

L'atto medico non si esaurisca nella stesura dei protocolli o delle linee guida

La prima giornata del convegno, organizzato in occasione del Centenario degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, ha preso il via con l'intervento del Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Parma.

di Tiberio D'Aloia

La storia degli Ordini

Ricorre quest'anno il centenario della legge 445 del Luglio 1910 varata dal governo Giolitti che riconosceva agli Ordini dei Sanitari il diritto di esistere con il compito di governare sul corretto esercizio della professione medica, tenere gli albi, combattere l'abusivismo medico.

Si concluse così un periodo storico che aveva preso le mosse dalle corporazioni medievali per giungere ad un organismo ufficializzato con quel disegno di legge.

Non fu comunque facile nemmeno la successiva vita degli Ordini.

Ricordiamo per esempio la scomparsa degli Ordini a favore del Sindacato Medico Fascista durante il Ventennio, qualcuno a dire il vero ha pensato di far sparire gli Ordini dei Medici anche dopo il Ventennio (*Similia similibus*).

Durante la prima metà dell'Ottocento la difesa degli interessi economici fu uno dei bisogni primari che spinse medici, chirurghi, veterinari e farmacisti a riunirsi in società di mutuo soccorso.

La metà circa dei medici erano medici condotti assunti dal municipio per periodi limitati per le cure dei poveri, medici retribuiti con stipendi molto bassi, inferiori a quelli degli altri impiegati comunali.

Sorsero le società di mutuo soccorso e a Parma ne nacque una nel 1844 per Medici e Chirurghi, Veterinari di prima classe,

Farmacisti e Flebotomi.

Lo scopo fu quello di raccogliere dagli iscritti un piccolo fondo per aiutare gli iscritti bisognosi.

Oltre alla tassa di ammissione stabilita in uno scudo romano, i soci avevano l'obbligo di versare annualmente "scudi due e bajocchi quaranta romani". Lo stipendio annuo di una condotta nel 1842 era di 150 scudi.

A parte le cure gratuite per i bisognosi, le visite a pagamento variavano tra i 5 e 50 bajocchi.

Le primitive associazioni dei medici si proponevano inoltre di tutelare i valori fondamentali della professione nonché di vigilare sia sulla correttezza nello svolgimento della prestazione professionale che sull'aggiornamento.

Intendevano difendere anche la dignità professionale davanti alle autorità, ai corpi amministrativi, alle Associazioni Costituite, al Pubblico ed ai sanitari stessi e risolvere le eventuali divergenze che potessero insorgere nell'esercizio pratico".

Nasce a Sassari il primo ordine professionale seguito poi man mano dalle altre province italiane.

Dal libro a cura di Banzola-Farinelli-Spocci "Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma", capitolo a cura di Luisella Brunazzi Menoni sull'Ordine dei sanitari a Parma fra '800 e '900 si estraggono le prime documentazioni: "Un esempio da imitare": così la Gazzetta di Parma del 21 marzo 1899 titolava un articolo



di prima pagina dedicato alla benefica attività nel campo della salute e dell'assistenza dell'Ordine dei Sanitari che stava per compiere un anno di vita. Il consiglio dell'Ordine era formato da dodici membri che prestavano opera gratuita; avrebbe compilato un Regolamento interno e un elenco ufficiale annuale dei Sanitari della Provincia; si sarebbe riunito in seduta ordinaria nella prima settimana di ogni mese e in tutti i casi ritenuti urgenti. Ogni anno sociale incominciava il 1° luglio con un'Assemblea generale ordinaria dei soci per il rinnovo delle cariche sociali.

Il 1° verbale scritto a mano, redatto a Parma, risale al 28 giugno 1912.

Da un successivo verbale del 28 luglio 1912 anch'esso scritto a mano traspare - cosa singolare ma di grande valore non solo etico - la necessità di condividere, già da allora, i verbali di provincie lontane come Caltanissetta e Padova.

C'era nei fondatori un grande spirito di vicinanza e di raccordo che esprimevano l'unità del paese e una condivisione del "bonum".

Gli Ordini ai giorni nostri

Oggi più di un tempo gli Ordini, quali Enti di Diritto Pubblico, Organi Ausiliari dello Stato svolgono una funzione di garanzia nei confronti dei cittadini relativamente alla qualità, indipendenza, appropriatezza ed efficacia delle attività professionali mediche ed odontoiatriche.

Le loro finalità e competenze sono attestate a livello nazionale attraverso il riconoscimento ed il coinvolgimento nei principali organismi di progettazione, anche se ancor oggi resta molto da fare per avere una reale effettualità.

Se a livello nazionale il coinvolgimento è più manifesto è carente la considerazione dal punto di vista legislativo a livello regionale e provinciale, ove non si ha allo stesso modo da parte degli Ordini dei medici la possibilità di partecipare al governo della salute nonostante la massa di informazioni che pervengono al nostro osservatorio utili per chi detiene il timone della sanità.

Sono leggi dello Stato ed indirettamente dei cittadini, così è.

Oggi gli Ordini necessitano certamente di una regolamentazione più moderna che superi la normativa obsoleta che li regola da 100 anni, che tenga conto dei mutamenti intervenuti nella professione a livello tecnico scientifico, deontologico e giuridico, essendosi ampliato notevolmente il ruolo e l'ambito di competenze della professione.

Auspichiamo una normativa più aderente alla realtà attuale, che conferisca agli ordini la capacità di rispondere alle attese sia della categoria che della società e che tenga quindi conto delle talora



difficili e dolorose posizioni che anche nel recente passato siamo stati chiamati a prendere e che spesso hanno diviso il paese (vedi bioetica). *È necessario ridefinire un ruolo dell'Ordine che lo difenda anche da quella erosione di spazi professionali in atto da lungo tempo e che oggi lo tuteli maggiormente di fronte alla ventilata volontà di creare nuovi Ordini e Collegi Professionali.*

Il ruolo del medico e quello delle altre professioni sanitarie

La legislazione ha generato 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia nell'ambito delle proprie competenze ma che, nei processi clinico assistenziali e preventivi, intercettano le competenze dei medici, i quali già si confrontano con altre professioni che hanno da tempo un ruolo consolidato nelle attività e nelle organizzazioni sanitarie. Questo insieme di vecchie e nuove professioni operanti in ambito sanitario esercita una forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica ed odontoiatrica non coerentemente con il possesso di un obiettivo e specifico profilo di competenze esclusive.

Esiste quindi una forte necessità di chiarimento delle reciproche competenze per far sì che da questa attuale confusione non si generi un danno alla tutela della salute dei cittadini, bene primario che dovrebbe fungere da costante criterio guida quando si vogliono operare scelte riorganizzative delle prestazioni sanitarie. Nel contesto di una tempistica dell'atto sanitario sempre più ridotta, di fronte ad una sanità che sempre più si affida alla tecnologia e al lavoro in équipe, obbligata sempre più alla collaborazione con altre professionalità, in una gestione complessa con numerosi responsabili dell'assetto organizzativo, nella quale è oltremodo facile che si verifichino incomprensioni fra i medici e fra medici e altri professionisti sanitari, avvertiamo la necessità di una ridefinizione giuridica e tecnico-professionale dell'atto medico e del profilo di competenze del medico e delle altre professioni sanitarie.

Non possiamo certo ritenere che l'atto medico si esaurisca nella stesura dei protocolli o delle linee guida. Questi sono da ritenersi mezzi applicativi del sapere medico e non fini, e certo non possono essere applicati tout court da personale sanitario non medico. Non ci preoccupa ovviamente una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze che è invece auspicabile, né abbiamo una pregiudiziale ostilità a modelli flessibili di assistenza, ma siamo invece preoccupati che si possa fare un uso opportunistico e troppo disinvolto delle competenze, al mero fine di arrivare a organizzazioni meno onerose dei servizi sanitari.

Il Convegno allora è nato dalla necessità di ribadire l'atto medico, il ruolo del medico, il ruolo delle altre professioni sanitarie e l'obbligatorietà di stretta collaborazione fra le tutte le figure implicate nella cura del paziente. Non possiamo più subire ma dobbiamo progettare il futuro della sanità insieme.



Non è una questione di difesa della professione, ma di affidamento dei pazienti in mani competenti

La seconda tavola rotonda si è articolata intorno al tema "La professione medica alla ricerca di un ruolo definito e di una mansione propria nella caratterizzazione dell'atto medico".

RELAZIONI

Lo strumento/scienza e lo strumento/economia siano sempre guidati dalla mano di una coscienza ispirata

di Valerio Brucoli

Componente della Cao nazionale, del Comitato Centrale e Componente della Consulta Deontologica della Fnomceo

Sono contento di intervenire a un incontro di festeggiamento per il centenario dell'Ordine dei Medici con lo stimolante compito di proporre una riflessione sulla professionalità medica oggi.

Un oggi un po' disorientato e disorientante che però aiuta, se lo si vuole capire meglio, analizzarlo alla luce di questo secolo di evoluzione della professionalità medica.

Un secolo è un tempo infinito se pensiamo ai progressi, vertiginosi, della tecnologia. Se questa ha permesso sviluppi prima impensabile, bisogna anche dire che non si è sempre accompagnata ad una evoluzione altrettanto vertiginosa dell'animo umano.

Mi riferisco a quell'etica del rispetto tra persone tutt'altro che scontata in una società in cui impera una globalizzazione basata sull'interesse economico. Come dire che, la sempre maggior necessità di interazioni richiesta dal mercato mondiale, non rispetta dovutamente altri tipi di interazioni, a partire da quelle etiche e culturali.

Un problema che sta alla base di tanti squilibri e che è forse la ragione prima della crisi che stiamo vivendo.



«Quella che sembra venga messa in dubbio è la centralità del rapporto umano medico/paziente (essenza della tradizionale "mission") a favore di una prestazione considerata come somma di servizi forniti da figure professionali diverse»

È una riflessione generale che, trasferita nell'ambito della Medicina (o meglio della Sanità) si traduce nello scontro tra due modelli differenti: uno di tipo economicista che mette al centro la "prestazione", il servizio, e l'altro, quello tradizionale, che mette al centro la cura della persona, il rapporto. Due modelli che pre-

vedono ruoli molto diversi per il Medico.

Un problema che non è di oggi, se proprio cento anni fa, per reazione a certe correnti di pensiero di qualche anno prima (secondo cui il miglior modo di regolare i rapporti umani era quello economico) si decise di creare gli Ordini per difendere settori sociali "delicati" dallo strapotere del danaro.

Credo sia utile ripensare alle ragioni più profonde di quella scelta perché, probabilmente, è anche l'aver relativizzato l'importanza di qualche passaggio che ci ha portato alla situazione di oggi.

Per prima cosa bisogna individuare il cuore del modello tradizionale: verrebbe da dire "la tutela della salute", che però è l'obiettivo di ogni sistema, i quali si differenziano più che altro sul come la garantiscono (su come affrontano organizzativamente la malattia o, meglio, assicurano il benessere).

In pratica parliamo dell'organizzazione della Sanità, una volta coincidente con la Medicina, come era ai tempi dell'istituzione degli Ordini, il cui compito sociale più importante è rimasto quello di essere depositari di un ben preciso codice di comportamento. È l'Ordine allora il cuore del modello? No, anche se su questo punto è facile fare confusione, soprattutto in un momento in cui si parla di riforma degli Ordini e delle Professioni, e dei loro reciproci rapporti (se la riforma degli Ordini comprenda anche quella delle Professioni o viceversa).

In realtà entrambi sono supporti del modello: quando si parla di professioni (più precisamente di professioni intellettuali garanti di interessi collettivi, oltre che di parte, da distinguere dalle altre professioni autonome) si parla della cornice al cui interno inserire il quadro, una cornice che comprende il modo di intendere problematiche generali come ad esempio la pubblicità, le tariffe, le forme organizzative societarie e così via.

Gli Ordini li possiamo considerare la tela e i colori del quadro, la cui qualità è un elemento importante per l'immagine finale; ricomprendono anche il Codice Deontologico, le regole per stendere l'immagine di quel modello.

Questa rappresentazione è la "mission" medica, il cuore del modello, cioè il modo tradizionale di intendere la Medicina e quel Medico oggi disorientato alla ricerca di un proprio ruolo definito, di una propria mansione.

Il Giuramento Professionale ci dice in cosa consista la "mission" medica: la sintetizzerei nell'aver l'animo predisposto verso le persone, presupposto per una loro presa di carico e per la creazione del binomio medico-paziente. Un discorso che, se avessimo tempo, sarebbe da estendere alla formazione e allo spazio da lasciare all'insegnamento di principi che per avere significato dovrebbero essere trasformati in emozioni positive: solo il sentimento può dare valenza ad un modello basato sull'Alleanza Terapeutica, cioè un rapporto di fiducia in cui si condividono anche dei valori. Detto in altro modo questo significa far sì che lo strumento/scienza e lo strumento/economia siano sempre guidati dalla mano di una coscienza ispirata a principi che impediscano alla "etica del rispetto" di scivolare nel relativismo.

Relativismo che porta inevitabilmente ad avere a che fare con modelli il cui riferimento sarà, in alternativa all'Alleanza Terapeutica e al "prendersi cura", il contratto terapeutico e l'erogazione della prestazione, per quanto buona sia grazie alle competenze tecniche.

Questi modelli, che per intenderci meglio possiamo chiamare anche "aziendalisti", puntano tutto sulla reinterpretazione prosaica della "vecchia" cura, cioè una prestazione da rendere meno costosa possibile: ecco allora che la si è trasformata nella somma di tante prestazioni minori, di tanti servizi minori da appaltare alla figura professionale che costa meno. Questo spiega il proliferare dei vari profili con relativi mansionari, spiega perché il vecchio concetto (estensivo quanto si vuole) di Medicina sia stato sostituito con quello di Sanità, spiega perché si vorrebbe sostituire il concetto di atto medico con quello di atto sanitario.

Un atto medico (parlo di esclusività di diagnosi e di una terapia in parte delegabile sotto propria responsabilità) può essere agito solo da medici, un atto sanitario ha una platea ben più ampia. Un ulteriore passaggio di un processo che da tempo ha le sue parole chiave in "servizio efficiente basato sulla specifica competenza professionale" e "servizio garantito da un contratto terapeutico" il cui successo è dato dalla corrispondenza dell'oggetto/servizio a determinati canoni (drg, linee guida, ecc.).

Esempi pratici sono le sperimentazioni dei modelli "See and Treat" o "Fast Track Surgery".

Proviamo allora a rivedere il tema di questa tavola rotonda da questo punto di vista.

"La ricerca di una mansione propria nella caratterizzazione dell'atto medico" rischia di diventare "la ricerca di una mansione propria nella caratterizzazione dell'atto sanitario", passaggio che, di fatto, sovrappone il concetto di "mansione" a quello di "mansionario". Cambia, quindi, anche il significato di quel "la professione medica alla ricerca di un ruolo definito", che potrebbe diventare "la professione tecnico-sanitaria (ipotizzo) magistrale", più che alla ricerca di un ruolo definito, "alle prese con un ruolo definito", che sarà quello ritagliato nell'ambito di un quadro tecnico/artigianale (è chiaro che in questo discorso non c'è spazio per l'arte) completato da tutte le dovute competenze annesse e connesse. Risultato finale? "La professione tecnico-sanitaria magistrale alle prese con un ruolo definito da un proprio mansionario nell'ambito dell'atto sanitario".

L'aumento dei contenziosi, della medicina difensiva, della malasanità (vera o presunta che sia) dimostra però che questo discorso funziona poco non solo per i medici, ma anche per i pazienti che non si sentono umanamente considerati. Situazioni che vanificano gli ipotetici risparmi, a cui si aggiungano i sempre nuovi bisogni, per lo più fittizi, che una sanità commerciale fa sorgere per sua natura (il che riporta il discorso su un malinteso concetto di ben-essere, a volte pericolosamente contrapposto a quello di essere, che è forse il maggiore ostacolo nella ricerca di una definizione di atto medico).

Per altro il problema delle risorse è un problema che va affrontato e la sfida del futuro è conciliare gli alti costi della sanità con un'etica che sola può garantire un corretto sviluppo della società evitando, in campo medico, che il "sottocosto" diventi "sottoqualità", che la cura sia soppiantata dalla prestazione a tempo, che la relazione terapeutica si trasformi in relazione d'affari. Bisogna anche prendere atto di altre questioni che nel corso di questi cento anni sono mutate drasticamente: ad esempio che la condivisione dei problemi non è più tra professionisti con la

stessa formazione, ma tra chi condivide lo stesso modo di esercitare la professione (cioè se dipendenti, convenzionati o liberi professionisti, seppur uniti dalla suddetta responsabilità etico/deontologica nei confronti di tutti cittadini).

La recente crisi economica ha avuto, tra i pochissimi meriti, quello di far introdurre proprio il concetto di etica all'interno delle teorie economiche: vorrei riportarvi un brevissimo passaggio del Libro Bianco del Ministero del Welfare, edito all'inizio di questa legislatura, a cui il Governo dichiaratamente si riferisce nel fare le proprie proposte in materia di lavoro, salute e politiche sociali. Un passaggio che traduce in pratica, evocando valori tradizionali, l'etica suddetta.

Fondamentale, in questa prospettiva (cioè un Welfare capace di fornire una risposta globale ai diversi bisogni della persona), è la capacità di "fare comunità", a partire dalle sue proiezioni essenziali che sono la famiglia, il volontariato, l'associazionismo e l'ambiente di lavoro, sino a riscoprire luoghi relazionali e di servizio come le parrocchie, le farmacie, i medici di famiglia, gli uffici postali, le stazioni dei carabinieri. È solo in questo modo che pare possibile costruire una rete diffusa e capillare di servizi e nuove sicurezze ad integrazione dell'azione dell'attore pubblico.

È chiaro che in questa concezione non c'è molto spazio per i supermarket della sanità di cui il medico è uno dei commessi, come confermato (almeno teoricamente) dall'orientamento dei recenti progetti di legge riguardanti la riforma degli ordini (che per un po' tempo è sembrato che dovessero sparire) e delle professioni. Nell'ambito della riforma delle professioni (riprendendo quanto detto prima) si dovranno ridefinire vari significati, come quello di pubblicità e di informazione, di tariffa minima (o meglio onorario minimo) in rapporto con il minimo qualitativo, di organizzazioni societarie in rapporto con il dovere di "presa in carico" del paziente.

Un passaggio, quello del Libro Bianco, che implicitamente reintroduce il concetto di una responsabilità sociale che va oltre quella individuale, e prende atto di quale sia il sentire profondo di ciascuna persona, il cui aspetto più distintivo è quello relazionale. Un aspetto relazionale che va declinato secondo quelle che sono le esigenze individuali ... ma vi state accorgendo che, con altre parole, sto descrivendo i cardini della deontologia medica, cioè la necessità di garantire il rapporto di fiducia, la libera scelta del medico curante, l'indipendenza dell'esercizio in scienza e coscienza.

Vorrei sottolineare anche un altro passaggio, "la capacità di fare comunità", che potrebbe essere una soluzione al difficile problema di equilibrio tra necessità di risparmio e necessità di cure: mi riferisco alla possibilità di trovare risorse organizzando in modo integrato ed armonico settori che adesso funzionano a compartimenti stagni (un esempio è il volontariato sanitario rispetto al resto della sanità). Una sorta di "caring" che presuppone l'educazione di tutti a quella responsabilità collettiva di cui parlavo prima.

Concludendo, penso che in questa ottica il medico potrà trovare il suo ruolo. O meglio riguadagnarlo: quello di cui forse in que-

sto momento deve convincersi è della necessità di un impegno sociale che nel tempo è andato scemando. Quello che vedo è un medico un po' chiuso in se stesso, nei suoi problemi professionali, e questo ha permesso ad altri, attraverso la ridefinizione del contesto, di determinare per lui un ruolo che non gli è proprio. Il contesto che sta intorno è la complessa realtà che ci circonda, una realtà che comprende la cosiddetta problematica della governance clinica, ma poi va oltre, ed arriva alla scelta di essere parte attiva nel governo della società.

