

#### NICK SANDRO MIRANDA

Nato in California il 15 marzo 1956, dopo essersi diplomato presso l'Ecole Internationale du SHAPE (Belgio), nel 1984 si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova. Da allora esercita esclusivamente l'odontoiatria come libero professionista e come specialista ambulatoriale presso l'Asl n° 3 Alto Friuli.

Ha acquisito il titolo di Odontologo Forense presso l'Università degli Studi di Firenze.

Ha ricoperto il ruolo di sottosegretario sindacale nazionale e segretario sindacale regionale del Friuli Venezia Giulia per l'Associazione nazionale dei Dentisti Italiani. Ha ricoperto il ruolo di tutor per le problematiche sulla sicurezza sul luogo di lavoro.

Ha tenuto relazioni nazionali e internazionali sulle problematiche inerenti le politiche sanitarie ed è autore di numerosi articoli sull'argomento.

Attualmente è vicepresidente vicario Andi Friuli Venezia Giulia e tesoriere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Udine.

# Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro

NICK SANDRO MIRANDA

*Se lo scopo ultimo delle forze politiche in un paese è soltanto raggiungere il massimo dei consumi e il massimo della produzione senza mai interrogarsi sull'effetto che avranno questi risultati sui rapporti interpersonali, il risveglio rischia di essere brutale: non ci si può permettere di nascondere in questo modo ciò che è essenziale.*

Tzvetan Todorov

## 1. INTRODUZIONE

Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici sono un tempo lungo, così lungo da far dimenticare le ragioni della sua nascita. L'Ordine è nato con un obiettivo di tipo etico e la funzione del medico dovrebbe rispecchiare quella di un professionista qualificato e preparato che tutela la salute del paziente secondo scienza e coscienza. Tuttavia, per il pensiero economicistico che nel tempo si è andato ad affermare, “scienza e coscienza” devono sottostare a regole “economicamente sostenibili”, il che rappresenta il nodo cruciale della crisi in ambito sanitario

Nell'arco di questi cento anni, quelli che erano modelli teorici si sono concretizzati circa vent'anni fa con l'aziendalizzazione della sanità, uno degli obietti-

vi della riforma sanitaria prevista dal Dlgs.502/92. Il controllo della gestione economica rappresenta un aspetto importante della sanità, ma molte volte si è trasformato nell'unico obiettivo forse per una distorta interpretazione. La sanità, per il condizionamento di poteri sovrastatali delle imprese e dei capitali che si autolegittimano a diventare produttori di regole planetarie\*, si è universalmente trasformata in un "mercato" potenzialmente infinito e la salute è diventata "merce" da consumare. Di fatto l'illuminata riforma sanitaria concepita nel 1978 con la legge 833/78 perse per strada molti pezzi nonostante le molte critiche da parte dei professionisti.

La messa a regime della riforma sanitaria (Dlgs. 502/92), in cui la centralità della cura della persona cominciava a cedere il passo alla centralità della prestazione, provocò varie conseguenze come l'aumento della mobilità sanitaria e il ricorso alle "medicines alternative", ma soprattutto fece esplodere i conflitti medico legali. Nacque così una nuova "disciplina" medica, la medicina difensivistica, che ha condizionato l'attività medica in maniera tanto devastante da avere effetti sensibili sulla spesa sanitaria nazionale\*\*. La medicina difensivistica alimenta un circolo vizioso che parte dalla perdita di fiducia del paziente nel medico, che a sua volta vive la professione in un perenne stato d'ansia. I medici sono indotti sempre più ad evitare l'imputabilità deresponsabilizzandosi professionalmente ed eticamente.

Assumere la definizione di contenzioso medico legale come "epifenomeno di un malessere sociale e professionale" consente di analizzare le cause del conflitto e permette una miglior comprensione della crisi della medicina, della sanità e del concetto di salute. Si deduce che è necessario un approccio interdisciplinare che valorizzi gli strumenti ermeneutici disponibili. Da questo approccio emerge la presenza di una visione economicistica che permea la totalità delle attività umane.

La filosofia, la linguistica, le scienze cognitive, la sociologia, le scienze economiche e l'antropologia medica sono solo alcune delle discipline che forniscono interpretazioni utili alla narrazione. Occorre confutare il predominante pensiero riduzionista che interpreta la crisi come problema prevalentemente economico/contabile.

---

\* Si tratta di un concetto che il Prof. Stefano Rodotà espresse nell'ambito del Festival della filosofia che si tenne a Roma il 13 maggio 2007. Visto il 29/10/2008 all'indirizzo <http://www.radioradicale.it/scheda/225382/la-politica-oltre-i-confini-dello-stato>

\*\* Il 17 luglio 2008 nell'ambito di *Free Genius Festival delle Intelligenze* il sottosegretario al Welfare, l'on. Ferruccio Fazio, affermò che la spesa pubblica per la medicina difensivistica è attualmente di 7-8 miliardi di euro. La dichiarazione è stata vista il 29 ottobre 2008 all'indirizzo <http://www.radioradicale.it/scheda/258578/sanita-eccellenza-o-terzo-mondo>. Successivamente, in altre dichiarazioni, l'on. Ferruccio Fazio affermò che il costo della medicina difensivistica è compresa tra i 12 e i 20 miliardi di euro all'anno. *Doctornews* 25 settembre 2008 - Anno 6, Numero 153, p.1.

Oramai tutto è considerato merce, anche la salute viene considerata tale. Tuttavia, la salute non può essere considerata una merce per definizione, essendo essa un valore che è mantenuto, per quanto danneggiato, principalmente ma non esclusivamente, da regole comportamentali, dai determinanti sociali e dall'ambiente. Applicare alla salute i criteri che vengono prevalentemente utilizzati nella regolamentazione della produzione e del consumo delle merci genera un grave errore concettuale. Il Codice Deontologico, anche nelle sue varie rivisitazioni, ha assunto questo principio come punto fermo.

Il sociologo Ivan Cavicchi scrive:

Per di più la salute nelle sue forme di benessere e di vitalità non è solo una questione di consumi sanitari, ma anche di politiche, di istituzioni, di ambiente, di partecipazione democratica, di consenso, di accordo, ecc.. Non comprendere queste cose costa molto all'azienda e ancora di più al malato.

Si può affermare che a perdere è tutta la società.

La tutela della salute è una delle missioni che ogni società civile dovrebbe sostenere. Per affrontare i problemi legati alla salute delle persone e per capire come tutelare la libertà e la professionalità dei medici, in particolare degli odontoiatri, sarebbe utile analizzare e rispondere alle seguenti quattro domande:

- 1) Qual è il fine primario del comportamento umano?
- 2) Perché la scelta di essere medici?
- 3) Perché le malattie della bocca sono malattie sociali?
- 4) Che cosa chiedono le persone quando si parla di salute?

Sono le domande che poi trovano la loro risposta nel Giuramento professionale e nelle norme deontologiche, domande che questi cent'anni di storia insegnano debbano essere riproposte periodicamente, se non si vuole perdere il senso della mission medica.

## 2. LE QUATTRO DOMANDE CHIAVE

### 2.1 QUAL È IL FINE PRIMARIO

#### DEL COMPORTAMENTO UMANO?

Il fine primario del comportamento umano è la ricerca del benessere. Aristotele definisce l'eudaimonia come fioritura umana. Anche Adam Smith, padre dell'economia classica, si interessa al concetto di benessere. In *La ricchezza delle nazioni* egli sviluppa il concetto della "mano invisibile", una eterogenesi dei fini intesa come stimolo egoistico che spinge l'uomo ad arricchirsi personalmente e che così facendo produce un arricchimento anche degli altri. Tuttavia in *La teoria dei sentimenti morali* Adam Smith avverte il lettore che la capacità di godere dei beni di consumo ha un limite fisiologico. Egli riassume questo

concetto nella famosa frase:

*The eye is larger than the belly\**.

Adam Smith avverte così che il motore dell'economia, vale a dire la mano invisibile, è un grande inganno, perché indirizza l'attività umana su uno solo dei componenti del benessere trascurandone altri.

Nei primi del Novecento nasce l'economia neoclassica paretiana con la quale si afferma che quello che conta è il comportamento dei consumatori e non la sua motivazione escludendo in tal modo l'approccio etico e culturale che aveva caratterizzato fino a quel momento le scienze sociali. Allora nacque quella dicotomia che è così evidente ai giorni nostri e l'istituzione degli Ordini rispondeva all'esigenza di difendere dei valori sociali (nel nostro caso la salute) dall'invadenza dell'economia. Una evidenza particolarmente sottolineata in ambito odontoiatrico in cui l'esercizio è per la quasi totalità libero professionale.

Qualcuno prospettava che l'economia fosse il vero motore dello sviluppo del mondo, scienze comprese: oggi bisogna chiedersi se siano state mantenute le belle promesse, se si sono realizzate la prosperità economica, la liberazione dalla condanna del lavoro e l'aumento del benessere. La risposta, per gli ultimi due temi, è negativa. Nel tempo ci sono stati alti e bassi, ma anche guardando alla storia recente vediamo che, a fronte di un reddito costante o in calo, si dedica sempre più tempo al lavoro sacrificando quello dedicato ad altre attività che forniscono un maggiore contributo al raggiungimento del benessere. Un esempio è rappresentato dal successo della cultura dell'impresa, che esita in una vita di superlavoro, di ansia e di isolamento. Nel contempo nel lavoro calano la gratificazione, le motivazioni e le aspettative. C'è la sensazione di essere sempre meno proprietari della nostra vita. In altri termini, quanto più cresce la perdita di controllo sulla propria vita tanto più cresce l'infelicità delle persone. L'individuo non realizza quanto desidererebbe essere e questo accade quando occupa una posizione che lo dequalifica, lo invalida, lo strumentalizza e lo annulla. L'uomo diventa invisibile. Si riduce il senso di benessere ed infatti nei paesi sviluppati od in via di sviluppo aumenta il consumo di antidepressivi e il numero dei suicidi.

Il termine "benessere" ha perso con il tempo il suo sostanziale significato acquisendo progressivamente quello riduttivo di ricchezza monetaria. È senso comune intendere la felicità delle persone come qualcosa che è soprattutto legato all'incremento del Pil (Prodotto interno lordo). In realtà nel 1974 l'economista Richard Easterlin formulò il concetto del "paradosso della felicità". Tramite le sue

---

\* Traduzione: l'occhio è più grande della pancia.

ricerche dimostrò che nelle società a reddito elevato il loro accrescimento non determina automaticamente più felicità, o comunque produce meno felicità di quanto ci si aspetterebbe. È stato evidenziato, anche sperimentalmente, che ad un aumento del reddito non corrisponde un aumento della felicità, né nell'arco della vita del singolo individuo, né comparando i risultati nell'ambito di una nazione o fra le nazioni. Da allora, nonostante qualche tentativo di confutare quanto dimostrato da Richard Easterlin o la sua validità cognitiva, il paradosso della felicità rappresenta una vera e propria sfida per la teoria economica.

La felicità, come del resto la salute, costituisce un concetto di ideale che non può essere completamente afferrato dall'essere umano. A cosa si deve il benessere delle persone? Ultimamente molti economisti utilizzano il termine "ben-essere". In esso si includono molti altri valori, definiti "domini", fra i quali sono compresi oltre al reddito anche la libertà, la salute, la qualità dei servizi, l'istruzione, i beni relazionali, il consumo creativo, la fiducia nelle istituzioni, le motivazioni/aspirazioni/aspettative appartenenti e dipendenti dal lavoro. Per soddisfare il benessere, data la finitezza umana, bisogna ben modulare l'allocazione temporale dei vari domini.

La società consumistica è caratterizzata da una cultura del comfort che è molto difficile da abbandonare poiché essa genera abitudine ed assuefazione. La ricerca di comfort tende a spiazzare la ricerca di attività stimolanti e creative con perdite di benessere sia individuali che sociali. Questa assuefazione e abitudine caratterizza una maggioranza triste e comoda, i cosiddetti "consumatori atomizzati" descritti da Noam Chomsky, che restano in uno stato di perenne infelicità, sazia e noiosa, cui occorrono stimoli sempre più forti per sentirsi vivi. In questa società consumistica anestetizzata la sponda opposta è formata da una minoranza consapevole che fa molta fatica ad uscire dalle secche del consumismo. Tutto ciò, tradotto in linguaggio deontologico, significa che economia e scienza devono essere guidati dalla mano della coscienza, una battaglia primaria in questi cento anni di storia e particolarmente attuale ai nostri giorni.

## 2.2 PERCHÉ LA SCELTA DI ESSERE MEDICI DENTISTI?

La risposta è nella definizione dei ruoli che caratterizzano il medico. Per i dentisti, che in Italia fondamentalmente rappresentano la libera professione, sono quello professionale, artigianale ed imprenditoriale.

### 2.2.1 RUOLO PROFESSIONALE

Il ruolo professionale è prioritario ed è quello che probabilmente ha indotto la scelta di diventare medici. Professore la medicina significa promettere di agire per il bene degli altri prima che per il proprio "*in armonia con i principi di solidarietà*

*tà, umanità e impegno civile che la ispirano*” così come dettato dal Codice di Deontologia Medica. Per ben professare serve l'autonomia decisionale e l'assunzione di responsabilità. Il problema che si pone a molti medici dipendenti o convenzionati, a causa delle scelte economicistiche, è quello di dover decidere tra gli interessi del proprio pazienti e del proprio datore di lavoro, o di essere trasformati in meri certificatori.

I dentisti italiani in libera professione sono stati finora fra i pochi professionisti della sanità a sfuggire a questa involuzione e condizionamento, ma è sempre maggiore il rischio di perdita della “proprietà” della propria professione.

Ivan Cavicchi utilizza una metafora molto efficace per descrivere questo rischio: si tratta del “medico minotauro”, metà medico e metà burocrate perso in un labirinto.

### 2.2.2 RUOLO ARTIGIANALE

Questo ruolo si rifà all'età arcaica quando i medici, al pari di altri mestieri, erano i “demiourgoi” ed avevano a cuore il bene collettivo. Il ruolo artigianale, legato anche alla capacità manuale, è caratterizzato dall'abilità, la quale a sua volta è data dalla maestria e dall'esperienza. In ambito odontoiatrico è un aspetto importante della professione. Quando tuttavia si disconosce l'abilità, si nega il valore di essere riconosciuti importanti per la vita degli altri e di fatto si nega il rispetto della persona. Gli esseri umani non sono solo individui ma sono anche relazioni e per completarsi hanno bisogno del “riconoscimento” di essere riconosciuti.

L'imposizione di un tariffario nella libera professione, sostitutivo dell'onorario, penalizza l'abilità. Perché un professionista, che fra l'altro si assume tutti i rischi d'impresa, dovrebbe sacrificare il suo tempo ed il suo denaro per perfezionarsi quando il riconoscimento espresso dalla parcella (ovviamente nei limiti di quella coscienza sopracitata, che rimanda al concetto di equità) non è diverso da colui che esercita con minore maestria? Il rispetto delle persone è il riconoscimento ottenuto tramite l'impegno. È significativa la distinzione di senso dei due termini, tariffa ed onorario: la tariffa è una serie di prezzi che non si formano liberamente sul mercato ma vengono fissati da terzi, mentre l'onorario è il giusto premio che si dà al professionista che ha bene operato.

Nel settore pubblico, in un sistema caratterizzato dalla meritorietà, il riconoscimento dell'abilità avviene con l'avanzamento di carriera, garantendo un incremento dello stipendio. Per il libero professionista l'entità dell'onorario è un apprezzamento dell'attività svolta, rappresenta il premio ed è equiparabile all'avanzamento di carriera del medico dipendente.

Quello della tariffa e dell'onorario è comunque una questione che rimanda ad un

problema più ampio, che è quello di una società che per liberarsi dalle costrizioni dell'etica tende a differenziare i ruoli imprenditoriali e operativi. In questo modo si disumanizza il sistema come ha dimostrato la recente crisi finanziaria fatta pagare ai piccoli risparmiatori, truffati da più o meno ignari operatori bancari in cui avevano riposto fiducia.

### 2.2.3 RUOLO IMPRENDITORIALE

L'odontoiatra libero professionista è anche imprenditore, una particolarità che, come si diceva prima, è anche una forza. L'imprenditore, secondo gli attuali concetti economici neoclassici ed utilitaristi, dovrebbe puntare sempre alla massimizzazione dei profitti. Invece, secondo i concetti espressi dalla nuova economia, l'imprenditore deve soprattutto tutelare la propria impresa, altrimenti rischia la distorsione dell'allocazione temporale dei domini che caratterizzano il ben-essere. È questa la nuova illuminata visione imprenditoriale (ispirata ai "vecchi" principi deontologici) che il dentista e le associazioni di categoria dovrebbero fare propria, garantendo in tale modo la tutela della salute delle persone, la professionalità ed il ben-essere dei dentisti.

Le politiche sanitarie economicistiche stanno imponendo la figura del terzo soggetto che si convenziona con il dentista. Spesso la convenzione prevede una tariffa concordata che inevitabilmente si trasforma in imposizione, come storicamente avvenuto in altre nazioni, dato l'asimmetrico potere contrattuale delle parti. Una tariffa imposta tiene relativamente conto dei costi. Ciò significa che per ottenere un onorario dignitoso occorre disinvestire nell'aggiornamento gestionale, culturale, materiale e strumentale e si deve accelerare lo svolgimento delle prestazioni o dedicare più tempo al lavoro. La conseguenza sarà da un lato il sacrificio del tempo dedicato ai beni relazionali o al consumo creativo e dall'altro la velocizzazione della cura, che può indurre più facilmente all'errore e dunque alla conflittualità fra medico e paziente. Velocizzare significa trascurare quello che può essere ritenuto superfluo poiché non legato all'atto tecnico: con questa visione l'attenzione dedicata alla relazione medico/paziente, non essendo un atto tecnico, dovrebbe essere considerata un atto superfluo! Velocizzare significa indurre stress negativo e dunque incidere sulla salute. Disinvestire nella professione significa ridurre la soddisfazione dal lavoro. Anche il nomenclatore imposto, il tempario e la maggiore burocratizzazione (forma di controllo sui medici e pazienti) che caratterizzano i convenzionamenti, possono indurre gli stessi condizionamenti e dunque compromettere il ben-essere. Il rischio è quello di creare un medico insoddisfatto della propria professione che adotta una medicina paradigmatica in vece di una medicina pragmatista. Il rischio è un aumento dei conflitti e dei contenziosi medico legali e dunque il prevalere di una odontoiatria di-

fensivistica. La sempre maggiore invadenza della medicina basata sulle prove di efficacia (Ebm), delle linee guida e dei protocolli terapeutici, rappresenta il segnale di questa trasformazione difensivistica.

Applicare i concetti per cui gli Ordini sono stati istituiti, ripresi dalla nuova economia, può evitare questa involuzione.

### 2.2.3.1 L'ECONOMICISMO NELLA SANITÀ

La scelta economicistica in sanità significa imporre e rendere prioritaria l'applicazione delle teorie economiche neoclassiche ed utilitaristiche. Essa nasce dall'esigenza di contenere i costi, ma in realtà genera problemi tanto nella sanità pubblica quanto nella sanità privata e ancor più nella sanità di tipo misto.

Un classico esempio di economicismo applicato alla sanità è rappresentato dai Drg (*Diagnosis Related Groups*). Essi sono stati introdotti in Italia circa quindici anni fa come un modalità di rimborso delle prestazioni ospedaliere per le quali gli ospedali e le cliniche convenzionate con il Ssn (Servizio sanitario nazionale) vengono remunerati sulla base del valore della prestazione per tipo di patologia anziché per i giorni di ricovero. Se lo scopo dei Drg era il risparmio economico per la collettività, c'è da dire che in macroeconomia si tratta di un autogoal per la induzione ad una maggiore spesa causata dal maggior numero di prestazioni erogate. Si ha un minor costo per unità, ma una maggiore spesa totale. Obiettivo dei Drg è quello di evitare ricoveri inutili, tuttavia in ambito diagnostico-terapeutico possono favorire la scelta di indagini e trattamenti legati a convenienze economiche piuttosto che all'utilità del malato. Questo, ovviamente, crea qualche problema.

L'economicismo in sanità ha assunto tanta importanza perché ritenuto necessario per il contenimento dei costi. Negli ultimi decenni si è assistito, a livello globale, ad un'esplosione della spesa sanitaria. E le previsioni non sono rosee. È dai primi anni cinquanta che il costo dell'assistenza sanitaria cresce con una percentuale ben maggiore rispetto a quella dell'indice dei prezzi. È stato dimostrato che l'ammontare di risorse che i Paesi Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) impiegano per i propri sistemi sanitari, cresce in maniera inesorabilmente progressiva. Nel 2002 la spesa sanitaria ha raggiunto, in media, un picco dell'8,5% del Pil e la spesa sanitaria annuale pro-capite è cresciuta in termini reali più velocemente, di quasi un punto percentuale, della crescita del reddito reale pro-capite (3,5% contro 2,8%). Un dato sul quale riflettere è la percentuale di spesa dedicata alla prevenzione, che notoriamente è il mezzo più efficace per tutelare la salute. A tal proposito, mentre nei paesi Ocse è destinato in media solo il 3% della spesa sanitaria, in Italia viene stanziato il 5%. Sorge il sospetto che anche in questo caso l'economicismo abbia influenzato ne-

gativamente la politica sanitaria perché la prevenzione è notoriamente una “tecnologia povera”.

I motivi che spiegano questo orientamento sono numerosi. C'è un aumento della domanda dovuta all'invecchiamento della popolazione, ma anche una importante induzione della domanda stessa (medicalizzazione e *disease mongering*). C'è un maggior costo delle tecnologie, maggiori possibilità diagnostiche e terapeutiche, ma ci sono anche sprechi, illeciti e aumenti di costi derivati dalla medicina difensivistica.

L'economicismo, che sia applicato alla sanità pubblica piuttosto che a quella privata o alla mista, oltre a non determinare un aumento della qualità e della quantità della salute, non riesce neppure a contenere i costi. Di pari passo, con l'aumento dei costi e degli investimenti, aumentano paradossalmente le denunce.

In ambito odontoiatrico emerge in maniera evidente l'applicazione delle teorie economiche neoclassiche ed utilitaristiche quando fra paziente e medico si inserisce un terzo soggetto. Il terzo soggetto ha spesso come scopo il profitto. In questi casi si stabiliscono degli accordi in termini di modalità di pagamento, tariffario, nomenclatore, tempario e burocratizzazione. Questa scelta determina la standardizzazione dell'atto medico imposta in nome dell'efficientismo. Standardizzare significa semplificare, negando la complessità che caratterizza la medicina. L'imposizione della procedurizzazione delle indagini diagnostiche e delle scelte terapeutiche priva il medico delle sue possibilità e capacità interpretative. Il medico rischia di perdere l'autonomia decisionale e con l'assunzione di responsabilità dei propri atti, ma senza autonomia, non si può fare buona medicina. Si determina anche un aumento dei conflitti d'interesse ed etici, una turbativa di mercato, la mercificazione della professione, la Iatrogenesi clinica. È un caso che i contenziosi medico legali caratterizzino soprattutto i medici che non sono appagati dalla loro professione? È un caso che in Spagna, a fronte del 10% di dentisti spagnoli che opera in centri cosiddetti “low cost”, il 70% delle denunce riguarda proprio i dentisti che lavorano in queste strutture? Un fenomeno analogo è stato descritto in Lombardia.

### 2.3 PERCHÈ LE MALATTIE DELLA BOCCA SONO MALATTIE SOCIALI?

È assodato che le malattie della bocca sono nella gran parte dei casi malattie dovute a carenze comportamentali. È dimostrato che la salute del cavo orale è legata alla scolarità: più è bassa la scolarità peggiore è la salute del cavo orale. La conseguenza è che la spesa pro capite dal dentista è maggiore per chi ha scolarità più bassa, e spesso chi ha scolarità più bassa ha minori possibilità economiche. Da indagini Censis effettuate nella Regione Lombardia si evidenzia che la quota di

persone che non si sono recate dal dentista a causa dell'impossibilità ad affrontare la spesa è appena il 6,4% del campione.

Da cosa è determinato questo tipo di comportamento? Evidentemente è in parte legato all'acquisizione della conoscenza. È dimostrato che la mancanza di conoscenza può determinare comportamenti errati. Questo rende ragione del fatto che quando si discute di vulnerabilità sociale, più che analizzare le fasce d'età o gli stati morbosi oppure il reddito, si dovrebbe misurare la conoscenza:

Il soggetto realmente vulnerabile è colui che non ha la conoscenza o che, appresa la conoscenza, non è in grado di applicarla.

Sono questi i soggetti che subiscono il "fascino" della visione economicistica della sanità. La salute è scambiata per merce e dunque si ricorre alle cure di chi offre il prezzo più basso quando dovrebbero essere altri i parametri da utilizzare per una scelta più conveniente.

In questo senso è interessante vedere l'evoluzione del Codice Deontologico nelle successive rivisitazioni: man mano si è data sempre più importanza all'informazione tra medico e paziente (ad esempio in riferimento al consenso informato) abbandonando di fatto la vecchia medicina paternalistica pur mettendo l'accento sui rischi di una medicina clientelare.

Queste sono considerazioni che comunque non dovrebbero sorprendere. L'epidemiologo Michael Marmot da quarant'anni sta dimostrando il legame che esiste fra i determinanti sociali e l'attesa di vita per valutare la salute di una popolazione. Egli ha dimostrato che la quantità e qualità della salute non dipendono dalla ricchezza (importante, ma non fondamentale oltre certi limiti) ma dal "capitale sociale" inteso come cultura e disponibilità di mezzi intellettivi necessari per poter essere critici e giudiziosi nelle scelte da fare per preservare la propria salute.

L'assistenza sanitaria svolge un ruolo importante sulla prognosi delle malattie, ma non sulla loro incidenza. Si è evidenziato che quando si valutano e si comparano i risultati dei sistemi sanitari in termini di longevità delle popolazioni di riferimento si vede come, tra i paesi industrializzati avanzati che garantiscono un accesso equo ai servizi, non esiste praticamente nessuna correlazione tra la spesa (e quindi le disponibilità di servizi e operatori), la speranza di vita e quindi la salute. Questo significa che per incidere efficacemente sulla salute delle persone bisogna programmare una politica sanitaria illuminata che investa soprattutto nei determinanti sociali della salute.

Lo stesso concetto, espresso con il termine di "capacitazione", è uno degli argomenti centrali del pensiero dell'economista Amartya Sen.

## 2.4 COSA CHIEDONO LE PERSONE QUANDO SI PARLA DI SALUTE?

Per rispondere si può trarre spunto dall'economia neoclassica e dalla cosiddetta "nuova economia del ben-essere".

L'economia neoclassica asseconda la scelta/comportamento del consumatore perché la ritiene, per principio, razionale e rivelatrice di una preferenza. Chi applica i concetti dell'economia neoclassica opera allo scopo di soddisfare la preferenza del consumatore prescindendo dalle motivazioni.

È opinione comune che il maggior contributo all'innalzamento della vita media sarebbe dato proprio dall'incremento dei servizi sanitari offerti. Per analogia, in ambito odontoiatrico dove la preferenza delle persone è avere una bocca sana, la scelta diventa quella di ottenere terapie preferibilmente a basso costo; ma non è così! Le persone, chiedendo terapie, non rivelano una preferenza, ma piuttosto esprimono una credenza (utilità attesa). Si tratta di un comportamento errato poiché dipende da un condizionamento.

Gli odontoiatri sono consapevoli che la tutela della salute è garantita da un percorso virtuoso che consiste nella prevenzione primaria, nell'intercettazione delle malattie e nelle terapie di qualità. Si può ragionevolmente sospettare che applicare in odontoiatria i concetti dell'economia neoclassica e dell'utilitarismo benthamiano non risolva i problemi di salute delle persone, ma li peggiori perché rischia di incrementare i fenomeni di iatrogenesi clinica, sociale e culturale.

Riassumendo: tentare da una parte di soddisfare la credenza e dall'altra di ricercare la massimizzazione dell'utilità fa sì che i protagonisti siano entrambi insoddisfatti e godano di minor salute e di minor ben-essere.

Per assicurare la salute si dovrebbe fornire quell'informazione efficace a garanzia di una conoscenza consapevole e condivisa che induce le persone ad un comportamento, in questo caso, razionale. Nel Canton Ticino un'esperienza durata un quarto di secolo ha dimostrato che l'informazione riduce la richiesta di indagini e terapie sanitarie senza ridurre la qualità e quantità della vita.

Precedentemente si è detto che le persone che hanno meno patologia e spendono dal dentista meno soldi pro capite, sono quelle a più alta scolarità. Queste sono persone che hanno ricevuto una corretta informazione odontoiatrica e che si recano regolarmente da un dentista virtuoso. Il dentista virtuoso è colui che:

- intercetta le malattie;
- rende consapevole il proprio paziente sull'importanza della prevenzione e lo responsabilizza;
- fornisce terapie solo quando necessarie e sempre di alta qualità, poiché sa che così facendo ottiene maggior soddisfazione dal lavoro, garantisce la durata delle cure, tutela la salute dei suoi pazienti, rafforza il rapporto fiduciario medico/pa-

ziente e riduce i conflitti ed i contenziosi medico legali. Questi aspetti accrescono anche il ben-essere del dentista.

Questo discorso trova una sua validazione nella revisione del Giuramento Professionale del febbraio del 2007, in cui si sottolinea l'importanza dell'alleanza terapeutica, un rapporto che vede medico e paziente mettersi in gioco anche dal punto di vista umano, superando così i limiti commerciali del c.d. contratto terapeutico.

### 3. CONFLITTI E CONTENZIOSI MEDICO LEGALI

#### 3.1 MOTIVI DELLA LITIGIOSITÀ

Tutto ciò fa apparire meno paradossale il fatto che, nonostante un indubbio miglioramento dello standard qualitativo delle cure, aumenti contemporaneamente il clima di litigiosità fra il paziente ed il medico. A parte l'incremento del malessere sociale, altre motivazioni sono:

- lo sviluppo scientifico che aumenta la prevedibilità del successo terapeutico riducendo la possibilità di giustificazione dell'errore;
- una sovrastima, spesso condizionata, del medico nella tecnologia, nella scienza e nelle proprie capacità personali;
- le false aspettative del paziente condizionato, cui consegue l'insoddisfazione della incorrispondenza tra attesa e risultato;
- un insuccesso nella comunicazione fra medico e paziente.

Cambia anche il modo giuridico di intendere il concetto di colpa professionale, e l'atto medico si trasforma da "relazione", unica e irripetibile, in "contratto" dal quale deriva una supposta obbligazione di risultato. Si deve inoltre registrare che a fronte di un'accresciuta tutela del diritto alla salute, il paziente iper-responsabilizza il medico e deresponsabilizza se stesso.

In tutto il mondo si assiste all'incremento dei contenziosi medico legali. È significativo notare come in Italia il fenomeno abbia subito una importante accelerazione dopo l'istituzione delle aziende sanitarie (Asl) previste dalla riforma sanitaria prevista dal D.lgs. n. 502/1992. Infatti, tra il 1994 e il 2006, secondo i dati dell'Ania (Associazione nazionale fra le Imprese Assicuratrici), il numero di denunce ai medici è aumentato da 3.222 a 11.959, mentre quello alle strutture sanitarie è salito da 6.345 a 16.424.

Le denunce sporte sono soprattutto a carico delle branche chirurgiche, anestesiologia/rianimazione compresa. Per l'odontoiatria, in assenza di dati certi, la percentuale in ambito civile sembra essere nell'ordine del 5% mentre in ambito penale dell'1%, valori nettamente inferiori rispetto alle altre discipline. Essendo l'odontoiatria una branca chirurgica, considerato l'altissimo numero di prestazioni odontoiatriche erogate in un anno e considerata la cronica campagna non

elogiativa dei mass media nei confronti degli odontoiatri, il dato del 5% è indicativo di un fatto: gli odontoiatri, nell'ambito del contenzioso medico legale, sono al momento una categoria medica privilegiata rispetto alle altre discipline.

Fabrizio Montagna ha analizzato un certo numero di dati riguardanti i conflitti e i contenziosi medico legali odontoiatrici avvenuti negli anni novanta in Gran Bretagna, Stati Uniti e Danimarca. Si evidenzia che, mentre i reclami sono in aumento, le richieste di risarcimento e le azioni legali sono in diminuzione. Egli rileva che in Italia non si è verificata la temuta "americanizzazione" del conflitto odontoiatra/paziente.

### 3.2 MEDICINA DIFENSIVISTICA

La medicina difensivistica è l'insieme delle attività mediche che sono indirizzate ad evitare l'imputabilità del medico. La medicina difensivistica conduce all'abdicazione del ruolo prioritario del medico: la cura del paziente. Per evitare l'imputabilità, il medico da un lato si de-responsabilizza eticamente e professionalmente e dall'altro si iper-responsabilizza giuridicamente. Si assiste alla "giuridizzazione" della medicina, aspetto che oramai la caratterizza profondamente. Ciò significa che l'attività medica è sempre più condizionata dalle norme giuridiche, sia nei rapporti con pazienti, strutture e associazioni, sia nelle modalità diagnostiche e terapeutiche. Inoltre con la medicina difensivistica aumentano i costi della sanità, giuridici e assicurativi, si rende inefficiente e inefficace il sistema sanitario e si espongono i pazienti a spese inutili e al rischio paradossale di un aumento dei danni.

Emerge un problema: l'appropriatezza dell'atto medico, così come previsto dal Codice di Deontologia Medica.

Paradossalmente, nonostante l'incremento della medicina difensivistica, i conflitti ed i contenziosi medico legali non si riducono.

### 3.3 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Durante i primi anni Ottanta, epoca in cui in Italia furono laureati i primi Odontoiatri, negli ospedali statunitensi comparvero i responsabili dei programmi di "clinical risk management" (*risk manager*). Questa esigenza derivò dalla consapevolezza che gli errori medici potessero essere causati non solo dalla scorretta pratica professionale, ma anche dalla malasanità. La gestione del rischio clinico, che ha la finalità di garantire la qualità, interviene nelle attività e nei processi di cura. Senza nulla togliere a quanto di positivo possa esserci nel controllo delle procedure, la ricerca dell'efficientismo preso in prestito dall'economia rischia di snaturare l'atto medico, illudendosi di risolvere i problemi della malasanità e della scorretta pratica professionale. I fattori della gestione del rischio clinico sono

convinti che l'autonomia professionale sia negativa perché connessa alla personalizzazione e all'incertezza delle cure, all'ambiguità delle conoscenze mediche e ai difetti dell'organizzazione. Per i sostenitori della gestione del rischio clinico quello che conta è il lavoro del team. Questo pensiero è in netta contrapposizione con l'idea che è la tutela dell'autonomia e della responsabilità del medico la via più virtuosa ed efficace per ottenere una buona sanità. La gestione del rischio clinico prevede la standardizzazione delle procedure mediche in una disciplina, come quella medica, caratterizzata dalla complessità. Un sistema complesso è costituito da tantissimi elementi che interagiscono fra di loro ed i comportamenti terminali non sono predicibili partendo dall'analisi dei singoli mattoncini che lo compongono. Significa che la sorpresa è sempre in agguato e per affrontarla serve, oltre alla libertà di scelta, il contributo del pensiero laterale (immaginazione, intuito, creatività). La volontà di ridurre i costi, il numero degli errori e dei contenziosi, ricercando il raggiungimento della qualità tramite percorsi precostituiti, è destinata al fallimento perché ben altre sono le motivazioni profonde dei due fenomeni. Il rischio è quello di generare una tecno-burocratizzazione della sanità, di accentuare la disumanizzazione della medicina, di ridurre lo spazio vitale del medico e di peggiorare la salute delle persone. Essa rende i medici dei meri esecutori invalidando i valori prioritari del medico: l'autonomia e la responsabilità. Ancora una volta si applicano alla sanità i concetti economici di efficientismo, ma la salute non è una confezione di pomodori pelati e la sanità non è l'impresa che li produce e li inscatola.

#### 3.4 MEDICINA PRAGMATISTA E PARADIGMATICA

La medicina difensivistica si avvale della medicina paradigmatica costituita dalle linee guida, dalla medicina basata sulle prove di efficacia e dai protocolli operativi. Piuttosto che pensare ad una medicina paradigmatica bisognerebbe proporre una medicina pragmatista dove le teorie, i valori ed i fatti sostituiscono i paradigmi. Nei fatti non esiste il paziente descritto dalle teorie, ma esiste il paziente reale che necessita dell'interpretazione del medico. In definitiva, non si tratta di contrapporre la conoscenza alla ragione, ma di sancire il primato del soggetto sul metodo tramite la conoscenza e la ragione. Questo non significa opporsi al metodo, che è imprescindibile, ma sostituire la "libertà dal metodo" con la "libertà nel metodo". Richard Smith, nella veste di direttore di una delle più importanti riviste mediche del mondo, il *British Medical Journal*, nel 1992 affermò nel suo editoriale:

Le situazioni che si possono basare su dimostrate prove di efficacia si attestano intorno al 15%. Tutto il resto è incertezza più o meno marcata.

Se per ridurre gli errori non è pensabile proporre precipuamente una metodologia induttiva ed analogica perché caratterizzate rispettivamente dalla probabilità e dalla possibilità del risultato, sarebbe invece auspicabile recuperare il concetto di abduzione. Con la modalità abduttiva, che è il ragionamento argomentativo in cui si trae il caso dalla regola e dal risultato, il medico non è obbligato ad una logica monotona come quella deduttiva ma utilizza la creatività per rivedere le conclusioni e quindi stabilirne la plausibilità.

### 3.5 MEDICALIZZAZIONE

Più di trent'anni fa Ivan Illich prefigurò la medicalizzazione della vita descrivendo i fenomeni di iatrogenesi clinica, sociale e culturale. La medicalizzazione della vita avviene quando la medicina sconfinava e viene applicata a campi che non le competono, spaziando dall'individuo al sociale. Oramai il processo di medicalizzazione ha permeato la società in una sorta di "cultura terapeutica" caratterizzata da un consenso dal quale deriva la necessità. Dalla necessità consegue la richiesta di una soluzione. La medicina, con le sue capacità diagnostiche e terapeutiche rappresenta la soluzione apparentemente più semplice per un problema complesso che andrebbe gestito diversamente. Si crea in tal modo una dipendenza che delega ai medici la soluzione di problemi che in realtà non sempre sono di loro competenza. Naturalmente, come succede quando la proposta della soluzione è inadeguata, le aspettative vanno spesso deluse. Si genera in tale modo un meccanismo che crea individui inetti, insicuri, insoddisfatti ed infelici.

In questo quadro avere come obiettivo il contenimento delle aspettative potrebbe essere utile per ridurre il contenzioso. Nel 1999, in un noto editoriale della prestigiosa rivista *British Medical Journal* il direttore Richard Smith scrisse:

La morte è inevitabile. La maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita. Gli antibiotici non servono per curare l'influenza. Le protesi artificiali ogni tanto si rompono. Gli ospedali sono luoghi pericolosi. Ogni medicamento ha anche effetti secondari. La maggioranza degli interventi medici dà solo benefici marginali e molti non hanno effetto. Gli screening producono anche falsi positivi e falsi negativi. Esistono modi migliori di spendere i soldi che destinarli ad acquisire tecnologia medico-sanitaria.

È chiaro che, se come sta accadendo, si affermerà il pensiero del dottor Knock\*, sarà inevitabile un aumento della conflittualità. Le persone hanno bisogno di una

---

\* Nel 1923 lo scrittore Jules Romains scrisse una commedia *Il dottor Knock e il trionfo della medicina* che raccontava dell'alleanza tra il nuovo medico del villaggio e il farmacista che induceva alla medicalizzazione di tutta la popolazione di quel villaggio che prima del suo arrivo si recava occasionalmente dal medico. Diceva Knock "un sano non è che un ammalato che non sa di esserlo".

trasformazione culturale che le conduca a (ri)considerare il fatto che sono inevitabilmente deteriorabili e che tutti hanno una data di scadenza. Le persone dovrebbero acquisire la consapevolezza che la medicalizzazione conduce all'infelicità ed alla precarietà perché porta ad essere sempre più "sanità-dipendenti" e sempre più esposti ad effetti collaterali.

Purtroppo si assiste ad una significativa accelerazione di sistematica medicalizzazione della società e della vita promossa dal marketing dell'industria con il sostegno dei media, dei professionisti della sanità e dei vari "guru" locali e nazionali di riferimento\* che soppianta la promozione della salute, che per definizione è una "tecnologia" povera. Ed essa si è talmente incuneata nella società moderna da essere richiesta dalle sue stesse "vittime". Forse è giunto il momento di affermare con forza che diagnosi e malattia si basano su delle convenzioni e che dunque come tali vanno (ri)definite. Un esempio della complessità dei termini, e di come vengono percepiti ed utilizzati, è rappresentata dalla definizione di malattia in inglese. *Illness* è la definizione di malattia quando percepita dal paziente. *Sickness* è la malattia come riconoscimento di una condizione patologica da parte dell'ambiente non medico che circonda il paziente. Infine *disease* è la definizione di malattia da parte del medico.

#### 4. DISCUSSIONE

Il prevalere delle politiche economicistiche sembra essere una delle principali cause che determina il clima di litigiosità fra medici e pazienti. Tradurre la gestione della sanità in criteri aziendali non sembra essere la via più efficace per tutelare la salute delle persone.

La moderna società dei consumi ha trasformato la salute in una merce e le persone perseguono il "bene" salute con le stesse modalità con le quali perseguono il soddisfacimento dell'acquisizione dei beni materiali di comfort. Poiché la salute non è una merce, le aspettative vengono spesso deluse e il disagio che ne consegue può essere una delle cause della tensione che si crea nel rapporto medico/paziente. Sarebbe conveniente considerare la salute come un bene creativo che, per essere goduto, ha bisogno di essere coltivato. Al contrario, stiamo assistendo ad un fenomeno dove l'azione di tutela della salute e del guarire inizialmente gestita dal soggetto, è passata nelle mani del medico per essere infine gestita da un ente impersonale.

Un'indagine effettuata da Eurisko sulla cultura e sulle pratiche sanitarie dei cit-

---

\* Un esempio: come un disturbo come la stipsi diventa condizione invalidante. Antonino Michienzi, Campagna nazionale per la diagnosi e la cura di emorroidi e stipsi: non va bene. Visto il 7 novembre 2008 su: [http://www.partecipasalute.it/cms\\_2/node/971](http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/971)

tadini italiani dal 1993 al 2002, ha mostrato da una parte una maggiore consapevolezza della salute come bene prioritario, ma dall'altra una minore attenzione nei riguardi dell'importanza degli stili di vita e del comportamento per tutelare la salute. Stiamo assistendo al fenomeno della delega, in cui aumenta la richiesta d'indagini diagnostiche anche in assenza di disturbi, e di terapie. Gli italiani attribuiscono sempre più importanza alla medicina e alla fortuna, e nel contempo aumenta il consumo di farmaci. L'indagine evidenzia che i cittadini italiani non sembrano essere consapevoli della relatività delle risorse economiche quando affermano che non intendono rinunciare ai livelli di consumo acquisiti. Per costruire un diritto alla buona salute serve la conoscenza condivisa e consapevole, assicurata da un'informazione efficace, e serve il perseguimento di un percorso virtuoso che realizzi quella complicità medico/paziente utile a ri-legittimare la figura del medico, oramai mortificato da attenzioni mediatiche e giudiziarie non sempre giustificate. Il diritto alla buona salute richiede anche una maggiore autocoscienza ed una maggiore autodisciplina. In altri termini, le persone dovrebbero (ri)scoprire e fare proprio il concetto della corresponsabilizzazione nella costruzione del diritto alla salute, aumentando l'autodeterminazione e riducendo la delega.

La grande criticità del settore odontoiatrico è legata fundamentalmente a due domande:

- 1) perché tanta richiesta di cure?
- 2) perché così costose?

Si può sinteticamente rispondere che le carenze comportamentali possono sia causare la malattia sia richiedere tardivamente una visita dal dentista, il quale sarà costretto ad eseguire terapie più complesse e dunque costose. Ne deriva che la tutela della salute dei cittadini dovrebbe seguire il "percorso virtuoso":

- a) informare efficacemente come la salute della bocca sia importante per tutelare la salute in generale e dare importanza agli stili di vita e ai comportamenti;
- b) informare efficacemente com'è facile e poco costoso raggiungere questo stato di benessere intervenendo in tempo utile tramite l'intercettazione precoce;
- c) informare efficacemente che il criterio economicistico del "miglior offerente" legato alla riduzione dell'onorario non sempre rappresenta la scelta più conveniente per tutelare questo bene. Occorre dare qualità e giusto valore alla parcella.

Serve ridefinire il profilo sociale del medico. La formazione del medico è sempre più votata all'abilità della produzione e dunque della crescita del Pil. Esiste un'asimmetria formativa che privilegia l'aspetto tecnico/scientifico a discapito di quello umanistico. Nello stesso tempo il medico subisce il condizionamento al consumo di comfort, generando un insidioso conflitto d'interessi. Ne risulta che trop-

po spesso il medico è più attento all'aspetto retributivo della sua professione e meno a difendere l'autonomia e la responsabilità.

Il medico è oltremodo concentrato sul "come fare" piuttosto che apprendere le ragioni profonde del "perché fare". In realtà non sempre il "possibile fare" corrisponde al "necessario fare" e questo aspetto va discusso con il paziente. C'è chi intravede nell'approccio prevalentemente analitico e riduzionistico della medicina occidentale una delle cause della perdita del rapporto fiduciario medico/paziente. È necessario evitare le contrapposizioni tra i metodi e ricercare un giusto equilibrio che riavvicini il medico alla medicina sintetica ed olistica, acquisendo la capacità di guardare soprattutto al malato e non solamente alla malattia, integrando l'approccio molecolare e quello sistemico. Se, com'è plausibile pensare, la medicina è un'arte di mimesi scientifica votata alla ricerca dell'errore e caratterizzata dall'incertezza, pensare di inquadrarla rigidamente in percorsi predeterminati, rappresenta una operazione di semplificazione estremamente pericolosa. L'atto artistico richiede immaginazione, concentrazione, spirito di sacrificio, libertà, attività e condotte non routinarie. Serve una testa che sappia ragionare piuttosto che riempire le teste delle persone. Sarebbe auspicabile che i medici aderissero con maggiore entusiasmo ad una politica sanitaria di tipo culturale pensando più alla salute che non ai servizi. Tutto questo potrebbe salvare il medico dalla crescente delegittimazione sociale alla quale è andato incontro negli ultimi decenni.

Un aspetto rilevante nel rapporto medico/paziente è il valore del tempo. Nella società consumistica il tempo è stato (ri)definito. In nome dell'efficienza la velocizzazione è divenuta un imperativo. In medicina il tempo trascorso a parlare con le persone sta diventando una "perdita" piuttosto che una "risorsa". In medicina viene utilizzato sempre di più il concetto di produttività, che si misura in base al numero di prestazioni eseguite. Ma l'uomo, per la sua finitezza, così come non è in grado di gestire la tecnologia oltre certi limiti, così non è in grado di gestire la velocizzazione se non a rischio suo e del prossimo. Dedicare meno tempo ai pazienti può indurre ad errori di diagnosi e terapia, ma anche alla perdita del rapporto fiduciario medico/paziente. Spesso il contenzioso riguarda più la terapia effettuata che non l'errore di diagnosi, ma è proprio il poco tempo dedicato al momento diagnostico che spesso rappresenta la vera causa dell'errore che poi si manifesta nell'atto terapeutico. Prendersi il "giusto tempo" non solo favorisce la riflessione, ma è elemento indispensabile per dedicarsi al nostro prossimo. Un esempio: una ricerca ha dimostrato che i chirurghi potrebbero dimezzare il numero di contenziosi semplicemente allungando di qualche minuto il tempo dedicato ai pazienti.

La salute è qualcosa di molto più complesso rispetto a quell'algorithmo che pre-

vede la distribuzione di diagnosi e terapie. Chi fa politica sanitaria tiene realmente conto di tutta questa complessità? L'attuale sistema sanitario nazionale, così come è strutturato, è in grado di affrontarla e gestirla? Se da un lato il paziente "esigente" deve essere messo nelle condizioni di confrontarsi con il medico, dall'altro anche il medico deve essere messo nelle condizioni di essere professionale, responsabile e autonomo. Per favorire la relazione bisogna fornire la possibilità ad entrambi di esercitare l'asseribilità: significa dare spazio a quanto viene espresso dall'esigente e dal medico e che quanto espresso sia determinante nella politica di gestione della sanità. In realtà, purtroppo, la denuncia del medico che accusa l'eccesso di linee guida, di protocolli, di carte da riempire, del poco tempo che può dedicare ai pazienti, fattori che raccontano del disagio e del rallentamento della crescita professionale, resta inascoltata. Sempre più gli esigenti ed i medici sono preda di una gestione eteronoma e la scelta del medico appare eteroguidata: c'è chi decide quando fare, cosa fare, come fare e quanto fare. Sembra di assistere al ritorno della medicina paternalistica, ma con una sostanziale differenza: un tempo il "padre" era il medico nei confronti del "figlio paziente", ora è "l'istituzione padre" nei confronti dei "figli pazienti e medici". Pertanto è necessario ridurre il rapporto di sudditanza dei protagonisti nel riguardo delle istituzioni condizionate dai poteri economici.

## 5. CONCLUSIONE

Il Pil di una nazione è uno degli strumenti utilizzati per misurare la ricchezza prodotta dalla sua economia. Fino ad oggi le politiche economiche delle nazioni hanno avuto come obiettivo prioritario l'incremento del Pil. A giudizio di molti economisti si tratta di uno strumento dell'economia neoclassica che si è rivelato insufficiente poiché calcola solo il reddito che passa attraverso il mercato e non considera l'aspettativa di vita, l'ambiente, l'educazione e la socialità. In altri termini all'economia neoclassica viene rimproverato il fatto di non tenere in conto del reale livello di ben-essere delle persone e della società. Applicare l'economicismo alla sanità significa ignorare gli aspetti più importanti del ben-essere ed indurre al consumo a discapito dell'agire.

Sono queste esattamente le ragioni che hanno suggerito l'istituzione degli Ordini dei Medici, organi ausiliari dello Stato nati per tutelare la salute del cittadino e quei professionisti che quella salute la tutelano. È interessante notare come molti ultimamente, in ossequio all'imperante legge del libero mercato, chiedano a gran voce la chiusura degli Ordini.

Così facendo, l'attuale politica sanitaria dei paesi occidentali crea insoddisfazione e provoca alcuni comportamenti in ambito sociale e sanitario che possono determinare un aumento dei conflitti e dei contenziosi medico legali. In tal modo

si può intendere il contenzioso medico legale come una moderna forma di autentico conflitto sociale.

Acquisire e fare propri i nuovi concetti del ben-essere può essere lo stimolo per apportare modifiche alla gestione dell'attività dello studio dentistico, con un'allocazione temporale equilibrata dei domini che lo caratterizzano e può essere un'utile informazione per chi dovesse trovarsi nella situazione di programmare delle scelte per il futuro della professione.

Purtroppo le modalità con cui si tenta di arginare, con invero poco successo, l'incremento dei conflitti e contenziosi medico legali riflettono scelte di tipo difensivistico ed hanno il limite insito nel concetto di proscrizione, restrizione e prescrizione. Si tratta di un approccio nel quale prevale una visione poco fiduciosa nel prossimo, perché non ci si preoccupa di raggiungere qualcosa di "buono", ma di evitare il peggio.

È doveroso citare una frase di Ivan Cavicchi che, traslando il pensiero universale di Voltaire nel campo medico, scrive:

Essere buoni, coscienti, bravi e gentili, in medicina, non è qualcosa che rientra nello schema del "dare e avere" o in quello dei formali doveri professionali. Per fortuna esistono dentro di noi motivazioni più profonde, che hanno a che fare con l'appartenenza ad una civiltà, ad un'etica, a degli ideali umanitari che ci fanno ritenere che se aiutiamo le persone è proprio perché le vogliamo aiutare e sentiamo il bisogno di farlo.

L'essere umano è incompleto e la felicità risiede nel cercare la completezza. La completezza risiede nella realizzazione del sé e nel reciproco riconoscimento dell'altro. Per realizzare questa aspirazione e per confrontarsi con un paziente esigente che sia più consapevole, occorrono delle politiche economiche e sanitarie illuminate che agiscano prioritariamente sulla ricerca del ben-essere.

Serve una diversa narrazione dei fatti. Occorre (ri)definire i soggetti ed i concetti e (ri)descrivere la realtà. I soggetti e i concetti da (ri)definire sono il paziente (esigente), il medico (auto-re), il terzo soggetto, il benessere, la salute, la malattia, la medicina, la sanità.

In altri termini, serve un cambiamento dei paradigmi in analogia a quanto avviene in ambito scientifico. Questo progetto corrisponde alla narrazione di Thomas S. Kuhn quando descrive la struttura dell'evoluzione scientifica: essa avviene tramite rivoluzioni alle quali segue la costruzione della scienza, mattoncino dopo mattoncino, in attesa della nuova rivoluzione scientifica. Affinché tutto ciò accada serve una crisi, ed è quello che sta accadendo all'economia e alla sanità. Serve, per una "rivoluzione lenta" in economia e sanità, scoprire l'argomento arbitrario che giustifica il paradigma vigente e che corrisponde al "grande ingan-

no” descritto da Adam Smith. Serve inventare e proporre un nuovo paradigma che è rappresentato dal concetto di ben-essere. Serve un nuovo paradigma “più elegante, più adatto, più semplice” di quello vecchio, che sappia rispondere alle esigenze. E serve qualcuno che sappia sostenere un nuovo paradigma, sopravanzando su quelle che sono le naturali resistenze dell’uomo al cambiamento.

In conclusione, occorre che il medico (ri)scopra il suo ruolo sociale di maestro di educazione sanitaria ed eviti di essere trasformato in venditore di prestazioni sanitarie. È solo con questa nobiltà di intenti che il medico potrà (ri)legittimarsi di fronte alla società cui appartiene.

### BIBLIOGRAFIA

Tzvetan Todorov, *La vita comune. L’uomo è un essere sociale*, Nuova Pratiche Editrice, Milano 1998.

Fondazione Zoè, Giusi Venuti, *La comunicazione della salute: un manuale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.

Ivan Cavicchi, *L’uomo inguaribile*, Edizioni Riuniti, Roma 1998.

Victoria De Grazia, *L’impero irresistibile*, Editore Giulio Einaudi, Torino 2006.

Zygmunt Bauman, *Consumo, dunque sono*, Editori Laterza, Bari 2008.

Giorgio Cosmacini e Roberto Satolli, *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*, Editori Laterza, Bari 2003.

Ivan Cavicchi, *Autonomia e responsabilità*, Edizioni Dedalo, Bari 2007.

Richard Wilkinson e Michael Marmot, *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*, Edizione Provincia Autonoma di Trento Assessorato alle Politiche alla Salute, Trento 2006.

Marcello Crivellini, *Sanità e salute: un conflitto d’interesse*, Editore Franco Angeli, Milano 2004.

Amartya Sen, *Lo sviluppo è libertà*, Arnoldo Mondadori Editrice, Milano 2001.

R. Moynihan, D. Henry (2006), *The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action*, PLoS Med 3(4): e191. doi: 10.1371/journal.pmed.0030191 Published: April 11, 2006.

Luigino Bruni, *L’economia, la felicità e gli altri*, Editore Città nuova, Roma 2004.

Tzvetan Todorov, *Lo spirito dell’illuminismo*, Edizione Garzanti, Milano 2007.

Edgar Morin, *I sette saperi necessari all’educazione del futuro*, Editore Raffaello Cortina, Milano 2001.

Luigino Bruni e Pier Luigi Porta, *Felicità ed economia*, Edizione Guerini e associati, Milano 2006.

Noam Chomsky, *Due ore di lucidità*, Baldini Castoldi Dalai Editore, Milano 2005.

Richard Sennett, *Rispetto*, Edizione Il Mulino, Bologna 2004.

- Bruno S. Frey e Alois Stutzer, *Economia e felicità*, Edizione Il Sole 24 Ore, Milano 2006.
- Furedi Frank, *Il nuovo conformismo*, Milano 2008.
- Daniel Kahneman, Alan B. Krueger, David Schkade, Norbert Schwarz, Arthur A. Stone, *Would You Be Happier If You Were Richer?*, in *Science* 30 June 2006: Vol. 312. no. 5782, pp. 1908 - 1910 DOI: 10.1126/science.1129688
- Betsey Stevenson & Justin Wolfers, 2008, *Economic Growth and Subjective Well-Being: Reassessing the Easterlin Paradox*, CESifo Working Paper Series CESifo Working Paper No., CESifo GmbH.
- Bertrand Russel, *La conquista della felicità*, Edizioni TEA, Milano 2007.
- Tibor Scitovsky, *L'economia senza gioia*, Città Nuova Editrice, Roma 2007.
- Richard Sennett, *La cultura del nuovo capitalismo*, Edizione Il mulino, Bologna 2006.
- Ivan Illich, *Nemesi medica*, Editore Bruno Mondadori, Milano 2004.
- Charles Wright Mills, *Colletti bianchi*, Edizioni di Comunità, Torino 2001.
- Sennett Richard, *L'uomo artigiano*, Editore Feltrinelli, Milano 2009.
- Richard Easterlin A., *Per una migliore teoria del benessere*, in *Felicità ed economia*, Editore Guerini e associati, Milano 2006.
- Daniela Minerva, *La fiera della sanità*, Editore Rizzoli, Milano 2009.
- Gianfranco Domenighetti, *Il mercato della salute*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1999.
- Ivan Cavicchi, *Il pensiero debole della sanità*, Edizioni Dedalo, Bari 2008.
- Fabrizio Montagna, *Testo atlante di odontoiatria legale*, Edizione Masson, Milano 2005.
- Roji Leopoldo Bárcena, *Dentistas, Revista de opinión de la Organización Colegial* marzo 2008.
- Marco Scarpelli, *Giornale dell'odontoiatra*, GdO n°13 del 30 settembre 2007.
- D. Kessler et al., *Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA*, in *Lancet* 2006; 368: 240–6.
- D.M. Studdert, M.M. Mello, W.M. Sage et al., *Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment*, in *JAMA* 2005; 293:2609-17.
- Giacomo Delvecchio, *Decisione ed errore in medicina*, Editore Centro scientifico, Torino 2005.
- Richard Smith. *The ethics of ignorance*, in *Journal of medical ethics* 1992; 18: 117-118.
- Rorty Richard, *Un'etica per i laici*, Editore Bollati Boringhieri, Torino 2008.
- D. Minerva, G. Sturloni, *Di cosa parliamo quando parliamo di medicina*, Edizioni Codice, Torino 2007.
- Sabrina Grimaudo, *Difendere la salute*, Edizione Bibliopolis, Palermo 2008.
- Charles Fishman, *Effetto Wal-Mart*, Edizione Egea, Milano 2006.
- “From Jerusalem to Jericho”: *A study of situational and dispositional variables in helping behavior*. Darley, John M.; Batson, C. Daniel. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 27(1), Jul 1973, 100-108.

- Gunther Anders, *L'uomo è antiquato*, Editore Bollati Boringhieri, Milano 2003.
- Thomas S. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Editore Einaudi, Torino 1999.
- Stefano Zamagni, *Avarizia*, Editore Il Mulino, Bologna 2009.
- Hannah Arendt, *Vita activa*, Edizione Bompiani, Milano 2008.
- W. Levinson, D. L. Roter, J. P. Mullooly, V. T. Dull and R. M. Frankel, Department of Medicine, Oregon Health Sciences University, Portland, USA, *Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*, in *JAMA* Vol. 277 No. 7, February 19, 1997.

## RINGRAZIAMENTI

Il Comitato Centrale della Fnomceo, nel ringraziare gli Autori dell'Opera per il loro appassionato impegno e per l'alto profilo di competenze espresso, manifesta altresì la propria gratitudine a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione del volume. In particolare ai componenti il Comitato per la celebrazione del Centenario della costituzione degli Ordini, il Gruppo di lavoro *Area della comunicazione* e il personale della FNOMCeO.

Un ringraziamento particolare al vicepresidente Fnomceo Maurizio Benato, al direttore Bruno Bugli e a Sesto Francia.

## COMITATO PER LA CELEBRAZIONE DEL CENTENARIO DELLA COSTITUZIONE DEGLI ORDINI

Graziano Conti  
Luciano Fattori  
Arcangelo Lacagnina  
Vito Sileo

## GRUPPO DI LAVORO *AREA DELLA COMUNICAZIONE*

Cosimo Nume *Coordinatore*  
Giancarlo Aulizio  
Bartolomeo Griffa  
Raffaele Iandolo  
Alessandro Innocenti

# Indice

Per un nuovo professionalismo medico fondato sulla alleanza terapeutica AMEDEO BIANCO .....	5
La salute nella Costituzione italiana GIOVANNI MARIA FLICK.....	13
Evoluzione storica del diritto alla salute GAVINO MACIOCCO .....	37
Gli ospedali e i medici ospedalieri: dalle Istituzioni Pubbliche di Beneficenza del 1890 alle Aziende del Ssn del 2010 ELIO GUZZANTI .....	65
Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali NICOLA FALCITELLI .....	87
La politica professionale e la legislazione sanitaria. 1859-1978 MARCO SORESINA.....	109
Il riconoscimento pubblico della professione: la costituzione e la ricostituzione degli Ordini dei medici MARIA MALATESTA .....	127
Società e professione nel Novecento GIOVANNA VICARELLI .....	149
L'atto medico tra il paradigma della malattia e il paradigma della salute IVAN CAVICCHI .....	171
L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento MARA TOGNETTI BORDOGNA .....	191
Etica medica e bioetica in cento anni di professione SANDRO SPINSANTI.....	223
Il rapporto duale e la Medicina Sociale. ARMANDO MUZZI E AUGUSTO PANÀ.....	237
La deontologia dai Galatei ai Codici deontologici PAOLO BENCIOLINI .....	261
Tra necessità e consuetudine: per una storia del Giuramento medico DONATELLA LIPPI.....	289
Paradigmi di medicina, e modelli di sanità nell'Italia del Novecento GIORGIO COSMACINI .....	313
La formazione medica fino alla tabella XVIII VITO CAGLI .....	329
La formazione del medico dalla tabella XVIII ai nostri giorni FRANCO DAMMACCO E GIOVANNI DANIELI .....	355
Odontoiatria: la sfida dell'integrazione VALERIO BRUCOLI .....	369
Cento anni di storia dell'Ordine dei Medici: dal passato una prospettiva per il futuro NICK SANDRO MIRANDA .....	375