

TERZA CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA E ODONTOIATRICA

Interventi introduttivi

Rimini 2016: una grande occasione di confronto

Intervista a Roberta Chersevani
presidente Fnomceo

a cura di Eva Antoniotti

Presidente Chersevani, la Conferenza di Rimini ha avuto una formulazione molto ampia: tanti temi, tanti workshop, molte contemporanee occasioni di confronto. Perché avete scelto questo schema (che alcuni hanno considerato dispersivo)?

La presenza di sessioni contemporanee è disagiata perché consente di partecipare solo ad alcune, ma nel contempo è occasione di un gran numero di scambi, confronti e discussioni. Il risultato può essere visualizzato da tutti proprio negli atti che andiamo a presentare, e che spero abbiano grande diffusione. La professione incontra oggi tanta complessità, che non può essere appiattita in un solo convegno monotematico, né trovare soluzioni in tempi brevi.

La ministra Lorenzin ha partecipato ai lavori della Conferenza. Cosa le avete segnalato per il futuro della professione?

In questi tempi il nostro Ministro ha condiviso molte difficoltà

della nostra professione e si è dimostrata attenta. Certamente le soluzioni non sono immediate e non dipendono solo da questo dicastero. La complessità comprende i cambiamenti in atto nel Paese, nella società, nelle patologie prevalenti, nel rapporto medico-persona, nella necessaria riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, solo per citare alcuni temi. Il dialogo deve continuare ed allargarsi ad altri Ministeri.

Tra i temi strategici della Conferenza c'è quello della formazione. Cosa chiedete?

La formazione deve adeguarsi al cambiamento in atto. Va modificata la modalità di accesso all'insegnamento pre-laurea, favorendo percorsi di orientamento. L'insegnamento stesso deve essere arricchito con temi di etica, deontologia e *medical humanities*. Va dato grande spazio alla comunicazione. L'accesso al percorso di studi post-laurea deve tener conto del numero di laureati ma anche del numero di specialisti che si renderanno necessari in futuro. Il dialogo va rafforzato e reso produttivo.

Il confronto con le altre, molte, professioni sanitarie è un altro nodo caldo. In che direzione vi state muovendo?

Dialogo e mediazione sono importanti. Ma non significano debolezza. Le competenze sviluppatasi nel tempo vanno riconosciute e serviranno a migliorare la qualità dei servizi offerti. Restano sempre tuttavia competenze nell'ambito delle singole professioni, senza possibilità di travalicare, e senza il task-shifting che sembra andare di moda.

E nei confronti delle associazioni dei malati e dei cittadini?

I rapporti sono buoni e vanno ulteriormente rafforzati, allargando la relazione di cura che esiste tra il singolo medico ed il suo assistito, alla comunità dei medici e alla popolazione. La qualità della comunicazione ritorna ad essere di grande

importanza, per farsi comprendere e far comprendere. L'autonomia e la responsabilità di entrambi gli attori necessitano di una informazione comprensibile e condivisa.

Personalmente, cosa ha appreso da questi tre giorni di lavoro?

Che esiste ancora un senso di appartenenza, che si vuole combattere per la difesa della professione, che nonostante anni difficili e punitivi esiste ancora la disponibilità a recuperare, a migliorare la qualità dei servizi offerti. Il medico non vuole rinunciare al suo ruolo di mediatore tra salute e malattia.

Cosa farà la Fnomceo per “il futuro della professione”?

La Federazione continuerà ad essere un punto di riferimento per i propri iscritti, ma anche ad ascoltare le richieste degli assistiti. Continuerà a collaborare con le istituzioni, mettendo a disposizione competenze e professionalità. Chiederà di essere ascoltata in quei contesti che sembrano non comprenderne il ruolo. Continuerà a rappresentare la famiglia dei Medici e degli Odontoiatri.

L'odontoiatria nella società italiana

Giuseppe Renzo
presidente nazionale CAO

SONO PARTICOLARMENTE FELICE della grande partecipazione a queste manifestazioni organizzate congiuntamente con la professione medica in queste giornate riminesi che hanno chiamato a raccolta tutti gli interessati al mondo delle nostre professioni e alla tutela della salute.

Un filo rosso unisce questo incontro a quello precedete svoltosi a Taormina in cui quelli che ho chiamato gli Stati Generali dell'Odontoiatria insieme a tutti i Presidenti CAO si sono confrontati sui problemi fondamentali, come ad esempio quelli della formazione, dell'Odontoiatria sociale e della Carta dei Diritti e dei Doveri dell'Odontoiatra.

*L'odontoiatria
vive nella realtà
sociale del Paese*

Proprio da questo occorre partire per dimostrare che la professione non vive in una sorta di torre eburnea lontano dalla realtà sociale del Paese, ma che da tempo si sta interrogando, perché vive nella realtà, su come far fronte ad una situazione che rischia di emarginare dalla cure odontoiatriche non sol-

tanto le categorie sociali più disagiate, ma anche i cosiddetti nuovi poveri che sono precipitati da una situazione di classe media ad una nuova drammatica situazione di povertà. Sappiamo da tempo che la risposta pubblica dei Lea non garantisce l'accesso alle cure odontoiatriche necessarie e che purtroppo questa situazione difficilmente cambierà proprio per la insufficienza delle risorse da destinare all'assistenza. Senza fare polemica sarebbe d'aggiungere che la nuova normativa sulla cosiddetta appropriatezza prescrittiva rischia soltanto di affidare a regole burocratiche il rapporto fondamentale medico paziente contribuendo a creare ulteriori disagi ai cittadini che vorrebbero mantenere un rapporto umano con i propri medici.

Una prima parola d'ordine che provo a lanciare da questa riunione è *prevenzione* lo stesso Ministro Lorenzin ha riconosciuto recentemente come le attività di prevenzione siano state trascurate quando sono invece le sole che possono garantire un abbattimento dei costi sia a livello macroeconomico sia a livello di costi sociali. Si pensi a quanto pesante sia l'onere economico derivante dalla mancata prevenzione in termini di perdite di giornate lavorative, di diminuzione della produttività di aziende e di imprese. La professione da tempo si occupa del tema della prevenzione (si pensi da quanto tempo viene svolto il mese della prevenzione dentale e da quanto la CAO Nazionale abbia presentato alle Autorità il proprio progetto di odontoiatria sociale).

Con l'ottimismo della volontà oggi vorrei lanciare una nuova idea che ancora una volta si basa sull'impegno e sulla responsabilità degli odontoiatri italiani: perché non provare a costituire una rete di colleghi che offrono almeno un giorno al mese per curare con gli ordinari strumenti del loro studio i soggetti disagiati? Non solo quelli "conclamati", di cui do-

*La prevenzione
abbatte i costi
economici e sociali*

*La nuova
odontoiatria
per i nuovi poveri*

vrebbe farsi carico il Ssn, ma i cosiddetti *nuovi poveri*, cioè coloro che si sono trovati travolti dalla crisi economica, hanno perso il loro lavoro, hanno perso il loro suolo sociale e tuttavia si “vergognano” di ricorrere ai sistemi di sicurezza sociale e rimangono senza alcuna assistenza medica e odontoiatrica. È una pagina tutta da scrivere e spero di poterla scrivere insieme a voi, ma sono convinto che se gli odontoiatri vogliono dimostrare il loro impegno etico e la loro dignità professionale questa è la strada migliore.

È inutile ormai chiudersi nella difesa di privilegi che, per altro, non esistono più: ai cittadini poco importa dei problemi tecnici e giuridici che riguardano la nostra professione; sarebbe invece dirompente lanciare un messaggio di solidarietà e di impegno che vorrei tradurre in estrema sintesi con queste parole: *la nuova odontoiatria per i nuovi poveri*

Aspetto il vostro contributo, anche critico, ma sono convinto che sia finito il tempo dei recinti e delle barricate e sia iniziato quello dell'accoglienza e della responsabilità sociale.

*L'importanza
del settore del
dentale
nell'economia
del Paese*

Il secondo filo conduttore del dibattito che vorrei svolgere è quello dell'importanza del settore del dentale nell'economia del Paese.

Alcuni studi, come quelli della rivista *AltroConsumo*, hanno dimostrato che le cure odontoiatriche fornite nelle nuove strutture di grandi dimensioni imprenditoriali costano quanto quelle ricevute nei nostri studi monoprofessionali mentre la qualità è sicuramente molto più elevata nei secondi.

Sto preparando e spero già di potervi dare i primi dati, uno studio che dimostra quante siano numerose “le piccole aziende odontoiatriche” e quante persone vi lavorino fra dentisti, igienisti dentali e assistenti alla poltrona e quanto grande sia anche l'indotto in termini di aziende produttrici di attrezzature e manufatti che ruotano intorno alla figura dell'odontoiatra. Questo rilevante settore, sia in termini di persone coinvolte

sia in termini di “fatturato prodotto”, incide pesantemente nell’economia generale e dovrebbe essere oggetto di tutela da parte del sistema politico quando invece paradossalmente è spesso oggetto di ingiustificati attacchi.

Il ruolo degli odontoiatri è quindi molto più importante di quanto si creda perché costituisce il motore intorno al quale girano tutti gli altri ingranaggi.

Se questo motore si fermasse, tutto si fermerebbe e i costi sociali sarebbero rilevanti.

È importante però che i nostri professionisti continuino nel percorso di maturazione attraverso l’esaltazione dell’etica dei comportamenti che è l’unica strada che garantisce la crescita individuale e collettiva della nostra categoria.

Ecco perché una volta completato questo percorso, potremo legittimamente rivendicare la correttezza dei nostri comportamenti e rimandare al mittente le consuete accuse di evasione fiscale che troppo spesso sono l’indice del persistente fenomeno dell’esercizio abusivo che certamente è favorito, ma non giustificato, dal parallelo fenomeno del prestanomismo. A questo riguardo ancora una volta esprimo la speranza che finalmente la riforma dell’art. 348 del c.p. giunga alla sua conclusione, anche per evitare rischi di diffusione di malattie iatrogene che possono scaturire da attività sanitarie svolte da personale non competente e in locali non igienicamente in regola.

Vorrei concludere questa mia relazione rilanciando il tema della visita come atto medico che non può essere mai improntato ad ambiti meramente contrattuali e che costituisce il punto discriminante fra l’attività del professionista e quella del commerciante-imprenditore.

*La visita medica
come atto
fondamentale del
rapporto medico-
paziente*

Difenderemo contro tutti (ivi compresa l'Antitrust) la natura della visita medica come atto fondamentale del rapporto medico-paziente ove vengono svolti i preliminari accertamenti sanitari, viene raccolto il consenso informato e viene stabilito un piano terapeutico che permetterà di venire incontro alle esigenze di cura del paziente al livello più alto che le capacità culturali scientifiche ed etiche del medico odontoiatra possono consentire.

Qualcuno vuole interpretare il primo rapporto fra medico e paziente come la stesura di un contratto che prevede magari una scoutistica, quasi che l'odontoiatra dovesse fornire servizi di carattere commerciale o amministrativo.

Certamente la normativa in vigore prevede anche aspetti contrattuali, come ad esempio il riferimento alla polizza assicurativa o al preventivo di spesa, ma questi aspetti sono successivi e ovviamente subordinati allo svolgimento della visita e alla attività di diagnosi, prognosi e terapia che il professionista offrirà in scienza e coscienza per tutelare e risolvere le eventuali patologie riscontrate.

Solo in questo modo potrà essere difeso il ruolo della nostra professione intellettuale che, come dimostreremo in questi giorni, è attenta e partecipe al progredire dei tempi ma che affonda le propri radici nel terreno solido del giuramento di Ippocrate e dei principi di una deontologia antichissima.

Introduzione ai lavori

Luigi Conte

segretario Fnomceo

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 mu-

tamenti 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 professionale e di quello accademico, nonché dei contributi di tutti i soggetti che si rivolgono al medico. Particolare attenzione deve essere rivolta alle motivazioni che conducono all'intrapresa della professione medica.

La Fnomceo ha ritenuto utile operare una rigorosa riflessione sull'evoluzione della figura del medico in Italia nei prossimi 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*”;
- promuovere e garantire la salute individuale e collettiva;
- essere al tempo stesso protagonista nel governare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari e contribuire attivamente a orientarne le politiche e le scelte in materia, identificando possibili linee di azione per intervenire proattivamente.

Nell'avviare un processo di riflessione sulla figura del medico è doveroso 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 regole che fungano da motore e collante nel sistema.

Guardare al futuro

Il medico in Italia nei prossimi anni dovrà essere proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici.

Viviamo un periodo di grave crisi che pervade di odio la quotidianità della nostra vita ed affievolisce fino a farla sparire la solidarietà e la socialità.

In questa condizione non possiamo non partire dai secolari principi delle nostre professioni medica ed odontoiatrica. La solidarietà è uno di questi principi fondanti della nostra professione basti pensare che è al primo posto tra le motivazioni del 95 % dei giovani che si iscrivono alla facoltà di Medicina e Chirurgia.

La Fnomceo lavora per affermare:

- un medico detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze; attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;
- un medico capace di vedere in ogni paziente una persona che va ascoltata nella sua unitarietà umana, sociale ed intellettuale con un problema di salute e non, come definito dal professor Novarini, come un ingegnere di organi malati;
- un medico cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di advocacy-patrocinio, tutela, garanzia nei confronti del singolo cittadino e della intera collettività;
- un medico con la capacità di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno; capace di passare dalla comunicazione alla relazione unica ed irripetibile tra due persone;
- un medico che comprenda il contesto per essere capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità; nella consapevolezza che il medico è un attore economico che determina e gestisce risorse economiche ingenti;
- un medico consapevole che la Sanità e la salute sono temi

*L'impegno
della Fnomceo*

di alta complessità, e l'alta complessità non può avere risposte semplici ma va gestita con un'adeguata preparazione culturale;

- un medico del futuro che deve saper gestire la complessità e deve essere capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, rispetto agli altri professionisti della salute, rispetto ai pazienti ed alle persone assistite e rispetto ai cittadini;
- un medico detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;
- un medico attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltretutto a dimostrarlo; dimostrarlo attraverso una governance nuova dell'esercizio professionale che conduca ad una certificazione del mantenimento nel tempo del requisito dell'esercizio della professione per una sempre migliore qualità professionale.

“Humanities” per essere medici (e non ingegneri di organi malati...)

Sandro Spinsanti

Avvocato in Bologna

coordinatrice nazionale del Gruppo di ricerca “Sicurezza e Privacy”
della SIT

“HUMANITAS” E LE SUE VARIANTI:

UNA FAMIGLIA DI SIGNIFICATI

Chi in italiano fa ricorso a un termine straniero ha l’obbligo morale di addurre prove che lo stesso concetto non potrebbe essere espresso nella nostra lingua. L’espressione *medical humanities* non fa eccezione alla regola. La ragione determinante per preferirlo è presto detta: non esiste in italiano un’espressione che ricopra lo stesso ambito semantico. Ogni tentativo di cercare un equivalente in italiano è destinato a creare equivoci – come l’infelice “umanizzazione” della medicina – oppure riflette solo un aspetto parziale di quella complessa realtà denotata come *medical humanities* ⁽¹⁾.

1 Può essere di conforto a chi usa l’espressione inglese nel contesto italiano che anche per gli anglofoni non mancano le difficoltà. In un articolo pubblicato sul *Journal of American Medical Association* Rafael Campo prende le mosse da un convegno svoltosi a Londra, al quale partecipavano poeti, medici, registi, infermiere, sociologi, letterati, arte-terapeuti, esperti di etica, fotografi, studenti di medicina, operatori di hospice, storici, musicisti, filosofi, terapisti occupazionali, ballerini e pazienti: tutti radunati dal comune intento di porre rimedio al malessere della medicina, sotto il comune programma di *medical humanities*. “Ma che cosa sono, alla fin fine, le *medical humanities*?”, chiedeva uno studente dotato di senso pratico, durante una pausa. La difficoltà dell’autore di dare una risposta concisa si traduce nel titolo dell’articolo “The Medical Humanities: for lack of a better term” (*JAMA*, 2005; 214:1009-1011). Potremmo sottoscrivere: usiamo *medical humanities* in mancanza di un’espressione migliore.

È opportuno seguire le diverse piste fornite dalla famiglia di espressioni affini, consapevoli che ognuna, considerata nei suoi aspetti negativi e in quelli positivi, tratteggia solo un aspetto parziale del quadro, non il quadro nella sua interezza.

1. “Umanizzazione”?
No grazie!

La traduzione più fuorviante di *medical humanities* è quella di far equivalere la loro istanza a un progetto di umanizzazione della medicina. L'umanizzazione è un programma che si evoca solitamente con intenti polemici. Presuppone un'analisi negativa dei comportamenti che si vogliono umanizzare, perché giudicati, appunto, disumani. Che riguardino i detenuti nelle carceri o i malati in ospedale. Il programma di umanizzazione della medicina ha suscitato nel tempo molte adesioni: per motivi religiosi-filantropici (perché il professionista sanitario è considerato nell'alone del Buon Samaritano...) o per ragioni laiche, riconducibili al rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone, anche in condizione di malattia. Non mancano motivi per rivendicare azioni correttive di comportamenti che si collocano al di sotto di quanto nella nostra società consideriamo un minimo decente. Sul banco degli imputati non c'è solo l'insensibilità degli operatori o semplicemente la maleducazione; anche la curiosità scientifica o gli interessi conoscitivi possono indurre a comportamenti biasimevoli. Per saperne di più su ciò che oggi i cittadini considerano non accettabile, basta aprire gli archivi di un qualsiasi centro di ascolto del Tribunale dei diritti del malato o di un ufficio relazioni con il pubblico. O leggere le lettere ai giornali che danno voce al lamento contro la “malsanità”. Questa non è imputata solo di errori e inadempienze, ma spesso semplicemente di disattenzione verso esigenze elementari della nostra vita sociale.

Eliminare dalla pratica della medicina ciò che offende e umilia rimane un programma inderogabile. È tuttavia discutibile che il termine “umanizzazione”, con cui abitualmente lo si

designa, sia una scelta felice. I sanitari che si sentono oggetto di un programma di umanizzazione non possono evitare di sentirsi accusati di comportamenti “disumani”. È facile immaginare che la reazione più prevedibile sarà quella di risentita chiusura, o di ricerca di altri capri espiatori (gli amministratori della sanità, le condizioni di lavoro...). In ogni caso, sarà arduo avere come alleati in un programma di umanizzazione i professionisti che si sentano messi sotto accusa.

Anche se concordiamo sulla non opportunità di utilizzare il termine umanizzazione, non possiamo ignorare che vi hanno fatto ricorso i decreti legislativi 502 (1992) e 517 (1993) che negli anni '90 hanno delineato il profilo rinnovato del servizio pubblico. Come indicatori per valutare la qualità delle prestazioni erogate venivano infatti menzionate la “personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza”. L’umanizzazione del servizio sanitario è diventata, più di recente, un obiettivo proposto ufficialmente dalla Regione Veneto, che ha anche pubblicato una lista dettagliata di parametri per verificarne la presenza. È opportuno tuttavia sottolineare con forza che le *humanities* che invochiamo come correttivo della pratica attuale della medicina non sono sovrapponibili all’umanizzazione. Quand’anche avessimo eliminato i comportamenti che violano i diritti e la dignità, il programma specifico delle *medical humanities* dovrebbe ancora avere inizio.

Etimologicamente, le *humanities* rimandano al latino “*humanitas*”, che è stato il potente motore del movimento che ha strutturato l’Occidente moderno: l’umanesimo, appunto. Siamo così condotti a considerare la medicina come un’impresa “umanistica” e il medico (in quanto referente simbolico di un complesso di azioni e di competenze proprie di numerose professioni che si dedicano alla cura) come un “umanista”. Questo uso linguistico richiede molta cautela. Si rischia, infatti, di scivolare verso aspetti caricaturali, così come quando

*2. Esercitare la
medicina nel solco
dell’umanesimo*

si enfatizzano la missione e la vocazione di quanti esercitano la medicina, quasi praticassero una specie di sacerdozio secolarizzato.

Eppure la correlazione tra i valori dell'umanesimo e quelli che guidano la pratica della medicina più esigente dei nostri giorni è seducente. Possiamo riconoscere una "assonanza culturale" tra l'*humanitas* rinascimentale e il nuovo paradigma della salute che si sta profilando nel mondo culturale e scientifico. Il riferimento va alla promozione della salute quale processo globale – sociale, politico, educativo, economico – finalizzato a mettere le persone in condizione di aumentare il controllo sul proprio stato di salute e di migliorarlo agendo sui determinanti della salute non solo di ordine bio-genetico, ma anche ecologico, sociale, economico e culturale. In questa prospettiva la medicina di oggi può attingere a piene mani dai valori dell'Umanesimo: riconsiderazione dell'uomo nel cosmo, accentuazione della personalità individuale come fulcro dell'azione umana, importanza della razionalità e della visione laica del mondo rispetto all'approccio centrato sulla fede. La medicina contemporanea può far proprio il discorso di Giovanni Pico della Mirandola nella *Oratio de hominis dignitate* (1486):

Non ti ho fatto del tutto celeste né terreno, né mortale né immortale affinché, quasi di te stesso arbitro e sommo artefice, tu possa scolpirti nella forma che avrai preferito. Tu potrai degenerare nelle cose inferiori proprie dei bruti, potrai rigenerarti secondo la volontà del tuo animo nelle cose che sono divine.

E soprattutto è legittimo cogliere e rilanciare gli impulsi al pluralismo etico e alla tolleranza che sono contenuti nel discorso umanistico di Pico della Mirandola (cfr. Pier Cesare Bori, *Pluralità delle vie. Alle origini del discorso sulla dignità umana di Pico della Mirandola*, Feltrinelli, Milano 2000). Questa dimensione profonda dell'"umanesimo" attribuita

alla medicina è sicuramente in sintonia con il progetto culturale che anima il movimento delle *medical humanities*. La medicina può ancora rivendicare di essere – per adottare la formula a effetto di Edmund Pellegrino – “la più umana (“umanistica”) delle scienze e la più scientifica delle *humanities*”. Senza per questo qualificare anacronisticamente i medici come “umanisti”.

L’aggettivo “umanitario” per qualificare la medicina sembra, a prima vista, ridondante, dal momento che l’erogazione di cure sanitarie è l’azione umanitaria per eccellenza. Eppure la sottolineatura umanitaria non è persa superflua all’“Associazione internazionale per la medicina umanitaria”. L’Associazione ha programmi molto concreti. Si impegna a fornire cure mediche, chirurgiche, infermieristiche e di riabilitazione a pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo mancanti di necessari specialisti; a portare soccorso alle vittime di disastri dove l’assistenza sanitaria è deficitaria; a mobilitare ospedali e specialisti nei paesi industrializzati per ricevere e trattare gratuitamente tali pazienti; a promuovere il concetto di salute come un diritto umano e a sostenere leggi e principi umanitari nella pratica medica.

È legittimo chiedersi se tutto ciò non faccia parte, costitutivamente, dello statuto etico della medicina. Insieme alla proclamazione di alti ideali filantropici, che indirizzano a curare *tutti*, senza distinzioni, all’interno dell’etica medica tradizionale c’è anche una differenza impalpabile, raramente esplicitata, tra “noi” e “loro”, che stabilisce una separazione fondata sull’affinità e sull’appartenenza al gruppo sociale. La medicina, in base a tale distinzione, è riservata ai “nostri”. Ne troviamo una traccia nell’aneddoto, riportato da Plutarco nelle sue *Vite*, che riferisce una risposta di Ippocrate al re di Persia. Richiesto da quest’ultimo di andare a curare, dietro lauta ricompensa, i suoi sudditi affetti da una pestilenza, Ippocrate gli fa rispondere che mai avrebbe messo la sua arte a servizio

3. La medicina come attività “umanitaria”

dei barbari, che erano nemici del suo popolo. La distinzione tra “noi” e “loro” – intendendo: l’obbligo di prestare cure si rivolge ai nostri, non agli altri – è molto più attuale di quanto l’episodio citato da Plutarco potrebbe far immaginare. Basti pensare alle perplessità che sorgono quando bussano alla porta dei servizi sanitari persone alle quali non riconosciamo un diritto di cittadinanza – extracomunitari, clandestini... –; ancor più, quando si candidano per ricevere risorse scarse, come organi per i trapianti, che non sono disponibili in numero sufficiente per tutti. Le tensioni tra “noi” e “loro” in quest’ultimo caso si possono presentare anche all’interno di una comunità nazionale (vedi la polemica delle regioni che investono molte energie per procurare organi per i trapianti nei confronti di regioni che non fanno altrettanto, ma avanzano pretese di poter accedere agli organi disponibili).

L’etica medica cresciuta sul tronco della tradizione ippocratica ha avuto bisogno di vigorosi innesti per bilanciare le sue evidenti parzialità e rispondere pienamente agli obiettivi che si prefigge la medicina umanitaria. Alcuni di questi correttivi hanno già una lunga storia. Basti pensare alle regole che hanno preso corpo intorno alla medicina di guerra, dall’istituzione della Croce Rossa internazionale alla Convenzione di Ginevra. La medicina si è sentita provocata a superare la dicotomia amico/nemico, che regola la vita civile e manda avanti le guerre (la medicina in guerra si regola secondo il principio che, quando sono feriti, i nemici diventano fratelli: la differenza tra i “nostri” e gli altri viene a cadere).

Gli sviluppi più recenti della vita sociale sul pianeta hanno creato le condizioni per un’altra trasformazione epocale, dopo quella che ha caratterizzato il sorgere degli stati moderni con le loro organizzazioni sanitarie nazionali. Siamo entrati nell’epoca dell’interdipendenza globale: nel male e nel bene. Il trauma del terrorismo internazionale ci ha fatto scoprire quanto sono interconnessi i sistemi sociali, anche quelli geo-

graficamente e culturalmente più lontani tra di loro. La guerra stessa ha cambiato volto: basti dire che ormai il 90% delle vittime sono civili e che le distruzioni più pesanti non riguardano le armi del nemico, ma i suoi sistemi produttivi e le infrastrutture sanitarie.

Non ci sentiamo più autorizzati a presentare la medicina come “super partes”. La presunta neutralità porta di fatto ad avallare le sopraffazioni vigenti. Essere “super partes”, oltre che eticamente inaccettabile, è autenticamente impossibile. Gli interventi umanitari, mescolati ad atti di oppressione, costituiscono un messaggio paradossale, come la sinistra metafora di pacchi di aiuti gettati sulla popolazione che si sta bombardando.... La medicina deve assumere con coraggio una posizione “di parte”, scegliendo ovviamente la parte degli oppressi. Non può più limitarsi a seguire le orme della guerra per sanare qualcuna delle innumerevoli piaghe che lascia: deve fare opera di prevenzione, aiutando a trasformare i conflitti in modo creativo e non violento.

In questa prospettiva possiamo dare diritto di cittadinanza alla medicina umanitaria, sottolineando la sua intrinseca precarietà. Lo scopo della medicina umanitaria è quello di rendere se stessa superflua. Quando la medicina umanitaria avrà ricordato alla medicina *tout court* che cosa comporta, in senso intensivo ed estensivo, lavorare per la salute, potrà anche scomparire come provincia separata della medicina. Non avremo più bisogno dell’aggettivo – umanitaria –, perché il suo significato sarà passato integralmente nel sostantivo: medicina. Ma finché questa situazione non sarà diventata realtà, si impone un imperativo etico: aprire il cuore e la mente – e prestare le mani – alla medicina umanitaria.

4. *Umanità /disumanità: quando la medicina è orientata al risultato*

Un altro ambito semantico di umanità /disumanità nella pratica della medicina è quello relativo a situazioni nelle quali, per scarsità di mezzi o per scelta, si privilegia il curare rispetto al prendersi cura. Una semplificazione concreta è fornita dal libro *Utopie sanitarie* (Feltrinelli, 2002), che ha come sottotitolo esplicito: “Umanità e disumanità della medicina”. Il libro, curato da Rony Brauman, raccoglie diversi saggi redatti da sanitari che lavorano all’organizzazione “Medici senza frontiere”, di cui Brauman è stato presidente dal 1982 al 1994. Sappiamo che questi medici si trovano in prima linea in paesi nei quali la cura ha il carattere dell’emergenza e le condizioni di bisogno sono estreme.

In questo libro a più voci, dedicato ad analizzare i presupposti, le convinzioni e i metodi della loro azione, non c’è ombra di compiacimento. Al contrario: i medici coinvolti, riflettendo sugli interventi che avvengono in condizioni di penuria, denunciano il carattere di freddo calcolo che talvolta la loro azione è costretta ad assumere. Devono scegliere tra chi curare e chi trascurare (scoprendo anche sorprendenti diversità culturali: in alcuni paesi, in situazione di carestia, sono i vecchi, in quanto garanti della coesione sociale, a dover ricevere per primi gli aiuti alimentari, e non i bambini, “gruppo debole”, che noi tenderemmo a privilegiare. Per gli organismi umanitari internazionali la priorità va data a evitare i decessi dei bambini, che ci sembrano più ingiusti e intollerabili, mentre in contesti culturali di sopravvivenza la scala delle priorità è un’altra).

Oltre a *chi*, i medici sono costretti a scegliere anche il *come* delle cure che erogano. I Medici senza frontiere sono i primi a denunciare che le loro azioni sono spesso costrette a essere “disumane”, perché assumono lo stesso carattere di “ingegneria” che siamo pronti a denunciare nella pratica medica a carattere più tecnologico. Tiziano Terzani, ad esempio, in *Un altro giro di giostra* (Longanesi, 2004) punzecchia i medici dell’ospedale oncologico di New York dai quali è in cura chia-

mandoli “gli aggiustatori”. Considerano, infatti, solo il problema clinico, al quale cercano di porre rimedio col meglio delle loro possibilità, ma non la persona malata:

I miei medici tenevano conto esclusivamente dei fatti e non di quell'ineffabile “altro” che poteva nascondersi dietro i fatti, così come i cosiddetti “fatti” apparivano loro. Io ero un corpo: un corpo ammalato da guarire. E avevo un bel dire: ma io sono anche una mente, forse anche uno spirito e certo sono un cumulo di storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri ed emozioni che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare! Nessuno sembrava volerne o poterne tenere di conto. Neppure nella terapia. Quel che veniva attaccato era *il* cancro, un cancro ben descritto nei manuali, con le sue statistiche di incidenza e di sopravvivenza, il cancro che può essere di tutti. Ma non il *mio*!

Paradossalmente, questa è la stessa accusa che i Medici senza frontiere rivolgono alla propria azione: lavorando in condizioni di estrema penuria, sono costretti a cadere negli stessi difetti criticabili nella medicina più scientifica. Per quanto “umanitaria” nelle motivazioni individuali di coloro che la praticano, anche la loro medicina diventa “disumana”, perché le condizioni in cui si svolge il loro lavoro li costringono a sacrificare quelle dimensioni della cura che qualsiasi malato considera essenziali. Indipendentemente dalla qualità degli affetti e delle relazioni che si instaurano, la medicina può essere *oggettivamente* disumana, se diventa, per necessità o per scelta, una specie di ingegneria applicata.

L'orizzonte in cui si collocano le considerazioni proposte da Medici senza frontiere non è quello delle intenzioni soggettive degli operatori e del loro impegno umano. Invitano a considerare il contesto. Scopriamo così che la medicina, nei contesti opposti dell'estrema indigenza e della massima opulenza, può essere ugualmente disumana. Mentre l'auspicio dell'“umanizzazione” della medicina fa riferimento agli operatori – e implica indirettamente l'accusa rivolta loro di mancanza di

dedizione e di motivazione – le analisi che si concentrano sulla disumanità della medicina prescindono dal vissuto degli operatori. Non equivalgono a un invito a “moralizzare” medici e infermieri, ma a un progetto rivolto a correggere la concezione stessa della medicina. Le differenze sono di grande peso: nel primo caso la terapia per la disumanità ha carattere predicatorio, nel secondo implica invece il correttivo delle *medical humanities*.

Una certa insofferenza nei confronti delle esortazioni moralistiche a favore del buon rapporto, senza tenere nel debito modo la qualità del servizio offerto, è comprensibile. La forte enfasi nel curare, a discapito del prendersi cura, ha fatto la fortuna della serie televisiva che ha il dottor House come protagonista. Questo medico impersona la scelta di puntare sui risultati, facendo economia non solo dei buoni sentimenti e dell’attenzione alla persona, ma provocatoriamente anche delle buone maniere. La giustificazione di questo stile si fa forte della presunzione che, tra un medico che ti guarisce trattandoti male e uno che ti faccia morire tenendoti affettuosamente la mano, tutti preferirebbero il primo. Ma quando a un dottor House di un ospedale metropolitano si attribuiscono scelte volontarie per comportamenti disumani che Medici di frontiera sono obbligati ad assumere si fa un’operazione mistificatoria (a meno che non sia una strategia di puro intrattenimento, centrato sul falso dilemma: “Preferisci un medico che ti fa morire tenendoti amorevolmente la mano, o uno che ti guarisce trattandoti male?”). Le *medical humanities* non hanno come obiettivo di contrapporre il curare e il prendersi cura, la qualità relazionale e l’efficacia dei trattamenti, bensì la loro integrazione. Le *humanities* in questo contesto sono un sinonimo della “centralità del paziente”, o piuttosto della centralità della relazione nel processo di cura, nonché dell’importanza della comunicazione tra chi eroga le cure e chi le riceve.

Completiamo il periplo delle diverse accezioni che può assumere la “humanitas” riferita alla medicina portando l’attenzione sull’umanità, intesa come sintesi di qualità morali, di coloro che praticano la medicina. Parallelamente emerge una riflessione sulle qualità richieste a coloro che delle cure mediche sono i beneficiari.

Un episodio, tratto dal resoconto dello scrittore inglese Thomas de Quincey *Gli ultimi giorni di Immanuel Kant* (Adelphi, 1983), ci introduce a questa ulteriore esplorazione del termine. De Quincey si è basato sulle relazioni di Vasiansky, che aveva assistito Kant in tutta la fase terminale della sua vita. Il racconto presenta anche un episodio singolare. Il vecchio Kant, che aveva anche enormi difficoltà a esprimersi – Vasiansky interpretava le parole che Kant balbettava – riceve il suo medico; questi vorrebbe che Kant si sedesse, ma il filosofo rimane in piedi. Racconta de Quincey, con le parole di Vasiansky:

Intanto continuava a tenersi in piedi, ma si vedeva che era sul punto di cadere a terra. Allora avvertii il medico, e ne ero ben convinto, che Kant non si sarebbe seduto, per quanto potesse soffrire rimanendo in piedi, finché non si fossero seduti i suoi ospiti. Il dottore sembrava dubbioso, ma Kant, che aveva udito quel che avevo detto, con uno sforzo prodigioso confermò la mia spiegazione del suo comportamento e pronunciò distintamente queste parole: “Dio non voglia che io cada così in basso da dimenticare i doveri dell’umanità”.

Certamente nel termine “*Humanität*” usato da Kant c’è il significato arcaico di “cortesia”, “gentilezza”; ma non soltanto questo. C’è un riferimento ai doveri dell’umanità, doveri verso se stessi, ma anche doveri verso gli altri: esistono i doveri della co-umanità.

Tutta la tradizione di riflessione sui doveri del medico ha incluso questi doveri di co-umanità nelle caratteristiche del buon sanitario. A partire dalla formulazione latina del medico come “*vir bonus, sanandi peritus*” (persona buona, esperta

nel curare). Ma questa “*bonitas*”, che determina la qualità professionale, va intesa in senso attributivo (un buon medico) o in senso predicativo (un medico buono)? I movimenti di umanizzazione della medicina accentuano la posizione predicativa: auspicano un medico buono. Lo immaginiamo disinteressato, attento ai problemi dei pazienti, sensibile, capace di dialogo, empatico. Talvolta queste e altre attese sono riassunte nella richiesta che abbia una “visione olistica” del paziente e della sua patologia, intesa come una somma di capacità e di virtù.

Dal buon medico, invece, ci si aspetta altro. Anzitutto la competenza scientifica e un saldo dominio dell’arte terapeutica. La scienza abbinata alla coscienza, che si è soliti invocare per delineare il profilo del buon medico, oggi ha assunto un profilo molto preciso: la medicina che pratica deve essere *Evidence based*; le linee guida hanno sostituito la libertà terapeutica, che in passato era talvolta sinonimo di arbitrio o di preferenze immotivate. Una cattiva medicina clinica non può essere etica; tuttavia la competenza clinica non basta più per fare un buon medico.

Il buon medico dei nostri giorni oltre alle conoscenze scientifiche deve avere competenze comunicative per praticare la medicina “nel modo giusto”, così come richiede la cultura contemporanea, orientata al rispetto dell’autodeterminazione della persona malata. E deve avere competenze gestionali, in accordo con le esigenze dell’etica dell’organizzazione. In una parola, il buon medico non può essere solo competente sul versante delle scienze biomediche, ma deve esserlo in misura non minore in tutto l’arco dei saperi coltivato dalle *medical humanities*.

I doveri di co-umanità riguardano anche, specularmente, quanto deve mettere in atto chi ricorre ai servizi della medicina per essere un “buon paziente”. La *Humanität* del vecchio Kant, traducibile essenzialmente in urbanità e rispetto, non

basta più. La fine della “minorità non dovuta”, che per il filosofo costituiva l’entrata nell’epoca dell’Illuminismo e della modernità, ha modificato in profondità il modo di esercitare la medicina. Quando il rapporto che vige tra sanitari e pazienti era fondamentalmente di stampo paternalista, il buon paziente era il malato *compliant*: docile e remissivo, coltivava una relazione fiduciale. Si affidava al discernimento del medico e interferiva il meno possibile con le decisioni che questi prendeva per il bene del malato.

Non è certo proibito comportarsi ancora secondo questo modello, se ciò corrisponde a una preferenza personale; ma in generale non è quanto ci aspettiamo dal buon paziente dei nostri giorni. Ai nuovi diritti corrispondono anche nuovi doveri. E nuove responsabilità da parte del malato. Deve partecipare al processo decisionale, prima di tutto informandosi, chiedendo. Il buon paziente non è più quello che non fa domande: al contrario, non smette di far domande finché non si è creato quel quadro della situazione clinica che gli permette di decidere insieme al medico. E deve anche accettare i limiti che il contesto dell’organizzazione sanitaria impone alle sue richieste di servizi. Non può essere un buon paziente chi si comporta secondo modelli di bulimia consumistica, a danno delle legittime esigenze di altri cittadini. Tutto questo è incluso oggi nell’*empowerment* che si richiede per essere un buon paziente. Questo è appunto il modello ideale di rapporto che le *medical humanities* vogliono promuovere.

Il rapporto tra chi eroga servizi per la salute e chi li riceve è cambiato con il tempo ed esige oggi altri modi di relazionarsi. Ci sono situazioni che urtano con la nostra sensibilità e con il concetto di rispetto dovuto alle persone, soprattutto se malate o fragili. Sono, appunto, le situazioni rispetto alle quali si sente invocare la necessità di procedere a una “umanizzazione” della medicina, nell’accezione che abbiamo esaminato

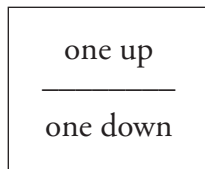
*6. Dalla cultura
dei diritti
all’empowerment
del cittadino*

per prima. Quand'anche non esistessero più occasioni per le quali si ritiene appropriata questa infelice espressione, rimarrebbe integro il problema di una riscrittura sociale delle regole che sovrintendono ai rapporti tra sanitari e cittadini.

Storicamente questa istanza ha preso voce con i movimenti che, dalla metà degli anni '70, hanno rivendicato la cura come un diritto del cittadino, piuttosto che come un atto di benevolenza del sanitario. La costituzione dei Tribunali dei diritti del malato è stato un momento politico rilevante di questa revisione del modello di rapporto. La prima sessione del Tribunale tenutasi a Roma in Campidoglio il 29 giugno 1980 (con il titolo programmatico: "Da malato a cittadino: contro l'emarginazione, per la gestione popolare delle strutture sanitarie") è culminata con la presentazione dei "33 diritti del cittadino". Nel lungo elenco di diritti rivendicati un'attenzione relativamente modesta veniva riservata alla partecipazione attiva del paziente alle decisioni cliniche (solo l'art. 28 parla di un diritto ad avere inserita nella cartella clinica "una scheda dove siano illustrate in termini chiari e comprensibili, e con testo obbligatoriamente dattiloscritto, la diagnosi e la terapia in corso, nonché le previsioni circa la durata del ricovero e le eventuali possibilità di guarigione").

Il confronto con altri movimenti che andavano prendendo consistenza in quegli stessi anni rivela una diffusa percezione che l'informazione fosse centrale per promuovere un diverso rapporto tra sanitari e cittadini malati. Per esempio, l'Associazione dei pazienti della Svizzera italiana presentava la propria attività non sotto l'immagine di un tribunale che tutela chi è costretto a subire maltrattamenti, ma come una struttura che può fornire consigli quando sorgono interrogativi, quali: "Ho diritto di vedere la mia cartella medica? A chi appartengono i risultati delle analisi e le radiografie? Quali informazioni devono esser date al paziente sul suo stato di salute e sulla cura che deve seguire? E ai suoi familiari? C'è libertà di scelta

della terapia?”. In pratica, si tratta degli interrogativi diventati correnti negli anni più recenti, e che circoscrivono il passaggio che possiamo chiamare, sinteticamente, dall’etica medica alla bioetica. Tuttavia, mentre la bioetica è andata sempre più concentrandosi su casi limite e scelte drammatiche, in cui possono confliggere sistemi e riferimenti morali, recedeva sullo sfondo il bisogno di un cambiamento sistemico dei rapporti, che può e deve dar forma anche alle relazioni routinarie. È questo, invece, l’interesse principale delle *medical humanities*. Con una sola parola, possiamo designare l’intero processo come “empowerment” del cittadino. La parola inglese contiene la nozione di “potere” (*power*). L’aspetto più visibile è proprio quello di uno spostamento di potere tra le persone coinvolte in una relazione sanitaria. Il potere al quale ci riferiamo non è quello di natura politica o, nei rapporti interpersonali, ciò che autorizza qualcuno a dare ordini, aspettandosi che altri obbediscano; si tratta piuttosto di quel potere che entra inevitabilmente in gioco quando qualcuno si prende cura di persone a lui affidate. Tutte le relazioni di cura e assistenza prevedono un potere, utilizzato in modo benefico a vantaggio di un altro: è quanto avviene nel rapporto tra genitori e figli, insegnanti e allievi, medici e infermieri e malati, appunto. Questo tipo di transazioni – che rientrano nella categoria delle *relazioni complementari* – si basa sulla differenza tra le posizioni coinvolte. Relazioni di questo genere funzionano bene quando ognuno si attiene al suo ruolo e non pretende di fare la parte dell’altro. Dal punto di vista grafico, il modello che le rappresenta prevede due posizioni: una sovrastante (*one up*) e una sottostante (*one down*):



Diverse sono invece le *relazioni simmetriche*, nelle quali i protagonisti hanno uguale potere e non si comportano secondo ruoli fissi. Ce li possiamo immaginare l'uno di fronte all'altro, faccia a faccia, senza poter dire chi comanda e chi obbedisce. Ora, il senso del processo di *empowerment* del paziente non è quello di mettere quest'ultimo in posizione *one up* e il medico in posizione *one down*, invertendo i rapporti di potere che siamo soliti associare con l'esercizio della medicina (dove il medico è considerato tanto più bravo quanto più esercita un'autorità indiscutibile e induce il paziente a essere "osservante" o *compliant*).

L'*empowerment* del cittadino è piuttosto un cambiamento di rapporti complesso, che ha luogo su diversi piani. Comprende una dimensione culturale (che renda le persone capaci di aumentare il controllo sulla loro salute e di migliorarla, nonché di assumere un atteggiamento psicologico "adulto" nei confronti dei professionisti sanitari); una dimensione clinica (con la raccolta sistematica delle informazioni sui trattamenti proposti e l'accesso consapevole alle prestazioni sanitarie, grazie alla conoscenza di benefici attesi, effetti collaterali, rischi, complicazioni); una dimensione etica (con l'autonomia come principio etico che controbilancia il principio di "bene del paziente" stabilito unilateralmente dal medico). L'*empowerment* del cittadino è l'atto finale della rivisitazione del rapporto medico-paziente che la situazione attuale della complessità ci costringe a intraprendere. Si tratta, in pratica, di ripensare la pratica della medicina entro i concetti che costituiscono la modernità. Implica una articolazione inedita della "humanitas", estranea alla cultura pre-moderna ma essenziale per il cittadino che vuole essere coinvolto nelle decisioni sul proprio corpo e, più in generale, sulla sua salute.

La personalizzazione delle cure come snodo cruciale per il medico e la medicina del futuro

Christian Pristipino

Presidente Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica (Assimss)

GUARDANDO AL FUTURO balza subito agli occhi una necessità primaria insita nella stessa ontologia medica e non ulteriormente rimandabile: la priorità di progettare un sistema di cure “su misura” per la singola persona.

Da sempre i medici curano i singoli ma gli approcci e gli strumenti in uso non consentono di rispondere a questa basilare necessità in modo rigoroso, appropriato e sostenibile.

Le linee guida e i protocolli diagnostico-terapeutici, attualmente alla base dell’appropriatezza e del governo clinico, sono infatti essenzialmente strumenti di standardizzazione e indirizzo ideati per garantire un accesso equo alle cure e nel contempo un’efficacia terapeutica che si avvicini a quella ottenuta nelle popolazioni molto selezionate degli studi randomizzati.

Tali strumenti operativi, nell’offrire una prospettiva di semplificazione dell’approccio, indicano in modo esplicito la ne-

Protocolli e fattori individuali

cessità di adattamento al singolo ma non indicano mai come e su quali principi. Questo adattamento però non è affatto scontato né automatico perché i documenti di indirizzo sono basati su evidenze di efficacia media che tendono a minimizzare il peso dei fattori individuali. Il medico si trova così obbligato a discostarsi da queste evidenze ottenute in popolazioni molto numerose, in base all'intuizione e all'esperienza personale, definita da sempre "l'arte del curare", spostandosi però in uno spazio di incertezza in cui non esistono prove di efficacia a causa della complessità individuale.

Il deflagrare della crescente conflittualità medico-legale a cui assistiamo negli ultimi anni peggiora sensibilmente la situazione e il medico si trova così prigioniero, in quello che Gregory Bateson chiamava un doppio vincolo¹: essere obbligato a discostarsi dalle linee guida pur sapendo che questo è aleatorio e lo espone a azioni di rivalsa in campo civilistico o, peggio, penale. A livello sociale questa schizofrenia si riflette sempre di più nell'indicare da una parte le linee guida come unica fonte tecnica per decidere della correttezza del comportamento medico (vedere le proposte di legge ancora in esame alle camere) e dall'altra parte nell'imporre ai medici di discostarsene in maniera empirica valutando i rischi individuali in maniera autonoma (vedere le sentenze della corte di cassazione in merito).

Tale situazione di stallo spinge in modo radicale verso una medicina difensiva e definisce parte di quella che è stata definita la "questione medica"².

A questo punto il modello protocollare, o amministrato, della medicina, rifugio da questa situazione ambigua, focalizza le malattie o le procedure dimenticando le persone, le quali si sentono sempre più reificate e rispondono secondo tale mo-

1 Bateson G, et al., *Toward a theory of schizophrenia*. Behavioral Science, 1956. vol.1.

2 Cavicchi I. *La questione medica. Come uscire dalla palude*. Roma, Quotidiano Sanità edizioni. 2015

dello. Tuttavia il rimedio è peggio del male in quanto nei pazienti, se il corpo viene visto come una macchina con componentistica da riparare, è consequenziale pensare che, quando non si sia riparata, sia colpa del meccanico; mentre nei medici si radica la convinzione di essere dei burocrati utili solo a fornire prestazioni tecniche ³.

Anche l'organizzazione sanitaria, per come è strutturata, attualmente ostacola la personalizzazione delle cure. Nonostante la celebrata efficienza del sistema sanitario italiano, esistono problemi gravi dal lato della sostenibilità economica e umana di un approccio standardizzato, aziendalizzato e tecnologizzato come quello attuale.

Tale sostenibilità è resa viepiù critica dalla crisi economica che incide su un sistema sanitario già provato dai piani di rientro. Questo crea disuguaglianze di accesso alle cure su base regionale, ma tali disuguaglianze esistono anche se si considera il genere, il censo, l'etnia e la gravità delle patologie (specie se croniche) che paradossalmente si vedono più penalizzate. La disparità di trattamenti impedisce una personalizzazione reale e si riverbera sulla collettività a livello sanitario ed economico, evidenziando la necessità di un'organizzazione sanitaria elastica e interdisciplinare.

Questa necessità, però, contrasta con la struttura del sistema sanitario che da una parte è diviso in specialità e in tecniche e dall'altra manca di connessioni tra ospedale e domicilio, tra specialistica e medicina generale, tra medicina dell'acuto e del cronico, tra cura e palliazione.

Per rompere questo stallo cruciale, è quindi prioritario che il cittadino si senta sicuro di avere la migliore risposta al proprio unico bisogno di salute e sappia a che condizioni e in che contesto questo possa avvenire. È quindi prioritario definire in maniera condivisa un metodo, un perimetro e un

³ Per un sondaggio del 2014 sul vissuto di 6.000 medici:
www.cimoasmd.it/approfondimenti/2013/15102013-.aspx

futuro focalizzando un sistema capace di rispondere alle esigenze individuali, pena il collasso del sistema nel suo insieme basato sul crollo di fiducia reciproca tra medico e paziente. Il problema non può però essere risolto con un semplice approccio di tipo normativo o con un inutile ritorno a modelli paternalistici in cui il medico riprenda il ruolo di *deus ex machina*, perché il problema nasce nella inadeguatezza epistemologica e di strumenti dell'attuale sistema di cura, fin dalla strutturazione stessa del sapere e dall'angolo di attacco della conoscenza che si basa essenzialmente sul modello scientifico della fisica classica.

I limiti dei test predittivi

A titolo di esempio si pensi all'estrema difficoltà predittiva dei modelli di rischio cardiovascolari ottenuti con studi classici. Sebbene si sia calcolato che il 63% della mortalità cardiovascolare a livello di popolazione sarebbe evitabile con il controllo dei fattori di rischio⁴, a livello individuale invece tale predittività rimane evanescente. Infatti, la grande maggioranza dei pazienti considerati ad alto rischio non moriranno per cause cardiache mentre 10% dei pazienti senza fattori di rischio avranno un infarto; l'80% dei pazienti con aterosclerosi coronarica non avrà mai un infarto, invece il 10% dei pazienti con infarto acuto ha le coronarie senza stenosi e nella maggioranza dei pazienti l'infarto si scatena su stenosi che non sono critiche⁵. Anche nelle terapie, nonostante i notevoli successi ottenuti negli ultimi anni⁶, si moltiplicano i dati indicanti

4 The Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration. *Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: a comparative risk assessment*. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014 doi: 10.1016/S2213-8587(14)70102-0.

5 Maseri A. Risk factors and IHD. In A. Maseri (ed). *Ischemic heart disease. A rational basis for clinical practise and clinical research*. New York: Churchill and Livingstone. 1995. pag 337-366.

6 Vikman S, Airaksinen KE, Tierala I, et al. *Improved adherence to practice guidelines yields better outcome in highrisk patients with acute coronary syndrome without ST elevation: findings from nationwide FINACS studies*. J Intern Med 2004; 256: 316-23.

un effetto plateau dell'efficacia dei farmaci vecchi e nuovi, deludendo le aspettative create dal notevole progresso delle conoscenze fisiopatologiche e dal moltiplicarsi dei bersagli terapeutici^{7 8}.

Inoltre, il limite dell'approccio attuale si rivela anche nella natura stessa di alcuni dati qualitativi, come il dolore, in cui la soggettività non quantificabile gioca un ruolo essenziale rivelando la dipendenza tra dato osservato e contesto/metodo di osservazione⁹. Queste falle mettono in evidenza l'insufficienza di un approccio che si vuole universale e assoluto, tendendo da una parte a isolare gli elementi dai contesti, perché considerati dei confondenti,¹⁰ e dall'altra a separare il fenomeno osservato dalle regole usate per osservarlo (e quindi dall'osservatore stesso nonostante sia lui a sceglierle).

Questa modalità di decontestualizzazione riduzionista, utile in fisica classica e anche in medicina ma solo per ideare modelli astratti e didattici, in realtà contraddice la radice bayesiana clinica e di ricerca in un ambito complesso per la quale invece qualunque risultato oggettivo acquista un senso solo se contestualizzato in un ambito di credibilità a priori.

Per la personalizzazione delle cure, ciò che definisce questa credibilità (o probabilità) a priori sono i descrittori delle proprietà e delle caratteristiche individuali. Il teorema di Bayes è quindi la chiave per accedere in maniera rigorosa e scientifica all'universo della persona e consiste nella connessione tra i dati e/o informazioni puntuali e l'universo dinamico della persona che li genera e che quindi ne definisce il significato,

*Perché è
necessaria una
personalizzazione
delle cure*

7 Garattini S, La Vecchia C. *Perspectives in cancer chemotherapy*. Eur J Cancer 2001; 37: S128-S147.

8 Overington JP, Al-Lazikani B, Hopkins AL. *How many drug targets are there?* Nat Rev Drug Discov 2006;5:993-6.

9 Corli O, Montanari M, Greco MT, Brunelli C, Kaasa S, Caraceni A, Apolone G. *How to evaluate the effect of pain treatments in cancer patients: results from a longitudinal outcomes and endpoint Italian cohort study*. Eur J Pain. 2013;17:858-66.

10 Maseri A. *The fundamental role of clinical research*. Ital Heart J 2000; 1:13-16.

il senso, il valore e il peso predittivo su base individuale. Il cambiamento che si rende necessario deriva dal fatto che definire un qualunque universo di significato complesso è possibile solo con un framework di tipo sistemico che consenta di approcciare le relazioni dinamiche tra elementi e processi. Infatti la persona è un sistema complesso, dinamico, costituito da dimensioni irriducibili, che interagendo continuamente fanno emergere nuove proprietà e nuovi processi non descrivibili in modo esplicito e completo e quindi non prevedibili in modo esatto e preciso¹¹. In altre parole, i dati rilevanti per la definizione di una dimensione individuale includono quelli che l'approccio astratto definisce "dati sporchi", escludendoli. È così necessario affidarsi a strumenti specifici che consentono di accedere a queste dimensioni per studiarne i comportamenti complessivi.

Si tratta in definitiva di un cambiamento di lente epistemologica per essere in grado di cambiare il modo in cui guardiamo la realtà e aprire nuove possibilità, in modo simile a quanto successo quando in fisica si è resa necessaria la nascita della quantistica per spiegare fenomeni che erano ingestibili con l'approccio classico.

*La complessità
dell'universo
individuale*

Nello specifico, la complessità dell'universo individuale risiede nelle dimensioni quantitative (biologiche, fisiologiche, fisiopatologiche, ecc.) e qualitative (psicologiche, sociali, valoriali, di senso, etiche, ecc) che sono organizzate in multipli livelli gerarchici interdipendenti, perché generati in modo circolare dalla loro stessa interazione. Per chiarire questo concetto si considerino le cellule che, interagendo e organizzandosi tra di loro, fanno emergere nei tessuti e negli organi proprietà di ordine superiore, che le singole cellule non possiedono (per es. i neuroni e l'autocoscienza), tuttavia queste proprietà

11 Minati G. *General System(s) Theory 2.0: a brief outline* In: Towards a Post-Bertalanffy Systemics (G. Minati, M. Abram and E. Pessa, eds.), Springer, New York. 2016

emergenti a loro volta influenzano la funzione delle singole unità che le generano in feedback (p.es. alcune emozioni sono in grado di attivare o silenziare intere popolazioni cellulari). A livello di essere umano, queste emergenze organizzative si articolano nei vari livelli da quello molecolare e cellulare, a quelli tissutale, dell'organo, del sistema organico o della persona nel suo complesso con il suo mondo psichico e valoriale. Anche la società e l'ambiente, sono livelli organizzativi ulteriori che l'individuo contribuisce a costituire o influenzare, e che a loro volta influenzano e modificano ognuno dei livelli della persona individuale in ogni istante dell'esistenza.

Nella loro organizzazione unica per ogni individuo, questi livelli posso essere rappresentati con un ecosistema bio-psico-socio-ambientale che viene chiamato fenotipo complesso o profilo individuale complesso^{12 13}. Il fenotipo complesso è quindi una rappresentazione che può spiegare la generazione di coerenze emergenti come la salute, ma anche come le patologie e in particolare le polipatologie, sempre più prevalenti nella popolazione, esse stesse sistemi di proprietà¹⁴ intrecciate fra di loro. Lo studio delle proprietà relazionali di queste rappresentazioni può quindi consentire, anche senza bisogno di disporre di una ipotesi a priori, una mappatura personalizzata^{15 16}.

L'estrema complessità di questo modello è stata per lungo

12 Auffray C, Balling R, Benson M, et al. *From Systems Biology to Systems Medicine*, European Commission, DG Research, Directorate of Health. Brussels 14-15 June 2010. Workshop report; 2010. [ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/health/docs/final-report-systems-medicine-workshop_en.pdf]

13 Bousquet J, Anto JM, Sterk PJ, et al. *Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases*. *Genome Med* 2011; 3: 43.

14 De Toni AF, Giacomelli F, Ivis S. *Il mondo invisibile dei pazienti fragili. La fragilità interpretata dalla medicina di famiglia mediante la teoria della complessità*. Torino: UTET Università. 2010

15 Liu YY, Slotine JJ, Barabási AL. Observability of complex systems. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110:2460-5.

16 Lewis TG. *Network science: Theory and applications*. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2009.

tempo oltre le possibilità tecniche a disposizione ma attualmente i nuovi mezzi ICT (information communication technology)^{17 18} permettono la generazione di modelli che – verificati in maniera sperimentale – possono essere utilizzati per stratificare a livello individuale e di sottopopolazione la prevenzione, diagnosi e ottimizzazione della terapia, colmando le lacune dell’attuale approccio.

Una conseguenza immediata dell’aggregazione “dal basso” dei big data individuali porterà inevitabilmente a una nuova classificazione dei processi patologici, non più basati su una nosologia derivata dalla clinica pre-molecolare, ma sui processi di emergenza dinamica di processi complessi. In altre parole, la classificazione dei fenotipi complessi si affiancherà, contestualizzandola, a quella delle manifestazioni cliniche che ne sono invece epifenomeni e che rimarranno utili per la cura delle acuzie immediate.

Le ricadute a livello clinico: da medicina personalizzata a medicina partecipativa

A questo punto è però opportuno sottolineare che la coesistenza e interazione di plurime realtà non riducibili e multidimensionali creano problemi di gestione anche a livello clinico¹⁹. Infatti è ormai ampiamente dimostrato che le dimensioni qualitative, sintetiche, simboliche, sono parte fondante dell’unicità dell’universo individuale e influenzano tutta l’organizzazione complessa della persona fin nella sua biologia^{20 21}. Questo non solo comporta il posizionamento del qualitativo all’interno della fenotipizzazione ma anche a livello clinico nella negoziazione stessa dei concetti di salute

17 Minati G, Brahm S. *The Dynamic Usage of Models (DYSAM)*. In G. Minati and E. Pessa (Eds.), *Emergence in Complex Cognitive, Social and Biological Systems*, New York: Kluwer. 2002.

18 Mayer-Schoenberger V, Cukier K. *Big Data*. Garzanti Ed. 2013.

19 Licata I. *Logical Openness in Cognitive Models*. *Epistemologia*. 2008;31:177-192.

20 Ader R., Kelley KW., *A global view of twenty years of Brain, Behavior, and Immunity*. *Brain Behav Immun* 2007; 21.

21 Colloca F, Benedetti F. *Placebos and painkillers: is mind as real as matter?*, *Nat Rev Neurosci*, 2005;6: 545-552

e benessere e nell'identificazione degli obiettivi terapeutici. In altre parole la medicina personalizzata può solo essere una medicina partecipativa, uscendo così radicalmente dai modelli di controllo unilaterale di una cura ipostatizzata o paternalistica²² ed entrando in un modello di co-costruzione complessa, "corresponsabile"²³, del processo di cura da parte di curanti e paziente. In altre parole la relazione terapeutica, incidendo sull'equilibrio dell'ecosistema individuale dal lato qualitativo, diventa cura essa stessa perché si incarna in molecole e processi biologici²⁴. Questo modello favorisce la transizione del paradigma di cura da quello "malattia -> terapia -> guarigione" al paradigma "persona -> definizione del problema -> qualità della vita", contribuendo nel contempo a una soluzione "dal basso" della problematica medico-legale.

La conseguenza di queste considerazioni è che il profilo del medico del futuro, se vorrà essere capace di personalizzare le cure in maniera rigorosa, dovrà essere consapevole della complessità strutturale e delle sue proprietà, con una conoscenza specifica di scienze dure e di information technology ma anche di scienze relazionali e metodi meta-riflessivi, tutti ancora al di fuori di un curriculum accademico classico²⁵. Dovrà in altre parole essere capace di adottare un approccio che sappia orientarsi tra più paradigmi perché un sistema complesso può essere approcciato solo con un sistema altrettanto dinamico e multidimensionale²⁶. Attraverso la relazione di cura

Conclusioni

22 Zuppiroli A, Bobbio M, Geraci E, Martelloni M, Spinsanti S, Vergassola R, Violini R. *Patterns of information and informed consent procedures*. Study of the Ethical Commission of the ANMCO. Ital Heart J Suppl. 2002;3:45-57.

23 Cipolletta S. *La relazione di cura: perché è importante "esserci"*. Riflessioni Sistemiche 2013; 8:101-121.

24 Benedetti F. *Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship*. Physiol Rev. 2013;93:1207-46

25 Cesario A, Auffray C, Russo P, Hood L. *P4 medicine needs P4 education*. Current Pharmaceutical Design 2014; 20, in press.

26 Minati G, Penna MR, Pessa E. *Thermodynamical and logical openness in general systems*. Syst

il medico deve saper perturbare la complessità con diversi strumenti quantitativi e qualitativi (counselling, medicina narrativa, epistemologia sistemica, medicina educativa, medical humanities, psicologia della salute, pratiche autobiografiche, ecc)^{27 28 29} per costruire insieme al paziente un atto curativo unico, creativo, “orientato a ottenere il miglior risultato possibile nonostante la difficoltà del compito”³⁰. Per tale motivo sarà necessario adattare e ripensare collettivamente e interdisciplinariamente il curriculum formativo professionale non solo dei medici ma di tutte le professioni di cura per creare specifiche competenze di personalizzazione delle cure.

Per lo stesso motivo è necessario che le strutture organizzative ospedaliere e territoriali siano disegnate per permettere una risposta adattativa alla complessità individuale e ciò comporta un profondo ripensamento dell’organizzazione, coordinamento e integrazione dei sistemi di cura³¹ e dei sistemi sociali mediante un coinvolgimento proattivo di tutti gli attori della salute³³. Sono quindi anche necessari interventi orientati sia alla generazione diretta di

Res 1998;15:131-45.

27 Gasparetti Landolfi S. *La bottega del filosofo ovvero del contagio amoroso*. Bollettino della Società Filosofica Italiana. 2006;188:51-60.

28 Scardicchio AC. *Il sapere claudicante. Appunti per un'estetica della ricerca e della formazione*. Milano: Mondadori. 2012.

29 Polvani S. *L'esperienza di medicina narrativa in una organizzazione sanitaria*. In: Polvani S e Sarti A (eds), *Medicina narrativa in Terapia Intensiva. Storie di malattia e di cura*. Milano: F. Angeli. 2013.

30 Consorti F. *Didattica pratica e personalizzante*. In: Collana di Pedagogia Medica SIPEM. Torino: Express edizioni. 2011. Pag. 11-13.

31 D'Addio L, Lipparini L. *Health support staff: resources or links for nurses?*. Prof Inferm. 2003;56:40-5.

32 Guarinoni MG, Motta PC, Petrucci C, Lancia L. *Progressive Patient Care Model and its application into hospital organization: a narrative review*. Prof Inferm. 2013;66:205-14.

33 Damiani G, Pinnarelli L, Scopelliti I, Sommella L, Ricciardi W. *A review on the impact of systematic safety processes for the control of error in medicine*. Med Sci Monit. 2009;15:RA157-66

processi e coerenze di salute a livello sociale³⁴ con nuove strategie di promozione della salute, di prevenzione e di cura, anche de-medicalizzate e territorializzate³⁵, in cui il management può giocare un ruolo fondamentale¹³ e in cui le strutture sanitarie possano operare non solo fornendo servizi ma anche costruendo relazioni fondate sulla reciprocità e sulla capacità di inserirsi nei processi in corso negli specifici contesti³⁶. Alcune esperienze organizzative del nord Europa suggeriscono dei modelli organizzativi di rete, elastici e adattabili, che si sono dimostrati efficaci e viabili³⁷.

Quindi una nuova medicina capace di personalizzare gli approcci deve basarsi su un approccio capace di vedere e capire i sistemi complessi dentro e intorno all'individuo nonché di saper scegliere la lente epistemologica adeguata ad ogni livello che si desidera focalizzare. In particolare deve orientarsi su tre assi inscindibili e fortemente connessi, che formano un'unità: a) una scienza che produca nuove evidenze derivate da modellizzazioni complesse, b) medici capaci di integrare i dati quantitativi con quelli qualitativi e dialogare con la complessità dell'individuo in modo partecipativo, c) un sistema organizzativo e sociale che crei il contesto adeguato e che sia esso stesso generatore primario di coerenze di salute. Le priorità operative di questa progettualità e le criticità previste connesse sono state discusse in altra sede, a cui si rimanda per approfondimenti³³.

Per progettare e realizzare questo salto di qualità in sanità

34 Pristipino C. *Sistemi viventi, medicina basata sulla complessità e cure personalizzate*. Riflessioni Sistemiche 2013;9:139-152.

35 Boria S. *Verso una medicina della complessità. Il ruolo del medico di famiglia a orientamento sistemico*. Collana I quaderni della Complessità. Rimini. Guaraldi. 2013.

36 Ingrosso M. *Ecologia sociale e salute: scenari e concezioni del benessere nella società complessa*. Milano: Franco Angeli. 1997.

37 Arnkil TE, Seikkula J. *Metodi dialogici nel lavoro di rete. Per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*. Trento, Erickson. 2013.

è necessaria un'ampia piattaforma interdisciplinare e interprofessionale che metta a dialogo costruttivo tutte le scienze e gli approcci che possono contribuire alla definizione di un futuro portatore di progresso e di soluzione di antichi e nuovi problemi nella personalizzazione delle cure.

La comunicazione e la relazione

Silvana Quadrino

docente di Pedagogia Generale e Sociale,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Torino

HO COMINCIATO più di 30 anni fa a occuparmi di comunicazione in ambito sanitario, e fin dall'inizio ho incontrato reazioni che, devo dire, mi hanno aiutata a farlo meglio. All'uscita del mio primo libro *Il medico e il counselling*, scritto con Giorgio Bert (1987), il commento di un personaggio rilevante del mondo medico del tempo fu: "Bravi, bene, lodevole occuparsi di ciò, ma... cercate di ricordare che per il medico la comunicazione resta e resterà sempre un optional".

Ai tentativi di organizzare momenti di formazione su questi temi in ambiti universitari o istituzionali, le obiezioni erano:

"Ben altri sono i problemi per la formazione dei medici: per la comunicazione, basterebbe il buon senso!" (qualcuno, ancora più indietro nel tempo, disse "basta la bontà d'animo del medico");

oppure

"Ma i medici non hanno tempo di giocare a fare gli psicologi, e poi i malati vogliono essere curati, non psicanalizzati".

Spesso poi, all' inizio di qualche corso, arrivavano le reazioni di qualcuno dei partecipanti:

Ma cosa vuol dire "imparare" a comunicare con il paziente? Che cosa abbiamo fatto finora? Io parlo con i pazienti da anni e adesso improvvisamente devo impararlo da qualcun altro?

Perché dobbiamo aggiungere anche questo a tutto quello che già dobbiamo fare? Perché NOI? Sono i pazienti che.....

Ho una formazione sistemica, sono specializzata in terapia della famiglia e sia le teorie sistemiche sia l'esperienza pratica in quell'insostituibile modello di sistema che è la famiglia mi hanno insegnato che tutto ciò che accade significa soltanto che ci sono le condizioni perché accada quello e non altro. Insomma, non serve indignarsi o spiegare che non bisognerebbe pensare o agire in qual modo: bisogna provare a capire che cosa ostacola un possibile cambiamento, non la *causa* o il responsabile di quell'ostacolo.

*Le ragioni della
resistenza al
cambiamento nella
comunicazione tra
medico e paziente*

Considerare la comunicazione medico paziente non come principio astratto, un dover essere vago e tutto sommato non fondamentale, ma come competenza fondamentale da acquisire e come responsabilità da assumere, rappresenta un cambiamento. Qual è l'ostacolo?

Ho fatto qualche ipotesi.

Ipotesi 1 - Troppo spesso la comunicazione medico-paziente è stata presentata come un invito a utilizzare modelli di intervento di tipo psicologico, o ancora peggio ridotta a slogan irritanti come "essere più empatici", "sapere ascoltare" ecc. A partire da questo, le obiezioni rispetto alla mancanza di tempo sono più che legittime: il medico *non ha* il tempo per impostare la sua comunicazione con le modalità di uno psicologo e, non bisogna dimenticarlo, il paziente non gli ha chiesto questo. *E non ha* il tempo per "ascoltare" se non si definisce bene cosa significa ascolto nella comunicazione medico-paziente.

Ipotesi 2 - L'obiettivo di una migliore comunicazione sembra essere unicamente il bene del paziente, qualunque cosa questo possa significare. E allora, diventa più comprensibile la reazione anche arrabbiata di chi combatte, letteralmente, tutto il giorno con le richieste dei pazienti, con i carichi burocratici, con i limiti organizzativi ecc. e si sente dire: "Sai, il vero problema è la tua comunicazione con i pazienti".

E loro? E gli amministratori? E i mass media? Se cominciassero i pazienti, i giornalisti, quelli della TV, i responsabili della rete, il mio direttore sanitario, i politici...? Perché io?

Del resto anche i pazienti, quando parlo della possibilità di migliorare il loro modo di comunicare con i medici, si arrabbiano: "Perché *noi*? Ci pensino i medici, che sono pagati per farlo, noi mica abbiamo scelto di essere malati...". E questo ci deve far riflettere sullo strano meccanismo che trasforma l'impegno a comunicare meglio in una sorta di penale, di punizione che si preferisce far scontare a qualcun altro.

Ipotesi 3 – Questa ipotesi incrocia il titolo di questa conferenza: forse parlare di comunicazione fra medico e paziente in generale non ha molto senso. Dovremmo interrogarci su quale medico e su quale paziente entrano in comunicazione e in relazione, oggi, nel sistema di cura di oggi, cosa succede in quell'incontro, e cosa può migliorarlo a vantaggio di tutti. Vorrei partire da questo: dal fatto che il paziente che oggi entra in comunicazione con un medico non è il paziente di una volta. Bella scoperta! Ma quali sono le differenze più significative? La prima differenza è la sempre maggiore densità informativa in cui tutti siamo immersi da almeno 30 anni. Ma non c'è solo questo. Negli ultimi 30-40 anni i progressi della medicina sono stati tali che l'esperienza delle persone riguardo alla malattia si è radicalmente trasformata: incontrare una malattia che non si può curare, sapere di averla e sapere che non si può curarla, o sentirsi dire "non so cosa sia quello

*L'organizzazione
mutualistica
"Kaiser
Permanente" in
USA*

che ha, aspettiamo e vediamo”, è una esperienza che le generazioni preantibiotici, precortisonici, pretecnologie diagnostiche sofisticate ecc. conoscevano bene. Oggi è una esperienza estrema: per il paziente di oggi, le malattie si guariscono, devono guarire. Meglio ancora, devono essere scoperte prima che si manifestino. Se questo non avviene, qualcuno non ha fatto bene il suo lavoro, qualcuno ha sbagliato.

Il paziente che incontra un medico, oggi, è una persona che dispone di molte (troppe?) informazioni, e che ha molte (troppe?) aspettative per quello che riguarda la diagnosi, la cura, la guarigione. Questo non va né bene né male, è semplicemente così.

Il medico di oggi, che incontra quel paziente, deve fare i conti con il patrimonio informativo dei suoi pazienti, con le loro aspettative e con i loro presupposti nei confronti della malattia e della medicina. In più, deve fare i conti con le regole, i limiti, le contraddizioni del sistema sanitario in cui è inserito. In più, la frammentazione delle competenze e l'aumento delle specializzazioni non gli permette di confrontarsi, con un sapere a 360 gradi, con le informazioni che il paziente ha acquisito, né con le sue attese di risposte e di soluzioni a qualsiasi sintomo o presunto sintomo. L'effetto di tutto ciò è abbastanza frustrante: si ha l'impressione che ogni sforzo informativo ed educativo, ogni tentativo di arrivare a scelte sagge e condivise sia inutile, che valga di più la voce di internet, della TV, di Facebook, di Red Ronnie o della Brigliadori. Che potere resta al medico in un quadro di questo tipo? Cosa può cambiare sforzarsi di comunicare meglio, se poi il potere ce l'ha comunque il paziente, che se non ottiene quello che la TV, o i blog di cui si fida ciecamente, indicano come la cura migliore, può anche denunciarmi?

Watzlawick parlando di cambiamento diceva che gli atteggiamenti mentali che ostacolano i cambiamenti possibili sono due: le semplificazioni terribili, quelle di chi dice appunto

“basterebbe che...” (e quello che *basterebbe* molto spesso è qualcosa che devono fare gli altri: i pazienti, i mass media ecc.)

E la sindrome da utopia, che potremmo definire una sorta di paralizzante vertigine della complessità: cosa pretendiamo di fare se nel frattempo... non si recuperano i valori, non si ripristina un'etica condivisa, non cambia questo sistema marciò che...

I medici, e i professionisti sanitari in generale, dispongono di una solida difesa rispetto a questi esercizi mentali a cui si possono dedicare i pensatori, seduti comodamente nei loro studi con i loro libri: loro con i pazienti ci devono trattare tutti i giorni. I problemi li devono superare momento per momento, e non possono aspettare che “prima” cambi il sistema, cambino i valori, e neanche che cambi il direttore sanitario.

La domanda è: è necessario, è utile a questi medici, quelli che incontrano i pazienti ogni giorno, che affrontano tutti i diversi momenti della comunicazione nella relazione di cura, dalla descrizione dei sintomi agli interventi di informazione, dalla condivisione di un sospetto diagnostico alla comunicazione di diagnosi, all'affiancamento nel processo decisionale, all'accompagnamento nei percorsi di cura ... è utile perfezionare le loro competenze di comunicazione?

Prima di cominciare un intervento formativo sulla comunicazione ho preso l'abitudine di chiedere ai destinatari del corso di rispondere a tre domande: in quali situazioni comunicative ti trovi in difficoltà? Quali atteggiamenti dei pazienti trovi più difficili da affrontare? Cosa vorresti saper fare meglio dal punto di vista della comunicazione? Questo mi permette di focalizzare i due aspetti fondamentali della motivazione ad apprendere e a modificare qualcosa nella comunicazione con i pazienti: l'obiettivo che si vorrebbe raggiungere e gli

È utile ai medici perfezionare le loro competenze di comunicazione?

ostacoli che sembrano impedirlo.

Quello che è emerso, in ormai 30 anni di risposte, e che sì: i medici e gli altri professionisti sanitari sentono fortemente la necessità di aggiungere qualcosa alla loro capacità di comunicazione. E l'obiettivo che individuano è il miglioramento della relazione di cura; il miglioramento, cioè, di quello che accade fra loro e il paziente.

Quello che accade in quello scambio è una comunicazione che definisce una relazione. Secondo Fabrizio Benedetti¹, nell'incontro fra il paziente e il curante si innesca (o *non* si innesca) il meccanismo antico e profondo della relazione di cura, della fiducia, dell'affidarsi: questione di pochi minuti, dice il neuroscienziato. Io empiricamente dico: questione di processo.

Il processo attraverso cui si definisce e si consolida una relazione di cura è a mio avviso meno istantaneo, si prolunga nel tempo, e si muove verso obiettivi chiari e non generici: il miglioramento della qualità dello scambio di pensieri, di informazioni, di richieste, di proposte; l'aumento delle possibilità di confronto non conflittuale, di negoziazione costruttiva, di attivazione dei processi decisionali condivisi anche a partire da premesse diverse. Alla base di tutto questo c'è quello che Marianella Scavi² definisce ascolto attivo, la capacità di accogliere il pensiero dell'altro anche se è diverso dal nostro ma senza rinunciare al nostro.

*Gli ostacoli alla
relazione tra medico
e paziente*

Questo ci riporta al punto chiave di questo incontro: cosa rende particolarmente difficile, oggi, una relazione di ascolto e di fiducia fra medico e paziente?

Ci sono, è indubbio, *ostacoli organizzativi*: il tempo concesso alla comunicazione è scarso, e poco riconosciuto. Ci sono *ostacoli attitudinali*: la formazione alla comunicazione

1 Fabrizio Benedetti, *Il cervello del paziente*, Giovanni Fioriti Editore, 2012

2 Marianella Scavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Bruno Mondadori 2003

non fa parte delle competenze di base del medico, bisogna volerla, cercarla.

Ma c'è un aspetto del tutto nuovo che ostacola l'instaurarsi di una relazione di fiducia fra medico paziente, è *la paura*. La paura dei pazienti di non essere curati bene, di non essere curati abbastanza (appropriatezza come sottrazione del diritto alla cura). La paura dei medici di trovarsi accusati, di essere denunciati. Difficile immaginare una relazione di fiducia fra due persone che si sospettano a vicenda, che vedono nell'altro una minaccia o un persecutore. E la sfiducia, il sospetto, si estendono all'intero sistema della cura, diventano dominanti e caratterizzanti. Le regole che si consolidano finiscono per essere le regole dell'escalation nel pretendere e ottenere, come nelle più classiche situazioni di famiglie disfunzionali: se chiedo e il medico dice di no, insisto e dice di no, minaccio e dice di sì, la regola diventa: se minacci ottieni, e il parametro per definire buono o cattivo il sistema della cura diventa la quantità, e non la qualità.

Il medico di oggi che incontra il paziente di oggi in un clima sociale e culturale che non facilita una relazione di cura basata sul dialogo, sulla condivisione, sulla fiducia, ha due opzioni: rassegnarsi, o scommettere sulle capacità di cambiamento di ogni sistema umano. In un sistema, ogni azione e ogni modificazione di uno degli elementi ha il potere di produrre modificazioni negli altri elementi, e nel funzionamento del sistema stesso. In questo senso, ogni momento di comunicazione e di relazione di un medico con un paziente ha influenza sull'intero sistema della cura, nella direzione della conservazione o nella direzione del cambiamento.

Questa è la scommessa di tutti noi per un futuro in cui la cura della comunicazione diventi una componente abituale e non eccezionale – non un optional! – del lavoro di cura.

La posizione di garanzia del medico

Gianfranco Iadecola
già magistrato di Cassazione

L'intervento medico secondo il Codice di procedura civile

L'espressione "posizione di garanzia del medico", oltre a rientrare – ormai – nel linguaggio comune ed evocare la destinazione funzionale dell'attività sanitaria alla tutela del bene della salute del paziente, possiede un preciso fondamento giuridico nella previsione dell'art. 40 cpv. c.p. ("Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"), in forza del quale essa implica l'obbligo del medico di attivarsi a protezione di detto bene, pena la responsabilità penale per l'evento lesivo che dovesse verificarsi.

I limiti dell'intervento

Va tenuto presente che la connotazione tipica della posizione di garanzia è il possesso dei mezzi impeditivi, ossia degli strumenti la cui attivazione è in grado di evitare l'evento in questione (non vi sarebbe posizione di garanzia senza di essi), ed allora è legittimo chiedersi se davvero il medico possa esserne titolare, poiché di tali mezzi il medico certamente non dispone (o non dispone sempre), attesi i limiti della cono-

scienza medica e della relativa applicazione (per cui, proverbialmente, la prestazione sanitaria integra una “obbligazione di mezzi e non di risultato”).

Alla luce di ciò, dovrebbe più esattamente affermarsi che il medico sia portatore di una posizione di garanzia limitatamente alle situazioni in cui egli possieda detti mezzi (d'altra parte, “*ad impossibilia nemo tenetur*”).

Non basta, peraltro, la sola violazione della posizione di garanzia da parte del sanitario ad ingenerare una responsabilità penale, occorrendo necessariamente che essa (ossia il comportamento illegittimo del medico) sia contrassegnata da colpa e che si ponga in correlazione causale con l'evento dannoso subito dal paziente.

*Responsabilità
penale e colpa*

Si deve in ogni caso tenere presente che l'attivazione della posizione di garanzia da parte del sanitario necessita del preventivo consenso informato del paziente (espressione della libertà di autodeterminazione di questi), considerato ormai, nel diritto “vivente” (ossia dalla giurisprudenza di vertice, costituzionale ed ordinaria), un vero e proprio presupposto di legittimità dell'intervento del medico, e ciò anche in caso di necessità di attuazione di cure salvavita: si ritiene ormai che neppure tali cure il sanitario possa prestare in presenza di un dissenso (*alias* rifiuto) del malato, purché questi sia capace di intendere e di volere (al momento della manifestazione del rifiuto) e sia stato adeguatamente informato dal medico sulle implicazioni pregiudizievoli della eventuale mancata somministrazione di dette cure (ipotesi emblematica di tale contesto è il rifiuto di trasfusione di sangue da parte del testimone di Geova).

*Il consenso
informato*

Va anche considerato che la posizione di garanzia permane in capo al medico anche allorché intervenga in *équipe* con

*Le responsabilità
nel lavoro in équipe*

altri colleghi, implicando in tal caso, secondo la giurisprudenza, il dovere di vagliare criticamente l'operato degli altri sanitari che stiano trattando il paziente o che l'abbiano già trattato, dovendo il medico intervenire ed attivarsi allorché, sulla base delle proprie competenze professionali, individui errori o inadeguatezze altrui, allo scopo di porvi rimedio. Si può aggiungere che la permanenza della posizione di garanzia nell'attività sanitaria di "gruppo" implica anche in diritto-dovere del medico di dissentire da scelte e comportamenti che non siano ispirati ai corretti criteri scientifici o esperienziali, quand'anche appartenenti a soggetti gerarchicamente sovraordinati (un tale atteggiamento critico è esigibile anche, secondo la Corte di Cassazione, da parte dello stesso medico specializzando nei confronti del proprio docente).

*La medicina
difensiva e la
posizione di
garanzia del
medico*

Forse il fenomeno della "medicina difensiva" (sulla cui insorgenza ha di certo decisamente inciso il notorio orientamento dichiaratamente *pro* paziente della giurisprudenza civile) ha attenuato la consapevolezza e l'orgoglio del medico di essere portatore di una posizione di garanzia: è auspicabile che la coscienza della straordinaria importanza del proprio ruolo venga al più presto recuperata, come di certo potrebbe avvenire con il varo della disciplina di riforma di cui alla proposta di legge (cd. Gelli-Bianco) *in itinere*, che per vari aspetti migliora la condizione del sanitario (anche) nell'ambito sensibile della responsabilità civile (che è quello in cui è più sofferente la posizione del medico, attesi le cennate tendenze giurisprudenziali, ispirate ad atteggiamenti protettivi verso il malato, ritenuto "il soggetto debole dall'interno del rapporto terapeutico").

La questione medica

Ivan Cavicchi

sociologo

I MEDICI DA PARECCHI ANNI sono nel bel mezzo di una mutazione professionale vale a dire che il loro status, il loro ruolo ma alla fine anche la loro funzione, per svariate ragioni, stanno cambiando. Scopriamo così, che la struttura valoriale della professione medica, il suo stampo deontologico-scientifico, la sua matrice operativa ha una stabilità relativa non assoluta. Cioè essa cambia nel tempo come un processo che evolve o involve.

Ma perché? L'esercizio della professione medica ha comportato sempre e comporta tutt'ora un doppio livello di problemi che sono tra loro inseparabili, cioè embricati come le tegole del tetto:

- essere medico, che vuol dire avere una certa preparazione scientifica, certi titoli, certe esperienze, che necessariamente è aggiornabile in ragione dei progressi scientifici della medicina;
- modo di essere medico, che vuol dire le modalità attraverso

le quali la professione viene esercitata in rapporto a contesti, sfondi, società che mutano.

A causa di questo doppio livello la professione medica è costituita almeno da tre grandi componenti:

- scientifica;
- socio-culturale;
- relazionale.

Il medico è quindi una professione che media i rapporti tra scienza e società e le mediazioni cambiano continuamente. Ciò che cambia è tanto la dimensione scientifica che quella sociale e relazionale. Cambiando la società cambia uno dei soggetti principali della relazione, cioè il cittadino, il quale a sua volta cambia la forma della relazione che ha con la medicina fino a sollecitare il medico a cambiare a sua volta.

Mentre si può continuare ad essere medico, specialmente se il suo paradigma scientifico non muta, non si può continuare ad essere medico allo stesso modo se cambia la società in cui si vive. Se cambia la società in questo caso il medico più che essere medico deve diventare medico cioè essere ma in un altro modo, e quindi ridefinirsi.

CAUSE CONCAUSE FATTORI CODETERMINANTI

Non esiste una causa della “questione medica” ma tanti fattori concomitanti, cioè elementi concorrenti, tanti rapporti modali che la fanno coemergere. Questi i più importanti.

Rapporti tra

struttura economica e sovrastuttura sociale

Una società è composta da una struttura economica e da una sovrastruttura sociale. La medicina è a metà strada tra economia e società. La medicina, quindi il medico in quanto sovrastruttura, è fortemente condizionato dalla struttura economica, in particolare se vi sono crisi economiche, i problemi finanziari, problemi di compatibilità, particolari politiche fiscali. In questi casi le ragioni dell'economia arrivano a condizionare la medicina e quindi i comportamenti professionali del medico.

Mentre l'economia prende il sopravvento sull'autonomia del medico, la società non sta ferma. Da almeno mezzo secolo è in atto un cambiamento epocale. Cambia la figura classica del paziente, del malato, cioè cambia la premessa o il postulato dal quale parte qualsiasi decisione medica. Fa il suo ingresso la cittadinanza, la cultura dei diritti, dell'autodeterminazione, del valore della persona, dell'umanizzazione ecc. Tutto questo ha un fortissimo impatto sul medico e naturalmente sulla medicina. Il paziente diventa esigente, cioè la figura del beneficiario lascia il posto a quella del contraente, la cura non è più delegata al medico su base fiduciaria, ma diventa una questione contrattuale nella quale il malato a sua volta rivendica la sua conoscenza esperienziale. Il medico si trova a fronteggiare una forte domanda sociale di relazioni per co-decidere e co-determinare le necessità e gli scopi dei trattamenti, ma egli resta ancorato alla cura delle malattie non è preparato per la cura della persona, non è preparato ad usare le relazioni, e si trova così del tutto spiazzato.

*Il paziente
diventa esigente*

La medicina quale sovrastruttura ha un costo e produce una spesa, se essa è organizzata come funzione pubblica, cioè in sistemi universalistici, finanziati su base fiscale, essa produce una spesa specifica (definita spesa sanitaria e quantificata in un fondo sanitario nazionale). Da molti anni i governi, a torto o a ragione, ritengono che la spesa pubblica in generale sia in competizione con lo sviluppo di un paese, per cui da anni sono in atto politiche di restrizione della spesa pubblica. Da molti anni i governi, a torto o a ragione, ritengono che in particolare la spesa sanitaria, sia un problema per la spesa pubblica. A ciò si devono aggiungere le questioni degli sprechi, le diseconomie, gli abusi, cioè il discorso delle diseconomie. La spesa sanitaria è considerata a torto o a ragione sovradimensionata da molti costi inutili e parassitari. Per questo la sanità, quindi la medicina e quindi il medico sono diventati

*La medicina
ha un costo*

loro malgrado un problema di sostenibilità finanziaria dando luogo a politiche di forte condizionamento dei loro profili di spesa.

*Il medico
controparte di
spesa*

Il medico ha avuto sempre una ampia autonomia decisionale. Egli è sempre stato colui che decideva ciò che era necessario ad un malato e i fini della cura o dei trattamenti. Per questa ragione egli era nei fatti colui che decideva i costi della medicina. Nel momento in cui la sanità diventa agli occhi dei governi un problema di sostenibilità economica il medico piano piano nel tempo diventa la principale controparte prima delle politiche di compatibilità, poi di razionalizzazione e quindi di definanziamento. Il medico diventando un costo da ridurre comincia a perdere autonomia, perché condizionando l'autonomia si condiziona la sua operatività e condizionando la sua operatività si condiziona la spesa.

*Depauperamento
professionale*

Il condizionamento dell'autonomia aprirà la strada ad un lento ma inesorabile depauperamento professionale e che va a toccare i gangli fondamentali della professione.

L'autonomia del medico a interpretare la necessità del malato viene condizionata e in qualche caso revocata, e al suo posto subentra il ruolo invadente della medicina amministrata, della gestione dei suoi atti clinici, in altri casi il tentativo di surrogare le sue funzioni con altre figure meno costose (demansionamento, shift task, comma 566 ecc.).

L'autonomia del medico, fondamentale a decidere i fini, gli scopi, gli obiettivi dei trattamenti, viene di fatto subordinata alla disponibilità dei mezzi, cioè delle risorse assegnate. Avviene così un capovolgimento del rapporto mezzi/fini: non sono più i fini decisi autonomamente dal medico a decidere le cure, ma sono i mezzi assegnategli dal gestore.

Il ruolo del medico senza i postulati che riguardano l'autonomia del giudizio e gli scopi dei trattamenti, è di fatto de-

legittimato alle radici. Ha inizio un mutamento del ruolo e dello status.

Prendono forma delle vere e proprie aberrazioni cioè delle devianze come la crescita esponenziale del contenzioso legale e parallelamente l'espandersi della medicina difensiva come pratica ordinaria. Il medico non come singolo ma come professione è socialmente contestato dal malato. Il contenzioso legale non è null'altro che una forma moderna di conflitto sociale. Questo accentua i processi di delegittimazione sociale della professione e introduce un genere nuovo di costi legato alla crisi del ruolo medico e che sono costi di regressività, cioè di non adeguamento dell'essere e del modo di essere del medico in questa società.

*Contenzioso
legale e medicina
difensivistica*

Mentre l'economia tiranneggia il medico e l'esigente ne ridiscute le prerogative, cambia il pensiero che pensa la scienza e il modo di pensare della scienza, ma le università, le società scientifiche, i centri di ricerca non sono in condizioni di adeguarsi. I giovani medici, nonostante i tanti cambiamenti con i quali hanno a che fare, continuano ad essere formati con vecchi paradigmi nozionistici, sulla base di vecchie logiche scientiste, perpetuando vecchie epistemologie, metodologie ecc.

*Cambia l'idea
di scienza*

Il '900 ridiscute alle fondamenta il paradigma positivista che sostiene la scienza medica e spinge nuove idee sulla complessità, nuove logiche quindi nuovi modi di ragionare e di pensare. Ma la medicina resta indietro. La medicina scientifica nasce al tempo della rivoluzione industriale; questa rivoluzione è ormai finita da un bel po' ma la medicina continua ad essere quale razionalità scientifica quella di allora. Alla regressività causata da una società che cambia si aggiunge altra regressività causata da una scienza medica che pur progredendo sul terreno delle scoperte scientifiche (nuovi farmaci, nuove tecno-

logie, nuove scoperte ecc.) resta ancorata a un'idea di scienza vecchia, cioè difforme dai nuovi modi di conoscere e di pensare.

Evoluzione e/o involuzione della professione medica

Tutti questi problemi costituiscono la questione medica. Essa non è tanto un insieme di problemi che sommati creano una questione, ma un sistema di processi che investono il medico suo malgrado e che alla fine ne cambiano in peggio il ruolo. La questione medica riguarda le involuzioni del ruolo.

Nel momento in cui il ruolo storico è ridimensionato ma non ridefinito, cioè non è rimpiazzato con un altro ruolo deciso dal medico, nasce la questione medica. Il saldo tra vecchio medico e nuovo medico non è a vantaggio del medico, nel senso che ad un certo tipo di medico oggi corrisponde solo la sua negazione, il non medico, ma non la sua riaffermazione. Rimpiazzare un ruolo con un altro, cioè cambiare la barca mentre si naviga e senza tirarla in secco, non è semplice. Con la questione medica si infrange un sogno e un mito: se una professione crede che il suo ruolo è intoccabile perché mai dovrebbe preoccuparsi del suo futuro? Il medico fino ad ora non ha mai dovuto preoccuparsi del futuro ma solo del presente; ora invece dovrà preoccuparsi del suo futuro perché la professione è tutt'altro che intangibile.

Oggi i medici si trovano male (molto male) perché quel peso sociale che avevano una volta non ce l'hanno più, perché il consociativismo con la politica al quale erano abituati non c'è più; perché superata la concertazione essi sono stati esclusi dalle scelte e dalle decisioni importanti, perché l'aziendalizzazione li ha trasformati in semplici fattori di costo.

Concludendo: le mutazioni della professione hanno un forte carattere sfavorevole per il medico, nel senso che peggiorano tanto il suo status che il suo ruolo, e anche la sua funzione per non parlare della sua retribuzione.

In questo contesto i medici se la passano male, ma è con que-

sto contesto che se la devono vedere imparando a ragionare per contesti futuri, cioè imparando a costruire ora i condizionali di quei processi che si svilupperanno poi successivamente. Certo, i ritardi sono tanti, ma non è mai troppo tardi per invertire delle tendenze e per cambiare le cose, a condizione di dedurre da tutto quello che per loro risulta un problema delle soluzioni convincenti e plausibili. Oggi le soluzioni convincenti sono molto complesse perché devono dare risposte a molti interlocutori: alla società, all'economia, alla politica, all'etica e naturalmente ai medici in crisi di ruolo. Rimanere fermi, ormai è chiaro a tutti, non è più possibile. Un'ultima cosa, i medici avrebbero già perso la loro battaglia sul ruolo se la mutazione che li sta cambiando dall'esterno e dall'interno fosse conveniente al cittadino e alla società, cioè se il "non medico" fosse un vantaggio sociale. Ma questo per fortuna non è. Il non medico non è un affare per nessuno (neanche per l'economia) ma meno che mai lo è per il cittadino e per i malati.

L'errore che oggi i medici devono con tutte le loro forze evitare è credere che la questione medica, si risolva rimettendo le cose a posto come erano prima. Questo non è più possibile per tante ragioni.

Autoriforma

L'unico modo per risolvere la questione medica è entrare nella logica della ridefinizione, della reinvenzione, cioè nella logica dell'autoriforma.

Si tratta di interrompere un processo involutivo, di invertirlo con la mobilitazione e il progetto, sapendo che per invertire dei processi sfavorevoli si deve mettere in pista un programma, o meglio, concependo il futuro come la messa in opera di un programma. Ciò che si rivela decisivo a determinare una certa inversione delle tendenze in atto è in pratica l'idea di giocarci la carta di un altro medico.

Un medico altro, quindi un atto autonomo di riforma, può

invertire il processo di degenerazione del ruolo medico. Si tratta di dimostrare al governo di turno e a quelli che verranno, perché la battaglia non sarà breve, che la strada del “non medico” non è l’unica percorribile, che di strade per trovare le soluzioni ai problemi della nostra società e della nostra economia sono altre. Ormai siamo alla medicina amministrata, cioè all’idea che il medico si può solo mettere sotto tutela, guidarlo nelle sue decisioni, prepensando ciò che dovrà fare... il presupposto è folle... mettere sotto tutela una intera professione... ora tocca ai medici, prima che sia troppo tardi, dire l’ultima parola.