

IVAN CAVICCHI

Professore di Sociologia dell'organizzazione sanitaria e di Filosofia della medicina presso la facoltà di Medicina di Tor Vergata di Roma. Laurea ad honorem in medicina e chirurgia, esperto di politica sanitaria, ha svolto incarichi prestigiosi, collabora con le università più importanti, è autore di numerosi saggi sulla necessità di ripensare la medicina.

L'atto medico tra il paradigma della malattia e il paradigma della salute

IVAN CAVICCHI

PARADIGMI E CONFUTAZIONI

Anche se in modo schematico si può dare un'idea, ragionando per fasi storiche, di quello che in grande sta accadendo alla nostra medicina: essa nasce ufficialmente come medicina scientifica nell'800, si afferma e si attua, come tale, per tutto il '900, mentre nel passaggio di millennio, cioè oggi, è come se fosse iniziata, in un modo o nell'altro, la sua confutazione o il suo ripensamento. Questo passaggio sembra riassumere simbolicamente un lungo percorso di costruzione paradigmatica ma anche l'avvio ob torto collo di un suo ripensamento. Il centenario della nascita degli Ordini dei medici è in questo senso particolarmente significativo. Una dinamica che non va vista con la forma di una curvatura gaussiana, cioè di qualcosa che sale, culmina e scende, ma semmai con quella elicoidale della circolarità a doppio senso, cioè un ciclo a cui segue un altro ciclo.

Nella situazione in atto, per i medici, c'è qualcosa di epocale cioè un cambiamento grande che riguarda la società, l'economia, la cultura, il pensiero, le concezioni di fondo del mondo, all'interno del quale fermentano cambiamenti più piccoli, quelli con l'aspetto di tante piccole crisi, punti di attrito tra ciò che è e ciò che non è ancora e che per la maggior parte costituiscono il grosso delle nostre cure quotidiane: il contenzioso legale, le aziende, le politiche economicistiche, le compatibilità, i rapporti difficili con le altre professioni, i problemi della

fallibilità, le sfide bioetiche, le tecnologie, i problemi di delegittimazione professionale, i ritardi dell'università ecc. Problemi giornalieri che presi nel loro insieme permettono di comprendere le difficoltà paradigmatiche del medico e della medicina e quindi dare loro proprio un significato epocale.

I paradigmi in genere sono sistemi di idee esemplari, modelli di realtà, immagini del mondo, costellazioni di convinzioni, di credenze, teorie, tecniche, concezioni, condivise da una società. Essi sono una specie di cassetta degli attrezzi a cui, nel caso della medicina, una società attinge per curare i problemi di salute, per agire dei ruoli, per attuare delle discipline, per formulare dei metodi. Queste concezioni, sono quelle che definiscono il genere di medicina e si organizzano attraverso catene di deduzioni: se il malato è visto in un certo modo (ontologia), allora lo si studierà di conseguenza (epistemologia), per cui le pratiche mediche saranno debitamente organizzate (metodologia). È da deduzioni simili che vengono fuori certi tipi di rapporto con il malato, certi servizi, certe politiche, certe professioni ecc.

La coerenza di un paradigma si ha quando le diverse deduzioni sono coese e coerenti tra loro, cioè quando ontologia, epistemologia, metodologia, concezioni del malato, del servizio, della professione ed altre cose tra di loro non sono contraddittorie. Al contrario quando subentrano delle contraddizioni per esempio tra come concepire il malato e come curarlo, o tra cura e ospedale, tra la professione medica e le forme della gestione, ecc. la coerenza interna, comincia a venire meno subentrando conflitti, malesseri, nuovi problemi.

Ebbene, in ragione di complicate circolarità tra cambiamenti economici, sociali, culturali, antropologici che hanno cominciato ad appalesarsi soprattutto nella seconda metà del '900 ("post-industriale", "post-moderno", "società liquida", "società individualista" o altro) il paradigma medico, di matrice ottocentesca, ha iniziato a mostrare importanti contraddizioni interne. Oggi la grande difficoltà in cui versa la medicina è dovuta certamente a problemi di regressività del paradigma, ma anche dal trovarsi simultaneamente esposta a più generi di conflitti, come in mezzo a fuochi incrociati. In particolare con il contenzioso legale nei confronti della società e con grossi problemi di autonomia professionale nei confronti delle aziende sanitarie da una parte e con altre figure professionali dall'altra.

Molte delle concezioni che fanno storicamente parte di tale paradigma sono ormai diffusamente considerate da questa società inappropriate, venendo meno la condizione che negli anni ha fatto la sua forza e cioè la sua condivisione sociale. A ciò si devono aggiungere le questioni che genericamente rientrano nei problemi di "sanità" soprattutto le restrizioni che la costosità dei sistemi sanitari pubblici inducono sulla medicina sottoforma di vincoli e condizionamenti.

In questo centenario della nascita degli Ordini che coincide in modo significati-

vo con il passaggio di millennio, la situazione della medicina appare molto appesantita. Oggi in questo centenario si sovrappongono e si sommano gli effetti di tre generi diversi di limite: quello paradigmatico che crea le principali scollature tra medicina e società; quello finanziario che ne sta addirittura condizionando l'umanesimo, i presupposti etico-deontologici, e quello professionale che sembra derivare da uno sgretolamento delle forme storiche di cooperazione tra professioni. Nel frattempo la medicina progredisce tecnicamente, acquisisce nuove possibilità di intervento, amplia i suoi potenziali scientifici, sviluppa tecnologie, ma il suo indiscutibile progresso scientifico non dá luogo a nessun significativo ripensamento paradigmatico, sembra addirittura aggravare sulla già pesante situazione finanziaria con i costi dell'innovazione favorendo una specie di rincorsa alle tecniche a scapito di approcci più umanitari.

La medicina oggi è l'esempio di come i paradigmi complessi è difficile che cambino per "rivoluzione" mentre è più plausibile che cambino, loro malgrado, per "contraddizione", "erosione", "delegittimazione", "conflitti", "decadimento", "costosità". Oggi l'assunzione eventuale di un nuovo paradigma da parte della medicina non può essere visto come un atto di riconversione in blocco (Khun) come se fosse un vecchio palazzo da far saltare con la dinamite, ma come un ripensamento di certe concezioni precedenti, quindi una violazione mirata e consapevole dell'ortodossia (Feyerabend) e come "slittamento progressivo" verso nuove ipotesi ausiliarie (Lakatos).

Oggi è in atto una confutazione della medicina moderna, che sul piano sociale ha la forma dell'esigente (l'ex-paziente), sul piano economico quella dell'azienda, sul piano scientifico della critica alla razionalità positiva, sul piano clinico l'avvento delle visioni complesse, che oggettivamente ne evidenziano le incongruità. Gli aggiornamenti paradigmatici richiesti, sono richiesti per l'appunto, cioè a tutt'oggi non sono il frutto di un'elaborazione autonoma, quindi di un progetto di rinnovamento o di riforma, che nasce dalla medicina. Per cui perdura un atteggiamento reattivo che insegue quasi i problemi subendone la logica, la prepotenza, dentro uno spaesamento della professione. I cambiamenti in corso possono dare luogo ugualmente a sbocchi possibili sia buoni che cattivi, la medicina diventare altro da quella che è, in un modo o in un altro, si può migliorare o peggiorare in qualità, in credibilità, in capacità. La professione medica è come sottoposta a mutazione senza sapere con chiarezza che specie di medico avremo nel prossimo futuro. Essa è condizionata da così tante cose che oggettivamente non si è in grado di dire, da qui a qualche anno, che cosa ne verrà fuori. Teoricamente si potrebbe avere un tecnocrate, un burocrate, un proceduralista, un umanista, un relazionista ecc.

Senza la pretesa di reinventare dei paradigmi a tavolino si può interferire con le

prospettive in atto mettendo in campo delle controspettive cioè intanto individuando alcuni “snodi cruciali” sui quali avere un proprio pensiero. Uno di questi certamente è la definizione di “atto medico”.

LA DEFINIZIONE EUROPEA DI ATTO MEDICO

La definizione europea di “atto medico” (Budapest-Uems, nov. 2006) è la seguente: “l’atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medico-tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica e terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici. Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto (cioè abilitato e iscritto all’Ordine dei medici) o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione”.

Questa definizione è interessante non per quello che dice ma per le difficoltà che dimostra nei confronti di una definizione oggettivamente complessa e complicata:

- non si dice cosa sia l’atto medico, in quanto tale, ma le azioni in esso comprese;
- la definizione di un contenitore attraverso il suo contenuto si chiama metonimia, cioè un artificio retorico che, spostando dei significati, definisce qualcosa in modo indiretto;
- l’atto, quindi, è definito solo in termini di azioni e di attività, cioè è interpretato come operatività;
- la definizione risulta non circoscritta all’atto ma circoscrivente praticamente l’intera attività medica in tutte le sue forme, con il risultato di far corrispondere “atto a medicina”, cioè una nozione ad un universo di nozioni;
- le finalità descritte sono genericamente riconducibili alla salute pur sapendo che oggi la professione medica è sollecitata a farsi carico di tante finalità diverse (risparmio, gestione, relazione, sicurezza, umanizzazione ecc);
- infine l’atto medico viene definito praticamente in modo deontologico cioè tradotto non tanto in un dovere ma in una sorta di diritto, ovvero attraverso delle prerogative e dei poteri.

La definizione quindi è superficiale, poco pratica, ma soprattutto è distante dai problemi di tutti i giorni del medico, cioè è astratta rispetto alla realtà concrete che dovrebbe definire. Eppoi è aspecifica, “tutte le attività professionali” descritte non sono esclusive del medico ma comuni a tante altre professioni; “fornire assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa” è un’espressione che ricorre in tanti profili professionali non medici. Insomma la definizione non specifica in modo sui generis il genere al quale appartiene l’atto medico.

Ebbene, se questa genericità poteva andar bene trent'anni fa, perchè l'atto medico era considerato storicamente acquisito, oggi, al contrario, in ragione di mutati rapporti con gli altri operatori, dei conflitti tra autonomie gestionali dei gestori e autonomie tecnico-funzionali dei medici, dei grossi problemi che gli esigenti pongono ai medici, tale genericità va superata.

Oggi si deve specificare l'atto medico in modo sui generis per ridefinire la professione in contesti piccoli e grandi in profondo cambiamento.

ALTRE FORME DI DEFINIZIONI:

CODICI DEONTOLOGICI, CONTRATTI, ATTI PUBBLICI

Definire in modo più circoscrivente che circoscritto il lavoro medico, i suoi compiti, i suoi ambiti operativi, è in realtà una vecchia abitudine e non solo dei medici. Quasi tutte le definizioni, anche di altre professioni, che si possono ricavare da diverse fonti, fanno la stessa cosa. L'espressione "profilo professionale" è usata in modo diverso se rivolta ai medici o alle professioni sanitarie (L.251, Dm n.118), ma la tendenza a circoscrivere resta comune.

Per i medici in genere il profilo, specie nei contratti, non descrive l'atto professionale ma la figura di "medico competente" o "dirigente", quindi i requisiti giuridici che egli deve possedere per svolgere un incarico. L'idea di incarico rimanda a quella di ufficio, di incombenza e non è sovrapponibile a quella di atto che al contrario rimanda a qualcosa di più fondamentale, cioè a un modello base di professione.

L'atto è molto più dell'incarico e quindi non è riducibile né all'incarico, né alla funzione né al compito. Per le 22 professioni sanitarie che sono in sanità, invece, la nozione di profilo professionale è impiegata per definire le professioni in quanto tali attraverso funzioni e compiti. In questo modo di definire, gli atti professionali sono organizzati come profili funzionali, nel senso che ad esempio l'atto infermieristico e il profilo di infermiere alla fine sono praticamente la stessa cosa.

Questo sistema definitorio oggi tradisce molti limiti, mancando una definizione cogente di atto, la definizione di profilo risulta troppo generica rispetto ai compiti effettivi e questo può dare luogo a delle sovrapposizioni, a delle interpretazioni difformi, a dei conflitti di competenza o a dei vuoti definitori. L'insieme delle professioni sanitarie, infatti, svolge nominalmente, esattamente come i medici, "attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione", cioè tutte le funzioni professionali, come è ovvio che sia, sono funzionalmente sovrapponibili, nel senso che descrivono gli stessi ambiti operativi, pur svolgendo naturalmente compiti diversi. Per esempio la diagnosi è un compito del medico, come la terapia, ma oggi è rivendicata anche una diagnosi infermieristica e una terapia infer-

mieristica. Inoltre se passiamo dai compiti alle funzioni la prevenzione, la cura, la riabilitazione sono funzioni comuni a tutti.

Oggi non vi è dubbio che i rapporti tra atti, compiti e funzioni vanno meglio definiti proprio per non alimentare conflitti e sovrapposizioni tra professioni. La grande differenza che sussiste a livello di definizioni è tra professione medica e professione sanitaria: nella prima l'aggettivo medica si rifa ad una disciplina, cioè ad un complesso di conoscenze scientifiche, per cui la professione è funzione di tali conoscenze e l'atto dovrebbe esserne la rappresentazione; nella seconda l'aggettivo sanitaria si rifa ad un sistema di supporto alle conoscenze mediche e il profilo sarebbe la rappresentazione delle necessarie funzioni assistenziali. La differenza quindi sarebbe tra una funzione intellettuale e una funzione esecutiva. Ma anche questa storica differenza oggi è ridiscussa nel momento in cui, ad esempio, la professione infermieristica è definita dalla legge una "professione intellettuale" e le professioni sanitarie in genere tendono a ritagliarsi delle autonomie proponendosi alla fine come professioni medico-sanitarie con proprie responsabilità.

Questi ed altri problemi consigliano un aggiornamento delle definizioni e un aggiornamento sulle loro interdipendenze. Ma non è facile proprio in ragione delle forti ambiguità che sussistono in un certo modo storico o tradizionale di definire le cose. Se prendiamo per buona la definizione europea di atto medico e andiamo a controllare il senso e il significato di "azioni" e "attività", per esempio nei contratti o nel Codice deontologico, o in quell'atto pubblico che è la cartella clinica, ci accorgiamo di quanto si sia distanti da una definizione esaustiva di atto medico.

Nei contratti di lavoro gli articoli, specificatamente riferiti alle attività, riguardano la libera professione intramuraria, le tipologie della libera professione, quelle non rientranti nella libera professione, dove per attività si intende "l'attività (...) esercitata fuori dall'impegno di servizio, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, day surgery o di ricovero sia nelle strutture ospedaliere che territoriali". In questo caso, l'idea di attività si ricava dalle funzioni di servizio: non si dice in cosa consista ma si indica il contesto di servizio dal quale far discendere l'attività. Se dico day surgery l'attività sarà tutta quella che normalmente si fa in una day surgery. Se controlliamo gli articoli dei contratti sulla valutazione dell'attività medica ci si accorge che la loro logica è quella finalistica del raggiungimento o meno degli obiettivi assegnati dalla gestione ai medici, in modo del tutto indipendente dalla loro effettiva attività. I "criteri di verifica dei risultati" sono tutti subvenienti rispetto agli "obiettivi prestazionali assegnati" dall'azienda per cui il bravo dirigente non è colui che fa bene ma colui che è "osservante", cioè che collabora con la gestione e che a sua vol-

ta gestisce (relazioni, incarichi, collaborazioni, operatori ecc) più che mettere in opera delle attività.

In tutto ciò l'attività, di cui parla la definizione europea, è come tra parentesi, considerata implicita, quasi secondaria perchè sopraffatta dal finalismo economicistico dell'azienda, per cui la distanza nei confronti dell'atto è addirittura accentuata.

Se controlliamo, invece, il Codice deontologico dei medici, ci rendiamo conto di come l'idea di attività, anche in questo caso sia molto implicita. Il Codice ha la funzione principale di regolare l'esercizio della professione. Esso definisce modalità e condizioni professionali. Quando si parla di esercizio professionale, fondato sulla libertà del medico, sulla sua autonomia di giudizio, sull'indipendenza della professione non si descrivono attività ma modi e condizioni professionali. Il Codice, a proposito di "qualità professionale", precisa che il medico agisce secondo il principio dell'efficacia delle cure, nel rispetto dell'autonomia del malato e tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Questo vuol dire sottintendere la nozione di attività nello stesso modo dei contratti con l'unica differenza che per i contratti l'attività è subveniente agli obiettivi della gestione; per il Codice deontologico l'attività è subveniente a dei principi deontologici (libertà, indipendenza, autonomia ecc).

Contratti e Codici, almeno nei loro presupposti, finiscono così per essere visibilmente contraddittori. Il finalismo aziendale tende a negare o a ridimensionare i valori deontologici della professione perché considerati di intralcio alle politiche di compatibilizzazione. I contratti da parte loro, accettando le logiche compatibiliste delle aziende, rinunciano a definire le attività come parametro di valutazione dei valori ma così facendo accettano la logica "dell'osservanza" indebolendo di conseguenza i valori dell'autonomia, dell'indipendenza e della libertà professionale.

Infine la cartella clinica, altra fonte possibile di riscontro sull'attività medica. Definita "il chi, il che cosa, il come, il quando e il perché del trattamento", dovrebbe aiutare a chiarire a sua volta la nozione di "attività". La cartella clinica è un atto pubblico di fede privilegiata con valore probatorio contrastabile solo con querela di falso. Quindi la cartella dovrebbe essere lo specchio in cui si riflette l'attività medico-sanitaria nel suo complesso. In realtà, anche in questo documento importante, la nozione di attività è molto sottintesa, nel senso che la legge stabilisce che "la tenuta delle cartelle" ricade sotto la responsabilità medica, l'annotazione degli abituali rilievi di competenza sono effettuati dagli infermieri e che accanto alla cartella storica vi può essere la cartella infermieristica a sottolineare la tendenza autonomistica di questa professione.

In sintesi, se l'atto medico si riferisce ad azioni e attività quali suoi propri riferi-

menti, allora esso risulta genericamente definito o sottinteso e comunque molto approssimativo.

Nel contesto sociale, in cui oggi si trova la medicina, questo crea un problema di relativa indeterminazione della professione medica che pone due importanti ordini di questioni: il primo riguarda i rapporti tra atto medico e società, cioè il grado di corrispondenza che esiste oggi tra la professione medica e il cambiamento epocale; il secondo riguarda i rapporti tra i medici, le altre professioni e le aziende e la loro possibile conflittualità. Nel primo caso l'atto medico si offre alla confutazione sociale perché non adeguatamente ripensato, nel secondo caso l'atto medico si offre alla conflittualità interprofessionale perché non adeguatamente precisato. Va da sé che la soluzione ottimale dovrebbe essere un ripensamento e una precisazione che risponda ad entrambe le esigenze.

PROBLEMI DI DEFINIZIONE

Teoricamente una buona definizione di atto medico dovrebbe essere concisa e completa, il che significa che dovrebbe esprimere l'essenza della professione medica ma in rapporto ad un contesto, ad un quadro, ad una attualità. Le definizioni autoreferenziali, particolarmente di questi tempi, servono a poco. L'atto medico è qualcosa che dovrebbe esprimere una certa medicina, quindi un certo medico, una certa conoscenza, ma relativa a... (società, malato, azienda servizio ecc). L'atto medico dovrebbe insomma acquisire i significati dei termini che lo definiscono, tutti quelli ad esempio che provengono dalla nuova figura dell'esigente, o quelli che derivano dalle necessità economiche del sistema, o quelli ancora che partecipano ad un aggiornamento della nozione di razionalità scientifica e infine dalla medicina in quanto tale.

Una volta si pensava che una buona definizione era quella che catturava "la vera natura" di ciò che doveva essere definito. Oggi, se la natura dell'atto medico da definire varia con un mucchio di variabili esterne (contenzioso legale, proceduralismo, gestione, domanda sociale ecc), non è per niente facile fissarla in una definizione. Sappiamo inoltre che nel caso dell'atto medico non disponiamo di definizioni dirette ed esplicite ma di definizioni indirette. Considerando tutte queste difficoltà e i problemi che l'indeterminazione dell'atto sta creando al sistema nel suo complesso, prima di buttarci in qualche definizione, è necessario orientarci preliminarmente chiarendo quali siano le necessità di fondo che la definizione di atto medico deve tentare di soddisfare. Ve ne sono almeno due.

1) La medicina e la sanità sono un arcipelago di situazioni, di specializzazioni, di servizi, di discipline, esse cioè vanno considerate un contesto di contesti rispetto ai quali l'atto medico deve essere esprimibile in modo articolato. Ciò suggerisce di adottare una forma aperta di definizione molto semplice: ogni volta che le con-

dizioni di lavoro per il medico sono x, y, z il termine atto medico sarà usato come x, y, z. L'atto medico non può prescindere dal contesto, quindi deve essere formulato in modo tale da funzionare per diversi contesti e in modo che i diversi contesti ne completino la definizione. L'atto medico è un programma professionale capace di esprimersi in modo articolato.

2) La medicina oggi ha problemi di confutazione sociale ed economica, ha a che fare con un cambiamento epocale, si tratta allora di fare in modo di garantire identità tra il significato di atto medico e il significato dato a una serie di fenomeni sociali, o a certe caratteristiche della domanda sociale (esigente, relazione, umanizzazione, personalizzazione, comunicazione, dialogo ecc) o a certe esigenze dell'azienda (appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità, sicurezza ecc). Le definizioni che collegano significati di base con significati contestuali (*explanative statements*) in genere sono le più vicine alla realtà e ci permettono di andare oltre la contrapposizione tra definizioni circoscriventi e definizione circoscritte, nel senso che quello che conta è avere una definizione che dia conto di un progetto di medicina o di un'idea di medico e comunque di una sistemazione del discorso.

Una definizione reale di atto medico suppone che ciascuno dei suoi riferimenti sociali, o aziendali, o organizzativi, o disciplinari, abbiano un significato preciso, preliminarmente concordato, ma soprattutto che si conoscano le relazioni che formano la serie definiente dei vari riferimenti (conoscenze, domanda sociale, politiche aziendali, bisogni professionali, rapporti tra professioni ecc).

Qualche esempio.

- a) Se l'atto medico deve tenere conto anche di fenomeni negativi quale il contenzioso legale, la medicina difensivistica, l'opportunismo professionale in questo caso si devono conoscere le relazioni che esistono tra autonomia professionale, e responsabilità, tra procedure e scelte cliniche.
- b) Se le aziende intendono risparmiare, si deve sapere che la teoria del medico osservante che è descritta dai contratti offre probabilmente meno vantaggi di quella dell'autoresponsabilizzazione professionale controllata. La relazione, infatti, che esiste tra atto medico e medico osservante non è la stessa che esiste tra atto medico e medico autore (autonomo e responsabile). Nel primo caso l'atto sarà comunque burocratizzato con qualche vantaggio contabile per le aziende, ma con enormi svantaggi per la società, per i medici, per gli ammalati che si tradurranno in costi di ritorno (coperture assicurative, crescita dell'inappropriatezza dovuta ad eccessivo proceduralismo, costi per la messa in opera di sistemi di sicurezza ecc).

Insomma per l'atto medico le definizioni esplicative sembrerebbero più congeniali, esse appaiono più realiste di altre, perché mettono insieme i dati essenziali

della medicina come sistema di conoscenze con quelli concreti dei contesti nei quali la medicina opera, si confronta, interagisce e patisce.

SIGNIFICATI DELL'ATTO E CARATTERE DELLA PROFESSIONE

Che cosa è un atto, in quanto tale? Anche questa è una definizione che va decisa preliminarmente sia perché esistono diversi modi di intenderlo, e quindi diversi significati disponibili, sia perché la nozione di atto deve qualificare quella di medicina e viceversa. Essa deve essere quindi un accordo tra definizione e professione che esprima al meglio una complessità scientifica, sociale, organizzativa e che quindi in funzione di ciò organizzi per lo meno un concorso di significati. Sono quindi due gli aspetti importanti: i significati della nozione di atto e il carattere della professione medica.

Per i primi la discussione non è nuova:

- ogni atto è l'espressione di una volontà e di un pensiero;
- ogni atto è qualcosa di potenziale e di intenzionale che viene prima di un'azione;
- atto è qualcosa a cui partecipa l'azione ma non è riducibile ad azione;
- l'atto è un'operazione che non può prescindere dal soggetto pensante;
- l'agente è la conseguenza del pensante.

Per il secondo, ovvero il carattere della professione medica, questa è facilmente deducibile dall'attività concreta del medico. Il carattere è un insieme di caratteristiche che contraddistinguono la professione medica dalle altre permettendo di riconoscerla come tale. Il carattere è il modo di essere del medico, il comportamento abituale da non confondere con i compiti e con le funzioni. Da come il medico svolge la sua attività viene fuori il carattere, per esempio fortemente intellettuale, dei suoi atti e delle sue azioni, in questo caso il carattere della professione dipende chiaramente dai caratteri del soggetto pensante, quindi dal tipo di autonomia della sua volontà e dal tipo di organizzazione del suo pensiero. La stessa cosa vale rispetto alle difficoltà del medico ad avere delle relazioni di senso con il malato.

Detto sinteticamente: l'attività medica ha obbligatoriamente un carattere autonomo perché essa deve decidere le rappresentazioni delle malattie e dei malati e scegliere come operare, fare ed agire nei loro confronti. Il carattere intellettuale non è il sapere del medico ma è nel decidere come scegliere ed usare le conoscenze. Nel caso del medico come decidere e scegliere è inevitabilmente una questione di autonomia.

Oggi tutti i più importanti problemi della professione hanno a che fare con questioni di autonomia, di decisione e di scelta in una doppia accezione: 1) la società chiede al medico di rinunciare ad un'idea assoluta di autonomia e di tenere

conto dell'autonomia dell'esigente (la figura tradizionale del paziente non ha di questi problemi); 2) le aziende puntano a ridimensionare l'autonomia professionale perché considerata un ostacolo alla gestione preferendo di gran lunga alla figura di autore quella dell'osservante, e da ciò che sorgono i problemi di burocratizzazione della professione.

Si noterà che, la società da una parte, le aziende dall'altra, in modi diversi, tentano di ridimensionare il carattere intellettuale della professione medica, in un caso chiedendole di accettare e condividere delle conoscenze attraverso delle relazioni, in un altro spingendo sempre più la professione medica ad essere una professione esecutiva, quindi non più medica ma sanitaria. La tendenza è che le professioni sanitarie tradizionali, come quelle infermieristiche, tendono a diventare medico-sanitarie mentre la storica professione medica tende a diventare sanitaria. Vi sono in sperimentazione forme di organizzazione sanitaria nelle quali la gestione è affidata all'infermiere laureato, in questi casi è l'infermiere che di volta in volta convoca il medico. In questi casi è come se la vecchia ausiliarità medico/infermiere si rovesciasse, nel senso che fissata la titolarità infermieristica come titolarità di riferimento, tutto il resto diventa ausiliario nei suoi confronti, compresa la professione medica. Questo conferma che l'attività e le relazioni tra attività, esprimono il carattere della professione: il carattere professionale di un medico referente è enormemente diverso da quello di un medico riferito e la differenza riguarda proprio il genere di atto. Nel primo caso nell'atto sussistono le qualità principali prima descritte (volontà, pensiero, soggetto pensante, autonomia, decisione e scelta ecc), nel secondo caso nell'atto le stesse qualità sono ripositonate, cioè subvenienti all'organizzazione infermieristica, al punto da far assumere al medico lo stesso carattere ausiliario che una volta era della professione infermieristica. In sostanza il rapporto tra atto e organizzazione non può essere trascurato.

Oggi tra medici e infermieri esistono dei contrasti che si possono riassumere in questo modo:

- oggi l'atto medico è una manifestazione oggettiva di un'attività professionale condizionata, socialmente e aziendalmente;
- oggi l'atto medico non dipende più dalle sue determinazioni professionali ma dalle condotte consentite sia sul piano della società che su quello delle aziende;
- oggi l'atto medico è profondamente condizionato dalle relazioni con altre professioni.

A questo punto si tratta di decidere se assecondare queste tendenze, se subirle rassegnati, se venire a patti con esse facendo dei compromessi, oppure se non sia il caso di mettere in campo una ridefinizione di atto medico all'altezza delle sfide,

e quindi rimettersi in gioco come professione. Ridefinire l'atto medico, oggi, non vuol dire mettersi contro per contrastare i cambiamenti in corso, o per fronteggiare l'avanzata degli infermieri, ma cambiare la sua impostazione storica per dare delle risposte in modo nuovo, consapevole e responsabile senza per questo mortificarne i valori. Ripensare l'atto medico vuol dire ripensare i valori della professione dentro un cambiamento epocale e dentro contesti lavorativi fortemente condizionanti.

DALL'ATTO SECONDO LA PROFESSIONE ALLA PROFESSIONE SECONDO L'ATTO

Nella definizione europea l'atto medico coincide con le funzioni di cura, di prevenzione, di riabilitazione, di formazione ecc. Questo è insufficiente perché troppo generico. Inoltre non si definisce in modo diretto cosa sia l'atto in quanto tale. Viene interpretato soprattutto come operatività che, per altri versi, non è mai rapportata alle caratteristiche del contesto in cui opera, in più lo si intende in modo solo deontologico e i suoi fini diversi si riducono ad un generico fine di salute. Vediamo ora come è possibile recuperare questi limiti.

- 1) L'atto medico, se è intellettuale, allora ha il doppio significato di azione e di chi realizza l'azione, non basta quindi definirlo per attività, ma si tratta anche di definire il grado di intellettualità del soggetto che lo esprime, vale a dire l'insieme di volontà, pensiero, autonomia, decisione e scelta di chi ne è l'esecutore. Questo si può definire attraverso un modello di soggetto intellettuale, non tanto di dirigente (già ampiamente descritto nei contratti), quale autore di atti medici. Mentre il dirigente è una figura che si definisce in rapporto ad una organizzazione, l'autore è una figura che si definisce attraverso la sua intellettualità. In genere dirigente e autore dovrebbero coincidere, nel senso che per dirigere è necessario avere una certa intellettualità. Ma mentre il dirigente deve avere dei particolari requisiti in rapporto al servizio che deve dirigere, l'autore deve avere delle facoltà intellettuali valide in quanto medico. Questo dà il vantaggio di definire l'autore, in quanto tale e di declinarlo in quanto tale, rispetto alle diverse attività alle quali può attendere. Per cui anziché scrivere che l'atto medico è l'insieme delle attività di prevenzione, cura ecc si può scrivere che l'atto medico corrisponde all'autore e derivare dall'autore le diverse attività. In questo modo l'atto è definito attraverso l'autore, poi attraverso le attività che gli corrispondono in quanto autore.
- 2) La nozione di atto, attraverso l'autore, consente di definire non solo le attività ma anche il modo di operare del medico. Questo è molto importante ai fini di mettere insieme una definizione esplicativa con il contesto. In fin dei conti sia la società che l'azienda e le altre figure professionali, con finalità diverse,

chiedono al medico di essere professione in modi diversi dal passato, tutti sollecitano nuovi modi di essere. Intendere l'atto medico come l'insieme di azioni e modi di agire, quindi come espressione dell'autore diventa la proposta di un nuovo scambio tra medico e società e medico e azienda e medico e altre professioni.

- 3) Auto-re vuol dire qualcuno che in cambio di auto-nomia garantisce responsabilità. Quindi, in sintesi, l'atto medico non può essere definito prescindendo dai modi attraverso i quali si è autori. Si possono svolgere responsabilmente delle attività mediche, in autonomia, senza per questo scadere rispetto ai cittadini nel contenzioso legale, o rispetto all'azienda nel burocratismo o senza mortificare con superate gerarchie le nuove prerogative degli infermieri. Gli infermieri a loro volta sono autori di nursing, di assistenza quindi co-autori di cura.
- 4) Definire l'atto attraverso l'autore in rapporto a delle attività risolve anche il problema del fine. Il fine dell'atto medico come pure il fine dell'infermiere, non può essere genericamente la salute. Tra l'atto e la salute vi sono le attività e i modi di essere della professione, le organizzazioni, cioè vi sono delle condizioni intermedie e le cooperazioni con gli altri, senza le quali non si fa nessuna salute. Quale salute se la professione è burocratizzata? Quale salute se la professione deve difendersi dal contenzioso legale? Quale salute se si riducono i finanziamenti? Quale salute se vi è conflitto tra le professioni? Se l'atto medico come atto dell'autore è sostanzialmente un atto autonomo intellettualmente i suoi fini devono per forza essere tutti quelli che dipendono dall'esercizio di tale autonomia intellettuale. Ma questo vale anche per l'infermiere laureato, per cui si tratta di definire le forme di una cooperazione tra autonomie e interdipendenze.
- 5) L'atto inteso come espressione dell'autore non può essere concepito solo come doveri del medico, ma anche come diritti professionali e non solo, anche come condizioni organizzative, di contesto, come condizioni contrattuali e di relazioni. Oggi l'atto medico ha bisogno di essere contrattualizzato e concordato per avere forza, sia nel senso di intese sociali, come stanno ad indicare le proposte sui patti di ospitalità e di accoglienza, sia nel senso di intese aziendali circa lo scambio autonomia/responsabilità tra medici e direttori generali, ma soprattutto nel senso di intese tra professioni.
- 6) E, infine, un'ultima questione: l'atto medico, proprio perché è prevalentemente un atto intellettuale, pone la questione che in altri ambiti si chiama anteriorità dell'atto e che in modo pratico diventa quella di quale formazione all'atto medico. Prima dell'atto deve esserci una formazione, ma intesa in un senso nuovo, cioè diverso rispetto alla definizione europea, e che si potrebbe riassu-

mere con l'espressione "professione secondo l'atto", non il contrario "atto secondo la professione". Cioè l'atto è il mezzo per rinnovare la professione, se la professione nei suoi caratteri e nei suoi modi operativi non cambia è molto difficile che si arrivi ad un ripensamento dell'atto medico.

CONFLITTI TRA PROFESSIONE MEDICA E PROFESSIONI SANITARIE

Dopo anni di incubazione, di sottintesi, di contraddizioni, di equivoci, oggi sembra venire alla luce un vero e proprio conflitto di competenze tra professioni, in particolare la professione medica sembra "reagire" nei confronti di altre professioni, come quella infermieristica, rivendicando la propria autonomia e la propria titolarità e quindi la propria leadership professionale. Lo testimoniano le tante iniziative di discussione intraprese dagli Ordini dei medici, la mozione sui ruoli e le funzioni del medico nell'ambito delle equipe multi professionali (Fnomceo, Ravenna 15 maggio 2010), il documento della Federazione degli Ordini dell'Emilia Romagna sulla funzione del medico (20 febbraio 2010). Dibattito provocato e accelerato soprattutto dalla sperimentazione di nuove soluzioni organizzative (*see and treat, fast track surgery*) che regioni come la Toscana e l'Emilia Romagna tentano di adottare e che prevedono spostamenti di funzioni dal medico all'infermiere. Dietro ai conflitti che oggi sembrano esacerbarsi vi è una situazione complessa che sarebbe sbagliato ridurre ad una guerra corporativa.

In primo luogo vi è la responsabilità della politica che, sino ad ora, nonostante la sua ossessione organizzativa non ha saputo mettere a punto una più moderna e appropriata forma di cooperazione interprofessionale, facendo evolvere relazioni, complementarità, interdipendenze tra le professioni, alla luce delle nuove sfide rappresentate dalla post-modernità, compresa quella dell'economicità, e che propongono con urgenza la ridefinizione dei rapporti tra clinica ed assistenza. In secondo luogo ancora la responsabilità della politica, che non ha saputo creare una situazione di co-evoluzione delle professioni, nonostante negli ultimi anni entrassero a far parte del sistema medico-sanitario ben 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia di competenze, senza curarsi dei problemi di relazione con la professione medica. Questa responsabilità è legata anche a dei provvedimenti legislativi della fine degli anni '90 che, di fatto, come è il caso della legge 42 sulla professione infermieristica, hanno messo in discussione storiche relazioni interprofessionali, come quella tra il medico e l'infermiere, senza preoccuparsi di definirne di nuove. La non coevoluzione non riguarda il merito della legge 42 che, per gli infermieri, resta un tentativo importante di interpretare il nuovo e dalla quale sarebbe sbagliato regredire, ma consiste nell'aver creato difformità, asimmetrie, ambiguità, sovrapposizioni, differenze for-

mative tra i medici e gli infermieri, che oggi assumono, come è normale che sia, la forma di un conflitto.

In terzo luogo la strumentalità dei trasferimenti di funzioni tra una professione e l'altra, nel senso di considerare gli infermieri come meno costosi dei medici, quindi più convenienti sul piano della logica gestionale e organizzativa, senza preoccuparsi di problemi importanti di vario genere (deontologici, di autonomia professionale, di organizzazione, affidabilità, sicurezza ecc).

Questo stato di cose fa dire alla Fnomceo che è in atto “una forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica ed odontoiatrica coerentemente con il possesso di un oggettivo e specifico profilo di competenze esclusive ma anche conseguentemente a discutibili sovrapposizioni o a surrettizie e inaccettabili sottrazioni di competenze” (mozione Fnomceo, Ravenna 15 maggio 2010).

LE RISTRETTEZZE DELLA DEFINIZIONE GIURIDICA: PERICOLI E DIFFICOLTÀ

Al fine di mettere ordine nei rapporti tra le professioni la tentazione di definire l'atto medico sul piano giuridico è comprensibilmente giustificata. Si tratta di una strada scivolosa non priva di pericoli e di possibili ricadute che potrebbero aggravare e non risolvere la situazione in essere. Semmai la definizione giuridica dovrebbe essere il risultato di un lavoro di ricostruzione delle condizioni di coevoluzione tra le professioni, di ricostruzione di una nuova forma storica di cooperazione che punti a superare definitivamente il taylorismo in essere nei servizi sanitari e che assuma i contesti sociali ed economici come dei nuovi riferimenti comuni alle diverse professionalità. Prima della definizione giuridica serve un accordo interprofessionale, altrimenti il rischio che si corre è quello di contrapporre definizione giuridica a definizione giuridica, cioè di contrapporre professione a professione. La definizione giuridica di atto medico non può essere reattiva nei confronti degli infermieri, ma pro-attiva nei confronti di una concezione più avanzata di cooperazione interprofessionale. Del resto non è per nulla ragionevole chiedere a chi è andato avanti, come gli infermieri, di tornare indietro per allinearsi a dei ritardi che per una serie di ragioni hanno come inchiodato la professione medica, e non sempre per sua responsabilità, in una situazione di invarianza. È la professione medica che deve a sua volta coevolvere e ridefinire le sue esclusività professionali in forme e modi più avanzati. Dall'altra parte però l'intesa che si auspica tra le professioni, dovrebbe prima di tutto accordarsi sul rifiuto del loro uso economicistico che inevitabilmente le espone al conflitto.

La definizione giuridica di atto medico allo stato attuale è più problematica di quello che si crede, non tanto per motivi di intrinseca difficoltà ma soprattutto

per le difficoltà che la letteratura giuridica ha incontrato sino ad ora a trovare una definizione:

- 1) non esiste una definizione di atto medico esaustiva di tutte le problematiche che l'atto implica;
- 2) sino ad ora la definizione si è ricavata da altri parametri normativi esterni alla definizione stessa;
- 3) tali parametri normativi esterni tuttavia non contengono definizioni circostanziate, ma alludono a parti di definizioni possibili.

Inoltre la letteratura giuridica nei confronti dell'atto medico non ha un atteggiamento propriamente definitorio e tende a lasciare aperta la questione per assicurarsi più ampi margini di interpretabilità:

- 1) la natura dell'atto è vista più come una funzione dell'organizzazione e dei contesti scientifici che non come facoltà esclusiva di una professione;
- 2) per l'esclusività dell'atto non è decisiva la competenza se questa non è esclusiva, il che vuol dire che se sussistono condizioni di pari competenza l'atto non è più esclusivo del medico (*see and treat* ecc);
- 3) l'esercizio abusivo della professione medica non è visto come una lesione alla professione ma primariamente come un possibile danno al malato; in realtà è sia l'uno che l'altro, perchè il malato si danneggia in tanti modi;
- 4) si giustifica l'impiego surrogatorio di altre figure sanitarie in funzione medica, ponendo come unica condizione quella di non arrecare danno al malato. In realtà, fatto salvo il principio di beneficialità, surrogare professioni con professioni significa ben altro e l'idea di danno, a proposito di rischi ed errori, andrebbe per lo meno complessificata e comunque contemplata in modo preventivo in una organizzazione ad hoc.

Altri difetti della definizione giuridica sono, rispetto alla questione dell'atto medico, il suo astrarre il problema dai contesti sociali e aziendali, come se fosse possibile definire le professioni a prescindere dai contesti di lavoro. Un conto è definire l'atto medico in una azienda considerata e organizzata come uno strumento etico con vincoli economici e un conto è definirlo in una azienda considerata un soggetto economico con qualche vincolo etico. Tali contesti specificano, a parità di medicina come genere di conoscenza, specie diverse di medico e quindi tipi diversi di atti.

La tendenza tuttavia è di ridurre la questione dell'atto medico semplicemente riconoscendo a vario titolo il suo primato nella gestione delle pratiche medico-sanitarie, riconoscendo al medico una sorta di "superiorità funzionale" rispetto agli infermieri, riconoscendo il medico come "primo garante" del malato e esclusivo gestore del consenso informato. Ma il problema, con la cancellazione del principio di ausiliarità e con il nuovo profilo professionale dell'infermiere non è facil-

mente risolvibile con la superiorità funzionale, si tratta di definire le esclusività professionali non solo del medico ma anche dell'infermiere, le non esclusività, cioè le cose che le professioni hanno in comune, le relazioni tra dominanti e dominanti inversi, i riferimenti specifici e comuni alla formazione, i contesti di riferimento, le autonomie e le responsabilità, le reciproche ausiliarità. È indubbio che letteralmente il medico è un ausilio per l'infermiere e viceversa. Abolire il principio di ausiliarità non può sfociare nelle autonomie indipendenti, al contrario deve servire ad esaltare l'interdipendenza. Da questo punto di vista l'infermiere a sua volta deve ridefinire il suo progetto e metterlo in relazione con altre figure professionali. Oggi, dopo la conquista del profilo professionale, della legge 42, molte ingenuità vengono alla luce, ma soprattutto saltano fuori molti problemi che non erano stati contemplati. Oggi molti infermieri sono ad inseguire "tecniche", ad acquisire saperi gestionali, organizzativi, dimentichi che il loro specifico si chiama "assistenza", "nursing", "relazione". Oggi il modello medico è di fatto emulato, per cui si parla di cartella infermieristica, di terapia infermieristica, di diagnosi infermieristica, di Ebm infermieristica, ma in alcun modo vi è una reale specificazione della professione in quanto tale. In realtà il lavoro da fare è "specificarsi nelle relazioni" cioè stabilire le differenze funzionali e le loro interdipendenze. Questo non è possibile se prima non si ridefiniscono bene e in modo nuovo i rapporti tra clinica e assistenza.

CONCLUSIONI

La ridefinizione dell'atto medico oggi è uno snodo cruciale assolutamente indispensabile per tutte le ragioni dette. Esso non serve solo a chiarire qualcosa di ingarbugliato ma anche a risintonizzare una professione sulle frequenze del cambiamento in corso. È uno snodo cruciale perché a partire da esso si possono dare luogo a degli aggiustamenti diversi, cioè si può pensare seriamente a dare una risistematina dello stato delle cose. Preliminarmente abbiamo prima bisogno di accordarci su quale medico sarebbe preferibile da oggi al futuro, ma anche su quale infermiere, quali professioni siano necessarie. E questo si può fare, nel caso del medico, immaginando l'atto che lo renderebbe possibile e armonizzandolo con altri tipi di atti. L'atto è quindi un primo passo e forse proprio per questo è così tanto importante.

La questione politica che si pone è che non ha molto senso definire un autore e i suoi atti professionali se le aziende, le regioni, le università, restano chiuse nelle loro logore certezze, nei loro schemi, nel loro "pensiero debole". I problemi dei medici sono grandi e pesanti e prima di ogni altra cosa vi è una legittima priorità professionale, un diritto alla difesa della propria professione al pari di analoghi diritti di altre professioni.

Prima di oggi l'atto medico era come un giudizio determinante sia su scelte che su decisioni; oggi, per le ragioni dette, rischia di diventare un giudizio sub-determinato dalle scelte e dalle decisioni altrui. Questo è pericoloso e non conviene a nessuno, si tratta quindi di fare in modo che ridiventi determinante in relazione con altri tipi di giudizi determinanti, come quelli che riguardano il nursing, e con le dovute forme di responsabilità. Si tratta di una responsabilità prima di tutto intellettuale. Il giudizio determinante che è alla base dell'atto medico è quello che si prende la responsabilità prima di tutto di distinguere, di discernere, tra scelte diverse, possibilità praticabili, tra situazioni e contingenze, quindi è il prendersi la responsabilità di una ricognizione sulle soluzioni possibili, ragionevoli, plausibili e sulla base di queste di dirigere delle organizzazioni. La responsabilità quindi prima di essere giuridica è intellettuale. L'atto medico è giudicativo nel senso che deve essere in grado di valutare la complessità della realtà e sulla base di questa valutazione deve dirigere la cooperazione e l'interdipendenza delle professioni. Franco Voltaggio ha definito l'atto medico come "espressione di un scelta" e chiedendosi "cosa significa scegliere" ha risposto: "significa procedere sulla scorta di precisi compromessi che investono tanto i fatti (...) quanto il proprio sistema di credenze (...) quanto infine il sistema di credenze del paziente". Quindi responsabilità significa essere capaci anche di fare ragionevoli compromessi. A tale responsabilità va commisurata la formazione professionale: formare un medico alla scelta significa formare alla fallibilità controllata, a ragionare bene, a saper fare delle buone congetture, ad avere delle relazioni con gli altri, quindi con altre generi di scelte, di giudizi, di conoscenze.

Oggi la parola che esprime bene il bisogno di un ripensamento dei ruoli, delle funzioni, dei rapporti tra professioni, è *compossibilità*. Non si tratta di fare in modo che i medici con le loro prerogative siano compatibili con quelle degli infermieri e viceversa. Si tratta invece di fare in modo che tra gli uni e gli altri non vi siano contraddizioni, cioè che siano *compossibili*, vale a dire che siano il complemento e il completamento degli uni con gli altri, ma anche che gli uni e gli altri siano *compossibili* con la post-modernità, con l'esigente, i cittadini, la società, e ancora che le professioni, nel loro insieme, cioè nella loro opera complessiva, siano *compossibili* con le esigenze dell'economicità. La politica, che ancora si attarda ad applicare alla sanità logore regole di compatibilità impoverendo servizi e professioni, condizionandone gli atti, bloccando il *turn over*, ancora non ha capito che la sfida passerà proprio per le professioni, per i loro modi di operare, per il ripensamento dei loro modelli tradizionali, per le loro capacità.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- T.S Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1969.
- I. Lakatos, A. Musgrave, *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano 1976.
- P.K. Feyerabend, *Contro il metodo. Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza*, Feltrinelli, Milano 1979.
- I. Cavicchi, *Medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- F. Voltaggio, *L'atto medico tra crisi e scelta*, in *Keiron* n°5 Dicembre 2000.
- I. Cavicchi, *Autonomia e responsabilità. Un libro verde per medici e operatori della sanità pubblica*, Edizioni Dedalo, Bari 2007.
- I. Cavicchi, *Il pensiero debole della sanità*, Edizioni Dedalo, Bari 2008.
- I. Cavicchi, *Medicina e sanità: snodi cruciali*, Edizioni Dedalo, Bari 2010.