

ARMANDO MUZZI

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma. Specializzazioni in Medicina del Lavoro, in Igiene e Medicina Preventiva, in Malattie infettive, in Igiene e Tecnica Ospedaliera. Libera docenza in Igiene. Direttore Sanitario ospedaliero di ruolo con incarichi, in vari periodi, di Sovrintendente sanitario del Pio Istituto santo spirito, di Caposervizio Assistenza Sanitaria e Coordinatore Sanitario della Usl Rm17 e di Caposervizio Assistenza Ospedaliera della Usl Rm 11.

Professore a contratto dell'Università di Roma Tor Vergata. Coordinatore e docente di corsi in Epidemiologia dei Servizi sanitari. Condirettore e redattore capo della rivista scientifica *Igiene e Sanità Pubblica*. Autore di oltre 170 pubblicazioni a stampa.

AUGUSTO PANÀ

Direttore della Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Tor Vergata di Roma, della Scuola di Specializzazione di Igiene e coordinatore delle Lauree per le professioni sanitarie. Dirige il Master di II livello in Epidemiologia applicata e sul Risk management. Gli attuali settori di studio e ricerca principali riguardano l'epidemiologia dei servizi sanitari, gli indicatori di processo e di esito delle attività assistenziali e la mortalità evitabile in Italia attraverso gli studi Prometeo e ERA. È responsabile del servizio di Epidemiologia e controllo delle infezioni correlate all'assistenza del Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma. È direttore del Centro interdipartimentale per la formazione in Sanità dell'Università Tor Vergata di Roma e dirige la rivista scientifica *Igiene e Sanità Pubblica*. Autore di oltre 300 pubblicazioni, molte delle quali su riviste a carattere internazionale. È membro del comitato scientifico de *L'Arco di Gianno* per la sanità pubblica.

Il rapporto duale e la Medicina Sociale

“Reinventare” il rapporto medico-paziente
e il ruolo della Medicina di Sanità pubblica

ARMANDO MUZZI E AUGUSTO PANÀ

1. “REINVENTARE” IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

“Attuare in modo utile e opportuno quanto si presenti come frutto dell’immaginazione o della riflessione” è, secondo il Dizionario della lingua italiana Devoto-Oli, il significato di “inventare”. È arrivato il momento di “reinventare” il rapporto duale – medico-paziente – per millenni stabilmente alla base della pratica medica perché si sono manifestati inequivocabili segni di insoddisfazione e malcontento da ambedue le parti in causa. Il rapporto medico-paziente¹ non è stato a volte idilliaco, ma da singoli episodi di contrasto si è ora venuta a creare una situazione sistemica, comune in tutti i paesi economicamente avanzati. Si è ampliata la distanza tra ciò che i pazienti chiedono e ciò che i medici forniscono; i pazienti denunciano malesseri, percepiti come cambiamenti del loro stato di benessere e di funzionalità sociale, mentre i medici sono abituati a diagnosticare e trattare malattie.

Modificare il modello idealizzato del rapporto medico-paziente significa però alterare paradigmi come l’autonomia professionale, la responsabilità dei medici, il

¹ Il modello idealizzato, che si può chiamare “ottocentesco”, del rapporto medico-paziente è caratterizzato dalla fiducia illimitata del paziente nei confronti dell’operato del medico e dalla completa disponibilità del medico ad evadere ogni bisogno del paziente, un rapporto non solo duraturo ma anche profondo, in quanto il medico conosce i bisogni del paziente, non solo quelli immediati ma anche quelli della sua famiglia e della comunità di appartenenza.

ruolo del paziente, minando, in ultima analisi, i principali sostegni dottrinali dell'esercizio professionale medico.

È un momento critico per il futuro della professione medica in quanto deve tenere testa a sfide senza precedenti dovute ai sostanziali cambiamenti di aspettative dei pazienti, dei decisori politici e dei gestori delle organizzazioni (manager). I medici rimangono "professionisti" ma appare superata l'immagine tradizionale di ciò che significa in pratica – un medico disinteressato e altruista², con elevato spirito di servizio, in possesso di conoscenze e competenze uniche, autonomo nelle scelte, animato dal costante impegno di recuperare la salute dei propri pazienti. Mentre i singoli medici possono godere della massima fiducia, è la professione nel suo insieme che deve dimostrare di fare esclusivamente l'interesse dei pazienti e di appagare i mutati desideri della società. Per difendere e rafforzare la fiducia nella professione, i medici devono sempre comportarsi nella pratica all'altezza di quanto ci si attende da essi.

Non è questa la sede per approfondire il contenuto della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente, che è difficile da catalogare e descrivere dettagliatamente in quanto l'incontro tra due personalità, la relazione di fiducia e di stima "reciproca" che si può instaurare dipende da molti fattori ben studiati dalla sociologia e dalla psicologia³. Interessa di più mettere in risalto che, a parte il fatto che i pazienti dovrebbero essere indirizzati ad usare meglio il tempo che trascorrono con i medici ed i medici dovrebbero continuare a affinare la loro abilità di comunicare con i pazienti, né i medici né i pazienti hanno bisogno di cambiare sostanzialmente il loro ruolo mentre andrebbero modificate le pressioni ed i condizionamenti del contesto organizzativo entro cui ha luogo l'incontro medico-paziente. Si tenterà quindi di esporre i cambiamenti del mondo sanitario avvenuti nel XXI secolo che hanno maggiormente inciso sull'incontro medico-paziente, ed in particolare sul comportamento professionale dei medici.

Durante tutto il XX secolo, gli studiosi hanno indagato il comportamento dei medici e dei loro pazienti, formulando delle teorie per spiegare questa complessa relazione, specialmente dopo la istituzione dei sistemi pubblici di assistenza sa-

² L'interesse personale è parte integrante di ogni individuo: non è quindi possibile eradicarlo ma è possibile incanalarlo in modo che risponda anche all'interesse generale. Quest'equilibrio è fondamentale in sanità laddove i medici cercano di ottenere per sé miglioramenti economici e sociali (potere, stima, carriera) e il meglio per i propri pazienti (proteggendo la propria autonomia clinica).

³ Ogni medico è, o dovrebbe essere, a conoscenza delle condizioni idonee a creare uno stato di empatia. In primo luogo saper ascoltare e saper farsi "recettore" di quali sono le paure, le speranze, le delusioni del paziente. In secondo luogo il medico deve saper essere "neutrale", e cioè essere privo di pregiudizi nei confronti del paziente che magari presenta stili di vita, attitudini e valori diversi da lui, anche in quei casi che in situazioni non mediche potrebbe giudicare ripugnanti o negativi. In terzo luogo il medico deve saper "comunicare" (attraverso disponibilità, espressione di attenzione sincera), spiegando, con un linguaggio accessibile, come procederà l'iter diagnostico e quale è la definitiva diagnosi e la conseguente terapia, con tutti gli eventuali rischi che questa può comportare, senza promettere facili guarigioni.

nitaria (assicurazioni obbligatorie, servizio sanitario nazionale), che si sono intromessi come “terzo pagante” in quello che prima era un rapporto privato medico-paziente. Ancora oggi, questi sistemi si basano su un tacito “contratto sociale”, mai pubblicamente reso noto, tra Stato, professione e cittadini: lo Stato garantisce l’accesso a tutti i cittadini e stabilisce le risorse per l’intero sistema sanitario (non solo il Servizio sanitario nazionale); la professione si assume la responsabilità di erogare l’assistenza entro i limiti delle risorse disponibili e di rispettare gli standard clinici che ritiene più validi⁴; i cittadini accettano il diritto all’assistenza deciso dallo Stato, gli standard fissati dalla professione e pagano le tasse per finanziare il sistema. In pratica lo Stato concede alla professione una grande autonomia e controllo sul proprio operato e, in cambio, i medici accettano il suo diritto di fissare la quantità di risorse per la sanità e di determinare le linee di politica sanitaria. Ne consegue che i medici possono prendere decisioni sulle priorità di trattare i singoli pazienti e i politici non entrano nel merito di queste decisioni. Questo “Patto”, o meglio “collusione”, non poteva durare perché sono intervenuti una serie di fenomeni, tra loro collegati, che sono stati enunciati sotto forma di “transizioni” (*megatrend*) e che hanno creato una situazione altamente complessa ed instabile ed in continua evoluzione.

2. RUOLO DELLA MEDICINA DI SANITÀ PUBBLICA

Sono numerose le cause che stanno contribuendo a modificare il rapporto medico-paziente (in termini di Sanità pubblica sarebbe meglio generalizzare parlando di rapporto tra categorie di medici e categorie di pazienti), cause che meritano di essere conosciute per tentare di trovare adeguate soluzioni che soddisfino i due contraenti del rapporto. Lo studio di queste cause è stato negli ultimi anni uno dei principali impegni della Medicina di Sanità pubblica⁵. I medici di Sanità pubblica si stanno attivamente dedicando allo studio scientifico dei sistemi di servizi sanitari, ed a raccogliere informazioni ed evidenze, consultando la letteratura e rivolgendosi agli esperti, per creare le migliori condizioni di funzionamento dei sistemi sanitari, ivi compreso il rapporto medico-paziente.

In via preliminare è necessario tenere conto che, mentre esiste copiosissima letteratura riguardante gli aspetti scientifici e assistenziali della Medicina clinica, so-

⁴ Tutto ciò che la professione medica giudica il miglior standard assistenziale e l’intervento più appropriato per una determinata condizione patologica costituisce sostanzialmente quello che deve essere considerata una appropriata assistenza sanitaria.

⁵ Se definiamo Medicina “ogni attività che promuove, tutela e cerca di recuperare l’integrità fisica e mentale degli individui” è preferibile usare l’espressione Medicina di sanità pubblica invece di Medicina sociale, termine che sta ora ad indicare l’espansione delle scienze sociali nella Sanità pubblica. L’espressione “sanità pubblica” si riferisce, tanto nel linguaggio giuridico quanto in quello politico e in quello comune, sia al complesso delle prestazioni o degli interventi pubblici preordinati al soddisfacimento di esigenze sanitarie, sia agli apparati amministrativi e alle procedure necessarie per erogare quelle prestazioni e attuare tali interventi.

no pochi, anche se di ottima qualità, gli studi e le pubblicazioni dedicati a ricostruire la storia della sanità, e cioè dell'insieme di conoscenze e sue applicazioni inserite in un determinato quadro politico e sociale. Si è trattato di connettere un sapere a base squisitamente individuale con uno che riguarda grandi e complicate organizzazioni poste a tutela della salute di tutti i cittadini. Si è trattato di collegare i fili di una vicenda che ha seguito passo passo i cambiamenti politici e sociali, sull'onda di legittime rivendicazioni, leggi e provvedimenti di cui, in sede d'elaborazione, non si è sufficientemente approfondito l'impatto sul rapporto medico-paziente.

Anche se la Medicina di Sanità pubblica non tratta i problemi di salute e di malattia (comportamenti ed esperienze) dei singoli individui, questi problemi vengono considerati come categorie analitiche supplementari alle azioni collettive, in relazione cioè a gruppi più o meno numerosi di popolazione. In altri termini vengono prese in considerazione le idee, le azioni e gli atteggiamenti degli individui solo quando sfociano in azioni sociali collettive.

La Medicina di Sanità pubblica, perseguendo la sua precipua missione – la tutela e la promozione della salute collettiva – ha incontrato definendoli i determinanti di salute e di malattia ovvero quei fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione. Tra i principali determinanti – fattori socio-economici e stili di vita, stato e condizioni dell'ambiente di vita e di lavoro, eredità genetica ecc. – vi sono i servizi sanitari. Non si può quindi trascurare di approfondire l'organizzazione dell'accesso alle prestazioni che condizionano i livelli di salute del gran numero di persone che vivono più a lungo, sia in buone condizioni di salute e sia in cattive condizioni perché cronicamente ammalate. Questo è il motivo per cui la Medicina di Sanità Pubblica si è impegnata ad esaminare scientificamente quella “costruzione” tecnica, sociale, culturale, morale, economica che costituisce un sistema di servizi sanitari (o, se si preferisce, allargando il campo di azione, un sistema di tutela della salute). Questa “costruzione” si presta ad essere studiata ed analizzata da molteplici punti di vista e quindi sono molti gli “specialisti” impegnati ad approfondire i diversi argomenti che compongono la “costruzione”⁶. I più zelanti si sono dimostrati gli epidemiologi, in quanto cultori della salute collettiva, ed i sociologi in quanto, trattandosi di organizzazioni di individui e di rapporti interpersonali, hanno trovato un fertile terreno per le analisi sociologiche. Storicamente, l'interfaccia tra sanità pubblica e scienze sociali è stata una delle più fruttuose consentendo la “fu-

⁶ Risultato di tale multidisciplinarietà è che ogni “esperto” ha ritenuto necessario portare un contributo alla materia coerente alla propria personale specializzazione e competenza. Inoltre si sono manifestate oggettive incomprensioni tra esperti, anche semantiche, perché ogni disciplina si manifesta con caratteristiche peculiari, una delle quali è proprio il linguaggio.

sione di dati con idee”. Unendo i metodi epidemiologici con le teorie delle scienze sociali si sono scatenate le potenzialità di entrambi nel descrivere e spiegare un sistema di servizi sanitari.

Infatti lo studio scientifico dei sistemi dei servizi sanitari, pur prendendo diversi nomi (*Health practices research*, *Health services research*, *Health systems research*), riconosce nella Epidemiologia – la disciplina investigativa della Medicina di Sanità pubblica – il più importante sostegno conoscitivo, facendo riferimento non solo alle metodologie epidemiologiche per eseguire le ricerche (epistemologia) ma anche alla modalità di intendere ed interpretare la materia trattata (ontologia). Lo studio scientifico del sistema dei servizi sanitari riguarda non solo il modo di finanziare, organizzare, gestire ed erogare i servizi sanitari ma soprattutto come queste funzioni sono correlate tra loro e quali sono gli effetti sulla salute degli individui e delle popolazioni. Purtroppo sono ancora insufficienti questi studi per la complessità, la variabilità e la difformità delle ricerche sistematiche quantitative e qualitative sui diversi temi di politica sanitaria, gestione delle aziende sanitarie ed etica sanitaria⁷.

L’osservazione di partenza più evidente è che la professione medica, o quanto meno molti professionisti, avvertono un profondo disagio nelle attuali condizioni lavorative, sono demoralizzati per una perdita di stima e di consenso sociale prima che per mancanza di risorse, sono sottoposti ad un costante controllo critico da parte delle autorità pubbliche oltre che dei *mass media*, e sono ritenuti responsabili non solo della “mal pratica” ma anche della malasania. Fieri dei progressi delle scienze mediche, non riescono a comprendere le lamentele dei pazienti quando non vengono soddisfatte le loro aspettative ritenute eccessive e persino accusati di insensibilità anche quando i loro sforzi sono coronati dal successo terapeutico.

Il principale motivo di questo disorientamento della categoria medica è la mancata presa d’atto di essere inseriti, anzi essere parte costituente, di un sistema dei servizi sanitari. Ciò significa (per rimanere nel modo di ragionare medico) essere una cellula di un organismo, cellula che esegue “ordini superiori” e a sua volta segnala la sua presenza attraverso la funzione che svolge. Senza questa “visio-

⁷ Lo studio scientifico del sistema di servizi sanitari prende in considerazione due fondamentali componenti: il “sistema salute”, finalizzato alla “produzione di salute”, ed il sistema sanità”, finalizzato alla “produzione di assistenza”. Il primo riguarda le teorie sulla natura dello stato di salute, sulla percezione individuale e sociale della salute, sul benessere e qualità di vita, sulle cause di malattia, sui fattori di rischio, sulle alterazioni fisiologiche e funzionali, sui meccanismi patogenetici e sui metodi e tecniche di prevenzione, cura e riabilitazione. Il secondo riguarda il modo in cui la società organizza l’assistenza al malato e come utilizza le conoscenze sulla malattia e comprende argomenti quali i bisogni e necessità assistenziali, la domanda sanitaria, l’offerta, erogazione, ed utilizzazione dei servizi sanitari. È ovvio pensare che i due sistemi siano tra loro strettamente correlati: il sistema salute dovrebbe condizionare le scelte del sistema sanità fornendo gli elementi per la programmazione dei servizi, che dovrebbero esser sempre adeguati alle scoperte della scienza della salute. Il sistema sanità dovrebbe funzionare perfettamente ed essere idoneo a produrre salute, individuale e collettiva.

TAVOLA I

SCHEMA DELLE TRANSIZIONI CHE MAGGIORMENTE INFLUENZANO LA MEDICINA E L'ASSISTENZA SANITARIA

	PASSATO	CONTEMPORANEITÀ	FUTURO
Transizione demografica	Elevata natalità, bassa vita media	Equilibrio nascite morti, forte immigrazione	Bassa natalità, invecchiamento della popolazione
Transizione epidemiologica	Epi/pandemie di malattie infettivo-contagiose e carenziali	Epi/pandemie di malattie croniche non infettive e di infortuni	Epi/pandemie di malattie da invecchiamento (es. malattie mentali) ed auto provocate (es. dipendenze)
Transizione dei rischi alla salute	Rischi legati prevalentemente alla vita agricola (terzo mondo)	Rischi legati prevalentemente alla vita industriale (secondo mondo)	Rischi legati prevalentemente alla vita post-industriale (primo mondo)
Transizione degli interventi sanitari	Interventi diagnostico-curativi praticabili da un singolo sanitario	Interventi diagnostico-curativi e di recupero (riabilitazione) praticabili disgiuntamente da più sanitari	Interventi preventivi e di restauro (protesica) praticabili solo da gruppi (squadre) di operatori sanitari
Transizione tecnologica sanitaria	Tecniche manuali praticabili in strutture sanitarie essenziali	Tecniche strumentali semplici praticabili in strutture sanitarie articolate	Tecniche strumentali complesse praticabili in strutture sanitarie composite
Transizione informativa sanitaria	Modesto numero di dati trattabili "manualmente"	Introduzione della informatizzazione diffusa	Utilizzo di banche di dati di enormi dimensioni (in rete)
Transizione assistenziale sanitaria	Diritto alla salute non riconosciuto; assistenza caritativa (ai soli poveri) ed assistenza mutualistica (ai soli iscritti)	Diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto; assistenza nazionalizzata (a tutta la popolazione)	Diritto alla salute condizionato dallo stato socio-economico dei singoli e della popolazione; assistenza selettiva basata sui livelli essenziali (Lea)
Transizione politico-amministrativa	Unificazione delle organizzazioni sanitarie nel Servizio sanitario nazionale	Decentramento regionale ed aziendalizzazione	Decentramento spinto e privatizzazione

ne sistemica” si rischia di non capire il proprio ruolo e di reagire disordinatamente, specialmente quando si ricevono impulsi apparentemente “incomprensibili”. La mancata conoscenza di cosa si pretende dalla loro attività provoca negli operatori sanitari una perdita di fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità professionali⁸. Si tratta di un compito non facile in quanto il sistema dei servizi sanitari è sempre più un organismo guidato da scelte contraddittorie e spesso corrotte: è instabile, confuso e disperatamente in cerca di un sistema nervoso centrale che può aiutare ad affrontare razionalmente la complessità della moderna medicina.

3. I FENOMENI DI TRANSIZIONE CHE INTERESSANO LA MEDICINA E L'ASSISTENZA SANITARIA.

La Medicina di Sanità pubblica, analizzando ed utilizzando le informazioni fornite da esperti di varie discipline (specialmente le scienze sociali come demografia, sociologia, economia), ha esplorato le dinamiche e le caratteristiche di popolazioni geograficamente definite per mettere in luce tutti i fattori (determinanti) che possono influenzare la salute di tali popolazioni. Ha potuto quindi osservare e descrivere le trasformazioni avvenute nel tempo – in senso dinamico in quanto implicanti l'idea di un'evoluzione in atto (transizioni) – di fenomeni collettivi che permettono di fornire delle spiegazioni degli eventi contemporanei e di fornire elementi per costruire scenari futuri.

Nella tavola 1 sono riportate le forme di transizione che, interessando la medicina e la sanità pubblica, incidono fortemente sul rapporto medico-paziente. In particolare queste tendenze stanno erodendo quegli aspetti della professionalità medica che non sono più idonei al benessere della società portandone invece a galla altri di cui la società avverte il bisogno. Si tratta di schemi concettuali, più che di teorie scientificamente verificate, che sono utili come base non solo per ulteriori investigazioni empiriche e teoriche ma anche per l'interpretazione dell'attuale situazione. In sostanza questi schemi esprimono il fatto che nel tempo fenomeni globali quali l'industrializzazione e la modernizzazione hanno agito sui fenomeni biologici e sociali; questi ultimi hanno a loro volta orientato lo sviluppo industriale ed i fenomeni sociali connessi, innescando un ciclo che si perpetua nel tempo senza soluzioni di continuità.

Per illustrare questi fenomeni di transizione non c'è di meglio che citare le parole del Piano sanitario nazionale 2006-2008 attualmente in vigore. Per la transizione demografica così si esprime: “Appare evidente che tali modifiche demo-

⁸ Un calo di fiducia, non riguardando solo i medici, assume addirittura la caratteristica di indicatore della diminuzione della qualità dell'assistenza sanitaria (Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. *Physician wellness: a missing quality indicator*, in *Lancet* 2009; 374: 1714–21)

grafiche incidono nel determinare i bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di malattie quali quelle cronico degenerative, cardiovascolari, tumori, altre malattie dell'invecchiamento e legate alle condizioni socio-economiche. Le priorità del Piano sanitario nazionale discendono dai problemi di salute del Paese, con particolare riferimento al consolidarsi di elementi di cronicità, all'aumentata capacità del sistema sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post-acuzie, anche per effetto dello straordinario progresso tecnologico e scientifico (introduzione di nuovi farmaci e nuove tecnologie)".

Riguardo alla transizione epidemiologica così recita: "Le evidenti caratteristiche dell'Italia quali l'invecchiamento della popolazione, la ridotta natalità, la necessità di controllare eventi infettivi prevenibili con apposite strategie, indicano come prioritarie le aree delle malattie cardiovascolari (principale causa di morte e di consumo di risorse sanitarie), dei tumori (prima causa di anni di vita potenziale persi), delle altre malattie dell'invecchiamento, dell'infanzia". Inoltre, poiché le malattie infettive contagiose, anche se ridotte non sono affatto sparite, così si esprime "Le più rilevanti criticità che emergono nell'ambito del controllo delle malattie infettive sono: - una cultura che tende a sottovalutare il rischio legato ad esse ed alle loro conseguenze; - le malattie infettive, in particolare quelle prevenibili da vaccino, chiedono un approccio globale e non localistico per la loro prevenzione ed il loro controllo; - le maggiori facilità e frequenza degli spostamenti di persone e merci da/per aree geografiche a rischio favorisce la rapida diffusione di patologie emergenti e riemergenti; - una elevata difformità di copertura per le vaccinazioni di più recente introduzione nelle Regioni ed una diseguità nell'accesso alla prevenzione vaccinale che solleva la necessità di una appropriata offerta delle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, a tutte le fasce di popolazione previste dal Piano nazionale vaccini, indipendentemente dallo status socioeconomico, con lo specifico problema delle coperture vaccinali, anche per le vaccinazioni obbligatorie nelle popolazioni immigrate da paesi extracomunitari e nelle popolazioni Rom; - difficoltà e disomogeneità nella gestione dei casi, in crescita, di rifiuto della pratica vaccinale, con necessità di un approccio comunicativo verso i cittadini che tenda al consenso ed alla consapevolezza, piuttosto che allo storico concetto della obbligatorietà".

Per la transizione assistenziale così afferma: "Le linee di indirizzo dei Piani sanitari delle diverse Regioni disegnano scelte politiche di fondo, naturalmente diversificate, del governo del sistema-salute regionale, ma al tempo stesso mostrano strategie generalmente condivise, quale quella del rafforzamento del rapporto tra ospedale e territorio, riservando finalmente a quest'ultimo un ruolo primario nel circuito dell'assistenza: dalle cure a domicilio all'assistenza ai malati ter-

minali alla lungodegenza, anche se con modalità attuative diverse (...). Occorre tener presente l'esigenza di aggiustamenti strutturali dell'offerta. In particolare a fronte delle nuove esigenze emergenti (innalzamento dell'età media della popolazione e necessità di maggiori risorse) si impone una ristrutturazione della rete ospedaliera per acuti con adeguati investimenti e un impegno contemporaneo di valorizzazione del territorio”.

Per la transizione tecnologica così enuncia: “Nel campo delle scienze della vita e della biotecnologia è in corso una rivoluzione che comporta un'apertura nei confronti di nuove applicazioni nel settore sanitario negli ambienti di vita di lavoro e di ricerca con un coinvolgimento globale. Le nuove conoscenze hanno originato nuove discipline scientifiche quali la genomica, la bioinformatica, l'applicazione delle quali ha un impatto profondo sulla società e sull'economia. Le potenzialità delle biotecnologie coinvolgono fortemente settori di attività connessi al mantenimento della salute umana e, nel complesso sistema di applicazione delle biotecnologie in continua evoluzione, vanno ricordate particolarmente quelle applicate al genoma umano. Questo settore è quello che più invade la sfera privata dell'uomo ma che ha prodotto nella terapia risultati impensabili prima della nascita delle nuove tecnologie, quali la terapia genica e la riproduzione di tessuti, e ci sono attese per la terapia personalizzata e la riproduzione di organi”.

Riferire sulla transizione assistenziale sanitaria e la transizione politico-amministrativa significa analizzare i tentativi di trovare soluzioni tecniche a problemi profondamente etici, in particolare di giustizia sociale⁹ alla cui base vi è il perenne conflitto tra diritti individuali all'assistenza e responsabilità dello stato a provvedere. La teoria evolutiva di origine darwiniana, com'è noto, prevede che l'ordine biologico naturale è basato sulla selezione naturale e sulla sopravvivenza dei più forti. Le norme etiche, la dottrina dei diritti umani e la istituzione di sistemi di protezione esprimono il rifiuto dell'ordine biologico, una ribellione contro le leggi della natura. L'uomo sociale entra in conflitto con l'uomo biologico. Il sistema sanitario, costruito dall'uomo sociale a favore dell'uomo biologico, può essere definito “il fiore all'occhiello” del *welfare state* o Stato del benessere.

⁹ La giustizia sociale è considerata l'elemento centrale della Medicina di Sanità pubblica al punto da dichiarare che “storicamente il sogno della Medicina di Sanità pubblica ... è un sogno di giustizia sociale”. Questa visione diventa quindi un importante principio organizzativo. Il Piano sanitario 2003-2005 impone di basare l'azione programmatica ed organizzativa sui sette principi del Gruppo Tavistock: 1. Diritti: la gente ha diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria; 2. Bilanciamento: l'assistenza ai singoli pazienti si deve bilanciare con la salute di tutta la popolazione; 3. Globalità (*comprehensiveness*): esiste l'obbligo, oltre che trattare le malattie, di ridurre le sofferenze diminuire le disabilità, prevenire le malattie e promuovere la salute; 4. Cooperazione: l'assistenza sanitaria ha successo solo se si attua la cooperazione tra coloro che erogano i servizi con coloro che li utilizzano, tra quest'ultimi tra di loro, e con altri settori; 5. Miglioramento: migliorare l'assistenza sanitaria deve essere considerata una permanente e gravosa responsabilità; 6. Sicurezza: non produrre o provocare danni; 7. Trasparenza (*openness*): l'assistenza sanitaria deve essere trasparente, onesta e affidabile (viene proposto di aggiungere anche altri due principi: la responsabilizzazione di chi opera in sanità e la libera scelta del paziente).

TAVOLA 2

CARATTERISTICHE DELLA MODERNA ASSISTENZA SANITARIA

- L'ASSISTENZA SANITARIA viene erogata da organizzazioni sempre più complesse (per mezzi tecnici e professionalità coinvolte), governate da regole fondamentalmente economiche, che inglobano e modificano il rapporto medico-paziente.
- L'ATTIVITÀ SANITARIA mostra sempre più interesse per la salute (tutela e promozione) e non solo per la malattia (recupero e riabilitazione) della gente.
- IL PROCESSO ASSISTENZIALE si accompagna sempre più alla valutazione delle organizzazioni sanitarie e anche dei membri delle organizzazioni stesse.
- È PRASSI INELUDIBILE coinvolgere la gente nella politica assistenziale, sia che riguardi la gestione del singolo caso (es. consenso informato) che di gruppi più o meno numerosi di popolazione (es. preparazione di linee guida e/o percorsi diagnostico-terapeutici).
- LA TRASFORMAZIONE DEI PAZIENTI in clienti accentua la preoccupazione per il soddisfacimento dei desideri e delle aspettative e per l'esperienza assistenziale della gente.
- È FONDAMENTALE L'IMPEGNO nel miglioramento continuo della qualità, in particolare della sicurezza, dell'assistenza sanitaria.

Tre fenomeni sono sufficienti ad illustrare la transizione assistenziale sanitaria e la transizione politico-amministrativa: il ruolo dello Stato e la competenza regionale, il cammino verso la privatizzazione, la commercializzazione dell'assistenza sanitaria. La competenza regionale sull'assistenza sanitaria e ospedaliera, prevista dall'originario art. 117 della Costituzione e interpretata dalla legislazione e dalla giurisprudenza in senso estensivo come insieme delle attività volte a tutelare il diritto alla salute, viene a completare il disegno costituzionale e a costituire una preziosa indicazione organizzativa, individuando nell'articolazione decentrata dei servizi sanitari lo strumento per rispondere in modo più efficace ai bisogni di salute. Il cammino verso la privatizzazione, attraverso il processo di aziendalizzazione, mette al centro del processo assistenziale il singolo individuo e accentua la tendenza all'individualizzazione della risposta al bisogno, ritenute più facilmente soddisfacenti in un contesto di concorrenza poco o punto regolata, al fine di valorizzare la libera scelta del cittadino.

Ne consegue la commercializzazione della salute e della malattia che causa maggiore sgomento, confusione e demoralizzazione nella professione medica in quanto molti dei suoi membri si chiedono se la professione sia diventata un'attività commerciale se non un negozio affaristico: questo connubio tra medicina e com-

mercio è stato da Davidoff definito un “mostruoso ibrido”¹⁰.

Paradossalmente le varie forme di transizione se, da una parte, mostrano i successi ottenuti dalle scienze mediche e dal funzionamento delle istituzioni sanitarie, dall'altra, rendono manifeste le debolezze della professione medica, “vittima dei suoi successi”. Il medico da guaritore, che poteva osservare e dimostrare in breve tempo il successo della sua azione, è diventato un medico deputato a monitorare lo stato di salute delle persone, correggere eventuali peggioramenti, prolungare il loro declino psicofisico, erogare cure palliative. I pazienti scoprono che il medico non conosce alcuni “moderni ritrovati” che la pubblicità rende noti ai “profani”, rifiutano un rapporto paternalistico scatenando una vera “rivolta del cliente”. Nel migliore dei casi la rappresentazione del rapporto medico paziente soffre di un ritardo culturale e non risponde più alla realtà. I pazienti soffrono di ritardo culturale quando si aspettano di incontrare un medico “ideale”, in grado di risolvere tutti i loro malesseri ed angosce, più di quanto la scienza e la pratica medica possano offrire; i medici soffrono di ritardo culturale quando pensano di avere di fronte un malato “ideale”, prono a seguire senza discutere i consigli e le raccomandazioni.

4. “DISTILLATO” DELLE TRANSIZIONI

“Distillando” i numerosi e complessi argomenti rappresentati dalle varie forme di transizione, si possono tratteggiare alcune importanti caratteristiche della moderna assistenza sanitaria. La professione medica dovrebbe tener conto di queste caratteristiche per adeguare prima il modo di ragionare e poi di agire dei suoi membri (cfr. TAVOLA 2). L'analisi della moderna assistenza sanitaria sarà sempre incompleta perché non può tener conto di quanto avverrà in futuro in campo biomedico. Ci sono tutte le premesse per ipotizzare la disponibilità di sempre più potenti strumenti per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie. Medici e pazienti si troveranno ad agire in condizioni completamente diverse, sia per quanto riguarda il loro rapporto diretto che per circostanze esterne. Saranno diverse le aspettative di mantenimento in salute, di guarigione e di morte¹¹, come pure le decisio-

¹⁰ Per spiegare il “mostruoso ibrido” (Davidoff F. *Medicine and Commerce. 1: Is managed care a “monstrous hybrid”?*, in *Annals Internal Medicine* 1998: 128: 496-99; Davidoff F. *Medicine and Commerce. 2: the gift*, in *Annals Internal Medicine* 1998: 128: 572-75) sono stati introdotti i concetti di “oggettualizzazione” (considerare sia il medico e sia il paziente non come persone ma come oggetti), di “mercificazione” (sottoporre tutte le relazioni umane alle leggi che caratterizzano la produzione di merci), di “standardizzazione” (nel senso di spersonalizzazione e banalizzazione dei rapporti umani). Tali concetti, tra loro collegati, segnalano la perdita di umanizzazione, la depersonalizzazione della cura, e la sostituzione della visione olistica con un rapporto burocratico.

¹¹ Il premio Nobel per la Fisiologia e Medicina 2009 è stato assegnato per la scoperta di un enzima (telomerasi) che controlla la velocità dell'invecchiamento umano. È certo che finora si registra non solo un aumento della longevità ma anche la riduzione delle manifestazioni della vecchiaia e potenzialmente si potrebbe arrestare l'avanzare degli anni all'età biologica di circa 40 anni. Altri studi sono svolti sulla clonazione di parti del nostro corpo da sani per rimpiazzare le parti quando si arrestano di funzionare. Questi sono solo alcuni dei più grandi cambiamenti che la specie umana potrebbe sperimentare. La prima generazione dei futuri centenari è forse già avvenuta.

ni in merito alla distribuzione delle risorse. Mentre i pazienti cercheranno di raccapezzarsi tra questi sbalorditivi cambiamenti, ed i medici si sforzeranno di modificare la loro attività per ottenere il massimo di efficacia ed efficienza, i decisori politici continueranno a cercare la “pietra filosofale” capace di trovare l’equilibrio ideale tra disponibilità di risorse e qualità dell’assistenza.

Tuttavia alcuni punti non potranno essere messi in discussione. Il coinvolgimento della gente nella politica assistenziale è un tema particolarmente sensibile che comporta una radicale modifica del processo di professionalizzazione del personale sanitario, personale che deve essere abituato a vedere nel paziente non un passivo “materiale clinico” ma un vero e proprio “collaboratore”. La ragione non è dovuta solo al fatto che l’incontro medico-paziente rappresenta la “cellula” fondante del sistema di servizi sanitari e viene tradotta dallo slogan “il paziente al centro del sistema”¹², quanto dalla constatazione che i pazienti spesso sono consapevoli del loro stato di salute meglio degli stessi operatori sanitari. Questi ultimi riescono a reperire preziose informazioni dall’esperienza dei malati affetti, specialmente, da patologie croniche. Ormai un completo e significativo accertamento dello stato di salute non può fare a meno di includere la prospettiva del paziente, specialmente se la misura riguarda gli esiti (*outcomes*) di un trattamento. Si sono, ad esempio, raccolte abbondanti prove che questi ultimi sono migliori quando esiste un buon rapporto medico-paziente basato sulla reciproca fiducia, quando esiste una continuità del rapporto in modo che venga controllata costantemente la loro situazione, e quando vengono prevenuti gli episodi di riacutizzazione ed eliminati gli interventi di urgenza. L’introduzione del parere del paziente/cliente nelle decisioni assistenziali rischia di allontanare la medicina dall’ideale scientifico, assolutamente obiettivo e neutrale, perché si tratta di una variabile che personalizza il trattamento anche, talvolta, in contrasto con i canoni scientifici della *evidence-based Medicine*. Da un modello tecnocratico e paternalistico di medicina si passa ad uno umanistico e persuasivo. Il presupposto per una partecipazione attiva del cittadino alle decisioni mediche che lo concernono è il consenso informato. Esso dovrebbe permettere al paziente/cliente dei servizi di esprimere le proprie “preferenze”. Ciò sarà possibile solo alla condizione che il paziente abbia preliminarmente ricevuto tutte le informazioni “tecniche” sulle problematiche connesse alle prestazioni proposte per risolvere e gestire un determinato problema sanitario (benefici, rischi, eventi non desiderati e incertezze). L’integrazione di tali informazioni “tecniche” nei valori, negli obiettivi e nelle aspettative di vita del paziente dovrebbero in principio permettere all’utente l’espressione di preferenze in materia medico-sanitaria. Inutile negare che

¹² «Il Piano sanitario nazionale, strumento di governo e di indirizzo del Servizio sanitario nazionale, sceglie di porre al centro dell’attenzione quale attore principale del sistema il cittadino e la garanzia del suo stato di salute». PSN 2006-2008

molti sono gli ostacoli frapposti al consenso informato che, in realtà, è un obiettivo “ideale” da perseguire¹³.

5. IL CONDIZIONAMENTO DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE ATTRIBUIBILE ALL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Lo studio scientifico dei sistemi di servizi sanitari ha fornito enormi quantità di informazioni sulle cause che possono influire sul rapporto medico-paziente. Il maggior rilievo viene attribuito al contesto organizzativo ovvero, in termini epidemiologici, alla “scatola nera” nella quale si cela l'ignoranza sui meccanismi ed i fattori che modellano l'incontro medico-paziente nell'ambito delle organizzazioni sanitarie. È stato per primo Henry Mintzberg a studiare a fondo la struttura sociale delle organizzazioni, a stabilire che tali strutture variano in relazione al tipo di ambiente in cui si trovano ad operare, a verificare che le imprese che si danno un assetto più conforme alle condizioni tecnologiche ed ambientali sono anche le più efficienti, ad individuare l'esistenza di ben cinque configurazioni organizzative (la struttura semplice, la burocrazia meccanica, la burocrazia professionale, la soluzione divisionale, l'ad hocrazia), ed a descrivere la “burocrazia professionale” come tipica delle organizzazioni sanitarie. In questo contesto non si può ignorare il cosiddetto “tribalismo sanitario”¹⁴ che tenta di appropriarsi del paziente nell'ambito delle diverse professionalità, sia all'interno che all'esterno di quella medica. Senza ulteriori commenti, è sufficiente constatare che l'intermediazione dell'organizzazione è fondamentale per il rapporto medico-paziente in quanto strutturata in modo da “invitare” il personale, fornendo indicazioni e risorse, a sviluppare le relazioni con i pazienti/clienti in modo da privilegiare le esigenze dell'organizzazione rispetto ai desideri dei pazienti. Teorizzando questo argomento, si possono caratterizzare quattro tipi di rapporto medico paziente, a seconda della “profondità” e della durata nel tempo: rapporto medico paziente profondo ma non continuo (ad es. medico che pratica un intervento chirurgico)¹⁵; continuo ma non profondo (ad es. medico che

¹³ Questo spinoso e difficile argomento – l'autonomia del paziente e la bioetica ovvero dal consenso informato al diritto di rifiutare i trattamenti salvavita – che anche i medici trattano con moderazione, è diventato talmente popolare da essere oggetto persino di una pubblicazione a fumetti per ragazzi (Dylan Dog. *Mater Morbi*. Gennaio 2010 n° 280) ove compare un personaggio, il dottor Vonnegut, che pur di far sopravvivere i pazienti (accanimento terapeutico) impedisce loro qualsiasi opzione, anche a costo di atroci sofferenze.

¹⁴ I moderni sistemi sanitari hanno una base “tribale” cioè gruppi di professionisti come medici clinici e di Sanità pubblica, infermieri, personale tecnico sanitario, amministratori e manager, con proprie regole e con diversi obiettivi e percezioni di ciò che costituisce un buon rapporto con il paziente. Si osserva l'interazione di oltre trenta professioni, che si comportano anche come soggetti collettivi, dotati di proprie strategie e, alcune di esse, di ordini o collegi professionali. I punti di vista dei gruppi si differenziano in almeno cinque fondamentali dimensioni: il grado di autonomia e di responsabilizzazione; l'attenzione più o meno spiccata agli aspetti finanziari dell'assistenza; alla sistematizzazione e standardizzazione delle attività; all'orientamento più o meno accentuato all'individuo o alla collettività; alla concentrazione o alla distribuzione del potere decisionale (Edwards N. *Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients_what can be done?*, in *Qual Saf Health Care* 2003; 12: i21-i24).

¹⁵ Il chirurgo diagnosticherà il problema clinico e discuterà col paziente le alternative terapeutiche. Dopo aver concordemente fissato l'intervento ed attuato, gli incontri si ridurranno in quanto non è previsto, e non c'è alcun incentivo, a prolungare il rapporto nel tempo.

attua prestazioni specialistiche o riabilitative)¹⁶; né profondo né continuo (ad es. medico che esegue un'attività di pronto soccorso)¹⁷; profondo e continuo (ad es. medico di famiglia)¹⁸. In tutti e quattro i casi il modo di relazionarsi tra medico e paziente risponde essenzialmente agli obiettivi dell'organizzazione ed "appare regolare" agli occhi dei medici. I condizionamenti organizzativi influiranno quindi sul rapporto medico paziente più della volontà stessa dei medici.

Mano a mano che procederà l'aziendalizzazione della sanità con precipuo interesse al recupero dell'efficienza, ed i medici si lasceranno coinvolgere diminuendo il loro ruolo nella gestione clinica "ideale" dei pazienti, essi correranno il rischio di essere progressivamente relegati a gestire contatti tecnici e distaccati, rischiando di venire sostituiti da altre categorie di personale, sanitario e non, più vicini alle necessità vitali del malato. Poiché le due caratteristiche (profondità e durata) possono variare indipendentemente, i medici devono saper trovare un punto di equilibrio tra interessi dell'organizzazione ed interessi del paziente/cliente. Già oggi, e soprattutto in futuro, nelle organizzazioni deputate al ricovero e al trattamento dei malati anziani e/o cronici, o a domicilio degli stessi, il compito di gestore del caso (*case manager*) è affidato a professionisti non medici; questi ultimi acquisteranno un ruolo sempre maggiore nello svolgere funzioni tradizionalmente affidate finora a medici come compiti diagnostico-terapeutici elementari (compresa la prescrizione di alcuni farmaci), e compiti di filtro (*gatekeeper*) decidendo di quale tipo di servizio il paziente ha bisogno e dove trovarlo.

Un secondo tipo di condizionamento del rapporto medico-paziente attribuibile all'organizzazione sanitaria è il razionamento dell'assistenza sanitaria intesa come il rifiuto di prestazioni che potrebbero essere utili al paziente ma non fornite per ragioni economiche. Poiché il razionamento delle prestazioni sanitarie è pressoché inevitabile, dovrebbe essere fatto in modo equo, efficiente (con un costo-efficacia marginale positivo) e soprattutto eticamente accettabile (quando il trattamento viene sottratto ad altro paziente che ne potrebbe trarre un maggiore beneficio).

Sempre più spesso l'operato del medico viene influenzato dalle misure di raziona-

¹⁶ I medici che effettuano prestazioni specialistiche o riabilitative sviluppano in genere delle relazioni con i pazienti di lungo periodo ma poco profonde, limitate a prestazioni in qualche modo standardizzate e che non richiedono un approfondimento delle caratteristiche personali del paziente.

¹⁷ Il medico del pronto soccorso è incaricato di individuare uno specifico problema che il paziente lamenta ed indirizzarlo, dopo averlo stabilizzato, verso il medico di famiglia o lo specialista a secondo della necessità.

¹⁸ Nel rapporto medico-paziente sia profondo che prolungato nel tempo, il medico si interesserà in modo più ampio del paziente, "converserà" con lui cercando di conoscere la sua situazione familiare, sociale, lavorativa, e di istruzione e cercando di approfondire le condizioni del suo benessere fisico e mentale. Questo rapporto si avvicina al modello ideale in quanto il medico raccoglie queste informazioni per fornire il trattamento sanitario più adeguato per quello specifico paziente, arrivando ad intervenire per modificare stili di vita non salubri.

mento assunte dall'organizzazione, con modalità più implicite che esplicite¹⁹, che però lasciano l'ultima decisione al medico stesso. L'allungamento dei tempi di attesa, il fenomeno delle dimissioni forzate, le limitazioni delle prescrizioni farmaceutiche e l'indisponibilità di alcuni servizi sono tra le manifestazioni più evidenti del razionamento dei servizi e delle prestazioni. Questi fenomeni possono mettere a dura prova la professionalità dei medici sia in senso tecnico (ricorso a un ridotto numero di prestazioni diagnostico-terapeutiche o a farmaci sostitutivi) e sia in senso etico (ricorso al pagamento diretto delle prestazioni intra ed extramoenia, dirottamento verso strutture, anche private, in possesso di idonee attrezzature)²⁰.

I professionisti svolgono la loro attività apparentemente in piena libertà e autonomia, assumendosi la responsabilità finale del risultato, ma in verità si tratta di una libertà condizionata quando non vigilata. Si conosce ancora poco di queste decisioni "a letto del malato" in quanto non è noto se i medici siano pronti ad accettare e realizzare il razionamento, né se preferiscano un razionamento esplicito fatto con regole fisse o uno implicito che consente una discrezionalità nelle singole decisioni. Un terzo caso delle relazioni tra medici e organizzazioni nelle quali lavorano riguarda il frequente e più tangibile dissidio, in parte correlato al precedente fenomeno del razionamento, con le decisioni dei gestori/amministratori (manager) delle organizzazioni sanitarie. Alla base di questo dissidio non c'è solo una diversità di ruolo ma, più spesso, sostanziali differenze culturali (cfr. tavola 3). Con l'azienda, l'amministrazione riguardosa nei confronti dei medici viene sostituita da una occhiuta²¹ gestione, con una spiccata attenzione ai costi dell'assistenza. Oltre che monitorare il numero di pazienti visitati ed il tempo trascorso con i pazienti i manager si spingono a sindacare le decisioni cliniche. Tutto ciò ha causato un rapporto difficile e problematico tra manager e medici in quanto i primi vengono sollecitati ad aumentare la produttività, anche se a scapito della qualità; i secondi ad avvertire i morsi della limitatezza delle risorse e ad affrontare le sempre maggiori richieste dei pazienti. Medici e manager vivono l'ambiguità dell'aumento della produzione, missione di ogni azienda, con il contenimento della spesa, missione di ogni servizio pubblico. Ven-

¹⁹ L'Economia sanitaria distingue una macroallocazione delle risorse per decisioni di Organi a livello nazionale, regionale, aziendale, da una microallocazione che avviene a livello del singolo medico. È evidente che la prima considera la politica sanitaria un sottoprodotto delle molteplici scelte individuali; la seconda pone la politica sanitaria quale determinante i criteri delle decisioni individuali. Nella macroallocazione dovrebbe prevalere un razionamento esplicito, quando viene seguita una strategia che usa criteri ben definiti, quali gravità della malattia, costo efficacia dei trattamenti, per dettare regole di comportamento professionale; nella microallocazione prevale un razionamento implicito quando le decisioni cliniche individuali vengono adottate senza nessuna formalizzazione oggettiva.

²⁰ Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (DPR 23 maggio 2003) così si esprime: "si sono create così diverse iniquità di sistema che vanno dalle differenze quali-quantitative nei servizi erogati in varie aree del paese, alle disuniformi e lunghe liste di attesa anche per patologie che non possono aspettare, allo scarso rispetto per il malato, agli sprechi e all'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento delle libertà di scelta dei malati, all'insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani", aggiungendo che "le lunghe liste di attesa innescano talvolta il sistema perverso della raccomandazione, per cui il servizio può risultare ottimo o accettabile per una parte dei cittadini, ma non altrettanto buono per altri".

²¹ Occhiuto: "che guarda o spia con ostile assiduità" (Devoto-Oli, Dizionario della lingua italiana).

gono proposti quindi incentivi ai medici tendenti a ridurre la domanda di prestazioni o quanto meno, a funzionare da vaglio (*gatekeeper role*) delle richieste dei pazienti. Per evitare gli inconvenienti legati alla “rivalità” tra medici e manager si possono intraprendere tre tipi di azioni: trasformare i dirigenti medici in manager²²; rendere i manager più sensibili alle esigenze cliniche; o fare in modo che ogni decisione venga presa congiuntamente dai medici e dai manager (tentativi di “governo clinico”)²³.

TAVOLA 3

DIFFERENZE DI RUOLO E CULTURALI TRA MEDICI DIRIGENTI
E GESTORI/AMMINISTRATORI CHE POTREBBERO ESSERE SUPERATE
DA UN RECIPROCO RICONOSCIMENTO DI FUNZIONI

QUELLO CHE I DIRIGENTI MEDICI E I DIRETTORI SANITARI POTREBBERO INSEGNARE AI DIRETTORI GENERALI (MANAGER)

La medicina possiede una base intellettuale più solida del management e la migliore medicina è fondata sulla scienza. Anche se l'economia e la finanza, che sono alla base del management, sono discipline marcatamente scientifiche non lo sono il marketing e la programmazione strategica. Il management ha assoluta necessità di rafforzare le sue ricerche di base con i metodi ben conosciuti dalle scienze mediche.

La medicina è una antica professione mentre il management è una giovane attività. Il management potrebbe giovare dei sistemi di autoregolazione e controllo della professionalità usati in medicina.

Una delle maggiori caratteristiche della medicina è lo stretto rapporto con gli individui e/o pazienti; i medici potrebbero insegnare ai manager l'importanza di stare a contatto con i clienti; i medici sono più individualisti dei manager, i medici sopravvalutano l'autonomia professionale.

I medici possono insegnare anche l'importanza della cultura scritta che consente un dibattito sui contenuti ed uno sviluppo intellettuale che contrasta con la predominante cultura orale dei manager.

La nozione forse più utile che i medici potrebbero trasferire ai manager è quella di non anteporre troppo gli interessi dell'organizzazione a quelli di tutti gli altri componenti del sistema di servizi sanitari (*stakeholder*).

QUELLO CHE I DIRETTORI GENERALI (MANAGER) POTREBBERO INSEGNARE AI DIRIGENTI MEDICI E DIRETTORI SANITARI

A pensare strategicamente in quanto i medici sono abituati a ragionare tatticamente.

I medici devono tendere, con l'aiuto dei manager, a migliorare le loro attitudini alla leadership in quanto tendono a considerare la squadra (*team*) a loro servizio e guardano con sospetto chi si comporta da leader²⁴.

I manager devono aiutare i medici ad essere parte integrante di una squadra (*team*) lavorativa alla pari con gli altri.

I medici dovrebbero essere aiutati a comprendere i concetti di economia e di finanziamento che sono diventati costanti del vivere quotidiano di tutte le organizzazioni. Sarebbe sufficiente una conoscenza anche non approfondita di tali materie (così come qualsiasi uomo colto deve avere i rudimenti di materie letterarie, di arte, di storia e così via).

Le nozioni forse più utili che i manager potrebbero trasferire ai medici sono la leadership, la negoziazione, la eliminazione dei conflitti, i rudimenti di *marketing*.

Medici e manager sono accomunati nella lotta agli sprechi ma si trovano in difficoltà ad affrontare fenomeni quali la medicina difensiva e la medicina consumistica, principalmente per conflitto di interessi²⁵. La medicina difensiva può essere sia di tipo aggiuntivo cioè prescrivere delle prestazioni in eccesso esclusivamente al fine di tutelare il medico e/o l'azienda contro il rischio di azioni legali e non nell'interesse del paziente, e sia di tipo sottrattivo cioè non prescrivere e non eseguire delle prestazioni sanitarie più complesse e difficili che hanno un certo rischio di complicazioni e quindi, indirettamente di essere nel caso denunciati: molto meno considerata, ma probabilmente più insidiosa e pericolosa. Il problema è tanto più grave quanto più i comportamenti difensivi sono diffusi e, quindi, rischiano di diventare lo standard di riferimento per la pratica clinica o per giudicare l'incapacità professionale in sede legale. Il timore delle azioni legali è una "spia del difficile rapporto medico-paziente" e le conseguenze sulla spesa sanitaria sono dupplici: aumenta il numero delle prestazioni erogate e aumenta il costo delle coperture assicurative che i medici sottoscrivono per tutelarsi contro il rischio di azioni legali. Quando il costo delle cure è sopportato da un "terzo pagante" (nel nostro caso il Servizio sanitario nazionale), il medico non ha alcun incentivo a evitare prescrizioni non necessarie. Anzi, il sovra utilizzo di prestazioni ha lo scopo di documentare la diligenza, la capacità professionale e gli approfondimenti clinici adottati dal medico nella cura del paziente. Di qui l'enfasi sulla medicina difensiva e l'inappropriatezza di molti consumi sanitari. In molte realtà organizzative si sta manifestando un forte impegno della categoria medica sia per limitare l'inappropriatezza delle prestazioni, che sottrae preziose risorse al sistema sanitario, e sia nel campo della riduzione degli errori in sanità, di grande attualità nel duplice interesse per i pazienti e per gli stessi medici. Il rafforzamento del potere decisionale (*empowerment*) dei cittadini nei riguardi della tutela e potenziamento della salute, per i sani, e della scelta del tratta-

²² A parte l'attestato di formazione manageriale obbligatorio per ricoprire incarichi di direzione di strutture complesse, si conoscono molte iniziative formative per la diffusione e la crescita della cultura manageriale dei dirigenti sanitari ed attuative per promuovere, sviluppare e consolidare il ruolo e la funzione manageriale nella professione medica (finalità della Società Italiana Medici Manager).

²³ Questa opzione è resa graficamente dalla copertina del *BMJ* n° 7390 del 22 marzo 2003 che mostra i due interlocutori legati insieme per una gamba.

²⁴ Robert B. Dilts nel suo volume *Leadership e visione creativa. Come creare un mondo al quale le persone desiderino appartenere* (Guerini e Associati, Milano, 1999) fornisce una differenza semplice, forse elementare, tra Manager, "uno capace di far fare le cose agli altri", e Leader, "uno capace di convincere gli altri a fare determinate cose" mediante, come dice il sottotitolo del volume, la creazione di valori condivisi. Il leader, a differenza del manager, scrive Dilts, è "un produttore di cultura perché la sua parola e il suo gesto conferiscono significati nuovi". C'è un altro profondo motivo di differenza tra manager e leader: al primo l'autorità viene fornita dall'esterno (in sanità dal potere politico), al secondo viene conferita dai seguaci.

²⁵ Si manifesta un conflitto di interessi per medici e manager quando i primi vengono posti di fronte alla scelta tra autonomia professionale e propria sopravvivenza economica, ovvero tra tutela della salute del proprio paziente ed emolumenti percepiti, e quando i secondi devono prendere decisioni nell'interesse dei pazienti od operatori e fedeltà alla propria organizzazione. Per ridurre queste situazioni si stanno facendo dei tentativi di legare i compensi, sia dei singoli che delle organizzazioni, alla performance in termini di produttività (attività svolte) e di esiti favorevoli delle prestazioni (miglioramento della salute dei pazienti).

mento terapeutico, per i malati, può degenerare in medicina consumistica. L'empowerment del paziente è una strategia che attraverso l'educazione sanitaria e la promozione dei comportamenti favorevoli alla salute fornisce alle persone gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori per il loro benessere, riducendo così le disuguaglianze culturali e sociali. È quindi una sorta di "terapia informativa" che punta a ridurre, nel limite del possibile, l'asimmetria di conoscenze tra il medico ed il paziente. Se però non si accompagna ad una corretta informazione, tendente anche a ridimensionare aspettative irrealistiche, si assiste – anche in questo caso – a consumi crescenti di prestazioni sanitarie, spesso inappropriate, in gran parte indotte dall'influente e purtroppo efficace dei mass media e del marketing sanitario. La medicina difensiva e la medicina consumistica, mettendo in crisi la stessa sopravvivenza dei sistemi sanitari pubblici, sono diventati uno dei principali campi di studio e applicazione della Medicina di Sanità pubblica. Gli studi mirano ad approfondire sia l'appropriatezza "tecnica" di specifici interventi o procedure (con la finalità di verificare se una determinata procedura o intervento sia stata eseguita su un soggetto per il quale i benefici attesi erano superiori agli eventuali effetti avversi) e sia l'appropriatezza dell'erogazione dei servizi (con la finalità di verificare se una determinata procedura o intervento sia stata eseguita nei tempi e luoghi più adatti). L'applicazione si manifesta gestendo vari strumenti di corretta informazione a tutti coloro che hanno interessi nel sistema di servizi sanitari (*stakeholder*) per un uso corretto e parsimonioso delle risorse sanitarie, in primo luogo per salvaguardare la sicurezza dei pazienti e poi per non gravare con spese evitabili i bilanci sanitari. Il condizionamento attribuibile all'organizzazione sanitaria si manifesta macroscopicamente nelle disuguaglianze di salute e di assistenza sanitaria tra gruppi di popolazione ed all'interno degli stessi gruppi, costantemente rilevate dalla Medicina di Sanità pubblica. La salute, nel "villaggio globale"²⁶, è determinata più dal livello di istruzione ed educazione della gente, che può influire sulla possibilità di prendere decisioni informate sulle proprie scelte di vita, che dalla distribuzione dei servizi sanitari. Anzi, secondo i critici più severi²⁷, i progressi scientifici e tecnologici della medicina possono aumentare le aspettative della gente di ottenere dai servizi sanitari non solo salute ma benessere e felicità. Senza una chiara percezione del fenomeno si può giungere ad erodere la responsabilità individuale, a rinforzare la

²⁶ Per villaggio globale si intende un mondo piccolo, delle dimensioni di un villaggio, all'interno del quale si annullano le distanze fisiche e culturali e dove stili di vita, tradizioni, lingue, etnie sono rese sempre più omogenee e internazionali.

²⁷ Nel suo volume *Nemesi Medica* del 1975, forse il più famoso pamphlet sulla medicalizzazione mai scritto, il filosofo Ivan Illich ha sostenuto che la moderna Medicina per l'eccessivo allargamento dell'autorità scientifica e culturale è diventata una minaccia per la salute perché i medici si sono appropriati delle modalità di vita della gente. Auspicava una reazione contraria, una reazione sotto forma di rivendicazione della gente di riprendere il controllo sulla percezione, classificazione e decisione della malattia – una "laicizzazione del tempio di Esculapio" (Tomes N. *Patient empowerment and the dilemmas of late-modern Medicalisation*, in *Lancet* 2007; 369: 698–700)

TAVOLA 4

“REINVENZIONE” DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

ATTUALE SITUAZIONE	FUTURA SITUAZIONE
L'assistenza si basa su singole prestazioni mediche (incontro col medico)	L'assistenza prevede una prolungata relazione curativa e risanatrice (relazione col medico)
La variabilità assistenziale è dovuta all'autonomia professionale	L'assistenza viene erogata in accordo ai bisogni e valori del paziente
I professionisti controllano l'erogazione dell'assistenza	I cittadini, pazienti o meno, controllano l'erogazione dell'assistenza
L'informazione è documentale e fondamentalmente e praticamente “segreta”	Le conoscenze sono condivise e circolano liberamente tra tutti coloro che si prendono cura del paziente
Le decisioni derivano dalla preparazione e dall'esperienza del medico	Le decisioni devono essere scientificamente valide (evidence-based)
La sicurezza è una responsabilità individuale	La sicurezza è il patrimonio di un sistema
Il sistema reagisce ai bisogni	I bisogni sono anticipati
La riduzione dei costi è imposta	Gli sprechi diminuiscono progressivamente
L'autorità e responsabilità del trattamento del paziente è riservato al solo medico	La cooperazione tra i clinici e altri professionisti sanitari diventa la norma (ad es. tra chirurgo ed anestesista, tra chirurgo e “ferrista”)
Il rapporto è “riservato” (tra due sole persone)	Il rapporto è affollato (tra paziente, più medici, più incaricati dall'organizzazione/i)
L'incontro avviene a richiesta del cittadino-malato	L'incontro avviene per interessamento del medico al cittadino-sano
Rapporto paternalistico (fare in modo che il paziente si fidi)	Rapporto anti-consumistico (fare in modo che il paziente stia in guardia)
Le scelte terapeutiche avvengono in collaborazione col medico (decisione informata)	Il paziente collabora alla scelta del tempo e del luogo ed anche della natura del trattamento (decisione condivisa)

cultura della dipendenza e a generare la medicalizzazione della società. La categoria medica, con l'eccezione di alcuni medici illuminati in particolare di sanità pubblica, non sembra rendersi conto di questa deriva ed impegnarsi seriamente nel necessario dibattito per conseguire una “società sana”.

6. “REINVENZIONE” DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Gli argomenti finora presentati tracciano un quadro sufficientemente significativo delle modifiche ambientali che stanno modellando il rapporto duale tra le due categorie (medici e pazienti). Per completare il tema si deve solo evidenziare che le ricadute delle transizioni e dei condizionamenti organizzativi sull'assistenza sanitaria

non sono distribuite equamente nel tempo e nello spazio e, di conseguenza, è difficile per non dire impossibile stabilire un modello unico e “granitico” di rapporto medico-paziente. Oltre ad adattarsi alle condizioni contingenti, si può parlare di tendenze tra una attuale ed una futura situazione (cfr. tavola 4).

Forse, se un secolo fa la medicina fosse stata riconosciuta più come scienza che come arte, in modo simile a quanto avvenuto per la matematica o la chimica, si sarebbero sviluppati due percorsi separati per la teoria e per la pratica. Questo non è avvenuto e, di conseguenza, l’istruzione medica si è concentrata sul desiderio di guadagnare conoscenze scientifiche e capacità tecniche, più che sulla necessità di acquisire la capacità di trattare con individui malati e/o sani. Continua la confusione tra la Scienza medica e la pratica di una Medicina scientifica, ed a farne le spese è proprio il rapporto medico-paziente. Il progresso della medicina contemporanea è strettamente connesso, sul versante del sapere, allo sviluppo di differenti discipline, dalla biologia alla chimica, dall’elettronica alla fisica, e da molteplici tecnologie; il progresso dell’arte medica, invece, è strettamente connesso con le doti umane di coloro che si dedicano alla salute del paziente, traducendo quelle conoscenze in prassi. Anche se il 70-80% dei cittadini ritiene che la medicina sia una scienza esatta, la medicina non lo è e la pratica medica lo è ancor meno. Infatti, alle incompletezze della “scienza” medica²⁸ – la medicina contemporanea si trova oggi, come sempre, a dover affrontare malattie di cui non conosce ancora la causa – bisogna aggiungere le carenze conoscitive ed applicative dei professionisti che esercitano la professione. Le ricerche sulla variabilità delle pratiche mediche dimostrano che le proposte diagnostiche o terapeutiche per risolvere un dato problema di salute possono variare in funzione di un gran numero di fattori ed, in particolare, del medico che è stato consultato. Eppure diritti e doveri dei medici e dei pazienti sono inalienabili e necessari alla pratica medica che deve essere supportata da valide prove scientifiche, da conosciuti principi deontologici professionali e da solidi precetti etici. Di certo attualmente l’assistenza sanitaria richiede un corpo innovativo di conoscenze e di capacità. Non solo le manifestazioni di malattia sono diverse (abbondanza di comorbosità) ma la loro gestione varia a seconda dell’ambiente socio-economico. Il medico deve diventare un “agente sociale” capace di mobilitare le risorse messe a disposizione dal sistema di welfare (in primis assistenza sanitaria ed assistenza sociale), tener conto dell’intero mondo che circonda il paziente, saper valutare le capacità funzionali del paziente ancor prima di quelle somatiche. Ancora più in dettaglio, alla categoria medica viene richiesto di assumersi una responsabilità sociale, rispondendo non solo ai dettami della etica medica e della bioetica (beneficio per

²⁸ Sempre Ivan Illich così scrive: “Ogni civiltà definisce le proprie malattie. Ciò che è malattia in una può diventare anomalia cromosomica, crimine, santità o peccato in un’altra” (Illich I. *Limits to medicine*. London: Marion Boyars, 1976).

il paziente) ma anche a quelli di un'etica pubblica (beneficio per la collettività). I medici di Sanità pubblica, talvolta in contrasto con i medici clinici, sono stati sempre promotori di una manifesta custodia dei beni pubblici (*stewardship of social resources*) e della parsimonia nell'uso delle risorse.

7. CONCLUSIONI

Non è facile “attuare in modo utile e opportuno quanto si presenti come frutto dell'immaginazione (medico e paziente ideale) o della riflessione (medici e pazienti condizionati dalle regole delle organizzazioni sanitarie)”, ma la professione medica è chiamata a vincere un grande sfida ovvero come mantenere la fiducia dei singoli e della società nel momento in cui, a fronte di chiari successi delle Scienze mediche, si manifestano radicali dubbi sulla assistenza sanitaria quali: l'importanza e i limiti dell'attività sanitaria conseguente al profondo divario tra ciò che si conosce e ciò che si applica, l'epidemia di malattie croniche legate all'invecchiamento che trova impreparato il sistema di servizi sanitari, l'aumento di preoccupazione per ogni disturbo anche non identificabile che si manifesta con il ricorso alle medicine alternative, e la crescita della spesa sanitaria che impone sacrifici al singolo ed alla collettività. Non si tratta di “reinventare” il rapporto medico-paziente anche se è necessaria una integrazione tra il vecchio ed il nuovo, in una sintesi che ci riporta indietro nel tempo ad una pratica più umana senza però abbandonare i vantaggi e le conquiste della moderna medicina. La relazione sempre vitale tra medico e paziente riflette un equilibrio tra competenza scientifica e compassione umana. La formazione dei nuovi professionisti deve invertire la concezione accademica che tende a sopprimere le emozioni per creare uno specialista impersonale, in quanto le emozioni possono accendere energie non solo per il bene del paziente ma anche per sostenere i cambiamenti organizzativi. La pratica medica si è evoluta incorporando i progressi della tecnologia, farmaci innovativi, e mezzi diagnostici raffinati ma, nel suo intimo, rimane un'interazione tra due persone. Un comportamento comunicativo, educativo, persuasivo, incoraggiante ed affettuoso rimane centrale in ogni incontro tra medico e paziente. La relazione è una forma di collaborazione basata non solo sul curare (*cure*) ma sul prendersi cura (*care*) del malato che la sola tecnologia, per sua natura, non può fornire, ma è il tipo di assistenza che il paziente più desidera ottenere. La scienza considera gli individui come tutti uguali, ignorando le differenze fisiopsichiche per cercare gli elementi comuni. La Medicina non può non seguire la scienza ma deve adottare un approccio umanistico, trattando le persone come unici individui. È un formidabile impegno rispondere adeguatamente ai bisogni e desideri della gente ricorrendo a misure persuasive e non coercitive e soprattutto conservando la fiducia dei pazienti/clienti nell'assistenza sanitaria. Fiducia che è riposta in una serie di aspettative: che i medici dimostrino sempre un

elevato grado di preparazione, di competenze e di capacità; che i medici agiscano sempre nel vero interesse dei pazienti/clienti; che i medici si comportino sempre con onestà, chiarezza e integrità. Ma anche aspettative che le organizzazioni sanitarie che accolgono i pazienti/clienti presentino caratteristiche di qualità; siano esenti da ostacoli di qualsiasi natura; manifestino attenzione alle persone ed eliminino ritardi non comprensibili.

Il mancato appagamento di queste ultime aspettative mina la fiducia della gente nell'assistenza sanitaria che di solito viene identificata dal pubblico con l'operato dei medici in quanto fornitori (*provider*) di questo servizio. Non essendo facile fare una distinzione tra medico, un professionista che riconosce antiche origini²⁹, e "fornitore" di assistenza in nome e per conto di organizzazioni sanitarie (stato o assicurazioni), la categoria medica paga per i disordini organizzativi. E non è altrettanto agevole l'attribuzione di responsabilità alla organizzazione o alla categoria dei medici. Spesso in nome del "proprio dovere" per adesione a regole interne all'organizzazione, spesso non scritte, si dimentica la compassione verso il malato. La cieca obbedienza al dovere può indurre chiunque ad agire senza riflettere, così da non essere più capace di distinguere tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Per tutti questi motivi si giustifica il grande impegno dei medici di sanità pubblica profuso per comprendere i fenomeni che creano e muovono queste situazioni e per contribuire direttamente, ove possibile, alla organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

²⁹ Da millenni le tre ragioni fondamentali che hanno indotto la gente a richiedere l'aiuto di un esperto in arte della guarigione (diventato poi professionista) sono state il desiderio di trovare una spiegazione alla situazione in atto (modifica dello stato di salute), il bisogno di predire il futuro (possibilmente una prognosi sicura e non ciarlatana), la necessità di un rimedio per cambiare in meglio la situazione. Il fornitore di assistenza è un termine commerciale che non possiede l'antico carisma basato su conoscenze scientifiche, comportamenti altruisti, e principi etici.



Frida Kahlo *Henry Ford Hospital (Il letto volante)* 1932, olio su metallo
Collection Museo Dolores Olmedo Patiño, Mexico City