilità, dal punto di vista strettamente sanitario, non comportano mai problemi insormontabili. Se una società invecchia allora bisognerà riorganizzare i servizi in ragione di tale invecchiamento, Se cresce la cronicità si farà altrettanto, ma se in una società cambia "colui che domanda" il problema diventa molto più complesso perché probabilmente a questo cambiamento dovrà adeguarsi anche colui che per ragioni professionali, offre. L'equivoco che è stato alimentato sino ad ora è stato quello di pensare che di fronte al cambiamento sociale per il medico e la medicina fosse sufficiente rispondere riducendolo a utilità, quindi cambiando l'organizzazione dei servizi accrescendo il numero di Lea, cioè spostando il problema sul terreno delle prestazioni, quindi a malato ontologicamente invariante, cioè a "paziente" invariante. La sfida nuova è rispondere ad un nuovo modo di essere del cittadino con un nuovo modo di essere del medico cioè a sua volta con una professione ridefinita a sua volta sul piano ontologico prima ancora che professionale. Oggi la società ci chiede certo delle utilità ma soprattutto un genere diverso di medicina e un genere diverso di medico. Pensare di accontentarla dandole qualche prestazione in più e un po' più di amabilità, è davvero ingenuo e superficiale.

Con il cambiamento sociale non cambia solo l'essere malato ma cambia anche l'idea di malattia. Cioè cambia la premessa di ogni ragionamento medico. Se si deve ridefinire il medico e quindi la medicina è necessario che tali ridefinizioni siano la conseguenza tanto di una nuova idea di malato che di una nuova idea di malattia. Come fa un medico ad essere nuovo se continua a pensare il malato e la malattia in modo vecchio?

Tesi

N°45

La sfiducia crescente da parte della società nei confronti dei medici nasce perché alle trasformazioni ontologiche del malato non sono seguite altrettanti cambiamenti culturali del medico. Cioè il paradigma è rimasto invariante.

Il punto è che il malato oggi si sente poco compreso dal medico nella propria complessità, anzi addirittura si sente studiato non per quello che egli effettivamente è ma per quello che il medico ha imparato all'università. Cioè secondo un paradigma. Il medico è appropriato con i principi che regolano il suo agire scientifico ma è inadeguato rispetto alle complessità ontologiche del malato.

Per ricreare condizioni di fiducia il medico deve adeguare il suo modo di conoscere, di pensare, di ragionare, di decidere e di scegliere alle nuove complessità ontologiche del malato. In questo caso il malato si riconoscerà nel medico e dal medico si sentirà ben rappresentato.

N°46

È necessario aggiornare la formazione del medico per metterlo in condizioni di comprendere l'ontologia del proprio malato. A questo proposito una ipotesi di lavoro potrebbe essere l'istituzione come disciplina universitaria dell'ontologia medica vale a dire un'area di conoscenze per indagare i problemi dell'intersoggettività delle relazioni del linguaggio dei rapporti con i contesti.

N° 47

Il primo terreno di recupero della fiducia sociale a parte la deontologia che dovrà ridefinirsi in modo adeguato nei confronti delle sfide che l'ontologia medica pone, resta il terreno dell'epistemologia cioè il terreno della conoscenza. Nessun malato darà mai la fiducia al proprio medico se egli non avrà una garanzia epistemologica. Il medico dovrà dimostrare di saper conoscere il malato.

Quesiti

N°1

L'ingresso del malato come attore protagonista sulla scena della medicina cambia radicalmente la sua rappresentazione. Dal monologo del medico si passa al dialogo cioè dal soliloquio si passa alla conversazione. Nel momento in cui dal monologo si passa al dialogo ciò che viene rappresentato è deciso dai dialoganti. È accettabile una medicina dialogante?

N°2

Di quale deontologia, epistemologia, metodologia ha bisogno una medicina dialogante?

N°3

Si può avere una medicina dialogante a deontologia epistemologia e metodologia invariante?

N°4

Per un medico cosa comporta dialogare con un altro attore condividendo con lui lo stesso proskenion?

N°5

Dialogare con il malato ha conseguenze sul piano scientifico o la scienza nel dialogo è autorizzata ad essere monologica?

N°6

La sfiducia ha due aspetti contraddittori, da una parte rischia di funzionare come una lente deformante e quindi di alterare la realtà per quella che è, dall'altra è un atteggiamento precauzionale che rientra nelle strategie della prudenza. Nel primo caso la sfiducia scadendo nel pessimismo e nella diffidenza condanna la realtà a fallire, nel secondo caso al contrario prendendo le sembianze dell'ottimismo invita la realtà a non fallire. Il medico si trova tra pessimismo e ottimismo, come è possibile per lui avere la fiducia del malato?

N°7

Accettare il cittadino come archè, cioè come un principio da cui deriva la medicina e il medico, ha o no delle conseguenze sul paradigma positivista?

N°8

Se entriamo nella logica dell'archè non credete che si debba cambiare come medici atteggiamento? Non è qualcosa che il medico permette di essere al cittadino ma qualcosa che il medico deve accettare come obbligo, limite, condizione. Cioè il cittadino è la sua realtà di riferimento. O come si direbbe nella logica positivista il cittadino è un fatto esattamente come lo è una malattia?

N°9

Quale senso ha tenere conto dei fatti della malattia e non dei fatti del malato?

N°10

Il fatto nudo e crudo è che con il cittadino archè c'è un cambio storico nei riferimenti della medicina. Quindi non credete che sia del tutto plausibile che cambiando i riferimenti debba di conseguenza cambiare soprattutto la medicina e a seguire il medico? Altrimenti perché chiamare in causa l'archè?

La relazione

Sinossi

La fiducia sociale passa per il ripensamento delle relazioni. Ma ripensare le relazioni significa ripensare anche in questo caso il modo di conoscere. Una relazione non è semplicemente uno scambio inter-soggettivo, ma un modo di fare il medico e di esercitare la medicina al fine di conoscere tanto gli oggetti che i soggetti. Per conoscere le malattie le relazioni non servono basta saper osservare ma per conoscere i malati esse sono indispensabili perché per conoscere un malato è necessario parlare.

Nessun malato sarà disposto a dare la propria fiducia ad un medico incapace di avere con lui una buona relazione. Le relazioni quindi sono la condizione per la fiducia.

Tesi

N° 48

Il medico sino ad ora ha avuto un tipo di relazioni con il malato che serviva sostanzialmente a conoscere la malattia attraverso l'osservazione dei fatti. Se si vuole conoscere il malato si deve cambiare tipo di relazione. Se si cambia la relazione allora si cambia il modo di conoscere del medico. Questo cambiamento pone quello del ripensamento del medico cioè del suo modo di ragionare e di fare. Se la relazione non dà luogo a nessun ripensamento, allora l'umanizzazione, il prendersi cura, la presa in carico, la centralità del malato, la comunicazione, ecc. resteranno quello che sono, cioè luoghi comuni.

N° 49

La relazione intesa come dialogo e come consensualità è la strada maestra per ricostruire le condizioni di fiducia tra la medicina e la società e tra il medico e il malato.

N° 50

Abbiamo bisogno di formare i medici ad avere qualità, abilità, virtù, relazionali e organizzare il loro lavoro in organizzazioni adatte. Le soluzioni relazionali di tipo organizzativo definite a vario titolo integrazioni, multidisciplinarietà, dipartimentalità ecc. non sostenute da soggetti formati per essere relazionali non funzioneranno mai.

Quesiti

N°1

La relazione è in genere banalizzata a amabilità cioè a modalità comportamentale, in realtà se sulla scena gli attori sono due il medico e il malato, e se la rappresentazione non è più un

monologo ma un dialogo essa è la base su cui si regge la rappresentazione. Cioè è esagerato dire che è la relazione che decide tutto?

N°2

In che misura la relazione tra un medico e il malato condiziona la conoscenza del medico?

N°3

E in che misura essa è autorizzata a condizionare il giudizio del medico e le sue scelte?

N°4

È velleitario teorizzare una clinica oltrechè osservazionale come vuole il paradigma anche relazionale?

N°5

Ma cosa vuol dire davvero una clinica relazionale?

N°6

Che differenza c'è tra una clinica osservazionale e una clinica relazionale?

N°7

A che serve la relazione, ad andare d'accordo o a conoscere meglio le complessità le contingenze le situazioni?

N°8

La relazione è stata oggetto in questi anni di una terribile banalizzazione che alla fine scaricava sul medico le colpe delle disfunzioni, come se tutto nascesse da una mancanza di sensibilità, da comportamenti clinici spersonalizzanti. Non vi sembra questa analisi molto superficiale e molto discutibile?

N°9

In realtà non credete che il medico non possa non avere una relazione ma la relazione che ha avuto sino ad ora (giustapposizione) era funzione del paradigma, se il paradigma impone di osservare i fatti le relazioni non servono, allora non è arrivato il momento di dire che per conoscere un malato non basta osservare i fatti della malattia?

N°10

Ma questo, secondo voi, a sua volta non comporterebbe una riforma del paradigma? Non

credete che al fondo del discorso sulla relazione ci sia una verità molto semplice e cioè che conoscere secondo il canone galileano in medicina non basta più? Le relazioni servono a conoscere ciò che a Galileo sfuggiva, vale a dire la complessità del mondo quella che nessuna legge riusciva a rappresentare. Il che non credete che voglia dire che la complessità del malato, dal momento che non è riducibile a nessuna legge di natura, va conosciuta con le relazioni? Ovviamente per quello che è ragionevolmente possibile fare.

N°11

E come si metta la scienza di fronte alla sfida delle relazioni?

Dialogo e linguaggio

Sinossi

Se la relazione vale come dialogo e consenso allora il linguaggio diventa una questione fondamentale. Attraverso il linguaggio si dialoga e attraverso il linguaggio si creano le condizioni per il consenso. Se si vuole ricostruire la fiducia compromessa è necessario parlare alla società e al cittadino per convincerli sulla serietà e affidabilità dell'impresa medica e per parlare serve un linguaggio adatto che se vogliamo convincere bisogna saper usare e comprendere.

Nonostante l'importanza del linguaggio, nella visione banale della relazione che ha prevalso sino ad ora, intesa come teoria dell'amabilità, si è sottolineata l'importanza e il valore della comunicazione come se si potesse comunicare senza linguaggio. Molta è la confusione tra comunicazione, informazione, linguaggio. Anche il tentativo di dare luogo ad una medicina narrativa rispetto alla posta in gioco di definire un medico nuovo, non è privo di aporie. Il linguaggio rispetto al dialogo e al consenso quindi alla relazione, è la vera questione strategica. La medicina narrativa è una moda che presto sarà sostituita da un'altra moda, ma che in nessun modo contribuisce a risolvere il problema di ridefinire il paradigma positivista, a parte il fatto che pretendere di ridurre la medicina cioè una super conoscenza a narrazione è per lo meno risibile. In realtà la medicina narrativa è l'espressione di un paradigma scientifico che non vuole cambiare.

Tesi

N° 51

I difficili rapporti tra medicina e società si possono migliorare attribuendo al linguaggio, alla sua conoscenza, al suo uso un ruolo fondamentale per la costruzione del dialogo e della fiducia.

N° 52

Oggi la medicina e la società parlano linguaggi diversi e spesso tra loro sono incomunicanti. Per decidere insieme tuttavia il linguaggio del medico deve essere accessibile al malato e viceversa dove per accessibilità si intende asseribilità. La comprensione del linguaggio da parte del medico vale come acquisizione di ulteriori capacità relazionali e di un modo nuovo di guardare alla relazione con il malato. La comprensione del linguaggio scientifico per il malato vale come maggiore partecipazione al proprio processo di cura.

N° 53

L'acquisizione del linguaggio da parte del medico come strumento di conoscenza del malato, inteso come persona, da usarsi nella relazione, merita una formazione mirata alla quale può provvedere la dialogica. La dialogica rientra nell'ambito della conoscenza ontologica. Essa è un certo tipo di analisi che studia le configurazioni discorsive generate nell'interazione tra esseri umani tramite

l'uso del linguaggio ordinario. Essa si occupa di comprendere i problemi tanto del dialogo che del linguaggio e offre strumenti di analisi importanti, ai fini dell'uso della relazione e del linguaggio funzionali al recupero della fiducia sociale.

Quesiti

N°1

Comunicazione e linguaggio non sono la stessa cosa, la prima si limita a informare la seconda a influire con l'uso delle parole e della lingua sugli atteggiamenti delle persone. Non pensate che comunicare sia ovviamente importante, ma saper usare per scopi di cura il linguaggio lo sia per certi versi di più?

N°2

Usare il linguaggio vale anche come comprendere il significato e il senso del linguaggio degli altri, quindi, alla stregua della relazione, la comprensione profonda del linguaggio, a sua volta, è una forma di conoscenza. Non pensate che attraverso la comprensione del linguaggio del malato si possa andare oltre l'ideale solo descrittivo della narrazione fino a comprendere le intenzionalità profonde del malato?

N°3

Il linguaggio per la filosofia che ne studia i problemi, è un mezzo attraverso il quale si possa risalire al pensiero. Se fosse vero come pare, non credete che la comprensione del pensiero attraverso il linguaggio, sia un modo per comprendere la complessità del malato?

N°4

Nelle università oltre a insegnare al medico l'uso epistemologico delle relazioni non sarebbe il caso anche di insegnare l'uso del linguaggio per fini ontologici, cioè per conoscere meglio e di più il malato?

N°5

E nello stesso tempo a servirsi del linguaggio per essere semplicemente più convincenti?

N°6

Essere convincenti attraverso un linguaggio adeguato per il medico significa avere la forza e la capacità di persuadere, non solo mediante l'evidenza o la pertinenza delle prove o degli argomenti scientifici addotti ma anche mediante la propria credibilità personale. Non pensate che il linguaggio più adeguato al malato (non più appropriato alla malattia) sia il connotato primario o almeno immediatamente percepibile della propria credibilità professionale?

Consenso informato

Sinossi

Dopo la relazione, il dialogo, il linguaggio condiviso, quindi asseribile, il consenso informato è lo strumento fondamentale per il recupero della fiducia sociale e per combattere la piaga del contenzioso legale, quindi per riformare i rapporti tra medicina e società.

La condizione è che il consenso informato costituisca effettivamente la base per una vera asseribilità.

Tesi

N° 54

Il consenso informato è il principale strumento per ricostruire un rapporto fiduciario con la società e con il cittadino malato. Ma per avere la fiducia l'acquisizione del consenso per un medico non vuol dire limitarsi ad ottenere solo una approvazione formale da parte del malato ma costruire le condizioni per una reale condivisione delle scelte cliniche. Al contrario per avere fiducia il consenso informato deve entrare tra i doveri del medico, ma non come dovere di informare ma come dovere alla relazione consensuale.

N° 55

In genere la nozione di con-senso richiama l'approvazione data a qualcuno che vuole fare certe cose, in realtà, essa ci dice che prima di approvare si dovrebbe con-dividere un senso e che la condivisione è la condizione per l'approvazione. Se una relazione con il malato non è consentanea, cioè non ha la qualità della condivisione del senso, essa esprimerà un consenso non informato quindi solo un'approvazione. L'approvazione che prescinde dal senso non è con-senso cioè è "con" ma senza "senso". Si tratta di evitare un "approvazione senza senso" e di favorire un accordo tra due persone e che dà luogo ad una qualche approvazione. Il consenso informato vuole significare assenso reciproco tra sensibilità, conoscenze, contingenze, sentimenti, opinioni ecc.

N° 56

Con-senso quindi non significa istruire un malato sul trattamento necessario, a cui sarà sottoposto, ma al contrario significa costruire con lui delle scelte circa le sue diverse necessità. Il medico non dovrebbe solo preoccuparsi di istruire dei comportamenti ma anche di costruire il senso che serve per operare delle scelte. La differenza tra istruzione e costruzione fa la differenza tra un'approvazione senza consenso e un consenso a cui segue un'approvazione.

Quesiti

N°1

Non credete che allo stato attuale il consenso informato a parte la relazione e il linguaggio, concetti ancora in corso di definizione, è il solo strumento, per altro definito dalla legge, per recuperare la fiducia del malato e della società?

N°2

Se è così, come sembra, non credete che all'uso del consenso informato debba precedere un chiarimento sulla sua funzione il suo impiego e sulle modalità che lo esplicano?

N°3

È chiaro che esso non può essere ridotto quindi immiserito a procedura legale anche se il suo uso ha innegabili effetti legali. In questo caso il consenso informato in quale altro modo potrebbe essere definito?

N°4

La legge sulle Dat contiene al suo interno un certo numero di articoli dedicati al consenso informato i quali sono tutti di derivazione deontologica. In questo passaggio tra deontologia e legge non pensate che si sia perso per strada qualcosa?

N°5

Non pensate che subordinare tutte le prestazioni mediche al consenso informato sia decisamente eccessivo?

N°6

Definire il consenso informato solo dal punto del principio di autodeterminazione quindi solo dal punto di vista del malato non credete che sia un errore? In fin dei conti il consenso informato è una relazione di tipo fiduciario senza la quale esso diventa una banale procedura legale.

N°7

Ridurre il medico nei confronti del consenso informato come a un mero esecutore di volontà del malato secondo voi non rappresenta una forma neanche troppo malcelata della figura e del ruolo del medico?

N°8

Se il consenso informato è una relazione fiduciaria dovrebbe essere almeno una relazione

paritaria tra due relati dialoganti, ma se il baricentro è solo una visione ideologica dell'auto-determinazione del cittadino malato, come è possibile avere una relazione paritaria?

N°9

I più vedono al consenso informato come qualcosa di dovuto a organizzazioni del lavoro e dei servizi invariati, come se avere una relazione, informare il malato, istruire a delle decisioni, condividere dei dubbi, non comportasse tempo e non abbisognasse almeno di aggiornare le organizzazioni del lavoro. Non pensate invece che per agire correttamente il consenso informato si debbano ridefinire quelle organizzazioni del lavoro pensate ab ovo a consenso informato assente?

N°10

Non aggiornare le organizzazioni del lavoro significa che il consenso informato resta un obbligo marginale del medico, obbligo esplicabile ai margini del lavoro, quindi come un di più. Non pensate che questo sia una grossa svalutazione del consenso informato? La legge sulle Dat prevede che la sua attuazione sia a costo zero, ma è ragionevole pensare che il consenso informato non abbia bisogno di finanziamenti mirati?

Il medico e l'economia

Sinossi

Il cambiamento sociale come abbiamo visto è il principale responsabile delle crisi professionali del medico ma in esso c'è un cambiamento nel cambiamento che riguarda il rapporto tra professione e limite economico, e che spiega almeno in parte in cosa consiste la "questione medica". Il limite economico è di fatto diventato la principale giustificazione allo snaturamento della professione ma soprattutto facendo passare surrettiziamente l'idea che anche in medicina prima di ogni cosa, quindi prima della scienza della morale, viene l'economia che tutto soggioga e tutto governa. La questione economica, per il medico, non è riducibile semplicemente a creare condizioni finanziarie di risparmio, ma deve essere ricondotta a degli equilibri oggi profondamente compromessi tra i valori della morale quelli della scienza e quindi dell'economia. È del tutto inutile rivendicare di poter fare bene la professione del medico se la gerarchia dei valori subordina in modo assoluto quelli della medicina e della professione e quindi del malato alla disponibilità di risorse. Questa gerarchia valoriale, per altri versi anche inevitabile, dal momento che senza soldi non si fa niente, è da ridiscutere profondamente ma non attraverso l'apologia cioè difendendo in via di principio i valori della medicina, della cura, del diritto, ma trovando un accordo tra i valori in gioco e quindi ridiscutendo il significato di sostenibilità e soprattutto ribaltando l'approccio che intende garantire la sostenibilità contro il medico anziché garantirla attraverso il medico. Chi ha detto che il medi-

co in quanto medico sia automaticamente diseconomico? Chi ha detto che la morale la scienza e l'economia non possono trovare un modo per coesistere?

Oggi in medicina per riequilibrare i rapporti tra etica scienza e economia, perché di questo si tratta, il medico oltre ad essere quello che è ed è sempre stato deve diventare a sua volta una specie di homo o economicus, ma non nel senso della teoria economica classica cioè di un uomo che cura solo i propri interessi individuali, ma nel senso di essere attento in prima istanza, nell'esclusivo interesse del malato, alle conseguenze economiche dei suoi atti delle sue scelte. È la clinica autonoma e responsabile che deve controllare l'economia non il contrario, per la semplice ragione che solo il medico clinico-economico può sapere se un limite è gestibile senza danneggiare il malato. Un economista non saprà mai gli esiti dei limiti che la sua razionalità impone ai medici e ai malati. Ma per fare questo la clinica deve imparare ad essere clinica e economia. Il medico per imparare a conciliare i bisogni degli ammalati con le risorse disponibili deve dotarsi di nuove idee capaci di reinterpretare quelle vecchie che lo hanno ridotto ad essere un non medico, vale a dire quelle soprattutto di sostenibilità e di compatibilità.

Resta inteso che la scelta di campo che un medico proprio perché è tale non può non fare, perché deontologicamente vincolante, è che comunque prima di ogni cosa viene la necessità del malato anche prima dell'economia. Ad un medico non si può chiedere il contrario perché non sarebbe più un medico.

La contropartita a questo obbligo deontologico, è che il medico si impegni a soddisfare le necessità primarie del malato in modo ragionevole quindi in modo da rispondere anche alle necessità innegabili dell'economia.

L'economia contro la professione vale come se fosse contro il malato l'economia attraverso la professione vale invece come se fosse comunque per il malato. In sostanza la partita vera è essere capaci di trasformare un limite in una possibilità.

Tesi

N° 57

Oggi il medico deve uscire dalla gabbia delle compatibilità e dalla logica del compatibilismo. Se il medico continuasse ad adattarsi in assetto, invariante ad un limite, crescendo costantemente il limite, egli a forza di adattarsi si ritroverebbe diverso da quello che dovrebbe essere. L'unico modo è ridiscutersi e rimettersi in gioco.

N° 58

Per uscire dalla gabbia delle compatibilità il medico deve assumersi delle responsabilità circa la gestione delle risorse, nel senso che non può continuare ad essere amministrato dalla gestione ma deve decidersi ad auto-gestirsi nel senso di includere nel suo giudizio clinico anche un giudizio economico, cioè un giudizio sugli effetti economici delle sue scelte. La clinica oggi, pur nel rispetto della necessità del malato, non può più permettersi di essere una variabile indipendente ai problemi della spesa.

N° 59

La ragionevolezza dei rapporti tra clinica ed economia al fine di non subire un limite economico è legata alla capacità del medico di trasformare dei limiti in possibilità. Il medico deve andare oltre la logica della compatibilità, la logica che è più affine quindi congeniale alla sua natura professionale e ai suoi obblighi deontologici si chiama compossibilità. Il medico compossibile è colui che governa il limite economico a cui è esposta la sua prassi rimuovendo le contraddizioni che vi sono tra il suo modo di essere, la sua organizzazione e le necessità del malato. I rapporti tra etica scienza e economia sul piano clinico saranno compossibili se il medico si adopererà a rimuoverne le possibili contraddizioni. Le contraddizioni sono tutte forme di inappropriatezza e di inadeguatezza di incoerenza e di irrazionalità che sul piano sociale si costituiscono come problemi per il malato mentre sul piano economico come altrettante diseconomie.

N° 60

Oggi i problemi più acuti che il medico patisce derivano da un insieme di limiti diversi, culturali, sociali, organizzativi, economici, che non solo si assommano ma che tra loro entrano in contraddizione. Il contenzioso legale, la medicina difensiva, sono esempi di come più limiti diversi imposti al medico alla fine finiscono con il penalizzarlo duramente sul piano della propria professionalità. Il medico compossibile è un medico che tenta di ricondurre a coerenze i diversi limiti con i quali a che fare governandoli a partire dal postulato dei postulati cioè "prima di ogni cosa viene l'interesse del malato" a partire da quelli epistemici e che quindi riguardano il modo di conoscere, per continuare con quelli organizzativi e quelli relativi alle proprie prassi, ai difficili rapporti sociali con i malati. Il medico compossibile è un medico le cui prassi hanno un basso grado di diseconomie in questo senso è un medico più conveniente a tutti ai cittadini e ai gestori e ai suoi interessi professionali.

N° 61

Il nuovo vincolo deontologico per il medico, obbligato deontologicamente a fare prima di tutto l'interesse del malato è quindi di essere compossibile quindi garantire a suo giudizio quindi in

completa autonomia una clinica la meno diseconomica. Per dare le gambe a questo vincolo deontologico e quindi agire il principio del limite quale possibilità al medico si deve dare maggiore autonomia per permettergli di intervenire su tutte le contraddizioni che si oppongono alla possibilità.

Solo a condizione di riconoscergli maggiore autonomia nell'esercizio della propria professione è possibile chiedergli di assumersi maggiori responsabilità. Senza questa condizione vincolante non è ragionevole chiedere al medico nessun supplemento di responsabilità.

N° 62

Il governo delle relazioni di possibilità tra etica scienza e economia è il primo oggetto di socializzazione con il malato quindi deve essere parte integrante delle questioni da sottoporre a consenso informato. La sfida della possibilità si vince a partire dal consenso del cittadino.

Quesiti

N°1

Per circa un secolo il medico ha avuto a che fare solo con i limiti della medicina che oltre le conoscenze e i mezzi disponibili, non poteva andare. Oggi a questi limiti se ne aggiungono molti altri, tra i quali quelli delle risorse disponibili per curare le persone. Come dovrebbe comportarsi il medico nei confronti dei nuovi limiti?

N°2

Il medico secondo voi nei confronti delle ristrettezze economiche dovrebbe, rivendicare l'autonomia clinica quindi descrivendo la clinica come una variabile indipendente dalle risorse disponibili o, al contrario, accettare che la clinica sia, in termini ragionevoli, una variabile non dipendente dalle risorse ma per lo meno responsabile del suo impiego?

N°3

Nel momento in cui il medico oltre alla sua storica autonomia clinica di giudizio assume responsabilità relative all'impiego delle risorse, non ritenete che, pari tempo, egli debba avere nuove autonomie su tutto quanto decide e influenza l'impiego delle risorse?

N°4

La domanda è: se il medico deve assumere come nuovo dovere deontologico l'impiego oculato delle risorse assumendone la responsabilità e siccome non si può dare responsabilità senza un corrispondente grado di autonomia, di quale autonomia ha bisogno il medico e soprattutto

to quali sono le sue condizioni organizzative relative al governo della propria opera?

N°5

Fino a che punto la deontologia può fare compromessi con l'economia?

N°6

Fino a che punto oggi è possibile dichiarare il primato quindi la priorità del diritto del malato sul limite economico?

N°7

Che ne pensate dell'idea strategica di superare le ristrettezze della logica compatibilista con l'idea della compostibilità e di chiamare il medico a trovare in autonomia le soluzioni di compostibilità?

N°8

Siete d'accordo che se si resta dentro lo schema del ragionamento classico di sostenibilità per il medico il futuro sarà un crescente adattamento della professione fino al suo snaturamento?

N°9

Ma cambiare logica cioè passare da una sostenibilità negativa o sottrattiva a una sostenibilità attiva e incrementale cosa comporta sul piano degli investimenti, dell'allocazione delle risorse, della forma di governance?

N°10

Pensate che la sostenibilità sia solo ed esclusivamente una questione di quantità delle risorse? Cioè il problema si risolve aumentando la dotazione finanziaria del fondo nazionale?

Il medico e la sostenibilità

Sinossi

Tutte le cose che, da un punto di vista finanziario, in questi anni sono ricadute sulla professione medica sono state fatte in nome della sostenibilità. In realtà in nome della sostenibilità si è tentato in questi anni di ridurre i consumi di medicina in tutti i sensi non solo sotto il profilo clinico quindi terapeutico e diagnostico, ma anche sotto il profilo del numero dei medici, dei servizi e della loro funzionalità e financo nel numero delle aziende. Ridurre il consumo di medicina significa ridurre le potenzialità professionali del medico al fine di ridurre la spesa che serve per soddisfare le necessità di salute del malato. Il medico quindi, suo malgrado, si trova tra le necessità della gestione e quelle della società. Nel sillogismo della sostenibilità il termine maggiore è l'economia e il termine minore è il cittadino rispetto a tali termini il medico funziona come termine medio. Esso infatti è contenuto in entrambe le premesse. Rispetto all'economia è un fattore di costo rispetto al cittadino è un fattore di spesa. È in ragione di questa particolare posizione che l'economia, per intervenire sui cittadini, al fine di ridurre i consumi si avvale del medico come termine medio. Cioè per regolare il rapporto difficile tra costi e spesa si deve passare per il medico. In nome della sostenibilità il medico come costo è stato fortemente ridimensionato al fine di ridimensionarlo come fattore di spesa.

Questa idea di sostenibilità al medico è costata cara da ogni punto di vista sul piano del reddito su quello occupazionale su quello meramente professionale e anche sul piano sociale perché di certo la riduzione delle potenzialità professionali non lo ha certo aiutato a riconquistare la fiducia della società. Anzi ha finito per comprometterla del tutto.

L'uso del termine sostenibilità è molto equivoco. Il suo significato è deciso di fatto dal suo impiego cioè de-finanziare il sistema per scopi di compatibilità con la spesa pubblica. De-finanziamento, sostenibilità, compatibilità sono la stessa cosa. Per il medico si tratta di svincolarsi da questa trappola che lo pone tra le necessità dell'economia e quelle della società, ma per fare ciò esso ha la necessità prima di ogni cosa di ripensare l'idea di sostenibilità. Se il medico restasse dentro una idea di sostenibilità quale compatibilità e comunque quale de-finanziamento del sistema la sua professione rischierebbe di essere profondamente amministrata e quindi snaturata nei suoi storici presupposti etico-scientifici.

Tesi

N°63

Oggi le alternative all'idea distruttiva di sostenibilità per la professione non sono molte:

- *o la professione adeguatamente ripensata diventa un soggetto riformatore importante per sosti-*

tuire equilibri vecchi con equilibri nuovi, rinnovare, risparmiare, combattere le diseconomie e gli sprechi, e produrre ricchezza producendo salute

- *o la professione invariante si rassegna ad essere controriformata cioè amministrata in nome della sostenibilità e a diventare una professione esecutiva senza intellettualità.*

N° 64

Il medico adeguatamente ripensato dovrebbe dichiararsi disponibile a collaborare per fare una corretta revisione della spesa se intendiamo la spesa, come una espressione dell'offerta. Quindi impegnandosi a contrastare tanto le anti-economie che le diseconomie. Per questo ci vuole un pensiero riformatore che a tutt'oggi non c'è. Molti dei problemi finanziari più importanti nascono da problemi di invarianza dei modelli. Bisogna capire se il medico è in grado di esprimere un pensiero riformatore adeguato alle sfide che la sostenibilità pone.

N° 65

Se la sufficienza delle risorse in sanità dipende anche dai cambiamenti che la professione sarà capace di immettere nel sistema, allora questi cambiamenti diventano la chiave di volta delle politiche di una nuova e rinnovata idea di sostenibilità. Fino a quando la sanità avrà al suo interno importanti anti-economie e diseconomie il problema vero sarà la sua invarianza non il de-finanziamento. Se la professione medica si renderà disponibile a mettersi in gioco per rimuovere le invarianze che bloccano l'evoluzione del sistema verso gradi più alti di qualità, in questo caso essa smetterà di essere una controparte della spesa per diventare il principale soggetto professionale della sua qualificazione.

N° 66

Un nuovo medico non è solo la risposta alle necessità sociali ma è una risposta anche a quelle dell'economia. Un nuovo medico vale come ripensamento del termine medio quello che si trova tra i valori della morale della scienza e dell'economia.

Quesiti

N°1

Oggettivamente il medico si trova a mediare il difficile rapporto tra cura e risorse, fino ad ora lo ha mediato in diversi modi, alcuni anche discutibili, ma prevalentemente lo ha mediato, anche se a modo suo, nell'interesse del malato, cioè offrendogli il meglio disponibile, ora però il meglio disponibile perde la sua assolutezza nel senso che può essere interpretato in molti modi e soprattutto il meglio disponibile non è più solo una scelta a senso unico ma più scelte con diverse possibilità. Come pensa il medico di affrontare e rapportarsi a questo scenario?

N°2

L'appropriatezza negli ultimi anni ha perso il suo significato epistemologico originario cioè assistere il medico nel processo conoscitivo e decisionale, ed ha assunto un significato pronunziatamente economicistico. Non credete che la mediazione di cui al quesito precedente per mediare davvero deve prima liberarsi dell'idea economicistica di appropriatezza?

N°3

L'unico modo per il medico di non perdere la propria autonomia a causa dei problemi di sostenibilità è proporsi come un medico sostenibile perché compossibile e quindi pragmatico, ma che significa questo sul piano pratico?

N°4

Se il medico producesse salute senza diseconomie o meglio ad un grado basso di diseconomie, cioè oltre che produrre un valore d'uso come la salute producesse anche un valore di scambio, come la convenienza sociale e economica del bene, questo valore di scambio, dal momento che è tale, può essere scambiato con una retribuzione?

N°5

Quali rapporti tra gestione e medico sostenibile e compossibile?

La de-capitalizzazione del lavoro medico

Sinossi

La de-capitalizzazione è una espressione usata per indicare una politica che svaluta il capitale professionale rappresentato dal lavoro medico al punto da considerarlo tutt'altro che un capitale. Una delle forme più odiose di de-capitalizzazione imposta ai medici in particolare, e in generale a tutto il mondo del lavoro, è stato il rinnovo del contratto di lavoro a costo zero. Il significato del costo zero si ripropone anche con i recenti rinnovi contrattuali dal momento che gli aumenti della retribuzione sono stati di fatto molto vicini allo zero cioè sono minimi. Quando l'aumento di retribuzione del medico è quantificato tra lo zero e il minimo vuol dire che, assumendo la logica di mercato, il valore della professione quale lavoro almeno sul piano contrattuale è svalutato. Vuol dire che, indipendentemente dal fatto che i medici producono notevoli utilità sociali, sul piano economico-finanziario, essi valgono solo il loro costo in bilancio.

Se uno Stato è il primo a delegittimare la professione medica con politiche di svalutazione retributiva poi non ci si deve meravigliare se la società nei confronti della professione medica nutra sentimenti di sfiducia. La de-capitalizzazione del lavoro medico è una forma di sfiducia economica. Non si recupera la fiducia se non si rivaluta il lavoro come capitale. Si può avere fiducia in una professione svalutata dallo Stato? Cioè che lo Stato per primo non considera un capitale sociale?

Tesi

N° 67

Il lavoro medico dovrebbe essere ripensato per scambiare un nuovo valore aggiunto che sia un vantaggio per la spesa pubblica, per i cittadini, per l'economia e per gli operatori.

N°68

Per rovesciare il rapporto costo/valore del lavoro medico è necessario ripensare profondamente il concetto di lavoro professionale e trarne tutte le conseguenze giuridiche e contrattuali.

N° 69

Il principio che i risparmi della sanità debbano restare nella sanità può diventare concreto e fattibile attraverso una diversa idea di lavoro medico. Se il lavoro produce risparmio, per esempio riducendo sprechi, diseconomie e anti-economie, allora i risparmi prodotti possono essere divisi tra retribuzioni e innovazioni.

N° 70

Il lavoro medico deve essere un valore economico-sociale e non costo.

Quesiti

N°1

Le svalutazioni vere non sono mai solo formali, giuridiche, organizzative quindi relative al ruolo, ma riguardano il valore di scambio, della professione. Quanto vale il lavoro del medico? Chi decide quanto vale? Come si decide quanto vale? Su che base cioè con quali criteri si decide questo valore?

N°2

Il contratto è in pratica uno strumento non che decide il valore di scambio del lavoro medico ma che traduce una valutazione sociale e politica piuttosto complessa, in retribuzione, secondo i vincoli delle politiche di bilancio del momento. Se è così come si fa ad accrescere il valore di scambio del lavoro medico? Basta chiedere degli aumenti contrattuali?

N°3

Ri-capitalizzare il lavoro del medico significa sostanzialmente rivalutarne il valore di scambio ma se questo valore dipende oltre che dai contratti e dalle leggi di bilancio dal grado di legittimazione sociale della professione, dalla percezione sociale dei cittadini, dal grado di fiducia, si può ricapitalizzare il lavoro del medico a medico invariante? Cioè senza intervenire sulla “questione medica”? Quale rivendicazione sindacale?

N°4

La complessità insita nel considerare il lavoro medico quale un capitale sta nel fatto che esso se impiegato (nel senso di investito), punta a produrre prima di ogni cosa la salute nelle sue varie forme come un valore d'uso, che ricordiamo significa la capacità di un bene o di un servizio o di una professione di soddisfare un dato fabbisogno. Il valore d'uso prodotto dal medico è la salute in tutte le sue forme, dalla semplice difesa dalle malattie alla cura delle malattie al quale si deve aggiungere quello della vitalità cioè la propensione delle persone a vivere in questa società modo autonomo e indefinitamente efficace e durevole. Non credete che non sia possibile definire compiutamente il valore di scambio della professione se non si trova il modo di definire il valore d'uso in termini di salute e di vitalità da essa prodotto attribuendogli dei valori economici?

Il medico e l'azienda

Sinossi

Tra le politiche di sostenibilità che hanno interessato il medico quale professione bisogna menzionare l'istituzione dell'azienda. Non c'è alcun dubbio sul fatto che un certo tipo di azienda abbia giocato contro un certo tipo di medico e che se esiste la medicina amministrata è perché esiste un certo tipo di azienda. Con l'azienda ci si era illusi che si sarebbero risolti tutti i problemi di sostenibilità oggi siamo al paradosso che la stessa azienda è considerata più un problema che una soluzione e che la tendenza sia quella di accentrarla di accorparla e comunque quella di ridurre l'influenza. Quindi che l'azienda abbia dei grossi problemi è innegabile. Che gli operatori abbiano grandi difficoltà riconducibili all'azienda anche. Che l'azienda sia qualcosa che nel tempo si è rivelato inadeguato alla complessità della sanità pubblica, è una critica più che fondata. Poi che l'azienda abbia indubbi meriti, rappresenti una significativa novità, e che come questione debba essere collocata dentro una problematica istituzionale finanziaria e sociale più grande, non c'è alcun dubbio. Ma l'azienda nei confronti della professione medica ha avuto l'effetto di accentuarne la sua condizione di dipendente cancellando le prerogative proprie ad una professione speciale che in ragione delle sue caratteristiche anche storiche non può essere una professione dipendente del tutto.

Tesi

N° 71

È necessario definire una azienda di servizio quindi orientata alla domanda, a management diffuso che non gestisca più dei medici comunque dipendenti siano essi a contratto o a convenzione ma professional agreement, e shareholder cioè operatori che in cambio di autonomia garantiscano responsabilità disponibili ad essere misurati sugli esiti e i risultati. Cioè definisca consensualmente dei veri e propri autori.

Quesiti

N°1

Per avere dei medici autori non credete sia necessario avere delle aziende che non si limitino ad impiegarli come dei semplici compitieri cioè che siano necessarie aziende diverse speciali (sui generis) che impieghino l'autonomia del medico come la propria risorsa?

N°2

Se l'autonomia del medico è una risorsa per l'azienda speciale non credete che debba cambiare il rapporto tra la natura del datore di lavoro e la natura della professione? Cioè azienda

pubblica e dipendente pubblico? L'azienda in partica diventerebbe l'affidataria che su base contrattuale affida al medico un mandato una delega di natura fiduciario riservandosi di valutarne i risultati.

N°3

Ma una eventuale ridefinizione dell'azienda, nel senso della azienda sui generis, secondo voi non andrebbe anche estesa ad un nuovo ruolo della rappresentanza sociale?

N°4

È velleitario pensare ad una azienda partecipata sia socialmente che professionalmente?

N°5

Cosa ne pensate di un tipo di azienda pubblica di servizio orientata alla domanda il cui management è controllato da rappresentanti dei cittadini e condiviso dalle professioni?

Il medico e la scienza

Clinica e cultura

Sinossi

La medicina come abbiamo visto è schematicamente collocabile tra scienza e società cioè tra cura e cultura intendendo per cura l'uso delle conoscenze scientifiche e per cultura una certa idea sociale di persona di diritti e di salute. In questa posizione essa dovrebbe essere influenzabile tanto dalla cura che dalla cultura. Ma i rapporti tra scienza e cultura non sono semplici e nemmeno scontati e soprattutto non lineari come si crede. Il modo di ragionare della scienza rispetto alla cura dipende molto soprattutto nel paradigma positivista, da una certa idea scienza e spesso è indifferente alle evoluzioni della cultura sociale. In questo modo come è accaduto in questi anni il modo di ragionare rischia di entrare in conflitto con i cambiamenti culturali. Il modo di ragionare scientifico della cura si può sintetizzare nel concetto di clinica. Oggi è proprio questo concetto ad essere spesso confutato dalla società. Quindi il problema che oggi si pone è quale clinica ovvero quale rapporto di conoscenza deve esserci tra la razionalità scientifica del medico e la cultura di questa società.

Un nuovo medico sarà tale se il suo modo di ragionare clinico imparerà a confrontarsi con la cultura della cura che questa società esprime.

Il nuovo medico passa certamente per un ripensamento della deontologia, dell'epistemologia e della metodologia ma nel senso che tutti questi ripensamenti debbono ridefinire una nuova idea di clinica. La clinica è l'idea che tutto riassume. La relazione tra medicina e società passa per la clinica.

Tesi

N°72

La clinica è quella conoscenza scientifica più esposta alle sollecitazioni sociali. Le sue caratteristiche epistemiche, specie se non condivise dai cittadini, contribuiscono in misura notevole a creare conflitti, incomprensioni, sfiducia, diffidenze. Se è così non è possibile ripensare il medico senza ripensare la clinica pur ribadendone la fundamentalità.

N° 73

Oggi la clinica a sua volta abbisogna di approvazione sociale quindi di essere giustificata non solo scientificamente ma anche socialmente. La clinica non può più permettersi di trascendere come conoscenza l'esperienza personale del malato e le sue personali visioni del mondo.

N° 74

Si può quindi dire che la crisi della medicina e quindi la crisi del medico valgono soprattutto come crisi della clinica. La clinica quindi va ricontestualizzata e ricomplessificata per dare risposte adeguate sia alle esigenze del cittadino che a quelle della buona economia. Un medico nuovo a razionalità clinica invariante non sarà mai un medico nuovo.

Quesiti

N°1

Pensate sia possibile ripensare il medico senza ripensare la base fondamentale della sua conoscenza cioè la clinica?

N°2

Se per tante ragioni dobbiamo ripensare la clinica, pensate che la sua ridefinizione possa avvenire a medico invariante?

N°3

La clinica secondo voi è quella che è scritta sui trattati che abbiamo studiato all'università cioè è e sarà sempre quella, oppure è possibile quindi concepibile una clinica diversa?

N°4

Se è possibile una clinica diversa è temerario ritenere che la clinica attuale è semplicemente una fase storica destinata a svilupparsi?

N°5

Cioè ammesso che la clinica sia un sapere in progress la clinica a regime del suo eventuale processo di compimento, secondo voi in cosa dovrebbe consistere?

N°6

Ma se il sapere clinico per definizione è un sapere in progress quindi provvisorio fino a sua ridefinizione, la clinica come metodo di conoscenza potrà mai andare a regime?

N°7

La clinica si basa sull'osservazione dei fatti concernenti la malattia è possibile o no una clinica che oltre alla osservazione dei fatti si basa sulle relazioni con il malato?

N°8

La clinica è essenzialmente un procedimento logico-deduttivo, è possibile o no, nei confronti della complessità che la clinica si avvalga anche di altri tipi di ragionamenti?

N°9

La clinica nasce per conoscere la malattia è possibile o no una clinica per conoscere anche la complessità del malato?

N°10

La clinica alla fine dei conti è la risposta scientifica ai problemi della malattia di questa società. Se essa deve aprirsi al malato può interpretarsi il consenso informato come il mezzo attraverso il quale si pratica una clinica partecipata? Altrimenti a che servirebbe avere delle relazioni?

Il medico e la tecnologia

Sinossi

Ormai la medicina ippocratica naturale non esiste più. Oggi medicina e tecnologia sono diventate la stessa cosa. Un enorme discontinuità che necessita di un puntuale adeguamento deontologico. Nello stesso tempo la tecnologia ha per la prima volta modificato gli ordini naturali della malattia entri i quali e rispetto ai quali si muoveva il medico, creando come è noto inediti problemi bioetici. La tecnologia sta cambiando il modo di essere del medico e le sue reali possibilità professionali. La tecnologia ha un forte carattere ambivalente nel senso che ha valenze positive quanto negative dipende da come viene usata e per cosa viene usata. Oggi il medico non può più essere definito a tecnologia assente. Un nuovo medico deve saper usare le tecnologie disponibili evitando con cura di abusarne.

Tesi

N° 75

L'immissione nella medicina della tecnologia in tutte le sue diverse forme va ovviamente salutata come un fatto straordinariamente positivo dal momento che la tecnologia rende la medicina più potente, più accurata, più efficace e meno fallibile. E di conseguenza offre al medico e al malato maggiori possibilità.

Nello stesso tempo l'uso della tecnologia non è privo di problematiche che riguardano in un modo o nell'altro:

- *Il suo uso appropriato adeguato e coerente*
- *I suoi abusi e i suoi costi e non solo economici*
- *le aspettative eccessive delle persone*
- *il modo di essere della professione.*

Siamo nel tempo ormai della medicina tecnologica che ha cambiato addirittura l'immagine secolare della natura creando nuovi dilemmi bioetici. Servono delle regole. Dovrebbe essere la deontologia a definirle.

Quesiti

N°1

La tecnologia è una risorsa ambivalente cioè è una cosa buona ma può essere o diventare in diversi modi un problema. Come un medico può servirsi della tecnologia quale bene? Cioè come si possono evitare i problemi che normalmente si accompagnano all'uso della tecnologia?

N°2

È solo un problema di modo di usare la tecnologia oppure è necessario definire il suo ruolo rispetto a quello della professione nel senso del rapporto classico tra mezzo e fine?

N°3

Forse il problema più grande per un medico ippocratico è quello di una tecnologia che retro-agisce sul medico imponendogli le proprie logiche esecutive e riduttive. Come si può evitare questo inconveniente?

N°4

Ormai la medicina moderna è ampiamente tecnologica, la medicina naturale di una volta non esiste più. È possibile definire una coabitazione tra tecnologia nelle sue diverse forme e ippocratismi?

N°5

A quali condizioni?

Il medico e il lavoro

Sinossi

Se abbiamo la necessità di cambiare il medico, per tutte le ragioni sin qui accennate, abbiamo parimenti la necessità di organizzare questi cambiamenti in una nuova idea di lavoro medico e di organizzazione del lavoro medico. Non ha senso definire un medico nuovo facendolo poi lavorare in un modo vecchio e per giunta dentro vecchie forme di organizzazioni del lavoro. L'esperienza insegna che l'invarianza dei modi di operare nel tempo causa l'invarianza dei modi di essere del medico e che l'invarianza dei modi di essere del medico vanifica qualsiasi cambiamento dell'essere medico. Ad una nuova deontologia, ad una nuova epistemologia ad una nuova metodologia medica, quindi ad un nuovo medico, con una nuova identità, deve corrispondere una diversa idea e organizzazione delle prassi. Il nuovo medico va tradotto in un nuovo lavoro medico intendendo per lavoro un'accezione vasta che va dai servizi nei quali il medico opera, alle retribuzioni e alle definizioni giuridiche contrattuali del lavoro medico.

La crisi del paradigma positivista e della medicina non è solo crisi di un certo modo scientifico di conoscere la malattia ma è anche crisi di un certo modo di lavorare e di organizzare il lavoro cioè di una certa idea di medico. Si rammenti che da una certa idea di clinica nasce una certa idea di ospedale e da una certa idea di ospedale nasce una certa idea di prassi ospedaliera, e da questa

prassi nasce un certo stato giuridico del medico e quindi una certa idea di retribuzione. Le prassi non sono un'altra cosa dal modo di conoscere e dal modo di essere del medico. E le organizzazioni del lavoro non sono un'altra cosa rispetto alle prassi. Se la clinica per operare si avvale di giustapposizioni cioè di un particolare genere di relazioni allora l'ospedale riproporrà tali giustapposizioni in una organizzazione tayloristica vale a dire organizzata per divisioni per frammentazioni per auto-archie professionali e organizzative. Se la clinica si preoccupa solo della malattia e non del malato allora i servizi saranno organizzati per la malattia e non per il malato. Di converso se la clinica opererà per relazioni dialogiche allora è inevitabile che l'ospedale e il sistema dei servizi dovrà essere ripensato in modo dialogico cioè con organizzazioni del lavoro tra loro integrate, di conseguenza è inevitabile che sulla base di una nuova organizzazione del lavoro il lavoro sia retribuito diversamente.

Il recupero della fiducia sociale nei confronti del medico passa certo per una nuova deontologia, per una nuova epistemologia e per una nuova metodologia, ma passa anche, se non soprattutto, per una nuova idea di servizio quindi per una nuova idea di lavoro. Il cittadino entra in relazione con il medico attraverso il servizio. Se il servizio non è l'espressione organizzata di una nuova idea di medico la nuova idea di medico resta sulla carta.

Quale lavoro quindi? Intendendo per lavoro l'applicazione pratica di tutto quanto concorre a definire un nuovo medico e le sue relazioni sociali?

Il medico e le riforme

Sinossi

Dall'analisi storica dei processi di riforma, che si sono avuti in sanità negli ultimi quaranta anni, risulta che il lavoro medico, sia stato, per tante ragioni, più una grande invarianza che una soluzione di cambiamento. Il paradosso che ne è conseguito è che la professione, quindi la sua prassi, se fosse stata al tempo adeguatamente ripensata avrebbe potuto essere nel tempo la principale soluzione per una nuova politica di sostenibilità e per un nuovo rapporto tra medicina e società. Sottrarre per mille ragioni attraverso l'invarianza il lavoro medico, all'impresa riformatrice ha trasformato nel tempo la professione che da soluzione è diventata suo malgrado problema cioè la controparte della sostenibilità. La "questione medica", nel momento in cui il lavoro medico anziché prendere la strada del ripensamento prende quella dell'invarianza, diventa questione del lavoro. Cioè il medico resta dalle varie riforme sub riformato. Oggi l'idea di un nuovo medico di fatto si pone almeno sul piano storico con 40 anni di ritardo. Quindi si tratta di recuperare questo ritardo.

Tesi

N° 76

L'invarianza delle prassi mediche nei confronti del cambiamento sociale è uno dei più grandi problemi che la professione deve porsi. Il nuovo medico con ciò che non cambia non va d'accordo. L'ordinamento dell'ultimo secolo ha lasciato intatte le grandi contraddizioni del lavoro medico che oggi insieme ad altri fattori, hanno contribuito ad esacerbare la questione medica. Urgente quindi è ridefinire le prassi professionali dentro nuove idee di servizi e nuove idee di organizzazione.

Quesiti

N°1

Non credete che se il lavoro professionale è in mezzo tra il medico e il malato esso è la risposta del medico al bisogno del malato?

N°2

Ma se è così allora il lavoro se è tarato sulla malattia è un conto, se il lavoro è tarato sul malato è un altro conto, o no?

N°3

Se il lavoro è tarato solo sulla clinica quindi sulla malattia è un discorso, se è tarato anche sul modo di impiegare le risorse e sul modo di valorizzare la professione e sulla necessità di recuperare la fiducia, allora non pensate che il discorso sia un altro?

N°4

Insomma non pensate che il lavoro non sia solo banale lavoro quello descritto nelle norme e nei contratti ma sia anche qualcosa di altro? Cioè la carta di visita del medico nei confronti di un mucchio di interlocutori a partire dal malato?

N°5

Non pensate che aver svalutato il portato riformatore del lavoro in tutti questi anni sia stato un errore?

N°6

In che modo si restituisce al lavoro il suo portato riformatore?

N°7

Parliamoci chiaro, il lavoro come modo di operare e di organizzare i servizi è fermo da troppo tempo, come si può intervenire?

N°8

Basta riorganizzare quello che c'è, basta riordinare i modelli che ci sono, basta migliorare le formule cioè razionalizzare gli schemi o serve, anche se ci piace poco, riformare più a fondo il lavoro come si è assestato nella storia?

N°9

Regolarsi sull'archè, sulla complessità, su una società esigente cosa comporta per il lavoro? Per i contratti? Per le retribuzioni?

N°10

Vi rendete o no conto del fatto che se il lavoro recuperasse la sua vocazione riformatrice i lavoratori diventerebbero i primi protagonisti del cambiamento? Quale rilegittimazione più forte di questa?

Il medico e l'ospedale

Sinossi

Da almeno un secolo la sanità ha due contraddizioni che sino ad ora non sono state in alcun modo rimosse:

- *nella sanità intesa come unico sistema (macrostruttura) esistono due sanità nate e concepite storicamente come distinte e separate, la medicina di base e la medicina specialistica ambulatoriale da una parte e l'ospedale dall'altra quando tutto ci dice che servirebbe una unica macrostruttura integrata*
- *nella sanità delle sanità separate i servizi sono per lo più obsoleti cioè hanno modelli di organizzazione non giustificati né dai bisogni dei cittadini né da quelli di economicità della gestione.*

La cosa che fino ad ora non si è riusciti a riformare è l'idea che in una macrostruttura possano esistere sistemi separati e l'inadeguatezza dei modelli di organizzazione dei servizi. Ciò per quota parte è alla base dei problemi di sostenibilità della sanità pubblica e di quelli che rientrano nella questione medica. La relativa sostenibilità del sistema sanitario è funzione del suo grado di riformabilità. Meno si riforma e meno si è sostenibili.

La medicina di base estesa alla specialistica ambulatoriale e l'ospedale sono rispetto alla cura delle malattie i veri pilastri della sanità pubblica, la loro relativa irriformabilità è causa di una relativa irriformabilità di tutto il sistema sanitario. Non si riforma nulla se non si passa per queste tre priorità.

È bene ricordare che la riforma del 78 è nata come soluzione ai problemi di insostenibilità delle mutue. Essa avrebbe dovuto ricostruire nuovi equilibri in luogo di quelli vecchi senza i quali i diritti alla tutela sanitaria diventavano improbabili e implausibili. Oggi da un punto di vista storico si può dire che oggi la questione sostenibilità viene da lontano cioè non è un problema contingente ma strutturale. Essa inerisce la storia del nostro sistema sanitario e il suo grado di relativa irriformabilità

Tesi

N° 77

È arrivato il momento di ripensare l'ospedale cioè il servizio attraverso il quale un gran numero di medici entrano in contatto con un gran numero di malati. Ripensare il medico se vale in generale come ripensamento delle prassi organizzate in servizio, in particolare vale per l'ospedale. L'ospedale è il luogo dove più forte è la sfiducia dei cittadini nei confronti della medicina, è il luogo dove

più forte è il fenomeno del contenzioso legale, e il luogo elettivo della clinica. L'ospedale quindi è il luogo dove più forte e evidente è la ricaduta sulle prassi della crisi del paradigma positivista. Clinica e ospedale sono la stessa cosa se bisogna ripensare la prima allora il secondo non può restare invariante come non può restare invariante il medico ospedaliero.

Quesiti

N°1

È concepibile un altro genere di ospedale? Cioè un ospedale che abbia caratteristiche strutturali e sovrastrutturali diverse da quelle che attualmente ha?

N°2

O l'ospedale per forza deve essere quello che è da almeno 100 anni?

N°3

È ragionevole proporre di cambiare tutto il possibile, medico, medicina, organizzazione, meno l'ospedale?

N°4

Si può cambiare l'ospedale nel senso di renderlo più adeguato ai bisogni di cura di questa società, di renderlo meno inutilmente costoso, e di farne un luogo dove il medico esprima la sua professionalità, dove il ricovero non sia altro che un pezzo di un processo di cura che come un continuum, inizia dal luogo di vita del malato, e dove il cittadino non è considerato un ricoverato ma un ospite? O è utopia?

N°5

Se in un sistema di servizi le diverse funzioni del lavoro medico sono interconnesse (medicina generale, specialistica ambulatoriale, prevenzione, farmaceutica, ecc) è logico o no considerare l'ospedale come se fosse un'enclave?

N°6

Per quale ragione in 40 anni di riforme ancora oggi non si è riusciti a trovare soluzioni soddisfacenti per integrare il territorio con l'ospedale?

N°7

Cos'impedisce in concreto il processo di integrazione?

N°8

In questi anni si è andati dietro in modo passivo ad un processo di deospedalizzazione fino ad arrivare ad un processo di ospedalectomia. Non pensate che sia arrivato il momento di rimettere in equilibrio le politiche e pensare ad un processo di rispedalizzazione nel quale però, questa è la condizione, l'ospedale sia davvero ripensato nelle sue radici?

N°9

Fino ad ora la funzione ospedaliera ha coinciso con la struttura dell'ospedale. Credete possibile riorganizzare la funzione in altre strutture in altri servizi nel senso della loro continuità? Cioè includendo funzionalmente dei posti letto dentro le organizzazioni integrate anche se per ovvie ragioni i letti sono collocati fisicamente in ospedale?

N°10

La soluzione dipartimentale è stata introdotta in ospedale per integrare meglio le sue parti interne e per favorire i rapporti con la medicina di base, per la prima volta nel 1968 e da allora ad oggi non abbiamo fatto nessun significativo passo in avanti. Che ne dite se tentassimo almeno una ridefinizione del dipartimento alla luce delle sue inconcludenze?

N°11

Non ritenete imbarazzante che l'ospedale moderno sia ancora oggi definito sul piano organizzativo da parametri che alla loro origine risalgono al 1939 (Legge Petragliani)?

N°12

Su quali altri parametri è oggi possibile riorganizzare l'ospedale?

Il medico e la medicina convenzionata (medicina di base e specialistica ambulatoriale)

Sinossi

Non ha senso riformare l'ospedale senza riformare contestualmente la medicina convenzionata, non c'è dubbio che il vero atto riformatore è sostituire una non relazione tra la medicina di base e il resto, con una relazione. Se l'ospedale cambia e la medicina di base e la specialistica ambulatoriale no si buca l'obiettivo della relazione. Cioè si buca l'intero progetto di far ruotare tutto il sistema a partire dal luogo di vita del malato. Quindi si buca lo scopo di rendere sostenibile il sistema attraverso il riequilibrio tra ospedale e luogo di vita del cittadino. Se il progetto di ripensamento fa del luogo di vita l'hub e il resto lo spoke non vi è dubbio che la medicina di base assume una importanza strategica diventando di fatto la cerniera tra la domanda di salute e l'offerta di sanità. Per fare in modo che la "medicina convenzionata" diventi hub bisogna ripensarne il ruolo e andare ben oltre un vecchio modello di assistenza ambulatoriale.

Tesi

N° 78

È ormai improcrastinabile superare il sistema duale che ormai ha più di un secolo fatto dalla separazione tra medicina convenzionata e medicina pubblica. Questo è possibile solo:

- decidendo il luogo di vita del cittadino come hub e tutto il resto come spoke cioè decidendo un solo perno del sistema intorno al quale far ruotare tutto il sistema*
- ripensando la medicina di base e la specialistica ambulatoriale cioè ripensare lo strumento della convenzione*
- ripensando in modo evolutivo il medico quale prestatore d'opera modernizzando il suo vecchio status di libero professionista*
- ripensando le organizzazioni del lavoro nel senso di dipartimentalizzare tanto la medicina di base che quella specialistica verso l'ospedale.*

N° 79

Ormai non si tratta più di integrare servizi concepiti per essere divisi (medicina di base medicina specialistica ambulatoriale e ospedale), ma di definire un sistema unitario costituito da sottosistemi correlati e riorganizzati come tali.

Quesiti

N° 1

Abbiamo ereditato un sistema "duale" praticamente "fuori dall'ospedale e dentro l'ospedale",

cioè una idea di ospedale, quale demarcazione (o dentro o fuori), non credete che sia arrivato il momento di abolire per ragioni diverse di convenienza, le demarcazioni?

N° 2

Non credete che sia meglio per il malato e per il medico entrare nell'ordine logico del continuum cioè di un genere di assistenza senza interruzione della sua continuità?

Pensate possibile organizzare le varietà assistenziali non separate da confini netti, ma unite con punti di contatto e di sovrapposizione tali da determinare il passaggio graduale del malato dell'una nell'altra?

N° 3

L'idea di continuum non è lineare ma graduale quindi una organizzazione discreta fatta di snodi cioè di soluzioni di collegamento tra diverse funzioni assistenziali che consentono spostamenti e passaggi. Quindi non pensate che sia il caso di concentrarci sugli snodi più che sui servizi?

N° 4

Le cure primarie, l'assistenza di base, la medicina generale sono destinate ad assumere sempre più un ruolo di cabina di regia rispetto al resto del sistema cioè a funzionare da relais tra il luogo di vita del malato e il resto del sistema dei servizi, come pensate sia possibile organizzare questa funzione di relais?

N° 5

È fantascientifico immaginare una medicina generale integrata con la specialistica che insieme assistono il malato nel suo luogo di vita a partire dal domicilio, e che si servono funzionalmente cioè in modo dipartimentale di spazi ospedalieri per i casi che necessitano del ricovero?

Il medico e lo stato giuridico della professione anche al fine della sua ricapitalizzazione

Sinossi

Il superamento del sistema duale medicina convenzionata/medicina pubblica pone il problema di definire un comune status giuridico della professione medica. Se si suppone di integrare i diversi sottosistemi della sanità con soluzioni organizzative anti-tayloristiche non ha senso distinguere giuridicamente e contrattualmente medico da medico. Quindi il quesito che si pone è quale statuto giuridico per un medico oltre le distinzioni e le separazioni storiche?

Tuttavia, la questione di definire un nuovo statuto giuridico per una sorta di medico unico versatile e polivalente non può essere scollegata da quella della spesa pubblica che considera paradossalmente il lavoro medico in sanità un anti capitale. Cioè la ridefinizione giuridica del medico non può che coincidere con una operazione di ricapitalizzazione della professione.

Tesi

N° 80

Una proposta di riforma del lavoro medico dovrebbe avere lo scopo di produrre un valore aggiunto, che risponda alle esigenze dei diritti delle persone e a quelle non meno importanti della spesa pubblica, ma anche a quelle delle legittime ambizioni di chi lavora a partire dal salario.

N° 81

Oggi è irrealistico rivendicare salario, se il suo costo si ripercuotesse semplicemente sulla crescita della spesa pubblica senza offrire alcuna contropartita. Se si vuole ricapitalizzare il lavoro medico l'unica strada realistica sono le contropartite che il medico deve offrire al cittadino e alla spesa pubblica.

N° 82

Per accrescere il valore aggiunto del lavoro si tratta di usare il lavoro come il principale motore per fare sostenibilità. La leva su cui agire è lo scambio autonomia/responsabilità/ risultati, quindi andare oltre lo statuto giuridico del lavoro dipendente o convenzionato e inventare una nuova specie di operatore azionista per il quale il lavoro è un capitale da valorizzare il più possibile.

N° 83

Il lavoro quale capitale sarà retribuito attraverso un contratto unico degli autori applicato tramite dei professional agreement cioè contrattando delle transazioni tra professione e management e cittadini.

N° 84

Si tratta di capire come dare oggi un prezzo al lavoro medico che da una parte, per sua natura, non avrebbe un prezzo perché esso ha eticamente ed economicamente un valore incommensurabile, e dall'altra parte è comunque deprezzato dalle politiche restrittive in atto che lo riducono ad un puro costo da comprimere.

N° 85

Si tratta di trovare una mediazione tra valore del lavoro e costo del lavoro, mediazione impossibile da trovarsi a lavoro e a strumenti contrattuali invariati, men che mai senza includere nel suo valore aggiunto i problemi della spesa e quelli della società.

N° 86

Le politiche di de-capitalizzazione del lavoro vanno quindi affrontate sul loro terreno che è quello della crescita, della riqualificazione della spesa pubblica, del rigore, del risanamento e della produzione di ricchezza e del soddisfacimento dei bisogni sociali.

N° 87

Si tratta di fare due operazioni:

- *ricapitalizzare il lavoro per rifinanziare la spesa pubblica con un altro genere di definizione giuridica della professione*
- *usare la ridefnizione giuridica per cambiare il lavoro con lo scopo di contribuire a rendere sostenibile la sanità in modo del tutto diverso da quella intesa come compatibilismo.*

N° 88

Si tratta di usare in senso riformatore la circolarità dei rapporti che esistono tra spesa pubblica/sanità/lavoro per invertire le tendenze in atto. L'idea politica è proporre alla spesa pubblica un accordo in cui il lavoro si impegna a produrre sostenibilità quale equilibrio tra domanda e offerta e quale ricchezza cioè quale salute.

Quesiti

N° 1

Se la dipendenza in qualsiasi forma contrattuale essa venga sancita, è una causa attraverso la quale passa una lesione alla autonomia del medico, come può essere ripensata?

N° 2

Se la dipendenza in qualsiasi forma, fino ad ora è stata un modo per controllare il lavoro del

medico attraverso compiti e obblighi, come è possibile controllare il lavoro medico nel senso di garantirsi gli effetti auspicabili cioè dei risultati, in altro modo? Nella autonomia più che nella dipendenza?

N° 3

Come si può definire un medico che comunque dipende da un contratto ma che nello stesso tempo è del tutto autonomo nei modi di operare dovendo rispondere sul piano dei risultati?

La medicina, il medico e il futuro

Una nuova definizione di medicina

Sinossi

I cambiamenti critici nel paradigma positivista, insieme a quelli riconducibili alla “questione medica” impongono necessariamente una ridefinizione della definizione di medicina. Le novità come si è visto sono tante e tutte pongono in risalto non solo l'inadeguatezza delle definizioni storiche di medicina, ma soprattutto la difficoltà a disporre di una definizione esaustiva nell'attuale quadro di classificazione delle scienze. Una definizione soddisfacente dovrebbe essere in grado di ridefinire in modo non solo positivista “l'identità” della medicina, vale a dire la sua “unità” come sapere e fare di ciò il criterio convenzionale di riferimento. Non è facile questo spiega perché in tutto l'occidente medico fino ad ora a parte denunciare la crisi del medico non è venuto fuori nulla di serio e di importante. La riscrittura di un paradigma resta una impresa riformatrice complessa quanto complesso è un paradigma. Per riscrivere un paradigma è necessario conoscere un mucchio di cose. Resta inteso tuttavia che se il problema è la ridefinizione del medico questo non è risolvibile se, allo stesso tempo, non si chiarisce l'identità della medicina. Non si cambia medico a paradigma invariante perché è questo che ne definisce l'identità.

Tesi

N° 89

La medicina è una super conoscenza cioè una conoscenza di conoscenze non tutte riconducibili solo al medico con un forte carattere scientifico eclettico e speculativo e con l'obbligo di essere super realista cioè di interpretare pragmaticamente la realtà attraverso i fatti, gli eventi, i fenomeni le espressioni e le manifestazioni dei malati intesi come esseri persone cittadini e individui.

N° 90

La medicina non può che essere una conoscenza a molte conoscenze perché tanto la malattia che il malato sono mondi a molti mondi.

Secondo l'interpretazione a molti mondi, ogni malattia è un sistema di fatti e di eventi di diversa natura tutti ugualmente reali e che interagiscono tra loro.

Essa serve per dare un significato e una visione d'insieme della malattia e del malato. L'interpretazione a molti mondi introduce l'idea che una qualsiasi osservazione abbia come conseguenza la presa d'atto che qualunque malato è in realtà un mondo complesso in cui diversi risultati di cura sono possibili.

N° 91

La medicina se è una super conoscenza allora i medici sono dei super ricognitori e in quanto tali essi non possono evitare di fare una riflessione inter-scientifica. Cioè negli atti che essi compiono deve essere inclusa una riflessione su di essi. Tale riflessione riferisce dell'alto grado di intellettualità della professione medica. Esso è irriducibile pena lo snaturamento della professione. Qualsiasi atto medico è prima di tutto un atto riflessivo cioè un pensiero sul pensiero. Per un medico operatività e riflessione sono un tutt'uno, perché la medicina, oggi più di ieri, deve rendere conto di quello che fa fornendo spiegazioni al malato, alla società, alla gestione. La medicina è allo stesso tempo una spiegazione scientifica della malattia e una spiegazione sociale al malato.

Quesiti

N° 1

Non c'è dubbio che ridefinire il paradigma della medicina è un'impresa storica che, in quanto tale, necessita di una vera e propria "convenzione dei punti di vista". Quindi si tratta di una ridefinizione per accordo. Non credete che sia arrivato il momento di mettere mano a questa impresa storica? Cioè di organizzare un vero e proprio lavoro ridefinitorio con il concorso dei tanti interlocutori che, in un modo o nell'altro, concorrano di fatto alla definizione di medicina?

N° 2

Alcuni insistono nel trovare le soluzioni alla “questione medica” senza mettere le mani sulla questione medicina, non credete che questo sia non solo sbagliato ma illogico. Come si fa a prevenire la frana senza mettere in sicurezza la montagna?

N° 3

Tenendo conto dei tanti mutamenti che sono intervenuti nel mondo della medicina nell’ultimo secolo, oggi, voi come definireste la medicina?

N° 4

Basta definirla come ancora oggi è definita nei vocabolari?

N° 5

Ma se la medicina è ridefinibile allora il medico a sua volta è ridefinibile e viceversa ma se è così non credete che medico e medicina per essere credibile dovrebbero essere ridefinibili insieme e contestualmente?

N° 6

Come?

La medicina della scelta, l'autore e l'esigente.

Tesi di ridefinizione

Tesi per ridefinire il malato

Sinossi

In ragione delle tesi sin qui proposte in particolare la n° 90, 91, 92, vi è la necessità di ridefinire la medicina scientifica fino ad ora designata semplicemente con il termine “medicina”. Siccome nessuna medicina può essere dedotta o definita a società assente ignorando il suo vero postulato vincolante, che è il malato, proponiamo una ridefinizione del malato come sintesi di quanto esposto nella macro-area sul rapporto tra medico e società. La definizione che più avanti daremo della medicina sarà coerente con questa ridefinizione.

N° 92.0

Il malato è un ente ontologico che funziona da premessa per tutto quanto rientra nell'ambito del ragionamento e della prassi medica. La medicina va definita sulla base delle necessità di tale ente. Ciò vuol dire che le qualità e le caratteristiche dell'ente decidono come usare le conoscenze scientifiche quindi il modo di essere del medico. Un medico non è definibile senza definire preventivamente il malato quale premessa per l'esercizio della propria professione.

N° 92.1

Il malato per definizione è una complessità e in quanto tale non è in nessun modo riducibile a natura. Egli molto più verosimilmente è un mondo a molti mondi fatto di mondi reali e di mondi possibili. Assumendo il malato come mondi a molti mondi nessuna spiegazione medica può essere unica cioè di un solo genere.

N° 92.2

In senso molto generale il malato è l'insieme di tutto ciò che egli è, quindi egli è la totalità della sua storia e della sua vita. In quanto tale egli è intelligibile cioè si può conoscere in tante maniere. Questo significa che la spiegazione scientifica della malattia va integrata con altri generi di spiegazioni.

N° 92.3

Il malato oltre ad essere un mondo a tanti mondi è un mondo possibile cioè egli rappresenta in

quanto tale una possibilità di cura, quindi una possibilità di cambiamento. La cura possibile del malato reale, altro non è che un insieme di ipotesi di cura che nascono prima di ogni cosa dal suo essere malato e dal suo essere in relazione con il medico. La cura è un potenziale che per prima cosa appartiene al malato. La relazione di cura è la condizione per esprimere al meglio il potenziale di cura di un malato.

N° 92.4

La cura quindi non è mai contro-stante la malattia ma è a partire dal malato. Il rapporto tra malato reale da curare e cura possibile si definisce “relazione di possibilità relativa”. Essa è relativa tanto alle risorse del malato che a quelle della medicina scientifica che a quelle economiche messe a disposizione. Essa quindi è relativa rispetto all’uso compossibile di tutti i tipi di risorse effettivamente disponibili. Tutti i generi di risorse, personali, relazionali, scientifiche, economiche devono cooperare al fine della cura.

Quesiti

N° 1

Fino ad ora e ancora ora per tante ragioni la premessa del ragionamento medico è stata ed è la malattia. Cosa succede se al posto di questa premessa si mette quella del malato? Il ragionamento scientifico resta sempre quello o cambia?

N° 2

Se cambia il ragionamento scientifico, perché cambia la premessa, la medicina resta sempre quella di prima o cambia?

N° 3

Se il malato è la nuova premessa e se esso è semplicemente metafora di complessità allora non pensate che per ridefinire tanto la medicina che il medico si debba partire da questa complessità?

N° 4

Accettare che la natura del malato e quindi della malattia sia decisiva nel definire tanto il medico che la medicina, cosa significa sul piano pratico?

N° 5

Trovate inaccettabile che la complessità del malato ci induca a ridefinire la medicina e il medico oltretutto sul piano strettamente scientifico anche su altri piani culturali, sociali, antropologici?

N° 6

È proprio inaccettabile convincersi a partire dalla complessità non solo naturale del malato che la medicina non sia solo scienza tout court cioè scientismo ma sia anche scienza ed altro? Cioè scienza quale conoscenza estesa?

N° 7

Ritenete offensivo che la medicina sia definibile come un sapere scienziato cioè intesa unicamente nello schema galileiano del sapere sperimentale matematico e oggettivo? Oppure vi sono altre concezioni possibili di scienza? Se il malato è complesso per definizione la scienza della complessità secondo voi è ammissibile o no?

N° 8

È accettabile che la società quindi il malato o il cittadino abbiano una parte nella definizione di scienza?

N° 9

La scienza è solo una questione di scienziati?

N° 10

Tutti invocano la scienza, ma di quale scienza stiamo parlando? Quella di Galileo, di Comte o quella della quale si è discusso per tutto il 900 e ancora oggi si continua a discutere?

Tesi per definire la medicina della scelta

Sinossi

Ora che abbiamo definito il malato si può tentare di definire la medicina. Per connotare una idea diversa di medicina rispetto a quella classica del paradigma positivista si propone di usare l'espressione. "medicina della scelta". Se il malato è un mondo a molti mondi, una complessità, un insieme di potenzialità, una singolarità, cade il presupposto metafisico del positivismo, che è quello della scelta clinica a senso unico resa obbligatoria da un unico universo con un unico decisore. Oggi la scelta non riguarda solo il medico ma anche il malato e per di più essa come scelta partecipata nei confronti della complessità impone di scegliere di più non di meno, e quindi impone nuove autonomie e nuove responsabilità. Per queste ragioni il concetto di scelta è assunto come emblematico di una nuova idea di malato e quindi di medicina. La scelta è quindi un concetto radicale che in sé riassume il senso del cambiamento.

N° 93.0

Si definisce medicina della scelta un particolare genere di medicina scientifica che fa della scelta il suo valore fondamentale e che sulla scelta definisce la complessità del proprio apparato concettuale.

N° 93.1

Con la "medicina della scelta", la società attraverso un contratto sociale di natura fiduciaria, delega al medico, la facoltà di scegliere in autonomia e responsabilità cosa sia maggiormente adeguato al proprio bisogno di salute e di cura, affidandogli l'onere di interpretare in modo garantito le sue necessità e quindi di scegliere pragmaticamente insieme a lui.

N° 93.2

La medicina della scelta è sempre una medicina razionale quindi scientifica ma nello stesso tempo è, per ragioni di complessità, una medicina ragionevole e relazionale cioè che usa, allo stesso tempo, il raziocinio, il buon senso e il consenso.

N° 93.3

Il postulato di fondo della medicina della scelta è la complessità del malato interpretato e assunto come un mondo a molti mondi (multiverso) riferito sempre ad una persona una situazione e un contesto. Il malato quindi per la medicina della scelta per definizione è un soggetto singolare perché singolari sono i suoi mondi personali situazionali e contestuali.

N° 93.4

La natura epistemica della medicina della scelta è ovviamente scientifica ma con un forte vincolo etico-pragmatista. La medicina della scelta sceglie con il malato ciò che è ritenuto maggiormente adeguato alla cura in funzione sempre dei risultati ragionevolmente e auspicabilmente conseguibili. Qualsiasi risultato può, in ragione del carattere fallibile dell'impresa medica, essere non conforme alle aspettative auspiccate o addirittura in contraddizione paradossalmente con esse, ma in nessun caso può essere difforme dalle intese intercorse tra medico e malato nella relazione di cura. L'intesa risponde quindi del risultato perché l'intesa risponde sempre delle scelte decise. Nessun tipo di risultato in una relazione di cura è spiegabile fuori della scelta e fuori dell'intesa che la giustifica.

N° 93.5

Il medico e il malato di fronte ad una necessità di cura, nella medicina della scelta, devono scegliere insieme la cosa giusta da fare. La cosa giusta è quella più adeguata quindi più razionale e più ragionevole allo stesso tempo. La medicina della scelta si basa sul postulato della scelta razionale e ragionevole condivisa e adeguata e per questo corresponsabilizzante.

N° 93.6

In medicina "razionale", vale secondo conoscenza scientifica disponibile e "ragionevole", vale secondo circostanze, situazioni contingenze, specificità, singolarità. La ragionevolezza è l'impiego della razionalità clinica non come valore assoluto, a priori, al di sopra e a prescindere dalla complessità con la quale si ha a che fare, ma come un valore relativo alla effettiva realtà del malato. La ragionevolezza è soprattutto senso pratico.

N° 93.7

Un giovane medico neolaureato senza esperienza tende ad essere razionale un medico non più giovane con tanta esperienza tende ad essere ragionevole. Il rapporto tra razionale e ragionevole è quindi interpretato sulla base della conoscenza che deriva al medico dalla propria esperienza. L'esperienza è una conoscenza che, su base empirica, con il buon senso, può correggere e perfezionare il razionale. La pratica serve a perfezionare la teoria. La teoria senza la pratica non può che essere razionale. La teoria con la pratica non può che essere ragionevole.

N° 93.8

La ragionevolezza è persuasione perché i suoi argomenti pratici puntano a creare le condizioni per il consenso, l'assenso, la condivisione della scelta clinica. Oggi le questioni più importanti, comprese tra "umanizzazione" e "consenso informato", pongono inediti problemi di ragionevolezza clinica

N° 93.9

Qualsiasi scelta ragionevole presuppone dei valori. Non si può scegliere copiando in senso terapeutico in modo contrario e antagonista i fatti della malattia. La scelta di cura non è la pura copia della malattia. E neanche è quella che prende semplicemente atto dei limiti esistenti. Una scelta presuppone una teoria del bene. La scelta è accettabile quando un medico si rapporta rispetto alla teoria del bene del malato ricavandone una propria teoria della razionalità. Un malato può tuttavia avere una teoria del bene diversa da quella del clinico. In questo caso e soprattutto se questa teoria contrasta con le conoscenze scientifiche disponibili, il medico deve tentare di convincere il malato ad adottare una teoria del bene non incompatibile con le conoscenze scientifiche disponibili. Nel caso in cui il tentativo del medico risultasse infruttuoso il medico deve rispettare la teoria del bene del malato ma il malato se ne deve prendere per intero la responsabilità.

N° 93.10

La medicina della scelta decide per il bene non per il razionale (buona diagnosi, buona terapia, buon trattamento, buon risultato ecc.). La scelta per forze di cose riguarda il "bene possibile". Inevitabilmente essa implica sempre un giudizio etico sui valori in gioco. L'ideale della scelta razionale e ragionevole è funzionare, riuscire negli intenti, ottenere risultati.

N° 93.11

La ragionevolezza per la medicina della scelta è un modo per garantire una certa ragionevole adeguatezza nel trattamento di un malato in certe situazioni. La decisione clinica è ragionevolmente adeguata se non trascura la situazione del malato, i contesti e i limiti che vi sono. L'adeguatezza diversamente dalla appropriatezza, non è un principio di corrispondenza al metodo razionale, ma è un principio di convenienza pragmatica rispetto alle situazioni, in cui si colloca il malato. Il malato nella propria situazione è la misura della razionalità non il contrario cioè di una razionalità avulsa dalla situazione. La razionalità adeguata alla situazione è ragionevole. Fuori dalle situazioni un medico può essere razionale ma non ragionevole. Per essere ragionevole la razionalità deve fare i conti con la situazione.

N° 93.12

La situazione non è solo una circostanza in cui si aggredisce e si combatte la malattia ma può essere una risorsa da sfruttare per ottenere meglio e di più dei risultati da parte del malato. In ogni situazione vi è un potenziale che non può essere ignorato. Ciò, ha un'enorme importanza perché cambia il modo di vedere sia del malato che della malattia. Il malato nel potenziale di situazione non è più solo una malattia che va curata, difeso, ma è anche colui che si autodifende, che si relaziona e che decide insieme al medico, che dà senso a quello che gli succede. Tutto questo è ragionevolezza.

N° 93.13

Nella medicina della scelta, il medico e il malato attraverso la relazione di cura si devono prendere la responsabilità della scelta ragionevole. Altrimenti a che servirebbe la relazione? La scelta ragionevole si impone se si ammette la complessità nella quale per forza si deve scegliere, perché in essa vi è il molteplice, il mutevole, il vario, il singolare, il contingente, il contestuale, il limite, il fallibile, lo scientifico, il sociale.

N° 93.14

Il medico quando delibera la sua scelta ha due generi di informazioni, quelle che gli derivano dalla sua conoscenza e quelle che gli derivano dalla situazione in cui versa il malato. Se egli si limitasse a credere solo alle sue conoscenze scientifiche allora vorrebbe dire che la sua scelta è perché vuole essere razionale. Se egli si limitasse a credere solo alle situazioni allora vorrebbe dire che egli è eccessivamente pratico perché giustificherebbe le sue scelte solo con ragioni contingenti. Se ne ricava che le informazioni singolarmente considerate non bastano a giustificare le scelte.

N° 93.15

Per il medico e il malato essere razionali e ragionevoli significa sempre scegliere la razionalità scientifica più conveniente. La razionalità scientifica più conveniente è sempre ragionevole perché per essere conveniente vuol dire che essa è scelta in base alla lettura delle reali necessità. La razionalità scientifica va quindi assunta con un grado di flessibilità. Per essa in genere a parte casi specifici non esiste un solo modo di ragionare.

N° 93.16

La razionalità più conveniente vuol dire che di fronte alla complessità sia per il medico che per il malato non c'è solo un modo di essere scientifici. Si può essere scientifici in modi diversi senza perdere la scientificità. Il modo più scientifico è quello che è più adeguato alla complessità e che dà maggiori risultati.

N° 93.17

Convenienza nel linguaggio pragmatico non vuol dire qualcosa che costa poco ma è l'accordo tra scelta, necessità e situazione. Di volta in volta, a seconda della situazione, scegliere significa decidere il modo razionale più conveniente perché ciò che è vero per un malato è sempre tanto la sua necessità che la sua situazione.

N° 93.18

La medicina della scelta favorisce e riconosce il valore della scelta che sceglie davvero. La medicina

positivistica al contrario subordina la scelta al prepensato nei confronti di ciò che è necessario al malato. Ma il prepensato soprattutto se usato e applicato in modo imperativo e performativo rischia di essere poco conveniente perché limita, le facoltà decisionali del medico e del malato. Il prepensato al quale ovviamente per ragioni di garanzie scientifiche, non si può rinunciare, deve favorire la scelta del medico ma non surrogarla e meno che mai imporgliela. Deve essere a sua volta conveniente.

N° 93.19

Per la medicina positivista non c'è scienza senza ragionamenti prepensati e quindi organizzati in procedure razionali. Le procedure razionali servono a garantire la scientificità delle scelte, tuttavia la medicina della scelta sostiene che non è ragionevole imporre alle relazioni un pensiero prepensato. La relazione è una situazione che produce nuova conoscenza e quindi si tratta di usare il prepensato nella relazione e scegliere a partire dalla relazione. Le procedure razionali hanno l'obbligo di confrontarsi per verificarsi con la relazione. La relazione è conoscenza.

N° 93.20

Prepensare le scelte cliniche è come prepensare gli atti clinici, quindi il legame che esiste tra ciò che è prepensato per il medico e ciò che fa il medico è strettissimo. Il prepensato serve ad assistere il medico ma esso deve sempre essere funzionale alla sua scelta.

N° 93.21

La scelta è l'atto inteso come insieme dell'azione e dell'agente, quindi come l'insieme della decisione e di chi agisce; nello stesso tempo è l'insieme di conoscenze intelletto e volontà, quindi fondamentalmente un giudizio, nel senso che la scelta è sempre un atto giudicante nei confronti di una necessità in una situazione. Ma chi giudica è il medico non il prepensato di cui si serve per giudicare.

N° 93.22

Il tema della scelta, spesso, è alla base non solo di un conflitto sociale tra scienza e società ma anche di un conflitto professionale tra gestori e operatori. È del tutto irragionevole sollecitare autonomia per il medico, accettando che egli agisca in modo appropriato sulla base di procedure prepensate. Come è del tutto ingannevole rispondere alle necessità singolari del malato con procedure prepensate sulla base di standard statistici. L'autonomia tanto del medico che del bisogno del malato ha senso se entrambi accettano la logica complessa della scelta.

N° 93.23

La scelta per la medicina della scelta non rientra tra quelle teorie che la definiscono come una sorta

di teoria della decisione e che suppone un medico razionale che in quanto tale dovrebbe comportarsi in un certo modo. Queste teorie in genere vertono su una idea di decisione presa in rapporto ad una certa quantità di informazioni e si avvalgono di diagrammi ("alberi decisionali") che illustrano tutte le scelte possibili e i loro esiti. La scelta, per la medicina della scelta, non suppone solo un medico razionale ma anche ragionevole e pratico e che comunque decide sempre con qualcun altro e sempre dentro contesti problematici. La medicina della scelta non teorizza comportamenti ideali come la medicina positivista ma comportamenti pragmatici perché oltre ad essere interessata ovviamente alla propria conformità scientifica è interessata ai risultati conseguibili.

N° 93.24

La decisione per la medicina della scelta è un momento conclusivo di un ragionamento deliberante nel quale il medico esprime il suo impegno verso una delle diverse alternative possibili. Qualsiasi scelta è un atto di esclusione verso altre scelte possibili, ma anche verso altre credenze possibili. Credere per un medico che qualcosa sia o non sia coincide con l'accettare e il rifiutare sempre qualcosa e ciò a sua volta coincide con il fare e il non fare. Si confermano i nessi stretti che esistono tra scelta e azione. Dire che un medico si esprime attraverso deliberazioni razionali e ragionevoli significa che egli è motivato ad agire nei confronti di un malato nel modo più conveniente, perché dimostra una disposizione a scegliere ciò che egli crede ragionevole scegliere.

N° 93.25

Nella medicina positivista in genere la spiegazione della scelta è quasi sempre una spiegazione deterministica, per cui il medico spiegherà che la malattia è la causa che spiega la scelta. Per la medicina della scelta invece sarà una spiegazione a molti mondi. Per la medicina della scelta la scelta non può essere interpretata con una unica spiegazione, o meglio di fronte alla complessità la spiegazione unica non è così convincente e così conveniente come si pensa.

N° 93.26

Qualsiasi scelta nella medicina della scelta è in funzione delle possibilità che la scelta offre sia al medico che al malato. Per un medico e un malato non si tratta di effettuare solo scelte razionali ma soprattutto scelte adeguate a delle ragionevoli possibilità. Può capitare che la possibilità non coincida con l'idea convenzionale di adeguatezza, in questo caso si ha una eccezione. In questo caso il medico in funzione della possibilità deve adeguare la sua idea di adeguatezza. L'adeguatezza è un modo di essere del medico, essa è sempre funzione di una possibilità non è mai un valore autoriferito. Cioè il modo di essere del medico deve essere relativo alle reali possibilità di cura. Cioè deve essere conveniente.

N° 93.27

Il campo possibile di una scelta per un medico e per un malato non è illimitato (per tante ragioni tecniche, scientifiche, relazionali, organizzative, economiche ecc.) per cui si pone la necessità di usare dei criteri di interpretazione relativi a quella che si crede una scelta ragionevole. La necessità di un accordo con il malato si pone perché questo genere di scelte non può farle il medico solo con la propria razionalità. Si tratta di decidere rispetto a dei limiti e quindi di assumersi delle responsabilità.

N° 93.28

Le scelte che implicano un accordo con i limiti si chiamano “preferenze condizionali”, cioè scelte che rappresentano una mediazione con i limiti che esistono.

L'elemento che caratterizza tali preferenze è sempre una relativa arbitrarietà della scelta stessa: dal momento che esse dipendono dalla relazione e dai limiti esse si specificano sempre relativamente a qualcosa, cioè non sono mai scelte assolute. Esse sono relativamente “arbitrarie” ma solo nel senso che potrebbero essere altrimenti.

N° 93.29

È importante condividere con il malato cosa debba essere una scelta conveniente, cioè se dato un obiettivo di cura, questo è possibile raggiungerlo in più modi dati certi limiti. Conveniente in questo caso assume i significati di contingenza, di condizionale, di situazione, quindi di molteplice, multivalente, di adatto al proprio malato, di limitante.

N° 93.30

La convenienza di una scelta consiste nell'esprimere delle possibilità nei confronti di certi limiti dati. Se data una situazione un accordo con il malato è conveniente, allora si può rappresentare tale convenienza come “scelta” di possibilità e di limiti condivisi. In questi casi è come se si fosse trasformato il limite in possibilità.

N° 93.31

La scelta si preoccupa di rispettare le condizioni di convenienza reciproca di una relazione. Nella relazione ciascuno si assume la responsabilità di quello che asserisce, per cui il compromesso possibile tra il medico e il malato è di natura pragmatica. La verità è nella scelta che si condivide. La grande differenza tra la medicina positivista e la medicina della scelta, è che nella prima le scelte devono essere verificate, mentre nella seconda le scelte certamente debbono essere verificate ma anche argomentate e condivise. Cioè devono essere convincenti.

N° 93.32

Per la medicina della scelta oltre alle evidenze scientifiche che restano ovviamente i riferimenti più importanti per il giudizio clinico vi sono anche le rilevanze. Si chiama rilevante qualcosa di importante per il significato complessivo del contesto in cui ricorre. La rilevanza quindi riguarda quegli elementi ritenuti importanti per il giudizio in una determinata situazione, sia nel senso delle possibilità che in quello dei limiti. La rilevanza attiene anche a ciò che crede il medico e il malato. L'accordo tra medico e malato riguarda ciò che entrambi considerano evidente e rilevante.

N° 93.33

I giudizi clinici basati sulle evidenze scientifiche forniscono al medico i motivi per agire per cui sono delle vere e proprie indicazioni operative. Per un clinico è inconcepibile affermare che una scelta va fatta e non adottarla e non raccomandarne l'adozione al malato. Tuttavia, per la medicina della scelta nella situazione in cui si trovano il medico e il malato, tutto ciò per funzionare ha bisogno di una condivisione. La scelta è la risposta in un certo momento in una data situazione con un certo malato, che trasforma ciò che si crede in ciò che va fatto.

N° 93.34

Per la medicina positivista in generale l'accettabilità razionale è qualcosa di conforme alla razionalità scientifica. Per la medicina della scelta l'accettabilità ragionevole invece si definisce sempre per "gradi" e in relazione al malato e alla sua situazione concreta. La scelta è un grado di plausibilità tanto di razionalità che di buon senso.

N° 93.35

Le scelte sono capacità cioè frutto di un accordo tra necessità e limiti. Il problema non è tanto corrispondere alla malattia ma essere coerente con il malato e con le sue difficoltà concrete. La coerenza delle ipotesi cliniche, la loro adattabilità al malato, il grado di accettabilità razionale, ecc. non sono da considerare cose che consentono di fare qualcosa, ma capacità che permettono di scegliere e di decidere.

Quesiti

N° 1

Nel momento in cui si decide di ridefinire la medicina e quindi il medico non ritenete giusto dare a tale ridefinizione un nome per comunicarla e per sancire anche la differenza con il passato?

N° 2

Quale nome daresti alla nuova medicina e al nuovo medico?

N° 3

La medicina della scelta è una ridefinizione nel senso che individua un riferimento, un concetto in grado di fare la differenza tra passato e futuro. Condividete che questo riferimento debba essere la scelta? O vi è qualcosa di altro più efficace di demarcare il prima dal dopo?

N° 4

Nella medicina di ieri il medico sceglie meno, in quella del futuro sceglie di più, quindi dietro al concetto di scelta vi è quello di autonomia, il medico di ieri ha meno autonomia rispetto al medico del futuro, cosa ne pensate?

N° 5

Dietro il concetto di autonomia vi è quello di realtà. Il medico di fronte ad una realtà ridotta a malattia ha una certa autonomia quella concessagli dal metodo (ad esempio); il medico di fronte ad una realtà complessa, deve avere più autonomia anche rispetto al metodo. Secondo voi qual è la definizione di medicina più realistica? Quella che subordina tutto al metodo o quella che oltre il metodo si prende la responsabilità di interpretare la realtà che resta fuori dal metodo?

N° 6

Medicina della scelta significa, molto più semplicemente, una medicina ancor più realista di quella che è perché accetta di misurarsi con la realtà del malato e non manipola la realtà del malato per farla rientrare nei propri canoni di razionalità scientifica. Cosa ne pensate?

N° 7

È meglio una medicina che si sforza di essere adeguata alla realtà o una medicina che si sforza di adeguare la realtà alla propria razionalità?

N° 8

Cosa pensate di una medicina che per essere razionale rischia di non essere adeguata alla realtà?

N° 9

È utopistico immaginare una medicina oltreché razionale anche ragionevole ma, se per essere

ragionevole la medicina deve adattare la razionalità alla realtà, secondo voi “ragionevole” vale come più scientifico o come meno scientifico?

N° 10

La medicina della scelta è tanto razionale che ragionevole, quella di prima, cioè la medicina classica tarata sulla malattia, è razionale, quella tarata sul malato è anche ragionevole. Quale delle due è più adeguata alle sfide di questa società?

Tesi per ridefinire il medico

N° 94.0

Sulla base delle caratteristiche di fondo della medicina della scelta si tratta di dedurre il genere di medico ad essa più congegnale. Si propone di indicare con il termine “autore” un genere di medico in grado di decidere e scegliere secondo i principi della medicina della scelta.

N° 94.1

L'autore è il medico che sceglie cosa sia meglio fare scambiando auto-nomia contro re-sponsabilità (auto-re), vale a dire è colui che decide in autonomia ma in modo responsabile scambiando risultati con retribuzioni. Autore è anche il malato che decide insieme al medico. Costoro sono coautori della cura.

N° 94.2

Il medico 'autore, equivale ad un ripensamento profondo del modo di essere del medico positivista ed è la risposta alle principali scollature tra medicina e sanità, tra medicina e società, tra medicina e economia. L'autore è colui che in nome dell'interesse primario del malato con razionalità e ragionevolezza ha la capacità e la facoltà di ripensare, quando necessario e se necessario, il prepensato nelle situazioni e nelle relazioni date. Se non avesse questa libertà non sarebbe un autore ma al contrario un dipendente dal proprio apparato concettuale. Un autore sceglie ciò che è conveniente fare. Se il medico non sceglie non è un autore.

N° 94.3

Il medico positivista ha meno autonomia rispetto all'autore della medicina della scelta perché la sua autonomia è non solo riferita solo al mondo clinico ma riferita ad un procedimento prepensato. La maggiore autonomia riconosciuta all'autore serve a governare la complessità. L'autore non si regola solo con il principio scienza e coscienza ma anche con quello della convenienza pragmatica, quindi scienza e coscienza ma secondo convenienza e complessità.

N° 94.4

Ad una crescita dell'autonomia per l'autore corrisponde una crescita delle responsabilità. Questa crescita di responsabilità va compensata con la condivisione. Se il malato ha una sua teoria del bene se ne assume la responsabilità attraverso il consenso informato. Il consenso informato a questo riguardo non può essere assunto solo come uno strumento di informazione ma dal momento che esso implica la scelta va assunto come un accordo tra autonomia e responsabilità cioè come uno strumento che sovraintende una corresponsabilizzazione nella relazione. La relazione oltre ad essere conoscenza è corresponsabilizzazione.

N° 94.5

Per la medicina della scelta la relazione dovrebbe essere tra due generi di autori diversi ma tra loro del tutto complementari il medico e l'esigente. L'autore a parte essere un medico razionale ragionevole e pragmatico è anche colui che è sensibile a quanto asserisce il malato. La sua responsabilità primaria riguarda comunque la consapevolezza delle conseguenze delle sue scelte.

N° 94.6

Il principale valore del medico autore quindi di chi sceglie è la prudenza. La prudenza in medicina media i rapporti tra ciò che è razionale e ciò che è conveniente. Questo riguarda tanto la clinica che le sue conseguenze economiche. Dato che la scelta si spiega prevalentemente in rapporto con la complessità, la prudenza è una virtù che si colloca tra la scienza, la tecnica, la pratica ordinaria e l'economia senza essere esclusivamente nulla di ciò.

N° 94.7

La prudenza del medico autore è assennatezza, perspicacia, discernimento, intuizione. La prudenza è abilità congetturale quindi è qualcosa che attiene al medico quale soggetto prudente. La prudenza dell'autore non può essere dedotta né dai modelli clinici, né dai metodi, né dalle conoscenze scientifiche né tanto meno dalle tecniche disponibili. Essa riguarda solo ed esclusivamente le qualità dell'autore che sceglie nelle situazioni date. La misura della prudenza è sempre l'opinione finale del malato e l'alto senso del limite. La prudenza rientra nelle abilità di chi opera in regime comunque limitato. Educare alla prudenza è educare al talento epistemico e alle complessità delle situazioni. Si tratta di una educazione tutt'altro che nozionistica.

N° 94.8

Le scelte del medico autore dipendono sempre da ciò che egli crede giusto fare. L'impegno a credere, da parte dell'autore, trasforma le proprie convinzioni in regole comportamentali. Le credenze sono come delle "disposizioni" a dire e a fare qualcosa. Se il medico crede che il malato sia solo malattia allora le sue scelte riguarderanno solo la malattia, se il medico crede che la malattia sia il malato, allora le sue scelte saranno diverse. Se il medico crede che la malattia sia un'astrazione razionale cioè traducibile in evidenze, allora, razionali saranno anche i suoi trattamenti.

N° 94.9

L'autore fondamentalmente è un opportunista "favorevole ad uno scopo". Egli ritiene la sua scelta conveniente se essa raggiunge uno scopo. Se ammettiamo il malato come riferimento per la scelta, allora l'opportunismo dell'autore è quello che si accorda, con il proprio malato per scegliere di usare certe informazioni e non altre.

N° 94.10

L'autore è un razionalista flessibile che non ha atteggiamenti mentali dogmatici. Il ragionevole, è un pensiero flessibile. La flessibilità è usata per compensare la rigidità delle regole non già per negarle.

N° 94.11

L'autore non può essere solo l'espressione di una razionalità interventista che si basa sul valore dell'azione. Per la medicina della scelta non sempre si tratta di agire. Nella medicina positivista, di solito, quando non si agisce, è solo perché ci si considera impotenti. La medicina positivista in generale deve agire perché è sempre alla ricerca degli effetti, a tutti i costi. "Non fare" per essa significa non produrre effetti. Il medico prescrive sempre le proprie azioni al malato perché è alla ricerca di effetti sul malato. L'azione clinica, così, esprime l'effettività del suo ideale razionale. Per la medicina della scelta esiste anche "il non fare come fare".

N° 94.12

Il medico spesso ha a che fare con richieste irragionevoli, infondate, con atteggiamenti consumistici che comportano svariati generi di diseconomie, con una mentalità terapeutica e diagnostica che vede nel farmaco o nell'esame diagnostico una prova di cura anche se la cura è inutile. Il "non fare" per un autore in tutti questi casi vale come fare. Ma oltre a questi casi vi sono le situazioni evolutive rispetto alle quali intervenire a tutti i costi spesso ha effetti distorti. In questi casi per un autore essere ragionevole non vuol dire che si deve necessariamente agire per far accadere un effetto, perché può darsi che si debba lasciare che accada qualcosa oppure che si debba fare in modo che qualcosa non accada.

N° 94.13

L'autore tenta di trovare un compromesso tra la logica del mezzo e del fine ma sfruttando anche i potenziali che si ritrovano nella situazione e nella relazione. La logica del "risultato atteso" dipende interamente dai mezzi che sono impiegati. Il successo terapeutico per l'autore è legato invece anche alla capacità di usare una situazione e una relazione per trasformarla e ricavarne vantaggi.

N° 94.14

Per l'autore, l'efficacia è semplicemente "far in modo che...", essa risponde ad una logica diversa da quella dell'efficienza clinica. L'autore ragiona costruendo le condizioni per quel che deve avvenire, cioè "la cura". Per la cura l'effetto che conta non è un fatto, un risultato, un obiettivo raggiunto, ma è cambiare la condizione del malato cioè qualcosa che si dispiega "che fa sì che" e nel quale la cosa che conta è capire come avviene quello che avviene. Quindi l'autore cerca le condizioni più favorevoli al trattamento, le concomitanze necessarie, il compiersi di qualcosa che sostenga il malato, la co-emergenza di aiuti diversi, le azioni ponderate dei familiari.

N° 94.15

Un autore proprio perché non va a caccia solo di effetti terapeutici, la relazione di cura è il primo effetto-obiettivo importante. Nella sua logica, l'effetto si esprime già nel momento in cui la situazione del malato viene assunta come proprio riferimento. L'autore ridefinisce il concetto di effetto clinico attraverso la cura intesa quale processo. L'autore è colui che deve saper impegnare la situazione in modo tale che l'effetto clinico discenda quasi naturalmente dal processo di cura rappresentato dalla relazione. "Impegnare la situazione" per un autore vuol dire che l'effetto clinico non può essere più considerato il solo prodotto finale di un atto terapeutico.

N° 94.16

L'autore non può essere definito solo attraverso i suoi compiti ma va definito anche attraverso i suoi impegni professionali. La differenza tra compito e impegno è quella tra un lavoro descritto dalla norma quindi un lavoro formale e un lavoro effettivo quindi un lavoro sostanziale.

N° 94.17

Il risultato di tutto quanto il medico autore mette in atto ai fini della cura si chiama opera. L'opera quindi è quanto è coerente con la cura intesa quale processo. L'opera del medico non è scomponibile in competenze e in quanto tale è insurrogabile e invicariabile nel senso che l'opera medica appartiene e pertiene solo ed esclusivamente al medico che unico e in modo esclusivo può assicurarla. Il risultato della cura vale come risultato dell'opera conseguito con il concorso di altre figure professionali dentro delle precise organizzazioni. La cura e l'opera sono concetti coincidenti. La riduzione di questi concetti alle loro parte elementari quali atti, mansioni, tecniche equivale ad una riduzione della professione alle sue parti componenti. In nessun caso è accettabile la riduzione della professione medica alle sue parti componenti o alle sue tecniche pena lo snaturamento della natura complessa del suo grado alto di intellettualità. L'opera medica è l'unica risposta coerente al grado di complessità con il quale il medico si misura tutti i giorni. Per ridurre il concetto di opera a compito è necessario semplificare il grado di complessità della cura. Oggi nessuna semplificazione della cura è considerata socialmente accettabile per cui parimenti se davvero si assumesse il valore primario dell'interesse del malato, nessuna riduzione della natura intellettuale della professione medica è accettabile.

N° 94.18

L'autore nei confronti della propria opera ne ha la piena responsabilità ma dal momento che l'opera medica è l'opera complessiva e finale alla quale pur con le loro autonomie concorrono le altre professioni, essa implica che la responsabilità del medico sia estesa in forma giuridica all'intero processo definito governo clinico. Non si può dare all'autore la responsabilità dell'opera e nello stes-

so tempo non riconoscergli la responsabilità del governo clinico cioè della direzione del servizio in cui esercita la propria professione, intendendo per servizio un sistema organizzato di prassi tra loro cooperanti. L'opera medica quale istanza complessiva e finale coordina tutto quanto rende possibile la cura comprese quelle istanze professionali che per ruolo funzioni e impegni concorrono in modo complementare al processo di cura e all'implementazione dell'opera. Ne deriva che in generale governo clinico e direzione del servizio non possono che essere coincidenti salvo accordi diversi da specificare localmente o regionalmente in forma consensuale tra le professioni interessate e la gestione, giustificate da ragioni strettamente inerenti l'interesse del malato nei contesti di riferimento dati.

Quesiti

N° 1

La ridefinizione del medico non è una necessità teorica ma una necessità pratica, che nasce dal fatto che bisogna risolverne la crisi. Si può risolvere la crisi del medico a medico invariante come se egli non avesse alcuna responsabilità o alcun ruolo nella propria crisi?

N° 2

AmMESSO che debba essere ridefinito quali debbono essere gli assi della ridefinizione? Quelli che convengono solo al medico o quelli che convengono anche al malato, all'economia, alla società più in generale?

N° 3

In sostanza si può ridefinire il medico in crisi senza risolvere nella ridefinizione le ragioni principali della crisi?

N° 4

L'autore che prende il posto del medico compitiere e prestazionista è un tentativo di rispondere a tre esigenze: quelle del malato, quelle della gestione, e quelle della professione. Secondo voi esiste un'altra soluzione che dia gli stessi risultati ma in un altro modo?

N° 5

L'opera che sostituisce il concetto di prestazione è un modo per prevenire i fenomeni di task shifting, per essere adeguati alla complessità del malato, per valutare il processo di cura nel suo insieme e non sommando tante mansioni o competenze, quindi è un modo nuovo che favorisce l'integrazione tra servizi e la multidisciplinarietà, esiste secondo voi un altro modo di definire quello che fa un medico che abbia le stesse caratteristiche?

Tesi di sintesi

N° 95

Si definisce “medicina della scelta”, il ripensamento della medicina positivista con lo scopo di definire una dottrina della complessità i cui ambiti costitutivi siano i saperi della scienza della filosofia, dell’etica e dell’economia.

N° 96

La medicina della scelta quale conoscenza della complessità è razionalità ragionevolezza e buon senso, quindi verità, opinione, limite.

N° 97

La medicina della scelta si basa sull’approvazione sociale delle proprie decisioni quindi su una diffusa corresponsabilizzazione sociale per cui ciò che è considerato vero dal medico non può essere diverso da ciò che è considerato soddisfacente per il malato.

N° 98

La medicina della scelta in ragione del suo realismo e del suo pragmatismo ritiene che qualsiasi cosa sia giusta se funziona. Cioè se è conveniente. A partire dalla scienza che resta il sapere sovrano offre condizioni utili, necessarie, sufficienti, razionali e ragionevoli, a garantire una cura conveniente, può definirsi giusto. Ciò che è approvato come giusto è un bene e il bene del malato resta il primo criterio operativo.

N° 99

Il concetto di libertà di scelta si oppone a quello di obbligatorietà e pone un problema epistemico nuovo, quello del rapporto tra evidenze scientifiche e opinioni personali del malato. Se consideriamo l’evidenza scientifica non come una verità apodittica ma come una verità probabile, in questo caso la libera scelta normata dal consenso informato favorisce l’alleanza tra le verità scientifiche del medico e le opinioni del malato.

N° 100

Il medico che regola l’esercizio della propria attività professionale riferendosi ai principi della medicina della scelta si definisce “autore”. Se l’autore è il medico adeguato alla medicina della scelta e la medicina della scelta è la medicina maggiormente adeguata alla nostra società allora il medico autore, relativamente alla nostra società, si può dire a sua volta adeguato.

Quesiti

N° 1

Medicina della scelta, autore, opera sono concetti pensati per cooperare allo scopo di definire il nuovo medico. Esiste un altro sistema concettuale che ci permetta di ridefinire il medico del futuro? Esiste o no un altro sistema concettuale che ridefinisca efficacemente il medico di fronte a questa società e alle sue sfide, di fronte a un concetto di scienza sempre più diverso da quello alla base della medicina scientifica, di fronte ad un concetto di economia che contende all'etica quindi alla deontologia il ruolo di norma guida?

N° 2

Se esiste un sistema concettuale migliore, di quello proposto non credete che sia dovere di ciascuno di noi farlo proprio perché se è migliore vuol dire che meglio risolve i problemi dei malati dei medici della scienza e della economia, perché quello che conta è dare soluzioni di compimento alle crisi che abbiamo?

N° 3

Se non esiste un sistema concettuale migliore, non credete che è dovere di ciascuno di noi accettare il sistema proposto senza ostacoli perché alla fine allo stato attuale delle cose risulta quello probabilmente più efficace, dal momento che quello che conta, anche in questo caso, è dare soluzioni di compimento alle nostre crisi?

N° 4

Non pensate che lo scopo di risolvere la crisi del medico valga come primario e sovrano dovere anche nei confronti delle nostre legittime e personali convinzioni? Delle nostre preziose esperienze? Delle nostre storie? Anche dei nostri dissidi? Delle divergenze di opinioni. Se lo scopo per tutti noi, non è quello del futuro della professione, allora con amarezza dobbiamo, parafrasando il filosofo, ammettere che vi sono alcuni di noi che a un graffio del loro dito preferiscono la fine della professione. A questi medici di cui comprendiamo le difficoltà, il disagio, l'imbarazzo di accedere ad un cambiamento che in qualche modo ridiscute la loro vita professionale o ordinistica o sindacale, noi diciamo siate medici pensate al futuro della professione. Non si è mai visto che il succedersi delle generazioni anche professionali non comporti una critica a quello che è venuto prima di noi.

N° 5

Un gruppo dirigente è tale quando si assume per prima cosa la responsabilità di fare una analisi vera e per seconda cosa quando sulla base delle proprie analisi si assume la responsabilità

di fare delle scelte. Non credete che oggi, dopo anni di disagi, di malcontento, di frustrazioni, con davanti prospettive a dir poco infauste, per la professione sia arrivato il momento di scegliere? E tra tanti futuri possibili prendersi la responsabilità di scegliere quello migliore per tutti?



Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Stati Generali della professione medica

CONTRIBUTI AL DIBATTITO

Contributi dei dottori:

Salvatore Amato, Maurizio Benato, Sergio Bovenga, Cesare Brugiapaglia, Piero Cappelletti, Luigi Conte, Andrea Gardini, Vito Gaudiano, Franco Lavalle, Giovanni Leoni, Teresita Mazzei, Mirella Milioto, Roberto Monaco, Pierantonio Muzzetto, Giuliano Nicolin, Antonio Panti, Sara Patuzzo, Maurizio Scassola.

A cura di Antonio Panti

Componente del Gruppo di lavoro Stati Generali della FNOMCeO

La FNOMCeO, nel convocare gli “Stati Generali della Medicina”, nella sua ideale solennità, vuol proporre con forza all’attenzione della società, della politica e della comunità professionale la cosiddetta “questione medica” cioè il disagio che i medici vivono di fronte all’evoluzione della medicina e alla trasformazione della società. Dobbiamo affrontare questa situazione, sostiene il Presidente Anelli, *“come un elemento positivo... per proporre un progetto di medico e di medicina adeguato alla risoluzione della crisi” al fine di “recuperare quella libertà, autonomia e indipendenza che la professione sta perdendo”*.

Il medico professa la medicina (una pragmatica che si avvale di molteplici scienze e opera in un mondo di valori e che vive un enorme sviluppo cognitivo e tecnologico) all’interno di una società in drammatica trasformazione. Ciò richiede un diverso approccio professionale, di cambiare per mantenere l’antico ruolo sociale. *Il medico si trova a disagio sia nell’imperante logica manageriale del servizio sia nell’esplosione consumeristica nei confronti del “bene salute”*.

Gli “stati generali della medicina” si articoleranno in aree tematiche con lo scopo di stimolare la consapevolezza dei medici sulle trasformazioni professionali che nascono dallo sviluppo della scienza, dai cambiamenti sociali e dell’organizzazione della sanità. Forse il punto nodale

è rappresentato dalla insofferenza dei medici alle regole dell'amministrazione della sanità. Altresì, per adeguare il ruolo del medico alle travolgenti trasformazioni sociali, cognitive e tecnologiche, occorre una proposta professionale fondata, tuttavia, sul consolidamento dell'antico rapporto di cura.

Il medico avverte i limiti posti alla propria autonomia, rivendicata nell'interesse del paziente, e che oggi coinvolge il concetto di appropriatezza e di sostenibilità. La contemporanea crescita della domanda e dell'offerta nella sanità implica l'ingresso dell'economia nella medicina e induce a porre stringenti vincoli amministrativi. Occorre partire dai modelli dell'agire medico per giungere a un nuovo patto con i cittadini.

I limiti all'autonomia del medico sono cognitivi, giuridici, etici, economici e tecnologici; pongono domande sull'intreccio tra professione, scienza, società e politica. Adeguare i valori della medicina? Ampliarne i confini? Ha senso una professione immutata in un mondo in trasformazione? Si pongono alcune generalissime questioni e altre se ne svilupperanno nel dibattito.

- limiti scientifici: concetto di malattia eco-bio-psico-sociale; quali conseguenze per l'agire medico quotidiano? Finora la medicina ha cercato di prevenire o di opporsi al decorso naturale della malattia. Dobbiamo "porre limiti" al potenziamento psico-biologico (e genetico) dell'uomo? Cambierà la medicina ma non il metodo scientifico: vi è accordo su questa affermazione?
- limiti sociali: la medicina non può non operare a favore della collettività (ambiente, lavoro, ecc). Quale equilibrio trovare tra il diritto e l'interesse del singolo e quelli della collettività? Come declinare l'intervento "politico" della medicina sulle componenti ambientali della salute? La difesa dell'obbligo vaccinale, al di là della norma deontologica di rispondere a ogni richiesta di chiarimento, rappresenta una difesa della razionalità scientifica e quindi della democrazia?
- limiti giuridici: il diritto irrompe nel rapporto tra medico e paziente: come impedire la prevaricazione di procedure formali che rispondono a logiche, quelle del diritto, affatto diverse da quelle della medicina? Occorre resistere alla "giuridicizzazione" della deontologia? È giusto abolire la figura giuridica della "colpa professionale"? È possibile discutere con i magistrati una comune visione dei rapporti tra scienza e diritto, dell'uso dei parametri della scienza ai fini giudiziari? Come contemperare una prassi scientifica sempre più obbligatoria

(il valore legale delle linee guida) con la singolarità del paziente?

- limiti economici: la *sostenibilità* dei servizi medici (pubblici o privati che siano) pone il problema delle disuguaglianze e della gestione e amministrazione di una sanità così complessa, complicata e costosa. *Quale equilibrio decisionale (governance, governo clinico) tra gli attori del sistema salute, quale partecipazione gestionale e quale rimedio al conflitto di interesse del medico?* Definanziamento del servizio sanitario e sprechi sono argomenti di discussione anche per i medici?
- limiti strumentali: come valutare la protezione dal rischio del paziente? Nell'esplosione delle "tecnologie convergenti" (ICT, neuroscienze, nanotecnologie, genetica, biotecnologie) come superare un'ulteriore parcellizzazione del sapere e come utilizzare i big data in modo che l'I.A. non sostituisca il medico ma faccia parte della sua cassetta degli attrezzi?
- limiti categoriali: non è possibile derogare dal numero chiuso a medicina e perché. Tuttavia il percorso di studi non può mantenere, surrettiziamente e disonestamente, l'imbuto post laurea. Occorrono proposte risolutive a media e a lunga scadenza onde evitare eccessi o carenze. In conclusione è possibile prevedere con qualche probabilità il numero dei medici necessari fra dieci anni per garantire a tutti i cittadini le stesse tutele?
- limiti soggettivi: la moderna crisi del principio di autorità incide anche sull'esercizio professionale. La deontologia medica ha abbandonato l'antico paternalismo per il principio dell'alleanza terapeutica e della medicina narrativa, in cui si affianca la conversazione all'anamnesi. Come riconquistare la perduta autorevolezza? Nello stesso quadro, il fenomeno delle aggressioni ai medici si affronta sul piano dell'implementazione difensiva o su quello della cultura del rispetto?
- limiti cognitivi: La medicina sta nell'area STEM delle scienze o mantiene un primato umanistico? Come affrontare il problema diagnostico in tempi di medicina della complessità e di precision medicine? Capacità di critica, di collaborazione e di comunicazione possono essere le principali caratteristiche del medico oggi?
- limiti professionali: come superare il lavoro individuale (che mantiene il suo ruolo nel rapporto col singolo) a favore di un lavoro fondato, anche contrattualmente, su team multiprofessionali e multidisciplinari? È possibile indirizzare il rapporto con le altre professioni sanitarie verso uno sviluppo culturale condiviso? Come conciliare la valutazione della qua-

lità secondo output economici e valoriali se la relazione è tempo di cura? *Come definire le norme di un contratto non più fordista ma fondato sui risultati?*

- limiti formativi: la formazione di base prepara il medico alla scienza e alla professione. Quale spazio per una formazione alla relazione? È opportuna una tripartizione operativa del percorso formativo, uno a prevalenza tecnologica, uno più relazionale, uno più gestionale? Per offrire una formazione adeguata al modello di sanità e calcolare correttamente il fabbisogno *le facoltà mediche debbono diventare scuole del servizio* pur mantenendo l'autonomia costituzionale?
- limiti evolutivi: quale futuro per i neolaureati nell'epoca dell'Intelligenza Artificiale? E nell'epoca della robotica e dell'epigenetica? Fino a che punto il medico è "esecutore" di linee guida (approccio "misurabile" secondo scienza) e/o "interprete" del vissuto e del fenotipo del paziente? Il medico deve sapere come "comprendere l'innovazione" "cambiare paradigma scientifico" "sapere in che modo seguire a sapere". *Come articolare la formazione alla complessità?*
- limiti esterni: come reagire al predominio del mercato? *Il medico deve interessarsi al prezzo dei farmaci e dei dispositivi?* I medici possono autonomamente applicare il principio di equità nell'uso delle risorse, in particolare nella prescrizione di farmaci e di accertamenti? Come prepararsi ai cambiamenti del mercato del lavoro dovuti alla creative destruction della tecnica applicata al mercato?

Le problematiche in gioco costringono a riflettere sulla riforma della sanità per mantenerne i valori costitutivi, a modificare i percorsi universitari e la formazione permanente (a life for learning), a disegnare diversamente i rapporti con le altre professioni e a progettare nuovi strumenti organizzativi del sistema salute. Vi è sicuramente materia di discussione, a maggior ragione tra coloro che hanno davanti qualche decennio di attività, entusiasmante per i sempre maggiori successi della scienza, ma certamente problematica sul piano professionale. Questo è l'invito alla partecipazione che ci auguriamo la più estesa possibile.

A cura di Maurizio Benato, Pierantonio Muzzetto e Antonio Panti

Componenti del Gruppo di lavoro Stati Generali della FNOMCeO

PREAMBOLO

La nostra sanità è oggi investita da un forte grado di regressività che possiamo far risalire al modello culturale in auge che si limita ad affrontare la dimensione “oggettiva” delle prestazioni sanitarie dimenticando che il giudizio di qualità di una prestazione, oltre a basarsi sulle caratteristiche scientifiche e tecnologiche per loro natura più facilmente misurabili, include necessariamente elementi “soggettivi”, a cominciare dalle percezioni positive sperimentate dal paziente che accede ai Servizi Sanitari nella loro organizzazione e dal rapporto con gli operatori sanitari: in altri termini, il suo grado di soddisfazione.

Aggiungiamo poi che i rapporti interprofessionali, la “governance” stessa è oggi messa in crisi perché sono messi in discussione il tipo di tutela, di assistenza, di cura e di prassi professionali, ancorate ai fieri proclami delle buone pratiche cliniche basate sull’assolutismo della evidence based medicine, dietro la riorganizzazione delle strutture, la aziendalizzazione degli ospedali o anche dietro la iper-specializzazione settorializzata della professione medica e delle professioni sanitarie.

Il divario tra progresso tecnico scientifico, sviluppo tecnico sanitario incontrollato e pro-

gresso etico-filosofico è sempre più profondo. Un divario che si è sviluppato nel tempo e si traduce in una preminenza netta della ragione strumentale sulla saggezza pratica.

In questo contesto la medicina riflette sulle sue radici filosofiche umanistiche, sugli effetti creati dallo sviluppo sempre più crescente della componente biologico-sperimentale con la inevitabile frammentazione delle discipline generali ed unitarie verso nuovi assetti disciplinari biomedici.

Nonostante il mutato rapporto, il medico è l'unico e indispensabile mediatore tra i bisogni di salute del paziente e l'accesso ai servizi di diagnosi e cura. Il medico, anche se limitato nella sua potestà direttiva dovrebbe garantire le risposte utili e necessarie al bisogno di salute del paziente e non ha più voce per l'organizzazione che faceva perno su di lui.

Questa è divenuta un sistema complesso governato da una pluralità di soggetti in cui il medico tra l'altro non riveste neanche il ruolo preminente (crisi della dominanza) pur rimanendo sottoposto ad un controllo sociale molto ravvicinato. Il termine *patient-centeredness* - o "assistenza centrata sul paziente" - è usato ormai comunemente a livello internazionale e soprattutto in parziale opposizione alla visione di una assistenza "technology centred" "doctor centred", "hospital centred", "disease centred", "economics centred".

Il paziente è inserito in un progetto di cura quale processo unitario centrato sulla sua persona (percorsi integrati), quale processo clinico (dalla prima diagnosi al follow-up) multidisciplinare, quale processo assistenziale (nursing modulare) omogeneo per livello di assistenza ed è favorito nel suo esito di salute dall'integrazione di tutti i processi "accessori" intorno al processo principale.

È un cambio di paradigma che oggi reclama soluzioni organizzative sostenute da medici e operatori sanitari capaci di rispondere a un'intensità diversificata per gestire pazienti complessi sia sotto il profilo clinico che in quello assistenziale. È indubbio che la qualità dei servizi non può che rapportarsi alla qualità che medici e professioni sanitarie riescono ad esprimere nell'erogazione delle cure.

Il cambio di passo (un nuovo paradigma?)

In tutti questi anni hanno dominato e continuano a dominare le visioni politiche professionali di gestione, di compatibilità, di razionalizzazione: ovvero si è sempre cercato di far coincidere i contenuti professionali con il contenitore finanziariamente ristretto della sanità

pubblica dove per lo più si svolge la pratica medica e tutto questo ha avuto come risultato che l'esercizio professionale si è appiattito sull'organizzazione con perdita di ruolo e marginalità sempre più crescente con perdita del controllo della funzione e del valore della professione stessa.

Come è indubbio che oggi esiste una cruciale divaricazione tra i contenuti della professione che sono quelli della conoscenza scientifica, delle modalità operative, delle pratiche, della professionalità, ossia delle abilità acquisite sulla scorta delle competenze (etc. etc.), e il contenitore principale di esercizio professionale che è la sanità pubblica.

Le riforme di sistema hanno toccato solo il contenitore allo scopo di garantirne la sostenibilità lasciando invariate le caratteristiche di fondo dei soggetti operativi; una sanità pubblica, la cui funzione è sottoposta sempre di più a critiche di fondo sulla sua strutturazione e sulle possibilità e capacità di risposta alla domanda di salute con questi punti fermi consolidati:

- L'andamento demografico influenza profondamente tutti i sistemi sanitari, indipendentemente dal tipo di architettura;
- L'innovazione tecnologica incide in profondità sulla spesa sanitaria, ma va considerata come un possibile fattore di crescita - non come un costo;
- Dobbiamo pensare ad una sanità che sia leva per lo sviluppo e non cappio per la spesa pubblica, che si traduca, cioè, in voce non di spesa nel DEF ma d'investimento, considerando la salute come un bene reale che sta alla base di una efficiente produttività, secondo l'assioma "un sistema in salute è un sistema produttivo", in cui sistema diventa innegabilmente sinonimo di persona/e inserita/e nel mondo produttivo a tutti i vari livelli rappresentato;
- Ripensare il ruolo del privato, in un giusto equilibrio fra medicina pubblica e medicina privata, con funzioni di complemento e sussidiarietà nel sistema di gestione della salute "di qualità";
- è necessario separare le funzioni di regolatore-finanziatore-erogatore attualmente tutte in capo al pubblico nella regolazione del privato di qualità.

L'alto grado di complessità delle pratiche, delle conoscenze, delle metodologie, e quindi dell'autonomia del giudizio con le relative responsabilità subiscono l'intrusione del diritto e della burocrazia che sta gradatamente e inesorabilmente privando i medici del controllo della propria attività lavorativa, che assume sempre di più la forma di una merce venduta nel mercato sanitario in cambio di un salario.

Le conseguenze di questo processo di burocratizzazione sono del tutto evidenti entrando nel-

le dinamiche della spersonalizzazione del rapporto col cittadino debole, in quanto ammalato, che diventa “emblema oggettivo di produttività.

Ne deriva che:

- 1) L'unicità della persona, e ogni elemento di personalizzazione, viene rimosso nella relazione medico-paziente a favore di un'oggettivazione del paziente che consenta una standardizzazione delle procedure tale da consentire un aumento della produttività
- 2) si verifica una pressione crescente a favore della produttività del medico spesso misurato in maniera spuria come numero di pazienti che il singolo medico è in grado di processare in un dato periodo di tempo.
- 3) Si misura la medicina solo su di un rendimento di tipo produttivo che consente di realizzare un profitto per l'organizzazione sanitaria.

Queste considerazioni ci portano a sfatare l'idea di un semplice riadattamento della professione medica, in quanto tale, alle nuove esigenze di politica sanitaria, come anche l'idea di strumentalità dell'operatore sanitario rispetto soprattutto agli obiettivi di risparmio, o l'idea di una relativa insussistenza del valore dei soggetti quali protagonisti di eventuali cambiamenti.

Elementi di forte criticità nei contenuti e contesti della medicina

Non si può prescindere dal pensare alla cronicità e fragilità, all'organizzazione dipartimentale delle aziende, ai nuovi modelli di erogazione di cure primarie, all'attività ambulatoriale che valorizza l'integrazione, la continuità delle cure e la multidisciplinarietà.

In una simile visione, di risulta, diventa obsoleto il concetto di competizione nei servizi sanitari ed emerge una nuova visione degli Ospedali da organizzarsi per intensità assistenziale, in cui si privilegia la multidisciplinarietà delle cure rispetto all'approccio rigido basato sulle competenze specialistiche.

Obsoleto appare lo stesso Statuto epistemologico della medicina dove i modelli di causazione delle malattie, i concetti di salute e di malattia, il ragionamento diagnostico, il rapporto medico paziente sono interessati dalla complessità.

Il passaggio epistemologico -filosofico- sociale presuppone che la medicina non sia più considerata solo scienza naturale, ma scienza umana, per la preponderanza dei fattori sociali nella genesi delle malattie e per la difficoltà di individuare i nessi eziologici.

La visione della medicina è sempre più una visione eco-bio-sociale in cui nella causalità delle malattie si considerano fattori prioritariamente e preponderanti i fattori di rischio biologico, gli stili di vita individuali, l'ambiente, i fattori socioeconomici e psicosociali che agiscono non in maniera lineare. Salute e malattia sono ritenuti concetti relativi, strettamente dipendenti dal contesto sociale, culturale e ideologico.

Lo stesso confine tra malattia e salute appare sempre di più culturalmente determinato.

Perciò acquistano sempre più importanza le componenti psicologiche ed ermeneutiche della medicina e del medico, la dimensione soggettiva dei sintomi e le impressioni cliniche del medico.

Il ragionamento diagnostico dei medici non sembra seguire il metodo scientifico ipotetico deduttivo ma i richiami dell'esperienza clinica basata su esemplari e analogie. Le categorizzazioni concettuali che sono alla base del ragionamento clinico dipendono dal contesto e sono fortemente individualizzate; in altre parole il ragionamento clinico differisce dall'algoritmo implementato dal computer.

La EBM affonda le sue radici nella modernità, nel tentativo di fare chiarezza

sull'efficacia delle cure ma non esistono universi di pazienti tutti uguali.

I problemi della professione medica non sono tutti imputabili alle politiche di compatibilità e alle pratiche di razionalizzazione, ma le politiche di razionalizzazione hanno fatto sì che valori importanti quali la qualità, l'appropriatezza, il governo clinico, l'evidenza, la sicurezza, l'economicità ecc. ecc. siano interpretati e declinati oggi ad opera di amministratori, organizzatori, tecnocrati, e senza dubbio anche dall'apparato manageriale medico favorendo così una costante delegittimazione del medico.

Si tende a tradurre la complessità del sistema con il proceduralismo, ovvero con regole secondo cui l'atto medico non è declinato, nel rispetto dei suoi fini e dei suoi risultati, con il rispetto delle autonomie e delle responsabilità necessarie, ma piuttosto col rispetto del grado di conformità dei risultati sanitari, che si vogliono garantire ed ottenere.

I livelli di intervento di una politica professionale

A. livello macro:

- Peso specifico delle associazioni professionali nell'arena politica e loro capacità d'influenza

- Ruolo che lo Stato svolge in relazione alla professione
- Conoscenza e scienza
- Diritto e medicina
- Funzione individuale e sociale della medicina A livello meso:
- Ruolo che il medico è in grado di esercitare nell'ambito dei processi decisionali relativi all'organizzazione e management sanitario A livello micro:
- Diverso livello di autonomia clinica di cui il medico ancora gode in relazione al contesto di esercizio della professione

Per la ridefnizione di una “nuova” autonomia professionale: i nodi da sciogliere

La medicina è sollecitata pesantemente a cambiare?

Il cambiamento non può essere solo legato al fatto che deve rispondere alle sollecitazioni della società nel suo complesso ma anche dalla necessità improcrastinabile di dare sempre nuove risposte, concrete, al rinnovamento della professione ed alla garanzia della qualità della stessa.

A tal fine dobbiamo ricreare un contesto differente da quello in cui ci siamo finora mossi. Dobbiamo evitare alleanze ideologiche con la società contro l'economia e con l'economia contro la società. Dobbiamo uscire dall'ovvia autoreferenzialità

La nostra idea portante deve essere il superamento di tutte quelle strategie di subordinazione alla politica, all'amministrazione, alla ricerca di una autonomia che deve riguardare il controllo delle prerogative mediche, che tali devono rimanere, riguardo al contenuto e ai fondamenti della nostra attività lavorativa e alla loro localizzazione.

La garanzia che i medici assicurano ai valori della medicina, di cui la beneficialità verso il paziente resta il *primum movens non* significa che la medicina, quale impresa sociale economica, sia intangibile, ma che il riconoscimento costituzionale della comunità professionale dei medici in una società complessa e articolata ispirata a criteri di liberalismo solidale non ammette che spazi e funzione partecipativa siano inibiti a quei corpi intermedi come gli ordini professionali.

Gli ordini dovrebbero essere i soggetti deputati in primo luogo a definire lo statuto essenziale della professione esercitata, determinando i goals (i risultati prestazionali) e gli ends (i fini essenziali) dell'agire professionale appropriato e corretto.

Il medico come ogni altro professionista offre servizi sul mercato come ogni altro soggetto economico, per cui la sua attività è soggetta alla domanda e offerta con il paziente in veste di consumatore.

L'art. 32, co. 1, della nostra Costituzione assegna al bene della salute un rango primario, qualificandola diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e garantendo cure gratuite agli indigenti. Il secondo comma dello stesso articolo costituzionale prevede la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori, purché previsti per legge e purché rispettosi della persona umana. Da questi due commi dovrebbe derivare la particolare considerazione di cui dovrebbe godere la professione medica come professione rivolta alla tutela di un bene di così notevole significato costituzionale. La tutela della salute non è un qualunque bene di consumo, ma un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Medicina e scienza

- Quale conoscenza per il medico?
- EBM e pratica medica binomio inscindibile?

La prospettiva della complessità appartiene da un punto di vista filosofico a quello che oggi è definito come il post-modernismo. Oggi è la chiave di lettura di tutta la realtà. Bastava poco per capire che un sistema non è solamente costituito dalle parti che lo compongono, ma dalle loro interazioni specifiche e questo oggi ce lo dice anche la scienza; basti pensare all'epigenetica che descrive tutte quelle modificazioni ereditabili che variano l'espressione genica pur non alterando la sequenza del DNA.

È così oggi spiegata la creazione di quell'unità irripetibile di ognuno di noi. Un altro aspetto da considerare, è che la conoscenza ha una natura profondamente costruita e razionale, caratterizzata da una continua circolarità tra oggetto della conoscenza e l'oggetto conoscente. La conoscenza della realtà è sempre il prodotto di un soggetto interpretante, il quale è inserito in una cultura, che rappresenta il filtro fondamentale con il quale esso analizza la realtà. Per questo motivo la conoscenza è un "sistema aperto".

Ad oggi il paradigma di riferimento imperante è l'evidence-based medicine, cioè la medicina basata sulle prove di efficacia che è l'assistenza e la cura dei pazienti utilizzando la migliore dimostrazione e prova di ricerca disponibile per guidare la decisione clinica del medico.

Ma anche l'evidence-based medicine, la medicina basata sulle prove, che attrae molto il mon-

do giuridico, perché considerata una conoscenza solida, ha dei limiti perché è utilizzata prevalentemente per decisioni terapeutiche, è utilizzata soprattutto nella mono-patologia.

È molto utile quando la patologia è omogenea e settoriale (medicina specialistica), è soggetta a limiti o a errori di selezione perché espressione di trials clinici controllati. Ci sono poi anche delle implicazioni etiche perché evidentemente l'evidence-based medicine non rende disponibili tutte le prove, ovvero non è disponibile per tutta una serie di aspetti che riguardano la pratica medica.

Infatti, mentre sono disponibili un gran numero di clinica trials nei trattamenti farmacologici, medicina d'urgenza in generale di problemi organici sono invece di molto inferiori l'ammontare e la qualità delle prove scientifiche riguardanti la cronicità e altri livelli delle cure (supporto psicologico, modalità di erogazione delle prestazioni, problemi legati alla deprivazione, reti di supporto sociale).

La legge sulla responsabilità Gelli-Bianco enfatizza le linee guida ma queste rappresentano solo forse un 20%, 30% della nostra attività pratica; un 70% 80% della nostra attività pratica non è contemplata dalle linee guida, Scrivono Tombesi e Caimi, in "Etica, conoscenza e sanità", 2003 *"La drammatica vicenda del caso Di Bella ha mostrato cosa può accadere se la medicina si propone con il linguaggio e l'autorità della prova scientifica. È stato possibile vedere come la credibilità di una terapia possa per molte persone non avere nulla a che vedere con l'esistenza o meno di prove scientifiche... il progressivo aumento del peso sociale e politico di quelle persone ha rapidamente indotto il mondo scientifico e quello politico a rinunciare a inutili lezioni di scienza..."*

"È stata la riproduzione su scala nazionale del quotidiano rapporto negoziale di un qualsiasi ambulatorio di medicina generale."

Le linee guida cliniche sono raccomandazioni, contengono il risultato di una analisi sistematica degli studi scientifici, di diagnosi e di terapia selezionati sulla base del metodo di ricerca; propongono sicuramente la miglior assistenza e cura al paziente ma la proposta è descrittiva e non potrà mai essere prescrittiva.

Cosa significa praticare la medicina delle evidenze? Significa ridurre le aree di incertezza che non vuol dire dare certezza, significa assumere l'atteggiamento etico del non assolutismo della scienza, significa rivedere costantemente ciò che si fa comunicando le incertezze.

La scoperta dei valori del paziente precede il processo decisionale ed è necessaria prima di applicare le prove, la prospettiva del paziente è saliente anche quando si tenta di stabilire la natura del problema, analogamente il condividere informazioni basate sulle prove di efficacia è un prerequisito per poter prendere delle decisioni condivise.

Si riconosce la natura fondamentalmente interpretativa, ermeneutica del processo clinico.

Dovere morale del medico di fronte alla scelta di sacrificare l'ontologia del malato alla generalizzazione che la conoscenza scientifica impone, all'oggettività dell'indagine che le scienze della natura richiedono, il medico deve saper diversificare il metodo nel mentre si muove tra singolarità, esemplarità, irriducibilità dell'individuale rispetto alla generalizzazione.

Gli scopi della medicina sono modelli intrinseci alla medicina stessa o costruzioni sociali?

È possibile un rapporto armonico?

L'era attuale si connota per una episteme caratterizzata dalla scoperta della complessità che è stata paradossalmente promossa proprio dalle scienze (omiche) e dalla tecnologia.

È una scoperta che proviene dalla filosofia e dalla fisica e che ha prodotto la consapevolezza del fatto che “il mondo”, nel suo insieme, non è lineare, bensì irregolare, variabile, instabile, precario ed incerto, in breve complesso.

Questo concetto moderno di complessità, che implica prudenza nelle convinzioni e nella prassi, consapevolezza dei limiti e dei rischi, non ha nel medico una presa di coscienza adeguata e diffusa.

Oggi da taluni è ritenuto una delle cause della odierna crisi di identità della figura del medico nella società per la incerta collocazione della sua arte tra le scienze fisiche e naturali che condiziona lo scopo storico della medicina.

La “personalizzazione” della medicina o in termini anglosassoni “Precision Medicine” ci ripropone vecchi problemi che sembravano risolti con l'attuazione dei cosiddetti studi randomizzati per valutare l'efficacia dei trattamenti.

La natura della medicina può essere vista in due modi diversi:

- come un'eredità sviluppata rispondendo ai problemi posti dalla malattia (conoscere e cura-

re la malattia, aiutare il malato, ecc.)

- come una costruzione della società che è variabile, dipende dal contesto sociale, economico e morale, da come vengono interpretati i concetti di malattia e di salute, da come si risponde ad esse e dalla relazione medico-paziente.

Domanda di salute

L'orientamento filosofico attuale è che la salute, non è un valore intrinseco, bensì strumentale perché costituisce una "risorsa che ci permette di fare "ciò che davvero conta come essere umani" ossia promuovere il nostro ben-essere. In base a tale impostazione, vivere in uno stato di salute ci consente di realizzare appieno le nostre preferenze, aumentando le opportunità di condurre una vita migliore.

La pratica medica non è più chiamata principalmente a promuovere e realizzare il bene del paziente ma ad offrire ad ogni individuo maggiori possibilità di condurre una vita migliore.

Domande che richiedono risposta

- *prendersi cura delle persone oltre a preservare l'esistente storico significa anche rimanere ancorati all'idea conservatrice di una pretesa "essenza" dell'umano e porre un limite al processo di creazione, attraverso astratte e formali norme etiche? (potenziamento umano)*
- *la funzione del medico è ancora insostituibile nel momento in cui esce dal contesto biologico ridisegnando la biografia del suo paziente?*
- *fino a che punto è possibile soddisfare i desideri del paziente, senza alimentare illusioni? Nell'ottica delle istituzioni sanitarie, fino a che punto l'approccio "compassionevole" può giustificare il fatto che siano sottratti mezzi e risorse alle terapie riconosciute?*
- *fino a che punto può essere lasciato all'insindacabile giudizio del singolo medico, il ricorso a terapie non validate?*

Libertà di cura e consenso informato

La libertà di cura è un aspetto del diritto alla salute, ma non è il contenuto principale di questo diritto, perché l'assistenza sanitaria esige una regolamentazione e un coordinamento delle funzioni e delle prestazioni, che non è possibile affidare integralmente alle scelte individuali.

La prescrizione in un Servizio Sanitario Pubblico implica sempre un controllo sulle sue modalità di somministrazione e una valutazione sulla giustizia nella distribuzione delle risorse. Un procedimento complesso che muove dalla vicenda individuale, ma che va ben oltre, coinvolgendo l'intera organizzazione sanitaria.

Quale rapporto esiste tra il diritto alla salute e la libertà di cura?

Altro versante della libertà di cura è quello del rifiuto dei trattamenti sanitari, in particolare, il problema del diritto a rifiutare le cure, nella sua accezione più ampia di scegliere le modalità di cura o di non curarsi affatto, ed il ruolo del medico qualora nell'ambito della rinuncia o del rifiuto delle cure gli fosse richiesto un comportamento attivo.

Per legge il consenso informato ha assunto un ruolo chiave, consentendo la piena valorizzazione delle scelte compiute dal paziente competente, sulla base del principio di autonomia.

Il rifiuto di trattamenti sanitari non è fondato su un principio di libertà in senso generico, ma sulla tutela della libertà psicofisica della persona la cui dimensione corporale dev'essere rispettata.

La richiesta di particolari trattamenti, invece, è la richiesta di un intervento del medico, il quale, come tale, opera secondo criteri di appropriatezza professionale e secondo coscienza.

L'articolo 1 della nuova legge sulle DAT eleva a norma di rango primario il consenso informato e lo estende obbligatoriamente in forma scritta a tutti i trattamenti sanitari. Le nuove norme avranno un profondo impatto sull'esercizio professionale.

L'aver voluto normare il consenso informato porta con sé almeno due importanti corollari con riflessi pesanti nella relazione terapeutica: il primo è strettamente legato al tema costitutivo e primario della individuazione del fondamento dell'attività medica, perché se il consenso legittima l'atto medico non ne è il fondamento.

La legge normando il consenso individua una cornice entro cui il rapporto medico paziente di fatto viene svilito in una forma di contratto che assume la rilevanza di scopo della medicina, il secondo, invece, si riallaccia allo scadimento in atto della pratica medica svilendo il concetto di medicina e relegandola a pratica impersonale e manipolativa. In estrema sintesi, la norma attualmente in vigore attribuisce al solo consenso informato la legittimazione dell'atto medico.

L'attività medica non è un'attività antigiuridica, ma una attività in radice legittima perché finalizzata alla salvaguardia di un bene costituzionale come è la salute.

La medicina esprime in sé dei valori come il vincolo medico-paziente per mantenere e raffor-

zare la propria vitalità.

Se non ci si aggrappa a questi valori, la medicina non è in grado di resistere al condizionamento o alla manipolazione sociale e avere una direzione sua propria. Ancora di più, non c'è possibilità alcuna per i medici di mantenere una propria integrità professionale senza lasciarsi condizionare dai valori sociali.

La medicina sarà inevitabilmente influenzata dai valori e dagli obiettivi delle società in cui opera. Se questi possono coincidere o coesistere possono anche divergere impoverendo il ruolo del medico.

- qual è il rapporto corretto tra funzione individuale e sociale della medicina?
- come contestualizzare l'atto medico?

La tutela della salute è di rango costituzionale e l'attività del medico è un'attività socialmente approvata, nel senso che, pur fatto salvo il principio del consenso informato, l'atto medico, proprio in considerazione della sua approvazione e funzione sociale, non può essere equiparato a un qualunque atto sul corpo di altri che in mancanza di consenso costituirebbe violenza.

Il principio del consenso informato deve essere innestato in modo adeguato e coerente nell'attività medica, perché una assolutizzazione della volontà della persona che domanda prestazioni sanitarie entrerebbe in contraddizione con la oggettiva funzione sociale dell'attività medica e finirebbe per equiparare questa stessa attività a qualunque atto di violenza o di usurpazione legittimati soltanto dal consenso dell'avente diritto.

Su un piano più generale ancora, va da sé che tale assolutizzazione incrinerebbe la stessa concezione della salute, rendendo più incerti i confini della professione medica e meno sicura la funzione sociale del medico. Più la salute viene soggettivizzata, ossia fatta dipendere dalle valutazioni e dai desideri di coloro che chiedono prestazioni sanitarie, meno si lascia comprendere come valore intersoggettivamente determinato e, conseguentemente, più si indebolisce il fondamento della sua tutela come bene comune.

Consenso non significa mono-senso: la fisionomia del rapporto fra medico e paziente che il consenso informato contribuisce a delineare non implica una sorta di ribaltamento del c.d. paternalismo medico a cui si sostituirebbe una sorta di protagonismo autoritario del paziente il quale ridurrebbe il medico a esecutore tecnico delle richieste del paziente.

Il consenso è funzionale alla partecipazione del paziente non all'esproprio delle prerogative del medico. La stessa Convenzione di Oviedo fa precedere alle regole sul consenso l'art. 4 rubricato obblighi professionali e regole di condotta, il quale prevede che: *«Ogni intervento nel campo della salute, compresa la ricerca, deve essere effettuato nel rispetto delle norme e degli obblighi professionali, così come nel rispetto delle regole di condotta applicabili nella fattispecie»*.

Quale rapporto tra consenso informato, beneficiabilità e appropriatezza dei trattamenti?

Il diritto del paziente alla cura, e quindi la tutela della sua salute, è innanzitutto il diritto a trattamenti accertati attraverso rigorosi percorsi di sperimentazione secondo criteri etici e metodologici condivisi dalla comunità scientifica e disciplinati dall'ordinamento giuridico.

La Cassazione (sez. lavoro, 20 maggio 4 settembre 2014, n. 18676) ha ribadito che il diritto alla salute non è suscettibile di affievolimento. Il paziente ha, quindi, un diritto ad ottenere cure tempestive e gratuite, anche se non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale.

Tuttavia, queste prestazioni devono rispettare i principi di "appropriatezza" e di efficacia del farmaco o delle terapie, entro i parametri fissati dalle norme di legge. È necessario un attento confronto "tra i risultati positivi delle cure sanitarie e gli eventuali riflessi negativi della terapia stessa sulle condizioni di vita del paziente".

Giuridicizzazione della medicina

- può il diritto, la regola giuridica, invadere in maniera così pervasiva i mondi vitali?
- come ridefinire i rapporti tra medicina deontologia e diritto?

Stefano Rodotà 1933 - 2017 (giurista, politico e accademico italiano)

...anche nel diritto modernamente inteso ... si rivolgono sempre più intensamente richieste di disciplinare momenti della vita che dovrebbero essere lasciati alle decisioni autonome degli interessati, al loro personalissimo modo di intendere la vita, le relazioni sociali, il rapporto con sé. (La vita e le regole. Tra diritto e non diritto. Feltrinelli, 2006)

Viviamo ormai in una law-saturated society, in una società strapiena di diritto, di regole giuridiche dalle provenienze più diverse ... con un diritto invadente in troppi settori e tuttavia assente là dove se ne avvertirebbe più il bisogno. Al diritto modernamente inteso ... si rivolgono sempre più intensamente richieste di disciplinare momenti della vita che dovrebbero essere lasciati alle decisioni autonome degli interessati, al loro personalissimo modo di

intendere la vita, le relazioni sociali, il rapporto con sé.

Assistiamo alla Bioetica, sopraffatta da una Biogiuridica arrogantemente convinta di essere l'unica e la doverosa paladina dei diritti umani fondamentali con la proposta di un proprio paradigma come possibile principio di etica pubblica con pretese universalistiche

Società “law-saturated”

È la società

- spinta alla proceduralizzazione della cura
- prevalente emergere di una cultura medica ed assistenziale orientata in termini difensivi, particolarmente attenta alla pre-costituzione di cause di giustificazione.

Conseguenze della “ibridizzazione” della medicina:

- contratti che regolano i rapporti professionali e non solo quelli economici
- ricorso al giudice ordinario nel caso di inadempienza del contratto
- applicazione della sanzione sociale all'attività medica
(penalizzazione della condotta)
- esplosione del contenzioso giudiziario per presunta colpa medica

Evitare che ad una iper-responsabilizzazione giuridica faccia da contrappunto una progressiva de-responsabilizzazione etica e deontologica!

La responsabilità medica e gli aspetti della giuridicizzazione medica

La declinazione paradigmatica dell'agire del medico nelle sue funzioni prevede alla sua base il fine etico della beneficiabilità contrapposto alla maleficità degli atti, in cui prevale il rapporto duale di cura con presa in carico della persona assistita, articolando gli interventi nella pluralità delle competenze che si evidenziano nelle azioni coordinate e continuative delle figure professionali non mediche che partecipano a vario titolo nel processo assistenziale e di cura.

Fra le professioni intellettuali quella medica è la professione fra quelle più soggette a plurime e diversificate responsabilità: penale, civile, disciplinare, deontologica, amministrativo-contabile.

I nuovi orientamenti legislativi e della Cassazione penale e civile

Una nuova svolta all'agire del medico l'ha dato sicuramente il disposto legislativo “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”: la legge 8 marzo 2017, n. 24.

Il dato più rilevante che ne deriva e da cui non si può prescindere è il riconoscimento del diritto alla sicurezza delle cure che scaturisce dal principio Costituzionale del diritto alla salute (art. 32).

Il testo si propone di disciplinare la sicurezza delle cure ed il rischio sanitario e ha l'obiettivo di ridurre il contenzioso, civile e penale, in tema di responsabilità non più solo medici bensì sanitaria con garanzia del risarcimento al paziente.

Il giudizio clinico del medico deve tener conto dei principi probanti della scienza e dell'esperienza medica coniugati con la coscienza dell'agire, per quanto l'orientamento della corte di legittimità, fin dal 2007 (sentenza 8826 Vittoria) poneva in dubbio la sussistenza di tale principio nell'atto di cura e negli effetti di essa spostando l'interesse nel giudizio sul risultato: passando dall'obbligo di mezzi, e dunque dal comportamento secondo scienza e coscienza, a quello dei risultati ("obbligo di risultati") con ciò introducendo in medicina il concetto di normali esiti e aspettative delle cure...

Un orientamento che è allo stesso tempo un modo per far slittare l'attenzione sul rapporto medico paziente, costantemente teso al suo rafforzamento e al miglioramento clinico, verso un contatto-contratto con impegno di risultato, rendendo oggettivo e radicalizzando il rapporto di cura nel principio del "do ut de".

Alcune sentenze (Sentenze: Informazione Provvisoria n.31 a Sezioni Riunite penali del 21 dic. 2017 e Sentenza Canzio 8770/18 Penale, Sentenze plurime Civili Travaglini e Chiarini, 2017-2018) sembrano tracciare una sorta di nuovo codice di procedura sanitaria (medica in realtà) cui ogni medico è obbligato ad attenersi.

Perciò, in caso di un bilancio costo/beneficio sfavorevole, al concetto di utilità medico terapeutica si sostituisce quello di responsabilità oggettiva. Ne deriva un concetto del medico inserito nell'iter giudiziario quale "presunto colpevole" ancor prima che "presunto innocente".

La legge Gelli-Bianco è veramente quella più favorevole all'imputato? *Molti affermano che questa abbia peggiorato la posizione dell'operatore sanitario perché questo, prima, in vigore della Legge Balduzzi, rispondeva penalmente solo per colpa grave (tutti i comportamenti fuori da questo caso escludevano la responsabilità penale ex art.3): non si faceva una distinzione tra imperizia, negligenza e imprudenza, ma si faceva il semplice distinguo tra colpa grave (e si aveva quindi responsabilità) e colpa lieve (nessuna responsabilità penale).*

La legge Gelli–Bianco ha limitato la c.d. medicina difensiva?

La novella ha, tra le altre, la finalità di eliminare o limitare il più possibile il fenomeno della c.d. medicina difensiva, quindi la pratica con la quale il medico difende sé stesso contro eventuali azioni di responsabilità medico legali seguenti alle cure mediche prestate.

In assenza di stime affidabili sui costi della medicina difensiva negativa, si valuta che solo quella c.d. positiva (considerando già solo il surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso) valga annualmente 10 miliardi di Euro, pari allo 0,75% del Prodotto Interno Lordo. In particolare, la medicina difensiva incide sulla spesa sanitaria in misura pari al 10,5% del totale.

Una domanda ne consegue: Come ricomporre il rapporto conflittuale con la recente legislazione in tema di responsabilità impostata totalmente sulla evidence based medicine (EBM) e DAT in cui si assolutizza il consenso informato?

Medico presunto colpevole o presunto innocente?

Il medico è chiamato a giustificarsi e a comportarsi come se fosse «presunto colpevole»?

Questo è l'andamento giurisprudenziale sia recedente che successivo alla nuova Legge sulla responsabilità sanitaria, di derivazione dalla precedente Legge Balduzzi.

Concetto di salute e società.

Qual è il ruolo del medico rispetto ai determinanti della salute?

il concetto di salute è cambiato nel tempo da “assenza di malattie ...” a “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. La definizione di salute condiziona di conseguenza l'approccio con cui valutiamo lo stato di salute/malattia e il modo in cui definiamo i determinanti di salute. Per sintetizzare e concettualizzare i fattori che sono riconosciuti essere associati alla salute sono stati sviluppati modelli di ciò che viene definito determinanti di salute.

Sono Fattori che influenzano lo stato di salute di individui e popolazioni

- fattori naturali e biologici
- comportamento e stile di vita
- ambiente fisico e sociale
- accesso/qualità dei servizi sanitari

... ma anche il modello concettuale che li rappresenta

- modelli (bio)medici in auge periodo: pre-1970, basato sull'assunto che il sistema medico (sistema sanitario) è il principale determinante per mantenere una buona salute
- modelli centrati sugli stili di vita life style models: lo stato di salute è condizionato per il 50% dai comportamenti per cui enfasi sugli stili di vita delle persone.

Rispecchia una cultura che focalizza la responsabilità individuale verso la salute.

- modelli ecologici (ecologic models) interconnessione di fattori sociali, ambientali e personali che possono influenzare le condizioni di salute. Tutti i determinanti di salute sono importanti e nessuno è più importante dell'altro

Forte risonanza con la definizione di salute dell'OMS. In tale contesto, la salute è considerata come una risorsa per la vita quotidiana, non come l'obiettivo del vivere. È un concetto positivo che enfatizza le risorse sociali e personali, così come le abilità fisiche.

Salute e ambiente insieme dei fattori esterni all'organismo umano. Può essere distinto in fisico, biologico, sociale, culturale, ecc. Questi fattori possono influenzare lo stato di salute delle popolazioni.

B. A livello meso

Organizzazione e management sanitario:

Quali sono i fondamenti etici e i portati culturali che permettono una erogazione di cure di qualità?

Oggi l'esercizio professionale si svolge per lo più all'interno di un sistema sanitario che favorisce la tutela di alcuni valori essenziali che lo Stato assicura ai suoi cittadini, ma nello stesso tempo il sistema sanitario è un insieme di parti interrelate e interdipendenti che si pone lo scopo di raggiungere obiettivi definiti di salute per cui inevitabilmente soffre di una rigidità strutturale.

Il sistema sanitario è dunque l'insieme delle istituzioni, delle persone e delle risorse, umane e materiali, che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute.

Nel sistema sanitario confluiscono tre aree fondamentali: la domanda, che esprime le necessità di salute della popolazione e che esige tutto un quadro di prestazioni e di interventi da

pianificare su tutto il territorio nazionale; il finanziamento, che può permettere di soddisfare la domanda di salute presente sul territorio attraverso la raccolta di risorse economiche e finanziarie; la produzione, che cerca di produrre servizi sanitari corrispondenti alle esigenze della domanda.

La complessità di un sistema come quello sanitario può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di congruità, di continuità e scarsa integrazione nella cura, tutte condizioni che facilitano il non risultato ottimale in termini di salute oltre che la possibilità di errore.

Si può giungere al paradosso di ottenere un raggiungimento pieno della “qualità” all’interno della struttura e l’inefficienza del sistema globale perché il sistema si caratterizza per lo più per “funzioni” professionali, che, nel mondo sanitario si correlano alla “struttura” cui si attribuisce la responsabilità clinica ed organizzativa dello specifico momento clinico.

Si ravvede la necessità, pertanto, di strumenti che migliorino l’operatività di tutte le strutture definendo: gli obiettivi singoli e quelli comuni, i ruoli di ciascuno, i tempi di intervento, gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori.

Diversi autori sottolineano anche come gli outcomes finali ovvero i risultati di salute siano intimamente legati all’organizzazione sanitaria costituita: dalla struttura di base (che va dalla struttura architettonica all’organigramma e funzioni-gramma, alla suddivisione dei locali, alla decisione sugli spazi assegnati); da meccanismi operativi (regole ufficiali sovra-individuali che ne regolano il funzionamento) e da processi sociali (comportamenti di accettazione, rifiuto e compensazione).

Se si vuole ottimizzare un’organizzazione sanitaria occorre sostanzialmente incidere su tutti gli elementi costitutivi a partire dalla struttura di base in tempi e modi diversi oltre che modificare i meccanismi operativi rispetto ai mutamenti dei processi sociali o della struttura di base stessa. La dimensione etica rappresenta una variabile dell’organizzazione che con la cultura e i portati dà valore ai fini e ai mezzi.

La dimensione etica costituisce inoltre uno dei contenuti, espliciti o impliciti, del rapporto tra chi governa le organizzazioni e chi vi opera nell’attività quotidiana. Pertanto, il tema dell’etica è entrato con forte evidenza nella cultura dell’organizzazione del lavoro.

In ambito pubblico dove lo scopo del servizio non è orientato al profitto, la dimensione etica

costituisce uno snodo cruciale tra società civile organizzazioni di lavoro e contesti organizzativi.

Il pensiero in sanità è a tutt'oggi di matrice positivista nonostante che la realtà sia un sistema complesso e si presenti multidimensionale sociale, psicologica, scientifica, economica.

È ancora in stretto rapporto con la professionalizzazione medica di fine Ottocento e si sovrastuttura "ex ante" rispetto alle attività e agli attori che oggi ne fanno parte.

Si rifa' in gran parte a un modello "Tayloristico" come concezione Fordistico" come attuazione; un modello in cui l'ottica meccanicistica, tende ad aggravare i problemi anziché risolverli, proprio perché, questa ottica è utilizzata per inquadrare un sistema complesso che richiederebbe invece una conoscenza multidimensionale o comunque dovrebbe aspirare a questo tipo di conoscenza. Elementi di Fordismo in sanità si ritrovano quando l'obiettivo della cooperazione professionale sanitaria è solo basato sull'efficienza produttiva in cui il costo della prestazione assume una forte rilevanza, su di una razionalità applicata all'organizzazione, sviluppata industrialmente dalla divisione scientifica del lavoro o quando il medico è misurato, in maniera spuria, come numero di pazienti che è in grado di processare in un dato periodo di tempo.

La sanità, in questi ultimi anni, ha prevalentemente prestato la propria attenzione ai tanti problemi interni di sostenibilità del sistema, ma non ha invece prestato altrettanta attenzione ai grandi cambiamenti sociali e culturali che riguardano l'organizzazione del lavoro e le professioni.

Adottare questa nuova prospettiva significa scoprire che l'organizzazione sanitaria deve essere centrata sul bisogno del paziente e non sulle discipline mediche legate alla storia della professionalizzazione medica con riflessi profondi e innovativi nel rapporto medico paziente e nelle relazioni interprofessionali.

Questa domanda di segno nuovo e che ben corrisponde alle caratteristiche salienti della post-modernità è stata elusa, ignorando le considerevoli modificazioni intervenute, dove tutti gli attori del sistema-salute (medici, professioni sanitarie, cittadini-utenti/pazienti) concorrono oggi alla costruzione di reti di relazioni stabili in grado di scambiarsi risorse

Il medico nel complesso sistema assistenziale

Il medico non è solo nel sistema complessi di assistenza e cura ma ha un ruolo ben definito e storicamente avvalorato.

Nel parlare di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, si devono considerare preliminarmente gli aspetti inerenti alla conoscenza, le abilità e l'agire comune soffermandosi necessariamente sul significato di competenza abilità e comportamento.

Quali siano pertanto i rapporti che devono intercorrere fra le professioni? questo è il punto centrale ed è stato finora il “pomo della discordia” di “interessati con poca accortezza e lungimiranza.

Nel sistema organizzato delle professioni con B. Choi, in un lavoro pubblicato nel 2006 su *Clinical & Investigati on Medicine*, si parla di multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinari età.

Nell'ambito della multidisciplinarietà predomina l'agire nella complementarietà e nella rispettosa indipendenza professionale mentre nella seconda, l'interdisciplinarietà, si parla invece d'integrazione e di meticcio del sapere e nella terza invece predomina l'aspetto dell'interscambiabilità dove si realizza l'integrazione totale.

Oggi si è chiamati ad agire sui problemi, passando attraverso il valore dei ruoli e delle funzioni, dando il giusto senso alle competenze conseguenti alle dinamiche formative per l'inserimento nel sistema lavorativo.

Uno degli aspetti fondamentali nel rapporto interprofessionale è il valore assegnato al concetto esuberante d' “autonomia” proprio in ossequio e nel rispetto delle differenti competenze.

Oggi non è proponibile parlare a cuor leggero di responsabilità delegate, date al buio o in fiducia, se queste non siano di fatto correlate a oggettive competenze e se non si abbia come obiettivo prioritario la garanzia della qualità degli interventi in tema di tutela della salute.

Una revisione della formazione è indispensabile per definire le competenze oggettive e specifiche come anche per far discendere da queste le altrettante specifiche responsabilità.

Per questo da anni si propone un'armonizzazione del sapere, secondo criteri di distinzione che seguano l'assioma “crescere nelle differenze”, che presuppone, a cascata, formazione specifica, competenze specifiche e altrettante responsabilità specifiche.

Questo, quale limite alla crescente conflittualità tra le professioni definendone per ciascuna i

limiti d'azione in quanto strumento identificativo di ruoli e funzioni con la gradualità delle responsabilità e determinazione degli ambiti d'autonomia.

Come evitare la task Shifting, tanto sciagurato quanto dannoso?

in un Risiko intellettuale che vede come necessari i rapporti complementari, integrati e rafforzativi di mansioni de mansionate o di accresciute competenze per quanto improprie, ovvero una battaglia senza esclusione di colpi ove a prevalere sembra un giustificativo economicistico.

L'economicismo imperante che coniuga so-risorse con de- finanziamento

Il rinnovato e depotenziato intervento sanitario nel corso di tutti questi anni, con previsione degli stessi importi di bilancio nei vari DEF d'annata, ci conferma semmai ce ne fosse bisogno la trascuratezza delle politiche della salute che non sono nelle corde del legislatore, ben lontane dalla visione di una sanità adeguata alle reali necessità della collettività, che vuole, invece, una politica d'incremento e di sviluppo piuttosto ch  d'arretramento.

Una politica d'arretramento e non di sviluppo o di mantenimento che si oggettiva nella oggettiva riduzione delle assunzioni, ulteriormente confermata dalla mancata ricopertura dei posti vacanti in organico, dalla riduzione delle assunzioni e dal mancato rinnovo tecnologico – salvo casi sporadici, sempre con la politica della coperta corta - producendo globalmente una riduzione del grado di qualità dei servizi e della tecnologia sanitaria, deprivata dal coerente rinnovo tecnologico.

E se non si   giunti al tracollo lo si deve ai tutti coloro che con sacrificio e abnegazione hanno, e stanno reggendo, il sistema salute.

Quale rapporto tra professione, economia e politica?

B. A livello micro

La formazione del medico: quali modelli formativi?

I contenuti del corso di laurea in medicina non devono pi  avere una strutturazione come nei primi del '900, un aspetto didattico- positivista in cui la malattia   ancora vista sotto forma causale.

Dobbiamo ripensare la formazione medica con un forte completamento di elementi di conoscenza che ci provengono dalle scienze umane.

Nella formazione attuale del medico emerge la mancata conoscenza di concetti base per capire la natura fondamentale interpretativa del processo clinico.

Nel corso degli studi medici vengono abitualmente impiegati concetti quali fatto, oggettività, ipotesi, teoria, legge, prova, controprova, verifica, conferma, falsificazione, osservazione, probabilità, spiegazione, esperimento, determinismo, finalismo, riduzionismo.

Di tali concetti raramente viene fornita allo studente una informazione critica sul loro valore e sulla reale portata di ciascuno. L'insegnamento della medicina viene a mancare di fatto degli strumenti metodologici per sottoporre ad analisi gli scopi e valori della disciplina medica.

Lo studente di medicina apprende in modo acritico e spesso in maniera approssimativa concetti che costituiscono l'ossatura del suo modo di pensare, di un metodo di ragionamento che lo dovrebbe condurre sempre a privilegiare il confronto abbandonando assolutismi del sapere che spesso appaiono un ostacolo più che una risorsa terapeutica.

È sempre di più percepita la necessità della promozione delle cosiddette *humanities*, per facilitare l'attitudine alla comunicazione interpersonale e interpretare al meglio la relazione con il paziente offrendo un supporto relazionale basato sul rispetto, comprensione e solidarietà ma anche un livello di coscienza sulla consapevolezza critica, sul carattere relativo e contestuale che le teorie e le tecniche mediche presentano rispetto a determinati presupposti e principi filosofici.

Per tanti aspetti la storia della medicina svolge un ruolo determinante nella costruzione di una antropologia medica, ovvero quella dottrina dell'uomo, considerato nella sua interezza psicofisica, proprio perché questa particolare storia, la storia della medicina, è dimostrazione del significato culturale e delle origini filosofiche delle varie dottrine mediche.

Una nuova linea di pensiero nell'ambito della didattica che sappia temperare i contenuti del riduzionismo scientifico e il pensiero (medical humanities) al fine di offrire al futuro medico gli strumenti per affrontare la gestione del paziente sapendo coniugare il riduzionismo biomedico con l'esercizio unitario dell'atto medico.

L'insegnamento scientifico dovrebbe non più proporsi come una catena di montaggio fondata solo su evidenze ma promuovere un'educazione che sia anche costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze.

Si dovrebbe favorire il superamento del ‘canonico’ e della semplice raccolta di informazioni e computazione delle conoscenze stimolando il confronto tra le scienze hard e le scienze soft umane con forte attenzione al pluralismo culturale ed etico.

Per quest’ultimo approccio si dovrebbe favorire un’etica della formazione che sviluppi nel futuro medico una coscienza per:

- una medicina “pluralista”, in senso sociale (“sensibile alle istanze sociali”) con riferimento cioè alla pluralità infinita dei valori dei singoli pazienti;
- una medicina “equa e giusta”, ovvero ancora “economicamente compatibile” è prudente;
- una medicina “rispettosa della dignità” e delle “scelte umane”.

Lo scopo primario della formazione è quello di “costruire”:

- un professionista completo che abbia le necessarie basi scientifiche, una preparazione teorico-pratica generale, capacità di diagnosi e di intervento, buona pratica clinica e di lavoro interdisciplinare, il tutto unito ad una obiettiva capacità di contatti umani, di analisi e discernimento dei problemi;
- un professionista responsabile in prima persona delle proprie azioni professionali verso i pazienti, in grado di modificare i propri comportamenti di lavoro e di adottare modelli basati sulla reale partecipazione di tutto il variegato mondo delle professioni;
- un professionista capace di intervenire sia nella fase della pianificazione che del governo del proprio cambiamento e dei propri processi operativi;
- un professionista che sappia governare un ambiente a elevata intensità di lavoro, altissimo livello di scolarizzazione e conflitto interprofessionale e che abbia, nel suo bagaglio culturale, la conoscenza di tecniche di gestione assai complesse che non hanno eguali in altri settori.

Il lavoro di gruppo, l’approccio multiprofessionale, la leadership come capacità di ricomporre in un quadro unitario autonomie professionali forti e in relazione reciproca potenzialmente conflittuale, sono di certo elementi essenziali e non ancora sufficienti per determinare un miglioramento del servizio prodotto dalle organizzazioni sanitarie.

Ecco che in una piattaforma sulla formazione professionale del medico dovrebbe trovare spazio la soluzione di alcuni snodi “cruciali” professionali:

- la questione dell’accesso e della formazione pre-laurea, post-laurea e la long life education.
- un esame di accesso alla professione che possa realmente valutare i contenuti della formazione e il grado di autonomia professionale del giovane medico, che sia affidato alle istituzioni professionali superando la nota questione formazione –valutazione universitaria

- una rivalutazione delle conoscenze del continuo *education* e un controllo delle competenze del singolo professionista, da parte dell'Istituzione professionale Ordinistica senza alcuna limitazione.
- una strategia d'intervento (progettualità complessiva) nei confronti delle altre professioni sanitarie che si stanno muovendo in una fase di professionalizzazione forzata, erodendo non solo spazi professionali della medicina ma appropriandosi anche di contenuti che non appartengono loro, col conforto della programmazione Stato Regioni, finalizzato al risparmio.
- il recupero e il potenziamento, a seguito di una profonda rivisitazione, dell'etica professionale in cui dovrà emergere il concetto che la necessità clinica ovvero le decisioni cliniche scelte dal medico in scienza e coscienza devono tenere conto anche della sostenibilità economica, con ciò evitando che chi decida lo stato dell'arte sia estraneo alla professione.
- una ferma posizione sui contenuti promossi da un sistema organizzativo aziendale responsabile di una medicina amministrata, burocratizzata, che ha tutte le caratteristiche per produrre un ulteriore scadimento in funzione della devolution regionale.
- ricostruire, in modo assolutamente nuovo, la figura medica In un contesto di medicina pubblica in osservanza delle tematiche: -rischio/errore; - relazione medico/malato; -medicina difensivistica/medicina assicurativa; -contenzioso legale/mediazione; -formazione/rapporti culturali interprofessionali; -giudizio clinico e problematica della scelta; - riorganizzazione delle forme e dei contenuti, -rapporti tra operatori vale a dire la forma di cooperazione tra il sapere.

Autonomia professionale

L'autonomia professionale è l'aspetto più qualificante della indipendenza professionale del medico ed è funzionale all'interesse che l'ordinamento giuridico assegna alla posizione di garanzia del sanitario, ossia sulla cura della salute.

Il riconoscimento dell'autonomia tecnico-operativa del medico è motivato in primis dalla mancanza, nella medicina, di connessioni certe e costanti tra fenomeni capaci di costituire la base per la predeterminazione di rimedi terapeutici validi per tutte le patologie e per tutti i pazienti che ne siano affetti. Oggi parliamo di complessità.

Il riconoscimento di tale autonomia è pertanto di tipo tecnico-operativo ed ha matrice scientifica (il fondamento negli artt. 9, 1° c., e 33, 1° c., Cost.) ove si tutela rispettivamente la promozione della ricerca scientifica e tecnica e la libertà della scienza, intesa non solo come attività di ricerca, ma anche come applicazione pratica delle conoscenze scientifiche).

Il medico non deve subire condizionamenti esterni di qualsiasi natura sia nella formulazione della diagnosi che nella scelta e nella indicazione del trattamento terapeutico più idoneo ed appropriato rispetto alle esigenze di tutela della salute del paziente.

Autonomia significa nello specifico libertà della scelta di procedura più appropriato da seguire per la cura dei pazienti, ma anche libertà di non applicare un trattamento terapeutico ritenuto non efficace o addirittura dannoso per la salute.

La giurisprudenza, da parte sua, ha avuto modo di stabilire, nella medesima linea, che il medico, in forza del principio della libertà terapeutica, possa anche pervenire ad utilizzare rimedi che si discostino da quelli correnti e tradizionali, ma sempre ispirando le proprie scelte a criteri prudenziali di fondo.

Diverse pronunce giuridiche hanno accordato riconoscimento e protezione costituzionali al principio dell'autonomia terapeutica del medico considerata limite invalicabile rispetto a scelte discrezionali del legislatore sia regionale che statale, a meno che non entrino in gioco diritti o doveri costituzionali.

Poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a sua disposizione.

La Corte di Cassazione ha proclamato la regola della libertà di cura del medico, qualificata come principio non riducibile e non negoziabile con le seguenti proposizioni

- a) “È corretto, e conforme a principi di diritto, valorizzare l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche poiché l'arte medica, mancando, per sua stessa natura, di protocolli scientifici a base matematica, cioè di pre-dimostrata rigorosa successione di eventi, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere oculatamente in relazione ad una cospicua quantità di varianti che, legate al caso specifico, solo il medico nella contingenza della terapia, può apprezzare”;
- b) “Questo concetto, di libertà nelle scelte terapeutiche del medico, è un valore che non può essere compresso a nessun livello né disperso per nessuna ragione, pena la degradazione del medico a livello di semplice burocrate, con gravi rischi per la salute di tutti”;
- c) “Ovviamente, la scelta del medico non può essere avventata né fondata su semplici esperienze personali, essendo doveroso, invece, attenersi a complesso di esperienze che va,

solitamente, sotto il nome di dottrina, quale compendio della pratica nella materia, sulla base della quale si formano le *leges artis*, cui il medico deve attenersi dopo attenta e completa disamina di tutte le circostanze del caso specifico, scegliendo, tra le varie condotte terapeutiche, quella che l'esperienza indica come la più appropriata";

- d) "Una volta effettuata la scelta, il medico deve restare vigile osservatore dell'evolversi della situazione in modo da poter subito intervenire ove dovessero emergere concreti sintomi che inclinino a far ritenere non appropriata, nello specifico, la scelta operata e necessario un aggiustamento di rotta o proprio una inversione".

Al diritto alla libertà di cura si ritiene costitutivamente associata una correlativa posizione di responsabilità.

Si tratta quindi di una autonomia nella responsabilità in forza della quale il medico è chiamato a rispondere dell'esercizio della sua attività sia innanzi ai giudici dello Stato che al "suo" Ordine professionale.

L'autonomia in oggetto non è poi esercizio di decisionismo individuale fine a sé stesso, ma è funzionale -come sopra pure già rilevato- alla più efficace tutela del bene della salute,

Come ricomporre il rapporto conflittuale con la recente legislazione in tema di responsabilità impostata totalmente sulla evidence based medicine e DAT in cui si assolutizza il consenso informato?

Autonomia e obiezione di coscienza

La libertà diagnostico-prescrittivo-terapeutica non autorizza il sanitario a non dare esecuzione alla legge o alla disposizione di un giudice.

Si potranno espletare i rimedi approntati dalla legge avverso tale disposizione, impugnandola nelle sedi competenti, ma per intanto si dovrà ad essa prestare ossequio, pena il rischio del configurarsi dell'ipotesi di reato dell'indebito rifiuto di atto urgente del proprio ufficio (art. 328, 1°c., c.p.).

Né si potrebbe invocare la cd. clausola di coscienza, di previsione deontologica (art.22 cod. deont.), la quale, in quanto tale, vale ed opera all'interno dell'ordinamento professionale, ma non produce effetto nell'ordinamento dello Stato, almeno sino a che non si traduca, per effetto di una legge che la preveda qualificandola come tale, in una forma consentita di obie-

zione di coscienza.

Quest'ultima rientra nella categoria penalistica delle cause di giustificazione, integrando l'esercizio di un diritto di cui all'art.51 c.p.

È dubbia l'estensione della clausola di coscienza con riferimento a situazioni di libertà di coscienza, quest'ultima riferita, quanto al fondamento, agli artt. 2, 19 e 21 della Costituzione, (per esempio la nuova legge sulle DAT) non riconducibili a quella espressamente considerata dal legislatore nella previsione dell'ipotesi del diritto di obiezione (obiezione *secundum legem*) soprattutto a causa della sua incidenza su diritti fondamentali di terzi.

In questi casi il diritto si pone come limite esterno all'esercizio dell'autonomia del medico alla pari della mancata adesione del paziente informato che esercita la sua a libertà di autodeterminazione.

Il codice deontologico dei medici, tenuto conto del progresso della scienza e del pluralismo culturale, sociale e civile in cui viviamo, che richiedono un confronto e un dialogo aperto e libero da ogni pregiudizio – non può non ispirarsi a valori e principi etici, primo fra questi il “servizio alla vita”, giacché si ritiene indissociabile e perciò irrinunciabile il rapporto tra medicina e morale.

La clausola di coscienza (*contra legem*) quindi fonda il suo principio sugli aspetti morali ai quali l'obiettore in definitiva si rivolge per sottrarsi ai comandi della legge che configgono appunto con la propria coscienza. Appare chiaro che la questione della coscienza (e quindi l'obiezione di coscienza) inevitabilmente rimanda ai principi di libertà e di autonomia personale per un verso e dall'altro alle norme imposte dall'autorità e dalla legge verso le quali, in nome della coscienza appunto, ci si oppone.

Il codice deve prevedere che la struttura debba comunque garantire la prestazione il che non può non riflettersi nelle norme codicistiche.

Dunque, obiezione di coscienza e clausola di coscienza: Quali rimedi proporre per la difesa dell'autonomia professionale?

Considerazioni finali

Impostare una politica attiva in ambito sanitario comporta un confronto a tutto campo con

la società civile, le istituzioni, sui grandi temi della formazione, delle competenze e dei ruoli del medico e delle professioni sanitarie, in risposta alle reali esigenze dei cittadini in tema di governo della salute.

I tempi sono maturi per un negoziato, una vera trattativa, trattativa che necessita di una piattaforma che ruoti attorno alla titolarità clinica del medico: qualcosa comunque di diverso da come è stata ultimante concepita la 'clinical governancè.

Dobbiamo perciò farci parte attiva dell'attuale, cruciale, discussione sul rapporto tra medici e a professioni sanitarie intervenendo con proposte concrete per sciogliere i quesiti di seguito elencati:

1° il rapporto tra infermieri e medici sembra ridotto ad un semplice trasferimento di competenze per lo più tecniche dal medico all'infermiere.

2° l'attribuzione di competenze è concepita "senza che venga meno la titolarità" dei medici, per cui la normativa non cancella di fatto "l'ausiliari età" e con essa la responsabilità che rimane in capo al medico.

3° la definizione di una professione sanitaria, e nello specifico quella dell'infermiere, sul rapporto profilo professionale/competenze è del tutto ormai superato in una moderna organizzazione delle cure.

4° la mancanza di qualsiasi richiamo alla questione della crescita comune ed armonica delle professioni sanitarie che vengono considerate in una ottica di pura strumentalità del lavoro con un inserimento nella filiera della cura, svalutandone di fatto l'attività e la propensione umana propria di questa categoria per di più facendola sottostare al puro interesse economico.

5° la mancanza di una programmazione coerente della formazione, così da aversi, pur nell'autonomia gestionale delle università, un *cursus studiorum omogeneo* sul territorio nazionale per le professioni sanitarie e per le figure di supporto in ambito sanitario oggi richiedenti spazi altrimenti medici.

6° il non riscontro nella discussione dell'urgenza di ripensare un cambiamento dei modelli di servizio in medicina, di rivedere ruoli e profili delle professioni sanitarie, di rivedere le pratiche e le modalità di trattamenti,

7° il ridurre ogni discorso alla semplice visione di un intervento di riorganizzazione semplicemente razionalizzando i modelli in essere, giustificati dall'economicismo degli interventi.

Autonomia e Clinical Governance"

La Clinical Governance ovvero "I riferimenti entro i quali le organizzazioni sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti livelli di

assistenza” Sally e Donaldson (1998) poggia su sei pilastri quali:

- Prestazioni
- Qualità
- Cultura
- Unità d'intenti
- Infrastrutture
- Gestione dei rischi

Attuandone i contenuti, la Clinical Governance cerca di raggiungere l'eccellenza nell'assistenza sanitaria. La Clinical Governance non è monopolio dei medici anche se recitano un ruolo cruciale e sono tra i più importanti attori.

Cultura

Non si tratta solo di una cultura professionale tecnica e scientifica, che è data per scontata, qui si tratta di una vera e propria cultura che porta ad un cambio di mentalità attraverso la presa di coscienza e la convinzione dell'apertura e della compartecipazione di tutti gli operatori e a tutti i livelli.

Doti acquisite e ponderate di leadership saranno la leva del cambiamento attraverso la valorizzazione della singola risorsa umana attuando una formazione continua e permanente e lo sviluppo della ricerca clinica.

Una cultura che si apre al lavoro di gruppo e improntata alla valorizzazione e allo sviluppo delle potenzialità delle varie professionalità dei singoli.

Sarà oltremodo necessario un coinvolgimento teso al raggiungimento di una partnership con il paziente soggetto attivo e non semplice oggetto passivo.

Il codice deontologico affronta i succitati aspetti in maniera frammentaria e scomposta.

Troviamo elementi di “Clinical Governance “negli articoli del codice:

Art. 3 Doveri generali e competenze del medico

Art. 6 Qualità professionale e gestionale

Art. 14 Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure

Art. 19 Aggiornamento e formazione professionale permanente

Art. 58 Rapporti tra colleghi

Art. 66 Rapporto con altre professioni sanitarie

Art. 68 Medico operante in strutture pubbliche e private

Art. 79 Innovazione e organizzazione sanitaria

Il codice deontologico è invece completamente assente nell'affrontare la professionalità del medico limitandosi a menzionare i principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità quali fondamenti dell'esercizio professionale:

La professionalità poggia a sua volta su tre pilastri che, nel loro complesso, costituiscono le basi dell'indipendenza e dell'autonomia del medico stesso: la competenza, i valori e lo spirito di servizio (Irvine, 1997) e definisce il ruolo del medico.

Più recentemente, il ruolo del medico è stato così ridefinito: *fornire cure di qualità elevata, focalizzandosi su diagnosi, prognosi, trattamento e pianificazione delle cure; comunicare con il paziente; aggiungere al punto di vista individuale anche quello comunitario; gestire in modo efficace le risorse, comprese le abilità, il tempo, le dotazioni strumentali e gli aspetti finanziari.*

La cultura di ruolo prevede:

la cultura della qualità e la cultura della sicurezza; e inoltre:

- la trasparenza;
- la responsabilità;
- la cultura di pubblico servizio;
- la cultura nella quale il lavoro di gruppo è valorizzato;
- la cultura della flessibilità nella quale l'innovazione può fiorire in risposta ai bisogni dei pazienti;

ma anche:

- i risultati, possono essere monitorati e valutati;
- il personale, ben gestito, preparato e supportato;
- gli errori, ridotti al minimo ma, laddove avvengano, si apprende la lezione e se ne rende partecipi gli altri;
- i pazienti, sono gli autentici partner nel processo decisionale.

Da cui far derivare: *Quali iniziative per rafforzare il concetto di autonomia nella responsabilità?*

CONCLUSIONI IN SINTESI

Aggiornare un ruolo o ripensare un ruolo?

Sino ad ora, per le cose dette, la professione medica si è aggiornata prevalentemente rispetto ai contesti sanitari e sopravvive in uno stato di forte criticità, non è stata ripensata rispetto ai suoi fondamenti identitari, alla domanda sociale, ai nuovi contesti sociali (post welfarismo), e alle innovazioni organizzative e gestionali.

Per fronteggiare i problemi e le contraddizioni serve perciò un ripensamento più profondo del ruolo e delle proprietà della professione, che lo costituiscono, individuando le direttive da subito su cui far marciare una efficace politica professionale.

Il medico è un intermediario tra la medicina (una pragmatica che si avvale di molteplici scienze e opera in un mondo di valori), che vive oggi un travolgente sviluppo cognitivo e tecnologico, e la società in drammatica trasformazione, anche per influsso della tecnologia imperante. Queste nuove visioni della scienza e del mondo richiedono al medico un diverso approccio professionale, di cambiare egli stesso al fine di mantenere l'antico ruolo sociale.

Il medico vive una condizione di disagio dalle molteplici motivazioni e avverte i limiti posti alla propria autonomia, rivendicata nell'interesse del paziente; oggi, quando la medicina si volge anche alla collettività, l'autonomia coinvolge il concetto di appropriatezza e sostenibilità. La contemporanea crescita della domanda e dell'offerta implica l'ingresso dell'economia nella medicina e conducono la sanità a porre stringenti vincoli amministrativi.

I limiti all'autonomia del medico sono cognitivi, giuridici, etici, economici e tecnologici; pongono domande sull'intreccio tra professione, scienza, società e politica. Adeguare i valori della medicina o ampliarne i confini? Ha senso una professione immutata in un mondo in trasformazione? A seguito di queste preposizioni si pongono alcune generalissime questioni e altre se ne svilupperanno nel dibattito.

- limiti cognitivi e scientifici: concetto di malattia eco-bio-psico-sociale. Quali conseguenze per l'agire medico quotidiano? Come declinare l'intervento "politico" della medicina sulle componenti ambientali della salute? Come "porre limiti" al potenziamento psico biologico dell'uomo? (area scientifico/culturale)
- limiti sociali: finora la medicina ha cercato, con strumenti artificiali, di opporsi al decorso naturale della malattia. Oggi non può affrontare i problemi che la sovrastano se non opera anche a favore della collettività (ambiente, lavoro, ecc.). Quale equilibrio trovare tra il di-

ritto e l'interesse del singolo e quelli della collettività? (area medicina e società)

- limiti giuridici: il diritto entra nel rapporto tra medico e paziente: come impedire la prevaricazione di procedure formali che rispondono a logiche, quelle del diritto, del tutto diverse da quelle della medicina? È giustificato abolire la figura giuridica della “colpa professionale”? (area medicina e diritto)
- limiti economici: la sostenibilità dei servizi medici (pubblici o privati che siano) pone il problema delle disuguaglianze e della gestione e amministrazione di una sanità così complessa, complicata e costosa. Quale equilibrio decisionale (governance, governo clinico) tra gli attori del sistema salute, quale partecipazione gestionale e quale rimedio al conflitto di interesse del medico? (area medicina e economia)
- limiti etici: oltre a quelli derivanti dallo sviluppo della tecnologia e della scienza medica, come valutare la protezione dal rischio del paziente e la qualità delle prestazioni? Come definire le norme di un contratto non più fordista ma fondato sulla relazione? (area del lavoro)
- limiti professionali: in vista dell'evoluzione del modello operativo è opportuna una tripartizione operativa del percorso formativo, uno a prevalenza tecnologica, uno più relazionale, uno più gestionale? (area economico gestionale)
- limiti operativi: come superare il lavoro individuale (che mantiene il suo ruolo nel rapporto col singolo) a favore di un lavoro fondato, anche contrattualmente, sul team multiprofessionale e multidisciplinare? Come conciliare la valutazione delle performances del medico secondo output economici e valoriali se la relazione è tempo di cura? (area del lavoro)
- limiti formativi: la formazione di base prepara il medico alla scienza e alla professione. Per garantire una formazione adeguata al modello di sanità le facoltà mediche debbono diventare scuole del servizio pur mantenendo l'autonomia costituzionale? (area scientifico culturale)
- limiti evolutivi: quale futuro nell'epoca dell'Intelligenza Artificiale? e nell'epoca della robotica e dell'epigenetica? Fino a che punto il medico è “esecutore” di linee guida (medicina e misurazione scientifica) e/o “interprete” del vissuto e del fenotipo del paziente? Il medico deve sapere come “comprendere l'innovazione” “cambiare paradigma scientifico” “sapere in che modo seguire a sapere”. Come articolare la formazione alla complessità? (area del futuro)
- limiti esterni: come reagire al predominio del mercato? Il medico deve interessarsi al prezzo dei farmaci e dei dispositivi? Come prepararsi ai cambiamenti del mercato del lavoro dovuti alla creativa disruption della tecnica? (area del futuro)

Se si vuol valorizzare il ruolo del medico, le problematiche in gioco costringono a riflettere sulla riforma della sanità per mantenerne i valori costitutivi, a riformare i percorsi formativi universitari e la formazione permanente (a life for learning), a disegnare diversamente i rapporti con le altre professioni e gli strumenti organizzativi del sistema salute.

SINTESI PER STIGMI

Gli assunti di base

- La qualità e la durata della vita spostano il confine tra normale e patologico sul piano della Responsabilità;
- Il medico diventa “artefice-causa” dell’esito delle malattie (Responsabilità contrattuale diretta e indiretta - contenzioso);
- Il diritto radicato alla salute sviluppa il concetto (e la pretesa) di una medicina infallibile;
- Il concetto innaturale dell’infallibilità condiziona (aumentandole) le pretese di risultato e determina il modus operandi del medico...
- Non è realistico pensare alla salute come diritto assoluto di tipo sociale a maggior ragione lasciato unicamente alla responsabilità del medico e della medicina

LA MEDICINA SOCIALE

- **Medicina e società (alcuni nodi da sciogliere)**

... il diritto alla salute ha nel nostro ordinamento una dimensione sicuramente più ampia di quanto non possa derivare dal mero diritto alla cura o alla assistenza, intesa nel senso tradizionale di accorgimenti terapeutici idonei a debellare la malattia o ad arrestarne l’evoluzione.

- **Salute e società**

... il concetto di salute è cambiato nel tempo da “assenza di malattie ...” a “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”.

La definizione di salute condiziona di conseguenza l’approccio con cui valutiamo lo stato di salute/malattia e il modo in cui definiamo i determinanti di salute.

- **I fattori correlati alla salute**

... per sintetizzare e concettualizzare i fattori che sono riconosciuti essere associati alla salute sono stati sviluppati modelli di ciò che viene definito determinanti di salute.

Tutti i determinanti di salute sono importanti e nessuno è più importante dell’altro. Forte risonanza con la definizione di salute dell’OMS.

- **Salute come risorsa nel quotidiano**

... la salute è considerata come una risorsa per la vita quotidiana, non come l'obiettivo del vivere. È un concetto positivo che enfatizza le risorse sociali e personali, così come le abilità fisiche. Bene dimensionabile e non più mera fonte di spesa.

- **Salute e ambiente**

... Salute e ambiente insieme dei fattori esterni all'organismo umano. Può essere distinto in fisico, biologico, sociale, culturale, ecc. Questi fattori possono influenzare lo stato di salute delle popolazioni.

Pertanto, ci si chiede quale sia il ruolo del medico rispetto ai determinanti della salute.

- **Scopo della medicina**

... l'era attuale si connota per una episteme caratterizzata dalla scoperta della complessità che è stata paradossalmente promossa proprio dalle scienze (omiche) e dalla tecnologia.

... “il mondo”, nel suo insieme, non è lineare, bensì irregolare, variabile, instabile, precario ed incerto, in breve complesso.

... il concetto moderno di complessità, che implica prudenza nelle convinzioni e nella prassi, consapevolezza dei limiti e dei rischi, non ha nel medico una presa di coscienza adeguata e diffusa.

- **La complessità**

... oggi da taluni la complessità è ritenuta una delle cause della odierna crisi di identità della figura del medico nella società per l'incerta collocazione della sua arte tra le scienze fisiche e naturali che condiziona lo scopo storico della medicina.

La “personalizzazione” della medicina o in termini anglosassoni “Precision Medicine” ci ripropone vecchi problemi che sembravano risolti con la proposta dei cosiddetti studi randomizzati per valutare l'efficacia dei trattamenti.

- **La natura della medicina**

... la natura della medicina può essere vista in due modi diversi:

1. come un'eredità sviluppata rispondendo ai problemi posti dalla malattia (conoscere e curare la malattia, aiutare il malato, ecc.)

2. come una costruzione della società che è variabile, dipende dal contesto sociale, economico e morale, da come vengono interpretati i concetti di malattia e di salute, da come si risponde ad esse e dalla relazione medico-paziente.

... gli scopi della medicina sono modelli intrinseci alla medicina stessa o sono costruzioni sociali?

- **Libertà di cura e consenso informato**

... la libertà di cura è un aspetto del diritto alla salute, ma non è il contenuto principale di questo diritto, perché l'assistenza sanitaria esige una regolamentazione e un coordinamento delle funzioni e delle prestazioni, che non è possibile affidare integralmente alle scelte individuali.

- **La prescrizione**

... la prescrizione in un Servizio Sanitario Pubblico implica sempre un controllo sulle sue modalità di somministrazione e una valutazione sulla giustizia nella distribuzione delle risorse. Un procedimento complesso che muove dalla vicenda individuale, ma che va ben oltre, coinvolgendo l'intera organizzazione sanitaria

- **Il rapporto tra il diritto alla salute, l'autodeterminazione e la libertà di cura**

... uno dei versanti della libertà di cura è quello del rifiuto dei trattamenti sanitari, in particolare il problema del diritto a rifiutare le cure, nella sua accezione più ampia di scegliere le modalità di cura o di non curarsi affatto

... il ruolo del medico qualora nell'ambito della rinuncia o del rifiuto delle cure gli fosse richiesto un comportamento attivo.

Un passaggio della Legge 219/17 che richiama anche le sentenze della Cassazione civile (Travaglino n. 7248 del 23 marzo 2018 non massimata).

- **Consenso informato**

... per la legge il consenso informato ha assunto un ruolo chiave, consentendo la piena valorizzazione delle scelte compiute dal paziente competente, sulla base del principio di autonomia.

Avvalorando l'autodeterminazione che passa attraverso la corretta informazione/comunicazione e la consapevolezza delle scelte.

- **Il principio di libertà**

... l'autodeterminazione col rifiuto di trattamenti sanitari non è fondato su un principio di libertà in senso generico, ma sulla tutela della libertà psicofisica della persona la cui dimensione corporale dev'essere rispettata.

... la richiesta di particolari trattamenti, invece, è la richiesta di un intervento del medico, il quale, come tale, opera secondo criteri di appropriatezza professionale e secondo coscienza.

- **La legittimazione dell'atto medico attraverso il consenso informato**

... in sintesi, la norma attualmente in vigore attribuisce al solo consenso informato la legittimazione dell'atto medico.

... l'attività medica non è un'attività antiggiuridica, ma una attività in radice legittima perché finalizzata alla salvaguardia di un bene costituzionale come è la salute. La risposta alla malattia col vincolo medico-paziente

- **Il rapporto tra consenso informato, beneficiabilità e appropriatezza dei trattamenti**

... il diritto del paziente alla cura, e quindi la tutela della sua salute, è innanzitutto il diritto a trattamenti accertati attraverso rigorosi percorsi di sperimentazione secondo criteri etici e metodologici condivisi dalla comunità scientifica e disciplinati dall'ordinamento giuridico.

- **Medicina e funzione sociale del medico.**

... il medico come ogni altro professionista offre servizi sul mercato come ogni altro soggetto economico, per cui la sua attività è soggetta alla domanda e offerta con il paziente in veste di consumatore.

- **La tutela della salute non è un qualunque bene di consumo**

... la tutela della salute non è un assimilabile ad un generico bene di consumo ma si correla ad un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

- **L'affidamento sul piano sociale**

... sul piano sociale, l'affidamento è costruito principalmente mediante il riconoscimento della comunità professionale dei medici e attraverso l'abilitazione del singolo medico tramite esame di stato, pure prevista dalla Costituzione, sulla base di quei criteri generali di competenza necessari per autorizzare allo svolgimento dell'attività medica e intorno ai quali definire lo status del medico.

- **La tutela della salute e l'atto medico**

... la tutela della salute è di rango costituzionale e l'attività del medico è un'attività socialmente approvata, nel senso che, pur fatto salvo il principio del consenso informato, l'atto medico, proprio in considerazione della sua approvazione e funzione sociale, non può essere equiparato a un qualunque atto sul corpo di altri che in mancanza di consenso costituirebbe violenza.

- **Il ruolo degli Ordini**

... in una società complessa ispirata a criteri di liberalismo solidale gli ordini dovrebbero essere i soggetti deputati in primo luogo a definire lo statuto essenziale della professione esercitata, determinando i goals (i risultati prestazionali) e gli ends (i fini essenziali) dell'agire professionale appropriato e corretto.

- **L'assolutizzazione della volontà della persona e la richiesta di prestazioni sanitarie**

... il principio del consenso informato dev'essere innestato in modo adeguato e coerente nell'attività medica, perché un'assolutizzazione della volontà della persona che domanda prestazioni sanitarie entrerebbe in contraddizione con l'oggettiva funzione sociale dell'attività medica equiparata a qualunque atto di violenza o di usurpazione legittimati soltanto dal consenso dell'avente diritto.

- **La salute soggettivizzata indebolisce la tutela della salute come principio generale**

... su un piano più generale ancora, va da sé che tale assolutizzazione incrinerebbe la stessa concezione della salute, rendendo più incerti i confini della professione medica e meno sicura la funzione sociale del medico.

... più la salute viene soggettivizzata, ossia fatta dipendere dalle valutazioni e dai desideri di coloro che chiedono prestazioni sanitarie, meno si lascia comprendere come valore intersoggettivamente determinato e, conseguentemente, più si indebolisce il fondamento della sua tutela come bene comune.

- **Consenso non mono senso**

Consenso non significa mono-senso: la fisionomia del rapporto fra medico e paziente che il consenso informato contribuisce a delineare non implica una sorta di ribaltamento del c.d. paternalismo medico a cui si sostituirebbe una sorta di protagonismo autoritario del paziente il quale ridurrebbe il medico a esecutore tecnico delle sue richieste.

Domanda di salute

... filosoficamente, la salute non è un valore intrinseco ma “risorsa che permette di fare “ciò che davvero conta come essere umani” ossia promuovere il ben-essere.

Domande che richiedono risposta

1. *prendersi cura delle persone che dimorano nel mondo oltre a preservare l'esistente storico significa anche non ostacolare ciò che è nuovo in nome di una conservatrice pretesa “essenza” dell'umano e neppure porre un limite al processo di creazione, attraverso astratte e formali norme etiche? (potenziamento umano)*
2. *fino a che punto è possibile derogare dai parametri scientifici, restando dentro gli orizzonti della scienza?*
4. *La funzione del medico è ancora insostituibile nel riconsegnare al paziente la sua biografia non lasciandola appiattire alla sua biologia?*
5. *fino a che punto è possibile soddisfare i desideri del paziente, senza alimentare illusioni? Nell'ottica delle istituzioni sanitarie, fino a che punto l'approccio “compassionevole” può giustificare il fatto che siano sottratti mezzi e risorse alle terapie riconosciute?*
6. *fino a che punto può essere lasciato all'insindacabile giudizio del singolo medico, il ricorso a terapie non validate?*
7. *Qual è il rapporto corretto tra funzione individuale e sociale della medicina?*
8. *Come contestualizzare l'atto medico?*

GLI ASPETTI DELLA MEDICINA GIURIDICIZZATA

- **Giuridicizzazione della medicina**

... la medicina è inserita in una law-saturated society, in una società strapiena di diritto, di regole giuridiche dalle provenienze più diverse ... con un diritto invadente in troppi settori e tuttavia assente là dove se ne avvertirebbe più il bisogno.

- **Società “law-saturated**

... La Società “law-saturated” è:

- spinta alla proceduralizzazione della cura
- prevalente emergere di una cultura medica ed assistenziale orientata in termini difensivi, particolarmente attenta alla pre-stituzione di cause di giustificazione.

- **Le conseguenze della ibridizzazione**

... L'Iper-responsabilizzazione giuridica fa da contrappunto alla progressiva de- responsabilizzazione etica e deontologica! Le conseguenze della “giuridicizzazione” della medicina:

- contratti – contatti che regolano i rapporti professionali e non solo quelli economici
- ricorso al giudice ordinario nel caso di inadempienza del contratto
- applicazione della sanzione sociale all'attività medica (penalizzazione della condotta)
- esplosione del contenzioso giudiziario per presunta colpa medica

Domande:

- *Può il diritto, la regola giuridica, invadere i mondi vitali?*
- *Come ridefinire i rapporti tra medicina deontologia e diritto?*

- **La responsabilità medica e gli aspetti della giuridicizzazione medica**

... la declinazione paradigmatica dell'agire del medico nelle sue funzioni prevede alla sua base il fine etico della beneficialità contrapposto alla maleficità degli atti, in cui prevale il rapporto duale di cura con presa in carico della persona assistita.

- **La professione medica di fronte alle plurime responsabilità**

... fra le professioni intellettuali quella medica è la professione fra quelle più soggette, se non fra le pochissime, a plurime e diversificate responsabilità: penale, civile, disciplinare, deontologica, amministrativo-contabile.

- **I nuovi orientamenti legislativi e della Cassazione penale e civile**

... una nuova svolta all'agire del medico l'ha dato sicuramente il disposto legislativo “la legge 8 marzo 2017, n. 24.”

... non si può prescindere dal riconoscimento del diritto alla sicurezza delle cure che scaturisce dal principio Costituzionale del diritto alla salute (art. 32).

- **La revisione del principio del diritto alla salute**

... un diritto non assoluto alla salute non è immaginabile e richiama alla necessità, e per certo verso impone, una sua revisione critica, che peraltro attiene al suo valore ontologico che trova riscontro nella prassi usuale e nella natura stessa dell'uomo.

- **Il contratto di cura prevede il risultato**

... un orientamento giuridico è quello di non riconoscere appieno il rispetto dell'agire in

scienza e coscienza, che, allo stesso tempo, è un modo per far slittare l'attenzione dal rapporto medico paziente, costantemente teso al suo rafforzamento, e all'impegno di salvaguardia della salute, verso un contatto- contratto con assicurazione del risultato, rendendo oggettivo, e radicalizzando, il rapporto di cura nel principio del "do (fiducia) ut de (garanzia di risultato)".

- **Errore da complicità evitabile**

... in presenza di errore manifesto, commesso per inosservanza di procedure, buona pratica clinica, in caso di complicità possibile va l'indirizzo giurisprudenziale dell'evento evitabile se prevedibile.

- **La valutazione dell'agire medico sul "non nuocere"**

... l'azione medica è improntata al rispetto della vita e a tutela della salute, da cui è investito dalla norma costituzionale e dal Codice deontologico, con obiettivo di una prestazione orientata al raggiungimento di un effetto benefico ovvero primum non nuocere,

- **La colpa generica e il medico "presunto colpevole"**

... s'inverte la tendenza, nel riconoscimento del torto subito, non più all'impegno della cura ma al non raggiungimento degli effetti desiderati, per colpa generica o specifica, con ciò la giurisprudenza di legittimità traccia una sorta di nuovo codice di procedura sanitaria: ne scaturisce un medico presunto colpevole e non presunto innocente.

- **Le responsabilità ultronee**

... dalla giurisprudenza applicata, come norma giuridica di riferimento, deriva il concetto illusorio di onniscienza medica

- **La diagnosi giuridicità**

... nella comune pratica clinica ogni diagnosi formulata è sempre differenziale.

... non è una semplice decisione a «sentimento», ma sempre il prodotto di un ragionamento clinico con comparazione di elementi diagnostici, contrapposta alla visione limitativa e colpevolizzante della giurisprudenza di legittimità.

- **Il modello matematico di salute**

... il modello matematico di salute (di Camillo De Lellis della Princeton University) parte del concetto che tutti sono numeri e tutti gli algoritmi dell'esistenza sono dettati da numeri, così come le attività fisiologiche degli esseri viventi sono riconducibili a modelli matematici, tanto

nell'uomo, tanto negli animali e più diffusamente in natura.

Domande:

- *Come ricomporre il rapporto conflittuale con la recente legislazione in tema di responsabilità impostata totalmente sulla evidence based medicine (EBM) e DAT in cui si assolutizza il consenso informato?*
- *E allora è giustificabile quanto appare ai più evidente che si getti tanta polvere sull'agire medico non certo presunto innocente (senza equivocare sull'avviso di garanzia...)*
- *chiamato a giustificarsi e a comportarsi come se fosse «presunto colpevole»?*
- *chiamato a esercitare come legale prima che come medico, muovendosi in ambito del diritto?*

- **Autonomia professionale**

... l'autonomia configura l'aspetto più qualificante dell'indipendenza professionale del medico ed è funzionale alla più efficace realizzazione dell'interesse che l'ordinamento consegna alla posizione di garanzia del sanitario, ossia alla cura della salute.

- **Autonomia come libertà delle scelte**

... il medico non deve subire condizionamenti esterni di qualsiasi natura sia nella formulazione della diagnosi che nella scelta e nella indicazione del trattamento terapeutico più idoneo ed appropriato rispetto alle esigenze di tutela della salute del paziente.

- **Autonomia frutto delle conoscenze scientifiche**

... si riscatta il ruolo della scienza rispetto al diritto quando la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, in continua evoluzione, basata sull'autonomia e sulla responsabilità del medico che con il consenso del paziente opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a sua disposizione... l'autonomia in oggetto non esercizio di decisionismo individuale fine a sé stesso, ma funzionale alla più efficace tutela del bene della salute.

- **Autonomia e obiezione di coscienza**

... la libertà diagnostico-prescrittivo-terapeutica non autorizza il sanitario a non dare esecuzione alla legge o alla disposizione di un giudice.

... il diritto si pone come limite esterno all'esercizio dell'autonomia del medico alla pari della mancata adesione del paziente informato che esercita la sua a libertà di autodeterminazione

- **Il codice deontologico e la clausola di coscienza**

... il codice deontologico memore del progresso della scienza e del pluralismo culturale, sociale e civile si ispira a valori e principi etici, primo “servizio alla vita”, giacché si ritiene indissociabile e perciò irrinunciabile il rapporto tra medicina e morale.

... la clausola di coscienza (contra legem) quindi fonda il suo principio sugli aspetti morali ai quali l’obiettore in definitiva si rivolge per sottrarsi ai comandi della legge che configgono appunto con la propria coscienza.

Domanda:

- **Obiezione di coscienza e clausola di coscienza: Quali rimedi proporre per la difesa dell’autonomia professionale?**

- **Medicina e scienza**

... la complessità appartiene filosoficamente al post-modernismo, chiave di lettura di tutta la realtà. In un sistema costituito non solo dalle che lo compongono, ma dalle loro interazioni specifiche che oggi ce lo dice la scienza; basti pensare all’epigenetica che descrive tutte quelle modificazioni ereditabili che variano l’espressione genica pur non alterando la sequenza del DNA.

... la conoscenza ha una natura profondamente costruita e razionale, caratterizzata da una continua circolarità tra oggetto della conoscenza e l’oggetto conoscente.

- **La conoscenza in ambito medico**

... la conoscenza in ambito medico non è solo la conoscenza more scientifico, ma è un sistema aperto: in medicina questo si presenta come un dibattito aperto.

... il paradigma oggi imperante è l’EBM.

- **La legge 24/17 e le linee guida**

... la legge sulla responsabilità (Gelli-Bianco) enfatizza le linee guida ma queste rappresentano solo forse un 20%, 30% della nostra attività pratica; un 70% 80% della nostra attività pratica non è contemplata dalle linee guida.

- **La medicina basata sull’evidenza**

... quali sono gli ingredienti per il successo della medicina basata sull’evidenza? ovvero la scoperta dei valori del paziente precede il processo decisionale ed è necessaria prima di applicare

le prove.

... la prospettiva del paziente è saliente anche quando si tenta di stabilire la natura del problema, analogamente il condividere informazioni basate sulle prove di efficacia è un prerequisito per poter prendere delle decisioni condivise

- **L'ascolto**

... in ogni passaggio del processo di cura è fondante l'ascolto.

... il vissuto della malattia è estremamente importante tanto quanto praticamente l'aspetto obiettivo che deriva dalla malattia stessa: è un approccio costituito da una critica radicale della modalità riduzionistica di una procedura medica in cui, dicono i filosofi, l'approccio positivista-empirista ha tradizionalmente separato i fatti dai valori.

- **La Formazione**

... i contenuti del corso di laurea in medicina non devono più avere una strutturazione come nei primi del '900, ovvero un aspetto didattico-positivista in cui la malattia è ancora vista sotto forma causale.

... Va ripensata la formazione medica con un forte completamento di elementi di conoscenza che ci provengono dalle scienze umane.

Domande

- *Quale conoscenza per il medico?*
- *EBM e pratica medica binomio inscindibile?*
- *Quale rapporto con la medicina basata sugli outcome e su quella ritagliata sul paziente, denominata tailoring medicine?*

- **Il medico nel complesso sistema assistenziale**

... il medico non è solo nel sistema complesso di assistenza e cura, ma ha un ruolo ben definito e storicamente avvalorato.

... il rapporto duale fiduciario medico persona assistita vede nell'atto della diagnosi la sublimazione del ragionamento clinico impostato sulla persona e non sulla malattia ciò è ancora un paradigma coerente col medico del terzo millennio...

- **I rapporti multi-professionali**

... nel parlare di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, si devono considerare preliminarmente gli aspetti inerenti alla conoscenza, le abilità e l'agire comune soffermandosi necessariamente sul significato di competenza abilità e comportamento inseriti nel piano formativo specifico?

- **L'articolazione del lavoro**

... il lavoro viene visto come l'articolazione di compiti o mansioni che, oltreché rendere tipica una professione, rappresentano l'insieme delle funzioni "attive e finalizzate al risultato", così da caratterizzare i ruoli e le funzioni?

- **La valorizzazione delle peculiarità**

... nel rispetto delle peculiarità e nella valorizzazione delle diverse professioni è giustificata la ricerca di un rapporto di vera complementarietà professionale, che sia agito nel rispetto delle peculiarità delle varie figure professionali, attraverso lo sviluppo delle singole professioni in un riassetto delle funzioni e assegnazione di compiti armonici, omogenei e finalizzati agli obiettivi?

- **Ruoli e funzioni e autonomie di scala**

... si valuta un rapporto basato sul valore dei ruoli e delle funzioni, col giusto peso delle competenze conseguenti alle dinamiche formative per l'inserimento nel sistema lavorativo. Uno degli aspetti fondamentali è il valore assegnato al concetto d'autonomia" nel rispetto delle differenti competenze

... si considera l'autonomia proporzionale o di scala in contrapposizione all'autonomia assoluta, indipendenza, ovvero autonomia mediata nella collaborazione fra diversi funzionali, l'unico strumento per limitare le conflittualità interprofessionali?

- **La riforma della riforma, auspicata e necessaria, investe in primis la formazione**

... la Riforma sanitaria basata su 21 sistemi regionali ha fallito. Come anche oggi ha comportato variegati e improduttivi sistemi formativi, con la parcellizzazione dei piani formativi.

... una revisione della formazione è davvero indispensabile per definire le competenze oggettive e specifiche come anche per far discendere da queste le altrettante specifiche responsabilità?

- **Le prospettive con interrogativi**

Quali le prospettive?

In sintesi, di:

- *Difendere i valori di una professione medica non subordinata a interessi diversi dal senso etico della gestione della salute, indipendente dalle scelte condizionanti burocratico-finanziari del mondo industriale?*
- *Programmare per il prossimo ventennio interventi mirati, in maniera attiva e propositiva, sui tavoli istituzionali, regionali e ministeriali, intervenendo a pieno titolo nelle politiche della salute?*
- *Subordinare al medico le scelte professionali e gestionali, in relazione a capacità proprie, acquisite e riconosciute anche dal Codice di Deontologia Medica agli artt. 3 e 13?*
- *Modificare lo status quo, evitando al medico l'oppressione di una professione che deve sottostare a norme e comportamenti talvolta non deontologici assecondata alla proceduralizzazione della medicina?*
- *Cambiare il sistema delle linee guida, previste per legge, e dei protocolli, a fronte di una medicina dell'evidenza che lascia il posto a una medicina basata su valori e outcomes, dunque VBM vs EBM?*

- **Il declino inarrestabile della professione medica**

... Esiste davvero in declino inarrestabile della professione medica?

- **Il paradosso del medico amministrato**

... è invalsa la considerazione del medico amministrato e subissato dalla burocrazia, sottostimato nel suo agire sempre più incanalato in un percorso obbligato da norme e leggi (disposti regionali, PDTA, legge 24, legge sul consenso informato): deve essere riconquistata una posizione più consona del medico inserito in un più ampio contesto "sanitario"?

- **Le relazioni fra mondo medico e mondo politico: un rapporto fra incompresi**

... è davvero singolare il contesto delle relazioni esistenti fra mondo medico e quello politico e ancor più fra medico e mondo ordinistico-federativo con quello politico istituzionale centrale improntato all'incomprensione. Come e attraverso quali strumenti superarlo?

- **Il declino inarrestabile della professione o il declino inarrestabile del concetto di tutela della salute?**

... alla domanda di fondo, si correla la constatazione di decisioni politiche in cui non si riconosce l'attenzione dell'interlocutore politico alle istanze dei medici, troppo legati alla contingenza.

- **Declino, vero declino della professione non più tutelata?**

... le ultime leggi, non ben scritte e talvolta contraddittorie e non rispettose dell'agire medico e della riconosciuta responsabilità, segnano o assecondano il declino della professione medica?

... nonostante il parere della corte di legittimità, la legge²⁴, inapplicabile perché considerata dai giudici troppo tutelante l'imputabilità medica, non ha raggiunto lo scopo di limitare i contenziosi: è davvero una legge che tutela il giudizio mite sull'errore medico?

- **Partire dai presupposti della professione per un nuovo sviluppo del medico?**

... col vedere l'innovazione come strumento di sviluppo e non limitante il valore del medico chiamato al confronto con le professioni sanitarie come si colloca fra le recuperate *humanities* e la *religio hominis*?

- **La logica di una sanità amministrata**

... la logica della sanità amministrata, del richiamo ai paradigmi, dal contenimento economico con il rispetto delle ISO risorse, dall'integrazione alla multi-professionalità e delle visioni sociologiche comporta l'allontanamento dalla realtà della salute e della sua tutela?

- **L'economicismo imperante che coniuga so-risorse con de-finanziamento**

... si tende ragionare in termini di economicismo reale, tale da giustificare gli interventi sanitari commisurati alle sempre più scarse risorse che sono perciò ampiamente ridotte rispetto alle necessità reali di salute?

- **E allora, è in crisi il medico o la medicina? O la politica sanitaria della nazione? Cosa fare? Forse, passare dall'analisi alla semplificazione?**

... alla complessità delle analisi e delle giustificazioni sociopolitiche o politico filosofiche si contrappone un'operatività certa in un settore primario e la cui delicatezza non è certo secondaria e da sottovalutare.

- **La salute va lasciata alla tutela di chi ne abbia competenza?**

... la salute e la sua gestione sono una prerogativa di chi ha un ruolo specifico: proprio il rispetto del ruolo, delle competenze e delle responsabilità di ciascun componente il sistema complesso della gestione della salute è improrogabile e necessario a garantirla?

... il rispetto del lavoro di chi abbia titolo a farlo, di chi ne abbia la competenza e la responsabilità, risulta unico paradigma di garanzia, dunque in delegabile? (Aa 3 -13 CD 2014)

- **Il significato di semplificazione**

Semplificare in sanità può essere la chiave per iniziare a porre in essere i rimedi per la rinnovata sanità del terzo millennio?

A cura di Giovanni Leoni

Vicepresidente FNOMCeO

PREMESSA

La storia insegna che gli Stati Generali erano un'assemblea consultiva del Regno di Francia, furono convocati la prima volta da Filippo IV nel 1302. La loro funzione era quella di essere un organo di rappresentanza dei tre ceti sociali esistenti nello Stato francese prima della Rivoluzione del 1789 e si riunivano quando incombevano sul paese pericoli imminenti.

La Federazione Nazionale con il Presidente Filippo Anelli intende celebrare con questo riferimento storico un momento di riflessione comune sulla categoria medica e del suo ruolo nella tutela della salute pubblica.

Il ruolo del medico non è mutato nel corso dei millenni, nè sono cambiati nella sostanza i principi di riferimento che troviamo riassunti nel Codice Deontologico con i suoi relativi aggiornamenti.

È cambiato il contesto in cui il medico opera non il rapporto medico paziente che rimane ancorato ad un momento di richiesta di aiuto e della relativa risposta.

Ci riferiremo al medico nel contesto italiano perchè la situazione nel nostro paese è sensibilmente diversa rispetto alla professione del medico in Europa e nel mondo in generale.

L'Europa ha censurato l'Italia due volte nel recente passato la prima per non aver rispettato la normativa che prevedeva il pagamento della borse di studio agli specializzandi degli anni 1978-2006, condannando intere generazioni di medici a trovarsi u lavoro di notte per poter studiare di giorno, la seconda il 20 Febbraio 2014 quando la Commissione europea denuncia l'Italia alla Corte di giustizia dell'Unione europea per non aver applicato correttamente la Direttiva sull'orario di lavoro al personale operante nel servizio sanitario pubblico e per non aver rispettato le Direttive Europee sul diritto al riposo dopo il lavoro.

I medici in Italia in questo particolare periodo storico sono la categoria intellettuale simbolo vittima dei “Diritti Negati”, e se i passaggi citati lo confermano a livello internazionale, a livello nazionale “La Corte Costituzionale, in relazione alle questioni di legittimità costituzionale sollevate con le ordinanze R.O. n. 76/2014 e R.O. n. 125/2014, ha dichiarato, con decorrenza dalla pubblicazione della sentenza, l’illegittimità costituzionale sopravvenuta del regime del blocco della contrattazione collettiva per il lavoro pubblico, quale risultante dalle norme impugnate e da quelle che lo hanno prorogato. La Corte ha respinto le restanti censure proposte”.

Questo è il contesto in cui opera il medico italiano tipo, un contesto illegale ai massimi livelli e si deve partire da questi riferimenti per capire lo stato d’animo di una particolare categoria di professionisti, di animo mite per natura, che non ha saputo o potuto far valere i propri diritti come altre categorie, magari come i Controllori di volo, perchè trattano con i malati ed alla fine, tra sacrificare i pazienti e loro stessi, hanno sacrificato giorno dopo giorno le proprie vite e quelle delle loro famiglie.

Le motivazioni di questo accanimento contro la nostra categoria sono di mera origine economica e sono stati determinati lucidamente a tavolino da una serie di governi di centrodestra e di centrosinistra concordi su questo tema con tutte le regioni che hanno sistematicamente risparmiato sui medici e sul personale sanitario in genere e modificato in peggio le condizioni di lavoro in ospedale e nel territorio.

Questo sistema è arrivato a minare l’equilibrio stesso su cui si regge il Sistema Sanitario Nazionale che proprio nel 2018 celebra i 40 anni dalla sua fondazione rallentando in modo letale il rinnovo del personale, l’elemento umano che è l’anima stessa del sistema e condizio-

nando in modo così pesante le condizioni di lavoro in alcuni ambiti fino a determinare le dimissioni prima del tempo di parte del personale che aveva delle alternative più vivibili. Un nuovo fenomeno tutto italiano che osserviamo sempre più di frequente in questi mesi.

Così le categorie si ritrovano per confrontarsi pubblicamente e di fronte ai cittadini in primis, i nostri giudici finali, scendendo dal piedistallo virtuale di un tempo che fu, o risalendo da una moderna forma di schiavitù poco nota, perché la privazione del sonno è una riconosciuta forma di tortura ed è stata celebrata con la sanzione ad un infermiere di sala operatoria che semplicemente

si era dichiarato impossibilitato a ricoprire il turno di servizio previsto nel pomeriggio evidentemente provato dalle quasi 16 ore di lavoro già eseguite su 24 disponibili con una notte in piedi in urgenza chiamato in reperibilità.

Qualsiasi altra considerazione sulla qualità dei rapporti di lavoro discende da episodi come questo, questo è il livello di considerazione per i professionisti della salute che mantengono un atteggiamento esteriore adeguato nei confronti dei pazienti ma che si stanno ammalando dentro di loro giorno per giorno.

Una comprensibile forma di pudore ha forse mascherato troppo a lungo questa situazione e forse in certi contesti molte forme di violenza contro gli operatori sanitari si sarebbero potute evitare.

Mi riferisco a quelle che mettono a confronto persone malate e parenti irascibili per l'attesa a personale stanco e stressato nei Pronto Soccorso in un rapporto inadeguato fra domanda ed offerta per situazioni ambientali costruite da altri soggetti che ben si sono guardati da vivere loro stessi in quella vita che hanno costruito per gli operatori del settore.

Nel tempo antico sulle Galee durante le battaglie in certe situazioni i rematori erano legati ai ceppi così erano più motivati a rispondere ai comandi dalla tolda, perché se la nave affondava, morivano anche loro incatenati ai loro remi e non potevano ribellarsi: la storia insegna.

Saranno quindi delle giornate di discussione comune con varie tesi predisposte per una solida traccia di discussione da parte della Commissione Stati Generali della Federazione e condivisa fra gli Ordini.

Io non sono depositario dell'intero scibile medico nè un fine cultore del Codice Deontologico che comunque resta la trave portante del mio essere, e quindi mi riferirò in tale contesto ad alcuni temi di cui mi sono già occupato come dipendente ospedaliero, la dimensione lavorativa che conosco per vita vissuta e non per sentito dire, che ritengo comunque di interesse comune, vitale per cambiare uno stato di fatto pericoloso per tutti.

I temi inerenti l'Odontoiatria, i Liberi Professionisti, la Medicina Ambulatoriale e del Territorio, la Medicina Privata e Convenzionata, che non vivo direttamente, sono certo che saranno affrontati da colleghi più preparati del sottoscritto con la loro diretta testimonianza.

Tra gli argomenti che considero più importanti il primo è questo:

1) La trasformazione al femminile della professione medica

Cito come esempio i dati dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia di cui sono presidente in cui una recente analisi riporta 4.185 iscritti di cui 2.746 (66%) maschi e 1.439 (34%) femmine. Se consideriamo solo gli iscritti del 2016 le percentuali si invertono su 73 iscritti totali 32 (44%) sono maschi e 41 (66%) sono femmine.

Più in dettaglio fra gli over 60 anni i sanitari, medici e odontoiatri, sono 1.929, all'80% maschi ed al 20% femmine ma se consideriamo la classe under 30 e dai 31 ai 35 anni, in totale 412 iscritti, il 40% sono maschi ed il 60% sono femmine. Il rapporto maschi/femmine è al 50% nella classe di età dai 36 ai 58 anni su 1.179 iscritti, mentre dai 55 ai 59 anni su 665 sanitari il 68% sono maschi ed il 32% sono femmine.

Questa la premessa per una situazione che penso possa essere replicata a livello nazionale ma vederla con i numeri, pur se grezzi, fa sempre un certo effetto.

La professione del medico si è già colorata di rosa, nel dipartimento chirurgico dove lavoro all'Ospedale di Venezia nell'ultimo anno sono "apparse" 4 chirurghe generali, 2 urologhe, 1 otorinolaringoiatra, resto in attesa della prima ortopedica, arriverà.

Anestesiste, radiologhe, ginecologhe e pediatrie non le conto più, così come in medicina ed in pronto soccorso il sesso "debole" è ben rappresentato. Mia moglie, per puro caso, fa il medico e lavora in medicina interna, stesso ospedale dove io faccio il chirurgo generale. In realtà fra medici le coppie non sono un'eccezione, anzi, forse è il tipo di vita così strano, così inclusivo, che ci avvicina anche nella vita privata.

Forse solo un medico capisce e sopporta pienamente turni guardie e reperibilità di un altro medico, ma non è una regola fissa naturalmente ed attiene di più alla realtà dell'ospedale.

Ci sono peraltro coppie miste ospedale territorio, territorio-territorio ed altre varianti, da considerare gli studi odontoiatrici a gestione mista. Si può proprio dire uniti nella vita e nel lavoro.

Ovviamente ancora poche le donne con incarico apicale, ma sono sempre più numerose.

È passato solo poco tempo dalla nascita della prima donna laureata al mondo: correva l'anno 1646 e proprio a Venezia veniva alla luce Elena Lucrezia Cornaro, filosofa, ricevette il titolo in data 25/6/1678. L'evento ebbe una vasta eco internazionale ed è ricordato da una targa commemorativa con relativa iscrizione a Palazzo Cà Loredan nei pressi del Ponte di Rialto a Venezia.

Se penso che il diritto al voto per le donne in Italia è arrivato solo dopo la II Guerra Mondiale, nel 1946 per l'esattezza.

Negli anni 80 a Padova una amica specializzanda mi diceva "mio caro una donna deve essere tre volte più brava di un uomo per essere accettata come professionista in questo vostro mondo di maschi". Ovvio che avesse ragione, lei è riuscita in quello che ha voluto come tantissime sue colleghe. Se nella medicina del territorio e nella libera professione sarà l'utenza a decretare il successo della professionalità indipendentemente dal sesso, in ospedale l'orario di servizio dovrà tenere conto degli standard previsti per mogli e madri che devono avere il diritto ad una famiglia, con i tempi previsti dai contratti di lavoro e non a colpi di straordinari.

Guardie da 24 ore, reperibilità continue fanno, o devono, fare parte del passato, anche i cosiddetti pacchetti prestazionali aggiuntivi, sale operatorie, guardie a gettone, serate in radiologia, tutte queste mostruosità inventate dalle amministrazioni per risparmiare sulle assunzioni ed accettate da professionisti con stipendi bloccati

Almeno io la penso così e combatterò sempre per cambiare questo stato di cose, per una semplice ragione: è ingiusto e penalizzante per un professionista della salute pressato da continue e pesanti responsabilità, che deve pagare assicurazioni non detraibili dal reddito sperando di non incappare in contenziosi che lo trasformerebbero in un indesiderabile con relativo aumento dei premi assicurativi

E che non ci parlino sempre di risparmi che, con quanto spende al Governo per il SSN, siamo tornati indietro subito a 112 miliardi di euro e rotti dagli evocati 113 per il 2017 con la Francia che ne spende 130 e la Germania 145 nello stesso anno. Per favore un po' di dignità. Tutto questo pur nelle divisioni fra regioni, i nuovi farmaci, i nuovi LEA, ma anche i salvataggi delle varie banche e le tangenti per il Mose proprio a Venezia in cui i miliardi di euro vanno via come fossero bruscolini e resta, sullo sfondo chi paga per tutti, cioè quelli che pagano le tasse, in primis tutti i lavoratori dipendenti ed i pensionati. Quelli, come sempre, sono soldi sicuri.

Un ricordo ed un saluto a Federspecializzandi che ha combattuto tra le altre cose con l'Associazione Specializzandi dell'Università di Modena (ASMO), per il diritto alla maternità delle colleghe in formazione specialistica ed ha consentito di ripristinare tramite l'ENPAM la tutela economica in tutto il territorio nazionale durante la gravidanza. In alternativa, secondo una interpretazione della normativa di turno, le nostre colleghe se volevano dei figli restavano senza stipendio durante tutto il periodo della gravidanza mesi pre e post compresi, strano ma vero. Bravissimi.

2) La grande ipocrisia della Reperibilità

Meriterebbe un'analisi ben più approfondita la motivazione per cui un medico sceglie nel vasto panorama delle tipologie di servizio e specialità mediche una branca che preveda questa particolare forma di lavoro tipica dell'ospedale ma anche della Continuità Assistenziale, vedi Guardia Medica.

Prima considerazione: le Pronte Disponibilità non si fanno per soldi ma per una forma intima di disponibilità dell'animo ad una condizione che prima di essere lavorativa è di vita personale.

Ferma al 1990 l'indennità di Pronta Disponibilità per un turno di 12 ore è di 20,6582 euro sottratta una aliquota per una tassazione media del 36,71% (fonte la mia busta paga n.d.A.) restano in tasca per turno completo 13.06 euro. Benissimo.

Qualcuno noterà che da molti anni esiste anche la maggiorazione del 10% come voce aggiuntiva che fa un bel 1,3 euro per arrivare a 21,9582 quindi quasi a 22 euro che tassati tornano a 14,36 euro netti. Il turno minimo di reperibilità non può essere inferiore a 4 ore - La reperibilità a livello CCNL è solo notturna e festiva, ma a livello di contrattazione decentrata le deroghe nella realtà dei fatti si sprecano. In molti reparti si è reperibili anche di pomeriggio

dei giorni feriali quindi i turni raddoppiano come per magia.

Il sanitario rintracciato con i mezzi ufficiali di comunicazione aziendale deve timbrare l'ingresso in servizio nel più breve tempo possibile usando i mezzi personali o messi a disposizione dell'azienda in casi particolari a seconda della organizzazione prevista a livello aziendale.

Ogni azienda deve predisporre un piano decentrato ed adeguato alle situazioni locali.

Un sanitario non può essere reperibile su più sedi ospedaliere (dizione tipo da evitare come la peste negli accordi decentrati "nell'ambito del dipartimento"...). Il medico reperibile di prima linea è il radiologo, ha il vantaggio che se le chiamate superano un certo numero (variabile da sede a sede...) la reperibilità va convertita in guardia, lo svantaggio che con la nuova tecnologia può refertare anche da casa o da altra sede, ma si deve svegliare lo stesso (sic!).

Su dati oggettivi i reparti chiamati costantemente che aprono la sala di pomeriggio, notte e festivi sono la Chirurgia Generale di norma con 2 chirurghi, poi le Ortopedie, qui a volte basta un operatore solo, poi l'Urologia e tutte le specialistiche.

Nei Centri HUB la Neurochirurgia lavora costantemente mentre Gastroenterologia e Cardiologia e di recente la Neuroradiologia Interventistica non sono da meno con urgenze centralizzate.

Vorrei tanto sapere quanti di questi medici possono stare a casa a letto la mattina dopo. Non sembra normale forse? E invece non lo è, tornano tutti in servizio. Difficile da credere per un "esterno", difficile da capire per la gente normale.

Per ridurre il numero totale di turni di reperibilità per reparto comunque non sono possibili équipe operatorie con chirurghi "misti" nell'ambito del Dipartimento Chirurgico - I medici devono avere la possibilità di operare in urgenza con colleghi con cui operano anche di giorno in elezione - Questo passaggio può apparire scontato a livello logico, a qualcuno ridicolo nel suo enunciato, ma cre-detemi ho le mie ragioni, ci tengo a sottolinearlo anche qui, perché resti nella mente a tutti.

Nella ex ULSS 12 Veneziana dove lavoro tuttora Direzione Medica e OO.SS nel recente passato in previsione dell'applicazione delle Direttive Europee si sono incontrate al livello tecnico in gruppo ristretto e dedicato tutti i lunedì pomeriggio per quasi tre mesi.

Sono stati analizzati carte alla mano, tutti gli orari di servizio e le pronte disponibilità dei reparti degli ospedali di Mestre e Venezia.

Un'immersione totale che ha considerato la Medicina Interna come lo SPISAL, Dermatologia e Chirurgia Vascolare, In tale sede, molte cose sono state risolte altre non ancora per meri motivi di bilancio, ma le parti si sono confrontate sui numeri con onestà intellettuale non su enunciati teorici impossibili nell'applicazione pratica, concordando sempre sulle criticità peggiori.

In concreto: il medico reperibile chiamato di notte che ha operato e non ha dormito può/deve lavorare il giorno dopo? Da considerare quello che è successo ad un Infermiere di sala operatoria, che molto umanamente ha detto "non ce la faccio" dopo una notte in piedi a 60 anni quando lo hanno chiamato a per tornare lavorare nel pomeriggio: lo hanno sanzionato.

Personalmente ho cominciato a fare le reperibilità in Clinica Chirurgica a Padova negli anni 80 da specializzando chiamato attraverso il teledrin. So di cosa parlo, non per sentito dire o per dogmi contrattuali. Non si viene costretti a fare questa vita, correre per disostruire una coronaria ad un'infartato, stoppare una emorragia esofago/gastrica ad un sanguinante, suturare un perforato, fare un trasporto medicalizzato in piena notte o col maltempo, partire per un espianto e per un intervento vero e proprio in un gruppo trapianti. Questa vita la si sceglie anzi si combatte per farla perchè ne sei attratto all'inizio inconsapevolmente poi per motivazioni varie ma accomunate da un superiore senso di solidarietà e disponibilità nei confronti del prossimo, per passione scientifica, per l'intensità dell'azione in cui ti senti realizzato.

Le reperibilità "di norma" si trova scritto devono essere al massimo 10 /mese, per medico solo not-turne e festive, ma nella realtà dei fatti la contrattazione decentrata ha creato dei "mostri" con re-peribilità pomeridiane feriali, chiamate con vari modi.

Così nella vita reale, chi sceglie certe branche, avrà bloccati oltre 3-4 giorni a settimana con puntate di 15-20 giorni sempre reperibile o di guardia d'estate o a Natale intervallati da qualche notte sicura per dormire sul serio senza controllare continuamente i telefoni e senza sperare nella fortuna di non essere chiamati. Si accettano smentite.

Soluzioni di "fantasia organizzativa" sono da escludere in quanto offensive del regolamento, del buon senso, della salute del dipendente e non ultimo, della sicurezza del paziente, che non può essere solo il titolo di un congresso, ma il risultato di una organizzazione che consideri

anche il riposo del lavoratore, medico, infermiere ed operatore a vario titolo.

Tra le storture del sistema è molto utilizzato anche il ricatto psicologico alla base di situazioni con medici di guardia in area medica con 160 letti/notte + i ricoveri “in appoggio” e medici reperibili di varie discipline internistiche a casa. Chiaro che chi è di turno finisce per tenere duro e rischia del suo per non svegliare un collega che sa il giorno dopo deve lavorare, chiaro che la direzione di turno potrà affermare “in fondo ce la fanno e non chiamano quasi mai i reperibili che pure sono pagati per esserlo”. Un sistema barbarico.

L’“istituto della pronta disponibilità era stato abrogato in origine nelle ore pomeridiane per costringere le aziende a coprire i vuoti in organico ma, in questi anni, si è assistito ad un effetto boomerang per cui le aziende, dapprima hanno ridotto ulteriormente le guardie festive e notturne e poi ridotto i turni pomeridiani di servizio attivo costringendo, in alcuni casi, i colleghi ad essere disponibili anche nei pomeriggi, In sostanza si è verificato l’opposto di quanto concordato.

Il punto di partenza è la garanzia dei livelli di assistenza e sicurezza delle cure attraverso un’ade-guata dotazione organica e non attraverso l’implementazione mutazioni decentrate di regole nazionali che espongono il medico a rischi di natura professionale, oltre che di salute.

Da quì occorre introdurre un limite tassativo mensile per ciascun medico nel numero di pronte di-ponibilità mensili che non può in nessun caso superare i 10 turni sia pomeriggio, notte o festivi con adeguare pause.

Impossibile diranno, non ci sono i soldi per assumere un numero di medici adeguato, allora dite anche chiaramente e pubblicamente che in Italia il sistema così non si regge nel rispetto della normativa contrattuale precedentemente concordata e nel rispetto della Direttiva Europea su orario e riposi.

Se permettete la Riforma Fornero ha dimostrato peraltro che “niente è impossibile”.

La Germania ha tre volte i posti letto dell’Italia con relativo personale, reparti striminziti mai rinnovati come ricambio organico sono pericolosi per tutti.

Chi fa delle scelte organizzative su mera legge economica senza considerare il benessere di un personale motivato e dedicato va censurato e criticato su base obiettiva e ragionata, sulla

base dei numeri. Quelli non sbagliano, di solito, e difficilmente possono essere ignorati, fra persone civili.

Il nuovo contratto deve portare ad eliminare la grande ipocrisia della Reperibilità così come la troviamo oggi, con remunerazione, pause e riposi degni di una vita civile e non di una moderna schiavitù. pericolosa per assistenti ed assistiti. Cominciamo quindi a considerare l'argomento, che non è un capitolo di un libro ma vita vissuta da tanti colleghi che, per seguire inizialmente un ideale, si sono ritrovati progressivamente in un contesto lavorativo che ha invaso sempre più la loro vita privata.

3) Il diritto di sciopero

La proclamazione dello sciopero è una richiesta di attenzione alla gente comune da parte di una specifica categoria di lavoratori. Al medico ospedaliero arriva un trattenuta netta in busta paga di 235 euro per una giornata di 12 ore, al medico del territorio fra i 150 e 200 euro a seconda del numero di assistiti.

I medici del territorio sono i più osservanti nel blocco dell'attività ambulatoriale con punte fino al 90% di adesione anche per lo sciopero dello scorso 16 dicembre 2015. Da ricordare il successo dello sciopero dell'Intersindacale del Territorio della Regione Veneto che si è intersecato con quello nazionale dei medici ospedalieri del novembre 2017.

Non si pensi poi che il livello regionale di contrasto sia solo in Veneto perché anche in Puglia, Campania e Sicilia la situazione è sempre critica per definanziamento della sanità locale, violenza sui medici ed infermieri, mancata sicurezza degli operatori e blocco del turnover.

I miglioramenti strutturali e tecnologici sono sicuramente apprezzabili ed inoltre fanno girare l'economia, ma la sanità è soprattutto un problema di rapporto fra persone, e chi sceglie questo mestiere deve essere protetto e messo nelle condizioni migliori per lavorare.

Quindi grazie a chi è rimasto in corsia e nei servizi. Nonostante la scure dei tagli lineari sugli organici, sulle strutture semplici e complesse, sui fondi, sui posti letto. Nonostante ritmi e turni di lavoro con mancato rispetto delle pause e dei riposi, milioni di ore lavorate non retribuite e non recuperabili, ferie non godute, innalzamento dell'età media dei medici al vertice mondiale, lavoro notturno oltre i 65 anni. Nonostante l'abuso di contratti atipici e la dilagante precarizzazione del lavoro, che rende una intera generazione terreno di coltura per caporali pubblici e privati, unica alternativa alla fuga dal Paese, non a caso sestuplicata negli ultimi 5 anni.

I cittadini facciano un semplice ragionamento: solo un profondo malessere che sconfinava nell'esasperazione di chi non è ascoltato da anni può causare una manifestazione unitaria e contemporanea di tutti i medici, medici che non parlano di soldi per sé stessi, ma delle loro condizioni di lavoro, dell'organizzazione di cui fanno parte, del loro stato fisico per curare i loro pazienti, pazienti a cui hanno dedicato una vita di studio e lavoro».

I medici ospedalieri sono più legati dal loro ruolo di attività continua nelle 24 ore. La percentuale di adesione calcolata è molto più bassa.

Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, 118 anche se aderiscono idealmente non possono farlo praticamente in quanto i medici sono poi precettati, e visto che lavorano non sono considerati in sciopero e quindi sottratti alla massa calcolata degli scioperanti in quanto vengono pagati.

Così a livello ospedaliero è proprio difficile scioperare anche volendolo fare: ad esempio in chirurgia sono presenti precettati 3 medici al mattino, 1 di guardia e 2 per la sala operatoria per emergenze, al pomeriggio altri 3 medici diversi, stesso incarico, la notte un medico di guardia mentre uno è smontato al mattino dalla notte.

Nel prossimo sciopero che si annuncia vi lascio immaginare le problematiche perché, teoricamente, il medico dovrebbe regolarmente presentarsi al lavoro al mattino e dichiarare solo in quel momento di voler restare a “braccia incrociate” o tornare a casa. Gli “altri” dovrebbero lavorare al posto suo: ma quali altri? Molte équipes sono già esaurite così.

Io ringrazio sempre i miei colleghi che visto il ruolo a cui mi hanno eletto e gli impegni del giorno di sciopero mi “permettono” di scioperare: fatti due conti posso essere l'unico a stare assente dal mio reparto in questo frangente.

I reparti con attività ambulatoriale sono facilitati, sospensione delle visite ordinarie che comunque vanno recuperate in sovrannumero nei giorni seguenti. Tanto per complicarsi la vita con le liste di attesa.

Le Medicine continuano a ricoverare come niente fosse, ovvio, le Chirurgie rimandano interventi non urgenti - tipo le ernie - ma per tutto il resto trapianti - oncologia - i conflitti di coscienza del professionista sono enormi.

A volte si è d'accordo in tutto e per tutto con le motivazioni dello sciopero ma si lavora lo stesso perché la coscienza è più forte del desiderio della difesa dei propri diritti: il primo di tutti, quello più sentito di questi tempi è "lasciateci riposare, siamo esseri umani anche noi". Secondo messaggio a quelli che decidono in un ufficio di giorno la vita di chi lavora di notte e di domenica.

Su tutto pesa il disagio della possibilità di non poter offrire un servizio adeguato al malato

I medici crescono e si sviluppano in un sottoinsieme di persone dedicate all'assistenza del prossimo. Lottano duramente per anni per fare questo mestiere perché "ci credono" ed una volta raggiunto questo ruolo si nutrono per sopravvivere della riconoscenza dei pazienti.

Basta diminuire le risorse a chi ne ha bisogno, lo dicono dei professionisti che tutti i giorni ci mettono la faccia nel rapporto con i loro pazienti e questo mestiere non lo fanno per un tempo limitato grazie ad una carica elettiva, lo hanno scelto per tutta la vita ed hanno studiato anni ed anni per farlo. Un po' di rispetto sarebbe gradito grazie.

Questo e solo questo deve essere il messaggio finale alla gente comune che non capisce perché i medici scioperano al TG e poi li vedono regolarmente al lavoro in ospedale anche in quei giorni.

4) L'autodimissione dei medici dagli ospedali

In questo momento di crisi politica nazionale sulla stampa fatica, ma alla fine emerge, un nuovo aspetto della carriera del medico ospedaliero: l'abbandono anzitempo, il cambio di una vita scelta e costruita con tanta dedizione.

Il termine "autodimissione" in ospedale si riferisce al paziente che rifiuta il ricovero, firma e se ne va, reso edotto dei rischi che derivano dalla sua decisione. Non l'avevo ancora riferita ai medici, che anche loro resi edotti delle attuali condizioni di lavoro, firmano e se ne vanno.

Il mio ruolo istituzionale mi rende oggetto più di altri delle confessioni dei miei colleghi, in particolare di quelli più avanti con l'età, quelli che sarebbero già in pensione senza la riforma Fornero, quella classe di medici che in passato tra i 57 ed i 60-61 anni facevano i 40 anni di servizio e chiudevano una vita di notti e reperibilità, di domeniche e ferragosti in ospedali in cui deserto e ressa invariabilmente si alternano davanti agli occhi del medico di guardia.

Come in un film scorrono anni di caos al Pronto Soccorso, ricoveri impossibili in medicine saturate, occupazione militare con appoggi di quieti reparti specialistici, “code” in sala operatoria dirette dalla coppia collaudata formata da anestesista ed infermiere dell’anestesia, le attese del sangue per iniziare gli interventi e poi il “Fermi tutti, c’è un cesareo!” Ulteriore ritardo nella gerarchia delle urgenze già in fila.

Assicuro che in ospedale esistono da sempre sensibili differenze fra specialisti come carico di lavoro, lo affermano con precisione le ore straordinarie pagate e mai recuperate, neanche quelle fatte tra mezzanotte e le 6 di mattina: la coronarografia e lo stent delle 3 di notte, la gastroscopia dell’emorragico di turno, “serve una TAC”...

Perché dopo alle 8.00 si ricomincia come se niente fosse, perché il riposo non è previsto, il tuo nome è già scritto sull’ordine di servizio del giorno dopo e non si può restare a casa a dormire, sarebbe diserzione, dovrebbero saltare ambulatori con visite fissate da tempo e sale operatorie in elezione con pazienti entrati apposta per essere operati.

Si ma fino a quando si regge questa vita, fino a quando le personali motivazioni etiche e morali ti fanno reggere il ritmo? La tua coscienza, il senso del dovere? E quanto valgono di fronte al fatto che nessuno di quelli che dovrebbero ti apprezza per quello che fai ma anzi ti sfrutta senza remore, ti ridicolizza con lo stipendio bloccato da 10 anni, con la reperibilità notturna e festiva pagata 1 euro netto all’ora?

Le prove tecniche di contratto di questi mesi saranno destituite del loro fondamento primario, che resta la tutela delle condizioni di lavoro, se le dotazioni organiche non saranno adeguate al recupero immediato dello straordinario notturno dal lavoratore impegnato, medico o infermiere che sia.

In fondo, siamo anche noi degli esseri umani come tutti gli altri, ma c’è chi continua a dimenticarlo, a non affrontare il problema, perché lo considera irrisolvibile, perché non ci sono i soldi per tutti.

È un genio chi ha proposto nel prossimo contratto un medico di guardia ogni cento.

(100!) letti. Vorrei conoscerlo, “gli devo parlare, devo spiegarli di una vita che ho vissuto come medico di guardia e che non ho capito”, (parafrasando Vasco), vita che faccio - tuttora - dal 1985.

Il medico che bada ai gravi del suo reparto ed ai ricoveri in appoggio agli estremi opposti del suo ospedale.

Magari alla fine ci capiamo, magari...

E tu caro collega ricordati che il giudice non ti assolverà se nella fretta ti dimenticherai qualcosa, e quando verrà il tuo turno, una radiosa mattina, per essere esaminato in tribunale su quello che hai fatto o non hai fatto quella notte, la tua coscienza ritornerà sempre su quel paziente su cui forse potevi fare meglio con più tempo per riflettere e mentre tu pensavi il telefono continuava a squillare.

Già il tempo, il tempo di comunicazione è tempo di cura, ma al medico serve il tempo per seguire il filo logico delle cose che deve fare in contemporanea su più situazioni, mentre arriva un'altra urgenza.

Quanti sono i colleghi in ospedale che vivono così? Non tutti ma molti, con capacità di assorbimento e velocità di reazione differenziati, con un comune denominatore: sono stati affascinati da una vita intensa, ma a che prezzo.

“Ridateci i medici che sanno fare le diagnosi”, questa era la richiesta di un giornalista in un recente articolo.

Ma per fare la diagnosi prima bisogna avere tanto studiato i testi e gli appunti giusti, poi devi mediarli con l'esperienza di bravi maestri, devi mantenere la mente aggiornata e un ritmo di lavoro costante ma anche accettabile per tue energie che diminuiscono, inesorabilmente anno dopo anno. L'esperienza sarà di aiuto finché il fisico regge, perché fare il medico ospedaliero “non è un mestiere per vecchi”.

È un lavoro che stressa contemporaneamente mente e corpo, come pochi in assoluto, ma si continua ad ignorare volutamente questo passaggio anche se adeguatamente studiato, fare il medico per lo stato non è un lavoro usurante.

Chi percepisce l'inizio del declino fisico, esce di scena, chi giorno dopo giorno non riesce più a smaltire lo stress anche, chi ha delle condizioni di lavoro accettabili non si schiera a difesa dei colleghi più impegnati e si ritira nel suo bozzolo accuratamente costruito.

Ed i giovani? I rari fortunati neoassunti guardano la vita dei più anziani e molti addirittura cominciano a domandarsi se ne vale veramente la pena, se, forse, hanno sbagliato posto.

Una visione pessimistica, ma reale, dieci anni fa non avrei scritto questo articolo, ma vi assicuro che l'età non c'entra.

In bocca al lupo a tutti quelli che comunque restano nel giro, un saluto e tanta comprensione a tutti quelli che se ne vanno.

E, per chi resta, non aspettatevi che altri cambino il vostro stato, dovrete farlo da voi.

Considerazioni finali

Questi sono solo alcuni dei temi che ho deciso di ricordare a tutti i colleghi in questo contesto.

Sono molte le considerazioni possibili ma è lo stato di profondo malessere che deriva dal confronto quotidiano giorno e notte con i colleghi che mi ha portato a queste considerazioni.

Non poteva essere diversamente, non sarebbe stato reale.

Gli ideali dei medici non sono in crisi, escono addirittura rafforzati da chi continua ad operare in tali contesti da cui può derivare comprensibilmente una disaffezione al sistema. Per quanto mi riguarda la gioventù mi sorride, lontana. La ritrovo per fortuna nei rari giovani colleghi e negli specializzandi che frequentano il reparto dove lavoro, e nel resto dell'ospedale, il microcosmo personale di molti di noi.

Il compito dei più anziani è combattere prima di tutto per loro, e poi, se avanza il tempo, anche per noi stessi.

Il medico continua il suo lavoro ogni giorno in condizioni sempre più disagiate ma adesso si profila una crisi vera che somma abbandoni, pensioni e deficit di ricambio per carenza di specialisti.

Se le borse di studio per la medicina del territorio sono state di recente e tardivamente aumentate il problema degli ospedali incombe.

Un invito ai cittadini, siate dalla parte dei medici, degli infermieri e degli operatori del set-

tore, perchè sono queste le persone che vi curano da sempre, ma adesso loro hanno bisogno della vostra attenzione e delle vostre cure, visto che i rappresentanti che voi avete eletto li hanno abbandonati da tempo.

Ricordatevi bene questo concetto mentre aspettare in un Pronto Soccorso, in una corsia di notte con poco personale, quando andate in una Guardia Medica isolata in un ambulatorio dove non c'è niente, guardate oltre, ricordatevi di chi organizza la vita degli altri e considerate adeguatamente chi cerca di aiutarvi, di fronte a voi, nel momento del bisogno.

FNOMCeO
CENTRO STUDI, DOCUMENTAZIONE E RICERCA

**RIFLESSIONI SULL'EVOLUZIONE DELLA FIGURA
DEL MEDICO IN ITALIA**

A cura dei componenti: Salvatore Amato, Maurizio Benato, Sergio Bovenga, Cesare Brugiapaglia, Luigi Conte, Vito Gaudiano, Franco Lavallo, Teresita Mazzei, Mirella Milioto, Roberto Monaco, Pierantonio Muzzetto, Giuliano Nicolin, Sara Patuzzo, Maurizio Scassola.

Indice

Sunto.....	199
Introduzione.....	200
Le ragioni del documento.....	200
1 lo scenario operativo.....	201
1.1 Una sanità in cambiamento.....	201
1.2 Alcune rivoluzioni in atto nella professione medica.....	205
2 il medico e le politiche per le risorse umane in sanità.....	206
2.1 La politica per le risorse umane in sanità.....	206
2.2 Il fabbisogno di medici nei sistemi sanitari europei.....	208
3 un medico <i>leader</i> in una sanità complessa.....	209
Interdisciplinarietà, <i>clinical governance</i> , esiti.....	209
3.1 Caratteristiche del professionista medico.....	209
3.2 La formazione del medico.....	213
3.3 Il medico e il <i>Continuous Professional Development</i>	214
4 valutazione dei profili e delle peculiarità del medico in italia.....	217
4.1 Elementi di un profilo.....	217
4.2 Possibili aree di intervento.....	217
Conclusioni.....	220
Bibliografia.....	222

SUNTO

Il medico è un protagonista centrale nel processo di cambiamento in atto del nostro sistema sanitario e la riflessione sull'evoluzione nei prossimi anni della sua figura è un momento essenziale per permettere a questo professionista di giocare un ruolo strategico nel servizio alla società.

All'interno dei nuovi scenari, il medico è oggi chiamato, in modo consapevole e proattivo, a:

- essere regista del proprio percorso professionale, cogliendo i momenti chiave di ogni fase (ad esempio quando specializzando, *leader* professionale, mentore per i colleghi più giovani, ecc.);
- approfondire le proprie competenze, tecniche e non-tecniche, utilizzando al meglio gli strumenti del *Continuous Professional Development*;
- agire come attore competente nella dimensione economica, sociale e politica della propria comunità;
- adattarsi allo sviluppo e contribuire a determinare i mutamenti delle organizzazioni sanitarie e del loro governo, cogliendo le opportunità offerte dal cambiamento e valorizzando la centralità del paziente in ogni attività.

Il dibattito sull'evoluzione della figura del medico deve giovare del coinvolgimento del mondo accademico e di quello professionale, nonché dei contributi di ulteriori soggetti che si rivolgono al medico. Particolare attenzione deve essere rivolta alle motivazioni che conducono all'intrapresa della professione medica.

INTRODUZIONE

Le ragioni del documento

Il presente documento nasce dalla richiesta della FNOMCeO di operare una rigorosa riflessione sull'evoluzione della figura del medico in Italia nei prossimi 10 anni.

Le considerazioni proposte mirano a:

- sensibilizzare sulla molteplicità e la complessità delle variabili che possono influenzare le decisioni relative alla sanità e alla professione medica;
- promuovere la figura di un medico che sia consapevolmente radicato nella propria storia e nella propria “*mission*” di promuovere e garantire la salute individuale e collettiva, e allo stesso tempo sia protagonista nel governare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari, contribuendo attivamente a orientarne le politiche e le scelte in materia, anche identificando possibili linee di azione per intervenire proattivamente.

1. LO SCENARIO OPERATIVO

1.1 Una sanità in cambiamento

In Italia, come in generale nel mondo occidentale, i sistemi sociali e sanitari sono notevolmente cambiati negli ultimi anni. I fenomeni che hanno alimentato i tanti mutamenti intervenuti sono molteplici e coinvolgono anche attori fino a oggi “esterni” ai sistemi sanitari. Per tale ragione, è necessario, in modo proattivo, procedere all’individuazione dei principali elementi che hanno condotto all’evoluzione del nostro sistema socio-sanitario.

1. L’evoluzione del quadro demografico e sociale, nel quale spiccano alcuni fenomeni, quali [1]:
 - a. l’invecchiamento della popolazione;
 - b. l’urbanizzazione;
 - c. la riduzione della numerosità dei nuclei familiari o conviventi;
 - d. la crescita in Italia della multietnicità, che determina in modo significativo nuove variabili relativamente a:
 - stili di vita;
 - pratiche tradizionali;
 - religiosità;
 - diverse interpretazioni dei concetti di “salute” e “benessere”;
 - e. i determinanti sociali con l’incremento di una popolazione italiana vicina alla soglia di povertà, con ipotizzabili significativi impatti anche a breve termine sulla salute e sui costi dell’assistenza;
 - f. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute.
2. L’evoluzione del quadro epidemiologico nella popolazione caratterizzato da [2, 3, 4, 5]:
 - a. prevalenza di malattie cronico-degenerative;
 - b. incremento di quadri polipatologici;
 - c. incremento del disagio e delle patologie mentali;
 - d. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute.
3. L’evidenza di una grande variabilità all’interno dei sistemi (europei, nazionali e regionali) negli indicatori relativi all’aspettativa di vita, al benessere soggettivo e alla garanzia di equità nell’accesso ai servizi socio-sanitari [6].
4. L’evoluzione dell’attesa di salute con molte e articolate componenti [7]:
 - a. evoluzione del concetto di “salute” anche nella percezione dei professionisti sanitari;
 - b. elevate aspettative da parte dei singoli e della società in rapporto alle risposte possibili da parte dei sistemi sanitari;
 - c. difficoltà a riconoscere che la scienza e la tecnologia hanno dei limiti oltre i quali

entrano in gioco altre e altrettanto importanti componenti, che hanno a che fare con tutte le dimensioni della persona umana;

5. La personalizzazione delle cure legata [8]:
 - a. alle esigenze del paziente;
 - b. all'evoluzione scientifica e tecnologica con la possibilità o la necessità di tarare la risposta sul profilo specifico (genetico, enzimatico, ecc.) della singola persona.

Le organizzazioni sanitarie e le modalità organizzative attraverso le quali rispondere alla domanda di salute richiedono un cambiamento, in particolare rispetto ai seguenti modelli.

1. Modelli organizzativi, che attualmente risentono di un'impostazione basata su [9]:
 - a. un'organizzazione "a canne d'organo";
 - b. una scarsa integrazione attorno al "percorso paziente";
 - c. un dimensionamento delle *équipe* professionali mediche, soprattutto negli ospedali, fortemente orientato alla copertura "h24" piuttosto che ai volumi minimi di attività.
2. Modelli di finanziamento, ancora fortemente basati su un insieme di spesa storica e di pagamento per prestazione («otteniamo quello per cui paghiamo»), anche se si stanno lentamente sperimentando forme che incentivano il "percorso paziente", la *performance* e gli esiti [10].

L'impegno finalizzato all'elaborazione di nuovi modelli organizzativi tende a seguire alcune tendenze a livello internazionale, quali:

1. l'integrazione tra "sociale" e "sanitario";
2. l'integrazione tra le varie fasi del "percorso paziente";
3. l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare;
4. l'intensità di cura;
5. la continuità delle cure;
6. la garanzia di *standard* di sicurezza;
7. l'efficienza e la riduzione dei costi [11].

Tutti gli sforzi tesi a sviluppare i nuovi modelli devono tenere conto del fatto che i sistemi socio-sanitari sono sistemi complessi, ossia un insieme di agenti individuali che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili, dove le azioni di un agente cambiano il contesto per altri agenti. Riconoscere tale proprietà significa [12]:

1. utilizzarla nella lettura della realtà e dei suoi fenomeni;
2. utilizzarne i modelli e gli strumenti anche nelle scelte operative (Tabella 1);
3. identificare le poche regole "semplici" che caratterizzano i sistemi;

4. intervenire sulle regole semplici per governare il cambiamento.

Tabella 1

Comparazione di alcuni comportamenti organizzativi tra sistemi complessi adattativi e sistemi tradizionali [13]

	Sistemi semplici/lineari	Sistemi complessi (adattativi)
Ruolo	Management	Leadership
Metodi	Controllo e comando	Incentivi e disincentivi
Misurazione di	Attività	Esiti
Focalizzazione su	Efficienza	Flessibilità
Relazioni	Contrattuali	Motivazione personale
Articolazione interna	Gerarchica	A rete
Disegno organizzativo	Struttura definita	Autorganizzazione

Allo stesso modo è opportuno considerare come l'innovazione avvenga attraverso sistemi socio-tecnici che deve tener conto dell'interazione tra persone e tecnologia. Sempre più spesso i medici non riescono a migliorare altrettanto rapidamente le proprie capacità professionali in ambito tecnologico. Tra i fattori che interferiscono con l'adeguamento della capacità tecniche/tecnologiche da parte dei medici c'è l'età media elevata della stessa popolazione medica. Al riguardo è possibile affermare che [14]:

1. i sistemi tecnici hanno conseguenze sociali;
2. i sistemi sociali hanno conseguenze tecniche;
3. disegnare un sistema tecnico significa disegnare un sistema socio-tecnico;
4. per disegnare sistemi socio-tecnici è necessario comprendere come le persone interagiscono con le tecnologie.

Alcuni altri fenomeni, di seguito elencati, rendono irreversibile il cambiamento anche nel sistema sanitario italiano.

1. La quantità di risorse che rimarrà limitata rispetto alla crescente domanda di salute. In questo senso ci sono evidenze che:
 - a. un modello di evoluzione è quello di incrementare "valore" (inteso come miglioramento degli esiti di salute per ogni euro investito dal sistema) [15];
 - b. si possono raggiungere migliori risultati investendo in programmi di miglioramento continuo della qualità, sia a risorse invariate ("iso-risorse") che, in alcuni contesti, anche a risorse decrescenti [16];
 - c. la sostenibilità dei sistemi è un problema che riguarda anche la professione medica: il medico ricopre un ruolo centrale poiché contribuisce con le sue scelte a determinare

la sostenibilità dei sistemi.

2. Gli investimenti e l'innovazione nel settore biomedico sono in crescita. Nuovi strumenti e modalità di interazione tra persona e professionisti sanitari, che rivoluzionano i modelli tradizionali di cura e assistenza, vengono messi a disposizione seguendo tre principi generali [17]:
 - a. cogliere i bisogni e le aspettative della collettività (pazienti-consumatori);
 - b. integrare e rendere accessibili i dati;
 - c. rendere l'assistenza, almeno per un certo livello di domanda di salute, facile e accessibile (ad esempio attraverso l'acquisto *on line* di alcuni servizi).
3. L'*Information and Communication Technology* (ICT) trasforma significativamente le organizzazioni sanitarie e il ruolo dei professionisti.
 - a. L'utilizzo dei sensori (portabili, impiantabili, ingeribili, ecc.) genera grandi quantità di dati.
 - b. Da una crescente mole di dati potranno/dovranno essere estratte informazioni rilevanti sulla persona, sulla collettività e sui sistemi sociali.
 - c. Ogni fase del "percorso paziente" sarà riconducibile ai dati e al monitoraggio digitale, che impatterà:
 - sui percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali del paziente;
 - sulla possibilità di monitoraggio da remoto (ad esempio la telemedicina);
 - sulla valutazione delle *performance*;
 - sui sistemi di investimento;
 - sui meccanismi di "premio-sanzione";
 - sulla *privacy*.
 - d. La disponibilità o meno a connettersi alle "autostrade" digitali potrebbe diventare un problema rispetto alla possibilità di garantire *standard* di qualità e di equità.
4. Il ruolo del cittadino e dei pazienti sarà diverso e più rilevante.
5. Il declinare la centralità del cittadino e del paziente richiede e richiederà il riconoscere che:
 - a. persone e pazienti sono pronti (circa il 50%) ad affrontare nuovi modelli di assistenza basati sul digitale e sul "fai da te" [17];
 - b. persone e pazienti non sono una categoria unica, ma al loro interno esistono profili diversi in relazione a:
 - domanda di salute (ad esempio percepita e non, espressa e non, ecc.);
 - domanda di servizi (ad esempio appropriatezza della domanda, percezione del suo valore anche economico, ecc.);
 - capacità di comprensione e utilizzo delle informazioni dalla persona non accul-

- turate dal punto di vista sanitario sino al paziente che può essere anche un professionista sanitario [18], e a livello di partecipazione e coinvolgimento nella scelta;
- capacità di utilizzo della tecnologia;
- c. persone, comunità, *stakeholders* e decisori politici richiedono una valutazione della qualità e delle *performance* dei sistemi sanitari.

1.2 Alcune rivoluzioni in atto nella professione medica

Alcune trasformazioni in corso nei sistemi sanitari hanno degli impatti significativi anche nel modo in cui il medico esercita la sua professione. Tra le più rilevanti troviamo:

1. il dover “rendere conto” (*accountability*), come singolo o come équipe, rispetto alle *performance* e agli esiti delle cure;
2. lo sforzo di modificare gli esiti di politiche pubbliche o di decisioni allocative che hanno un impatto diretto sulla vita delle persone (*advocacy*);
3. l’adesione (*compliance*) a regole e raccomandazioni, sostenute da evidenze scientifiche, spesso innovative rispetto ai comportamenti tradizionali;
4. la necessità di lavorare in *team* per rispondere alla domanda di salute;
5. l’evoluzione delle relazioni con le persone e la comunità, che assumono progressivamente un maggior protagonismo;
6. la disponibilità di più dati e di un maggiore numero di contatti, anche grazie alle nuove tecnologie, che tuttavia non necessariamente genera più informazioni e migliore conoscenza dei fenomeni e che anzi non facilita le scelte;
7. l’elevato numero di evidenze scientifiche disponibili non immediatamente traslabili nella pratica quotidiana;
8. la responsabilizzazione rispetto al valore economico nelle scelte clinico assistenziali;
9. il dover “rivoluzionare” il proprio modo di operare tecnico (secondo l’evoluzione scientifica e tecnologica) e il proprio modo di operare dentro le organizzazioni, che sempre più si articolano in reti attraverso diverse procedure.

2. IL MEDICO E LE POLITICHE PER LE RISORSE UMANE IN SANITÀ

2.1 La politica per le risorse umane in sanità

Declinare una politica per le risorse umane nei sistemi sanitari richiede la presenza di scenari condivisi di medio e lungo termine, evitando azioni episodiche che potrebbero generare instabilità e non sarebbero in grado di influenzare significativamente lo scenario.

Prospettive e azioni che includano le fasi del ciclo lavorativo dei professionisti sono di seguito elencate.

1. Pianificazione del fabbisogno.
2. Preparazione e inserimento (comprendenti reclutamento e formazione).
3. Mantenimento e miglioramento continuo (ad esempio motivazione, supporto, autovalutazione, soddisfazione, formazione continua, salute e sicurezza).
4. Valutazione delle *performance* (ad esempio disponibilità, competenza, produttività, ecc.).
5. Gestione degli attriti e dell'uscita (ad esempio migrazione, evoluzione di carriera, pensionamento).

Nei sistemi sanitari le politiche delle risorse umane sono determinate da alcuni elementi, quali:

1. le politiche europee, nazionali e regionali;
2. l'evoluzione demografica dei professionisti e degli operatori (tendenze di genere e lunghezza della vita lavorativa);
3. il cambiamento demografico della popolazione e il conseguente impatto in termini di fabbisogno di salute;
4. l'evoluzione delle aspettative della popolazione, che richiedono *standard* qualitativi più elevati;
5. i sistemi regolatori rispetto al reclutamento, la gestione dello sviluppo della carriera e l'uscita dei professionisti;
6. i modelli organizzativi adottati, che influenzano qualità e quantità delle risorse professionali necessarie;
7. la cultura interna alle organizzazioni, che influisce sulle modalità operative, l'attrattività e la capacità di fidelizzazione dei professionisti;
8. la dinamica delle risorse umane in altri settori, che può rendere più o meno attrattivo lo sbocco nei sistemi sanitari.

Particolari importanti sono le evoluzioni demografiche del sistema sanitario, che riguardano la sempre maggiore presenza delle donne medico, che sono oggi in media più del 40% del numero totale di professionisti e più del 60% dei medici con meno di 30 anni di età. Questo dato, ormai stabile, dovrà necessariamente prevedere nella politica per le risorse umane in sanità delle azioni rivolte a favorire una maggiore conciliabilità tra i tempi di lavoro e di carriera con i tempi

della cura parentale (figli, genitori, familiari diversamente abili). Ciò potrà essere attuato sia attraverso flessibilità adeguate dell'orario di lavoro e accesso al *part-time*, che mediante la previsione di asili nido aziendali, oggi assenti nella maggioranza delle strutture ospedaliere italiane. A questi particolari vanno aggiunti alcuni tratti caratteristici della realtà italiana, tra i quali le rigidità normative in materia di mobilità, modifica e trasformazione dei ruoli, e le difficoltà nel programmare le attività dei professionisti sanitari nelle diverse articolazioni del sistema.

Oggi lo sviluppo delle politiche delle risorse umane in ambito sanitario è una funzione complessa influenzata:

1. dalla molteplicità degli attori, tra loro funzionalmente correlati ma spesso indipendenti e non coordinati (ad esempio Università, regolatori del mercato del lavoro, regolatori dei servizi socio-sanitari, singole organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, ecc.);
2. dalle numerose figure professionali che vi operano, da quelle più tradizionali e consolidate (come medici, infermieri, tecnici sanitari, ostetriche, ecc.), alle nuove figure introdotte in relazione a fabbisogni emergenti (come operatori di supporto nelle case di riposo, badanti, ecc.);
3. dalla stretta interdipendenza esistente tra le organizzazioni e la dimensione transnazionale, data dalla libera circolazione dei medici e dei pazienti in Europa;
4. dalla stretta correlazione tra fabbisogno delle organizzazioni e percorsi formativi, dove centrale risulta la *Job Description* ("Profilo di ruolo"), che consiste nella definizione di una posizione funzionale o di un profilo professionali con i propri doveri, le responsabilità e le condizioni richieste per l'esercizio delle mansioni (Figura 1) [19].

Figura 1

Relazione della *Job Description* con le diverse fasi di sviluppo di carriera nella formazione e nelle organizzazioni sanitarie



2.2 Il fabbisogno di medici nei sistemi sanitari europei

Vari studi evidenziano l'esistenza di una criticità nelle proiezioni sul fabbisogno e sulla disponibilità di medici nell'Unione Europea, mostrando in particolare diversi scenari caratterizzati da [20, 21]:

1. carenza di medici in alcuni settori disciplinari;
2. disomogenea distribuzione per territorio a favore dei contesti urbani, per settore a favore degli ospedali;
3. mobilità dei medici tra i paesi membri dell'Unione Europea a favore di quelli con sistemi più avanzati e meglio retribuiti.

Gli stessi dati segnalano come la vita lavorativa si stia allungando e come questo impatti in modo particolare sulla figura del medico.

Nella realtà italiana negli ultimi 50 anni le varie dinamiche di formazione e reclutamento dei medici, in assenza di una programmazione organica, hanno creato coorti non omogenee di professionisti, particolarmente numerose in alcune fasce di età. La conseguenza è che un elevato numero di medici arriverà al pensionamento in un unico e ristretto arco di tempo, previsto nei prossimi 5-10 anni, comportando potenzialmente vuoti nell'organizzazione e nell'assistenza [22].

3. UN MEDICO *LEADER* IN UNA SANITÀ COMPLESSA

Interdisciplinarietà, *clinical governance*, esiti

Il medico è chiamato a sfide future in un sistema di collaborazione con altre figure professionali, maturando caratteristiche diverse in particolare per fronteggiare le innovazioni tecnologiche che connoteranno il futuro assetto della medicina. Dovrà ricoprire il ruolo di garante e artefice della salute, gestendo la propria *leadership* in un sistema sempre più complesso e di fronte a una crescente richiesta di salute e di risultati.

3.1 Caratteristiche del professionista medico

Il medico, come persona e come professionista, ricerca continuamente un equilibrio tra le richieste e la realtà (o tra la cosiddetta “medicina dei desideri” e la “medicina dei bisogni”), cercando di armonizzare tre principali istanze:

1. la risposta professionale al bisogno di salute delle persone che gli sono affidate e che chiedono il suo aiuto, e quello della comunità in cui sono inserite;
2. la risposta alle sue motivazioni personali profonde;
3. le esigenze del servizio.

Nella definizione della figura del medico è centrale il concetto di “professionalità”, che può essere inteso come la responsabilità da parte del professionista di mantenere competenze e abilità basate sulle conoscenze scientifiche, non disgiunte da aspetti quali [23, 23 bis]:

- l’onestà;
- la confidenzialità;
- l’evitare conflitti di interessi;
- l’impegno continuo a migliorare la propria pratica;
- l’abitudine a “rendere conto” (*accountability*) delle proprie azioni.

In base a questa definizione, non è facile distinguere nella realtà la componente professionale da quella personale, in quanto molto spesso esse sono strettamente connesse. La letteratura scientifica, in genere, propende per una sintesi che ha come *focus* principale l’ambito professionale, ma che inevitabilmente poi coinvolge anche la sfera personale.

Una sintesi efficace dei molteplici aspetti inclusi nella competenza professionale di un medico è quella in cui si uniscono [24]:

1. la capacità di integrazione delle diverse conoscenze con le mutevoli condizioni della realtà;
2. le competenze tecniche specifiche delle discipline;

3. le abilità di relazione (ad esempio la gestione dei conflitti, le abilità comunicative, il lavoro di gruppo, ecc.);
4. la capacità di adattarsi al contesto organizzativo (ad esempio in funzione della tipologia di organizzazione in cui ognuno è chiamato a operare);
5. la capacità di affrontare la complessità delle situazioni (ad esempio la gestione dell'ansia, la tolleranza dell'ambiguità, l'intelligenza emotiva, la disponibilità verso i pazienti e la società, ecc.),
6. le abitudini mentali (ad esempio osservare i propri pensieri ed emozioni, riconoscere e gestire i *bias* cognitivi ed emotivi, la disponibilità a riconoscere gli errori, ecc.).

Ogni medico è chiamato a essere nel contempo anche formatore, secondo modalità, professionalità e impegno diversi a seconda dei ruoli ricoperti. Si evidenzino i seguenti importanti elementi:

- Le *Non Technical Skills* (NOTTS);
- l'operare nelle organizzazioni;
- la *leadership*;
- la comunicazione.

Vengono definite *Non Technical Skills* (NOTTS) l'insieme delle capacità cognitive e interpersonali proprie del singolo professionista, riconducibili a quattro grandi categorie (Tabella 2 [25]):

1. la consapevolezza della situazione;
2. il saper prendere delle decisioni;
3. il saper comunicare;
4. il saper lavorare in gruppo e la *leadership*.

Tabella 2

Non Technical Skills (NOTTS)

Abilità interpersonali	Abilità cognitive
Comunicazione	Coscienza della situazione
<i>Leadership</i>	Prontezza mentale
Lavoro in <i>team</i>	Valutazione dei rischi
Briefing / Preparazione/ Pianificazione	Anticipazione dei problemi
Gestione delle risorse	Prendere decisioni
Ricerca di consigli e di <i>feed back</i>	Strategie di adattamento/ flessibilità
Far fronte alla pressione, allo stress e alla fatica	Distribuzione del carico di lavoro

Al medico inserito in organizzazioni viene anche chiesto di operare secondo alcune regole generali [26]:

1. impegnarsi con i colleghi e con l'*équipe* di riferimento al fine di mantenere e migliorare la sicurezza e la qualità della cura del paziente;
2. fornire il proprio contributo a discussioni e decisioni sul miglioramento della qualità dei servizi e dei loro esiti;
3. far emergere le problematiche che riguardano la sicurezza del paziente e agire su di esse;
4. dare prova di saper lavorare efficacemente in *team* e di saperlo dirigere e orientare
5. promuovere un ambiente di lavoro che sia libero da discriminazioni, episodi di bullismo e molestie, tenendo presente che sia i propri colleghi che i pazienti possono provenire da contesti molto differenti;
6. contribuire all'insegnamento e alla formazione dei giovani medici e di altre figure professionali, anche mediante comportamenti utili a costituire un modello positivo al quale poter fare riferimento;
7. utilizzare le risorse a disposizione in modo efficiente per il beneficio dei pazienti e della società.

In particolare, sapere stare all'interno di un'organizzazione richiede anche:

- capacità di adattamento (*capability*), ovvero l'ambito nel quale un individuo può adattarsi al cambiamento, generare nuove conoscenze e continuare a migliorare le sue *performance* [27];
- (auto)riflessione critica (*appraisal*), ovvero il processo strutturato che facilita la riflessione su se stessi e il proprio operato [28].

Un'ulteriore caratteristica richiesta al medico è l'esercizio della *leadership* [29]. Sebbene il termine "*leadership*" possa talora non essere interpretato in modo univoco, appare evidente la sua importanza tra gli elementi essenziali della professionalità del medico.

Il *leader* si caratterizza per l'abilità di indirizzare efficacemente coloro che lo seguono, offrendo una visione chiara, attraente e concreta degli obiettivi da raggiungere. La *leadership* deve essere esercitata in modo diffuso in un sistema di lavoro, in *équipe* o in *team*. Il lavoro in *team*, infatti, costituisce la dimensione ordinaria dell'agire medico e significa interagire con colleghi, con gli altri professionisti sanitari, come anche con i pazienti, i familiari e le comunità, che spesso richiedono di essere orientate e guidate verso scelte operative.

È possibile individuare le diverse componenti della leadership medica, al fine di orientare i processi di autovalutazione e formazione (Tabella 4 [29]).

Tabella 4

Modello di Medical *leadership* adottato dal sistema sanitario nazionale inglese

Qualità personali	- agire con integrità - sviluppo autonomo - autogestione - consapevolezza di sé
Lavorare in gruppo	- spronare ciascuno a fornire il proprio contributo - costruire e mantenere relazioni - sviluppare reti
Gestione dei servizi	- gestione delle <i>performance</i> - gestione delle persone - gestione dei servizi - pianificazione
Orientare verso una direzione	- valutare l'impatto - prendere decisioni - applicare conoscenza ed evidenze - identificare i contesti del cambiamento
Migliorare i servizi	- facilitare il cambiamento - promuovere l'innovazione - giudicare sempre in modo critico - garantire la sicurezza del paziente

La comunicazione, infine, è un ulteriore elemento fondante l'esercizio della professione medica e deve tener conto della *literacy* del professionista, della comunità e del paziente. Con l'espressione "*Health literacy*" ("alfabetizzazione sanitaria") si intende il grado in cui un individuo ha la capacità di ottenere, elaborare e comprendere informazioni di base sulla salute e sui servizi a essa correlati, per poter adottare scelte appropriate (Tabella 5 [18]).

Tabella 5

Abilità di *Health literacy* rispetto alla persona assistita e al professionista sanitario

Persona assistita	Abilità di <i>Health literacy</i>	Professionista sanitario
Trovare informazioni e servizi	Trovare informazioni	Aiutare le persone a trovare informazioni e servizi
Comunicare le proprie esigenze e preferenze, rispondere alle informazioni e ai servizi ottenuti	Comunicazione	Comunicare informazioni inerenti alla salute e all'assistenza sanitaria
Analizzare ed elaborare il significato e l'utilità delle informazioni e dei servizi	Analisi ed elaborazione	Analizzare ed elaborare ciò che le persone chiedono in modo esplicito o implicito
Comprendere le scelte, le conseguenze e il contesto delle informazioni e dei servizi	Comprensione	Capire come fornire informazioni e servizi utili
Decidere quali informazioni e servizi corrispondono alle loro esigenze e preferenze in modo da poter effettuare una scelta consapevole e agire in modo conseguente	Decisione	Decidere quali informazioni e quali servizi siano più funzionali nelle diverse situazioni e per diversi tipi di persone, in modo da promuovere scelte consapevoli e di conseguenza determinare azioni e specifici interventi

3.2 La formazione del medico

La formazione del medico, anche in relazione a quanto previsto dal Legislatore, è un processo molto lungo (oltre 10 anni), che richiede un importante investimento da parte della società per ogni professionista formato.

Il processo è dinamico: non si esaurisce con la sola formazione di base e specialistica, bensì accompagna il medico nei diversi momenti della sua vita professionale in funzione dei ruoli e degli incarichi assunti (si veda il legame con strumenti quali la già citata *Job Description*).

Una formazione efficace necessita di alcuni requisiti, che le istituzioni deputate hanno il compito di soddisfare [30]. In particolare, i percorsi formativi devono:

1. essere basati su sistemi di qualità, condivisi e dimostrabili, riferiti ai diversi stadi della formazione (formazione di base, specialistica, *post-graduation*, continua);
2. correlarsi ai mutevoli bisogni di salute della popolazione e alle evoluzioni degli scenari epidemiologici;

3. avvenire in accordo con gli *standard* stabiliti a livello internazionale ed europeo per facilitare la libera circolazione dei professionisti;
4. misurare e riportare le *performance* individuali e di sistema;

Una riflessione specifica sul sistema formativo italiano è proposta in uno specifico documento prodotto dalla FNOMCeO [31].

3.3 Il medico e il *Continuous Professional Development*

La formazione deve essere finalizzata alla figura di un medico quale protagonista attivo nelle scelte, nella definizione del fabbisogno, nonché nella definizione delle stesse modalità di formazione.

L'allungamento della vita lavorativa, associato a una veloce evoluzione dei bisogni di salute, delle conoscenze tecnico-scientifiche e degli strumenti disponibili, richiede, oltre a investimenti sui nuovi professionisti, anche significative capacità di adattamento e di trasformazione per quanti già sono occupati.

I processi formativi per i medici si caratterizzano per:

1. la crescente rilevanza del “*Continuous Professional Development*” [32];
2. il ruolo attivo del singolo operatore nel disegnare il proprio percorso professionale e i bisogni formativi;
3. l'attenzione al proprio “benessere”;
4. la misurazione e il confronto delle *performance* tra pari.

L'identificazione di alcune attività condivise, che rappresentano il nucleo essenziale delle diverse discipline, è il fondamento di ogni strategia di formazione. Dalle attività essenziali si possono articolare le cosiddette “*Core Competencies*”, ovvero «quell'insieme di abilità per la pratica basate sui servizi essenziali e fondanti per professionisti attivi nella pratica, nella formazione e nella ricerca attinenti alla disciplina».

Lo strumento “*Core Competencies*” rappresenta il perno attorno al quale definire percorsi formativi. Lo stesso strumento impatta sulla vita delle organizzazioni, risultando necessario per definire la “*Job Description*”, per riconoscere le capacità di affrontare alcune tipologie di situazioni complesse (credenziali), per valutare le *performance* e, non ultimo, per pianificare il percorso professionale.

La formazione continua dei professionisti ha pertanto un ruolo centrale nell'utilizzare al meglio le potenzialità esistenti, mirando tra l'altro a [33]:

1. allineare le qualificazioni acquisite, spesso generali, con le esigenze specifiche delle organizzazioni;
2. trovare il corretto bilanciamento tra le abilità richieste e quelle disponibili da parte del professionista, così da evitare, o quantomeno ridurre, i fenomeni di:
 - a. “*Over-skilling*” (il professionista è qualificato più di quanto richiesto da quella specifica posizione);
 - b. “*Under-skilling*” (il professionista necessita di ulteriore formazione per poter garantire quanto richiesto dalla posizione);
3. evitare il verificarsi di “vuoti” in alcuni settori per carenza di investimenti specifici nella formazione o per scarsa attrattività degli stessi;
4. mantenere e sviluppare le professionalità esistenti in linea con l'evoluzione scientifico-tecnologica.

Infatti, esiste consenso sul fatto che vengano erogati servizi migliori da coloro che mantengono le competenze attraverso un apprendimento continuo sistematicamente valutato.

Sappiamo anche che, a oggi, non ci sono *standard* condivisi rispetto a:

- organizzazione e gestione delle attività;
- modalità di incentivazione alla partecipazione;
- sistemi di classificazione dei crediti e delle attività;
- *standard* di accreditamento;
- discrezionalità del medico nella scelta delle modalità di apprendimento continuo;
- accreditamento dei *providers*, sponsorizzazioni.

Un approccio *CPD* presuppone che il medico debba possedere delle competenze, quali [33]:

1. l'abilità a descrivere i problemi e gli aspetti dell'attività personale nell'ambito del proprio profilo;
2. l'abilità a esplorare sistematicamente ed efficacemente il proprio ambiente ricercando nuove e rilevanti idee;
3. l'abilità a definire un sistema personale di gestione delle conoscenze;
4. l'abilità a formulare “buone” domande e trasformarle in opportunità di apprendimento;
5. l'abilità a usare processi e strumenti per valutare costantemente l'impatto dell'apprendimento su conoscenza, abilità e *performance*.

Anche la Commissione Europea, nelle sue recenti raccomandazioni, enuclea le “azioni-chia-ve” che ogni paese membro deve adottare per allineare le competenze dei professionisti sanitari [32, 32 bis], attraverso le *CPD*, in particolare:

1. assicurare ai professionisti sanitari, ai sensi delle Direttive europee in materia di formazione dei professionisti sanitari, attività di formazione continua e il mutuo riconoscimento delle qualificazioni professionali tra i Paesi membri;
2. facilitare il ricorso ad attività di formazione dei professionisti sanitari, rimuovendo ostacoli di vario genere (umano, economico-finanziario, temporale);
3. analizzare l’impatto delle interrelazioni tra il sistema di formazione professionale e il sistema di qualità, sicurezza ed esiti delle cure per il paziente;
4. tenere in considerazione l’importanza della formazione continua, anche per evitare riduzioni della forza lavoro.

4. VALUTAZIONE DEI PROFILI E DELLE PECULIARITÀ DEL MEDICO IN ITALIA

Per avviare nei prossimi anni un processo di riflessione sulla figura del medico è opportuno tenere presente che non esistono risposte semplici a problemi complessi, e che il tempo necessario per valutare l'impatto delle azioni intraprese in questo settore è medio-lungo (maggiore di 3-5 anni).

Inoltre, per orientare i sistemi complessi come la sanità, è importante individuare e diffondere alcune semplici regole che fungano da motore e collante nel sistema. Allo stesso tempo è importante valorizzare e sfruttare la creatività innata nei sistemi e la loro capacità di auto-organizzazione.

4.1 Elementi di un profilo

Senza pretesa di esaustività, il medico in Italia nei prossimi anni dovrebbe essere:

1. detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;
2. detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze;
3. attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alla pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;
4. capace di esercitare una *leadership* professionale rispetto a colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite;
5. cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di *advocacy*;
6. cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti;
7. capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno;
8. capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità (*Public Health*);
9. attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltretutto a dimostrarlo;

In sintesi, il medico del futuro deve essere proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici.

4.2 Possibili aree di intervento

Le aree di intervento e le possibili azioni rispetto all'evoluzione della figura del medico in Italia sono molteplici. Di seguito vengono presentate alcune proposte collegate alle riflessioni sino a qui sviluppate.

Rispetto alla fase del reclutamento, si possono considerare almeno due livelli di azione:

1. uno centrato sul rendere attrattiva la figura del medico valorizzandone gli aspetti vocazionali e la possibilità di realizzazione personale esercitando la professione;
2. l'altro centrato sull'identificazione degli investimenti strategici dell'Italia rispetto alla formazione di base e specialistica per i medici in Italia (ad esempio formare o acquisire professionisti già formati, ecc.).

Rispetto al percorso professionale, le azioni possono riguardare:

1. l'introduzione di una maggiore flessibilità nei diversi momenti o stadi del percorso professionale (facilitazione di riconversione di carriera);
2. la valorizzazione dell'allungamento della vita professionale come, ad esempio, promuovendo il "*Mentoring*" (recuperare le preziose esperienze di colleghi più anziani a supporto dei più giovani), delle differenze di genere e del coinvolgimento nell'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini (*Health literacy*);
3. l'individuazione e la sperimentazione di nuovi modelli per valorizzare le differenze di genere, che potrebbero ad esempio contare sulla particolare attitudine al lavoro di gruppo del genere femminile, come sulla competenza e la qualità comunicativa e relazionale del rapporto con il paziente delle donne medico [33 bis].

Nell'ambito della competenza professionale del medico, le azioni potrebbero includere:

1. l'adozione di nuovi approcci legati all'evoluzione della domanda di salute (ad esempio la polipatologia, l'evoluzione delle patologie prevalenti, la personalizzazione degli approcci e delle terapie, la sicurezza delle cure - *Patient safety*, ecc.);
2. l'investimento su aspetti quali l'etica professionale, i NOTTS, la *leadership*, l'*appraisal*, l'operare nelle organizzazioni, la comunicazione;
3. l'utilizzo critico degli strumenti dell'*Information and Communication Technology* nella consapevolezza di come questi contribuiscano a definire la professionalità e il modo di essere del medico;
4. l'attenzione alla relazione con la persona nelle sue molteplici dimensioni (capacità di proporre solo quanto necessario e sicuro per il paziente, saper ascoltare e condividere, rispettare la sofferenza fino eventualmente al riconoscimento della dimensione spirituale);
5. la relazione costante con la propria comunità di riferimento.

Le azioni per la formazione del medico possono includere, oltre alle tematiche già citate in precedenza:

1. lo studio e l'adozione delle migliori modalità di apprendimento e di *training* con partico-

lare attenzione alla *Continuous Professional Development* (CPD);

2. saper operare nel “percorso paziente” superando i silos dei singoli episodi di cura e sapendo leggere e sintetizzare le diverse e molteplici informazioni;
3. saper apprendere nella prospettiva del *Continuous Professional Development* (CPD), progettando un proprio percorso formativo strategico;
4. saper gestire il profilo di carriera nell’arco di 40-50 anni, includendo anche la qualità della propria vita (ad esempio i tempi personali, la maternità, ecc.).

Le possibili azioni richiedono anche di intervenire ripensando le organizzazioni sanitarie e le loro articolazioni, provando a ipotizzare di:

1. rendere attrattive per i professionisti le cosiddette “periferie”, facendo in modo che vi sia un equo accesso ai servizi per tutti le persone;
2. sviluppare modelli che facilitino le relazioni e l’integrazione tra sistemi e professionisti, favorendo una lettura complessiva dei fenomeni;
3. porre una maggiore attenzione all’utilizzo degli strumenti ICT e la richiesta di un’adeguata accessibilità ai sistemi per garantire adeguati *standard* qualitativi e di equità;
4. valutare una ridefinizione delle aree di responsabilità e di interfaccia tra i professionisti della salute;
5. studiare modelli che favoriscano una maggiore permeabilità tra le diverse articolazioni delle organizzazioni sanitarie;
6. rendere la sicurezza per pazienti e operatori una garanzia di sistema;
7. promuovere l’adozione sistematica di strumenti quali il profilo di ruolo (*Job Description*) per favorire lo sviluppo professionale e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure;
8. favorire lo sviluppo di sistemi di confronto su *performance* ed esiti in una dimensione sia nazionale che internazionale, per favorire l’ “*accountability*” delle organizzazioni e dei professionisti (la sistematica applicazione di programmi di verifica e revisione dei processi e degli esiti);
9. favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza.

CONCLUSIONI

Il percorso per orientare e accompagnare l'evoluzione della figura del medico in Italia richiede una prospettiva temporale di medio-lunga durata, un'azione continua caratterizzata da flessibilità e creatività nel cogliere e sviluppare di volta in volta innovazioni e opportunità, una verifica periodica dello stato dell'arte che diventi poi *feed back* e punto di ripartenza per tutti i protagonisti coinvolti.

Alla luce dei dati disponibili, gli ambiti nei quali sembra necessario investire possono essere individuati nella:

1. rivisitazione e consolidamento degli elementi che caratterizzano la professionalità del medico, da quelli più tecnici a quelli legati alla capacità di lettura e di intervento nel contesto;
2. promozione e supporto delle attività di formazione continua negli ambiti clinico assistenziali di interesse;
3. promozione e supporto della formazione in settori strategici per il miglior esercizio della professione, in particolare:
 - a. nei NOTTS, con particolare enfasi in merito al tema della capacità di lavorare in gruppi (multispecialistici e multiprofessionali), da cui non può essere estranea una specifica formazione etico-deontologica;
 - b. nella capacità di comunicare professionalmente in modo efficace con i colleghi, con i pazienti (anche tenendo conto del loro ruolo sempre più attivo, nonché della loro alfabetizzazione sanitaria), con le altre professioni sanitarie e con la società;
 - c. nella capacità di leggere e inserire il singolo evento clinico nel contesto più ampio della storia del paziente e del sistema sociale in cui è inserito;
 - d. nella capacità di gestire il proprio sviluppo professionale e lo stress che può accompagnarne alcune fasi;
 - e. nell'esercizio della *leadership* professionale, modulata in funzione dei livelli di azione cui il professionista è chiamato;
 - f. nella conoscenza e comprensione dei meccanismi che regolano la dinamica dei sistemi complessi, che influenzano l'agire quotidiano nei più diversi livelli;
 - g. nella *governance* in sanità;
 - h. nella capacità di contribuire a determinare e a governare i cambiamenti delle organizzazioni.

Alcune azioni possono essere utili nell'accompagnare e supportare questa evoluzione:

1. approfondire lo studio sulle modalità più efficaci per supportare la *Continuous Professio-*

nal Development (CPD), sfruttando anche le potenzialità che i nuovi strumenti didattici, come l’ICT, i simulatori, offrono;

2. promuovere modalità formative che utilizzino *standard* mutuamente riconoscibili a livello Europeo;
3. sviluppare e mettere a disposizione sistemi di “*appraisal*” (autoriflessione critica) rispetto alle diversi ambiti di sviluppo professionale, anche sfruttando la competenza e disponibilità di colleghi esperti (“mentori”);
4. promuovere e supportare l’adozione sistematica di “*Job Description*” (“Profilo di ruolo”) come strumento di trasparenza per confrontarsi rispetto a livelli di abilità, competenza e *performance*, da garantire e mantenere nel tempo o da raggiungere per chi ambisce a determinati livelli di sviluppo professionale.

Inoltre, l’accompagnamento e l’orientamento dell’evoluzione della figura del medico in Italia potrebbero trarre giovamento da un dibattito generale che coinvolga il mondo accademico e tutti i professionisti interessati, tenendo conto delle attese e delle esigenze dei soggetti con i quali il medico si relaziona.

Infine, una riflessione sul *perché* e sul *come* la professione medica possa continuare a essere attrattiva agli occhi dei giovani, potrebbe aprire nuove e interessanti prospettive di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

1. ISTAT Noi Italia, 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. Istat, Roma 2014.
2. Murray CJL, Phil D, Lopez AD. Measuring the Global Burden of Disease. *N Engl J Med*, 2013;369:448-57.
3. WHO. The Global Burden of Disease, WHO Geneva 2004 update.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research and medical education. *Lancet*, 2012; 380: 37-43.
5. Bagalman E, Napili A. Prevalence of Mental Illness in the United States: Data Sources and Estimates. Congressional Research Service. April 24, 2013.
6. OECD (2013), OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being, OECD Publishing.
7. Smith R. In search of “non-disease. *BMJ*; 2002 Apr 13;324(7342):883-5.
8. Gabriel SE, Normand ST. “Getting the Methods Right-The Foundation of Patient-Centered Outcomes Research”; *New England Journal of Medicine*; August 30, 2012; 367-9.
9. Fineberg HV. A Successful and Sustainable Health System- How to get there from here. *N Engl J Med*, . 2012 Mar 15;366(11):1020-7.
10. Rapporto OASI 2013. http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/News/New+2 (ultimo accesso 17 dicembre 2014)
11. VanLare JM., Conway PH. Value-Based Purchasing –National Programs to Move from Volume to Value. *N Engl J Med*, 2012 Jul 26;367(4):292-5.
12. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership and management in healthcare organisations. *BMJ*; 2011; 323(7315): 746-9.
13. Brusaferro S, Casini M. La scienza della complessità: conoscerla aiuta a operare meglio in sanità ?. *Dedalo-Gestire i sistemi complessi in sanità*; volume I/2003 pagg: 47 – 54.

14. Coeira E. Four rules for the reinvention of healthcare. *BMJ*; 2004;15;328(7449):1197-9.
 15. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review* 91, no. 10 (October 2013): 50–70.
 16. Institute of Medicine. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America; Institute of Medicine; Washington USA 2012.
 17. Medtech Forum 2014. More needs, Higher expectations, smaller budgets Can European Medthec industry deliver?. Bruxelles16 – 17 October 2014. (ultimo accesso 17 dicembre 2014. <http://www.medtecheurope.org/events-trainings/european-medtech-forum/conference-material>
 18. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F & Tsouros AD. Health Literacy the solid facts.WHO, Copenhagen 2013.
 19. Joint Commission International. Credentialing and privileging Your Medical Staff -Examples for Improving Compliance.Joint Commission Resources, Chicago 2007.
 20. Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremner J. Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses Observatory Study series n. 32 World Health Organization 2014 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies).
 21. European Commission. White (coat) jobs: The EU health workforce. Issue Paper Jobs for Europe: The Employment Policy Conference Sectors with high job-creation potential. Bruxelles 2012. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=it&eventsId=641&catId=88> accesso 15 ottobre 2014
 22. Vian F. Sul numero programmato del corso di laurea in Medicina e Chirurgia: applicazione di un modello semplificato. in *Politiche Sanitarie*, 2014, vol. 15, n. 4.
 23. Greaves F, Guest C. Workforce, in *Oxford Handbook of Public Health Practice*, Editors: Guest, Ricciardi, Kawachi, Lang; Publisher: OUP Oxford, 2013.
- 23 bis Carta della professionalità medica, *Lancet* 2002, 359, 520-22.

24. Epstein RM, Hundert EM; “Defining and assessing professional competence”; JAMA. 2002 Jan 9; 287(2): 226-35.
25. Yule S at all; “Non technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature”; Surgery 2006;139:140-9.
26. Ahmed M, Arora S, Baker P, Hayden J, Vincent C, Sevdalis N. Buiding capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors. BMJ Qual Saf. 2013 Aug; 22(8):618-25. Epub 2013 Mar 5.
27. Davies H, Khera N, Stroobant J. Portfolio, appraisal, revalidation, and all that: a user’s guide for consultants. Arch Dis Child; 2005; 90:165-170.
28. General Medical Council. Leadership and management for all doctors. January 2012
accesso 17 dicembre 2014. http://www.gmcuk.org/Leadership_and_management_for_all_doctors_FINAL.pdf_47234529.pdf.
29. Academy of Medical Royal Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement. Medical Leadership Competency Framework. 3rd Edition July 2010. <https://www.nwpgmd.nhs.uk/sites/default/files/Medical%20Leadership%20Competency%20Framework%203rd%20ed.pdf>. Accesso al sito del 17.12.2014
30. European Commission. White (coat) jobs: The EU health workforce. Issue Paper Jobs for Europe: The Employment Policy Conference Sectors with high job-creation potential. Bruxelles 2012 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=it&eventsId=641&catId=88> accesso 15 ottobre 2014)
31. Centro Studi FNOMCeO. Professione medica nel terzo millennio: quale modello formativo. Documento interno, Roma
32. European Commission. FINAL REPORT 2013 “Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professional in the EU. http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf.
- 32.bis Medicina e Chirurgia, Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia Formazione per competenze Quadri nazionali ed internazionali di

riferimento N°63/2014

Fabrizio Consorti (La Sapienza, Università di Roma)

Bibliografia e sitografia

- 1) Epstein RM., Assessment in Medical Education, N Engl J Med 2007;356(4):387-396
 - 2) Consorti F. Il professionalism, teoria e attualità. MedChir 2014; 62:2811-2813
 - 3) [http://www. quadrodeititoli.it/de scrittori. aspx?descr= 172&IDL= 1](http://www.quadrodeititoli.it/de scrittori. aspx?descr= 172&IDL= 1)
 - 4) [http://www. tuning-medicine.com/index.asp](http://www.tuning-medicine.com/index.asp)
 - 5) <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/ canmeds>
33. Horsley T, Grimshaw J, Campbell C; “How to create conditions for adapting physicians’ skills to new needs and lifelong learning”; Health Systems and Policy Analysis; 2010.
- 33.bis Ministero della salute. “Il fenomeno della femminilizzazione della Sanità in Italia: ricerca quali-quantificativa sulle caratteristiche e trend dell’ultimo decennio”. Fondazione Labos, 2011.

19 - 21 maggio 2016

FNOMCeO
CENTRO STUDI, DOCUMENTAZIONE E RICERCA

ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI

A cura del Gruppo di studio ristretto: Maurizio Benato, Piero Cappelletti, Andrea Gardini, Franco Lavallo, Roberto Monaco.

Il bisogno di un approfondimento dei processi verso una posizione comune della professione in tema di organizzazione dei sistemi sanitari nasce dall'evidente situazione di difficoltà organizzative in cui versano i sistemi sanitari italiani.

Queste si manifestano con vari fenomeni che ne mettono in discussione la credibilità:

- i fenomeni corruttivi;
- i tempi d'attesa;
- l'aumento del contenzioso legale fra pazienti e medici;
- l'eccesso di burocrazia amministrativa non compensato dalle promesse mancate dell'informatica, che sta ulteriormente appesantendo il lavoro dei medici togliendo tempo alla relazione di cura, che è soprattutto un rapporto di comunicazione e di scambio fra persone, medici e pazienti, per un progetto diagnostico terapeutico da condividere e da rinnovare ad ogni occasione nel corso di un episodio di malattia;
- i rapporti molto variabili con i vertici manageriali delle aziende sanitarie e con la politica;
- le rivendicazioni delle altre professioni sanitarie, per certi versi in contrapposizione al ruolo del medico;
- i tagli economici lineari che riducono i margini di flessibilità del sistema provocando penalizzazioni improprie;
- le tecniche di programmazione e controllo come la negoziazione del budget ed il controllo di gestione che raramente sono utilizzate per sviluppare e far crescere l'organizzazione sanitaria ma al solo scopo di controllo formale dei costi e di adempimento normativo;
- gli strumenti per la legittimazione e la valorizzazione delle prestazioni nel sistema sanitario pubblico, (come i Livelli Essenziali di Assistenza, i DRG, le tariffe delle prestazioni ambulatoriali, i meccanismi di accreditamento istituzionale e i conseguenti contratti di fornitura), fanno dipendere le entrate economiche delle organizzazioni sanitarie dalla complessità e dalla capacità di "produrre" prestazioni, e dalla capacità di conquistare sempre nuovi spazi di mercato (ad esempio le rette per i ricoveri in strutture sanitarie protette). Le entrate economiche in sanità dovrebbero piuttosto dipendere dall'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici, dagli esiti degli interventi clinici ed organizzativi e dall'adeguatezza delle organizzazioni sanitarie ai bisogni dei cittadini del loro territorio. La filosofia organizzativa e i conseguenti strumenti amministrativi vigenti;
- nelle organizzazioni sanitarie che operano in Italia determinano una corsa alla quantità delle prestazioni con tendenze inflattive, che richiedono efficienza. La corsa alla produzione di prestazioni sanitarie in grande quantità, perchè remunerative, non può contemporaneamente assumersi la responsabilità della qualità delle cure e di alcune sue componenti, essenziali per il successo del sistema, come l'efficacia clinica, l'appropriatezza diagnostica e

terapeutica, la sicurezza e la soddisfazione dei pazienti e degli operatori, la partecipazione dei cittadini al loro progetto di prevenzione, cura e riabilitazione;

- Di conseguenza la tendenza alla certificazione di qualità viene effettuata più con obiettivi di immagine, di marketing, di efficienza e di riordino che per obiettivi di miglioramento misurabile dei servizi per le persone e degli esiti degli interventi di cura. La certificazione di qualità tende a mettere in ordine l'esistente frenando le innovazioni, che, non essendo note, non sono certificabili;
- Le pressioni del mercato hanno reso meno chiaro il rapporto fra le scelte cliniche dei medici, le fonti delle informazioni da cui sono ispirate, le richieste dei pazienti e la loro induzione influenzata dalla pubblicità, palese o occulta, dei media;
- Internet ha determinato una rivoluzione simile a quella portata da Gutenberg con l'invenzione della stampa... il sapere medico è oggi alla portata quasi di tutti così come i contenuti della Bibbia lo sono stati a quel tempo...
- L'informatica promette di sostituirsi al medico come capacità di riassumere, personalizzandoli, i dati per il singolo paziente e formulare diagnosi e terapie "personalizzate" e basate sui big data, che dal medico non sono direttamente controllabili, rischiando lo stesso medico di diventare solo un esecutore o un mediatore con il paziente, di decisioni prese dalla macchina. Una posizione difficilmente accettabile.

Il medico sia che operi come singolo professionista, sia che operi in equipe si trova ad affrontare una sfida nuova, la sfida della costruzione di un rapporto di fiducia con i pazienti in un contesto complesso, che è cambiato enormemente negli ultimi tre decenni.

La combinazione fra le innovazioni delle conoscenze, le spinte del mercato e delle tecnologie e gli aspetti normativi, amministrativi e gestionali delle attività sanitarie ha contribuito a deviare le organizzazioni sanitarie dagli obiettivi di salute della popolazione e dei pazienti, fissati dalla Legge 833 del 1978 per l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, tuttora in vigore. Da più di un ventennio queste spinte hanno portato le organizzazioni sanitarie su obiettivi di aziendalizzazione che quasi mai si sono adattati agli obiettivi di salute, ma hanno ritenuto più importante sviluppare strumenti di programmazione e controllo e stili di gestione utilizzati per il comparto industriale, con adattamenti marginali. Purtroppo o per fortuna la sanità non è solo un luogo di produzione (ad esempio di esami radiologici o di laboratorio), ma è un **sistema etico** complesso di prevenzione, cura e riabilitazione, e come tale non governabile, per definizione, con strumenti lineari di gestione ma con quelli della complessità.

Sia che partiamo, quindi, dal pensiero della bioetica, e dell'evoluzione della deontologia me-

dica, sia che partiamo dal pensiero dei sistemi complessi appare evidente che il sistema sanitario, appunto, un “sistema”, non ha caratteristiche tali da poter essere gestito come fosse un comparto produttivo industriale. Se si prova a farlo, come ad esempio succede in Italia, emergono problemi apparentemente non risolvibili, quelli in parte elencati sopra, che, trattati goffamente nel modo classico, lineare, generano ulteriori problemi.

C'è bisogno di un nuovo modo di pensare la tutela della salute delle persone di una comunità.

Anche i comparti produttivi industriali di stampo meccanicista, pensati per essere gestiti con una cultura gestionale lineare, proprio in seguito alla crisi economica, energetica, ecologica, etica si scoprono inadeguati a sostenere il peso della concorrenza se non adottano modelli organizzativi che affrontano con decisione, curiosità e umiltà i temi della complessità modificando profondamente la propria filosofia produttiva. Anche per l'organizzazione dei sistemi sanitari può essere giunta l'ora di un cambio di paradigma, riportando il diritto della persona all'interno del sistema organizzativo per la tutela della sua salute.

Il sistema sanitario sempre di più appare, negli studi organizzativi più moderni, come una rete di sistemi interconnessi, costituiti da un lavoro prevalentemente di tipo “artigianale”. In questo lavoro l'oggetto della cura è l'essere umano ammalato dotato di diritti e di doveri, un essere unico appartenente ad una specie unica fra le tante nella biosfera e il soggetto che cura è un altro essere umano dotato di valori, competenze. Si tratta di un sistema interconnesso aperto.

L'organizzazione sanitaria non è solo una fabbrica di prestazioni. È un luogo complesso della comunità in cui le relazioni fra le persone contano molto ai fini della cura e si avvalgono delle tecnologie per migliorare sia le relazioni stesse che la cura.

Questa visione più avanzata, innovativa, nasce proprio dall'attuale prevalenza del punto di vista industriale e dalla constatazione dei suoi effetti collaterali proprio negli stili di gestione manageriale della sanità, che stanno generando una visione critica del modo attuale di considerare l'organizzazione sanitaria e conseguentemente gestirla.

L'organizzazione che i medici, assieme agli altri professionisti della salute, mettono insieme quando operano in autonomia in una comunità, per farsi carico dei suoi problemi di salute ha molte caratteristiche paragonabili a quelle di un essere vivente, come descritto dai ricercatori più attenti allo studio degli esseri viventi.

- È costituita da un insieme di saperi, competenze ed abilità che vengono messi al servizio della presa in carico dei problemi di salute, l'organizzazione sanitaria è un'organizzazione cognitiva che si presenta in continuo equilibrio con il proprio contesto;
- È costituita da una struttura di sostegno, fatta da persone, edifici, tecnologie, che produce al suo interno processi tecnici, assistenziali, sociali ed amministrativi a sostegno del raggiungimento degli obiettivi di salute, negoziati, paziente per paziente, con e fra i professionisti interessati per formulare contratti terapeutici dinamici, perché adattabili alla situazione che via via si ripropone negli esseri umani in salute e malattia. Tale organizzazione si avvale delle risorse che vengono messe a disposizione del contesto e produce i trattamenti ragionevolmente appropriati ed efficaci più adatti ai problemi da risolvere;
- È un'organizzazione che per essere utile e sopravvivere ha bisogno di relazionarsi con altre organizzazioni nel proprio contesto: **l'organizzazione sanitaria è un'organizzazione interconnessa.**

In questo momento, tende a prevalere, nell'interpretazione dei fenomeni che avvengono all'interno delle organizzazioni sanitarie, un solo sapere, quello economico che è una visione, vista la complessità delle organizzazioni sanitarie, estremamente limitata e sicuramente fuorviante per

quanto riguarda le decisioni da assumere quando si presenti un apparente problema. Non bisogna guardare solo ai risultati economici ma bisogna avere un occhio ben attento ai risultati clinici che sono il vero motore dell'essere medico e che nascono da una corretta diagnosi e terapia patrimonio della professione.

L'interdisciplinarietà nell'affrontare i problemi delle organizzazioni sanitarie è diventata obbligatoria e non può che coinvolgere tutti i saperi che si interconnettono al loro interno ed al loro esterno. L'interdisciplinarietà richiede una revisione dei saperi attraverso una formulazione della formazione.

È ulteriormente evidente che i governanti che allocano risorse, i managers che gestiscono queste risorse, i medici che utilizzano queste risorse a favore dei cittadini o dei pazienti per attività di prevenzione cura e riabilitazione, i cittadini stessi, faticano a mettersi al passo con queste nuove conoscenze e ad adattare di conseguenza i loro comportamenti.

In qualche modo gli unici che sono abituati ad affrontare le difficoltà dell'interdisciplinarietà sono proprio i medici, avendo scelto di affrontare le condizioni della salute della popolazione.

ne da diverse attività specialistiche ed essendo indotti naturalmente a confrontarsi fra loro e con altre professioni, per risolvere i problemi dei pazienti che a loro si rivolgono ma sempre guidate ai codici deontologici, dall'attenzione al paziente ed alla comunità, dalle loro competenze specifiche rinnovate di continuo dall'obbligo di aggiornamento.

Il focus è sul paziente e non solo sulla malattia con la proposta di recupero e qualificazione di risorse per l'assistenza intensiva a pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative e con forte necessità di continuità assistenziale non disgiunta da una maggiore efficienza operativa e gestionale.

La struttura sanitaria è un luogo morale, perché luogo in cui si svolgono attività umane con il fine etico della tutela della salute della persona.

È un sistema “aperto” perché vi operano persone con ruoli e compiti professionali “ad intra” e “ad extra” nel quale vengono utilizzati e/o trasformati **beni in entrata** (inputs) costituiti da risorse umane, beni materiali ed immateriali per la **produzione di risultati di salute** (beni/outcomes) attraverso l'erogazione di servizi (outputs).

CONCLUSIONI

Riteniamo ai fini di un miglioramento dei processi che si debba favorire la realizzazione di una rete di cura in cui l'ospedale e il territorio siano centrati sulle necessità del paziente che facilita il lavoro per processi ad alta integrazione multidisciplinare differenziando le responsabilità cliniche, gestionali e logistiche; un'opportunità da non perdere per superare le criticità del sistema, per costruire una reale continuità ospedale territorio, tale da permettere di rispondere in modo appropriato con spazi organizzativi, competenze, tecnologie, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale.

Il modello proposto possiede importanti soluzioni di qualità, perché è inserito e partecipa in un progetto di cura quale processo unitario centrato sulla sua persona (percorsi integrati), quale processo clinico (dalla prima diagnosi al follow-up) multidisciplinare, quale processo assistenziale (nursing modulare) omogeneo per livello di assistenza è favorito nel suo esito di salute dall'integrazione di tutti i processi "accessori" intorno al processo principale.

Un'organizzazione etica delle organizzazioni sanitarie dovrebbe poter ripartire da questi nuovi presupposti scientifici, formativi culturali e deontologici.

