



**Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**

Stati Generali della professione medica

100 TESI PER DISCUTERE IL MEDICO DEL FUTURO

Ivan Cavicchi



**Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**

Stati Generali della professione medica

100 TESI PER DISCUTERE IL MEDICO DEL FUTURO

Ivan Cavicchi

Stati Generali della professione medica

Ivan Cavicchi Docente di Sociologia delle Organizzazioni Sanitarie, Logica e Filosofia della Scienza presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Tor Vergata (Roma).
Laurea honoris causa in Medicina e Chirurgia.

Copyright © 2018, FNOMCeO.

Pubblicato da FNOMCeO, via Ferdinando di Savoia n. 1, 00196 Roma

Editor: FNOMCeO

Interior Designer: Eurolit srl

Sommario

Presentazione del Presidente FNOMCeO - Filippo Anelli.....	4
Introduzione Stati Generali - Ivan Cavicchi.....	11
Prima macro area - I cambiamenti e la crisi.....	23
Crisi della medicina e del medico positivista.....	23
La crisi della deontologia.....	41
La crisi della epistemologia. Ripensare il canone scientifico.....	52
La crisi della metodologia.....	64
La crisi della definizione di medicina.....	76
Questione medica e crisi della medicina.....	87
I problemi “tecnici” che costituiscono la questione medica.....	99
Il “genere” e la professione medica.....	100
Rapporti conflittuali con le altre professioni.....	111
Errori e insuccessi medici.....	121
Medicina amministrata e proceduralismo.....	132
Seconda macro area - Il medico e la società.....	143
La relazione.....	166
Dialogo e linguaggio.....	174
Consenso informato.....	186
Terza macro area - Il medico e l’economia.....	199
Il medico e la sostenibilità.....	211
La de-capitalizzazione del lavoro medico.....	229
Il medico e l’azienda.....	236
Quarta macro area - Il medico e la scienza.....	239
Clinica e cultura.....	239
Il medico e la tecnologia.....	254
Quinta macro area - Il medico e il lavoro.....	262
Il medico e le riforme.....	264
Il medico e l’ospedale.....	274
Il medico e la medicina convenzionata (medicina di base e specialistica ambulatoriale).....	284
Il medico e lo stato giuridico della professione anche al fine della sua ricapitalizzazione.....	290
Sesta macro area - La medicina, il medico e il futuro.....	298
Una nuova definizione di medicina.....	298
La medicina della scelta, l’autore e l’esigente. Tesi di ridefinizione.....	307
Tesi per ridefinire il malato.....	307
Tesi per definire la medicina della scelta.....	310
Tesi per ridefinire il medico.....	320
Tesi di sintesi.....	326

PRESENTAZIONE

Filippo Anelli

Presidente FNOMCeO

IL “CAMBIO DI PASSO”

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunitosi il 24 marzo 2018, il primo dopo la mia elezione a Presidente, affrontò alcuni temi oggetto della mia relazione; in particolare si concentrò sulla crisi della professione e sulla cosiddetta “questione medica”.

Queste tematiche erano già state proposte, con una mozione approvata con pochissimi distinguo, nel corso del Consiglio Nazionale del 13 gennaio 2018, riunitosi per discutere sul rinnovo del nuovo Comitato Centrale.

Il Consiglio Nazionale del 24 marzo fece propria tale mozione al punto che alcuni analisti ed osservatori parlarono di “cambio di passo”. Io credo che di cambio di passo, senza esagerazioni, si sia trattato.

Nella mia relazione, infatti, avevo sostenuto che *“serve un cambio di passo. Se i medici devono prioritariamente garantire gli obiettivi di salute, devono essere messi nella condizione di poter gestire le risorse per la loro definizione e la loro realizzazione, restando medici”*.

Che cosa stava accadendo?

Molto semplicemente, con il manifestarsi della “crisi” del ruolo del medico era cambiato, da parte nostra, il modo di leggere i problemi della professione. Si usciva automaticamente da una visione frammentata delle nostre vicende e, altrettanto automaticamente, si entrava in una logica strategica nuova, quella della complessità e della varietà dei problemi, della loro interconnessione, della visione d’insieme di una “crisi”, ammessa e riconosciuta, che presupponeva la ricerca di una strategia in grado di risolverla.

Da ciò nasce la mia proposta di organizzare, nell’immediato futuro, gli Stati Generali: *“avanzo la proposta di indire gli Stati Generali della professione medica, cioè di diventare operativi, elaborando una nostra originale e inedita progettazione. Vi propongo di lavorare tutti insieme, di farne un grande evento per dire a tutti che i medici vogliono fare i medici e per questo sono pronti a sfidare il cambiamento”*.

Aggiungendo: *“Per organizzare gli Stati Generali abbiamo necessità di predisporre una piattaforma di base e costruire, tappa dopo tappa, la nostra proposta”*.

Il Comitato Centrale, per dar seguito alle indicazioni del Consiglio Nazionale e al fine di organizzare gli Stati Generali, decise di istituire una commissione, che si riunì immediatamente e che, in primis, si pose il problema di trovare le strategie per dar corpo al dibattito negli Ordini provinciali.

In seguito, nel Consiglio Nazionale del 6 e 7 luglio 2018, nella relazione dal titolo *“Verso gli Stati Generali”* indicai, su proposta della commissione, 6 macro-aree, ossia le grandi tematiche intorno alle quali sviluppare il dibattito:

- I cambiamenti e le crisi
- Il medico e la società
- Il medico e l’economia
- Il medico e la scienza. Clinica e cultura
- Il medico e il lavoro
- La medicina, il medico e il futuro. Una nuova definizione di medicina

La commissione, rispetto alle aree tematiche indicate, decise di elaborare le tesi dalle quali partire per favorire la discussione. Stabili anche che lo schema del documento, che avrebbe dovuto contenere le tesi, fosse composto da sinossi, proposizioni, aporie, tesi e quesiti, al fine di dipanare le problematiche in gioco.

La complessità

La commissione ed il Comitato Centrale delegò, per la loro materiale stesura, un suo componente, il prof. Ivan Cavicchi, un intellettuale che resta uno dei più grandi provocatori culturali del nostro settore, ma nello stesso tempo uno dei più stimati studiosi dei problemi della sanità e della medicina. Sicuramente un “amico severo” dei medici, che da anni ci pungola, ci sollecita al cambiamento e autore d’importanti saggi sulla medicina da ripensare e sulla professione da ridefinire.

Il tempo in cui la medicina era prevalentemente un “*affaire*” dei medici, soprattutto da un punto di vista deontologico, è finito, poiché la medicina e, di conseguenza, la nostra professione è diventata super complessa e, quindi, oggetto di studio da parte di esperti.

Proprio questa è una delle grandi novità con le quali dobbiamo fare i conti: una volta la medicina aveva una connotazione “paternalistica”, tutto ruotava intorno al medico. Oggi non è più così! Bisognerà tener conto degli interessi e del ruolo di svariati soggetti a partire dal cittadino, per non tacere del politico, dell’economista, del gestore, delle altre professioni, solo per citarne alcuni. Con tanti giocatori entrano in campo tanti contesti, tanti interessi diversi, tante diverse visioni del mondo. In una parola, entra in campo un grado alto di complessità al quale non siamo abituati.

La visione d’insieme

Elaborare delle tesi significa, prima di ogni cosa, studiare, ossia improvvisare il meno possibile, organizzare le tematiche, esporle nella loro interezza, al fine di non trascurare i tanti problemi sul tappeto e affrontare il notevole. Quindi scandagliare le problematiche, cogliere il mutamento sociale e culturale in essere e la necessità del cambiamento.

Oggi ritengo che la nostra professione abbia nei confronti del mutamento sociale e culturale della società, un fondamentale problema di adeguatezza, accentuato da forti condizionamenti economici e organizzativi. Questo vuol dire che il cambiamento per noi medici è equivalente alla ri-definizione della professione, al fine di rendere adeguati i suoi valori ai contesti sociali che cambiano, facendo i conti con i limiti economici.

Se essere adeguati, cioè governare il cambiamento, è la sfida, allora cambiare per essere adeguati non può che essere la nostra strategia.

A mio modesto parere, le tesi, viste nel loro complesso non sono altro che uno sforzo cultu-

rare per adeguare la nostra professione a un mondo che muta.

Vorrei cogliere l'occasione per ringraziare l'intera commissione per l'entusiasmo e la passione con le quali hanno affrontato il lavoro e per i contributi elaborati e messi a disposizione.

Le tesi

Le tesi prospettate indagano la nostra realtà professionale e le sue contraddizioni.

Al fine di facilitare al massimo la discussione sulle tesi abbiamo pensato di pubblicare accanto alla versione integrale del documento anche una versione più sintetica che si limita ad elencare le tesi ed i relativi quesiti, senza nessun approfondimento.

Queste tesi vanno considerate delle “provocazioni”, in senso buono, cioè argomenti per sollecitare e suscitare un dibattito, delle riflessioni, dei pronunciamenti, quindi argomenti per “scuotere” l'albero, per superare gli steccati, per allargare gli orizzonti.

Altra cosa saranno le tesi conclusive degli Stati Generali, quelle sulla base delle quali sarà riscritta, tenendo conto delle proposte degli Ordini, la “Magna Carta” della professione. Queste tesi saremo tutti noi a scriverle.

Il ruolo degli Ordini

Attraverso questo testo ed insieme ai contributi che contestualmente pubblichiamo, intendiamo aprire ufficialmente il dibattito in preparazione degli Stati Generali che si terranno il prossimo anno.

Agli Ordini provinciali, sulla base di queste pubblicazioni, tocca il compito materiale di organizzare la discussione nelle loro sedi, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di colleghi e di comunicare alla Federazione Nazionale le risultanze del dibattito.

Gli Ordini in questo dibattito a dimensione nazionale sono il trait d'union, ossia l'interfaccia tra la comunità della professione in tutte le sue possibili espressioni e la FNOMCeO.

Con questo ruolo intendiamo assegnare agli Ordini provinciali la funzione di capire, conoscere, studiare i nostri problemi e, con l'aiuto delle tesi, di indicarci le strade più adeguate da perseguire.

Un evento storico

Nella nostra storia recente nessuna discussione sulla professione, sui suoi fondamenti, sulla sua identità e sul suo ruolo è stata mai affrontata su scala nazionale, con lo scopo di definire una “Magna Carta” della professione.

Infatti, nel corso del 900, la professione si è sviluppata insieme ad un poderoso progresso scientifico e all’affermarsi di sistemi di welfare pubblico, diventando, nello stesso tempo, lo strumento di un nuovo progresso scientifico e l’espressione di un’avanzata politica dei diritti. Sul finire di questo secolo la professione ha iniziato a subire condizionamenti tra cui quelli di tipo economico e socio-culturali, resi più accentuati dagli effetti della grande crisi economica e dalla rivendicazione di una maggiore partecipazione alle scelte in sanità da parte del cittadino, nonché dalla contestuale presa di coscienza dei propri diritti.

La discussione che ci accingiamo a fare è da considerarsi un evento storico perché la crisi in cui versa la professione ha caratteristiche tali da non avere precedenti.

Il rapporto tra medicina e medico è così stretto, così decisivo, che non è plausibile pensare alla crisi della professione senza pensare, nello stesso tempo, ad una eventuale crisi della medicina.

Il dibattito in Occidente

In tutto l’occidente medico sono anni che, attraverso prestigiose riviste scientifiche, discutiamo dei problemi della medicina e della professione, senza grandi sussulti.

Ne discutiamo senza mai mettere in discussione il nostro modo di essere medico ed il rapporto tra medico e medicina. Eppure, questo paradigma concettuale, quello classico della medicina, così come dimostra proprio la storia della medicina, non può essere intoccabile, come del resto qualsiasi altro paradigma.

I paradigmi cambiano non solo a causa delle scoperte scientifiche, ma anche a causa dei mutamenti sociali e culturali di una società. Questo vale in particolare per la medicina che è al servizio della società, dei suoi bisogni, delle sue necessità.

Così, il nostro essere medico ed il rapporto tra medico e medicina non è solo funzione di ciò che si conosce, ma anche di quello che questa società si aspetta da noi e di ciò che a noi chiede. Cioè dell’uso sociale che si fa della conoscenza scientifica.

Se le necessità individuali e sociali cambiano, anche il nostro comportamento, il nostro modo di esser medico deve adeguarsi al cambiamento, se non vogliamo restare indietro.

Adeguare un paradigma, adeguare dei modelli, degli stampi culturali, delle pratiche consolidate, perfino delle abitudini, non è una impresa facile, non è come cambiarsi d'abito.

È un processo riformatore complesso perché riguarda tante cose e nello stesso tempo è un processo creativo che presuppone sapere “cosa cambiare” e “come cambiare”.

È un processo difficile perché riguarda una comunità fatta da centinaia di migliaia di individui, di storie personali, di esperienze di lavoro diverse. Infine, è un processo trans-generazionale, perché per ripensare una cosa complessa, come la nostra professione e la medicina, richiede tempo.

L'idea degli “Stati Generali”, così come l'abbiamo qui disegnata, cioè una grande, vasta discussione sul medico e sulla medicina, da quello che mi risulta, non ha precedenti.

Tentare di risolvere i problemi della professione, adeguando il nostro modo di esser medici e il rapporto tra medico e medicina, vale a dire il nostro paradigma classico di medicina scientifica dentro una società in forte cambiamento, è davvero una novità storica.

Quale cambiamento?

La questione che gli Stati Generali dovrà affrontare può porsi in questi termini: “AmMESSO che il medico per ri-definirsi ha bisogno di cambiare; quale cambiamento si deve mettere in campo?”.

Non si può rispondere a questa domanda prescindendo da un'analisi oggettiva dei problemi.

La “cura” della professione dipende dall'ampiezza e dalla profondità della diagnosi sui suoi problemi. Più l'analisi è ampia e profonda, includendo tante variabili, tanti fattori, tante problematiche, più il cambiamento sarà, a sua volta, grande, profondo e articolato. Più l'analisi è ristretta e superficiale o parziale, più il cambiamento sarà piccolo e marginale.

Le tesi proposte offrono spunti di riflessione e provocazioni utili per giungere ad una diagnosi puntuale, richiamando questioni che usualmente sono rimaste, in questi anni, nell'ombra e problemi, sino ad ora, giudicati marginali.

L'auspicio è quello di giungere ad un grado di cambiamento efficace.

La nuova “Magna Carta” del medico

Da ultimo mi preme ribadire che la discussione che si apre su questo tema è funzionale agli Stati Generali. Essa vede come sua naturale evoluzione l'elaborazione di un pensiero strategico che, per ragioni di sintesi, definisco una nuova “Magna Carta” del medico.

Il suo scopo è eminentemente pragmatico. Vorremmo restituire alla nostra professione medica un ruolo adeguato ai cambiamenti tipici di una società in evoluzione, in crescita.

Il nostro obiettivo politico è superare la crisi professionale e mettere in sicurezza deontologica la professione, guardando al futuro.

Perciò, è importante discutere e, nel rispetto delle proprie legittime convinzioni, contribuire a definire il nuovo ruolo della professione medica nella nostra “Magna Carta”.

Questo è il significato degli Stati Generali che vorrei fosse colto.

Buona discussione a tutti.

INTRODUZIONE

Stati Generali

Ivan Cavicchi

Stati Generali della professione

Come ha ben spiegato il Presidente Anelli nella sua presentazione, la convocazione degli Stati Generali della professione medica è una decisione politica presa dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO il 24 marzo 2018, su proposta del Presidente Anelli, discussa e approvata, preliminarmente, dal Comitato Centrale.

Si tratta di una scelta politica di importanza storica che bisogna comprendere a fondo per non sottovalutarne, o peggio, per non equivocarne la portata.

Non si tratta della solita formale, quanto spettacolare, conferenza nazionale della professione, quindi, sul piano pratico, inconsequente ma, al contrario, di uno straordinario momento deliberativo, aperto all'intera professione, in tutte le sue forme, espressioni e organizzazioni, che, alla fine di un percorso progettuale condiviso, delibererà una piattaforma sulla ridefinizione operativa del medico e della medicina, da oggi al futuro.

Lo scopo è ricontestualizzare la professione rispetto alle numerose complessità che, oggi, in questa società e nel mondo, tutto sfidano senza alcuna eccezione, compresa la professione

medica, la medicina e la sanità.

Il carattere deliberativo dell'evento impone che gli Stati Generali siano adeguatamente preparati da una discussione preliminare estesa prima di tutto a tutti gli Ordini, al fine di coinvolgere attivamente la professione reale in ogni realtà territoriale e operativa del nostro paese e quindi a tutti gli interlocutori possibili.

Perché gli Stati Generali?

La ragione che spiega e giustifica la scelta di convocare gli Stati Generali è semplicemente politica e culturale e riguarda quello che è stato definito anche nella presentazione del Presidente Anelli “*un cambio di passo*” (relazione Anelli al Consiglio Nazionale 24 marzo 2018); più precisamente si tratta di un cambio:

- nell'analisi e nella lettura dei problemi della professione
- nella ricerca delle soluzioni necessarie
- nelle modalità attraverso le quali la professione si pone nei confronti del mondo con il quale intende rapportarsi in modo autonomo dialettico e costruttivo.

Sino ad ora i problemi della professione sono stati letti semplicemente come riduzione o condizionamento di alcune sue facoltà caratteristiche (l'autonomia professionale ad esempio) riconducibili per lo più ad alcuni particolari fattori ostili e contrastanti di natura politica (de-finanziamento, aziendalismo, blocco del turn over ecc).

Tale lettura si poggiava:

- sull'assunto della “professione invariante”, cioè sulla difesa di un genere di medico indiscutibile, tuttavia da rilegittimare, ma danneggiato nella sua operatività da politiche “espropriative” dalle quali bisognava difenderlo
- sulla visione contingente dei problemi professionali, cioè per lo più legati a politiche avverse, comunque ridiscutibili e comunque relative a fasi critiche e effimere
- su un presupposto di facile reversibilità dei problemi della professione, quindi sulla difesa e sulla ricostruzione del suo caratteristico status quo
- sul ruolo della mediazione politica accettando comunque l'adattamento del medico a politiche di compatibilità giudicate relativamente inevitabili.

Oggi con il “*cambio di passo*” la lettura è cambiata:

- il medico è coinvolto in una crisi che prima di ogni cosa coinvolge l'intera medicina che a sua volta si origina da grossi problemi paradigmatici per cui è certamente vittima di politi-

che avverse ma tali politiche anche congiunturali si originano comunque da cambiamenti molto più profondi di tipo epocale, con i quali bisogna fare i conti

- è del tutto improbabile la difesa dell'invarianza dello status quo classico del medico e la possibilità di contro-vertere i processi in corso che lo stanno trasformando in peggio alla radice
- la mediazione politica è necessaria ma non basta più, meno che mai in un contesto politico che nel nostro paese vede la nascita della Terza Repubblica e lo sfaldarsi di vecchie forme di consociativismo
- la rassegnazione alle politiche di compatibilità oggi è ridiscussa dalla necessità non più rinviabile di altri generi di approcci.

Prima del “cambio di passo” i problemi della professione sono stati letti come “complicazioni” non come “complessità”, come “interferenze” nei confronti di un grado di autonomia ma in nessun caso come “destrutturazione” dell'autonomia, come “delegittimazione” mai come possibile “snaturamento” e come regressività di uno status rispetto ad un paradigma.

In sintesi: il “cambio di passo” quindi la nuova lettura ammette, per la prima volta, l'esistenza tanto di una crisi della medicina scientifica quanto di una “crisi professionale” di tipo epocale, definita “questione medica” relativa certo a ragioni contingenti e politiche ma anche se non soprattutto a profonde contraddizioni proprie al paradigma fondante della professione medica e che in quanto tale, prima di ogni cosa, bisogna ammettere e accettare.

Qual è il problema di fondo che gli Stati Generali dovranno affrontare?

La questione sovrana relativa all'espressione adottata dalla FNOMCeO “*questione medica*” e che ne caratterizza ormai la strategia, è quale identità deve avere il medico, cioè un medico sempre più in conflitto tra i suoi doveri deontologici e la sua controversa realtà professionale.

La domanda cruciale alla quale gli Stati Generali dovranno rispondere è: quale medico serve da qui in avanti che sia comunque un medico, quindi con una identità da medico, per risolvere in avanti la crisi della professione in questo nostro tempo storico rispondendo ad una ad una alle sfide sul tappeto?

Ma si può avere una nuova professione a medicina invariante? Cioè è possibile ridefinire un nuovo medico senza nello stesso tempo ridefinire una nuova medicina? Il medico altro non è se non la proiezione ortogonale di una certa medicina scientifica, di una certa idea di scienza, di una certa idea di malattia, di medicina, di metodo, di malato, di società sorta e affermata

a partire dalla fine dell'800 e consolidatasi per tutto il 900. Se egli è in crisi, lo è in ragione della "questione medica" o perché la "questione medica" è l'effetto sociale di una crisi paradigmatica più profonda?

In sostanza:

- la piattaforma che gli Stati Generali, come risposta alla crisi della professione, dovranno licenziare, dovrà avanzare una proposta di medico del terzo millennio, desunta e dedotta certo dalla "questione medica" ma considerandola espressione anche di una consunzione paradigmatica più profonda quindi intesa come sua risoluzione, al fine di aprire un negoziato con le diverse controparti coinvolte
- rispetto alla piattaforma, l'identità del medico non dovrebbe essere dedotta per compensazione dalla crisi del suo ruolo cioè restituendo qualcosa che è stato in qualche modo estorto, ma dovrebbe essere l'inferenza di un nuovo progetto di professione che passa per un ruolo del tutto rinnovato ma anche se non prima di tutto per una nuova e più moderna idea di medicina.

Il problema dell'identità del medico non si risolve con una definizione ma si costruisce come un mosaico deducendola quale soluzione finale da tutte le problematiche insite nella questione medica e nella crisi del paradigma esattamente di quello positivista.

Stati Generali: "questione medica"

La crisi della professione medica altrimenti definita "questione medica" può avere due significati, uno in senso negativo e uno in senso positivo:

- essere l'occasione per lo Stato che non ha nessuna idea di come ridefinire la medicina e la professione, di accrescere per ragioni finanziarie, e non solo, i limiti da imporre alla professione e quindi negarle delle possibilità trasformative di crescita
- essere l'occasione per la professione rispetto allo Stato al quale ci si rivolge a partire da una idea più moderna di medicina, per trasformare in nome della società, i limiti che si vorrebbero imporre alla professione in nuove possibilità professionali.

Se:

- non si ammette preliminarmente l'esistenza di una crisi della professione quale crisi della medicina, in nessun caso è possibile attivare ciò che serve per la sua risoluzione e meno che mai organizzare gli Stati Generali utili e convincenti
- al contrario, la crisi viene negata, non c'è nessuna ragione per fare gli Stati Generali e quindi assumere politiche straordinarie che rilancino nel mondo che cambia una professione

rinnovata attraverso pure una medicina rinnovata.

Se si è deciso di fare gli Stati Generali, è perché si tratta di mettere in campo una nuova idea di medicina e di medico, in luogo di quelle tradizionali ormai ampiamente contraddette dai fatti della storia e dalle politiche che dietro di essi si manifestano.

Il tempo dell'apologia è finito. Si tratta, in modo pragmatico, di fare i conti, alla pari, con la realtà. Questa società e questo Stato chiedono sotto forma di conflitti, problemi economici, sociali, culturali, organizzativi, professionali, disagi, delegittimazioni, un altro genere di medico e di medicina.

A noi tocca l'onere della proposta perché allo stato attuale delle cose non c'è nessun altro sulla piazza con una proposta decente, meno che mai lo Stato.

Si rammenti che nelle situazioni di crisi come in qualsiasi tempesta se non si ha una rotta per andare avanti il rischio di tornare indietro è molto forte.

Se non si ha un pensiero riformatore contro-riformare diventa quasi inevitabile.

Il senso politico di fondo degli Stati Generali è quello di fare della crisi a un tempo della medicina e del medico, una grande possibilità di crescita della professione investendo sulle generazioni presenti e su quelle che verranno.

Stati Generali piattaforma e controparti

Lo scopo pratico degli Stati Generali è varare una piattaforma per la rilegittimazione completa della professione.

Il termine "piattaforma" in genere è un termine usato nel mondo della politica e più propriamente in quello sindacale.

Nel caso degli Stati Generali con "piattaforma" si intende un programma, assunto dalla FNOMCeO come base di una azione politica, culturale e sindacale di tipo rivendicativo, che definisce l'insieme di obiettivi che essa si propone e dichiara di voler conseguire per i propri rappresentanti, attraverso dei negoziati con le contro parti istituzionali e sociali più adeguate.

Ma chi sono le controparti di questa eventuale piattaforma?

Se accettiamo che la “questione medica” sia tale, in ragione di una crisi epocale della medicina e quindi di tanti tipi di problematiche, coesistenti e compresenti, simultaneamente, in uno spazio di tempo storico, allora dobbiamo pensare che, in ragione di tali problematiche diverse, per una eventuale piattaforma, esistano altrettanti controparti.

Per gli Stati Generali non esiste una sola controparte, ma tutte quelle che, specificamente, corrispondono ai difficili rapporti tra medicina e società, alle sue difficoltà in ordine alla crisi del paradigma, alla crisi della professione causata anche dai limiti economici che condizionano la sua autonomia di giudizio, ai disagi relativi ad una idea nuova di scienza, ai suoi problemi lavorativi.

Le controparti quindi saranno:

- quella sociale cioè il soggetto sociale vale a dire colui che chiede aiuto alla medicina, ossia la persona, il cittadino, la comunità e i loro rappresentanti verso i quali nella piattaforma si dovrà prevedere una proposta di un nuovo contratto sociale su base affidataria e fiduciaria tra medicina e cittadini
- quella politica del governo che, a vari livelli, gestisce il sistema sanitario nelle sue varie forme, organizzazione, servizi, rispetto al quale la piattaforma dovrà definire una nuova idea di medico autonomo e responsabile anche per l’impiego delle risorse, cioè un medico che garantisce sostenibilità
- quella scientifica quindi l’università, le società scientifiche, il mondo della ricerca verso il quale la piattaforma avanzerà nuove proposte di medicina e di formazione del medico nel quadro di una idea di scienza aggiornata e ricontestualizzata alla luce delle complessità da affrontare
- quella sindacale e delle sue controparti, rispetto alla quale la piattaforma dovrà avanzare una proposta di riforma delle prassi e delle forme storiche di cooperazione interprofessionali e delle metodologie pragmatiche.

La deontologia come base della piattaforma

Se l’identità del medico è la meta-questione che sovrintende l’intera questione medica, quindi è la proposta operativa tout court, allora la deontologia dovrà essere la meta-soluzione dalla quale tutte le proposte della piattaforma dovranno obbligatoriamente riferirsi.

La deontologia è la regola di autogoverno della professione e in quanto tale è la base valoriale a partire dalla quale si predefiniranno i postulati e i presupposti dai quali dovranno partire le proposte che si rivolgeranno alla società, al governo nei suoi vari livelli, al mondo della

scienza e al mondo del lavoro.

La deontologia, per questo, come detto chiaramente dal Presidente Anelli al Consiglio Nazionale del 24 marzo 2018, dovrà essere radicalmente riconcepita.

Ma anche in questo caso la domanda che si impone è: è possibile risolvere i problemi deontologici del medico senza affrontare i problemi del paradigma della medicina? Se i comportamenti dei medici avvengono secondo scienza e coscienza, è possibile ridefinirli deontologicamente senza prima ridefinire cosa sia oggi scienza e cosa sia coscienza? O scienza e coscienza sono da assumere come costanti e invarianti nel tempo?

Non si tratta più di aggiornare le condotte professionali come è stato fatto sino ad ora cioè a partire dal 1903 al 2014, ma di definire, questa volta, a partire dalla “questione medica” come espressione di una crisi paradigmatica più profonda e assunta come un nuovo principio di realtà, una deontologia dell’identità e del ruolo, quale soluzione alle principali problematiche che costituiscono la questione medica, ad una ad una ma sapendo bene che l’identità professionale è speculare all’identità complessa della medicina nei suoi rapporti con la società.

Questo significa che la deontologia rispetto agli Stati Generali in ragione della ridefinizione dell’identità medica non potrà più essere concepita come se fosse un “codice civile” della professione, ma dovrà essere concepita come una carta costituzionale che in quanto tale “costituisce” o “ri-costituisce” l’identità del medico quale risposta alla sua crisi a partire da una nuova idea di medicina.

Il nuovo codice deontologico, in questo senso, è chiamato a svolgere una funzione di coordinamento delle diverse proposte della piattaforma.

Al fine di implementare il lavoro di ridefinizione della deontologia, gli Stati Generali assumono, come base di elaborazione, il lavoro di riforma della deontologia presentato ufficialmente il 23 giugno a Trento dall’Ordine di Trento, con il sostegno della FNOMCeO, acquisendolo come parte integrante di queste tesi.

Schema di lavoro: premessa macro aree e tesi

Per favorire e incoraggiare la discussione ci serviremo dello strumento delle “tesi” vale a dire di particolari asserzioni di natura diversa, attinenti alla crisi della medicina e alla crisi del medico. Il fine è enunciare in modo possibilmente chiaro e sintetico delle analisi, delle

convinzioni, delle proposte e promuoverne la discussione fino a costruire una piattaforma di cambiamento.

Le tesi che qui presentiamo, quindi, hanno lo scopo di assistere gli Ordini nell'indirizzare e nell'aiutare la discussione, della quale abbiamo bisogno per assicurare agli Stati Generali un carattere di partecipazione vasto e condiviso, con la speranza, nello stesso tempo, di ricevere proposte, suggerimenti, critiche costruttive condivisi.

Le tesi per ragioni pratiche saranno raggruppate in 6 macro aree:

- quella relativa alla analisi della crisi della medicina e di conseguenza della professione e che funzionerà da premessa
- quella sociale cioè il rapporto a volte conflittuale e comunque difficile tra medicina e società, quindi il tema fondamentale delle relazioni con gli altri, del rapporto fiduciario ecc
- quella economica, gestionale, organizzativa cioè la forte esigenza per chi gestisce di chiedere al medico di essere comunque “sostenibile” con le risorse disponibili
- quella scientifica-culturale, cioè il problema di aggiornare l'idea di clinica, alla luce sia dei cambiamenti del concetto di scienza, sia dei cambiamenti del genere di domanda che oggi la medicina riceve, sia per governare i sempre più crescenti gradi di complessità del discorso salute/malattia, sia per affrontare il grande problema dei modi di essere di conoscere e di agire, del medico nei confronti della irriducibile singolarità malato, ormai a un tempo, persona, cittadino e malato
- quelle del lavoro, cioè il discorso sulle prassi, sulle organizzazioni dei servizi, sul modello di governo e il lavoro, sul lavoro dipendente, sulle forme storiche di cooperazione con altre professioni, sui ruoli, i compiti e degli impegni ecc.
- quella conclusiva il medico e il futuro dove si abbozzerà una idea di nuova medicina e di nuovo medico.

Rappresentazione delle tesi

Abbiamo pensato di organizzare le tesi attraverso una rappresentazione che metta chiunque in grado di rendersi conto a fondo, anche se nel modo più sintetico possibile, della complessità, con la quale abbiamo a che fare.

Il nostro obiettivo è certo quello di far partire una discussione ma anche quello di mettere chiunque in grado di comprendere bene di cosa si sta parlando sapendo noi bene che su moltissime questioni in modo particolare quelle che attengono il paradigma, la medicina, la scienza, l'epistemologia, c'è bisogno per molti di noi di un supplemento di spiegazione.

In un certo senso il medico, il cittadino, chiunque di noi davanti a qualsiasi crisi si trova nella situazione di colui che subisce le conseguenze di un terremoto e che per ovvie ragioni sanno tutto sui suoi effetti ma sanno poco o nulla delle cause profonde che lo hanno scatenato. Per saperne qualcosa di più costoro devono consultare i geologi, i sismologi cioè coloro che al contrario studiano per mestiere la genesi e le dinamiche dei terremoti. Quindi non si tratta di ignoranza, sia chiaro, i medici fanno i medici ed hanno le loro conoscenze ma per comprendere i problemi dei paradigmi, delle crisi, dei modelli abbiamo bisogno di altri generi di conoscenze che vanno ben oltre quelle del medico, esattamente come i terremotati e i sismologi che rispetto al terremoto quale fenomeno comune hanno conoscenze diverse.

La commissione che il Comitato Centrale della FNOMCeO ha istituito per organizzare gli Stati Generali, è stata concepita per mettere insieme “terremotati e sismologi” cioè per mettere insieme, rispetto a un comune problema, il “terremoto”, conoscenze diverse in modo da comprendere bene tanto gli effetti che le cause, nel senso di farli cooperare dal momento gli uni senza gli altri e viceversa non sono facilmente comprensibili.

Torniamo allo schema che abbiamo deciso per rappresentare al meglio la complessità di una crisi professionale. È una rappresentazione:

- che non vuole essere “la lista della spesa” cioè che non si limita a enunciare le tesi come se fossero delle petizioni di principio isolandole dalla loro genesi e dai contesti che le giustificano e le spiegano,
- ma è uno schema che fa derivare le tesi da una analisi per quanto sintetica mettendo a confronto i fatti della realtà con le loro contraddizioni o con i loro problemi cioè ricavando le tesi da un confronto tra i problemi del medico e della medicina e il nostro tempo.
- Qualunque crisi nasce perché qualcosa nei confronti della realtà non funziona più, o si rompe, o si consuma o diventa inadeguato, o subisce gli effetti di cambiamenti contrari, nuove condizioni di contesto. Resta il fatto che la crisi è il prevalere di una asimmetria:
 - tra ciò che è stato
 - ciò che è in realtà
 - ciò che dovrebbe essere.

Il medico oggi si trova in una curiosa situazione:

- non è più quello per il quale è stato progettato circa un secolo fa e che per almeno un secolo è stato, perché per tante ragioni il suo ruolo e la sua identità si sono deteriorati diventando suo malgrado la sua versione peggiore

- non è ancora quello che per tante ragioni dovrebbe essere, nel senso che per diventare altro da quello che è, prima deve risolvere la sua crisi professionale.

Quindi il medico si trova tra ciò che è stato, ciò che è suo malgrado e ciò che dovrebbe essere.

Lo schema che abbiamo adottato vuole dare il senso di questa complessità e difficile transizione ma soprattutto vuole spiegarla perché il senso della transizione, del passaggio, del cambiamento sia colto e condiviso da tutti.

Lo schema di rappresentazione

Cominciamo a spiegare i concetti e le parole:

Sinossi, è una esposizione sintetica e schematica di una questione, con l'intento di anticipare il senso di quello che si intende discutere e che compendia il molteplice sotto una idea.

Proposizioni, cioè sono degli argomenti di un discorso più ampio che riferiscono di come stanno le cose, quindi enunciazioni sui problemi sul tappeto, quindi sub questioni scelte per la loro importanza non potendo fare un'analisi più larga e completa e scritte sinteticamente con la forma della brevità e incisività.

Aporie, sono le difficoltà che incontra un concetto, sono le sue fragilità, anche contraddizioni, i suoi anacronismi che nascono, in qualche modo.

Tesi, sono asserzioni che si ricavano dal confronto tra le proposizioni di approfondimento e le aporie che indicano che vi sono problemi da affrontare, che vi sono cose da discutere e da approfondire e che si pongono come degli input per discutere.

Quesiti, sono domande che sono rivolte ai medici che devono discutere le tesi e che in un certo senso, si rivolgono ai medici, per porre loro, le questioni più rilevanti, al fine di stimolare delle risposte, dei suggerimenti, delle proposte. Cioè per impegnarli ancora di più nella discussione.

Lo schema di rappresentazione delle tesi qui proposte è:

- sinossi
- proposizioni di approfondimento
- aporie

- tesi
- quesiti

Come funziona?

Facciamo un esempio. La questione del metodo:

- si comincia con una *sinossi* cioè si spiega succintamente perché oggi un certo metodo è un problema
- si spongono le *proposizioni di approfondimento* principali che spiegano cosa sia un certo metodo per i medici e la medicina, la sua importanza, la sua funzione, i suoi scopi
- dalle proposizioni si ricavano le *aporie* cioè si spiegano le contraddizioni e i problemi che un certo metodo incontra oggi in questa società, nei confronti del malato ecc.
- si ricava da questo percorso *una o più tesi* per indicare qualcosa che riguarda il metodo e che oggi bisogna discutere perché all'origine di molti problemi professionali
- infine, si trasformano le tesi in *quesiti* per permettere una migliore discussione cioè una ricerca di soluzioni.

Perché questo schema?

Le ragioni sono due.

La prima è *formativa e didattica*. In genere dei loro problemi i medici (ma non solo), esattamente come i terremoti, conoscono gli effetti finali, ma non le loro cause profonde e meno che mai conoscono le implicazioni che tali cause hanno sul loro modo di essere e di pensare.

Prendiamo ancora l'esempio del metodo. Oggi vi è un abuso del metodo che si chiama "medicina amministrata". I medici si rendono conto di essere amministrati quando la loro autonomia è fortemente condizionata. Ma la medicina amministrata è possibile solo perché quel certo metodo, ai quali i medici si attengono, è fatto in un certo modo. Per fare in modo che i medici non siano più amministrati, non basta dire "autonomia", bisogna ripensare il metodo in rapporto all'autonomia aggiungendo cose che fino ad ora neanche esistevano (la sostenibilità per esempio), dal momento che un certo tipo di metodo nasce proprio con lo scopo di condizionare l'autonomia della professione.

La seconda è *dialettica e dialogica*. Per favorire la discussione nella professione non basta elencare delle tesi in una banale contrapposizione tra problemi/soluzioni nel senso "*questo è il problema bisogna trovare una soluzione*". Non si trovano soluzioni soddisfacenti se prima non si comprendono a fondo i problemi, e i problemi non si comprendono a fondo se prima non

sono espliciti come si deve. Noi abbiamo bisogno di soluzioni effettive ed efficaci, per cui la discussione ci serve non per agire formalmente la democrazia, ma per definire attraverso la democrazia le nostre piattaforme.

Torniamo all'esempio del metodo: una volta che ci si è resi conto che un certo metodo per i medici è un problema, a partire da certe tesi, nella piattaforma non si scriverà solo "*dateci più autonomia*" ma si scriverà "*definiamo le coordinate per una nuova metodologia*". Questo vuol dire che se non si discutono a fondo i problemi si rischia di non capire quali sono le loro controparti. Chi può dare più autonomia non è la stessa istituzione che può fare un accordo per ridefinire la metodologia clinica.

Quindi lo schema "*sinossi/proposizioni/aporie/tesi/quesiti*" ha lo scopo non di estrapolare una tesi dai contesti rispetto ai quali esse sono formulate, ma esattamente il contrario, di partire dai contesti per comprendere le tesi, come si deve, sapendo bene che le tesi sparse nei documenti spesso non sono null'altro che petizioni di principio cioè liste per la spesa.

I cambiamenti e la crisi

Crisi della medicina e del medico positivista

Sinossi

Più o meno un secolo fa, alla medicina e quindi al medico, accadeva quello che sta accadendo, più o meno, nel nostro tempo, vale a dire una certa idea di medicina (quella che gli storici definiscono “medicina dei sistemi”) fu sostituita da un’altra idea di medicina (quella che gli stessi storici definiscono “scientifica”).

A quel tempo, a promuovere questo processo di vera e propria sostituzione paradigmatica che non si impose subito, ma nel corso di un sacco di decenni, solo in parte furono le scoperte scientifiche. La sostituzione paradigmatica dipese soprattutto da grandi cambiamenti sociali, culturali, economici, filosofici. Oggi è la stessa cosa. A parte i progressi della scienza medica, davvero impressionanti, oggi, è cambiata profondamente la società di riferimento, ed è questa nuova società che chiede con forza, per tanti ragioni, una medicina e un medico diversi.

La medicina e il medico, un secolo fa rappresentavano la scientificità per antonomasia e quindi la massima affidabilità possibile. Per una infinità di ragioni, che tenteremo di spiegare, oggi, quella

idea di scienza appare eccessivamente “scientista” e quell’affidabilità non è più così dogmaticamente affidabile.

Sorge il paradosso di una scienza medica e di un medico appropriati al loro paradigma fondante, ma non adeguati alla società alla quale esse si rivolgono. Quindi sorge di nuovo, dopo poco più di un secolo, una scollatura tra paradigma e società.

Quindi di nuovo, oggi, una società completamente diversa da quella che l’ha preceduta, ripropone la questione “quale medicina” e quindi “quale medico”. Cioè ripropone una crisi quale strumento e occasione per cambiare.

Se non si parte da questa crisi epocale, la crisi del medico, che oggi si chiama convenzionalmente “questione medica”, resta per gran parte confinata in questioni tecniche e ordinamentali. La “questione medica”, come mostreremo, non è altro che l’espressione a livello sovrastrutturale, di una questione più profonda e che si chiama “crisi della medicina”. Questa crisi è di tipo paradigmatico. Con essa ci si deve misurare.

Proposizioni di approfondimento

1

La crisi della medicina e del medico sono le due facce della stessa medaglia. Per entrambi si è manifestata, da un po’ di decenni, una profonda divergenza: le ragioni della medicina, per quanto sino ad ora abbiano dato risultati eccezionali, non coincidono più con le ragioni di questa società. Quindi un certo modo di intendere la scienza medica e il medico è, in tanti modi e forme diverse, confutato, non tanto da altre ragioni della scienza più avanzate, (scoperte) come accade per esempio per la fisica, per la biologia, per l’astronomia (scienze normali), ma soprattutto da quelle sociali, culturali, perfino economiche. Di fatto si ha a che fare con un dissenso o, quanto meno, con una disapprovazione.

2

La crisi quindi non va letta come uno “scarto” rispetto a una situazione scientifica anteriore della medicina, ma come qualcosa di più profondo e di più paradossale. Mentre la conoscenza scientifica, nei confronti della malattia, progredisce, il genere di medicina, nei confronti del malato e della società, è come se regredisse, nel senso che esso culturalmente resta indietro perché il malato quale persona e cittadino quale società va avanti. Cioè il cambiamento sociale spiazza il modo di essere della medicina scientifica.

3

Una crisi come quella della medicina, come tutte le crisi, ha dei “*problemi motori*” che la alimentano e la spingono per lunghi periodi, ad esempio l’imporsi del valore dell’autodeterminazione del malato, una nuova idea di salute e di emancipazione dalle malattie, una concezione particolare di persona, lo sviluppo dei diritti, grandi cambiamenti etici-culturali, una diversa spiegazione di malattia e di tutela, una diversa concezione di malato e di medico, ma anche un diverso peso e un diverso rapporto tra sistemi di tutela e economia.

4

La crisi prima ancora che tradire “problemi” tradisce, quindi, contesti in cambiamento, domini di valori in discussione, diversi processi contestuali in diversi settori della vita pubblica e della vita privata, che, nel caso della medicina, non sono solo quelli scientifici, ma soprattutto quelli esistenziali sociali e culturali della moderna società civile e della moderna economia.

5

La crisi della medicina è pertinente, “appartiene”, quindi, ai mutamenti, ai bisogni, ai sogni degli uomini, malati e non, insieme naturalmente agli interessi in ballo di tutti i tipi: industriali, di ricerca associativi, governativi, quindi finanziari e legislativi, persino sociali. Sogni e problemi che nei confronti della medicina e del medico, a volte, sono ragionevoli e praticabili a volte no, a volte possibili, a volte impossibili, ma con i quali, in un modo o nell’altro, con la crisi e attraverso la crisi, il medico deve misurarsi. Oggi il medico deve misurarsi con una potente aspirazione, cioè con un proponimento appassionato e ambizioso che ha come fine quello di tutelare la vitalità dell’essere vivente da tutto quanto la ostacola o la danneggia e di accrescere, in questo modo, non solo la sua durabilità, ma la sua qualità. Il diritto alla salute è il diritto alla vitalità.

6

Questa società, che comunque chiede molto, sa che è irragionevole aspirare all’immortalità, ma essa esprime un forte desiderio di qualità e di controllo della propria vitalità, per fare in modo che nella vita di ognuno non ci sia dolore, impedimento, invalidità, menomazione, malattia, spreco di tempo, perdita di piaceri, perdita di opportunità. Oggi, per ampi strati della popolazione, vale tanto il valore della morte evitabile rispetto alla quale la salute e la cura delle malattie restano i due principali rimedi, quanto il disvalore della vita inutilmente infelice e inutilmente sofferente.

7

Siamo in una società dove è avvenuto un cambiamento morale e culturale senza precedenti: la malattia nei confronti della vitalità è vissuta non più come una fatalità di cui, in un modo o nell'altro, l'uomo malato cioè il "paziente", è corresponsabile, ma come una ingiustizia, come una inutile oppressione e alla fine come un sopruso nei confronti del quale, l'uomo di oggi, armato di diritti, si ribella perché si sente del tutto innocente.

Oggi, agli occhi di questa società secolarizzata, la malattia è vissuta come un evento gratuito senza alcuna giustificazione che l'uomo moderno non merita di avere e che è vissuta come una insopportabile limitazione alla libertà di vivere e quindi una ingiustizia gratuita.

8

Il cambiamento della spiegazione sociale e morale della malattia, oggi, colpisce in pieno la medicina e il medico. Questa spiegazione è sempre stata riassunta nella concezione di paziente. Il paziente oggi non c'è più.

9

È da questo cambiamento epocale che prende avvio la crisi della medicina, cioè di una medicina concepita in tutto il suo apparato concettuale, cioè in ogni suo dettaglio per una certa idea di malattia e una certa idea di malato che resta, nonostante tutto, invariante anche quando tali concezioni sono considerate completamente destituite di ogni credibilità e quindi socialmente inaccettabili. Il paziente non c'è più, ma la medicina del paziente per il paziente sussiste ancora, insegnata come tale nelle nostre università.

10

La "*pertinenza globale*" della crisi della medicina è, quindi, il dominio complessivo dei fenomeni culturali e morali in cui essa si iscrive. Questa è etica, scientifica, economica, culturale antropologica. Fuori da essa si rischia di sperdersi in tanti sotto-problemi (formazione, rapporto col paziente, restrizioni economiche, condizioni giuridiche, status professionali, politiche sanitarie ecc.) che la crisi sicuramente induce, ma solo come effetti collaterali.

11

Se la crisi è ridotta, come sino ad ora è stato fatto, a problemi tecnici o economici, allora la sua rappresentazione non sarà pertinente con i veri cambiamenti sociali. I malati non si sentono pienamente curati dai medici e i medici si sentono vittime delle aziende, per cui non sono liberi di curare i malati come vorrebbero. Sono due fatti veri che attengono allo stesso

ambito di rappresentazione, ma, in entrambi gli esempi, nessuno parla di crisi. I primi e i secondi vogliono semplicemente qualcosa di più non qualcosa di diverso. La crisi spinge invece per qualcosa di diverso.

12

Il primo problema quindi che la crisi pone, tanto ai medici che ai cittadini, è quello della sua ammissione, quindi di riconoscerla contro luce. Si tratta di riconoscerla come crisi paradigmatica dietro ai problemi che ognuno ha e non di disconoscerla come crisi rincorrendo i singoli problemi, convinti che con la loro soluzione si risolve tutto. Una volta riconosciuta, si tratta di accordarci tutti insieme su come formularla e tentare un accordo sulla sua definizione. Il primo accordo che la professione dovrebbe fare con la società è quello di dichiarare una crisi del paradigma, a partire dal cambiamento epocale che la spiegazione di malattia e la definizione di malato ha causato, per affrontarla insieme nel modo più adeguato.

13

Una crisi, di qualunque tipo sia, quindi, pone il problema del suo riconoscimento e della sua formulazione. La maggior parte dei ritardi, negli ultimi decenni, da parte di tutti, quindi cittadini, professione, istituzioni, nei confronti della crisi paradigmatica della medicina e del medico, nascono, prima di ogni cosa, dall'averne negato l'esistenza precludendosi così di fatto la possibilità di affrontarla. Negare in genere è un atto consapevole, ma il problema vero per la professione, ma anche per i cittadini, è l'inconsapevolezza, quindi la buona fede. La crisi paradigmatica, come si può intuire, ha un lungo periodo di latenza durante il quale non è facile riconoscerla. Per essere riconosciuta dai più, essa ha bisogno di manifestarsi nelle sue innegabili brutalità. Fino a quando la crisi non è evidente si tende a non rappresentarla e a preferire la strada del piccolo cabotaggio. Coloro che al contrario ne hanno percepito sin dal primo segno l'imminenza non sono ascoltati.

14

La rappresentazione della crisi chiama quindi in causa il problema della sua "elucidazione", cioè di come spiegarla. L'elucidazione di una crisi vale come socializzazione di un processo. La crisi della medicina e del medico va socializzata, quindi resa pubblica. In questo caso essa dovrebbe essere rappresentata con un accordo sociale come una questione di paradigma. Tale accordo dovrebbe essere, quindi, una spiegazione condivisa.

15

La medicina, per sua natura, non è esattamente definibile come una scienza "normale" e,

quello che sta accadendo, non è proprio assimilabile ad una “rivoluzione scientifica” come quelle che avvengono, appunto, nelle scienze normali quando delle teorie soppiantano altre teorie. I suoi problemi non riguardano solo il rapporto tra teorie e realtà, ma, soprattutto, riguardano i complessi rapporti con la società, con la cultura, l’etica e, perfino, con l’economia. Se la crisi della medicina inizia da una diversa spiegazione morale della malattia e, quindi, da una diversa definizione politica di malato, allora essa non dipende dai suoi cambiamenti scientifici.

16

Il “*paradigma*” rispetto alla medicina, grosso modo, è il suo programma base, il suo cervello pensante, il suo modello di razionalità, quindi di scienza, fatto da pacchetti di norme, regole, principi, valori, conoscenze, e che dirige, sovrintende, attua, la pratica medica attraverso il medico che ne è semplicemente l’estensione. Il paradigma è quindi un sistema concettuale sovraordinato al medico, ma attuato attraverso il medico. È da ciò che nasce l’implicazione stretta medicina/medico. Il paradigma, per attuarsi, ha bisogno di prassi coerenti, quindi di certi comportamenti o certi modi di essere del medico.

17

Se la malattia, per la medicina scientifica M , è x e il malato è y , allora il medico per essere corrispondente a M deve essere corrispondente a x e a y . Se la malattia per questa società non è più x e il malato non è più y ma il medico continua ad essere corrispondente a M che insiste nonostante tutto nel considerare la prima x e il secondo y , il medico è nei guai. Egli di fatto non sarà adeguato né alla nuova idea di malattia e né alla nuova idea di malato. Per essere adeguato dovrebbe cambiare M cioè le sue concezioni di x e di y , accettando di ridefinirsi ridefinendo il proprio paradigma di riferimento.

18

In ogni paradigma compreso quello medico vi è una sorta di “nucleo” considerato inconfutabile in ragione di una primigenia decisione fondante di tipo statutario. La novità e la caratteristica che spiega la crisi del medico, è che è proprio questo “nucleo” oggi ad essere confutato dalla società che cambia. Questo nucleo è quello che definisce la malattia e il malato quindi la medicina. Quindi la divergenza sociale nei confronti della medicina scientifica non riguarda né il valore delle sue conoscenze scientifiche né il loro uso, né ovviamente le utilità in gioco, ma riguarda i fondamenti che definiscono tanto il genere di medicina che di medico. Quindi i loro modi di essere.

19

Il nucleo ancora oggi ha tutti i caratteri dell'ippocratismo ai quali si sono aggiunti tutti quelli del positivismo, cioè di una certa idea filosofica di scienza e di scientificità subentrata tra 800/900. Esso è fondato sostanzialmente su precisi concetti filosofici e scientifici di:

- malattia
- cura
- necessità
- malato
- medico
- medicina
- metodo

20

Tutti questi concetti e tutti quelli che, in forma di cluster, si riferiscono ad essi oggi sono, per ragioni tanto scientifiche che filosofiche e sociali, molto cambiati soprattutto a livello di percezione e di spiegazione sociale. Nonostante ciò la medicina sino ad ora non ha ancora provveduto seriamente ad adeguare e a aggiornare il nucleo fondante il proprio paradigma limitandosi il più delle volte a mettere in campo degli aggiornamenti superficiali spesso solo formali e in ogni caso inefficaci.

21

Quindi la divergenza, alla radice della crisi, è tra un paradigma medico i cui fondamenti restano invarianti e una società, cioè una domanda di medicina e di medico, che al contrario cambia le proprie concezioni della vita e del mondo.

22

Usare il concetto di paradigma in medicina è possibile solo rammentando che la medicina non ha definito *in proprio* il suo paradigma, cioè deducendolo in modo originale a partire dalla sua "anormalità" cioè dalle sue complessità, ma ha adottato come guida e come modello la filosofia positivista a partire soprattutto dalla seconda metà dell'800. Per cui, quando si parla di paradigma della medicina, si intende un paradigma filosofico che definisce i principi e le regole della scientificità della medicina considerandola una "scienza normale" cioè assimilabile a qualsiasi altra scienza che studia la natura. Questo presupposto oggi è clamorosamente contraddetto dalla realtà. La medicina oggi non è una scienza normale.

23

Il "modello di scienza" della medicina appartiene quindi ad un *paradigma generale di cono-*

scienza che ha tutte le caratteristiche della visione positivista della realtà:

- si basa sull'esigenza di attenersi ai fatti
- sul valore superiore della conoscenza scientifica considerata l'unica conoscenza ammessa perché l'unica considerata razionale
- sulla distinzione tra razionale e irrazionale
- sulla demarcazione tra vero e falso
- sul metodo sperimentale vale a dire sulla verifica delle verità cioè delle evidenze
- sull'osservazione quindi sull'oggettività e sull'obiettività
- sulla logica delle verità sillogistiche di natura ipotetica deduttiva
- sulla convinzione che l'atto medico sia misurabile o meglio commensurabile
- sulla idea che la malattia sia solo un problema di natura
- ecc.

24

Secondo il paradigma medico-positivista la medicina quindi:

- deve basare la sua conoscenza della malattia esclusivamente su un metodo descrittivo, con al centro i fatti clinici, cioè la loro oggettività da studiare semplicemente con l'osservazione obiettiva
- è convinta che la malattia sottostà a leggi naturali precise, che le danno omogeneità e regolarità per cui la malattia è modellizzabile, standardizzabile, generalizzabile ecc.
- è convinta che la malattia è comunque una deviazione dalla norma cioè la patologia è l'antitesi di una natura considerata normale
- è convinta che la base per essere scienza sia la commensurabilità della malattia.

25

Le condizioni principali poste dal paradigma positivista al lavoro del medico sono le seguenti:

- le conoscenze che riguardano la malattia e che ricorrono a spiegazioni non controllabili scientificamente, vanno considerate prive di valore quindi poco interessanti
- le malattie che esorbitano dallo standard e dai modelli patologici vanno considerate stranezze, eccezioni, singolarità
- tutto quanto è soggettivo è opinabile
- tutto quanto non è strettamente riconducibile alla malattia è secondario
- tutto quando non è commensurabile non ha valore
- il paziente è semplicemente il portatore passivo di una malattia.

26

Il medico è tenuto, in ragione della propria ortodossia, a stare dentro le condizioni fissate

dall'orizzonte concettuale del paradigma positivista, ma, nel frattempo, cioè in tutto il corso del 900, questo orizzonte è, per tante ragioni e in tanti modi, profondamente cambiato. Il medico suo malgrado si ritrova a fare la guardia ad un paradigma regressivo. Questa società che ha cambiato tanto la concezione di malattia che di malato, ormai vuole da lui e dal suo paradigma qualcosa di diverso.

27

Per completare il quadro, alle vicende del paradigma, si deve aggiungere l'aggravante del contesto economico in cui si consuma la crisi del medico soprattutto a partire dalla seconda metà del 900, e più precisamente l'entrata in campo del ruolo delle risorse come primo fattore condizionante la professione medica. Quindi la progressiva perdita di autonomia tanto della medicina che del medico.

28

Il nucleo fondante la medicina ippocratica, confermato dalla sua ridefinizione scientifica secondo i canoni della filosofia positivista, si fondava sostanzialmente su due postulati:

- ciò che è “necessario” per la cura della malattia non è condizionabile perché è un principio morale metafisico
- “l'autonomia di giudizio” del medico quale condizione per soddisfare la necessità del malato in quanto unico in grado di giudicarla.

29

A tali postulati storici vanno aggiunti quelli di derivazione positivista che riguardano il modo di essere scientifici. Essi sono numerosi ma si potrebbero sintetizzare in alcune parole come “metodo” “verifica” “evidenza” ecc. Con l'aggiunta delle condizioni poste alla medicina ippocratica dal positivismo, il nucleo teorico del paradigma della medicina scientifica diventa: *curare secondo necessità in libertà secondo evidenza scientifica.*

30

Questo nucleo è visibilmente in crisi trovandosi suo malgrado tra due controparti (fuochi incrociati):

- le nuove visioni del mondo da parte della società che chiede alla medicina e al medico di essere diversi da quelle che sono
- le nuove necessità dell'economia preoccupata della crescita della domanda di salute e quindi della spesa medico-sanitaria che incurante dei problemi del paradigma tende decisamente a farlo regredire proprio a partire dai suoi fondamentali.

31

Il medico suo malgrado si trova incastrato tra una possibilità e un limite:

- la prima riguarda la possibilità di riformare la medicina per assicurare alla società qualcosa di più adeguato e rispondente alle sue nuove e vecchie necessità di cura e di salute
- il secondo che al contrario frena il cambiamento condizionando in peggio la medicina che c'è e quindi impedendole di evolvere e di progredire nel senso di costringerla a difendersi per quella che è dai tentativi continui di contro riformarla.

32

Il risultato è che oggi:

- la malattia per ragioni sociali dovrebbe essere ridefinita e curata in altro modo ma per ragioni economiche non è più curata secondo necessità
- il medico per ragioni sociali dovrebbe cambiare il suo modo di essere ma per ragioni economiche non ha più la libertà di curare secondo il proprio giudizio
- l'evidenza scientifica che per ragioni sociali dovrebbe accordarsi con le opinioni personali del malato, per ragioni economiche è usata come la prima giustificazione per imporre interventi ristrettivi sulla cura e sul medico.

33

La crisi della medicina e del medico si consuma, quindi, dentro un conflitto sociale/economico del quale tanto il medico che il malato pagano per intero tutte le conseguenze:

- il primo in termini di restrizioni delle necessità
- il secondo in termini di restrizioni della autonomia.

Alla fine, seppure per ragioni diverse tanto la società che l'economia si trovano allineate sul fatto di vedere e considerare tanto la medicina che il medico, le proprie controparti.

34

Per i cittadini la "colpa" dei loro diversi problemi è fenomenologicamente scaricabile sul medico che:

- agli occhi della società non è in grado di garantire una soddisfazione adeguata delle proprie necessità
- agli occhi dell'economia non è in grado di garantire accettabili condizioni di sostenibilità.

35

Rispetto a tutto questo tra necessità di riformare e spinte a contro-riformare, il medico con-

32

suma la sua crisi e anziché cambiare in meglio cambia in peggio tradendo una professione in crisi di identità. Restare fermi in questi casi non conviene mai. L'invarianza è nemica del cambiamento. Il medico se vuole uscire dalla crisi deve cambiare e non di poco. Ma per farlo deve spiegare perché. Quindi ammettere la crisi.

Aporie

1

Oggi rispetto ai problemi del paradigma scientifico del medico e della medicina, nel tempo, il suo nucleo teorico-pratico, si è rivelato regressivo. Queste succintamente e schematicamente alcune tra le tante aporie:

- la distinzione razionale/irrazionale (criterio di demarcazione) è superata oggi il problema è che esistono più razionalità
- la distinzione netta cioè manichea vero/falso in medicina oggi è del tutto irrealistica
- della malattia non tutto è misurabile e quello che è misurabile in genere è approssimativo
- oggi di fronte alla complessità del malato la sola descrizione come modo di conoscere non basta più, oggi entra in campo il ruolo dell'interpretazione e quindi dell'ermeneutica medica
- le leggi naturali, nel senso dei fatti biologici che sovrintendono e spiegano la malattia, hanno sempre meno un carattere universale e sempre più un carattere peculiare
- oggi la malattia non è facilmente riducibile ad un modello dal momento che sono così tante le sue variazioni da costringerci ad un continuo lavoro di riclassificazione
- oggi la malattia solo in parte è interpretabile come deviazione da una norma naturale. Essa per lo più è un tentativo di rispondere in qualche modo all'ambiente di vita
- non solo, la malattia non è del tutto commensurabile e l'atto medico per esempio nelle relazioni, va oltre la misurabilità
- oltre la malattia esiste il malato
- vi sono cose in una malattia che non sono osservabili ma che pur esistono
- le evidenze scientifiche sono falsificabili dall'esperienza
- il paziente non è più riducibile ad un organo
- il metodo spesso è contraddetto dalla sua pratica applicazione
- i contesti anche economici spesso condizionano il giudizio clinico
- la sperimentazione clinica che definisce le evidenze scientifiche è per lo più ridotta a standard e lascia fuori parte della complessità che si ha nella realtà
- la verifica come regola sconta gli scarti con la complessità del malato
- la standardizzazione è regolarmente contraddetta dalla singolarità, dalla specificità, dalla individualità del malato
- non esiste solo l'oggettività esiste anche la soggettività

- la verità scientifica spesso non è più polarizzabile tra ciò che è vero e ciò che è falso
- le deduzioni cliniche spesso abbisognano nella pratica di altri tipi di inferenze
- vi sono infine tanti limiti di ogni tipo che condizionano il giudizio medico ecc.

2

Oggi tutto questo e molto altro ancora, crea la crisi della medicina che si ribadisce è di regressività. La medicina è in crisi e, in quanto tale, determina tanto la crisi di una certa idea di malattia e di una certa idea di malato e fatalmente di una certa idea di medico.

3

Oggi il primo equivoco da chiarire è che la crisi riguarda un'idea di medicina che fino ad ora si è ritenuto di considerare come una “scienza normale” quando “normale” non è. Ciò che esplose sotto i nostri occhi è “l'anormalità” della medicina che oggi dovremmo intendere come impresa certamente scientifica ma anche sociale, vale a dire misurandoci con la sua incredibile e irriducibile complessità. La medicina certo cura le malattie ma non è riducibile alla cura delle malattie, essa si estende per forza ai malati e ai loro contesti di vita.

4

Oggi entra in crisi quindi la visione della medicina che si credeva con il positivismo “scientifica” ma che ora cambiando radicalmente il contesto sociale etico e morale si rivela “scienziata” cioè troppo poco attenta alle ragioni che esistono fuori dalla scienza. Oggi si tratta di passare dalla medicina scienziata alla medicina scientifica, ma reinterpretando il concetto di scienza usando magari il dibattito che a questo proposito si è avuto sui limiti del positivismo nel corso dell'ultimo mezzo secolo. Oggi la medicina è tagliata fuori dal dibattito soprattutto della filosofia della scienza ormai ampiamente post positivista e spiccatamente pragmatista.

5

Oggi bisogna prendere “decisioni razionali” per rimediare al carattere regressivo del paradigma medico creando le condizioni per una sua crescente progressività. Si tratta di rendere progressivo un nucleo paradigmatico regressivo. Ovviamente rendere progressivo ciò che è regressivo, non è semplice. Non si tratta né di decisioni istantanee né di trovare rimedi miracolosi che funzionano come delle bacchette magiche. Inoltre, è necessario essere coscienti del fatto che come possono occorrere anni perché una crisi paradigmatica possa compiersi ed esplicitarsi altrettanto possono occorrere anni per cambiare un paradigma. Ripensare la medicina e il medico è un problema trans-generazionale. I medici di oggi debbono pensare i medici di domani.

6

Oggi la medicina è ordinariamente un sistema di “verità relative” al punto da poter dire, in modo iperbolico, che la sua condizione normale è l’instabilità epistemologica, non la certezza scientifica assoluta. Tale relativa instabilità mette al centro del problema i modi di pensare della medicina cioè il modo di usare le conoscenze scientifiche. Gli usi della scienza oggi in medicina non riguardano solo l’applicazione delle sue regole ma anche quelle della società, il modo di essere malato e medico, il modo di relazionarsi, il modo di decidere cosa fare ecc.

7

Oggi in medicina vi è un particolare problema di “incommensurabilità” (quando tra due concezioni non vi sono sufficienti termini di confronto) che non è solo quello tradizionale tra teorie scientifiche diverse cioè poco confrontabili (esempio omeopatia e allopatia) ma è tra visioni sociali diverse da quelle scientifiche. Il concetto di “terapia” nel passare dal paradigma positivista della medicina a quello sociale della società, subisce un cambiamento di significato, fino a contrapporre questa tipica idea clinica ad un’idea più complessa di cura. Il risultato è che cambiando la concezione sociale di malattia e di malato, il concetto scientifico di terapia dei medici entra, per ragioni di incommensurabilità, in conflitto con essa creando significative conflittualità sociali. Il conflitto alla fine è tra una idea sociale di cura e una idea scientifica di terapia.

8

Oggi rispetto alla crisi si devono creare condizioni di commensurabilità (due soggetti, i medici e i cittadini, sono commensurabili se hanno qualcosa in comune). La strada attraverso la quale ridurre le differenze di interpretazione tra società e scienza dovute all’incommensurabilità dei punti di vista è quella della pattuizione sociale. Il concetto di cura a partire da una nuova idea di malattia e di malato va ridefinito consensualmente. Senza questa ridefnizione il consenso informato, la relazione di cura, rischiano di restare petizioni di principio.

9

Oggi la fiducia, che resta il grande problema che divide i medici da ampi strati di cittadini, naturalmente con delle eccezioni, non si riconquista sulla base della simpatia. Se ad esempio la società ha un’idea di medico e di medicina diversa da quella del paradigma, allora in questo caso, attraverso un accordo sociale, ci si accorda per una definizione comune. La stessa cosa vale per malattia, per terapia, per relazione, per consenso informato ecc. Quindi oltre che ammettere l’esistenza di una crisi bisognerà concordare le definizioni che sono necessarie per superarla.

10

Oggi i concetti di “paziente”, di malattia, di medicina, di oggettività, di fatto, di osservazione, di metodo, di evidenza, di linea guida, ecc. nel paradigma positivista hanno un significato diverso da quello a essi attribuiti dalla società del nostro tempo. In virtù di ciò, i “mondi”, compresi i linguaggi impiegati dei medici e dei cittadini, appaiono spesso tra loro “incommensurabili”. Questo rinforza la necessità della pattuizione sociale come strada per rendere commensurabili i diversi punti di vista.

11

Oggi la malattia rappresenta sempre sia una manifestazione biologica relativa a un malato, che il riferimento di un’interpretazione sociale. Definire un “paradigma” e, nel caso, la sua crisi limitatamente ai problemi del fenomeno biologico, in medicina è pericolosamente parziale. Oggi includere l’interpretazione sociale nell’interpretazione scientifica della malattia è praticamente una necessità quindi in qualche modo obbligatorio.

12

Oggi la crisi della medicina è diventata di fatto una necessità sociale. “L’uomo inguaribile” tenta di essere sempre più “guaribile”, intervenendo con la “sua” scienza (la medicina è una proprietà sociale e un bene comune) direttamente sul modello fondamentale della medicina. Mettendo in crisi la medicina, l’uomo attuale offre a sé stesso delle possibilità. La crisi della medicina non è un dato negativo ma una possibilità che la nostra società sollecita chiedendo alla medicina e ai medici di adeguarsi alle proprie necessità.

Tesi

N°1

Se vi è, per tutte le ragioni plausibili, una crisi della medicina è inevitabile che vi sia anche una crisi del medico che a quella medicina si è sempre riferito e continua a riferirsi.

Se questo è vero, ed è vero, allora:

- *non si può pensare di risolvere la crisi del medico senza affrontare la crisi della medicina*
- *la crisi della professione non è riducibile solo a ragioni tecniche, congiunturali, a politiche sfavorevoli, a governi poco sagaci, a soprusi contro la professione, ma prima di ogni cosa va ricondotta ai problemi del paradigma medico dal quale la professione ha ricavato sino ad ora la propria identità e rispetto al quale ha agito le proprie prassi*
- *se l’identità del medico è una questione di paradigma e lo è, il medico ha il dovere di ridefinire il proprio paradigma perché non può permettersi il lusso di essere senza una identità*

- *nessuna società è disponibile a dare fiducia ad una professione priva di identità*
- *la fiducia quindi dipende da come il medico è percepito socialmente.*

N°2

Il paradigma sulla cui base si fonda la nostra medicina scientifica oggi, in questa società, appare, per molte ragioni, regressivo quindi inadeguato. Il medico, suo malgrado, ne paga le conseguenze, cioè il suo modo di conoscere e quindi di esercitare la professione risulta nei fatti inadeguato a rispondere coerentemente ad una nuova società.

N°3

Ripensare un paradigma, e quindi una certa medicina scientifica e un certo medico, vuol dire reinterpretare una tradizione cioè decidere di trasmettere alle generazioni future di medici qualcosa di uguale al passato, se giudicato ancora valido, e nello stesso tempo di diverso dal passato, se questo, al contrario, fosse giudicato non valido.

N° 4

I “paradigmi” non si cambiano così facilmente e meno che mai si cambiano dalla mattina alla sera e ancor meno sopra la testa dei loro protagonisti. Ridiscutere un paradigma significa ridiscutere una tradizione, si tratta di una impresa culturale e sociale, tutt’altro che facile. È quasi come reinventare qualcosa giudicato permanente quando in realtà è platealmente impermanente.

N°5

Il governo della crisi della medicina, come questione del paradigma, non può essere affidata a un pensiero tecnocratico, né per rappresentarla né per elucidarla. La crisi del paradigma è una questione prima di tutto filosofica e politica che concerne i soggetti che definiscono in modo diverso il paradigma stesso, quindi da una parte i cittadini e dall’altra i medici. Se il problema è scienza e società allora sarà la scienza e la società a dover creare nuove relazioni per governare non la soluzione della crisi ma il suo compimento. La soluzione implica che la crisi sia vista come problema, il compimento invece implica che la crisi sia vista come opportunità. Oggi la crisi della medicina è una grande opportunità per tutti.

N°6

Oggi rispetto alla complessità della medicina e alla sua crisi, la soluzione non è unica, ma è a diverse soluzioni, giocate su diversi tavoli, con interlocutori diversi, istituzioni diverse. I caratteri della crisi della medicina e del medico spingono per interpretarla non solo come problema ma come processo che si deve compiere. La crisi di un paradigma è un bene non un male.

N°7

Oggi qualsiasi tipo di interpretazione che vogliamo dare alla crisi della medicina deve avere una caratteristica imprescindibile: essere accessibile a coloro (malati, medici, cittadini, politici, amministratori, operatori diversi ecc.) ai quali essa è destinata quindi essere comprensibile a tutti o ai più. La crisi della medicina non è mai un fatto tecnico è sempre un fatto politico e sociale. Per cui si pone la questione politica dell'accesso alla comprensione della crisi medica e le spiegazioni che si devono dare devono essere non "latenti" ma "patenti", non "private" ma "pubbliche" non "settoriali" ma "generali".

N°8

Oggi la funzione delle spiegazioni sulla crisi sarà quella di indicare come si arriva alle risposte partendo dalle domande e come si è sicuri che si tratti proprio delle risposte che servono. Anche supponendo che le eventuali risposte siano abbastanza accessibili, pertinenti, intelligibili, niente garantisce il loro "consenso finale". Il consenso lo ribadiamo passa per la pattuizione sociale.

N°9

Adeguare le rappresentazioni della crisi medica non è solo una questione di riformulazione dei problemi, ma di riconoscimento di un progetto. Qual è oggi il progetto? Il progetto per compiere la crisi riguarda gli uomini le persone. Quindi un progetto di malato e un progetto di medico dopo di che è più facile avanzare un progetto di medicina. La medicina e quindi il medico non sono definibili se prima non si ridefinisce il malato e la malattia.

N°10

I problemi di fiducia tra medicina e società rientrano tra quelli della incommensurabilità dei punti di vista quelli della medicina e quelli della società. La ricostruzione della fiducia perduta si basa sulla creazione consensuale di nuove condizioni di commensurabilità che mettano tanto il cittadino che il medico in condizione di condividere le stesse cose. Le condizioni di commensurabilità si creano con la pattuizione sociale perché nella sottoscrizione ci si impegna a condividere cose diverse impegnandosi a rispettarle. Senza condivisione non può esserci commensurabilità senza commensurabilità non può esserci fiducia sociale.

N°11

Il paradigma medico-positivista come qualsiasi sistema concettuale è costituito da tante regole, principi, postulati, presupposti ma le sue componenti portanti sono principalmente tre:

- *la deontologia quindi i valori morali*
- *l'epistemologia quindi i valori scientifici*
- *la metodologia quindi i valori pratici e operativi.*

Il cambio della concezione circa la malattia e il malato e quindi circa la medicina e il medico ha determinato nel tempo altrettante crisi in queste tre importanti componenti del paradigma. Questo vuol dire che le soluzioni di ripensamento ai problemi del paradigma della medicina positivista vanno trovate specificatamente negli ambiti della deontologia, in quelli dell'epistemologia e in quelli della metodologia.

Quesiti

N°1

Il nodo è, indipendentemente dalle vicende della professione medica, il paradigma della medicina che è confutato nei fatti dai mutamenti sociale e economici intervenuti dal secondo dopoguerra in poi, ma cosa è un paradigma? Di che si tratta? È semplicemente un modello teorico di medicina deciso per convenzione tanto tempo fa nel senso che guida, con i suoi valori, la medicina e il medico? E cosa è un modello? È un sistema di regole di criteri di verità? È una specie di “mente” che regola e dirige l'attività della medicina e del medico? Oppure il paradigma è semplicemente un “programma” implicito nel medico formato a quel programma, come quello che è alla base di un computer? O ancora è un processo di acquisizione di certe caratteristiche che la medicina accumula nel tempo e che a regime si costituisce e si propone come ortodossia cioè come una prassi da garantire rispettare e adottare?

N°2

Si tratta di cambiare “programma” o semplicemente cambiare programma significa null'altro che continuare ad aggiornarlo perché esso non può mai essere assunto come a regime o come definitivo? Cioè il programma o paradigma per definizione va assunto nelle sua apparente compiutezza come provvisorio e aggiornabile?

N°3

Supponiamo che esista la crisi del medico, è possibile avere una crisi simile a prescindere dalla medicina? Cioè esiste o no una crisi di un certo tipo di medicina scientifica? In sostanza che rapporti esistono tra medico e medicina? Andando all'osso, i problemi dei medici sono risolvibili senza risolvere i problemi della medicina?

N°4

Ammettendo che la crisi sia del medico perché prima è della medicina, ma una crisi come si affronta? È possibile affrontare una crisi del paradigma con delle misure superficiali o congiunturali o al contrario essa necessita di interventi più drastici, più strutturali, cioè più riformatori? Cioè di correzione del paradigma o del modello o del programma?

N°5

Ma è possibile correggere un alcunché senza sapere prima cosa si vuole? Cioè senza sapere prima quale medicina e quale medico? Ma come facciamo a dire quale medicina e quale medico? Ci basiamo sui nostri gusti personali? Sulle nostre abitudini mentali o su delle necessità migliorative oggettive? Cioè sulla base delle nostre convinzioni personali o sulla base di valori dati come riferimento assunti per essere implementati? Tipo un migliore medico, una medicina più qualcosa..., una cura diversa... una medicina più qualcosa... ecc.?

N°6

Ma una medicina migliore, diversa, maggiore...quindi un medico altro rispetto a come è sempre stato, almeno sino ad ora, come viene definita rispetto a cosa? Ai nostri desideranda? Rispetto ai problemi da risolvere? Rispetto ai nostri sogni e ai nostri ideali? O rispetto alle nostre esperienze, agli atteggiamenti tenuti sino ad ora, o alle nostre difficoltà ad accettare il nuovo che avanza? O ai nostri limiti nel senso di accettare solo ciò che rientra nelle nostre personali possibilità culturali? Cioè rispetto a ciò che piacerebbe a noi e non rispetto a ciò che servirebbe interpretando onestamente i bisogni e i problemi di una società?

N°7

Per risolvere la crisi del medico bisogna trovare soluzioni che facciano comodo al medico o trovare soluzioni che facciano comodo certamente al medico ma non solo a lui?

N°8

In pratica come si legittima il lavoro di ripensamento della professione o di ripensamento della medicina? Certo proponendo qualcosa di migliore di più vantaggioso di più utile e di più adeguato, ma chi decide cosa sia migliore vantaggioso utile adeguato? Noi o gli altri? O noi insieme agli altri?

N°9

Se gli altri sono decisivi a legittimare il nostro lavoro di ripensamento, come ci si accorda con loro per proporre il ripensamento che serve?

N°10

Per accordarci con gli altri è necessario essere convincenti. Allora come facciamo a convincere costoro se non si parte prima di ogni cosa da una idea di crisi della medicina che riguarda entrambi, cioè tanto i cittadini che i medici?

La crisi della deontologia

Sinossi

La deontologia, come se fosse uno statuto etico, regola il modo di essere della medicina in una società, i suoi fini e i suoi comportamenti. Essa condiziona l'esperienza professionale del medico e "predetermina" ciò che egli può fare o non fare. Un codice deontologico funziona quando i suoi valori concernono le prassi, cioè quando essi sono traducibili in atti operativi concreti. Quando un ordinamento deontologico non concerne più, o non pertiene più rispetto alla realtà sociale, scientifiche e culturali, alla quale si riferisce, si può parlare di crisi e di insufficienza e di regressività deontologica. La regressività deontologica è una delle componenti principali della crisi della professione.

Tale regressività si è ulteriormente accentuata a causa di un paradosso: mentre cresce la domanda di salute anche in relazione alle crescenti possibilità scientifiche della medicina, nello stesso tempo in modo contestuale, crescono i limiti e i condizionamenti economici, imposti alla medicina pubblica e quindi ai medici e ai cittadini. La natura incrementale della spesa medico-sanitaria entra in conflitto con il grande problema del contenimento del disavanzo pubblico e quindi con il governo della spesa pubblica. La grande novità per la deontologia è fare i conti con il limite economico nel momento in cui essa dovrebbe adeguarsi alle nuove visioni della malattia del malato della medicina e del medico. Il conflitto economico si sovrappone alla crisi del paradigma ostacolandone la risoluzione.

La crisi della deontologia sposta l'attenzione dalle condotte mediche all'identità del medico. Se il medico perde di identità non ha più alcun senso definire le sue condotte. Se vale il principio che il modo di essere segue l'essere, il modo di essere di un medico senza identità rischia di essere quello di un dispensatore di prestazioni telecomandato dagli amministratori.

Proposizioni di approfondimento

1

La deontologia è usualmente intesa come una norma per regolare le condotte professionali, in realtà come norma altro non è che la "conseguenza" di un certo rapporto tra l'uomo malato inteso come natura, cioè malattia, dentro una società, quindi rispetto ad un certo contesto sociale, culturale scientifico economico e politico. Essa, infatti, trascrive su un piano normativo i rapporti tra natura scienza e società che rispetto ad un a precisa idea di malattia e di malato, regolano i comportamenti professionali del medico. Questi rapporti, cambiando l'idea di malattia e di malato, per tante ragioni, oggi sono radicalmente cambiati.

2

All'origine della medicina scientifica quindi della deontologia non c'erano diritti, non c'erano tutele pubbliche, non c'era il cittadino che c'è oggi, nel senso che non c'era la cittadinanza (condizione sociale per il godimento dei diritti). La malattia era considerata una fatalità e nello stesso tempo una deviazione dalla normalità. Il malato un beneficiario della carità pubblica e quindi un paziente. In quell'epoca il carattere performativo della deontologia si esprimeva così: "io medico dico che..." nel senso di "io medicina dico" alla società come deve comportarsi. Le cose sono cambiate, non è più il medico a stabilire in modo paternalistico le regole ma è il malato in accordo con la propria società, che chiede di definirle o quanto meno di esprimere la propria opinione. Il risultato è "io società dico che la deontologia." Il beneficiario è diventato contraente e il paziente è diventato esigente.

Ogni affermazione della deontologia proprio come uno statuto è come se avesse un "carattere performativo" (espressioni che non hanno funzione descrittiva, ma consistono nel compiere un'azione vera e propria). Quindi oggi è cambiato il carattere performativo della deontologia nel senso che prima esso dipendeva dal medico oggi dipende anche dal malato.

3

È, quindi, il carattere performativo della domanda sociale di medicina che mette in crisi la deontologia tradizionale. Una volta la deontologia era una regola autonoma del medico per il medico che si occupava del paziente rispettando la sua dignità, oggi essa è una regola sociale che attraverso il medico esprime gli orientamenti i problemi le aspirazioni di una società.

4

La medicina è sempre più vista dalla società non solo come protezione dal male, ma anche come strumento di possibilità di bene. È a questo punto che per la deontologia sorgono i problemi bioetici. È sull'idea di bene che oggi è difficile mettersi d'accordo. Il bene individuale spesso non coincide con il bene sociale. Ma cosa sia bene e cosa no, deontologicamente parlando, va ben oltre le grandi questioni bioetiche sulla vita e la morte, sulla nascita o la non nascita, e chiama in causa il valore della vitalità, della durabilità e della qualità della vita, della libertà delle persone, dell'auto-determinazione, del significato della cura.

5

Entra a far parte della deontologia la grande questione sociale cioè il forte senso esistenzialistico dell'idea di autodeterminazione dell'uomo malato che lo pone nei confronti della medicina in un rapporto risolvibile soprattutto in termini di possibilità. Auto determinazione

vuol dire per l'uomo del nostro tempo, progettazione di sé rispetto alla medicina. Autodeterminazione altro non è se non un progetto di possibilità soprattutto rispetto al mondo delle necessità naturali.

6

Nello stesso tempo, a interferire con gli scopi classici della deontologia entra in scena, in modo sempre più dispotico, il limite finanziario. Il limite supera le barriere invalicabili fino ad oggi della deontologia e tenta di corrompere i suoi principi fondanti arrivando a mettere in discussione financo la natura autonoma del medico.

7

La deontologia diventa sempre di più come un "campo" di limiti e di possibilità, costituito da norme capaci di distinguere possibilità effettive e fittizie. I domini della scienza medica sono, rispetto alle nuove filosofie sull'esistenza, autentici "campi di possibilità". In mezzo come tra scienza e economia, incastrato il medico è il suo inesorabile decadimento professionale.

Aporie

1

Oggi la deontologia deve imparare che rispetto all'uomo malato odierno nulla garantisce la realizzazione di una possibilità di cura e di guarigione, ma nello stesso tempo nulla esclude la stessa realizzazione, anche a fronte di situazioni di relativa inguaribilità e di irreversibilità.

2

Oggi emerge la figura "dell'esigente" (persona cittadino e malato che da semplice beneficiario diventa contraente) verso il quale la deontologia è fortemente in ritardo. Egli variamente definito persona, cittadino e malato, non è più un "oggetto" terapeutico ma diventa, nei confronti della cura, un soggetto sociale complesso, con una propria etica dell'emancipazione dal male, dal disagio, dalla sofferenza e che guarda sempre più alla medicina, come a uno strumento per il proprio compimento esistenziale e che quindi tende a entrare nel gioco terapeutico come un coprotagonista, ridiscutendo una delega fiduciaria impostagli dalla medicina da secoli.

3

Oggi con l'esigente tramonta definitivamente il paziente, cioè tramonta l'originaria catena morale colpa-pena-riparazione con la quale per secoli si è definita l'etica medica nei confronti della malattia. Per la deontologia sorge una nuova etica del diritto dell'auto-compimento,

dell'innocenza, si mettono in discussione tutti i valori di giustificazione tradizionali del male quindi entrano in crisi le forme di legittimazione di un ordine naturale fatto di bene e male, di salvezza e dannazione, di normalità e di patologie.

4

Oggi la deontologia deve prendere atto che l'uomo malato altro non è che un modo di essere di un individuo in una "situazione", dove per situazione si intende il complesso dei rapporti che collegano l'uomo (sano) con il mondo intero fatto di cose, valori, utilità, capacità, relazioni ecc. La malattia non è più solo una deviazione da una normalità naturale ma diventa complessità prima di ogni cosa deontologica.

5

Oggi il giudizio medico che, appartenendo alla epistemologia, la deontologia non ha mai disciplinato, non attiene più al comportamento biologico dell'uomo malato e neanche più all'uomo malato come unica base di tale comportamento biologico. Diventa conoscenza di una estesa complessità che riguarda il mondo intero dell'uomo malato compresi i suoi contesti e i suoi stili di vita, la sua cultura, i suoi modi di essere.

6

Oggi per la deontologia si tratta di normare tale complessità sapendo che il sistema sociale punta a diventare sempre più sistema individuale. Il mutamento di significato della deontologia investe il senso più profondo del termine tutela che è quello, sin dall'origine, di protezione comunitaria. La medicina *pro-civitate* tende a diventare sempre più *ad personam*.

7

Oggi la deontologia deve fare i conti con l'avvento della singolarità del malato e quindi con la crisi degli "ordini biologici convenzionali" e misurarsi con "ordini biologici effettivi, personali". La singolarità dell'uomo malato impone alla deontologia di ripensare le norme per regolare i rapporti che intercorrono non solo tra l'uomo malato e il mondo in generale, ma anche tra l'uomo malato e il suo mondo, comprensivo della sua storia genetica.

8

Oggi con l'avvento dell'autodeterminazione e della singolarità nella deontologia tradizionale quella delle condotte definite a medico convenzionalmente deciso a seguito della definizione scientifica della medicina, declinano i "giustificatori universali" usati dalla deontologia per designare la malattia ("tutti i malati affetti da una certa malattia") ed entrano in gioco

i “quantificatori individuali” (“ciascun malato affetto da una certa malattia”). L’universalità ormai in deontologia non è più solo “generalità” ma anche “singolarità” e “unicità” fino a diventare financo “genere”. I malati affetti da una malattia comune sono allo stesso tempo uguali e diversi. Questo accresce enormemente la complessità deontologica delle norme.

9

Oggi nei confronti della deontologia tradizionale cambia profondamente l’idea di malattia. La malattia è un evento di disordine (molte malattie infatti sono denominate come «disordini»), ma oggi è sempre più chiaro che essa esprime non l’assenza o la compromissione di un “*ordine naturale*”, ma solo l’assenza di un “*ordine voluto*”, quindi, per quanto naturale, con un forte carattere convenzionale. La malattia, con lo sviluppo delle conoscenze genetiche, appare alla deontologia sempre più come un “ordine diverso”, dove la diversità coincide spesso con la singolarità e unicità dell’uomo malato. La deontologia rispetto a ciò è parecchio in ritardo.

10

Oggi nei confronti della deontologia tradizionale cambia, insieme all’idea di malattia, anche quella della salute. Non più assenza di malattie, non più solo *wellbeing* (star bene). La nuova idea è quella di “vitalità” nella quale soprattutto le capacità dell’uomo malato, i suoi diritti, i mezzi sanitari disponibili, i beni scientifici, le informazioni sono finalizzati a un’idea di benessere e quindi di qualità della vita e di durabilità. Ma a tutt’oggi la deontologia è ancora distante da un’idea di vitalità. Essa è ancora impaniata nella dicotomia normale/patologico.

11

Oggi cambia la rappresentazione morale della scienza medica e di conseguenza entra in crisi una vecchia idea di giustizia. Ma la deontologia resta ancorata ai suoi postulati etici tradizionali. Se prima la malattia era la trasgressione o la deviazione a una norma e giustificava il paziente, ora si tratta di decolpevolizzare la persona malata che diventa sempre più una vittima innocente della malattia nel senso di un sistema di fattori che la determinano a partire dall’ambiente, dalle condizioni di vita, dalle condizioni culturali. I famosi determinanti della malattia e della salute. Il paziente deontologicamente è superato perché prima di ogni cosa la malattia oggi per l’uomo odierno è ingiusta e quindi ingiustificabile a partire dal dolore che essa provoca. Davanti ad una malattia ritenuta ingiustificabile essere paziente non ha più senso.

12

Oggi l’autonomia del medico a svolgere in modo corretto e completo la sua professione, sempre descritta come valore cardine dalla deontologia tradizionale, a seguito del combinato

disposto “autodeterminazione del cittadino” da una parte e crescita dei problemi economici dall'altra, per la prima volta, entra davvero in crisi. Tra crescita delle complessità, autodeterminazione del malato e limiti economici, l'identità del medico si appanna e declina manifestando sempre di più una vera crisi della professione.

13

Oggi se sul terreno della natura, i limiti si spostano, allargando per la medicina le possibilità scientifiche di cura, su quello economico sociale i limiti finanziari le restringono, mettendo in crisi tanto il medico che la persona, il cittadino, il malato e soprattutto i servizi dove la medicina viene esercitata.

14

Oggi nascono nello stesso tempo per la deontologia due generi di questioni bioetiche:

- quelle legate all'interpretazione della natura della malattia da parte della medicina scientifica
- quelle legate all'interpretazione dei limiti economici imposti alla medicina e delle loro ricadute sul terreno etico.

15

Oggi il rapporto tra limite naturale verso l'alto e limite economico verso il basso è crisi tra ciò “*che non può non essere*” e ciò “*che non può essere*”. Cioè crisi del rapporto tra inevitabile, necessario e possibile. Natura società ed economia nei confronti del discorso deontologico si fronteggiano creando i presupposti per grandi diseguaglianze.

16

Le diseguaglianze sono per la deontologia una grande contraddizione. Per la deontologia la natura della malattia in ragione del limite economico perde di fatto il suo statuto universale e diventa una variabile delle possibilità di reddito, delle possibilità economiche, delle inique politiche di redistribuzione delle risorse. La cura della malattia è per la deontologia, certamente un problema di rapporto tra natura e scienza ma oggi è diventata soprattutto un problema tra natura scienza e economia.

17

Oggi per la deontologia il possibile medico è sempre stato determinato dalla nozione di necessità del malato e quest'ultima coincideva sempre con la nozione di verità. All'origine della medicina scientifica ciò che era necessario fare era anche, per il medico, ciò che era vero, che

era giusto, che era bene fare senza limiti finanziari. Ciò che è vero, giusto e si deve fare, è possibile. Quindi deontologicamente accettabile. Ma oggi non è più così. Oggi la verità tende ad essere la stessa dell'economicità. Oggi la tendenza è considerare vero ciò che costa di meno.

18

Oggi l'ingresso pesantemente condizionante del limite economico mette in evidenza i limiti deterministici del concetto di necessità quindi del concetto di verità e di possibilità. Oggi ciò che per questa società sarebbe necessario fare, sposta l'attenzione dal possibile sul terreno della "fattibilità" e la fattibilità dipende sempre più dalla disponibilità dei mezzi quindi dall'economia. Per la deontologia è una bella gatta da pelare.

19

La società di oggi spinge la deontologia verso il "non impossibile". La nuova verità per la futura deontologia è racchiusa più che mai nella proposizione: "non è impossibile che sia". Oggi il non-impossibile tende a diventare necessario e quindi vero. Fino ad oggi il necessario, il vero e il possibile facevano parte di un ordine di fatto incontrovertibile, deontologicamente in equilibrio ma ormai questo ordine è di fatto saltato. Con l'ingresso del limite economico il non impossibile entra in conflitto con gradi crescenti di impossibilità. Da questo conflitto crescono le disuguaglianze, cresce la domanda di salute, crescono le pretese irragionevoli della società, crescono le aspettative, e quindi anche le insoddisfazioni, i conflitti sociali e gli opportunismi professionali per difendersi come medici da rischi legali e da responsabilità professionali.

20

Oggi qualsiasi atto medico per una futura deontologia che non è impossibile, in teoria è possibile. Le possibilità sostanziali della cura dipendono non più come una volta da un ordine naturale pre-costituito, ma dall'uso contestuale delle conoscenze e delle risorse economiche. Per la deontologia si allarga il campo del legale cioè fare quello che è espressamente consentito, al campo del lecito quello che non è espressamente vietato a certe condizioni può essere consentito. La deontologia dovrà armonizzare per la prima volta il principio di libertà del medico e del malato tra lecito e legale.

21

Tutto ciò per la deontologia ha un significato fortemente anti-deterministico nei confronti proprio della necessità. Il concetto di necessità clinica normato e protetto dalla deontologia tradizionale entra in crisi. Oggi la cura non si spiega più come una volta solo con la necessità

legata alla malattia ma anche con i valori del contesto sociale, delle tecniche disponibili, dei metodi pratici, delle condizioni etico-sociali, dei mezzi disponibili, delle organizzazioni dei servizi e nella capacità di accedere ai servizi ma anche delle potenzialità culturali e economiche sociali del malato.

Tesi

N°12

Alla base della crisi della deontologia medica vi sono sostanzialmente:

- *profondi cambiamenti culturali che riguardano i rapporti tra natura e società e il ruolo di mediazione della medicina*
- *pesanti interferenze dell'economia nei confronti dell'autonomia della professione.*

A tali cambiamenti vanno ricondotte le nuove visioni della natura, della malattia, della salute, e del malato e nello stesso tempo nuovi problemi bioetici legati alla cronica scarsità delle risorse.

N°13

Il fattore scatenante che sfida persino il limite economico, è l'avvento del soggetto sociale quale protagonista della propria autodeterminazione. È un nuovo genere di malato oggi ad obbligarci ad una profonda rivisitazione della deontologia. Questo nuovo malato oggi spaventa per la prima volta il gioco storico della medicina, cioè cambia in profondità il concetto di cura e quindi malgrado il medico il concetto di medico.

N°14

Oggi la medicina con la sua scienza deve prendere atto di un nuovo sistema sociale di necessità e di possibilità che tende sostanzialmente a ridiscutere e a reinterpretare profondamente i limiti naturali dell'uomo. Questi riguardano la durata della vita umana, le capacità riproduttive, le possibilità terapeutiche, l'eliminabilità del dolore, le forme della sopravvivenza, le attese di vita la vitalità della persona a tutte le età.

In una parola: i poteri effettivamente attribuibili alla medicina di intervento sulla natura.

N°15

Oggi la deontologia è chiamata:

- *a circoscrivere le pretese eccessive di "cura" della società e quindi a ridefinire una nuova idea ragionevole di "cura"*
- *a difendere la medicina dall'eccessiva invadenza dell'economia che pretende di amministrare*

tanto il medico, quanto il malato e la stessa medicina e nello stesso tempo ad accettare la sfida inevitabile della sostenibilità.

N°16

Se oggi la nuova visione che si ha del concetto di malattia e di malato come natura insieme a una domanda forte di auto-determinazione del cittadino da una parte, e la crescita dei condizionamenti economici alle prassi professionali, dall'altra, mettono in discussione l'identità del medico, oggi il problema dell'identità non si risolve con una semplice ridefinizione deontologica a medicina invariante, ma cambiando la deontologia per cambiare la medicina al fine di cambiare il medico. Oggi il medico deve sapersi rapportare con un nuovo genere di malato e nello stesso tempo deve essere il primo protagonista di una medicina sostenibile, assumendosi la responsabilità di spendere al meglio le risorse messagli a disposizione.

N° 17

Se l'identità del medico viene meno a causa della nuova visione sociale e culturale della malattia, dell'autodeterminazione del cittadino, del limite economico imposto alle prassi, allora dobbiamo dire che l'identità viene meno per una crescita esorbitante del grado di complessità della professione. La deontologia prima ancora di occuparsi delle condotte professionali deve ricostruire l'identità professionale in ragione delle sfide che questo accresciuto grado di complessità pone.

N° 18

La deontologia va ripensata nei suoi fondamenti essa prima ancora che normare delle condotte deve ricostruire un ruolo del medico e quindi ridefinire l'identità. Per fare questo però deve ripartire dal soggetto fiduciante cioè dal cittadino e ridefinire su base fiduciaria, una relazione con esso che deve essere di consensualità e co-decisionalità. Quindi ridefinire le modalità e affrontare i nodi di una nuova complessità epistemica.

Quesiti

N°1

La crisi del medico è del tutto ovvio che riguarda i suoi comportamenti nel senso che per qualche ragione essi non sono più ritenuti, percepiti, valutati, come congrui nei confronti di un insieme di bisogni, ma se è così e se il medico è semplicemente colui che traduce un paradigma in prassi, non è meglio dire che la crisi della medicina si manifesta attraverso dei comportamenti che questa società non ritiene più adeguati ai propri bisogni, alla propria cultura, alle proprie aspettative?

N°2

La deontologia è una parte fondamentale del paradigma medico, essa regola i comportamenti del medico, ma per regolare quelli della medicina, se il paradigma è in crisi è plausibile o no parlare di una deontologia che non funziona più o meglio che si dimostra inadeguata nei confronti dei mutamenti sociali?

N°3

Se la crisi del medico in sostanza è la perdita della sua identità si può parlare anche per la deontologia di crisi dell'identità? Ma se la deontologia corrente, a causa della crisi del paradigma non garantisce più l'identità del medico, ha senso continuare a rinnovarne il modello storico che ormai ha circa un secolo, per tentare di ridefinire le condotte professionali facendo finta di non avere un problema di identità?

N°4

Supponiamo che non abbia più senso, allora, la deontologia, quale espressione del paradigma, che deve fare? Si può ridefinire l'identità del medico attraverso la deontologia? Ma se la deontologia non fosse adatta per questo scopo quale altra strada o mezzo si può usare?

N°5

Questa identità perduta si può ritrovare a prescindere da una idea nuova di paradigma? Cioè da una nuova idea di identità? Cioè da una nuova idea di medico?

N°6

Se il paradigma definisce le prassi del medico e se le prassi del medico sono definite dalla deontologia in nome e per conto del paradigma, allora, per risolvere i problemi delle prassi, è o no necessario ridefinire la deontologia?

N°7

Se l'identità è perduta perché essa nel paradigma era coerente con un certo tipo di società e di scienza, allora per ritrovare l'identità bisogna in realtà reinventarla, dal momento che tanto l'idea di società che di scienza è cambiata, ma se è così l'identità si ritrova o si reinventa? O basta come propongono alcuni un po di manutenzione?

N°8

Se ritrovare l'identità significa aggiornare una deontologia ma senza modificarne il modello di fondo, reinventare l'identità che significa?

N°9

È possibile reinventare l'identità del medico a modello di deontologia quindi di paradigma invariante?

N°10

Se non è possibile cosa bisogna fare? Cioè che altre strade suggerite di percorrere?

Crisi della epistemologia

Ripensare il canone scientifico

Sinossi

Con il termine epistemologia si intendono i criteri e le regole della conoscenza della medicina che guidano le prassi professionali del medico. Per positivismo una certa filosofia alla base dell'attuale definizione di scienza medica e non solo. Sulla base della filosofia positivista il paradigma medico ha deciso le caratteristiche epistemiche per definire la malattia e per curarla e quindi le prassi del medico. Il medico positivista è colui che per curare la malattia applica e adotta una epistemologia scientifica di tipo positivista.

Sulla base degli stessi cambiamenti sociali e culturali che sono stati descritti a proposito di crisi della medicina e di deontologia l'idea che oggi la società ha sia della malattia che del malato, ma anche della cura, della salute, del medico, del servizio, non è più coincidente con la epistemologia positivista che sta alla base del paradigma medico.

Questo vuol dire che il modo di conoscere e di fare della medicina scientifica, per quanto scientificamente corretto sul piano della epistemologia positivista, è percepito da questa società e dai suoi malati non adeguato alle proprie necessità e soprattutto non in sintonia con delle filosofie di fatto post positiviste, quelle ad esempio che teorizzano l'autodeterminazione, la relazione, il prendersi cura, la complessità, il valore della differenza, la persona, il dialogo ecc.

Di fronte a questa importante discordanza la unica possibilità per il medico di governare i suoi rapporti difficili con la società è ripensare i criteri e le regole che guidano le sue prassi, prendendo atto che le sue prassi nei confronti della crescente complessità sociale e culturale attraverso la quale la malattia e il malato sono stati ridefiniti, sono restati indietro. Cioè non sono evolute.

Se la deontologia funziona come se fosse uno statuto, l'epistemologia funziona come se fosse un canone. Si definisce "canonica" la scienza dei criteri e delle regole, quindi si definisce "canone" quella parte del paradigma medico, che sovrintende all'uso delle conoscenze scientifiche, e non solo, per fare salute e curare le malattie.

Il canone positivista della medicina scientifica davanti alle nuove complessità tanto della malattia che del malato si rivela pieno di aporie e di contraddizioni e, quindi, per quanto scientifico, meno efficace di quello che con ben altre epistemologie potrebbe essere. Se quello che fa il medico

a questa società non va bene per quanto scientifico esso sia, vuol dire che il suo modo di conoscere non va bene e che l'epistemologia positivista va ripensata, innanzi tutto nel primario interesse del malato.

Proposizioni di approfondimento

1

In medicina l'epistemologia definisce, sulla base delle norme deontologiche, il proprio canone cioè un sistema di criteri per giudicare e decidere cosa fare per curare scientificamente la malattia o per fare salute. Il canone medico serve soprattutto a dirigere l'operatività della scelta in medicina. Esso istituisce i suoi criteri di verità per fornire ai medici e ai malati regole per comprendere per giudicare decidere e scegliere. Il canone si preoccupa di garantire che la malattia sia valutata attraverso il "retto giudizio".

2

La crisi del canone medico oggi in primo luogo riguarda il suo forte "fondazionalismo" (in filosofia della scienza, è la tendenza a fondare ogni conoscenza su premesse ultime evidenti di per sé, che non abbisognino di altre giustificazioni). Il fondazionalismo (per semplificare) concepisce la struttura della conoscenza in termini di fondamenti. Tipico esempio è la medicina basata sull'evidenza o sulla prova o sui fatti osservabili o sulle misurazioni di laboratorio. Basata vale come poggiata su una base quindi su un fondamento. Il fondazionalismo usa tutte le evidenze possibili (statistiche, empiriche, oggettivi, convenzionali) per giustificare credenze cliniche con altre credenze biologiche o statistiche. Credenze di base, credenze derivate, credenze sovrastrutturali, sono sempre state canonicamente intese come un sapere primo, un fondamento.

3

Il punto delicato è che ciò che si considera un "fondamento" per conoscere, in medicina, ha due inconvenienti:

- non è mai assoluto o indiscutibile quindi vero in qualsiasi caso e in qualsiasi condizione, cioè universale e universalizzabile, ma è sempre relativo a delle conoscenze provvisorie, reversibili, falsificabili. Per cui rispetto al caso può essere smentito o semplicemente essere fuorviante
- non sempre è condiviso dalla società che può avere altre idee di fondamenti e che in ogni caso non ritiene di sottostare a dei fondamenti clinico-biologici di tipo dogmatico, in modo passivo e acritico quindi rivendica il diritto di interpretarli.

4

In secondo luogo, il canone positivista pensato per dare conto dei fatti della malattia nel momento in cui tenta di dare conto dei fatti del malato, di quelli del contesto, di quelli legati ai limiti economici, di quelli legati al genere di malato, di quelli organizzativi, relazionali ecc., si rivela, a causa del suo fondazionalismo, incapace di essere onnicomprensivo, cioè di governare tutto quanto esorbita da una idea fondamentale anche se riduzionista di malattia naturale.

5

In medicina non esiste una evidenza in grado di reggere tutte le tante conoscenze che agiscono nel suo dominio in modo unitario e fondante. In medicina ormai sono tante le conoscenze implicate e continua a crescere il processo di specializzazione e contemporaneamente si sviluppano “culture scientifiche” e “tradizioni di cura” altre, che appaiono sfere di conoscenza poco commisurabili ai fondamenti classici del canone positivista (la psicologia, la psichiatria, le scienze cognitive, le medicine complementari, la dialogica, la dialettica ecc.).

6

La medicina è diventata un *multi-verso* cioè una *pluri-conoscenza* cioè qualcosa che coordina più conoscenze anche di genere diverso. Più generi di razionalità. Non esiste un solo fondamento scientifico in grado di rappresentare questo multi-verso. Tutte le evidenze scientifiche della medicina riferiscono di parti del multi-verso. L'unico fondamento, ma che è ontologico, è il malato. Egli è l'unico ad essere una evidenza del suo multi-verso e in quanto tale egli è onnicomprensivo.

7

In terzo luogo, il fondazionalismo del canone positivista ha la tendenza ad essere dogmatico (quando per conoscere la malattia ci si basa su uno o più principi dati come veri e indubitabili, indipendentemente dalla loro verifica nella realtà e nei fatti). Esempi di dogmatismi sono l'oggettività, la necessità, i fatti, le misurazioni, le cose osservare, tutte cose, sia chiaro, con una loro realtà anche fisica, ma nello stesso tempo con una loro intrinseca complessità. In ragione di tale dogmaticità il giudizio medico è costantemente esposto alla contraddizione, alla falsificabilità, all'insuccesso.

8

I fatti sono gli “oggetti” dell'investigazione scientifica che devono essere “riconosciuti” da qualsiasi medico. Dalla “fatticità” il medico ricava la possibilità oggettiva di “verificare” se esiste una certa malattia, di “accertarne” le caratteristiche, di “controllarne” lo stato di avan-

zamento e di “prevederne” l’evoluzione.

9

Il solo rinvio all’oggettività, alla fattualità, all’evidenza, alle cause, ai sintomi, per quanto necessario, non basta più a conoscere la malattia. Con l’ingresso in scena del malato non è più possibile eliminare dal canone ogni rinvio alla sua soggettività, alle difficoltà del contesto e meno che mai ai limiti economici che gravano sul medico, alle sue condizioni di lavoro. I fatti spiegano solo una parte della realtà. Essi al massimo denotano i predicati clinici della malattia ma non ci dicono nulla su quelli ontologici del malato. Cioè non connotano il malato. La non connotazione del malato in un processo di cura è alla base delle principali difficoltà di rapporto tra i medici e la società.

10

In quarto luogo, per il canone medico la validità oggettiva di un fatto clinico dovrebbe essere indipendente dalle opinioni (pregiudizi, giudizi e valutazioni) che non siano quelle inerenti all’uso di ciò che è considerato scientifico quindi adatto ad accertarlo. Questo tuttavia oggi è più problematico di quel che si crede e per il giudizio medico una base a-valutativa, cioè di verità oggettiva, alla fine, nella pratica corrente del medico, risulta essere poco più di un ideale. Ci sono molte cose che con i fatti c’entrano poco come ad esempio le convinzioni tanto del malato che del medico. Una fattualità puramente oggettiva indubbiamente e sistema con un mucchio di problemi.

11

Per il canone positivista la fonte della conoscenza scientifica è l’osservazione, l’accertamento, la “constatazione” dei fatti clinici.

Per il medico l’osservazione ha, rispetto ai fatti, una funzione strumentale. Essa serve ad accertare e a constatare, ma solo perché è necessario giudicare e scegliere. La medicina è prima di tutto scienza dell’osservazione quindi investigazione, ispezione, ricerca, analisi, disvelamento, ricognizione.

12

Oltre ai fondamenti dei fatti e all’osservazione vi è quello importante della causa. Per il canone medico la causa è un assioma fondamentale: le malattie non si limitano ad accadere ma si presentano solo date certe condizioni cioè in ragione di certe cause. A partire dalla causa, il canone non fa altro che stabilire i criteri di “necessità” del rapporto causale. Attraverso la

causa il canone medico indicherà il “principio” per il quale le malattie avvengono o diventano ciò che sono.

13

Per il canone medico la causa è un principio di intelligibilità. Comprenderla significa capire tutto il pensiero determinista del positivismo, cioè la ragione per cui “la malattia è quello che è” e non può essere diversa. Il medico guarderà la “causa” come ciò di cui è fatta una cosa (un virus è «causa» della febbre) oppure come modello di un evento (è «causa» dell’uomo la condizione di vulnerabilità che lo definisce) o, ancora, è causa qualcosa che dà inizio a un mutamento (il medico è la “causa” della guarigione; l’anamnesi è “causa” della diagnosi e questa della prognosi ecc.) e infine può essere “causa” lo scopo stesso della medicina (la terapia è la “causa” per cui si va dal medico) ecc. Tutto è spiegato nel canone positivista in modo deterministico e meccanico. Tutto è causa e effetto.

14

Il medico, sulla scorta delle diverse accezioni di causa, fisserà criteri che definiranno la contemporaneità tra le cause e i loro effetti, la gerarchia per la quale bisogna cercare quella più importante ecc. Su questa congerie di cause fino a non molti decenni fa prevaleva, nei confronti della malattia, il significato morale di causa interpretata come trasgressione o deviazione o disordine rispetto a un ordine naturale dato. La causa è la colpa della malattia. La “colpa” altrimenti detta “imputazione eziologica” è stata per secoli un “perché” privilegiato della spiegazione morale della malattia.

15

Per il canone positivista della medicina niente può accadere al di fuori di un sistema causale. Il compito epistemico della causa sarà, di volta in volta, quello di orientare la scelta del medico con criteri comunque di “deducibilità”. Non ha importanza se la deducibilità partirà da una causa a priori, da un’ipotesi o da un’inferenza probabilistica, sempre di deducibilità si tratta. La causa, fin dagli inizi della medicina, è un’idea abbinata alle varie forme di razionalità medica prodottesi nella storia. Essa ha sempre, anche se nei modi più diversi, definito la natura empirico razionale della medicina, nel tentativo di giudicare i rapporti tra prima e dopo, tra anteriore e posteriore, tra antecedente e conseguente.

Aporie

1

Oggi la crisi della medicina rispetto ai problemi del giudizio medico, nei confronti della complessità, è crisi dei criteri canonici, quindi crisi della critica, del giudizio. Fino ad ora il

giudizio del medico verteva principalmente su alcuni fondamentali quali i sintomi e i segni, la conoscenza delle cause, le evidenze scientifiche disponibili, i fatti, il visibile. Ma oggi tutti questi fondamentali tarati per lo più su una idea vecchia di malattia si mostrano inadeguati.

2

Oggi per mettere il canone in condizione di governare la complessità, bisogna ripensarne l'epistemologia di fondo che ribadiamo è quella positivista. Quello che circa un secolo fa è stato considerato scientifico oggi con i tanti cambiamenti sociali e culturali che sono intervenuti nel corso di tutto il 900, è percepito nel bene e nel male da larghi strati di questa società come "scienziata" e come eccessivamente semplificato cioè "riduzionista". Questa società non vuole rinunciare alla propria complessità e meno che mai adattarla al canone positivista della medicina e non per ragioni ideologiche ma perché rinunciarvi significa accettare una vecchia idea di malattia e di malato e di medico.

Scientismo non è una parolaccia e non vuole essere offensivo, esso vuol dire due cose:

- la tendenza ad attribuire alle scienze fisiche e sperimentali e ai loro metodi, la capacità di soddisfare tutti i problemi e i bisogni medici dell'uomo
- inflazione della metodologia scientifica.

Riduzionismo invece vuol dire altre due cose:

- la riduzione di fenomeni vitali a un unico sistema teorico considerato fondamentale
- la tendenza a ridurre la complessità ai minimi termini cioè a semplificare.

3

Oggi la crisi del canone proprio in ragione delle difficoltà epistemiche del concetto di scienza ha tutti i segni di un vero e proprio anti-dogmatismo morale e scientifico. Lo scientismo per questa società è eccessivamente dogmatico mentre una moderna idea di scienza no. Stessa cosa per il riduzionismo e la sua pretesa di rappresentare il tutto attraverso la parte.

4

Oggi il pensiero moderno, nel senso della filosofia della scienza, ha preso le distanze dai fondamenti e dal fondazionalismo quindi dallo scientismo e dal riduzionismo. Anche la scienza medica è ormai un insieme di ipotesi e le sue certezze scientifiche non possono essere legittimate una volta per tutte. Il fondamento in quanto tale, ad esempio l'evidenza, non riesce più da solo a dar conto, ad esempio, della complessità del malato dentro una situazione rispetto ad una contingenza e con una propria singolarità. Oltre a ciò che è evidente, per il medico esiste anche ciò che è rilevante per il malato. Spesso evidenza e rilevanza entrano in conflitto.

5

Oggi la medicina:

- ha forti problemi a garantire la propria scientificità attraverso un atteggiamento meramente osservativo constatativo e contemplativo come comanda il canone positivista
- lo statuto di oggettività in questi anni è stato molto ridefinito cioè de-banalizzato e complessificato.

6

L'oggettività osservata oggi, diversamente da quello che pensa il paradigma positivista, non è mai indipendente dalla soggettività di chi la osserva.

7

Oggi quindi il canone che sovrintende le prassi mediche in ragione dell'alto grado di complessità del concetto di malattia e di malato e di medicina tradisce molte aporie inerenti i suoi principali fondamenti cioè la nozione di fatto, di osservazione e di causa.

8

Per quello che riguarda il fatto quale fondamento la medicina per essere una scienza positiva quindi realista ignora del tutto che:

- esiste un carattere "teorico" dei fatti, cioè sulla loro dipendenza dai punti di vista di chi li osserva, e questo va di pari passo con l'evoluzione delle forme interpretative
- non basta osservare i fatti bisogna anche interpretarli e chi interpreta a sua volta è "carico di teoria" e quindi la loro oggettività risente molto di un inevitabile grado di soggettività
- prevalgono approcci fenomenologici che ai fatti preferiscono la nozione di "*stato di cose*" (psichiatria) considerando come tale un qualsiasi fatto dell'esistenza.

9

Per quello che riguarda l'osservazione come principale fondamento per la conoscenza dei fatti la medicina positivista ignora che:

- l'idea di conoscere solo osservando oggi risulta una conoscenza povera troppo descrittiva che risponde ad un ideale pittorico che registra ciò che appare ma senza mai avere la garanzia che quel che appare sia veramente
- la condizione per conoscere oggi è ridiscutere la storica separazione tra chi osserva (il medico) e chi è osservato (l'uomo malato)
- ciò non è solo un'esigenza epistemologica ma anche sociale, dal momento che l'esigente è un soggetto attivo e poco incline a farsi unicamente osservare vuole partecipare

- l'uomo malato chiede che la medicina, quale sistema osservante, sia inclusa nella valutazione che lo riguarda e chiede di poter dire la sua su quanto viene osservato
- in medicina, il sistema osservante non è solo il medico ma l'intera metodologia e strumentazione diagnostica, con tutti i margini di approssimazione e i problemi di standardizzazione
- sappiamo bene infine che in medicina ciò che si osserva sia esso un malato di un sintomo, di una malattia. È suscettibile di descrizioni diverse.

10

Per quello che riguarda la nozione di causa la medicina positivista ignora il vero punto di rottura con la tradizione secolare: il cambiamento della nozione di malattia e di malato che nel corso del tempo ci condurranno all'esigente, è stato possibile perché cambiamenti etici e culturali nella società hanno fatto passare la deresponsabilizzazione della persona quale causa globale della propria malattia. La fine del paziente è stata resa possibile grazie all'indeducibilità morale della malattia dall'individuo. L'individuo smette di esser la causa morale della sua malattia diventa esigente quindi smette di essere una colpa. Egli nei confronti della malattia è moralmente innocente anche se il suo corpo è in qualche modo tecnicamente concausante.

La figura del paziente è superata nel momento in cui:

- il malato quale effetto non è più deducibile dalla malattia quale causa
- il malato non è più la causa dalla quale dedurre la malattia.

Il gioco malattia/malato si rivela molto ma molto più complesso. La causa della malattia non è più una colpa dentro un ordine naturale di necessità. L'uomo non è più l'imputazione eziologica che è stato per secoli. E la causa naturale non basta più a spiegare la complessità della malattia. Diventa una spiegazione che continua ad avere ovviamente una sua importanza scientifica ma tra altri tipi di spiegazioni.

11

Al venir meno della nozione di causa come imputazione morale seguono altri cambiamenti che influiranno sul concetto di causa ma sul piano tecnico-scientifico:

- in medicina è sempre più chiaro come il nesso tra causa ed effetto è davvero problematico, è la sua logica lineare a rivelarsi problematica
- oggi sappiamo che per comprendere la complessità delle cause dobbiamo adottare una logica non lineare per la quale l'effetto non è mai semplicemente proporzionale alla causa "per cui bastano minime perturbazioni iniziali per influire sull'intero sistema"; ne conse-

gue l'impossibilità di comprendere la malattia limitandoci a scomporla nei suoi elementi costitutivi

- nel canone la causa era la base di un rapporto di prevedibilità certa, perché garantiva inamancabilmente la successione “degli” eventi e la connessione “tra” gli eventi. Ma la non linearità del rapporto causa effetto è un punto di crisi di non poco conto. Esso significa l'incertezza di una conoscenza medica a priori
- l'osservazione e l'esperienza hanno indotto il medico a credere in certe uniformità, ma la crescente complessità dei fenomeni, l'imperscrutabilità in essi di cause primarie, e soprattutto l'affermarsi dell'unicità e della singolarità privano il medico delle certezze assolute che ricavava dalla conoscenza delle cause
- sappiamo che in medicina causa ed effetto non solo a volte sono avvenimenti distinti, ma la loro connessione è spesso arbitraria
- ammettere ciò anche se sotto forma di eventualità per il canone significa togliere al giudizio medico una forte giustificazione clinica e che nessuna deduzione a priori può rendere prevedibile un effetto qualsiasi
- si fa quindi strada un'idea di “funzione” che genericamente ha il significato di interdipendenza tra i fenomeni distinti
- dalle spoglie della causa sorge, quasi in maniera ossessiva, l'idea di probabilità
- in medicina si scopre così che l'impossibilità di conoscere con precisione un *incipit* (indeterminazione) rende impossibile predire con certezza il comportamento di una malattia
- in luogo della causa si preferiscono espressioni quali “variazione concomitante”, “successione costante”, “dipendenza funzionale”, e ancora, accanto a “causa probabilistica”, “correlazione statistica” “causa assente”
- l'indagine oggi sembra indirizzarsi sia verso la ricerca della “prova” (statistica, epidemiologica ecc.) di una correlazione quale condizione, che però da sola non è quasi mai necessaria e sufficiente
- si arriva persino a mettere in dubbio la definizione di malattia quale “evento causato da “, preferendo ormai sempre più quella di malattia quale “processo”
- molte malattie suggeriscono quasi un'idea di causazione all'indietro (*backward causation*), vale adire di causa che non precede ma segue l'effetto, o di “causazione coesistente” nella quale vale la simultaneità della causa e dell'effetto.

12

Il determinismo così fortemente caratteristico del paradigma positivista scopre le incertezze e le difficoltà dell'indeterminismo. L'impresa scientifica diventa più difficile perché è più difficile scoprire e sapere senza disporre di fondamenti inappellabili.

13

La crisi del canone coincide certamente con una idea nuova di malattia e di malato ma nello stesso tempo coincide con la perdita del potere esplicativo dei fatti, con l'indebolimento del ruolo del visibile, con la disgregazione del concetto unitario di causa, cioè con i fondamenti che sino ad ora hanno garantito la visione scientifica alla medicina positivista. Oggi tali fondamenti non sono più tali ma soprattutto sono ampiamente insufficienti a interpretare e a spiegare tanto il mondo della malattia che del malato.

Tesi

N°19

L'alto grado di complessità che il medico deve affrontare oggi richiede che si ripensi il canone classico della medicina positivista.

N°20

È necessario un aggiornamento epistemico di tutte le sue principali categorie fondanti deducibili dalla complessità. Non si tratta di mettere in liquidazione l'epistemologia positivista e di sostituirla con una epistemologia semplicemente post positivista ma di complessificare l'epistemologia che c'è, cioè aggiungere a quello che c'è quello che non c'è e che servirebbe, sapendo che, aggiungendo quello che non c'è, si cambia in senso riformatore quello che c'è. Oggi i fatti non sono altro rispetto alle persone e le complessità delle persone spiegano le complessità dei fatti. Oggi per conoscere non basta più osservare è necessario interpretare. Oggi le cause spiegano sempre meno i fenomeni ad esse riconducibili. Quello che serve non è rinunciare a conoscere attraverso i fatti, l'osservazione, le cause, ma aggiornare queste nozioni tipicamente positiviste alla luce di due generi di cambiamenti: quelli morali e sociali che ci dicono che la persona non è più colpevole della propria malattia anche se potrebbe esserne in parte responsabile e quelli che riguardano il modo di conoscere quindi l'epistemologia che ci dicono solo che il rapporto malattia/malato è più complesso di quella che sembra.

Quesiti

N°1

Per chi è formato in un certo modo, e quindi ad un certo paradigma e a una certa ortodossia, è difficile concepire che possa esistere un altro modo di fare il medico, ma rispetto alla questione medica, non c'è dubbio che tra le varie cose da cambiare si pone il problema di fare il medico in un altro modo. Secondo voi quale?

N°2

Ma è possibile o no fare il medico in un altro modo, o esiste solo un modo di fare il medico?

N°3

Il modo di fare il medico ovviamente non è una questione banalmente comportamentale ma è una questione di scienza conoscenza di metodo. Secondo voi esiste un altro modo di fare scienza conoscenza e un altro metodo?

N°4

Se ci fosse un solo modo epistemologico di fare il medico non credete che il rischio che corre il medico è di essere una professione invariante nei confronti di qualsiasi tipo di cambiamento?

N°5

E essere invarianti lo considerate possibile? Un vantaggio o uno svantaggio?

N°6

Il punto è che per fare il medico in un certo modo (qualsiasi voi vogliate) bisogna definire una precisa epistemologia cioè un preciso modo di conoscere prima e di fare dopo. Se decidiamo che il modo di essere del medico va cambiato è come se decidessimo che una certa epistemologia va cambiata, non credete ingannevole pensare di cambiare il medico senza cambiare il suo modo di fare il medico? Cioè a epistemologia invariante?

N°7

Oggi la società in ragione del principio costituzionale dell'autodeterminazione, sollecita il medico ad avere con essa delle relazioni per conoscere insieme e co-decidere, ma le relazioni, intese nel senso di tale principio, quindi come fonte di conoscenza e di decisione, non fanno parte dell'epistemologia classica della medicina. Allora, se è così, non credete che per rispondere alle sollecitazioni sociali, si debba modificare, nel senso di arricchire e allargare l'ambito delle questioni epistemologiche?

N°8

Le relazioni nel senso inteso del principio di autodeterminazione con l'epistemologia positivista della medicina non vanno molto d'accordo perché esse mettono in crisi valori dell'oggettività della conoscenza e la possibilità di predefinire le scelte del medico con il metodo. In questo caso che si fa?

N°9

Ci teniamo la vecchia epistemologia dell'oggettività e riduciamo le relazioni alla teoria della amabilità, quindi ignoriamo il principio di autodeterminazione pagando il prezzo sul ter-

reno del contenzioso legale, o al contrario ripensiamo l'epistemologia trovando il modo di rendere compossibile oggettività e soggettività, evidenze e opinioni, dati clinici e esperienze personali, modelli e singolarità?

N°10

I problemi dell'epistemologia sino ad ora cioè fino a prima della crisi, non si sono mai posti, ora nostro malgrado si pongono, e i medici, mediamente, non sono preparati ad affrontarli come dovrebbero (molti di loro non sanno neanche cosa significa epistemologia). Ma il fatto che siano impreparati ci autorizza ad ignorarli o peggio a negarli, o in ragione dello scopo fondamentale di risolvere la crisi della professione, essi vanno ammessi e affrontati. Ci giova negare il problema? O ci conviene affrontarlo per quello che è provvedendo noi ad attrezzarci come si deve?

La crisi della metodologia

Sinossi

La metodologia è una parte fondamentale del paradigma medico-positivistico e rientra nell'ambito dell'epistemologia. Essa si preoccupa di definire un certo "modo" scientifico di operare e di agire della medicina.

La metodologia (altrimenti detta "procedimento") stabilisce attraverso dei criteri "come procedere" e come essere scientifici. Senza metodologia la medicina non sarebbe scientifica. Lo scopo principale del metodo è pre-definire una successione logica delle cose da fare. Il metodo quale "decisione" e "scelta" elimina le incertezze concernenti le decisioni e le scelte quindi risolve le controversie della prassi. Qual'è il problema?

Il paradigma positivista ha definito una propria idea di metodo ma rispetto alla malattia concepita:

- *come un oggetto che devia da una natura oggettiva considerata a priori normale quindi universale*
- *come una entità senza soggettività e senza personalità*
- *come una complicazione biologica e non una complessità infra-biologica.*

A parte che abbiamo a che fare con i malati e le loro singolarità, ma la stessa malattia non è più predicibile come una regolarità biologica, per cui il metodo, non in quanto tale, ma per come è stato concepito dal positivismo non è più tanto affidabile perché spesso viene sconfessato da una realtà più grande di esso. Ad aggravare la questione, per di più, il metodo è usato come mezzo per amministrare la medicina e il medico cioè si è caricato di scopi economicistici. La commistione clinica e economia attraverso il metodo gestita contro il medico funziona alla fine contro il malato.

Proposizioni di approfondimento

1

Il metodo, per il paradigma positivista, è la base operativa della razionalità clinica. In clinica, *ragionamento* e *metodo* coincidono, nel senso che di fronte alla malattia il medico è come se disponesse di un ragionamento *pre-ragionato* e di conseguenza di una *scelta pre-scelta*.

2

Il metodo si avvale della logica della predicibilità cioè di un ragionamento che dice *prima* quale scelta clinica va fatta per essere appropriati al metodo e attraverso di esso al caso. Il metodo ha quindi una componente previsionale anche se sostanzialmente è una spiegazione

della malattia. Ogni spiegazione, ogni ipotesi, ogni congettura implica inevitabilmente un grado di predicibilità. In fin dei conti le spiegazioni cliniche della malattia a loro volta rispetto al metodo sono delle ipotesi condizionali che costruiscono decisioni e scelte.

3

La responsabilità del medico attraverso il metodo è di dire *quale cura vuole prescrivere*, supponendo che egli sappia prima di quale cura si tratti. L'uso del metodo ha forti implicazioni di democrazia sociale. Fino ad ora esso è stato considerato solo come un problema del medico. Ma oggi esso è diventato anche un problema del malato. Il malato non ci sta a restare fuori dal metodo.

4

La predicibilità del metodo ha inizio con delle ipotesi volte ad avviare una deduzione che dovrà avverare tale ipotesi. L'ipotesi è il medico che la mette in campo. Dedurre qualcosa per un medico vuol dire che *non si cura niente senza una idea di cura* quindi se il medico non immagina qualcosa. La cosa più importante è la *plausibilità* dell'ipotesi di partenza, dopodiché il metodo indicherà al medico le implicazioni più appropriate. Il metodo crea quindi *relazioni di implicazioni* tra un'ipotesi terapeutica e la malattia da curare, facendo ciò non fa altro che porre in relazione l'ipotesi clinica con tutto ciò che la corroborerà. Ipotesi implausibili non metteranno in relazione un bel niente.

5

Si dice "*dicibile*" (decidibile) l'ipotesi clinica possibile se può essere verificata. La sua verifica corroborerà pragmaticamente la validità dell'ipotesi di partenza. Il problema oggi è che la verifica cioè la corroborazione non è più solo un problema tecnico ma è anche un problema sociale. Il consenso informato implica che il malato sia un soggetto della predicibilità e quindi un soggetto della corroborazione. Con il consenso informato il metodo perde la sua autoreferenzialità.

6

Tutto il ragionamento del metodo si impernia su una sola vera condizione di fondo: *essere coerenti ai vincoli dell'implicazione che pone l'ipotesi*. L'assenza di contraddizioni in questo ragionamento è fondamentale. In fin dei conti con il metodo si tratta di predire *una* scelta clinica possibile e di predire in tal modo le sue conseguenze. La novità è che prima era il medico che provvedeva a tutto ora il malato vuole dire la sua.

7

Una volta che il medico ha deciso l'ipotesi, ricorrendo alle regole tecniche del procedimento, il medico, è come se non scegliesse, da sé, la diagnosi, ma, al contrario, è come se la diagnosi derivasse linearmente dai suoi presupposti in modo tale da poter scegliere di impiegare i mezzi più adatti. Oggi è su tale linearità che fa assegnamento la medicina amministrata e qualsiasi forma di proceduralismo, cioè qualsiasi tipo di impiego strumentale delle linee guida, per controllare i consumi, controllando le prescrizioni mediche. Ma è proprio questa linearità che è diventata un problema sociale.

8

Il metodo clinico non è diverso da quei procedimenti pensati per operare e per agire. Le loro procedure hanno in comune un *ragionamento meccanico* del tipo “se x allora necessariamente y”. I ragionamenti meccanici avvengono grazie a dei procedimenti pre-ragionati con *modalità causali*: l'osservazione dei fatti *causa* le ipotesi che a loro volta *causano* le diagnosi che alla fine *causano* le scelte. Come dire che le scelte sono il riflesso meccanico delle diagnosi e queste il riflesso meccanico delle ipotesi ecc.

9

La medicina amministrata si fonda su procedimenti pensati come ragionamenti pre-ragionati, cioè sulla predicibilità delle decisioni e delle scelte, convinta che la realtà della malattia è solo *oggettiva* e quindi non ha bisogno di *ragionamenti* ma più semplicemente di un *riconoscimento*. Cioè di esser osservata attentamente. Del resto, la malattia per la medicina positivista andrebbe solo constatata, registrata. Sarà l'analisi poi a spiegare il significato di ciò che si osserva.

10

L'analisi, in generale, è un *procedimento di dimostrazione*, quindi sicuramente un ragionamento logico-meccanico che, da un inventario di segni e di sintomi, deduce la definizione di malattia. Quindi è più descrittiva che interpretativa. Ma oggi, come è stato già detto, la pur importante *descrizione* è considerata dai più una conoscenza povera. Ciò che il medico deve analizzare non è mai solo un oggetto ma è sempre un soggetto e i soggetti sono per lo più interpretabili non solo osservabili.

11

Una ipotesi clinica è “decidibile” se esiste un metodo effettivo per determinare in un certo numero di passi se, dati dei sintomi, essa è o no valutabile cioè plausibile. Un esempio di de-

cidibilità, per quanto discutibile è una linea guida. Si tratta di una procedura che predefinisce un “certo numero di passi” quali successione di cose da fare. Ma la successione dei passi dipende dalla regolarità dei fenomeni, se i fenomeni non sono regolari ed hanno una struttura logica probabilistica e stocastica cioè hanno proprie specificità il metodo si trova in difficoltà.

12

Il procedimento clinico è un modo di operare che mette insieme una *visione teorica*, quella che descrive il sintomo e una *necessità tecnica*, quella che dice cosa fare *tecnicamente* rispetto ad una malattia con quel sintomo correlabile. Il ragionamento *teorico* spiega cosa è un sintomo, quello *tecnico* è una necessità logica che spiega cosa implicherebbe quel sintomo. Per cui il procedimento clinico non è altro che un modo per trovare una *regola tecnica*.

13

Il problema del metodo/procedimento si pone perché la medicina di stampo positivista, si è prevalentemente proposta come “*tecnica*” accettando, quale unico orizzonte, quello *dell'efficacia* dei mezzi impiegati. Il prevalere della tecnica riduce il medico, a sua volta, a tecnico, come se egli stesso fosse una macchina, quindi come se *agisse senza fare*. Il rischio che corre il medico che usa acriticamente il metodo è di diventare una *trivial machine*. La *trivial machine* per definizione è una macchina banale della quale si conoscono in anticipo le risposte a certi input. Il computer è una macchina banale. Ma un medico che ragiona come un computer non è più un medico.

14

Ridurre il medico a una *trivial machine* è l'ideale e lo scopo della medicina amministrata, cioè di una medicina che gestisce il medico, attraverso il metodo imposto, il procedimento, le linee guida. La caratteristica della *trivial machine* è *agire senza fare* cioè operare come una macchina attenendosi a un procedimento. Ma il medico che agisce senza fare a parte diventa qualcosa di diverso da quello che dovrebbe essere, fatalmente entra in contraddizione con la propria deontologia. Come fa un malato ad avere fiducia in un medico che ragiona come un computer?

15

Un medico quindi che agisce una razionalità puramente tecnica, va ribadito, è come se operasse attenendosi a condotte tecniche preordinate. Le condotte del tecnico sono quelle dettate dalla logica dell'efficacia dei mezzi e la sua bravura dipende dalla sua abilità a seguire un cammino predefinito. Una buona esecuzione dipende dagli schemi di razionalità che ridu-

cono al massimo il grado di libertà del tecnico. Tutto questo oggi è in medicina palesemente anacronistico. Tutto questo oggi rischia di snaturare la professione del medico. Il metodo deve essere a sostegno della conoscenza del medico ma in nessun caso può sostituirla.

16

La caratteristica principale del procedimento consiste semplicemente nel trionfo in fin dei conti del “teorico”, cioè della razionalità proceduralista prepensata come primato assoluto al quale la realtà effettiva del malato si deve conformare. Un esempio di trionfo del teorico è l’Ebm basata su delle astrazioni e su delle meta-analisi, e tutte quelle scuole di pensiero tese a moderare i medici e a guidarli nelle loro prassi per combattere sprechi e comportamenti inappropriati. Tutte queste cose per essere imposte o proposte al medico, per forza, devono sviluppare una clinica teorica a scapito di quella empirica. E per forza sono tutte teorie sconfessabili dalla pratica.

17

Il metodo ha quindi il punto debole della sconfessabilità e della falsificabilità cioè al medico capita spesso di trovarsi di fronte una realtà che non conferma la teoria. Nel momento in cui il medico tenta di rispondere in modo adeguato alla complessità, è costretto ad operare una reinterpretazione del metodo perché quel metodo non è stato pensato per la complessità ma secondo logiche riduzioniste. Qualsiasi evidenza ha una componente riduzionista nel senso che essa è ciò che resta dopo un accurato lavoro di scrematura della realtà clinica e di selezione dei dati scomodi.

18

Quel ragionamento che si pone il problema dei fini, in genere, si definisce “pratico”, quello che si pone il problema dei mezzi in genere si definisce “tecnico”. I fini per il giudizio pratico sono “scelte” che decidono i mezzi da impiegare. I mezzi per il giudizio tecnico sono *azioni necessarie* che conseguono meccanicamente dalle loro premesse. Oggi la preoccupazione per i mezzi spesso mette in ombra la preoccupazione per i fini. Usare il metodo solo per razionalizzare l’impiego dei mezzi come ad esempio accade con la questione della appropriatezza, crea le condizioni per essere sfiduciati socialmente dal momento che al cittadino interessa soprattutto il raggiungimento del fine.

19

Il ragionamento del malato è sempre pratico perché punta attraverso il consenso informato a confrontare l’impiego dei mezzi con i fini della cura. Il malato pratico, per raggiungere un

fine clinico, chiama in causa qualsiasi cosa utile, anche se extra metodologica, perché il suo campo logico è quello della *convenienza pragmatica e del buon senso*. Ma il buon senso o se si preferisce la ragionevolezza, implicherebbe che la metodologia non si proponga come assolutamente imperativa e dogmatica, ma come qualcosa di utile e di indispensabile da usare in modo discreto e flessibile.

20

A differenza del malato il ragionamento tecnico-razionale del procedimento clinico considera il fine della cura implicito nel mezzo terapeutico che usa e quindi in quanto questione tecnica è ad esclusivo appannaggio del medico. Esso predilige le logiche dell'efficienza. È su questa base logica che la medicina amministrata tenta con ogni mezzo di guidare le prassi del medico, pur sapendo che la cura non è solo questione di mezzi ma anche se non soprattutto di scopi e di relazioni.

21

Il metodo, per sua natura, si basa sulla logica induttiva cioè sulla possibilità di stabilire una legge universale a partire dal particolare, quindi sulle generalizzazioni (applicazione estesa, spesso arbitrariamente, alla maggior parte o alla totalità dei casi). La clinica al contrario si basa sulla logica deduttiva cioè deduce caso per caso quindi opera sulle specificazioni.

Ne viene fuori una curiosa malcelata contraddizione:

- la clinica usa lo stesso procedimento per trattare casi diversi quindi ha una componente induttiva
- nello stesso tempo deduce caso per caso per trattare casi singolari quindi ha una forte componente deduttiva.

Fino a quando il carattere induttivo del procedimento è compensato con quello deduttivo del medico, le cose reggono, ma non quando il procedimento induttivo prevale sulla deduzione del medico. Questo è il caso della medicina amministrata.

22

La singolarità anche biologica, compreso il genere, che caratterizza la clinica con i procedimenti induttivi non va molto d'accordo perché la generalizzazione spesso nega la singolarità. Ecco perché molti considerano la clinica una conoscenza idiografica cioè del singolo caso. Per la logica una proposizione singolare (affermativa) asserisce che un particolare individuo ha una determinata proprietà. È in ragione di tale proprietà che la singolarità, genere compreso,

in qualche modo smentisce i procedimenti induttivi del metodo, cioè le generalizzazioni ingiustificate del particolare.

23

Se asserire un fatto singolare, per la medicina non vuol dire dedurre automaticamente delle asserzioni generali, è anche vero che le asserzioni di singolarità, in molti casi, non sono in grado di smentire le asserzioni generali che comunque la medicina ha. Il valore degli asserti singolari rispetto al metodo non consiste tanto e solo nelle proprietà oggettive di un segno, di un sintomo o di un “caso”, ma nella “decisione”, cioè nella “scelta” del medico. La singolarità a volte impone al medico di “navigare a vista” cioè senza metodo.

24

L'importanza delle asserzioni di singolarità, come per esempio il “genere” nel procedimento valutativo della clinica considera la base convenzionale delle valutazioni statistiche priva di qualsiasi assolutezza dal momento che quello che conta è la vera realtà del malato. A certe condizioni, il medico nell'interesse primario del malato, può “decidere” e “scegliere” di metterle in discussione. Se ne ricava un'immagine della medicina che di fronte a gradi sempre più crescenti di complessità non è quella che ci ha dato il positivismo cioè di un edificio ben piazzato su solide fondamenta, ma quella di una costruzione componibile e scomponibile come le case prefabbricate.

25

Se dovessimo definire la singolarità, quindi anche il “genere”, al di là del senso comune e da un punto di vista strettamente procedimentale, dovremmo indicare con questo termine “una” proposizione che denota “un unico” malato inteso come “un'unica variabile libera”. L'uomo malato come unica variabile libera si impone sul “generale”. In medicina la singolarità esprime apparentemente un certo carattere eccezionale ma in realtà in misure diverse e gradi diversi ogni malato è singolare. Il genere è una singolarità nella singolarità. Quindi la singolarità è la normalità. Ogni malato è singolare anche se il metodo pensa il contrario, cioè che ogni malattia appartenga al generale dominato da proprie leggi naturali uguali per tutti i malati di quella malattia.

Aporie

1

Oggi la tendenza della medicina amministrata è imporre attraverso delle procedure le ragioni del tecnico su quelle del pratico, ma il medico, al contrario, in questa società, è sempre

più sollecitato ad essere pratico e non solo tecnico. Quello che a questa società interessa è il risultato e nelle complessità in cui si opera se non si è pratici i risultati non si raggiungono.

2

Oggi il procedimento, soprattutto, non dovrebbe più essere considerato il mezzo attraverso il quale si rende conforme la malattia alla razionalità positivista della medicina, ma il mezzo attraverso il quale la razionalità della medicina si sforza di essere conforme alla complessità dell'uomo malato. Nella realtà è il contrario. Ad esempio, nei confronti dell'appropriatezza i procedimenti prescritti se non seguiti danno luogo a delle sanzioni a carico del medico. Questo costringe il medico ad adattare la malattia al metodo. Non il contrario.

3

Oggi il metodo da sostegno alla conoscenza sta diventando pericolosamente in quanto tale conoscenza. Ma così facendo si espropria il medico della sua personale conoscenza. Oggi la società ritiene che la scelta dei mezzi non debba essere solo una decisione *tecnica* del medico ma anche una decisione *pratica* che coinvolga il malato, cioè una scelta da condividere in una relazione. Relazioni e linee guida sono abbastanza antitetiche ma è innegabile che questa società chiede relazioni non linee guida.

4

Oggi le logiche meccanicistiche e deterministiche sono ampiamente ripensate. Oggi ormai non si ragiona più in modo meccanico. Oggi i ragionamenti meccanici, dalla complessità, sono costretti a diventare ragionamenti discreti.

5

Oggi la critica principale che si rivolge al "metodo" applicato alla complessità della clinica è quella che riguarda il tema della *scelta* come esito di un certo *giudizio*. Per il canone positivista a parte l'ipotesi che spetta al medico, la scelta è nel metodo, cioè è predefinita in esso, quindi in realtà solo apparentemente è una scelta libera del medico. Il metodo clinico predetermina la scelta. Oggi la scelta soprattutto di fronte alla complessità del malato è anche una questione di buon senso professionale, di consensualità, di partecipazione e di corresponsabilizzazione.

6

Oggi metodo e complessità non sempre vanno d'accordo. Tuttavia, il metodo non può essere rifiutato perché altrimenti si rinunciarebbe ad una garanzia di scientificità. L'unica cosa ragio-

nevole che si può fare è riconoscere che la scelta per un medico non è libertà *dal* metodo ma libertà *nel* metodo e per giunta da condividere con il malato.

7

Oggi la tecnocrazia sanitaria è convinta di essere in grado di decidere attraverso il procedimento burocraticamente cosa è buono e cosa non lo è, cosa si deve fare e cosa non si deve fare. Convinta cioè di poter centralizzare la “scelta” da un qualche luogo fondamentale di osservazione: l’epidemiologia, la statistica sanitaria, le linee guida ministeriali, le società scientifiche ecc. La medicina amministrata in fin dei conti significa che la decisione clinica è centralizzata cioè che il giudizio clinico non è più ovviamente decentrato come dovrebbe essere. La centralizzazione del giudizio clinico e della scelta clinica comporta lo snaturamento della clinica. La medicina senza clinica non è più medicina esattamente come un medico amministrato non è più un medico.

8

Oggi il conflitto di senso tra centralizzazione della scelta, libertà professionale e auto compimento del malato è molto forte. Come si fa a usare il procedimento e allo stesso tempo a corrispondere alla complessità di quest’ultimo? Il metodo per sua natura è riduzionista, la complessità per sua natura è olistica. Oggi il conflitto che si crea è tra semplificazione e complessificazione.

9

Oggi a fronte di tale conflitto è necessario rendere sempre più personalizzata la scelta procedimentale del medico. Quello che un medico sceglie non può che derivare dalle sue convinzioni non solo tecniche ma anche personali. La personalizzazione delle cure non è solo riconoscere il malato come una persona, ma è anche proporre il medico a sua volta come una persona. Se il medico ragiona come un computer o come un metodo come può andare d’accordo con una persona che ragiona come tale?

10

Oggi il procedimento ha bisogno di rivalutare “la libertà” del medico nei suoi confronti come condizione per esercitare una buona medicina. La libertà altro non è se non la scelta fatta da un medico secondo “scienza” e “coscienza”. Si tratta di un principio di azione ponderato, una forma di volontà professionale responsabilizzata. Una scienza senza coscienza in medicina sarebbe candidata solo a fare danni.

11

Oggi il procedimento, che dai particolari porta all'universale (induzione) con un malato inteso, quale variabile singolare, entra in crisi. L'induzione si mostra anche in medicina priva del valore dimostrativo e il suo ambito di validità è di fatto confinato alla totalità dei casi in cui è stata effettivamente riscontrata valida. Il che indubbiamente accade. Ma anche il contrario. Oggi quindi l'induzione alla base di qualsiasi metodo abbisogna di una non superficiale risistemazione concettuale.

12

Oggi non è più vero in senso assoluto che per la malattia esiste una sorta di uniformità che consente la generalizzazione di "verità cliniche uniformi". La genetica, la medicina di genere, hanno messo in crisi l'idea di uniformità per "somiglianze". In fin dei conti tutti i malati sono diversi ma tutti si somigliano un po'.

13

Oggi è abbastanza noto che in clinica per ogni argomento induttivo è possibile proporre un numero rilevante di altri argomenti anch'essi accettabili, ancorché intuitivamente implausibili e che portano a conclusioni contraddittorie. Per definizione i casi clinici sono infiniti cioè sono una serie con una natura aperta quindi inconclusa.

14

Oggi il problema del procedimento è gestire vere e proprie "proposizioni eccettuate" per le quali di un malato è possibile affermare tutto il possibile. Il procedimento per sua natura non ama le eccezioni ma in clinica le eccezioni in una certa misura sono la regola.

15

Oggi generale e singolare in pratica si devono dividere le problematiche anche se l'uomo malato tende a presentarsi normalmente come uno stato di eccezione. Il medico quindi è sollecitato a decidere sempre più nei confronti degli stati di eccezione non su quelli di normalità. La normalità non crea problemi. Magari se tutti i malati fossero normali.

16

Oggi per la medicina esistono molte verità cliniche assiomatiche, vale a dire con caratteristiche di certezza e di evidenza. Pur tuttavia si è inclini a negare un particolare significato dogmatico all'evidenza (o a esasperarne il significato di verità) e a considerare gli assiomi clinici né veri né falsi, ma convenzioni di singolarità definite sulla base di opportunità, convenienze,

ragionevolezza, conoscenze specifiche. La clinica sta diventando sempre più scienza della singolarità e dell'eccezione.

17

I problemi del metodo riguardano quindi la base assiomatica della medicina scientifica o, detto diversamente, il valore delle evidenze cliniche. Il rapporto tra evidenze e metodo è ricorsivo sulla base delle prime si decide il secondo e sulla base del secondo si decidono le prime. Una definizione ricorsiva di un insieme A si ha quando per definire A vengono elencati degli elementi di A e delle regole per costruire nuovi elementi di A a partire da elementi di A. È questa circolarità del medesimo che davanti ad una diversità va in tilt.

18

Oggi i problemi più grandi del metodo riguardano la scelta e il suo "campo di possibilità" dentro cui deve operare. Soprattutto rispetto al metodo per il bene del malato una qualche scelta terapeutica deve essere ammessa. Ma non vi può essere scelta senza autonomia nel metodo. Non vi può essere autonomia nel metodo se il medico non ha l'autonomia intellettuale necessaria.

Tesi

N° 21

La metodologia resta fondamentale per garantire una conoscenza scientifica e per sbagliare il meno possibile. Tuttavia alla luce delle nuove complessità è necessario ripensarne il carattere dogmatico nel senso di attenuare la rigidità del suo uso e della sua applicazione. L'indirizzo di fondo per ripensare non è teorizzare una libertà dal metodo ma ripensare una libertà nel metodo. Non si tratta di teorizzare un medico privo di supporti metodologici ma di teorizzare un medico che interpreti i supporti metodologici alla luce della loro applicabilità e attendibilità senza disdegnare di riconoscerli in certi casi la libertà di navigare a vista.

Fondamentale al ripensamento della metodologia è la definizione del suo rapporto con l'evidenza e con la relazione. Se la metodologia, privilegiando l'evidenza, resta indifferente ai valori della relazione allora vuol dire che l'evidenza resta indifferente alla complessità e alla singolarità del malato e la metodologia è imposta come un a priori dogmatico. In questo modo tutto il discorso sulla fiducia va a farsi benedire.

Quesiti

N°1

il metodo per un qualsiasi medico è fondamentale per fare al meglio qualsiasi cosa ma a patto

che qualsiasi cosa sia pianificabile e prevedibile cioè ripetibile sempre allo stesso modo. Fino a che punto un malato singolare per definizione, è pianificabile e fino a che punto una cura è ripetibile allo stesso modo?

N°2

Nel caso che la cura in ragione della singolarità del malato e della complessità del contesto non è ripetibile allo stesso modo, che fate?

N°3

Il metodo è una questione di pura razionalità cioè è fatto da principi e regole scientifiche, appunto razionali per definizione, esiste un metodo per la ragionevolezza? Per il buon senso?

N°4

Il medico secondo il suo paradigma positivista è guidato nelle sue decisioni dal metodo. Seguendo il metodo il medico garantisce la propria ortodossia scientifica, ma il metodo per guidare il medico è costretto a modellizzare la realtà secondo le proprie esigenze epistemologiche, ma se la realtà è modellizzabile perché innegabilmente complessa, fino a un certo punto, che si fa? Adattiamo il malato al metodo o adattiamo il metodo al malato?

N°5

Oggi questa società non è disposta a sacrificare le sue tante forme di complessità alla regola riduzionista che cerca di adattare il malato al metodo e in tante forme e modi diversi tenta di sollecitare il metodo a personalizzare le sue logiche epistemiche, cioè a tener conto della singolarità, della specificità, dell'individualità e dei contesti; nello stesso tempo è impensabile fare medicina senza una guida metodologica. In questi casi che si fa? Dove è possibile trovare la mediazione?

La crisi della definizione di medicina

Sinossi

Alla domanda “che cosa è la medicina” in genere si risponde con la sua definizione cioè richiamando quel complesso di elementi volti a caratterizzare e circoscriverla sul piano concettuale.

La medicina sino ad ora, dai vocabolari, è stata variamente definita come:

- *scienza che ha per oggetto lo studio delle malattie, la loro cura e la loro prevenzione*
- *scienza che studia il corpo umano al fine di garantire la salute delle persone*
- *disciplina che studia grazie a varie scienze e a varie tecnologie la fisiopatologia umana allo scopo di mantenere lo stato di salute*
- *scienza che studia la persona umana nella normalità e nelle malattie*
- *ecc.*

A seguito di una varietà di mutamenti culturali nella società civile e a livello di economia avvenuti nella nostra società a ogni livello e intervenuti in tutto l'occidente, a partire, almeno dalla seconda metà del 900, la classica definizione di medicina non funziona più, anzi l'impressione è che questa definizione oggi sia “scoppiata”.

Proposizioni di approfondimento

1

Una definizione “*scoppia*” quando il complesso di elementi richiamati per caratterizzare, in questo caso, il concetto di medicina, non basta più o è diventato suo malgrado inadeguato o non è più capace di denotare cosa sia effettivamente la medicina. Cioè quando non corrisponde alla realtà.

2

Tutte le aporie richiamate a proposito di paradigma e in particolare quelle della deontologia, della epistemologia e della metodologia, rispetto alla definizione di medicina, costituiscono i nuovi postulati per la sua ridefinizione.

Oggi la medicina:

- non è più solo una scienza biologica ma è anche una scienza dell'organizzazione, della gestione, una scienza delle relazioni, della comunicazione, quindi essa è clinica sociologia, economia, etica, filosofia e tutto ciò nello stesso tempo
- non cura solo corpi o organismi o organi ma cura malati quindi non cura solo le malattie ma entra in relazione con le persone che hanno le malattie, con i loro diritti le loro auto-

nomie e quindi le loro opinioni

- non è solo descrizione delle malattie ma è interpretazione dei malati delle loro singolarità delle loro specificità
- non è solo osservazione empirica dei sintomi ma è conoscenza relazionale delle persone
- non è solo prescrizione delle evidenze scientifiche disponibili ma è negoziazione tra evidenze scientifiche e rilevanze personali quindi è anche proscrizione validata non solo dalla scienza ma dalle scelte esistenziali del cittadino
- non è solo natura ma è anche tecnologia
- ecc.

3

Ognuno di questi punti rappresenta un grumo di complessità cioè un cluster di novità, che per semplificare potremmo rappresentare con una semplice “e” cioè con una semplice congiunzione, cioè la medicina è:

- scienza... e... etica... e... economia
- osservazione... e... interpretazione
- malattia... e... malato
- relazione... e... conoscenza
- sintomi... e... parole
- natura e tecnologia
- ecc.

4

In grammatica, la congiunzione... *e...* serve a unire tra loro le parti di un discorso per cui esse potrebbero essere considerate il *trait d'union* della complessità. Queste congiunzioni svolgono quindi una funzione coordinante. Interconnettono tutto quanto ruota intorno alla nozione di malattia e di malato.

5

Se per complessità in medicina si intende la compresenza contestuale in un malato di più cose di più fattori di più variabili di più forme di realtà, di generi di problemi di diverso tipo, allora le congiunzioni sono le relazioni tra le tante e diverse parti che costituiscono il malato. Cioè dei veri e propri ponti. Solo qualche esempio:

- la medicina *poiché* non è solo scienza, è anche economia, dialogica, filosofia
- la medicina *affinché* possa funzionare deve essere non solo scientifica ma anche sostenibile, relazionale, consensuale ecc.

- la medicina è scientifica *anche se* è allo stesso tempo è comunicazione
- *dal momento che* la medicina è complessità essa non può essere semplificata a sola biologia, ecc.

6

La definizione di medicina “scoppia” a causa del suo crescente grado di complessità del suo modo di essere, del moltiplicarsi dei suoi adempimenti, del suo diventare sempre più una *conoscenza molteplice*.

7

In genere alla domanda “*che cosa è la medicina*” si risponde spiegando il *significato* di medicina. La medicina “*significa*” questo e quello. In realtà per spiegare un qualsiasi significato, il “*che cosa*”, quindi, bisognerebbe prima chiarire *come* si costruisce la sua definizione.

8

Questo vuol dire tre cose:

- cambiando il *modo* di costruire la definizione di medicina cambia il suo significato
- il modo logico di costruire la definizione di medicina dipende dalle razionalità di riferimento, dai punti di vista disciplinari, dalle visioni del mondo, dai problemi che bisogna affrontare, cioè da *premesse non univoche*
- se vi sono tante definizioni possibili di medicina è necessario “*scegliere*” quella più congeniale e conveniente alla risoluzione dei problemi che essa dovrà affrontare.

9

Fino ad oggi si è creduto che la medicina fosse solo una, quella descritta dai vocabolari, perché sino ad ora si è partiti dalla convinzione che la malattia fosse soprattutto un problema scientifico, quindi di conoscenza clinica-biologica. La medicina ovviamente è soprattutto questo, ma non solo questo, e per di più lo è sempre di meno relativamente alle situazioni concrete di cura.

Per esempio, quando si standardizzano i consumi diagnostici o quando si limitano i consumi terapeutici per ragioni di bilancio, o quando le assicurazioni fissano le loro tariffe per rimborsare le prestazioni, la medicina non è più solo prevalentemente conoscenza scientifica ma suo malgrado diventa anche altro.

10

Quindi oggi la medicina implica una complessità che va ben oltre sé stessa intesa come scien-

za e alla quale la medicina ovviamente partecipa, e che chiama in causa le persone, i soggetti, i comportamenti, le qualità culturali, le organizzazioni, il sapere professionale, le conoscenze, le relazioni, le comunità le risorse disponibili ecc.

11

Oggi intendere la medicina solo in *unica* accezione è come ammettere che per essa esiste un *pensiero unico*. Questo da un bel po' non è più accettabile.

Concepire la medicina come un pensiero scientifico unico, significa:

- restringere la sua definizione
- semplificare la sua complessità
- escludere parti importanti e comunque altri punti di vista
- definire un basso grado di pertinenza
- pagare il prezzo di uno scarso grado di realismo.

12

Oggi di fronte al rischio di avere una medicina che per essere solo scientifica è poco realistica dobbiamo *scegliere*:

- adottare una *definizione scienziata* di *medicina a pensiero unico* si tratta implicitamente, di escludere tutte le variabili fuori da quel pensiero, assumendole come prive di importanza, cioè del tutto secondarie
- adottare invece una *definizione scientifica* di *medicina complessa* si tratta non di escludere ma di includere più razionalità accettando il postulato che ogni razionalità, quindi ogni logica, non sia facilmente riducibile ad un'altra razionalità.

La prima è meno realistica la seconda lo è di più.

13

La *medicina della complessità* diventa così una *medicina dell'equilibrio* perché il suo principale sforzo è quello di trovare soluzioni equilibrate tra i problemi delle risorse e quelli dei diritti, tra le questioni professionali e quelle organizzative, tra le evidenze scientifiche e le opinioni delle persone ecc. La medicina della complessità deve coordinare tutte le sue diverse conoscenze tentando di governarne la coerenza cioè di evitarne le contraddizioni.

14

Oggi fondamentalmente i *modi logici* di definire la medicina sono due:

- riferirsi ad un suo *significato prevalente ed essenziale*, come ad esempio quello scientifico o

quello etico

- riferirsi al contrario ad una molteplicità *di significati* di importanza equivalente, tra loro confrontabili.

Il primo modo propone una definizione *per essenza*, la medicina è *essenzialmente* una questione scientifica quindi si ha una “*definizione chiusa*”. Il secondo modo propone una “*definizione aperta*”, la medicina è una questione scientifica... e... economica... e... etica... e... professionale... e... sociale.

15

La medicina scientifica:

- all'origine, quindi nella seconda metà dell'800, nasce come una *definizione chiusa* finalizzata ad obiettivi di cura del corpo e impostata con logiche soprattutto cliniche
- oggi di fatto essa è diventata una *definizione aperta* nella quale la prevalente razionalità scientifica deve far spazio ad altri tipi di razionalità e orientata a scopi diversi dalla clinica che riguardano l'economia la società, i cittadini le relazioni ecc.

16

Oggi la domanda giusta è: come si fa a costruire una definizione aperta coerente con la complessità? Cioè come si fa ad avere una definizione la più realistica possibile di medicina se per realismo intendiamo non quello scienziato del positivismo, ma la compartecipazione di tutti gli elementi della realtà del malato alla definizione di medicina?

17

Oggi il ragionamento da fare è semplice:

- *la definizione chiusa* è sempre orientata ad *una variabile prevalente o essenziale (x)* per cui il termine “*medicina*” sarà usato solo *come (x)*; se (x) sono le malattie del corpo la medicina sarà intesa prevalentemente come impiego di conoscenze cliniche; se invece sarà l'etica essa sarà concepita essenzialmente come rispetto dei diritti ecc.;
- *la definizione aperta* è invece orientata *a più variabili (x, y, z...)*, in questo caso il termine medicina sarà usato “*come x y z...*”.

18

Se la medicina sarà finalizzata a più obiettivi scientifici, economici, etici, sociali, ecc., allora essa si dovrà definire “*come x y z...*”. Se (x, y, z...) sono le conoscenze, le risorse, le professionalità, la partecipazione dei cittadini, il ripensamento delle organizzazioni, un rinnovamento

culturale delle pratiche cliniche e delle modalità operative dei servizi, ecc. La medicina sarà intesa come impiego di conoscenze di risorse, di professioni, di servizi, ecc.

“Come” in questo caso vale come *modo ragionativo*. Saranno le premesse costituite da x, y, z, \dots che proporranno i vari ragionamenti che le rappresenteranno.

19

Le due definizioni di medicina, chiusa ed aperta, sono tali perché provengono da due *presupposti* diversi.

Ciò che collega la definizione di medicina ai suoi presupposti, in logica, si definisce “funzione” f :

- la definizione chiusa sarà $f(x)$
- la definizione aperta sarà $f(x, y, z, \dots)$.

20

La funzione f è la *relazione* tra la medicina e la realtà. Il suo realismo dipenderà dal numero di variabili che essa riuscirà a coinvolgere. Più crescono le variabili più cresce il suo realismo. Le variabili si chiamano “*argomenti*”:

- se (x) , o (x, y, z) sono gli *argomenti* della medicina
- allora cambiando gli *argomenti*, cambia la funzione di medicina f
- quindi il significato del termine medicina.

Che cosa è realisticamente la medicina?

È una funzione “ f ” *relativa ai suoi argomenti*.

Qual'è il suo grado di realismo? La sua capacità attraverso gli argomenti di rappresentare la realtà in tutta la sua complessità.

21

La definizione chiusa o aperta di medicina non va vista con la logica del “vero/falso” (V/F). Sarebbe sbagliato considerare l'una vera e l'altra falsa, o più vera o più falsa, per la semplice ragione che la loro unità di misura è *l'efficacia pratica* nei confronti di un obiettivo prescelto, dato un contesto non casuale di riferimento.

Se l'obiettivo prescelto per la medicina è ad esempio il “risparmio” la definizione chiusa sarà vera in relazione al suo obiettivo e di conseguenza l'altra, anche se più sofisticata, apparirà come se fosse falsa pur senza esserlo.

22

Per definire la definizione di medicina meglio sarebbe parlare di *convenienza*, intendendo questa ultima come la capacità della medicina a rapportarsi con la realtà. Può darsi ad esempio che la definizione chiusa appaia più semplice di quella aperta per raggiungere obiettivi di cura di risparmio, o di razionalizzazione, o di gestione. Ma può accadere che pur raggiungendo l'obiettivo di risparmio, si abbiano dei costi superiori al beneficio, non solo di tipo economico, ma anche etico, scientifico, sociale. In questo caso la convenienza della definizione chiusa di medicina sarebbe seriamente contraddetta da una serie di effetti collaterali. La medicina amministrata, ad esempio, riduce certamente la spesa sanitaria, ma scaricando un gran numero di costi economici e sociali sui cittadini e sui medici.

23

La definizione chiusa, di fronte ad un alto grado di complessità tradirà inevitabilmente maggiori contraddizioni rispetto a quella aperta. Se il problema è risparmiare a tutti i costi è evidente che tutto il resto passa in secondo ordine. Ma se le azioni decise per risparmiare pur essendo delle priorità non dovrebbero causare altri generi di costi, in questo caso, la definizione chiusa si dovrà per forza aprire ad altri variabili.

In situazioni di alta complessità la definizione aperta è sempre più conveniente perché avrà un maggior grado di plausibilità e di convenienza.

24

Per la medicina, la distinzione tra definizione chiusa e aperta, non è mai così netta come può apparire per cui si hanno:

- definizioni di medicina tutte tendenzialmente aperte ma con un maggior o minore grado di chiusura;
- definizioni di medicina tutte tendenzialmente chiuse con un minore o maggiore grado di apertura.

Il *grado di apertura/chiusura* della definizione di medicina dipende strettamente dalle politiche sanitarie, che di essa si servono per tutelare i cittadini dalle malattie le quali decidono “*politicamente*” il grado di complessità al quale la medicina deve riferirsi.

Quindi essa è interdipendente con il grado di *apertura/chiusura* delle politiche.

Oggi ormai la medicina per ragioni sociali e per ragioni economiche ha perso la caratteristica che, almeno a partire dalla sua conversione in scienza, l'ha sempre contraddistinta, vale a dire quella di essere l'autoriferimento scientifico di sé stessa. Dalla definizione chiusa del paradigma positivista si deve passare per forza ad una definizione aperta.

Aporie

1

Oggi la crisi della definizione di medicina rappresenta in sintesi la crisi della medicina tout court. Essa riguarda i suoi presupposti normativi, le sue regole, la sua logica, i criteri per conoscere e operare e quindi la sua definizione. Quindi la sua operatività e il suo modello di spiegazione scientifica.

2

Oggi teoricamente tutte le definizioni di medicina proposte sono “aperte” anche quelle che perseguono obiettivi economicistici tout court. In tal caso la necessità clinica è sempre accompagnata da teoriche norme di salvaguardia, che hanno più o meno la seguente logica:

- *nel rispetto dell'impiego razionale delle risorse*
- *adottando principii di appropriatezza*
- *perseguendo scopi di ottimalità ecc.*

In sintesi, oggi la medicina è diventata un *affaire* che va ben oltre sé stessa come impresa scientifica.

3

Oggi, perdendo la medicina la condizione dell'autoriferimento, perde quella che in matematica si chiama “*definizione ricorsiva*”, cioè la proprietà di definire i propri cambiamenti interni solo riattualizzando i suoi elementi costitutivi, cioè di darsi delle regole utilizzando quelle che ci sono. La medicina in questo modo perde la sua tradizionale autonomia deontologica e epistemologica cioè la libertà di provvedere a sé stessa decidendo le regole del gioco. Oggi le regole del gioco ormai sono decise in modo eteronomo oltreché dai medici da tanti altri protagonisti.

4

Oggi una medicina scientifica si definisce tale quando a un insieme di conoscenze si accompagnano garanzie di validità. Sono proprio queste garanzie, nel caso della medicina in tutte le

loro pertinenze statutarie, canoniche, tipologiche e procedurali, a essere ridiscusse.

5

Oggi ridefinire la medicina vale come riconoscere che, rispetto alle garanzie di validità, il medico dovrà fundamentalmente rinunciare a pretese di assolutezza. È l'aspetto forse più doloroso di questa crisi. Secolari saperi oggettivi, empirici, razionali si erano illusi di aver costruito una garanzia assoluta di validità, quindi una conoscenza scientifica con elevati gradi di certezza. Oggi non è più così.

6

Oggi la ridefinizione di medicina deve tenere conto che la crisi della medicina è prima di tutto crisi della sua garanzia di validità come sapere scientifico perché essa riguarda le regole per dimostrare, descrivere, giudicare, scegliere e "quindi" riguarda in pieno la sua "correggibilità". La definizione di medicina è correggibile perché la medicina scientifica è correggibile. Si tratta di correggere la definizione di medicina correggendo quell'apparato concettuale definito paradigma.

7

Oggi per ridefinire la definizione di medicina bisogna ricordarsi che per la medicina "descrivere" la singolarità, l'eccezione, dentro ordini biosociali unici, significa ripensare la propria deontologia, epistemologia e la propria metodologia.

8

Oggi ridefinire la medicina significa sapere che dubbio e correzioni in medicina valgono come accettazione del carattere provvisorio di quello che si sa su un malato e su una malattia. Ma anche accettare l'intersoggettività della valutazione. L'esigente non è né semplicemente descrivibile né semplicemente dimostrabile. Egli è colui che mette in crisi in medicina l'identificazione della razionalità scientifica con la razionalità tout-court e l'idea di medicina scientifica come unica maniera per fare discorsi sensati. Quindi l'esigente deve stare dentro la definizione di medicina.

9

Oggi con il declino della dogmaticità dell'evidenza come verità certa, la medicina come conoscenza privilegiata in possesso di garanzie privilegiate di validità deve fare i conti con "l'opinione finale" dell'esigente. Cioè con altre verità.

10

La medicina scientifica è la più importante maniera per studiare la malattia, ma non l'unica. Le garanzie di validità e di credibilità oggi la medicina scientifica non può ricercarle né in proposizioni auto-evidenti, né in resoconti osservativi o meta-analisi statistiche in grado di fungere da piattaforme di controllo delle scelte e nemmeno in presunte "conformità" tra casi a confronto. Questa garanzia di validità devono fare i conti con l'esigente.

11

Questa società ha ovviamente bisogno della medicina anzi aumentando le proprie necessità tende ad avere sempre più bisogno di essa, ma tende a rifiutarla quale opera di soli medici, rifiuta cioè un'idea di auto-validazione della medicina. L'esigente spinge la medicina a strutturare una relazione di condivisione con il malato perché ritiene che la scienza debba condividere con il malato i suoi ragionamenti.

12

Oggi l'uomo malato vuole essere a sua volta una garanzia di validità. Quindi vuole entrare nella definizione di medicina come un protagonista e non solo come un guasto della natura.

Tesi

N° 22

La definizione classica di medicina è del tutto inadeguata ad affrontare la realtà del nostro tempo. Serve una ridefinizione. Da una definizione chiusa si tratta di passare ad una definizione aperta che dia conto della complessità in gioco. Da una definizione essenzialmente naturalistica della medicina si deve passare ad una definizione che rappresenti la natura ma anche la sua irriducibile complessità sociale. In tale ridefinizione deve entrare a pieno titolo il ruolo e il significato di malato. La medicina ormai non è più una impresa solo medico-scientifica.

Quesiti

N°1

Definire qualcosa di complesso è sempre difficile proprio perché ciò che è complesso resiste a qualsiasi definizione, ma voi sulla base della vostra esperienza come definireste la medicina oggi in base alla sua complessità?

N°2

Se doveste decidere una definizione di medicina cosa sarebbe decisivo per voi per una definizione esauriente ed esaustiva?

N°3

Qual'è il tratto o i tratti fondamentali della medicina del nostro tempo che tenendo conto del contesto sociale e culturale, richiamereste in una ridefinizione.

N°4

Oggi considerando tutto quello che ruota intorno alla “questione medica” la medicina chi la dovrebbe definire, i medici? I cittadini? I medici e i cittadini insieme?

N°5

Supponiamo che la definizione debba essere fatta dai medici e dai cittadini, come si fa? In quale modo? Con quali strumenti? E come una volta decisa una ridefinizione, questa viene legittimata?

N°6

Ridefinire la medicina significa ridefinirne i domini e trarne ovviamente delle conseguenze, supponendo una ridefinizione adeguata alle complessità in gioco, quindi non teorica, quali sarebbero le sue conseguenze più importanti?

N°7

Secondo voi una eventuale ridefinizione della medicina avrebbe o no bisogno di una legittimazione legislativa?

Questione medica e crisi della medicina

Sinossi

La “questione medica” rispetto ai problemi sino ad ora descritti del paradigma ne è la fenomenizzazione socio-sanitaria vale a dire l’espressione e la manifestazione sotto forma di problemi tecnici, di limiti alla autonomia, di condizionamenti nelle decisioni, di perdite di ruolo, di conflitti sociali, i più diversi. La crisi del paradigma e la questione medica stanno tra loro come la struttura e la sovrastruttura nel senso che la prima influenza la seconda e viceversa. Se non ci fosse la crisi della medicina i medici avrebbero solo delle complicazioni professionali, non ci sarebbe la questione medica, ma ordinari problemi professionali, facilmente risolvibili, siccome c’è soprattutto la crisi della medicina i medici hanno soprattutto delle nuove complessità da governare. Mentre le complicazioni si risolvono con la logica del problem solving, le complessità del paradigma non si risolvono ma si governano con il cambiamento cioè con una logica riformatrice. Ad una prospettiva di decadimento si deve rispondere con una contro-prospettiva di rinascita altrimenti la partita è persa.

Proposizioni di approfondimento

1

I medici, da alcuni decenni, sono nel bel mezzo di una mutazione professionale vale a dire che il loro status, il loro ruolo, ma alla fine anche la loro funzione, per svariate ragioni, stanno cambiando in peggio. Al punto che si parla di decadimento della professione.

2

Per “questione medica” non si intende tanto un insieme di problemi della professione che, sommati tra di loro, creano una “questione”, ma un sistema di processi che investe il medico, suo malgrado, cioè malgrado la sua volontà, tra loro interattivi, che alla fine ne cambiano il ruolo in peggio.

3

Nel momento in cui il ruolo storico è ridimensionato, ma non contestualmente ridefinito, cioè non è sostituito con un altro ruolo più avanzato, deciso dal medico in accordo con questa società, nasce la “questione medica”, cioè nasce la questione di un medico suo malgrado regrediente cioè immiserito come professione.

4

Il saldo quindi tra vecchio medico e nuovo medico oggi non è a vantaggio del medico, nel senso che, ad un certo tipo di medico oggi corrisponde solo la sua negazione, il “non medico”

cioè “il medico amministrato” o “burocratizzato”, ma non la sua riaffermazione cioè il “medico altro”. Ma non è neanche a vantaggio del cittadino che nel medico regrediente non trova più quelle garanzie che ha sempre avuto.

5

La questione medica come espressione socio-sanitaria della crisi della medicina vuol dire che la struttura valoriale della professione medica, il suo stampo deontologico-scientifico, la sua matrice operativa ha, quindi, una stabilità relativa non assoluta. Cioè essa, a certe condizioni sociali e economiche, cambia nel tempo con il tempo, per il tempo, cioè a causa di certi cambiamenti, influenze, condizionamenti, ed è orientata al tempo, come un processo che evolve o involge come del resto la medicina che ne giustifica l'esistenza.

6

Se la professione fosse stabile cioè invariante nei confronti dei suoi contesti sociali, i medici, indipendentemente dal tempo storico in cui operano, sarebbero sempre uguali a sé stessi. E questo sarebbe davvero un grande problema: nel terzo millennio, soprattutto se il mondo cambia, il medico non può essere uguale al medico del millennio precedente e neanche uguale a quello precedente ancora. Oggi i medici non sono uguali a quelli di ieri e non saranno uguali a quelli di domani che presumibilmente saranno a loro volta diversi da quelli di oggi.

7

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

- *essere medico*, che vuol dire avere una certa preparazione scientifica quindi uno status, un ruolo, una professione con certe caratteristiche, che necessariamente è aggiornabile in ragione dei progressi scientifici della medicina
- *modo di essere medico*, che vuol dire le modalità attraverso le quali la professione viene esercitata in rapporto a contesti, sfondi, società che mutano, malati che cambiano.

8

“*Essere medico*” significa professione in continuo aggiornamento scientifico, tecnico e organizzativo, “*modo di essere medico*” dovrebbe significare professione in continuo apprendimento culturale o sociale e financo antropologico, cioè flessibilità culturale. Secondo il principio “*il modo di essere segue l'essere*”, il modo di essere medico dipende da come è il medico e da come è la società per la quale lavora. Se il medico è ontologicamente invariante è, quindi, invariante anche il suo modo di essere. Ma se il medico è ontologicamente invariante mentre

intorno a lui tutto cambia ontologicamente, il medico diventa suo malgrado, regressivo, vale a dire il suo modo di essere finisce con non essere adeguato ai cambiamenti sociali con i quali egli ha a che fare.

9

La regressività si ha quando una professione non riesce ad adeguare il suo “essere” professionale e, quindi, il suo “modo di essere”, dal momento che non è possibile “essere” ontologicamente un certo tipo di medico e rispetto a questo tipo avere un “modo di essere” diverso. In tutti questi anni il medico è stato perseguitato dalle raccomandazioni da parte di coloro che con le loro teorie dell’umanizzazione o con le loro ricette sulla appropriatezza si ponevano di fatto come dei tutori cioè come se il medico fosse un minore quindi un incapace, da tutelare.

10

I volenterosi tutori dei medici prescrivevano modi di essere diversi del medico ma in costanza dell’essere medico, cioè prescrivevano comportamenti ideali a ontologia e a epistemologia invariante ignorando i rapporti stretti che esistono tra ontologia epistemologia e prassi. Se consideriamo il comportamento professionale come un sistema coerente di azioni allora dobbiamo dire che la sua coerenza è l’agente che la deve garantire, cioè di chi compie quelle azioni comportandosi in un certo modo. È l’agente che garantisce la coerenza di quello che fa cioè che coordina tutte le azioni con il suo modo di agire.

11

I tutori dei medici negando l’esistenza di una crisi di paradigma e di una crisi della medicina, in questo modo cadono in contraddizione:

- la società attuale chiede relazioni ma non si può essere relazionali se il paradigma prevede una conoscenza irrelata cioè solo osservazionale
- la società attuale chiede di essere riconosciuta come un soggetto di cura e non un oggetto di cura ma non si può avere cura del soggetto (malato) se il paradigma prevede solo la cura dell’oggetto (malattia)
- la società attuale chiede complessità cioè di comprendere i rapporti tra la malattia e il resto, ma non si può operare con la logica della complessità se il paradigma è concepito per riduzioni e separazioni cioè per settorialità.

12

Fino a quando non si sciolgono i nodi della crisi del paradigma cioè non si ridefinisce l’essere medico per definire il suo modo di essere, il medico non riuscirà a ridefinire la sua mediazio-

ne tra scienza e società, cioè vi saranno sempre delle grandi contraddizioni tra la professione la scienza e la società.

13

La professione medica è costituita almeno da due grandi componenti: le conoscenze scientifiche e le relazioni con gli altri. Attraverso le conoscenze "quindi" attraverso la scienza, il medico esprime il suo essere medico, ma attraverso le relazioni il medico esprime il suo modo di essere nella società per la quale e rispetto alla quale lavora.

14

Le relazioni del medico, quindi il suo modo di essere, mediano i rapporti tra scienza e società o meglio tra la natura che resta il mondo di base della malattia, e la società. La scienza procede per conto suo, cioè di scoperta in scoperta continua il suo cammino innovativo, ma le relazioni no, esse dovrebbero adeguarsi alla società che cambia. Cambiando la società è come se cambiasse uno dei soggetti principali della relazione del medico verso gli altri quindi è come se il medico fosse sollecitato a ridefinire il suo ruolo di mediazione tra scienza e società o meglio tra natura e società. Cioè il suo modo di essere.

15

Alla base della questione medica cioè della involuzione professionale del medico vi sono quindi le sue relazioni problematiche con la scienza da una parte e con la società dall'altra, che valgono come relazioni tra natura (la malattia) e società (malato). Se cambia l'interlocutore sociale del medico, per esempio se la società non è più per tante ragioni "paziente" ma è diventata "esigente", allora dovrebbe cambiare la relazione tra il medico e la società ma se cambia la relazione, allora il modo di essere del medico deve adeguarsi, ma per adeguarsi deve ripensare il suo essere medico. Cioè la sua identità. il medico è chiamato ad adeguare il suo ruolo di mediatore tra scienza e società quindi tra natura e società. Se come è stato fino ad ora il modo di essere non cambia, nonostante la buona volontà dei medici, perché non cambia l'essere medico, cioè non cambia la mediazione tra un'idea di scienza e un'idea di società, allora si creano delle asimmetrie tali da far sorgere la "questione medica".

16

La questione medica nasce dentro un paradosso: mentre la conoscenza scientifica progredisce, la relazione professionale del medico con la società deperisce, cioè mentre l'essere medico diventa scientificamente sempre più forte, il modo di essere medico si indebolisce al punto che ormai la scienza in molti casi e per tante persone smette di essere una garanzia. La que-

stione medica è la crisi di una mediazione tra scienza e società. Questa crisi è l'espressione esteriore di quella più profonda che riguarda il paradigma scientifico della medicina.

17

Oggi i modi di essere del medico come espressione di quello che egli è, cioè una professione scientifica, non convincono più. La società chiede scienza anche se aggiornata alle nuove complessità della persona e del cittadino e ben altro. Quindi la gente non vuole solo scienza. Il che vuol dire ripensare la professione ripensando l'idea di scienza e quindi i suoi modi di operare. Questa è la ragione di fondo del perché oggi si deve aggiornare il paradigma positivista cioè il suo statuto deontologico, il suo canone epistemologico e il suo procedimento metodologico. Altrimenti dalla questione medica non si esce.

18

Nella questione medica non c'è solo la società esigente intesa come persone che domandano e sollecitano, ma c'è anche l'economia che a sua volta domanda e sollecita ma in senso contrario a ciò che chiedono le persone. Cioè per dare meno risorse. Sul piano sociale e professionale dare meno risorse vuol dire "dare meno medico" per risparmiare. Per l'economia il medico è semplicemente non solo un costo in sé ma è un effetto di costi. I modi attraverso i quali l'economia interviene sul medico per moderare i consumi di medicina sono due:

- meno medici come numero di operatori
- meno medico come autonomia dell'operatore.

19

L'economia agisce sulla professione e la professione oggi ha poche possibilità di influire sull'economia. Oggi non c'è dubbio che la questione medica è anche il risultato di un conflitto che non vede solo le ragioni dei cittadini in antitesi con quelle dei medici, ma anche le ragioni dell'economia in antitesi tanto con i medici che con i cittadini.

20

Se assumiamo il punto di vista del cittadino malato ci rendiamo conto che da una parte egli è poco soddisfatto delle prestazioni che riceve per ragioni di regressività del paradigma, per cui se la prende con il medico che, suo malgrado, è diventando la sua controparte culturale, e dall'altra egli è poco soddisfatto perché l'economia gli lesina ciò di cui ha bisogno. Anche in questo caso se la prende con il medico anche se come il cittadino il medico è suo malgrado la controparte dell'economia (il rapporto difficile tra medico e economia sarà trattato più avanti con una apposita macro-area).

21

Quindi il doppio mutamento di atteggiamento della società nei confronti del paradigma medico e il mutamento di atteggiamento dell'economia nei confronti della sanità e "quindi" del medico, è all'origine della questione medica aprendo la strada ad un depauperamento professionale senza precedenti e che colpisce i fondamentali della professione.

22

L'autonomia del medico a leggere ciò di cui ha bisogno il malato (necessità) viene condizionata e in qualche caso revocata, da un doppio condizionamento:

- quello del malato esigente che vuole affermare la sua auto-determinazione anche nella malattia
- quello della gestione che punta a condizionare il medico in mille modi.

L'autonomia del medico, fondamentale a decidere i fini, gli scopi, gli obiettivi della cura, viene di fatto subordinata alla volontà del malato e alla disponibilità dei mezzi, cioè delle risorse assegnate, per cui avviene un doppio capovolgimento del rapporto mezzi/fini: non sono più i fini decisi autonomamente dal medico a decidere le cure, ma sono da una parte i mezzi assegnategli dal gestore e dall'altra le convinzioni personali del malato.

23

Prende così corpo quella mutazione, alla base della questione medica, che riguarda sostanzialmente il ruolo del medico, vale a dire i postulati di base della sua professione. Il ruolo del medico senza i postulati che riguardano l'autonomia del giudizio e gli scopi dei trattamenti, è di fatto delegittimato alle radici. Un medico senza questi postulati diventa rispetto al passato un non medico, cioè un medico modificato tanto nel suo essere che nel suo modo di essere.

24

Mentre l'economia prende il sopravvento, quindi la struttura fa i suoi conti sulla pelle dei medici e della sanità, la sovrastruttura non sta a guardare, cioè la società non sta ferma. Scoppiò la crisi della medicina. Da almeno mezzo secolo, esattamente a partire dalla fine della seconda guerra mondiale, è in atto un cambiamento epocale della sovrastruttura al quale si è dato diversi nomi ("post modernità", "post industrialismo", "società liquida" ecc.). In questo contesto cambia lo status ontologico del cittadino, fa il suo ingresso la cittadinanza come spazio per i diritti, entra come protagonista la cultura dell'autodeterminazione, del valore della persona, dell'umanizzazione ecc.

25

Tutto questo e molto altro ha un fortissimo impatto sul medico e naturalmente sulla medicina:

- la figura del beneficiario lascia il posto a quella del contraente, la cura non è più delegata al medico su base fiduciaria e diventa una questione negoziale nella quale il malato a sua volta rivendica la sua conoscenza esperienziale
- la figura del gerente prende il sopravvento sulla figura del clinico e per la prima volta in nome della scarsità delle risorse pone al clinico precisi limiti d'azione.

26

Il medico si trova a fronteggiare una forte domanda sociale di relazioni intendendo queste come uno spazio co-terapeutico per co-decidere e co-determinare le necessità e gli scopi dei trattamenti, e nello stesso tempo ad agire in spazi sempre più ristretti di autonomia.

Il medico formato all'osservazione, ai fatti, alle evidenze scientifiche, cioè alla cura delle malattie ma non alla cura della persona, non alle relazioni, si trova del tutto spiazzato e impreparato. Lo stesso medico abituato a disporre del proprio lavoro come quando era una professione liberale si trova sempre più dipendente cioè sempre più a dipendere dalle possibilità che la gestione gli concede.

27

Sul piano sociale prendono forma delle vere e proprie aberrazioni cioè delle devianze come la crescita esponenziale del contenzioso legale e parallelamente la crescita altrettanto esponenziale della medicina difensiva. Il medico non come singolo ma come professione è socialmente contestato dal malato e, abbandonato a sé stesso, da istituzioni che non si sentono di dividerne la responsabilità, tenta la strada dei comportamenti opportunisti, finalizzati a prevenire ed evitare il rischio professionale.

28

Tutto questo ha un duplice effetto: accentua i processi di delegittimazione sociale della professione quindi allontana ancora di più il medico da quella validazione sociale che sino ad ora ne aveva sostenuto il ruolo; introduce un genere nuovo di costi legato alla crisi del ruolo medico e che in generale si possono considerare come costi di regressività cioè di non adeguamento dell'essere e del modo di essere del medico in questa società.

29

Nella questione medica rientrano anche le responsabilità storiche della professione, cioè i

suoi ritardi storici, quelli tanto per intenderci che sono nati perché i medici, non hanno saputo per tempo far fronte al nuovo, alla complessità dei contesti, ai mutamenti, lasciando che le cose accadessero e tirando tutto sommato a campare.

30

I medici del 900 hanno provato e tentato in tutti i modi di difendere il loro paradigma di riferimento convinti che non vi fosse altro. Hanno tentato con tutte le loro forze di difendere un ruolo pensando che andava difeso non riformato. Ciascuno di loro ha fatto quello che poteva rispetto al loro orizzonte valoriale e forse non avrebbero potuto fare di meglio e di più. Ma il 900 è finito da un pezzo e bisogna andare oltre. I medici del terzo millennio sono in una situazione diversa rispetto a quella dei medici del 900. Se vogliono diventare medici devono riformare il medico del 900.

31

Oggi esplose la questione medica perché i medici quel peso sociale che avevano nel 900 non ce l'hanno più. Le mutazioni della professione hanno un forte carattere sfavorevole per il medico, nel senso che peggiorano tanto il suo status che il suo ruolo, e anche la sua funzione per non parlare della sua retribuzione.

32

I medici avrebbero già perso la loro battaglia sul ruolo se il medico amministrato fosse conveniente non solo all'economia ma anche al cittadino e alla società, cioè se il "non medico" fosse un vantaggio sociale. Ma questo per fortuna non è e dovrebbe essere questa la principale contraddizione che il medico oggi dovrebbe rimuovere. Il "non medico" non è un affare per nessuno, neanche per l'economia, ma meno che mai lo è per il cittadino e per questa società.

33

L'errore che oggi i medici devono con tutte le loro forze evitare è credere che la questione medica si risolva rimettendo le cose come erano prima, cioè rimettendo in sella il cavaliere disarcionato.

34

Questo non è più possibile un po' per le ragioni dette, un po' perché la questione medica non si risolve come se fosse un problema, ma si rimuove come se fosse una contraddizione, sapendo che, per rimuovere una contraddizione bisogna che qualcosa cambi. La domanda alla fine è solo una: come si fa ad avere un medico che oggi non sia in contraddizione con il mondo?

35

L'unico modo convincente è entrare nella logica della ridefinizione, della reinvenzione, in una parola entrare nella logica dell'autoriforma. Si tratta di interrompere un processo involutivo, di invertirlo sapendo che per invertire processi complessi si deve intervenire concependo il futuro come la messa in opera di un programma. Ciò che si rivela decisivo a determinare una certa inversione delle tendenze in atto è la messa in opera di uno scopo quello di definire un'altra medicina e quindi un altro medico. Qualsiasi scopo ha in sé un valore operativo.

36

La strada del "non medico" non è solo un errore ma qualcosa di contrario ad una corretta nozione di civiltà.

Aporie

1

Oggi la questione medica vuol dire crisi della professione, la crisi va riconosciuta, ammessa, dichiarata e posta al centro di una strategia, perché se non dichiarata niente sarà fatto per risolverla e niente della realtà sarà riorganizzato per superarla.

2

Oggi se la questione medica non sarà affrontata in quanto tale il rischio di avere ordinariamente il non medico diventerà realtà. Il non medico è la negazione di ciò che fino ad ora è stato il medico. Come qualsiasi negazione esso toglie valori, virtù, poteri, libertà, quindi nega un'identità e quindi un certo ruolo.

3

Oggi al non medico si deve rispondere con un altro medico che, per riaffermare il suo ruolo, ridiscuta il suo essere e il suo modo di essere. Oggi "altro medico" significa ricontestualizzare una professione nel mondo che cambia. Nulla di più. Oggi sarebbe insensato fare sciopero contro la propria società che cambia.

4

Oggi la questione medica ha una natura trans-generazionale per cui i medici devono fare cose oggi per il domani; se continueranno a rimandare per chi viene dopo di loro la questione sarà ingovernabile.

5

Oggi partire dai problemi dei medici e non dalla questione medica, non è la stessa cosa. Una eventuale piattaforma tarata sui problemi non può essere la piattaforma tarata sulla questione medica e sulla crisi della medicina. Anche ammesso di poter risolvere certi problemi dei medici non è detto che la loro soluzione comporti la risoluzione delle tante crisi tra loro concatenate. È necessario ragionare con la logica della crisi, della straordinarietà e dell'emergenza al fine di adottare decisioni straordinarie. Ripensare un paradigma è una decisione straordinaria. Ma non si risolve la questione medica senza mettere le mani nel paradigma. Si tratta di una crisi strutturale.

6

Oggi al medico si chiedono tre cose:

- di imparare ad avere relazioni con i malati, i cittadini, la società ma soprattutto di imparare a servirsene per conoscere di più, per scegliere meglio, per fare una clinica più avanzata nella quale vale tanto la co-terapeuticità che la corresponsabilità
- di aggiornare i suoi modi di conoscere, di fare e di ragionare per governare la complessità in tutte le sue forme e in tutti i suoi modi a qualsiasi livello, per imparare a ragionare in modo più ricco, per essere pragmatico nelle situazioni e nelle contingenze
- di riorganizzare le prassi per ridurre i costi della regressività del sistema sanitario che dipendono da lui, quindi di ridurre diseconomie e anti-economie che dipendono dai suoi comportamenti e dai suoi atti.

7

Oggi mettere mano ad un paradigma significa:

- un vasto processo di aggiornamento culturale della medicina
- un aggiornamento della idea di scienza
- una riorganizzazione e un ripensamento delle ordinarie prassi professionali
- la ridefinizione delle forme storiche di cooperazione con le altre professioni
- la ridefinizione dei rapporti tra professione e management
- la ridefinizione in funzione di nuove prassi di nuovi strumenti giuridici e contrattuali.

8

Oggi molti sono i soggetti coinvolti: la FNOMCeO per definire un altro medico, quindi una deontologia all'altezza dei tempi e adeguata al nuovo medico; l'università per riformare il paradigma formativo del medico; le società scientifiche per aggiornare la concezione scientifica della medicina, le rappresentanze sociali in tutte le forme per definire un nuovo contratto so-

ziale con la professione, le istituzioni titolari dei servizi e dei contratti per avviare un processo diffuso di riforma organizzativa e giuridica.

9

Il medico è un bene comune quindi condiviso da tutti i membri di una comunità. Questo bene, prima di essere una garanzia di salute per un cittadino è la prima garanzia di civiltà di un paese moderno proiettato nel futuro.

Tesi

N°23

La questione medica è il segno di una crisi professionale profonda determinata da processi di cambiamento che se non governati condurranno la professione verso una prospettiva di snaturamento. Per opporsi a tale prospettiva non basta la logica dell'aggiustamento serve mettere in campo una contro-prospettiva che non può non riguardare un altro tipo di medico. La carta da giocare è un medico da ridefinire lungo due direzioni:

- *la ricontestualizzazione sociale vale a dire la sua ridefinizione a partire dai nuovi contesti sociali culturali ed economici*
- *la ricomplexificazione epistemologica vale a dire la sua ridefinizione sul terreno delle conoscenze e del modo di usarle.*

La prima serve a renderlo meno regressivo nei suoi rapporti sociali la seconda a farlo diventare più bravo e più adeguato nei confronti di un grado di complessità incomparabilmente più alto rispetto al suo glorioso passato.

Quesiti

N°1

Ritenete sia possibile che la crisi del medico sia dissociabile da una eventuale crisi della medicina? Cioè che si possa essere medico indipendentemente da come è la medicina? L'essere di una cosa che dipende da una altra cosa può essere rispetto ad essa indipendente?

N°2

La crisi della medicina come ve la immaginate? Una crisi di principi? Di regole? Di criteri? O semplicemente una crisi della conoscenza scientifica? O di certe abitudini e di certi stili di lavoro?

N°3

È possibile che si abbia un progresso della conoscenza scientifica sulle malattie e nello stesso tempo un crisi del paradigma cioè una crisi della medicina come modello?

N°4

La crisi della medicina intesa come crisi del paradigma come si risolve? E dove si risolve? E in che modo?

N°5

Se per questione medica intendiamo un groviglio di problemi che tra le altre cose mettono in crisi l'identità storica del medico, che parte ha la crisi della medicina in essa?

N°6

È possibile togliere o marginalizzare o destituire di importanza dalla "questione medica" la crisi della medicina?

N°7

Supponendo di estrapolare la crisi della medicina dalla "questione medica" a cosa questa si ridurrebbe? A rivendicare il rispetto dell'autonomia? Alla tutela del medico dai condizionamenti economici? Alla difesa delle sue prerogative storiche?

N°8

Ma la difesa delle prerogative storiche del medico in questa società ci conviene o ci danneggia?

N°9

Se la "questione medica" serve alla fine a ribadire l'invarianza sostanziale del medico, allora, è indubbio che i problemi di fiducia, quelli legati al contenzioso legale, quelli ancora legati ai comportamenti opportunistici, e ancora quelli riconducibili alla "medicina amministrata", sono destinati a crescere o quanto meno a non essere risolti come si dovrebbe fare, ma a questo punto c'è da chiedersi a che serve dichiarare che esiste una "questione medica"? Cioè a che serve dichiarare qualcosa quando alla fine ci si comporta come se non esistesse niente o poca cosa cioè come se i medici avessero problemi ordinari?

N°10

La questione medica, intendendola come un contenitore che contiene tutto ciò che concorre a far emergere la crisi della professione, quindi dalla crisi della medicina positivista alla de-capitalizzazione della professione, è un questione ordinaria o straordinaria?

I problemi “tecnici” che costituiscono la questione medica

Sinossi

A parte i rapporti stretti tra crisi della medicina e crisi del medico la questione medica è anche il sovrapporsi a tali problemi strutturali di alcuni importanti problemi tecnici che riguardano l'esercizio ordinario della professione.

Questi problemi sono di varia natura e riguardano fenomeni diversi. I più importanti sono:

- *la femminilizzazione della medicina*
- *la decapitalizzazione del lavoro medico*
- *i rapporti con altre professioni*
- *lo status giuridico di dipendente del medico*
- *l'errore medico e la responsabilità professionale*
- *la medicina amministrata.*

Avendo previsto una specifica macro-area sui rapporti difficili tra medico e economia alcune parti della questione medica saranno in questa affrontate (decapitalizzazione del lavoro, status giuridico del medico) in questa macro-area dedicata alle crisi e ai cambiamenti ci limiteremo a prendere in considerazione quattro problematiche:

- *la femminilizzazione della professione medica cioè nuovi problemi legati al genere*
- *i rapporti con le altre professioni in particolare la vicenda delle competenze avanzate*
- *l'errore medico e il problema della responsabilità*
- *la medicina amministrata.*

Il “genere” e la professione medica

Sinossi

Ancora non è chiaro se la crescita del numero delle donne medico sia un fenomeno gravido di implicazioni o più semplicemente un turn over generazionale tra generi diversi nel quale è dominante la presenza delle donne. Oggi il sistema medico sanitario è paragonabile ad una grande fabbrica di salute ad altissima presenza femminile ma governata comunque da una gerenza maschile.

Se per fenomeno intendiamo come suggerisce la filosofia ciò che appare può darsi che ciò che appare cioè il fenomeno non corrisponda a quello che esso sembrerebbe. Sembrerebbe che con la crescita del numero delle donne medico vi siano incipienti cambiamenti che riguardino tanto l'esercizio della medicina che quello della professione. Qualcuno parla di “medicina al femminile”. Ma è così?

L'unica cosa certa è che comunque le donne medico sono ormai una netta maggioranza nei confronti dei medici maschi e che il dato numerico pone incontestabilmente problemi di rappresentanza. Cioè un banale problema di democrazia. L'altro dato certo è che il dato sulla maggioranza pone incontestabili problemi contrattuali e organizzativi.

Nei confronti della questione medica la femminilizzazione della professione equivale ad un cambiamento dell'ambito soggettivo della professione. Per cui non può essere ignorata.

Al fondo di tutto la crescita del numero delle donne medico acquista grandi significati culturali perché nell'ambito dei fenomeni riconducibili alla problematica del genere essa coincide con due grandi novità:

- *la medicina di genere vale a dire l'assunzione del genere come singolarità che caratterizza la malattia e quindi la cura*
- *l'emancipazione del malato dal genere neutro della malattia cioè la sua specificazione dal genere naturale al genere umano quindi la sua ri-umanizzazione.*

Oltre a questo la femminilizzazione coincide oggettivamente con una grave crisi del ruolo medico quindi con la questione medica. Quindi essa legittimamente pone la questione tutta politica se la femminilizzazione possa contribuire a ridefinire il ruolo e a costituire un valore aggiunto, con ciò contribuendo alla risoluzione positiva della questione medica.

Proposizioni di approfondimento

1

Fino all'ultimo aggiornamento del codice deontologico (2014) la questione delle donne me-

dico non è stata neanche nominata nella relazione di accompagnamento pur disponendo già all'epoca sull'argomento di un importante dibattito (FNOMCeO Caserta 2007). Quindi che cresca, diventando maggioranza, il numero delle donne medico sino ad ora è stato ininfluenza nei confronti della deontologia. Il paradosso è ulteriormente paradossale se si pensa che le donne, negli ultimi anni, hanno avuto presso la FNOMCeO rappresentanze deontologia e istituzionale ai più altri livelli dell'organizzazione.

2

Sino ad ora la questione del genere femminile è stata per lo più ridotta come per certi versi era giusto fare a:

- questioni contrattuali cioè di norme a tutela delle donne medico in ordine ai loro specifici problemi (maternità, avanzamenti di carriera, applicazione di leggi e norme esistenti, trasparenza e correttezza nelle nomine e negli incarichi)
- questione di rappresentanza cioè un maggior numero di donne negli organismi di direzione delle istituzioni di rappresentanza della professione.

3

Dal punto di vista della “questione medica” che si rammenta implica la ri-definizione di una identità professionale e di un ruolo professionale, tuttavia vi sono altre problematiche oltre a quelle sindacali e della rappresentanza che si pongono ma che fino ad ora sono state ignorate. I quesiti che si pongono sono diversi e riguardano il rapporto tra:

- genere e prassi medica
- genere e ruolo professionale
- genere e concezione di medicina, di malattia, di malato.

4

Se i medici, maschi e femmine, agissero la medicina nello stesso modo, dal punto di vista delle prassi la femminilizzazione non avrebbe nessun significato perché non cambierebbe niente. Se la maggioranza statistica delle donne medico non produce un cambiamento nelle prassi, tale da giustificare un qualche suo adeguamento, allora la maggioranza femminile potrebbe essere interpretata tanto come un fenomeno di femminilizzazione che il suo contrario cioè un fenomeno di mascolinizzazione.

5

All'inizio il dibattito (Caserta 2007) sulla base di teorie innatiste si riteneva che le prassi fossero influenzabili “naturalmente” dall'indole femminile nel senso che certe caratteristiche delle

donne avrebbero potuto migliorare le prassi. Allora come ora si parlava del “lavoro di cura”. Ma le teorie innatiste rispetto alla medicina lasciano il tempo che trovano. Tutti i medici devono essere medici nello stesso modo, le propensioni personali restano un valore aggiunto ma rispetto ad una base che non può che essere razionale allo stesso modo per tutti.

6

L'unica cosa che, secondo la letteratura, sembra sottolineare un rapporto tra genere e prassi sembra essere una maggiore apertura delle donne medico alla relazione con il malato.

7

Dire che tutte le donne sono in quanto tali più relate degli uomini, è una generalizzazione rischiosa. È possibile che vi siano donne medico incapaci di avere relazioni come è possibile che vi siano medici uomini bravi ad avere delle relazioni. Questo, tuttavia, non significa che dobbiamo negare la possibilità che potrebbe esistere una caratteristica tendenzialmente dominante, come quella delle donne di costruire relazioni. La letteratura a riguardo lo confermerebbe.

8

La relazione probabilmente è uno modo di essere medico espresso più dalle donne che dagli uomini forse perché certe donne medico hanno una idea “complessa” di medicina. Le complessità non si possono conoscere se non attraverso delle relazioni.

9

Se questo fosse vero, e considerando che la relazione è comunque un valore aggiunto alla professione e che a differenze delle teorie innatiste non discrimina in nessun modo gli uomini dalle donne, allora si potrebbe dire che la crescita del numero delle donne medico potrebbe essere destinato a migliorare in ogni caso la professione. Cioè rispetto alle prassi sarebbe un valore aggiunto.

10

Si ricorda che la conoscenza clinica è da paradigma positivista una conoscenza irrelata che si basa sul ri-conoscimento della malattia di un organo attraverso i sintomi, quindi sull'osservazione. Le relazioni sono un modo diverso, di conoscere e in quanto tali necessitano di ben altre forme di organizzazione delle prassi. Se vogliamo avere relazioni con il malato è necessario dotarsi di organizzazioni intese come sistemi relazionali, quindi integrate.

11

In questo caso si dovrebbe assumere la femminilizzazione della professione medica, in due sensi:

- come nuovo soggetto medico per il quale la professione merita di essere ridefinita in senso relazionale
- come valore relazionale che in quanto tale va generalizzato come modo di esercitare le prassi indipendentemente dal genere. Cioè che vale anche per gli uomini.

12

Se questa supposizione fosse fondata allora il significato implicito che se ne ricaverebbe sarebbe che il numero crescente delle donne medico nel tempo è destinato a qualificare le prassi e attraverso la prassi persino il ruolo del medico. Il ruolo se fosse l'esito di norme e di valori professionali, operativi, sociali che definiscono le modalità e i contenuti comportamentali di una specifica professione, allora se si caratterizzasse al femminile, sarebbe destinato a migliorarsi in senso relazionale.

13

L'assunzione di un ruolo che si caratterizzerebbe per una significativa maggioranza femminile non sarebbe solo un'operazione di performance, ma dovrebbe prevedere anche:

- un'identificazione con aspetti e significati connessi ai modelli culturali delle donne
- un'organizzazione del lavoro coerente con l'alta presenza femminile
- norme contrattuali adeguate alle problematiche lavorative specifiche delle donne.

14

L'assunzione, quindi, di un ruolo a maggioranza femminile potrebbe significare che la professione tenderà ad esprimere comportamenti attesi migliori perché più adeguati alle esigenze sociali.

15

Se si pensa che il concetto di ruolo è intrinsecamente relazionale e si rammenta che da parte di questa società c'è una forte richiesta di relazionalità, è plausibile ritenere che l'alta presenza femminile nella professione medica è destinata ad influenzare in meglio sia le relazioni tra medicina e società che il *role set*, cioè l'insieme dei ruoli professionali di una data istituzione o contesto, quindi le relazioni tra gli operatori e quindi tra i medici e i malati. Questo è del tutto auspicabile.

16

Altro discorso è il rapporto tra genere e medicina. Si tratta di una questione che certamente riguarda la medicina di genere ma anche qualcosa di più. Essa ci propone di riflettere sul significato di una medicina di genere in relazione ad una professione che si caratterizza per un genere femminile maggioritario.

17

Per la medicina di genere vi sarebbe una specificità biologica legata al genere, responsabile di differenze naturali, che non andrebbero ignorate perché in grado di influire sull'esito delle cure e dei trattamenti.

In realtà questa specificità biologica viene fuori dentro un fenomeno molto più ampio e che riguarda di fatto la ri-generazione culturale di un genere attribuito alla malattia intesa come una cosa e un oggetto biologico.

18

Per comprendere questo aspetto del problema si deve ricordare che all'origine della nostra lingua i generi non erano due ma tre, oltre a quello femminile e maschile vi era il genere neutro con il quale si designavano le cose anche quelle della natura e della malattia.

In questo senso, soprattutto con il paradigma positivista, la malattia appartiene al genere neutro cioè al mondo degli oggetti o, detto in altri termini, il genere umano del malato era de-generato a cosa.

19

La medicina di genere coincide con una rigenerazione sociale del genere che sino ad ora ha caratterizzato la malattia che da neutra diventa umana, dando luogo ad un vero e proprio processo di ri-umanizzazione. Alla medicina di genere si sovrappone di fatto la femminilizzazione della medicina.

20

In ragione della medicina di genere, della ri-generazione del genere della malattia e auspicabilmente in ragione anche della femminilizzazione della professione medica e delle sue ricadute sulle relazioni, l'organo malato cambia radicalmente il proprio statuto ontologico nel senso che diventerebbe o un "super-oggetto" o se si preferisce un "quasi soggetto" cioè un organo, una specificità genetica, una persona, una relazione.

21

Se grazie al sovrapporsi di tre accezioni di genere (scientifico, sociale, professionale) l'organo diventa un super-oggetto in questo caso la sua malattia diventa una co-estensione tra biologia, clinica, storia, esistenza, società, economia, cultura. Quindi qualcosa di complesso.

22

La personalizzazione delle cure se non si ripensa l'impersonalità degli organi prima ancora che del malato, resta teorica dal momento che gli organi sarebbero considerati come semplici macchine biochimiche con un genere neutro. Quindi grazie alla nozione di genere, variamente interpretabile anche dal punto di vista della professione, attraverso una maggioranza di medici donna, il malato andrebbe riumanizzato a partire dall'organo da intendersi non più come rappresentato da sintomi e segni ma come se fosse un "ipertesto" da interpretare.

23

Non ci sono dati in grado di dimostrare che nel caso dei medici maschi, con tutte le eccezioni del caso, sembrerebbe prevalere un approccio all'organo più che al malato e che quindi nel caso di malattie maschili non vi sia la stessa simpatia di genere che le loro colleghe donne hanno ad esempio nei confronti delle malattie femminili. Tuttavia, non si può escludere che il genere femminile abbia più sintonie con le malattie del genere femminile.

24

Se come sembra questa ipotesi (ribadiamo non suffragata da dati di ricerca) desunta soprattutto dai racconti delle donne nel loro ruolo di malati e di medici, avesse un fondamento allora non è da escludere che vi possa essere un'idea maschile di organizzazione dell'agire professionale fatta da poteri sulla malattia e sull'organo e un'idea femminile di organizzazione dell'agire professionale, fatta al contrario di relazioni, interconnessioni, percorsi integrati, cioè all'insegna di un alto grado di cooperazione.

Aporie

1

Oggi, a parte sporadiche eccezioni, allo stato attuale non esiste una riflessione approfondita sulla questione femminile legata alla questione medica.

2

Per assegnare alla crescita numerica delle donne medico lo status di fenomeno bisognerebbe supporre un cambiamento delle prassi "*causa sui*".

3

Fino ad oggi si è creduto che il genere femminile “in quanto tale” fosse un valore aggiunto della professione, oggi sappiamo che più plausibilmente il genere femminile potrebbe essere un valore aggiunto ma solo se esprimesse un’idea “diversa” di medicina. La “medicina al femminile” non è quella che per essere esercitata è sufficiente essere donne, è quella che per essere esercitata al femminile rielabora la nozione corrente di medicina. Cioè è un pensiero di altra medicina teorizzato in primo luogo dalle donne medico.

4

Oggi la questione delle donne medico è questione aperta che aspetta di essere declinata in tutte le sue principali accezioni.

5

Oggi le donne medico allo stato attuale delle cose non sono altro che manodopera femminile impiegata sempre più massicciamente ma dentro una concezione della malattia della medicina del lavoro, con tutte le caratteristiche del genere maschile. Le donne medico sarebbero un vero fenomeno solo se riuscissero, attraverso una proposta di medicina diversa, a indurre una differenza di qualità nella professione.

6

Oggi essere una maggioranza numerica nella professione non basta a cambiare la professione, compreso la propria rappresentanza, se essa non esprimerà una “diversa” idea di medicina quindi un nuovo modo di conoscere e di organizzare le proprie prassi.

7

Oggi la “contraddizione” è la seguente: la differenza di genere tra medici è, sul piano lavorativo e professionale, fortemente penalizzante per le donne, mentre le relazioni e il senso di complessità di cui le donne sono portatrici permetterebbero in ultima analisi di garantire cure migliori e meno costose.

8

Oggi tale contraddizione è oggettivamente intollerabile: gli svantaggi che derivano dalla “differenza di genere” tra medici, non ricadono direttamente solo sulle donne medico ma, indirettamente, anche sui malati a causa del beneficio negato che deriverebbe loro da un altro genere di organizzazione del lavoro e quindi da un’altra idea di medicina.

9

Oggi la contraddizione diventa evidente fino al paradosso perché oggi le donne medico sono “statisticamente” una “maggioranza” per cui la contraddizione “politica” innegabile è ormai quella di una minoranza maschile che continua a marginalizzare una maggioranza femminile, decidendo tanto le condizioni di lavoro quanto quelle della qualità delle cure.

10

Oggi la rimozione delle contraddizioni legate al “genere” non ha alcuna funzione palingenetica perché da sole non basterebbero a fare riforma, ma nello stesso tempo senza la loro rimozione si cambierebbe poco e male o per finta. Sarebbe già un passo in avanti se nel fare l’inventario dei problemi della questione medica, oltre a lamentarci dei tagli lineari, del precariato e del blocco dei contratti ci si lamentasse anche delle contraddizioni di genere insite nel sistema.

11

Oggi la differenza di genere non solo è un sistema arbitrario di soprusi ma è semplicemente una forma di anti-economia in tutti i sensi, al pari di tutte le forme di anacronismo che riguardano i modelli organizzativi, la gestione finanziaria e le pratiche professionali ecc.

Tesi

N°24

La crescita numerica delle donne medico potrebbe essere un fattore di miglioramento del ruolo professionale, quindi costituirsi come un vantaggio generale per la professione, nello stesso tempo essa implica la necessità di riconoscere questo dato di fatto innanzitutto sul piano deontologico, nel senso che la norma che disciplina la professione non può ignorare che il genere rispetto alla professione, sta cambiando la composizione della professione stessa.

N° 25

A parte l'aggiornamento deontologico il primo cambiamento riguarda la rappresentanza cioè l'esercizio di un normale criterio di democrazia: le donne debbono essere adeguatamente rappresentate negli organismi dirigenti della professione per garantire alla rappresentanza un grado di adeguatezza maggiore quindi una qualità in più. Per fare in modo che questo giusto diritto non sia svilito in una pratica tanto formale che burocratica e al fine di ricavare dalla femminilizzazione della professione il massimo vantaggio per la professione e per il cittadino malato, il valore della differenza legato al genere deve farsi pensiero, cioè tradursi tanto in una nuova idea di

professione che in una nuova idea di medicina ma anche di sanità quindi di organizzazione del lavoro. Senza un pensiero che a un tempo denoti anche culturalmente il numero crescente delle donne medico connotandolo appunto come un cambiamento a tutto campo, il rischio che si corre è la mascolizzazione di una professione a maggioranza femminile in organizzazioni e contesti del tutto indifferenti alla variabile del genere.

N° 26

Definire un pensiero che dia valore alla differenza di genere facendone un fattore di crescita per la professione e per la medicina significa cimentarsi con le implicazioni che il concetto di genere ha nell'esercizio della medicina in questa società. Oggi il genere è l'espressione di un fenomeno più vasto che è quello dell'imporsi della singolarità come valore a dispetto delle logiche uniformatrici e falsamente generalizzanti.

Il genere rispetto alla professione e rispetto alla medicina vale come valore della singolarità quindi come specificazione dell'individuo e della persona. La sfida è di usare la singolarità per migliorare e far progredire tanto la professione che la medicina che per sua natura storica è abituata a considerare il singolare solo come una eccezione. Oggi anche grazie al genere il singolare non può più essere considerato solo una eccezione ma al contrario un modo di essere normale del mondo.

Quesiti

N°1

La crescita del numero delle donne medico è un fatto innegabile, secondo voi quali sono i problemi che pone e quali possibilità apre?

N°2

Tale crescita in quanto problema e in quanto possibilità come andrebbe interpretata?

N°3

È possibile declinare la “medicina al femminile” cioè caratterizzare il suo esercizio a partire dalle caratteristiche delle donne medico?

N°4

In che misura le caratteristiche del medico possono influenzare l'esercizio della medicina? O l'esercizio della medicina richiede caratteristiche comuni universalmente a tutti i medici indipendentemente dal loro genere?

N°5

Amnesso che esistono caratteristiche di genere che accrescono in qualche modo il valore aggiunto della medicina scientifica, se accrescono il valore aggiunto è giusto mantenerle relegate al genere o è più giusto renderle universali, cioè valide per tutti i medici?

N°6

Quali problemi contrattuali e di organizzazione del lavoro pone la femminilizzazione della professione?

N°7

La femminilizzazione pone una questione inedita di rappresentanza nel senso che la logica democratica si basa sul principio che la maggioranza deve essere rappresentata in quanto tale, come si può risolvere questa questione? Con degli automatismi? Con delle regole deontologiche definite ad hoc? Con il buon senso? O comunque creando condizioni favorevoli ad una maggiore partecipazione delle donne medico alle decisioni che la riguardano nelle diverse sedi di rappresentanza?

N°8

Se le donne rappresentano la maggioranza dei medici, in quanto maggioranza teoricamente se messe nelle condizioni giuste di poter decidere, si assumerebbero una responsabilità da maggioranza cioè di coloro che essendo in maggior numero, decidono per la professione, ma basta essere una maggioranza per decidere sulla professione o questa maggioranza deve avere comunque una linea e un pensiero? La professione oggi è in crisi. È possibile una lettura di questa crisi al femminile, o essa è tale cioè indipendentemente dal genere che la legge e la interpreta?

N°9

Ma se la crisi della professione è trasversale ai generi cosa vuol dire la femminilizzazione e cosa vuol dire una medicina al femminile?

N°10

La medicina al femminile è la risposta alla “questione medica”?

N°11

La medicina al femminile ha una sua deontologia, epistemologia e metodologia? O al contrario è una medicina gestita e rappresentata dalle donne ma a paradigma invariante quindi

comune tanto ai medici maschi che a quelli femmine?

N°12

Che rapporto esiste tra questione medica e questione della femminilizzazione?

N°13

Alla fine rispetto alla “questione medica” essa è una chance per tutti o solo un ostacolo alla storica dominanza maschile?

Rapporti conflittuali con le altre professioni

Sinossi

La questione medica si caratterizza, tra le tante cose, anche per la crescita della conflittualità tra professioni e in particolare tra professioni che, nei confronti della cura, hanno tra loro ruoli contigui e complementari. Tutte le professioni, in questi anni, hanno sofferto delle ristrettezze finanziarie, del blocco del turn over, dei limiti imposti comunque al lavoro, e ognuna di esse ha cercato di fare qualcosa per attenuare il proprio disagio professionale. I medici hanno cercato soluzioni che non sono venute nell'atto medico difendendo l'esclusività della professione; gli infermieri inseguendo le competenze avanzate. In realtà, a ben vedere, nonostante le conflittualità che sono subentrate sono più le ragioni che uniscono che quelle che dividono, nel senso che c'è uno spazio potenziale importante di riforma del lavoro per far evolvere tutte le professioni. Alla fine, tutte le professioni hanno fondamentalmente gli stessi problemi e gli stessi limiti. Tutte le professioni dopo decenni di invarianza hanno la stessa necessità di co-evolvere per sopravvivere a contesti decisamente ostili.

Non c'è dubbio che le prassi professionali soprattutto i loro rapporti, vanno riformate quale processo co-evolutivo, tuttavia questi aspetti saranno trattati in modo approfondito nella macro-area sul lavoro. In questa macro-area ci limiteremo a introdurre la questione della task shifting e quella delle "competenze avanzate" quali aspetti peculiari della "questione medica".

Proposizioni di approfondimento

1

Con l'espressione "of task shifting" si intende una operazione normativa che dispone d'autorità, quindi con una disposizione di legge, il trasferimento di certi compiti o competenze da un operatore di un certo tipo ad un operatore di un altro tipo. Per esempio, dal medico all'infermiere.

2

In genere le ragioni che giustificano il ricorso alla task shifting nei paesi sottosviluppati sono la grave carenza di personale sanitario rispetto a territori da assistere molto grandi. In questi casi sulla base di uno stato effettivo di necessità e di emergenza è saggio e ragionevole formare il personale che c'è a svolgere anche compiti che esorbitano dal loro ruolo formale.

3

Al contrario le ragioni che giustificano il ricorso alla task shifting nelle nostre politiche nazionali sono di quattro tipi:

- finanziarie dal momento che consentono di far svolgere certe competenze a professioni meno costose sul piano retributivo
- organizzative dal momento che consentono al datore di lavoro una notevole flessibilità nell'impiego della risorsa professionale
- compensative nei confronti di uno squilibrato mercato del lavoro delle professioni
- come risposta di ri-mansionamento forzato di certe professioni a politiche di de-mansionamento delle stesse.

4

Trasferire de jure competenze da una professione all'altra non è una operazione semplice. Essa comporta nello stesso tempo diverse contro-indicazioni. In nessun caso nessuna forma di trasferimento di competenze, ammesso, ma non concesso, di volerla metterla in atto, può essere fatto senza una preventiva intesa tra le professioni interessate.

5

Sei le critiche al ricorso poco meditato del trasferimento di competenze fatto d'imperio:

- prima di parlare di competenze si dovrebbero definire i soggetti professionali quindi le loro abilità, le loro autonomie, le loro responsabilità i loro ruoli e le loro relazioni con gli altri ruoli
- pensare di forzare per far ottenere qualcosa a certe professioni a discapito di altre professioni rinunciando a priori all'intesa è da irresponsabili, in questo modo gli atti d'imperio favoriranno il conflitto tra professioni
- non si possono definire delle competenze al di fuori di una forma condivisa di cooperazione tra le professioni, quale espressione di una certa organizzazione del lavoro a sua volta dedotta da una domanda e da un contesto
- intervenire sulle competenze professionali in organizzazioni che non mutano fondamentalmente mai vuol dire intervenire con criteri arbitrari e inopportuni, sui delicati equilibri che riguardano la divisione del lavoro tra professioni
- smembrare le competenze professionali, affidando questa delicata operazione alla burocrazia, cioè ritenendo la questione risolvibile per via amministrativa, quindi semplicemente un problema di aggiornamento delle declaratorie è molto pericoloso
- allargare le competenze di qualcuno a scapito di qualcun altro, oltretutto per discutibili motivi economicistici, a dispetto delle relazioni interprofessionali è inaccettabile.

6

Per i fautori delle competenze avanzate le competenze coincidono con i compiti deducibili dalla normativa disponibile, e sono definibili con criteri inerenti alle attività descritte nel pro-

filo professionale. In realtà allargare le competenze non si tratta solo di ascrivere all'infermiere qualche mansione in più ma addirittura ridefinire per via amministrativa un nuovo profilo professionale. Questo è inaccettabile.

7

La legge dice che nel campo delle competenze degli infermieri vi sono i loro compiti fatto salvo le competenze previste per la professione medica. Questo vuol dire due cose:

- che le competenze infermieristiche non si possono definire a prescindere da quelle mediche, perché queste si configurano come un confine
- che se si definiscono le prime supponendo l'invarianza delle seconde in realtà si pensa semplicemente di redistribuire in modo diverso quello che c'è.

8

Qualsiasi forma di *conventio ad excludendum* sulla questione delle competenze volta a favorire una professione a scapito di un'altra professione va fermamente rifiutata. Va invece favorita l'intesa interprofessionale.

Aporie

1

Oggi i paradigmi professionali, i loro profili, le loro declaratorie non possono restare invariati. Se tutto cambia allora è arrivato il momento di rimuovere il loro sempre più crescente grado di regressività.

2

Oggi mentre tutto cambia il lavoro professionale continua ad essere descritto per compiti e mansioni, per giunta descritto privo di modalità e del tutto decontestualizzato. Il salto da fare è definire compiti, impegni e contesti e uscire dalla logica del compito della mansione e della competenza.

3

Oggi l'organizzazione del lavoro, nel bene e nel male, è una variabile fondamentale per definire in concreto le prassi delle professioni. Non si avrebbe mansionario senza una certa divisione del lavoro e senza mansionario non si potrebbe parlare di de-mansionamento. Tutte le varie forme di organizzazioni vigenti hanno tutte una matrice taylorista, quindi va ripensata questa matrice. Mansione, mansionario, compito, competenze sono tutti termini del vocabolario taylorista cioè di un'idea del lavoro gerarchico diviso, parcellare e ausiliario. Un accordo

tra professioni che si rispettino per far co-evolvere tutti, dovrebbe sostituire l'organizzazione tayloristica con un'organizzazione inter-connessionale ma a scala di sistema, altrimenti tutte le chiacchiere sulla multi-professionalità e sulla multidisciplinarietà restano tali.

4

Oggi in tutta la sanità occidentale non si sta ponendo il problema delle competenze, ma quello del rimodellamento dei ruoli professionali semplicemente perché il divario tra professione e realtà sociale sta spiazzando tutte le professioni creando quei problemi anche economici che, abbiamo a più riprese, definito di regressività. Il terreno di mediazione e di riunificazione è precisare i ruoli nei loro contenuti, nelle loro forme, nei loro modi, quindi nelle loro organizzazioni.

5

Oggi per rimodellare i ruoli dobbiamo essere convinti che, se partiamo dal presupposto che le professioni sono estensioni pragmatiche di una certa conoscenza e di una certa organizzazione del lavoro, allora esse non si possano rimodellare, a prassi e a organizzazioni invariati.

6

Oggi la necessità di rimodellare i ruoli ci dice che le prassi professionali ormai non possono più essere definite solo attraverso le "competenze", cioè le "mansioni", ma debbono essere precisate attraverso gli impegni degli agenti (skill mix) che operano dentro contesti non casuali.

7

Oggi spostare il tiro dalle "competenze" al concetto di "impegno" significa spostare l'attenzione dalle *"cose da dover fare"* alle *"possibilità di chi fa"* quindi alle *"cose da poter fare"* e quindi andare oltre la logica burocratica del "dipendente" cioè dell'operatore definito esclusivamente sulla base dei compiti che svolge.

8

Oggi è molto burocratico ritenere che una competenza e un atto siano definibili in modo indipendente dalle caratteristiche dell'agente e dalle caratteristiche dell'organizzazione del lavoro.

9

Oggi le autonomie delle professioni non si possono definire in modo indipendente una

dall'altra ma si devono definire in modo correlato perché le loro prassi devono rispettare una sintassi (sun taxis significa con ordine) cioè un ordine di successione delle prassi. La cura e l'assistenza di un malato proprio come un discorso deve mettere in successione tanti tipi diversi di prassi: da quelle del medico a quelle dell'infermiere e di altri operatori.

10

Oggi non basta stabilire dei confini e dei domini professionali se non si consolidano le autonomie correlate con delle organizzazioni adatte e discrete. Abbiamo bisogno di dare luogo ad un ripensamento dell'organizzazione del lavoro che definisca le prassi nella loro concretezza organizzativa.

11

Oggi cioè fino ad ora sul principio di ausiliarità si è basata una certa relazione cooperativa tra medico e infermiere. La sua ridiscussione avvenuta con legge avrebbe dovuto implicare la riforma di tale relazione, che non c'è stata, quindi un'altra organizzazione del lavoro. L'errore non è stato superare l'ausiliarità in favore dell'autonomia a competenze fondamentalmente invariate ma non aver completato il processo di cambiamento definendo nuove relazioni tra competenze e autonomie, quindi altre forme di cooperazione interprofessionale. Pensare di ovviare a questi vuoti progettuali con le competenze avanzate è un sopruso e una forma di destabilizzazione dei rapporti tra professioni.

12

Oggi in ragione di tutti cambiamenti richiamati sino ad ora se non è possibile ridefinire il ruolo dell'infermiere senza prima ridefinire in modo co-evolutivo il ruolo del medico, allora non è possibile fare il contrario, cioè la ridefinizione del medico comporta una ridefinizione dell'infermiere e di tutte quelle professioni a lui collegate.

13

Oggi è necessario ridefinire i rapporti tra professioni. I rapporti tra professioni in particolare tra il medico e l'infermiere passano tra due generi diversi di cognizione, cioè tra due diverse capacità cognitive o, se si preferisce, tra due generi diversi di intellettualità:

- la cognizione clinica in tutte le sue forme e specializzazioni
- la cognizione assistenziale in tutti i modi e luoghi possibili.

14

- Oggi la cognizione clinica va intesa come il governo del medico di un certo grado di com-

plexità scientifica, relazionale e sociale

- la cognizione assistenziale va intesa come la sua conseguenza quindi come la gestione pratica della presa in carico del malato nella sua interezza.

15

- Oggi la cognizione clinica è il dominio del medico e al medico va quel “poter fare” che si chiama governo clinico
- la cognizione della assistenza è il dominio dell’infermiere e all’infermiere va quel “poter fare” che si definisce assistenza del malato.

16

Oggi se si intende seriamente l’idea di engagement (impegno coinvolgimento) non si può ragionare allo stesso tempo di multidisciplinarietà e separare le responsabilità. Questa è una contraddizione: se si vuole lavorare nella multidisciplinarietà allora si deve parlare di coresponsabilizzazione, come esistono delle specifiche responsabilità professionali esistono altrettante responsabilità interprofessionali.

17

L’accordo tra medici e infermieri dovrebbe stabilire:

- ciò che è esclusivo del governo clinico
- ciò che esclusivo della gestione dell’assistenza
- ciò che è comune all’uno e all’altro.

Rientrano nelle prerogative di ciò che è comune a medici e infermieri: le metodologie, la programmazione del lavoro, la condivisione degli obiettivi, la verifica dei risultati, l’informazione reciproca, la consultazione, la second opinion, la vicarianza situazionale transitoria e consensuale ecc.

Tesi

N°27

Non vi è alcun dubbio sulla necessità di ripensare le forme storiche di cooperazione tra professionisti. Tutte le ragioni strutturali che spingono per il ripensamento della professione medica valgono fundamentalmente non solo per tutte le professioni ma in particolare per i loro rapporti di cooperazione e di collaborazione. Si tratta tuttavia di ridiscutere i rapporti inter professionali a partire non da cosa conviene all’operatore ma da cosa conviene al malato e alla gestione.

Al malato convengano tre cose:

- *avere un bravo operatore contento di fare il proprio lavoro*
- *avere la garanzia di essere curato e assistito da tutto il ventaglio di professioni che servono alla cura e secondo le sue necessità*
- *che tra le professioni vi sia cooperazione e non confusione e meno che mai sovrapposizioni e conflittualità, cioè che le prassi siano tra loro distinte, complementari e cooperative in massimo grado.*

Alla gestione conviene una organizzazione del lavoro che consenta tutto ciò a costi ragionevoli.

N°28

Tanto i medici che gli infermieri devono co-evolvere in modo solidale, cioè transitare dagli storici rapporti di reciproca ausiliarità a nuovi rapporti di reciproca autonomia che proponiamo di definire con l'espressione "autonomia interdipendente". Un'autonomia assoluta tanto per il medico che per l'infermiere non è né praticabile né auspicabile. La condizione per agire una autonomia interdipendente è che l'autonomia diventi un fattore di crescita per le organizzazioni del lavoro e quindi un vantaggio per il malato e non banalmente un fattore di disgregazione delle relazioni tra professioni.

N° 29

Ormai è tempo di andare oltre la logica delle mansioni, dei compiti, delle competenze ed esprimere articolate e distinte prese in carico attraverso non più definizioni burocratiche della professione ma pragmatiche prassi professionali che proponiamo di definire "impegni". È tempo che tanto i medici che le altre professioni in base ai loro ruoli collaborino per riformare le attuali organizzazioni tayloristiche del lavoro, che in quanto tali frantumano inutilmente l'unità del malato. Se non si supera la mansione di cui è intrisa la logica delle competenze cioè se il malato non è riunificato nel processo di presa in carico si resta in una inutile quanto costosa regressività organizzativa.

N° 30

Il servizio è un setting, cioè un contesto organizzato per processi che vanno governati, agiti dalle diverse prassi professionali. Il setting di un servizio medico sanitario ha una natura clinica e assistenziale quindi ha bisogno di un governo clinico di cui i medici hanno la piena titolarità a partire dal quale, e non a prescindere da esso, si tratta di definire l'organizzazione dell'assistenza, cioè le titolarità e le autonomie delle altre professioni necessarie per svolgerla.

N°31

L'integrazione tra le professioni è possibile solo nella chiarezza dei ruoli. Quindi si tratta di distin-

guere i diversi professionisti, con dei criteri che definiscano non solo cosa fanno ma chi è l'uno e chi è l'altro. Sussistendo tra i ruoli diversi forti differenze ontologiche, sussistono anche ovvie differenze nelle prassi. Ciascuno eserciti la sua professione e ciascuno accetti quale postulato il valore dell'engagement e del lavoro integrato. Si tratta di passare dal terreno solito della competizione giuridico-contrattuale tra professioni a quello del modo come si fa insieme quello che si dovrebbe fare insieme nel rispetto delle specificità ed esclusività ma, non per avere come professioni più prerogative ma per svolgere al meglio il proprio lavoro al fine di accrescere il beneficio per la persona malata in cura.

N° 32

Per avere una vera multidisciplinarietà si devono chiarire le esclusività le specificità e i confini. Le definizioni generiche delle professioni ingenerano confusione. Ciò che si definisce équipe, lavoro multidisciplinare, deve essere simile a quello che in algebra si chiama "gruppo ordinato", cioè un gruppo di professioni nel quale ogni professione esercita la propria funzione assicurando in senso addizionale la funzione del gruppo quindi accrescendo il proprio valore aggiunto con il valore aggiunto del gruppo.

N° 33

Passare da un'organizzazione tayloristica ad un'organizzazione inter-connessionale è possibile a quattro condizioni:

- *andare oltre l'idea che la cura sia la somma delle cure e un'équipe la somma delle professioni, cioè passare dal concetto di insieme pluri-professionale al concetto di sistema interprofessionale*
- *superare le attuali giustapposizioni che costituiscono l'insieme delle professioni sommando ruoli separati sostituendole con relazioni funzionali che, al contrario, creino condizioni di sistema, vale a dire di cooperazione tra ruoli organizzati in gruppi ordinati, équipe ecc.*
- *ridefinire le forme del governo del lavoro e sul lavoro a partire da forme di governo coordinative e programmatiche che si basino sul valore dell'autonomia e della responsabilità*
- *aggiornare metodologie e prassi lavorando per scopi e risultati.*

N°34

Preliminarmente a qualsiasi accordo tra professioni si tratta di rifiutare le logiche di vicarianza, di fungibilità, di demansionamento a catena che mettono le professioni in conflitto. Le professioni sono diverse e una volta chiariti i ruoli non sono né vicariabili né fungibili per cui la strada è quella di sviluppare in massimo grado tutte le potenzialità specifiche di ogni professione rispetto al proprio ruolo. Si tratta quindi di rifiutare tutte le soluzioni che hanno un esito di de-capitalizzazione del lavoro o siano orientate a meri obiettivi di risparmio, cioè non siano suggerite e giustificate con le esigenze primarie del malato.

Quesiti

N°1

Lavorare insieme agli altri non è mai semplice e per riuscirci nel senso di riuscire ad essere efficaci come equipe è necessario definire preliminarmente un mucchio di regole, ma voi, al fine di lavorare il meglio possibile con gli altri che regole suggerireste?

N°2

In ogni organizzazione del lavoro esiste una microconflittualità tra professioni, cosa potrebbe ridurla in modo efficace e accrescere così il grado di cooperazione interna?

N°3

Vi sono situazioni “strane” “inconsuete” “particolari” che mettono a dura prova le regole di convivenza ma soprattutto di cooperazione tra le professioni, in questi casi come ci si dovrebbe comportare senza per questo mettere in discussione le regole ordinarie grazie alle quali è definito un certo modo di operare?

N°4

La coevoluzione delle professioni tra loro cooperanti, parte dal presupposto che se due professioni sono complementari e interdipendenti non è possibile definire l'una senza definire l'altra, voi come la pensate?

N°5

Si può definire il medico senza definire allo stesso tempo tutto il resto? O, in una certa misura, il medico è ridefinibile indipendentemente dal resto?

N°6

Se è così fino a che punto un medico è ridefinibile in modo autoreferenziale?

N°7

Abbiamo assistito a tentativi di task shifting importanti volti a trasferire competenze mediche all'infermiere, secondo voi, questo è un vantaggio o uno svantaggio per il cittadino e per il malato?

N°8

Le Regioni sono alla ricerca della flessibilità nel tentativo di allocare nelle organizzazioni dei servizi le diverse professioni secondo criteri di convenienza economica indipendentemente

dagli obblighi di ruolo che i profili impongono, secondo voi in quale misura è accettabile una relativa flessibilità dell'impiego delle professioni? O in assoluto la flessibilità va rifiutata dal momento che i ruoli delle professioni non sono negoziabili?

N°9

Tutte le professioni lavorano in modelli di organizzazioni del lavoro ampiamente superati. Non credete sia arrivato il momento, di mettere tutte le professioni intorno ad un tavolo per definire nuove forme di organizzazioni del lavoro attraverso le quali mettere qualunque professione nelle condizioni di esprimersi per il meglio nel rispetto rigoroso dei ruoli?

N°10

Se una professione non può essere la controparte di un'altra se non nella logica della task shifting e della flessibilità economicistica, in una logica co-evolutiva, è possibile o no che le diverse professioni siano al contrario alleate?

Errori e insuccessi medici

Sinossi

Oggi quello che fa il medico è sempre più esposto ad un giudizio tanto sociale quanto individuale. Il medico non deve solo giustificare quello che fa rispetto alla sua deontologia e alla sua metodologia di riferimento ma deve giustificare quello che fa rispetto alla persona malata. La grande trasformazione paziente/esigente ha prodotto un cittadino che pretende, spesso in modo irragionevole, una medicina infallibile e un medico che non sbaglia mai. La pretesa non è assurda in sé perché se il medico sbaglia chi ci rimette è il malato, quindi chiedere sicurezza da parte sua è un diritto. È assurda perché la medicina è una impresa scientifica fallibile e il medico non è un super uomo e quindi può sbagliare. La questione chiama in causa la definizione di cosa sia giusto e di cosa sia sbagliato e pone il problema da una parte dell'errore e dall'altra dell'insuccesso medico che come è noto sono due cose completamente diverse. Tanto la questione dell'errore che dell'insuccesso, per loro natura, sono destinate a crescere con il crescere del grado di complessità dell'impresa medica. Nonostante l'urgenza di affrontare tale questione con spirito pratico e pragmatico sino ad ora resta debole la risposta della medicina e del medico. I tentativi di proteggere il medico dalle conseguenze legali dell'errore hanno prodotto:

- *da una parte una legge (L.24) molto discussa, con grandi ambiguità e non poche contraddizioni che oggi, anche se appena sfornata, pone la necessità di significative correzioni*
- *dall'altra una cultura della resilienza cioè della resistenza nei confronti dell'errore (risk management) che pone molti interrogativi sulla sua effettiva efficacia sociale.*

Si tratta di affrontare una discussione di tipo nuovo sull'errore medico che sappia creare le condizioni favorevoli per un accordo sociale sulla fallibilità e nello stesso tempo ricreare condizioni di fiducia senza le quali è difficile che il medico lavori in serenità.

Proposizioni di approfondimento

1

Una delle conseguenze più importanti del mutamento della figura del paziente è stata sicuramente quella di aver fatto emergere la *questione dell'errore*. Gli errori in medicina ovviamente ci sono sempre stati, ma, fino a un certo punto, essi erano per lo più imputabili alla sorte avversa e al destino o alla sfortuna ma da un po' di decenni essi sono imputabili soprattutto al medico. Con il paziente gli errori non esistevano perché tutto era colpa della fatalità ma con l'esigente gli errori esistono e sono colpa dei medici.

2

Con l'emergere dell'errore imputabile al medico le questioni che si pongono, a parte quella

centrale della sicurezza del malato, sono essenzialmente due:

- quella economica della crescita degli indennizzi che si devono corrispondere ai malati danneggiati
- quella deontologica del controllo sulle prassi mediche e dei comportamenti professionali opportunistici da parte dei medici.

3

Alla prima, a partire dalle assicurazioni, si risponde con il risk management vale a dire con una logica che tout court, viene trasferita dal mondo delle assicurazioni alla sanità pubblica e che, in quanto tale, non è priva di aporie.

Alla seconda, con la recente legge sulla responsabilità medica (L.24) cioè con un a dire il vero maldestro tentativo di protezione del medico dalle conseguenze della colpa professionale.

4

La gestione del rischio ambisce di fatto a controllare le complessità della prassi medica fino a gestirne l'autonomia, le prerogative, le competenze, le conoscenze. Essa nei fatti si propone come *soluzione unica* per il *governo* delle prassi medica prima ancora che del rischio rischiando di degenerare in una specie di *gestionalismo clinico*, cioè di vedere tutto attraverso la lente deformante della gestione intesa nei confronti delle complessità cliniche quale *unico ideale regolativo*.

5

Attraverso il *rischio* viene sancita, malgrado le buone intenzioni, un controllo sui *caratteri* degli *atti clinici* e un *controllo* delle autonomie professionali e delle modalità delle organizzazioni, ecc. Insomma, per ragioni di sicurezza in mancanza di meglio, si giustifica una tecnocrazia per la prevenzione del rischio, che ambisce a controllare la medicina con un pensiero gestionalista. Resta il discorso del rapporto tra medico e cittadino che sostiene che meglio della strada della gestione del medico è la strada della riduzione del contenzioso con una nuova relazione sociale di tipo fiduciario su base affidataria.

6

Nella società, in modo del tutto ingiustificato, anche suggestionati dai progressi della medicina e dal ruolo determinante della tecnologia, comincia a farsi strada una idea di medicina senza errore, di medico infallibile, di pratica pianificata e controllata, del tutto implausibile perché non realistica e che ha l'effetto di accrescere, nella società, le aspettative non solo di

curabilità ma di guaribilità anche laddove esse per ragioni naturali e per evidenti limiti scientifici sono precluse.

7

Tutto questo ha un forte impatto sulla professione medica che resta per certi versi quasi schiacciata tra risk management e legislazione sulla responsabilità professionale.

8

A parte i problemi della medicina difensiva, a parte quelli insiti nel rapporto difficile tra gestione sul medico e autonomia del medico, resta il fatto che il medico non può, proprio nella sua autonomia, essere il primo “esperto” di rischi e quindi il primo gestore delle sue prassi. Dal momento che non esiste né un atto medico perfetto e meno che mai una medicina infallibile resta la strada di concordare, con questa società, una idea ragionevole di fallibilità e nello stesso tempo di corresponsabilizzazione.

9

I medici naturalmente devono sbagliare il meno possibile perché i loro errori rischiano di danneggiare il malato. Danneggiare il malato per un medico prima di ogni altra cosa è un paradosso che lo nega come medico. Il medico normalmente non procura danni ma ripara quelli causati dalle malattie. Le malattie oggi sono considerate danni alle persone. Ecco perché un eventuale danno nel danno per l'esigente diventa intollerabile.

10

Chiariamo anche che vi sono errori imperdonabili ed errori perdonabili e questo non dipende dalla loro entità, cioè dal loro impatto sul malato, ma dal ruolo della volontà e dell'intenzionalità del medico. Se qualcosa accade indipendentemente dalla volontà del medico, in questo caso, esso per quanto grave sia, è perdonabile. Ma non il contrario. Chiariamo quindi che tutti quegli errori che la legge riconduce a imperizia, negligenza e imprudenza, del medico, restano gravi, cioè ingiustificabili in quanto tutti evitabili nel senso che se il medico non sbagliasse essi non accadrebbero.

11

Chiarito ciò, resta un tipo di errore, che definiamo congetturale, che va assolutamente recuperato, e che riguarda il *ruolo positivo della congettura* nei confronti della conoscenza medica, cioè la sua funzione epistemologica ineliminabile. Una congettura è praticamente una ipotesi, vale a dire una verità possibile, ma non certa, quindi a rischio di essere smentita dai fatti

verso i quali ha l'obbligo di essere verificata quindi per sua natura fallibile. Senza congetture e senza ipotesi non si avrebbe medicina. Parliamo quindi di errori congetturali possibili al fine di dare luogo alla cognizione medica e senza i quali la medicina sarebbe impossibile.

12

Nella realtà della medicina, se non ci fossero gli *errori congetturali* non ci sarebbe decisione, né scelta giusta, né verità. Questo tipo di errore in medicina, in un rinnovato rapporto fiduciario con la società va, quindi, *riabilitato* riconoscendogli soprattutto una *funzione conoscitiva* fondamentale. In medicina, l'errore congetturale, consente di *costruire i giudizi*.

13

Riabilitare deontologicamente l'errore vale come riabilitare la fallibilità dell'impresa medica che in quanto tale ha bisogno di consensualità sociale.

Si pone un problema di tutela epistemologica dell'errore congetturale dal momento che:

- la medicina è un insieme di discipline fondamentalmente “stocastiche” (“congetturali”) e il bravo medico è colui che fa congetture barcamenandosi tra “*il più o meno indovinato*” e il “*più o meno sbagliato*”, quindi bravo soprattutto a servirsi delle congetture per conoscere di più e meglio
- la frequenza degli errori accidentali in medicina è tanto più grande quanto più l'errore è piccolo ed è massima quando l'errore si avvicina allo zero, cioè alla certezza, quindi minima quando l'errore è grande cioè quando si avvicina all'improbabilità
- I clinici, come tanti altri, usano l'errore per poterlo minimizzare e quindi poter decidere una qualche diagnosi con una qualche probabilità di successo
- la funzione dell'errore congetturale in un processo di conoscenza è soprattutto gnoseologica e epistemologica. Cioè esso è funzione di conoscenza.

14

Eliminare l'errore congetturale vale come conoscere di meno e conoscere di meno vale come curare di meno. Nella pratica clinica più è probabile l'errore congetturale, più esso si avvicina alla verità, nel senso di avvicinarsi sempre di più alla verità. L'errore congetturale è un *modo per aderire* alle cose il più possibile specialmente quando il quadro non è chiaro. Questo è certamente la regola in medicina. Vi sono casi nei quali non c'è alcuna certezza clinica attraverso l'errore congetturale, il medico tenta di *aderire* il più possibile al malato che non conosce.

15

Comprendere un malato, a volte, per un medico è più un *indovinare* che un *conoscere*.

Chiariamo i termini:

- *indovinare* vale come individuare con esattezza affidandosi all'intuito, all'esperienza, a supposizioni diverse, qualcosa
- *conoscere* vale come cognizione ampia e approfondita di qualcosa, sulla base di dati e di informazioni.

La verità clinica, in medicina, spesso non è altro che la misura della nostra capacità professionale di indovinare. Un bravo medico è anche colui che sa indovinare. Se il medico indovina è quando gli mancano i dati per dire che ha sbagliato. Ma se un medico indovina è perché egli si fida degli errori congetturali che ha già commesso, cioè si fida della sua esperienza cognitiva.

16

I medici quindi sulla base di tante cose (esperienza conoscenza, intuito, sensibilità), *indovinano* i casi difficili. Questo implica che per un clinico una risposta ci sia sempre e che il formarsi di nuove ipotesi cliniche non significhi tanto creare nuove interpretazioni quanto modificare quelle già fatte e riusarle. I medici non indovinano all'improvviso, come quando hanno un'intuizione, ma dopo un *processo inferenziale* in cui soppesano le possibilità che si sono configurate gradualmente. Essi credono di conoscere in realtà non sanno che stanno indovinando usando quello che sanno ed hanno imparato nella loro esperienza.

17

Indovinare sia chiaro non è tirare a sorte e meno che mai è una funzione oracolare ma è una precisa quanto complessa inferenza razionale che passa tra intuizione e esperienza. Se indovinare è una forma di attività statistica inferenziale (a differenza della statistica descrittiva) esso dipende dall'attività razionale concreta dei medici quindi dalla loro esperienza. Indovinare in realtà è solo una verità relazionale altamente probabile.

18

A volte capita che un medico per fare una diagnosi è costretto a fare molte analisi di laboratorio o per decidere una terapia efficace a provare diversi trattamenti, questo capita quando il caso non è chiaro, ambiguo ed equivoco. Se i medici sono *incerti* è perché davanti a un caso poco chiaro essi vogliono ottenere una maggiore precisione empirica.

19

La *verità* in medicina spesso è una forma di *plausibilità*, per un medico basta avere un motivo sufficiente per attivare un'inferenza per indurre il comportamento giusto. Quanta più

attenzione i clinici mettono nello studiare un caso, tanti più sono i dubbi che essi hanno e al dubbio non è infrequente che si associ l'errore cognitivo.

20

Le decisioni sbagliate restano tali e non sarebbe etico imparare a spese dei malati, ma è inutile negarlo, al momento di decidere tornano in ballo e aiutano il medico a decidere. Anche se i medici avessero una completa conoscenza delle *cause* delle malattie comunque non ci sarebbe *legame necessario* tra esse e quello che accade realmente ai malati, perché le cose non accadono in modo da adeguarsi ai loro modelli di malattia. La conoscenza del medico è sempre disturbata da qualche interferenza.

21

Rivalutare l'incertezza per un medico significa rivalutare la prudenza e da un punto di vista deontologico imparare certo a non sbagliare, ma soprattutto, se inevitabile, a "sbagliare bene". Sbagliare bene significa che l'errore del medico non danneggia il malato ma ne favorisce la cura. La prudenza è una virtù oggi spesso sacrificata per ragioni di tempari, di restrizioni organizzative, di carenze diverse, ma oggi essa va riabilitata sia deontologicamente che socialmente.

22

L'errore epistemologico è giustificato dalla complessità del caso dalla sua ambivalenza e della sua ambiguità. Ciò che è *ambivalente* va *con-diviso* e per con-dividere serve da parte del medico un pensiero coinvolgente. Un esempio di pensiero coinvolgente è il consenso informato. Il limite della letteratura sull'errore clinico è la scarsa coscienza della complessità in gioco. Se normalmente si sbaglia bisogna insegnare a non sbagliare quando è possibile, a sbagliare bene quando non sbagliare è impossibile, che non sbagliare è irrealistico.

23

Imparare dall'errore per i medici e i cittadini significa:

- riconoscere il valore della fallibilità
- spiegare come si conosce un malato con gli errori
- spiegare come, con gli errori si pensa si ragiona si giudica e si decide
- imparare a sbagliare
- decidere insieme.

Aporie

1

Oggi non si tratta di educare il medico a *non commettere* errori ma di educarlo alla decisione nella complessità. Cioè di formarlo alla scelta.

2

Oggi abbiamo bisogno di una *pedagogia non dell'errore ma della decisione* ma non per fare dei medici dei solutori, dei *problem solvers* educandoli all'infallibilità ma per aiutarli nelle loro scelte e decisioni difficili quindi per farne dei decisori esperti di imperfezioni esperti di errori, di complessità e di complicazioni.

3

Oggi il grande problema è credere che con il metodo (linee guida) sia possibile essere relativamente infallibili. Su questo presupposto si basa la legge sulla responsabilità professionale. Il metodo, che è quello già descritto più avanti, dovrebbe essere uno strumento critico della razionalità medica rispetto all'esperienza del decisore ma non lo strumento per impedire al medico di scegliere. Ciò che l'errore non può tollerare sono le *pretese apodittiche* delle procedure.

4

Non si possono dare *metodologie contro l'errore* senza porre il problema degli *errori delle metodologie*. Questo è un tema del tutto assente dalla discussione sull'errore ma soprattutto di questo problema la legge 24 è del tutto incosciente.

5

Oggi il *fallibilismo del metodo* significa considerare gli errori legati a quei presupposti, definiti "scientifici" o "razionali", e che hanno la pretesa di proporsi come delle verità indubitabili, giuste, esatte, perentorie. Il fallibilismo senza una critica seria alle "*prove di verità*" non è convincente.

6

Oggi in sostanza si tratta di riabilitare la medicina e il medico che suo malgrado sbaglia agli occhi della società. Fondamentale per i medici è cambiare la *percezione sociale* dell'errore e del rischio e per fare questo è necessario restituire, a rischio e a errore, la loro complessità epistemica e la loro propria dimensione sociale. In questo ambito rientrano i problemi del consenso informato, della validazione consensuale, della decisione sociale, della corresponsabilizzazione e condivisione della relazione di conoscenza.

7

Oggi la *validazione sociale* è un discorso di *corresponsabilizzazione sociale* e di partecipazione sociale quindi di governo sociale, ma non solo. Il *governo sociale* del rischio abbisogna di una garanzia senza la quale è difficile ricostruire le condizioni di fiducia del cittadino nei confronti del medico che è quella di assicurare al cittadino ipotesi di sistemi medico-sanitari con il più alto grado di affidabilità nelle contingenze possibili.

8

Oggi è sbagliato concepire errori e rischi solo come gestione del grado più basso di errori e di rischi in un sistema. Il problema sono le *contingenze più affidabili*. Per avere consenso sociale i medici non devono offrire una medicina infallibile ma una professione e dei servizi affidabili questa è la sfida.

9

Oggi sulla base di questa preconditione l'obiettivo del governo sociale del rischio e dell'errore è quello di *governare* la fallibilità. È un falso obiettivo quello della massima sicurezza e dell'infallibilità. La fallibilità va accettata prima di tutto socialmente, quindi usata con delle garanzie. E la sicurezza ribadiamo è un problema di contingenze e di organizzazione oltre che di modelli di razionalità.

10

Oggi la fallibilità ragionevole consente di riequilibrare i rapporti tra “*la medicina che sbaglia*” e il “*sistema che sbaglia*”. Oggi non è credibile che sia solo il medico a sbagliare. Esistono contesti organizzati che predispongono all'errore. Per cui dall'ambito di discussione dell'errore non si può escludere il ruolo e il peso delle organizzazioni del lavoro. Quando le organizzazioni del lavoro sono in massima parte carenti si sbaglia di più. Nella legge 24 manca del tutto un discorso sulle corresponsabilità dei datori di lavoro e delle organizzazioni che costoro decidono e impongono.

11

Oggi alla cultura della *resilienza* è preferibile una cultura della *resipiscenza* sociale che corregga da una parte le percezioni sociali sull'errore e sul rischio per dare fiducia e dall'altra corregga il modo di conoscere e di essere della medicina attuale per dare più sicurezza al medico e al cittadino.

Tesi

N° 35

La de-imputazione sociale dell'errore passa per il riconoscimento sociale della fallibilità. La me-

dicina è un'impresa conoscitiva fallibile. Il medico, nello svolgimento della sua professione, ha la possibilità di cadere in errore ma non per questo può essere colpevolizzato e delegittimato.

L'infallibilità della medicina e del medico è un ideale del tutto irrealistico. I medici tuttavia devono prodigarsi per rendere cosciente la propria comunità sociale di riferimento, della natura intrinsecamente incerta dell'opera medica alla base della fallibilità. Il fine sociale è non alimentare nella società delle aspettative non solo di guaribilità ma anche di curabilità, soprattutto laddove esse, per ragioni diverse, non sono realistiche.

N° 36

Si deve distinguere errore da insuccesso. L'insuccesso è quando quello che intenta il medico per curare il malato, non ha gli esiti auspicati. Il medico nell'esercizio della sua professione può andare incontro all'insuccesso.

N° 37

L'insuccesso è spiegabile con il margine di ignoranza di ciò che è sconosciuto e non è conoscibile con i mezzi ordinari disponibili della conoscenza medica. L'insuccesso si occasiona, malgrado il medico, e nonostante i modi professionali dell'attenzione e della prudenza. L'insuccesso non ricade sotto la fattispecie dell'imperizia, della negligenza e dell'imprudenza e non può essere considerato un errore.

N° 38

Il medico e il malato debbono imparare dai loro errori. Imparare dall'errore significa spiegare al malato e alla società il valore della fallibilità, insegnando come si conosce la complessità con le prove congetturali, e come, con le ipotesi, si pensa, si ragiona, si giudica e si decide.

Lo scopo della pedagogia dell'errore è informare e formare il malato e il cittadino alla co-decisione nella complessità.

N° 39

Si tratta di aggiornare il codice deontologico che su questa tematica dell'errore è significativamente carente. Il medico ha il dovere di garantire la sicurezza del malato. Ma nello stesso tempo il medico ha diritto di fare il medico cioè ha diritto alla sua umana fallibilità. In quanto tale va tutelato.

N° 40

Tutti i comportamenti opportunistici messi in azione dal medico per fini precauzionali sono ese-

crabili e quindi da considerarsi immorali e diseconomici. Il problema dell'errore si affronta per quello che è, non scaricando su altri le conseguenze di inaccettabili comportamenti di deresponsabilizzazione. Ognuno si prenda le proprie responsabilità a partire dal cittadino. Il cittadino sappia che se vuole essere curato ci sono rischi da accettare.

Quesiti

N°1

“*Errare humanum est, perseverare autem diabolicum*” dice il famoso aforisma latino ma per un malato è più facile accettare in teoria l'errore del proprio medico che in pratica. È vero il medico può sbagliare ma nel suo caso il cittadino vorrebbe che il suo medico fosse perfetto. Come si può mediare tra teoria e pratica?

N°2

Come è possibile conciliare per un medico la possibilità teorica di sbagliare con l'impossibilità di escludere la probabilità dell'errore?

N°3

Esiste o no un problema di fiducia nel senso che se questa non c'è in barba alla teoria e alla pratica alla fine vince la diffidenza ovvero un atteggiamento pregiudiziale verso qualsiasi cosa faccia un medico?

N°4

Gli atteggiamenti pregiudiziali del malato come si governano?

N°5

Pregiudizio e errore è difficile conciliarli, allora non credete che nel tentativo di conciliarli a parte la relazione tra medico e malato sia importante sensibilizzare la società con delle iniziative di informazione e di formazione organizzate ad esempio dagli Ordini?

N°6

L'errore medico oggi viene automaticamente trasformato in colpa cioè in un principio di imputazione, come è possibile superare l'automatismo dell'imputazione, riconducendo l'errore ad una epistemologia in grado non solo di giustificarlo ma di spiegarlo al meglio?

N°7

Non credete che la prima cosa da fare sia quella di dotarci di strumenti di tipo per l'appunto

epistemologico, che mettano il giudice in grado di comprendere al meglio le dinamiche che malgrado l'intenzionalità del medico, conducono ad errore?

N°8

Secondo voi basta lo strumento delle linee guida previsto dalla legge 24 per mettere in condizione un giudice di comprendere le complessità in gioco che esistono dietro la problematica dell'evento inatteso?

N°9

Quali sono i problemi che la legge 24 non è riuscita a risolvere? E quali quelli che ha creato? E ancora quali quelli che ha contribuito effettivamente a risolvere?

N°10

Secondo voi lo scopo primario di una norma sulla responsabilità professionale è la riduzione del contenzioso legale e più semplicemente la riduzione degli oneri giuridici a carico del medico? La domanda vuole porre alla vostra attenzione semplicemente la correlazione che esiste tra contenzioso legale e penalizzazione del medico nel senso di chiederci tutti: è possibile risolvere i problemi dei medici senza allo stesso tempo rimuovere i fattori sociali che favoriscono il contenzioso legale, cioè senza puntare decisamente a ridurre extra legem il fenomeno?

N°11

Trovate giusto che ai fini di prevenire il fenomeno del contenzioso legale la legge 24 abbia ignorato del tutto il consenso informato come terreno di prevenzione, preferendo soluzioni tecnocratiche come il risk management di dubbia efficacia?

Medicina amministrata e proceduralismo

Sinossi

Per medicina amministrata si intende una medicina vincolata a seguire primariamente delle procedure standardizzate per fini di risparmio. Medicina amministrata e proceduralismo sono praticamente sinonime nel senso che la procedura è la condizione per amministrare le decisioni del medico.

Il medico con la medicina amministrata perde il controllo sia dei mezzi che impiega sia sugli scopi della cura diventando di fatto una professione tecnico-esecutiva. Il medico amministrato non è più un medico ippocratico e in quanto tale smette di essere una professione intellettuale.

La medicina amministrata oggi è il più potente mezzo di snaturamento della professione medica. Nello stesso tempo è il più grande nemico per il cittadino e i suoi diritti perché essa alle sue necessità di cura antepone quelle del risparmio.

Proposizioni di approfondimento

1

Le ragioni di fondo della *medicina amministrata* sono per lo più di tipo economicistico nel senso che le politiche sanitarie tendono a vedere:

- l'autonomia di giudizio del medico come un problema e conseguentemente come la prima causa di un costo che si vorrebbe ridurre
- come causa di diseconomie
- come fonte di opportunismi professionali (medicina difensiva).

Sulla base di tali presupposti la medicina amministrata tende a revocare:

- al medico la libertà di interpretare e leggere cosa sia necessario per la cura delle malattie e quindi la libertà di disporre cioè decidere tutto quanto sia necessario sul piano strumentale per il conseguimento dei suoi scopi diagnostici e terapeutici
- al cittadino malato il suo diritto di essere curato secondo le sue reali necessità.

2

Le conseguenze della *medicina amministrata* sono diverse:

- trasforma la funzione della procedura che da semplice suggerimento e supporto alla scelta clinica diventa vincolante

- sanziona i comportamenti professionali non giustificati dalla procedura per cui la professione medica diventa sempre più imputabile di scorrettezze
- riduce la complessità del malato a standard convenzionali azzerando le diversità individuali.

3

La *medicina amministrata* inverte, in modo pericoloso, il presupposto di base della medicina ippocratica:

- non è più lo scopo terapeutico a giustificare i mezzi necessari per il suo raggiungimento
- sono i mezzi disponibili a decidere effettivamente gli scopi perseguibili.

4

Con la *medicina amministrata* il giudizio clinico è trasferito, in varie forme e in vari modi, dal medico a delle istituzioni scientifiche che definiscono in modo centralistico, cosa egli deve fare davanti a casi non reali ma standard, con la conseguenza di ridurre la sua libertà di scelta al minimo, riducendolo quindi ad una “*trivial machine*”. Essa si basa sul presupposto che il medico resta un modello di professione invariante ma i cui comportamenti possono essere gestiti ricorrendo al proceduralismo.

5

La medicina amministrata mette in discussione la regola aurea della medicina ippocratica: *curare il malato secondo necessità*, quindi per il cittadino è un pessimo affare.

6

La medicina amministrata mette in discussione i due principali principi regolatori dell'agire di un medico:

- *ciò che è necessario al malato* è vero perché non può essere altro per cui il *necessario* per il medico è a un tempo una *verità scientifica*, un *obbligo morale* e un *condizionale pragmatico*
- *ciò che è necessario* è sempre orientato ad un fine di cura quello che conta è la sua soddisfazione che, in quanto tale, è prevalentemente una necessità etica e pragmatica.

7

La medicina amministrata ha caratteri anticostituzionali. Con l'art 32 la Costituzione ha tradotto la necessità di cura in diritto. Il diritto alla salute vuol dire rimarcare il valore metafisico della necessità, cioè di qualcosa che è al di là e al di sopra di ogni cosa. Il diritto alla salute è un dichiarare la necessità di salute come qualcosa di fondamentale e inalienabile. Diritto alla salute e necessità per il nostro ordinamento coincidono. Il diritto alla salute è del tutto

coerente con il necessitarismo della medicina. Il diritto vale come qualcosa che non si può non fare, perché di diritto, esattamente come la necessità. Il malato ha diritto ad avere le sue necessità e le sue necessità fanno scattare il diritto ad essere ragionevolmente soddisfatte.

8

Il declino del valore vincolante della necessità mette in crisi il valore del concetto di evidenza scientifica, cioè in certi casi per ragioni finanziarie si separa la verità scientifica da quella morale. Se le necessità sono misurate dalle risorse disponibili, allora le evidenze scientifiche, che fino ad ora sono state usate per giustificarle, perdono di valore. La scienza viene subordinata all'economia e ciò facendo la scienza rischia l'immoralità.

9

I lea (livelli essenziali di assistenza) con la medicina amministrata tendono ad essere non l'espressione delle necessità reali del malato ma di quelle convenzionali compatibili con i vincoli di spesa. Nel momento in cui i lea sono definiti con i criteri di appropriatezza cambia il profilo delle necessità, ciò che prima era considerato necessario diventa relativamente necessario, cioè necessario in rapporto a certi casi e non ad altri, o diventa relativamente non necessario rispetto a certi limiti di bilancio, quindi escluso dalle tutele pubbliche.

10

Con la medicina amministrata la nozione di necessità non dipende più dallo stato di necessità reale che pone la malattia ma dal criterio in base al quale essa viene definita. In sanità si distinguono, soprattutto per ragioni economiche le necessità del malato in base ai seguenti criteri:

- di evidenza scientifica
- di uso ottimale delle risorse
- di appropriatezza
- di priorità e selettività delle cure (piani di rientro)
- di condizioni dei servizi (blocco del turn over, liste di attesa, ecc.).

Ma tutto questo spesso è molto lontano dalle reali necessità del malato e acuisce il divario sempre più crescente tra quello che si “fa” e quello che si “dovrebbe fare” o si “potrebbe fare”, quindi tra le *necessità logiche* della medicina e le *necessità pratiche* del suo esercizio.

11

La differenza tra necessità logica basata sui contenuti del bisogno e necessità logica basata su

principi regolatori è importante:

- nel primo caso alle necessità del malato corrispondono delle possibilità
- nel secondo caso alle necessità del malato corrispondono sempre delle impossibilità cioè dei limiti esattamente quelli che il sistema ritiene più idonei per contenere la spesa.

In questo genere di limiti rientrano gli standard di necessità, gli indicatori, i volumi di servizio, i parametri di appropriatezza, i volumi, le soglie di funzionamento ecc.

12

La *necessità logica* per un medico vale come coerenza razionale, cioè come rispetto del principio di scienza e coscienza, quindi come obbligo morale. La necessità logica del medico con la medicina amministrata entra in conflitto con la necessità economica. L'esempio più diffuso è la somministrazione di un farmaco che in teoria dovrebbe rispondere a delle necessità logiche tutte riferite alle caratteristiche del bisogno terapeutico, ma nella pratica finisce per rispondere a delle necessità gestionali, cioè curare ma al minor costo possibile. La medicina amministrata, quindi, non è solo una questione che condiziona l'autonomia del medico, è una questione che condiziona la logica del medico, il suo modo di ragionare.

13

A fondamento della necessità logica del medico in genere vi è il "*principio di non contraddizione*": assunte certe premesse cliniche per il medico sarà necessariamente logico fare tutto ciò che va fatto, cioè tutto ciò che non entra in contraddizione con le premesse. Con la medicina amministrata il medico è costretto ad accettare e ad avallare delle contraddizioni. Per restare all'esempio della somministrazione del farmaco il ricorso a un farmaco meno costoso spesso sacrifica altri valori legati alla *compliance* terapeutica. Per un medico questo è illogico.

14

In questo caso la medicina amministrata, mettendo in contraddizione il medico con il proprio sapere, giunge a condizionare il *principio metodologico della coerenza*. In questo ambito di questioni rientra tutta intera la problematica del proceduralismo (linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici, ebm ecc.) quale mediazione tra le necessità del malato e quelle dell'azienda.

15

La medicina amministrata dai suoi propugnatori è giustificata con l'accusa rivolta ai medici di non comportarsi con senso di responsabilità nei confronti dei costi delle prestazioni e di adottare comportamenti opportunisti (medicina difensiva). Ma se ciò è plausibile la questio-

ne vera da affrontare quindi non è l'inappropriatezza, ma i *comportamenti scorretti* quindi un *certo tipo* di medico.

16

Alla questione dei comportamenti opportunisti l'economia ha dato un nome che è *self interested*. Per *self interested* certi medici, specie in sistemi non controllati e mal gestiti, diventano *free rider* cioè *agenti che abusano della loro funzione pubblica* per trarne dei benefici, provocando la crescita impropria dei costi delle prestazioni. Prima che gli *atti* del *free rider* è il *free rider* ad essere il vero problema cioè il medico. Per cui ha poco senso disciplinare gli *atti* senza disciplinare gli *agenti* o almeno disciplinare gli *atti* ad *agente invariante*.

17

Nel *self interested* rientrano un sacco di cose, come i parti cesarei impropri, forme diverse di comparaggio, il dirottamento dei malati nel privato o nell'intra moenia, gli interessi speculativi, le tante forme di medicina irragionevole, i ricoveri impropri, la medicina difensiva. Paradossalmente nessuno combatte il *self interested* ma tutti danno suggerimenti su come contingentarne gli abusi prescrittivi a *free rider* sostanzialmente invariante. Da ciò la convinzione che la soluzione ai problemi sia quella di imitare l'autonomia del medico cioè di controllarne ex ante gli atti prescrittivi non ex post.

18

Non vi è dubbio che la tentazione di amministrare gli atti clinici dei medici ha accresciuto il ruolo e la funzione delle linee guida, delle raccomandazioni dei precetti, quindi delle procedure e con esse il ruolo e l'importanza di coloro che costruiscono linee guida.

19

Coloro che scrivono le linee guida sono coerenti con una concezione *proceduralista rigorista* nella quale le *evidenze scientifiche* e il *metodo* hanno un valore dogmatico. Per costoro l'idea di far evolvere l'idea di appropriatezza facendo coesistere le "*verità di ragione*" del proceduralismo, quindi le famose evidenze scientifiche, le "*verità di fatto*" della clinica quindi le conoscenze accidentali, contingenti empiriche e singolari, non è interessante.

20

Le verità delle linee guida sono *convenzionali ex ante* quindi decise non rispetto al caso clinico reale ma a tavolino e in modo statistico, le verità della clinica sono *fattuali ad oculum* e spesso smentiscono tanto l'evidenza che la regola per non parlare del rigore metodologico.

21

Nell'atteggiamento dei fautori delle linee guida vi è implicitamente:

- un atteggiamento fortemente scettico nei confronti delle attuali capacità cliniche del medico
- una svalutazione del valore dell'autonomia anzi l'autonomia è vista come problema.

Queste sono le ragioni perché costoro assumono il medico:

- a priori come una professione da mettere sotto tutela con un metodo ed una regola eteronoma
- rispetto al metodo come un mero esecutore di evidenze scientifiche quindi una *trivial machine*.

22

Il *rigore metodologico* dei costruttori di linee guida in realtà è una forma di *scientismo* ovvero una medicina che in barba alla complessità viene ridotta a metodo e nulla più. Ma *scientismo* quale *rigorismo metodologico* altro non è che una idea *autoritaria* di scienza alla quale sottomettere tanto il medico che il malato.

23

Tutte le forme diverse di *fondamentalismo* (*fondare la prassi medica basandola su dei fondamenti dogmatici*) in medicina per quanto tecnicamente necessarie sono per loro natura *falsificabili dall'esperienza* il che pone il problema morale della cura che, per essere rigorosa, può essere *appropriata* ai fondamenti scientifici ma *inadeguata nei risultati* nei confronti delle necessità di cura del malato.

24

Si definisce paradosso "*dell'appropriatezza inadeguata*" quando il medico cura il malato secondo criteri di appropriatezza scientifica ma senza essere *adeguato* alle complessità delle persone.

25

La medicina amministrata è immorale perché non cura tutti gli individui come tali ma solo i malati riducibili a standard. Esiste un rischio di cui non si è mai parlato quello della *disegualianza clinica per evidenza scientifica*. Chi corrisponde all'evidenza è curato, di conseguenza chi non corrisponde, se il medico non modifica l'approccio, non è curato per quello che realmente è.

Aporie

1

Oggi la medicina amministrata sta mettendo a rischio la natura ippocratica della medicina e il diritto del malato ad essere curato secondo necessità. Il medico è come in mezzo a due fuochi incrociati, cioè egli si trova a fare i conti con la necessità dei malati in espansione e con un altro genere di necessità, quella dell'economia in crescente restrizione. Oggi il medico per prima cosa si deve togliere da questa scomoda posizione recuperando le proprie autonomie.

2

Oggi il concetto di *necessità* in questa società è molto cambiato, nel senso che per la medicina non è più un principio assoluto standardizzabile per il malato è sempre qualcosa di relativo sempre a qualcuno. Oggi agli occhi del gestore *meno necessità* vuol dire *meno spesa* agli occhi del malato *meno necessità* vuol dire meno diritti.

3

Oggi il *fine della cura* ha perso il suo carattere apodittico dovendo essere compatibile con i limiti finanziari e con tante altre cose compreso l'opinione del malato. Il medico sulla decisione del fine ha perso autonomia.

4

La tendenza da tempo è quella di *predefinire* le necessità dei malati in *procedure* cioè standardizzare i bisogni di cura del malato. Il proceduralismo in tutte le sue forme più o meno moderate è pensato nella logica della pre-definizione degli *standard di necessità*.

5

Oggi alla crisi dell'idea ippocratica di necessità si accompagna la crisi dell'autonomia di giudizio. Un medico con la medicina amministrata non è autonomo nel giudicare la necessità di un malato e rischia di diventare un impiegato che dispensa trattamenti. Quindi un dispenser.

6

La "*necessità*" del malato è una "*modalità*" attraverso la quale e per mezzo della quale il medico afferma una *particolare relazione*. Il dominio di questa relazione è il dominio dell'autonomia professionale. Senza autonomia salta tutto.

7

Per un medico avere la titolarità circa la necessità di un malato significa avere autonomia circa

la sua predicazione. Senza questa autonomia che medico è?

8

Oggi la medicina amministrata rischia di negare la deontologia un problema che in nessun modo la deontologia può permettersi di ignorare.

9

Oggi è del tutto evidente che in ballo vi è la questione di *quale operatore* serva per gestire l'autonomia di giudizio in una complessità. Oggi qualsiasi professione a partire dal medico non è più deducibile come è stato sino ad ora semplicemente solo da ciò che il malato necessita. Oggi qualsiasi operatore non può che essere deducibile dalle nuove complessità. Definire la professione per dedurre l'atto, ieri voleva dire partire dalla necessità del malato oggi, vuol dire partire dalla complessità nella quale la necessità del malato è collocata.

10

In sostanza i problemi che ruotano intorno alla medicina amministrata pongono con urgenza la necessità di un nuovo genere di medico che sappia governare più generi di necessità da quelle relazionali, cliniche, gestionali, organizzative e finanziarie.

11

La questione della medicina amministrata ovviamente non riguarda solo il medico ma anche il cittadino che a sua volta ha diritti e doveri. Proprio per questo è necessario definire *un nuovo patto sociale* tra medici e cittadini per definire un'altra medicina. Anche i cittadini devono essere responsabilizzati loro saranno pure titolari di necessità ma devono sapere che le loro necessità costano.

Tesi

N° 41

La tendenza è ritenere che la medicina amministrata sia tale solo perché riduce l'autonomia del medico. Questo è senz'altro vero, ma il danno più grande che essa provoca, prima di tutto al medico e di conseguenza al malato, è che essa stravolge la logica della medicina il suo modo di pensare e di agire. Il medico amministrato non è tale solo perché non ha autonomia ma perché è costretto a non pensare come medico ma come un computer.

N°42

Si deve decidere se ci si deve rassegnare a subire una crescente medicina amministrata o se, al con-

trario, è possibile definire una medicina un medico e un cittadino capaci di non farsi amministrare nei loro bisogni e nelle loro necessità dalle logiche economiche ma nello stesso tempo capaci di dare risposte ai problemi che l'economia pone.

N° 43

La medicina amministrata pone il problema di un diverso uso dell'autonomia professionale. Se questa sarà usata per mettere in campo comportamenti opportunisti per scopi difensivi la risposta sarà ancor più medicina amministrata. Questo vuol dire che per avere meno medicina amministrata l'autonomia del medico si deve qualificare e riqualificare assumendo nuove responsabilità in ordine al problema dei costi delle cure.

N° 44

Il contrario della medicina amministrata è la medicina della scelta (di cui si parlerà nell'ultima parte). Si tratta di tratteggiare i postulati e i presupposti di una medicina che continua a fare della scelta autonoma del medico la sua forza ma che rispetto alla scelta decide di rinnovarsi. Il medico che sceglie oggi deve saper scegliere dentro delle complessità e quindi leggere la necessità del malato a sua volta dentro delle complessità. Ma per permettergli di fare tutto ciò bisogna permettergli di scegliere. Solo se sceglie egli non è amministrato.

Quesiti

N°1

La medicina amministrata è una tendenza che è favorita dalla confluenza di molte cose: la disponibilità della tecnologia informatica, che facilita la riduzione di processi complessi ad algoritmi, l'esigenza di garantire qualsiasi operazione al costo più basso e quindi l'esigenza di ricorrere alla procedura che meglio garantisca questo risultato, la gestione amministrativa di una professione per sua natura intellettualmente autonoma e indipendente quindi per sua natura poco gestibile. Come si fa a non essere medici amministrati nel tempo della medicina amministrata?

N°2

La medicina amministrata è favorita da un eccesso di proceduralismo cioè dalla convinzione che qualsiasi atto medico sia accettabile solo se subordinato a delle procedure dedotte da presunte evidenze, si possono usare delle procedure ma senza amministrare l'atto del medico?

N°3

La medicina amministrata è stata favorita da una maldestra ricerca anche impositiva della

appropriatezza (legge 229 e successivo decreto ministeriale) come è possibile conciliare autonomia del medico con l'obiettivo di essere appropriati?

N°4

Un medico per essere davvero tale dovrebbe essere appropriato quindi rispettare le evidenze scientifiche, adeguato quindi rispettare le complessità del malato che esorbitano dalle evidenze, e nello stesso tempo pragmatico, cioè pertinente con i risultati che si prefigge di raggiungere dal momento che se non fosse pertinente non raggiungerebbe risultati. Non credete che il parametro del risultato alla fine sia quello che conta molto di più perché si è davvero appropriati o adeguati solo se alla fine si produce un risultato?

N°5

Ma secondo voi il valore del risultato cioè il suo conseguimento ammette e tollera reinterpretazioni del criterio di appropriatezza quindi reinterpretazioni del valore dell'evidenza scientifica?

N°6

Per il paradigma positivista il risultato è insito nel metodo che si usa, nel senso che è il metodo che funziona da garanzia ma in una medicina pragmatica il metodo garantisce fino a dove arriva il suo dominio e i suoi modelli. Oltre il suo dominio e i suoi modelli, il metodo perde colpi. Non credete a questo punto che sia arrivato il momento di correggere il paradigma per epurarlo da eccessivi dogmatismi metodologici e ammettere una sorta di medicina pragmatica, cioè più attenta al risultato che non alle regole metodologiche?

N°7

La medicina amministrata per l'ippocratismo è una aberrazione cioè uno stravolgimento delle sue regole e dei suoi principi. Come è possibile secondo voi riattualizzare l'ippocratismo pur in una situazione dove le risorse vanno controllate, gli esiti misurati, favorendo pragmaticamente i risultati e coinvolgendo il malato nelle decisioni?

N°8

La medicina amministrata è tale non solo se essa è sottoposta a obblighi economicistici ma anche se essa è subordinata alla tecnologia informatica. Questa tecnologia da una parte spinge per favorire l'automedicazione quindi la marginalità del medico dall'altra per controllare le decisioni del medico. Il medico rischia di essere amministrato tanto dal cittadino che dal gestore, come è possibile evitare che il medico sia amministrato due volte?

N°9

La medicina amministrata è il trionfo del riduzionismo caratteristica dell'epistemologia positivista, nel senso che il postulato di partenza è di ridurre la complessità a qualcosa di semplice. Quindi se ciò è vero si può difendere il malato e il medico dalla medicina amministrata senza riaffermare le ragioni della complessità?

N°10

Ma la riaffermazione delle ragioni della complessità secondo voi non equivale in qualche misura ad una ridiscussione del paradigma positivista segnatamente al suo spiccato riduzionismo epistemico?

N°11

Insomma non credete che la lotta contro la medicina amministrata passi per una medicina che deve esser la meno banalizzata, la meno semplificabile, la meno riducibile sia a tecniche che a tecnologia?

Il medico e la società

Sinossi

Nella precedente macro area, a proposito di crisi e cambiamenti, si è spiegato il ruolo riformatore della società nei confronti della medicina e quindi del medico. Un ruolo innovativo, quello sociale, che nei confronti della medicina è molto più forte di quello che avrebbe la scoperta scientifica. In pratica la società, intendendo con questo termine tutto il possibile, è come se con il cambiamento delle persone che la costituiscono, dei loro bisogni, delle loro visioni del mondo, delle loro culture, provocasse alla medicina una crisi ma con lo scopo di farla evolvere perché dalla medicina, vogliono qualcosa di altro e di diverso.

In genere i mutamenti dei bisogni sociali sono riassunti, con il concetto di “domanda” usato nell’accezione dell’economia, (richiesta da parte di una collettività di un bene o di un servizio). Questo modo di rappresentare i bisogni sociali presuppone una offerta e un mercato e un finanziamento pubblico. Ad una crescita della domanda dovrebbe corrispondere una crescita dell’offerta e quindi del finanziamento. Il punto è che esprimere il cambiamento sociale, solo attraverso un cambiamento della domanda, non solo è parziale ma fuorviante.

Il vero cambiamento sociale che interessa alla medicina non riguarda solo la domanda di cure, che

pur ha innegabilmente la sua importanza, ma soprattutto chi chiede di essere curato, cioè quale società chiede di essere curata dal momento che il cambiamento sociale essendo una questione ontologica non è riducibile a questioni tecniche tipo l'invecchiamento, la cronicità, la morbilità, la mortalità ecc. Oggi questa società chiede relazioni, informazioni, partecipazione, consensualità, sicurezza, senso della vita, significato, vitalità, rispetto per le proprie opinioni, cioè chiede di essere protagonista della propria vita, quindi chiede valori non solo utilità. Questi valori purtroppo sono del tutto estranei alla tradizione del paradigma positivista. Tanto per cambiare, non si tratta solo di rispondere rinnovando l'offerta di utilità ad una nuova domanda di salute, ma di capire perché questa società chiede quello che chiede. "Chi" non "cosa" nel senso che "cosa" dipende da "chi". Il cambiamento sociale, che ci interessa comprendere, è l'uomo, la persona il cittadino che per prendersi cura di sé in modo del tutto consapevole, si serve della medicina diventando di fatto un co-autore della propria cura. Comprendere questo "cittadino" ci aiuta a capire la nuova domanda sociale che esso rappresenta. Il cambiamento più significativo quindi riguarda l'ontologia sociale che è talmente discontinuo rispetto alla medicina tradizionale da metterne in discussione financo il paradigma. I cambiamenti della domanda di utilità, dal punto di vista strettamente sanitario, non comportano mai problemi insormontabili. Se una società invecchia allora bisognerà riorganizzare i servizi in ragione di tale invecchiamento, Se cresce la cronicità si farà altrettanto, ma se in una società cambia "colui che domanda" il problema diventa molto più complesso perché probabilmente a questo cambiamento dovrà adeguarsi anche colui che per ragioni professionali, offre. L'equivoco che è stato alimentato sino ad ora è stato quello di pensare che di fronte al cambiamento sociale per il medico e la medicina fosse sufficiente rispondere riducendolo a utilità, quindi cambiando l'organizzazione dei servizi accrescendo il numero di Lea, cioè spostando il problema sul terreno delle prestazioni, quindi a malato ontologicamente invariante, cioè a "paziente" invariante. La sfida nuova è rispondere ad un nuovo modo di essere del cittadino con un nuovo modo di essere del medico cioè a sua volta con una professione ridefinita a sua volta sul piano ontologico prima ancora che professionale. Oggi la società ci chiede certo delle utilità ma soprattutto un genere diverso di medicina e un genere diverso di medico. Pensare di accontentarla dandole qualche prestazione in più e un po' più di amabilità, è davvero ingenuo e superficiale.

Con il cambiamento sociale non cambia solo l'essere malato ma cambia anche l'idea di malattia. Cioè cambia la premessa di ogni ragionamento medico. Se si deve ridefinire il medico e quindi la medicina è necessario che tali ridefinizioni siano la conseguenza tanto di una nuova idea di malato che di una nuova idea di malattia. Come fa un medico ad essere nuovo se continua a pensare il malato e la malattia in modo vecchio?

Proposizioni di approfondimento

1

Il più importante problema che la medicina oggi ha con la società si chiama *fiducia*. Se per fiducia intendiamo l'attribuzione di potenzialità conformi alle proprie aspettative, ai propri bisogni, alle proprie necessità, sostanzialmente motivate da una affinità elettiva o da uno sperimentato margine di garanzia nei confronti del medico, allora si comprende che la questione della fiducia non c'entra con le prestazioni ma con il modo di essere tanto della medicina che del medico. La fiducia significa credito quindi, stima, prestigio, affidabilità, che, per tutte le ragioni descritte nella prima macro-area, oggi sono venute meno.

2

La fiducia verso i medici, da parte dei cittadini, vale come una relazione sociale. Oggi questa relazione sociale è in crisi dando luogo a fenomeni i più diversi come il contenzioso legale, la medicina difensiva, le aggressioni fisiche ai medici, una reputazione professionale compromessa da devastanti fatti di malasanità. Il cittadino nei confronti del medico è come un creditore che si aspetta di essere trattato come tale e che in quanto tale si sente tradito o non capito, o frainteso, in primo luogo proprio dal medico che non è capace di avere con lui quanto meno una relazione passabile. Quindi la fiducia riguarda le relazioni non le prestazioni. E le relazioni altro non sono se non certi modi di essere dei medici nei confronti dei malati.

3

Colui che chiede relazioni, cioè il malato attuale, nella nostra società *co-emerge* da un insieme di processi in corso, ed assume la forma di una nuova idea ontologica di malato che definiamo in antitesi a paziente "*esigente*". Essa comprende, allo stesso tempo:

- una entità ontologica complessa, la *persona*
- una nuova idea filosofica di *essere individuale*
- una figura giuridica nuova di *contraente*
- una figura di *utente*
- una figura clinica complessa di *malato*.

Il beneficiario, il paziente, l'assistito, la sostanza vivente, il corpo, l'organismo, il malato oggetto, appaiono, oggi, come grossolane riduzioni della ontologia dell'esigente. Ciò è all'origine dei principali problemi fiduciari che il cittadino ha nei confronti del medico ma solo perché il paradigma a partire dal quale il medico regola le sue prassi si rivela, suo malgrado, nei confronti del nuovo cittadino inadeguato.

4

“Paziente”, mai parola è stata così efficace nella sua estrema sinteticità ad esprimere per intero una certa medicina e mai parola è ancora, nonostante la nostra società complessa, così usata, quindi così anacronistica. Il *paziente* è un malato “*assoggettato*” ad una precisa concezione morale della malattia. La condizione del paziente è quella della sofferenza naturale, verso la quale vale l’etica della pazienza, della sopportazione, della rassegnazione, della tolleranza, ma soprattutto dell’accettazione dell’ordine naturale delle cose.

5

Il paziente è simultaneamente la rappresentazione di tre ordini di significati:

- *morale* perché sopporta le conseguenze della malattia la cui causa è interpretata come colpa, pena e riparazione
- *naturale* perché deve accettare le leggi della natura, quindi la condizione del dolore, della caducità e della finitudine
- *scientifico*, egli è la malattia il vero oggetto di conoscenza della medicina.

Oggi il paziente non c’è più ma i medici continuano per abitudine a considerare i loro malati come tali. Come fa il cittadino a fidarsi del medico che è in difficoltà ad adeguarsi ai suoi cambiamenti ontologici? Cioè come fa a fidarsi di un paradigma che continua a considerarlo come un oggetto guasto?

6

Il paziente per attitudine delega la medicina a curarlo in caso di bisogno, e la sua relazione con la medicina è quella di chi chiede di essere assistito, tutelato, aiutato. In pratica per la medicina:

- la malattia è la causa che definisce il paziente
- la condizione assoggettata del paziente scatta con la sua malattia.

Tale impalcatura concettuale, oggi è inattuale, fuori tempo, in ogni suo aspetto costitutivo. Come fa il cittadino a fidarsi del medico che continua a dispetto di tutto a considerarlo un paziente?

7

L’esigente è una figura della post-modernità. Egli è il soggetto che, proprio perché malato, recupera le sue prerogative politiche, etiche, sociali, culturali, esercitandole attivamente. *L’esigente* incorpora le fragilità fisiche del paziente in un nuovo atteggiamento nei confronti della

malattia. Egli non si pone più come il classico *beneficiario assistito* ma come un *contraente* che fa transazioni ad ogni livello, con il fisco per pagarsi la sanità pubblica, con le assicurazioni per pagarsi quella privata, con il contenzioso legale, con il medico curante, con i servizi ai quali si rivolge con la cura che gli viene prescritta.

8

L'esigente rifiuta l'assolutezza della nozione di *destinalità*, perché rifiuta l'assoggettamento ad una condizione precostituita. Egli reinterpreta la nozione di ordine naturale ad ogni livello e si avvale dei propri diritti di autodeterminazione, di partecipazione, di decisione e di scelta consensuale. L'esigente non è più d'accordo a spiegare la malattia con la colpa, la pena e la riparazione, egli si ritiene vittima di "colpe" che non gli appartengono, per le quali ritiene ingiusto "soffrirne" le conseguenze, e la "riparazione" è rivendicata come diritto al "ben essere", al punto che non esita a ricorrere ai tribunali se essa è difforme dalle sue aspettative.

9

L'esigente non è un consumatore e meno che mai è un cliente ma possiede un ben definito sistema di "preferenze", quasi tutte di ordine culturale, relazionali, informative, cioè di "umanizzazione". Per la medicina positivista il malato non può avere preferenze perché ciò che gli concerne è in qualche modo obbligato. Oggi la questione che si pone è la seguente: se il malato è un esigente quale medico? L'obbligo morale del medico di fare il bene del malato a chi si riferisce? A pazienti o a esigenti?

10

L'esigente introduce una nozione nuova di bene, diversa da quella del paziente, a partire dal fatto che il bene è deciso anche da lui e non più solo dalla medicina. Il senso di questa discontinuità è di integrare la conoscenza scientifica del medico con la conoscenza personale del malato, quindi la razionalità, con l'opinione, l'esperienza, le credenze. Questo cambia la ragione medica, in particolare la sua categoricità, la sua assolutezza. Oggi la razionalità scientifica è sollecitata a tenere conto delle preferenze culturali dell'esigente.

11

La nozione di bene per il medico coincide con il dovere di fare il maggior bene possibile con il minor danno possibile. Il bene per l'esigente è qualcosa che possiede un valore che certamente ha a che fare con il suo corpo ma che non è traducibile solo in modo "tecnico-scientifico". Inoltre per lui la salute è oggetto di relazioni inter-soggettive, proprio perché è un "bene sommo". Se l'esigente si propone come soggetto attivo per il proprio bene, egli diventa, a

sua volta, una *verità* che non è conoscibile in modo scientifico ma in modo filosofico, antropologico, culturale, comunicativo. In questo caso la ragione medica e il malato debbono armonizzare le loro scelte attraverso relazioni consensuali.

12

Il malato ormai è una *persona* in ragione delle relazioni con sé stesso e con il mondo. Solo una persona può essere soggetta di relazioni e solo un soggetto può essere una persona. Le più importanti accezioni di persona si rifanno al *personalismo* un orientamento filosofico che oppone il valore della persona al razionalismo oggettivante della ragione medica. La persona introduce il tema fondamentale delle *relazioni*. Il tema delle relazioni mette in crisi il paradigma perché la conoscenza che propone è del tutto irrelata. Tutti i valori che sostengono la nozione di persona, quali la dignità, il rispetto, la comprensione, la comunicazione, la co-decisione, poggiano inevitabilmente sulla relazione. La persona invita il paradigma a riconvertire il suo oggetto di conoscenza, a mettere il corpo malato della persona, nelle relazioni che lo collegano al mondo.

13

Il paradigma medico-positivista sta tentando da anni di adeguarsi alla novità dirompente della persona, ma traducendola, soprattutto con le *medical humanities* in deontologia, in amabilità, in formalismi cioè sempre a paradigma invariante. In realtà la persona è certamente un problema deontologico ma essa prima di ogni cosa è un problema di ripensamento del paradigma. La persona si pone rispetto al paradigma come un nuovo fondamento, in ragione del quale essa è il soggetto che cura attivamente sé stessa attraverso la medicina, e non più l'oggetto che passivamente viene curato dalla medicina.

14

Il malato oggi è un soggetto con proprie risorse, proprie capacità, proprie conoscenze, proprie opinioni. La tutela cambia così di segno acquisendo il significato del “prendersi cura”, che non è, come si crede, la conversione post-moderna del “paternalismo”. L'espressione “prendersi cura” è da intendersi come una *forma attiva* di autotutela in ragione della quale è il soggetto malato che cura sé stesso attraverso la medicina. Se, invece “prendersi cura” è intesa come “il malato è curato dalla medicina”, si induce un grave fraintendimento: a fronte di un soggetto malato attivo la ragione medica continua a tutelare il malato come un oggetto passivo.

15

La classica nozione di tutela prevede un cittadino che viene curato ed assistito, perché consi-

derato relativamente bisognoso e inabilitato dalla malattia. Oggi il cittadino tende ad usare la medicina dentro l'orizzonte della propria *autodeterminazione*. In questo senso egli, pur essendo bisognoso e inabilitato dalla malattia, esprime comunque delle capacità, delle risorse proprie, delle qualità, delle opinioni, delle scelte, dei diritti, in ragione dei quali non è più così corretto usare la nozione di "tutela". In genere si tutela qualcuno che è incapace ma oggi il malato, nelle incapacità che la malattia comunque gli provoca, esprime comunque delle capacità. Oggi accanto alla tutela classica vi è anche una domanda di auto-tutela. Fino ad ora la malattia con il classico paziente sospendeva qualsiasi condizione sociale e culturale del malato, oggi non più. Oggi l'esigente ha nuove prerogative anche nel percorso di cura.

16

La medicina, ancora oggi, è sostanzialmente un *certo modo* di intendere la tutela, la cura, l'assistenza in larga parte difforme dalla nuova ontologia del malato. La difformità non riguarda tanto le *conoscenze* che, pur cambiando, restano comprese nello stesso genere di scienza, ma le *concezioni* che definiscono il *modo di essere* del medico mentre usa le conoscenze scientifiche. Vi è un fenomeno di *persistenza* del modo di essere dei medici che grosso modo si ripropone come *unico modo di essere credibile*. Oggi il problema grande è ripensare questa pretesa. Un esigente non avrà mai fiducia nei confronti di chi non lo considera tale e non cambia mai. Come può fidarsi una persona di un medico che insiste nel ridurlo o nel considerarlo un organo?

17

Se il medico insiste nel considerare un malato un organo allora insisterà sbagliando a concepire i trattamenti della cura come *potere di interdizione* sulla malattia e quindi come *potere manipolativo* sulla natura rappresentata dall'organo. La medicina in senso positivistico, va ribadito, si è orientata ad essere sempre più *tecnica* e sempre più *conoscenza biologica* finendo per *materializzare* la propria dottrina e cadendo in quelle contraddizioni riassumibili in quell'espressione odiosa ma significativa di "*disumanizzazione*". Oggi il modo di intendere la medicina sostanzialmente come *biologia applicata*, è inattuale, perché inattuale è l'*omologazione* dell'essere umano a sola natura. Nella malattia e nel malato vi è ovviamente una preponderante, quanto innegabile, componente naturale ma il problema del medico è di specificare la *natura umana* in modo diverso dalla *natura biologica* in quanto tale. La natura umana è molto più complessa perché in essa non vi è solo natura. Come fa un esigente a fidarsi di un medico che viene fuori da un paradigma che lo considera poco più di un composto biochimico?

18

Intendere un essere umano come un composto biochimico quando è anche altro, significa intendere un soggetto come un oggetto. *L'oggettività* è un modo di vedere della medicina scientifica che oggi non funziona più. Essa è quel pensiero che vede qualsiasi cosa del malato come se fosse solo un oggetto. Quindi è una visione del mondo. Una visione metafisica per la quale tutto è oggettivo anche quello che oggettivo non è.

19

La medicina oggettivizzante come è la medicina scientifica in auge, è considerata da parti estese della società non sbagliata ma sicuramente inadeguata. La persona malata certamente è oggettivabile, in organi, in composti biochimici, in materia vivente, ma in *modi relativi non assoluti* e sempre dentro una complessità storica biologica e situazionale della persona. Quindi per i medici che vogliono riconquistare la fiducia del cittadino non si tratta di rinunciare all'oggettività ma di ripensarla come espressione in ogni caso di un soggetto. Per fare questo però non basta la buona volontà bisogna ridiscute quei meccanismi che consentono, da più di un secolo, al medico di ridurre una complessità ontologica a biologia elementare quindi ripensare la nozione di *riduzionismo* che è alla base delle visioni positivistiche. Cioè la fiducia non si riconquista con le chiacchiere ma cambiando il paradigma.

20

Il malato è in genere considerato dal medico riducibile alla sua malattia e quindi a un "*fenomeno naturale*". Tale riduzione in realtà è una catena di riduzioni: la visione biologica riduce il malato alla malattia, l'essere al fenomeno, la persona al corpo, il corpo all'organo, l'organo in parti più piccole e così via fino ad arrivare alla biochimica e alla medicina molecolare. Si tratta di una precisa operazione epistemologica che oggi va integrata con una operazione epistemologica contraria, vale a dire invertire il riduzionismo con la ricostruzione della complessità bio-ontologica. Come fa un cittadino a fidarsi di un medico che non è stato formato a tale complessità?

21

Abbiamo detto che il malato è ridotto a malattia e che la malattia è ridotta a un *fenomeno naturale*. Il fenomeno tuttavia siccome è per definizione *apparenza* cioè è la manifestazione di qualcosa sottostante, non può essere studiato come una evidenza. La ragione medica attraverso lo studio dei fatti, studia i fenomeni come evidenze non apparenze, cioè studia i fenomeni come eventi fisici. Quindi come certezze. Questa non è una *conoscenza fenomenologica* del malato e semplicemente come impone la regola canonica lo studio dei fatti. La medicina, abbastanza recentemente, ha accettato l'idea che esistono gli ammalati prima ancora delle

malattie, ma continua a vedere la malattia come un fatto oggettivo non come fenomeno soggettivo. Come fa un malato a fidarsi di un medico che si ferma agli oggetti in difficoltà a capire i soggetti?

22

Quando il medico applica lo stesso metodo a persone diverse perché considerati oggettivamente uguali magari affette dalla stessa malattia significa che i malati sono visti come appartenenti alla stessa natura. Se appartengono alla stessa natura essi sono trattati con la stessa razionalità, cioè in modo standardizzato. Ebbene, in questo caso, si ha a che fare con *forme sottintese di generalizzazioni*. Si tratta in genere di ragionamenti formali e ipotetici, quindi di *procedimenti decisionali*, in cui i malati sono visti come uguali. Ma se un malato non è uguale ad un altro malato con la stessa malattia perché è singolare, ma è trattato come se non lo fosse come fa il malato a fidarsi del medico?

23

Per i medici la malattia, alla fine, ha una funzione di *omologazione* delle persone malate, perché essa è comunque natura, è comunque razionalità, è comunque metodo. Queste sono forme di *induttivismo* che per molti versi a certe condizioni, hanno le loro utilità. Tuttavia, il malato è omologabile fino a un certo punto, in quanto sussistono singolarità, specificità, individualità, contingenze situazioni, contesti che necessitano di essere presi in considerazione. Oggi il malato proponendosi come *singolarità* chiede di esser trattato *specificatamente*. Ogni malato *simile* diventa un malato *diverso* perché *singolare*. Viene meno la possibilità di una comprensione omologante dei malati in base a semplici principi di similitudine. Come fa un cittadino a fidarsi se egli è omologato ad un modello che alla fine non lo rappresenta?

24

Il malato è l'individuo malato, al quale il medico attribuisce, attraverso proprie concezioni, delle caratteristiche, delle proprietà, delle qualità, in base alle quali lo giudica e lo cura. Il malato è un soggetto che, allo stesso tempo, è *essere corpo persona e malattia*. Tale complessità è, malgrado il medico, un *principio determinante*. Egli diventa la premessa della conoscenza e dell'azione medica. Non si può prescindere dal soggetto perché nessun discorso può prescindere dal suo *argomento*. L'argomento del medico, deve essere il soggetto malato non l'oggetto malato. Come fa a fidarsi un cittadino rispetto al quale gli argomenti del medico circa la propria malattia sono solo fisici e cosali?

25

Per il medico assumere il malato come soggetto, implicherebbe dei cambiamenti tutt'altro che marginali: dovrebbe cambiare il *genere* di caratteristiche, di proprietà, di qualità che egli si impegna a conoscere. Le *qualità* di un malato sono tutte quelle della persona, della sua natura biologica, e del suo contesto di vita per cui esse sono ovviamente biologiche, ma anche culturali, sociali, personali, storiche e contingenti ecc. Non si tratta come si dice comunemente di considerare il malato e non la malattia perché non ha senso separare le due entità, ma di considerarle nella loro complessa unità. Malato e malattia sono la stessa cosa, come sono la stessa cosa persona e corpo. Come fa a fidarsi un cittadino di un medico se si accorge di essere considerato solo un corpo?

26

Oltre alle qualità del malato, cioè quelle di tipo personale, fisico, sociale, vi sono anche i suoi *modi di essere* che a loro volta sono delle qualità, e sono tutte quelle che lo esprimono individualmente, lo rivelano specificatamente, lo caratterizzano agli occhi della medicina, come persona individuale. Il discorso del medico circa il malato deve essere certamente *biologico* ma anche ontologico perché solo così si possono conoscere le varie qualità e i vari modi di essere del malato. Con la biologia si conoscono le qualità fisiche della malattia, con l'ontologia quelle fisiche in rapporto a quelle personali. Come fa a fidarsi un cittadino di un medico che neanche sa cosa voglia dire ontologia?

27

Il malato quindi è un soggetto complesso che oltre ad avere le prerogative dell'essere, della persona, dell'esigente, ha quelle particolari della propria malattia. Egli è interamente la sua complessità sia in senso *predicativo* che in senso *esistenziale*. Il malato è "*essere e malattia*" quindi per definizione è una *contingenza*. L'essere è una *estensione* della malattia e il contrario. Il malato è quindi una *co-estensione complessa* di biologia e ontologia. Come fa questo malato complesso a fidarsi del medico che lo semplifica riducendolo a sintomi?

28

Sino ad ora si è creduto di poter definire il malato definendo a priori cosa sia la salute e definendo la salute come non-malattia, cioè adottando la logica delle *proposizioni negative*. Secondo tale logica la persona sana o la persona malata è trasformata nel suo contraddittorio, "*non malato*", "*non sano*". Per correggere questa logica la medicina dovrebbe vedere la malattia come semplicemente un'altra qualità della stessa natura, mettendo in discussione la distinzione classica normale/patologico. Questo implicherebbe la trasformazione delle proposizioni negative (non sano, non malattia) in *predicati affermativi*, cioè in grado di qualificare, il soggetto, la persona, l'individuo, l'essere malato e fare quella operazione che si chiama

complementazione vale a dire tutto ciò che è complemento, ausilio, di qualcos'altro. Malato e malattia sono concetti complementari, paziente e medico, malattia cura, ecc. È il correggersi reciproco da parte di due concetti adiacenti, contigui.

29

Opporre la salute alla malattia, il sano al malato, il normale al patologico, nega che il malato sia il risultato di una *complementarità*, tra natura e persona, salute e malattia, tra normalità e patologia, tra ambiente e malattia. Ciò che è presente in un malato sono *gradi di salute e gradi di malattia, gradi di normalità e gradi di patologia* ecc. Se tale complementarietà spiega la malattia, essa non può essere ignorata dalla cura della malattia. Si impone così *un cambiamento di linguaggi*: se cadono le contrapposizioni tra normale e patologico, tra salute e malattia, allora non ha più tanto senso “*combattere*” la malattia come un nemico, accusare eziologicamente le cause delle malattie e, sostanzialmente, usare il linguaggio della “sconfitta delle malattie”, “la lotta alle malattie”, “i nemici della salute” ecc.

30

La complessità del malato in genere è semplificata nell'idea di “psico-somatico”, quindi nel rapporto mente/corpo, ma che, per quanto corretta, resta un'approssimazione. La vera complessità del malato è *ontologica*.

31

La medicina scientifica crede di essere priva di ontologia, considerandosi una scienza scevra da implicazione filosofiche, in realtà essa ha un'ontologia implicita che è a tutti gli effetti una filosofia e tutto il suo apparato scientifico è guidato da una precisa filosofia che è quella positivista. Se per la medicina scientifica l'unica cosa che c'è, che esiste è la sostanza vivente, la materialità del corpo, la fisicità dei fenomeni, ebbene questa è una scelta ontologica. Per cui il problema non è l'imposizione di una visione ontologica alla ragione medica ritenuta priva di ontologia, ma è il *ripensamento*, anche in questo caso, di una ontologia e di una filosofia che già c'è.

32

L'ontologia naturalistica che riguarda la malattia sulla quale si basa la medicina positivista si basa su quattro presupposti principali:

- nulla esiste fuori dalla natura
- tutto è natura anche quello che naturale non è
- tutto il malato è nella natura
- al di fuori della natura non esiste niente di importante.

33

Se la malattia è solo natura quindi biologia l'ontologia medica è sub-sostanziale. La malattia essendo "sostanza" non può sussistere fuori di essa. Malattia, sostanza, natura sono in pratica la stessa cosa. Tutte le definizioni di malattie (disturbo, disordine, alterazione, lesione ecc.) si basano sul concetto di *alterazione della sostanza naturale*. Da qui nasce l'approccio naturalistico alla malattia quello che oggi dalla società è percepito sotto forma dello *scientismo medico*. Si ribadisce che lo scientismo attribuisce alle scienze fisiche e sperimentali e ai loro metodi, la capacità di soddisfare tutti i problemi e i bisogni dell'uomo.

Lo scientismo è l'altra faccia del naturalismo. Esso considera la natura il principio causale che spiega la malattia quale mutamento della sostanza. La natura è la causa della malattia e la malattia è l'effetto della natura. Causa ed effetto sono, in questo modo, nello stesso concetto di malattia.

34

Superare la vecchia divisione normale/patologico, per quanto sia un ripensamento importante, vuol dire restare pur sempre nell'ambito della logica biologistica (la natura genera la malattia e la malattia, a sua volta, è natura). La malattia è "natura naturata" perché la natura è sostanzialmente "natura naturante". Invece l'ontologia del malato complesso non coincide più solo con la natura, per cui la malattia non è più solo un problema naturale. Se l'ontologia è complessità si può dire che quello che è presente in una persona (storia, lavoro, posizione sociale, cultura, famiglia, genetica ecc.) è anche altro dalla natura.

35

La malattia è questione ontologica quanto biologica, quindi sia la normalità che la patologia diventano prima di tutto funzioni di una nuova complessità. L'origine della malattia va trovata in prima istanza in tale complessità, dentro la quale va collocata la natura che si esprime anche sotto forma di malattia. L'inquinamento, l'alimentazione, l'ambiente di vita, gli stili personali, la genomica, le frustrazioni, le paure, la disoccupazione, il grado di scolarizzazione, i batteri, i virus, le degenerazioni, le alterazioni ecc. fanno parte della complessità.

36

Il primo problema che l'ontologia del malato complesso e della nuova idea di malattia pone al medico riguarda l'osservazione. Come abbiamo già detto la conoscenza clinica avviene attraverso l'osservazione. Osservare un paziente e osservare un esigente, non è la stessa cosa. Osservare una malattia e osservare un malato sono operazioni conoscitive molto diverse.

L'osservazione è sostanzialmente qualcosa per accertare e constatare dei fatti.

37

In pratica il lavoro osservativo del medico in una visita dovrebbe riguardare “cose” e “non cose”, cioè cose empiricamente osservabili o teoricamente conoscibili, perché non suscettibili di controllo diretto. In genere la visita e la tecnologia alla quale ricorre, cerca “cose”. Ma se l'approccio resta quello classico osservazionale delle cose, le non cose non esisteranno mai.

38

Una malattia qualsiasi è sempre *qualcosa e qualcuno* che diventa altro rispetto a come era prima, quindi ancor prima di essere *alterazione è alterità*. L'esperienza di malattia è *un'eventualità* dell'essere, compreso tra l'essere in un modo e diventare in un altro modo. Il divenire in medicina non è spiegabile come fa la ragione medica solo sul piano del mutamento biologico, perché come esperienza di cambiamento, essa va ben oltre il corpo. L'esperienza della malattia non è della malattia ma del *malato ammalato di quella malattia, cioè di qualcuno che si sente male e diventa malato*.

Aporie

1

Oggi se il medico volesse recuperare la fiducia perduta da parte del cittadino deve accettare la sfida ontologica che il nuovo malato gli pone e misurarsi con una nuova concezione di malattia. Oggi il malato e la malattia sono un'altra cosa da quello che ha studiato il medico all'università. Se è così il medico deve diventare, a sua volta, un'altra cosa. Ma il medico per essere diverso da quello che è deve imparare a pensare il malato e la malattia in un altro modo. La fiducia, il nuovo malato, la può senz'altro rinnovare a condizione di sentirsi compreso e curato dal medico per quello che egli è effettivamente.

2

Oggi la complessità del malato, nelle sue varie forme, è semplicemente quanto è presente in un malato. L'ontologia è semplicemente il tentativo di comprendere, prima di intraprendere qualsiasi trattamento, chi è il malato. Ciò che esiste nel malato è ciò che cerca di comprendere l'ontologia.

3

Oggi ciò che esiste in un malato e nella sua malattia non è solo la malattia e meno che mai i suoi sintomi e i suoi segni ma molte altre cose:

- le sue *caratteristiche*, cioè qualcosa che appartiene esclusivamente al malato non in contraddizione con la descrizione del malato (grasso, magro, iracundo, tranquillo, vecchio, giovane, maschio, femmina ecc.)
- i suoi *attributi*, cioè qualcosa che non si può negare senza negare allo stesso tempo il malato (sintomi, malesseri, situazioni diverse, razza, cultura, genere ecc.)
- le sue *proprietà* che costituiscono in un certo senso *l'essenza* di un malato (la sua età, il suo sesso, il suo linguaggio ecc.) cosicché non è possibile conoscere quel malato astraendo dalle sue proprietà
- le sue *qualità* cioè tutto quanto ha rapporti con il modo di essere del malato, con le sue credenze e le sue convinzioni, con la sua cultura ecc.
- le sue *facoltà* cioè delle capacità che sono anche in questo caso il modo di manifestare la sua volontà, il suo punto di vista, la sua posizione sociale, il suo livello culturale.

Tutto questo è ciò che interessa all'ontologia. Se il medico riuole la fiducia è con l'ontologia dell'esigente che si deve confrontare.

4

Oggi la base della fiducia sociale è la conoscenza reale dell'essere malato con il fine di specificarlo in modo esteso cioè biologico e sovra-biologico. Ma la conoscenza reale del malato è un problema di paradigma. Se si vuole conoscere il malato, quindi sia la sua oggettività che la sua soggettività, bisogna ammettere che oltre alla conoscenza biologica ci vuole una conoscenza ontologica. Questa conoscenza è tutta da costruire.

5

Oggi non esiste una disciplina che si chiami "ontologia medica" tuttavia c'è un forte bisogno di insegnare al medico come conoscere non solo la malattia ma anche il malato quale essere. L'ontologia è un sapere non scientifico almeno nel senso che dà, a questo aggettivo, la medicina positivista, ma filosofico nel senso che è una interpretazione dell'essere. Essa dovrebbe essere la premessa di ogni giudizio e scelta della ragione medica. Dovremmo parlare di ontologia medica intendendola come un sistema di conoscenze del malato tra loro correlate quelle che afferiscono alla relazione, al soggetto, alla cognizione, alla razionalità, alla psicologia, alla dialogica, al linguaggio ecc. Ontologia è quindi un modo di riassumere in un ambito disciplinare conoscenze diverse da quelle tradizionalmente scientifiche.

6

Oggi le domande alle quali l'ontologia medica dovrebbe rispondere sono sostanzialmente di

due tipi:

- che cosa, è come è, chi è un malato
- quali oggetti o non oggetti vi sono, in lui, cioè che cosa vi è rispetto alla cura di interessante da conoscere.

Per un medico sapere che cosa, è come è, chi è un malato, lo obbliga a capire come il malato propone di leggere la sua malattia.

7

Oggi il medico di fronte al nuovo malato, deve impegnarsi ontologicamente nei confronti degli oggetti che il malato propone. Se il medico non è impegnato ontologicamente, egli vedrà esclusivamente quello che il paradigma gli ha insegnato di vedere, cioè la malattia. Per il medico si tratta di capire quali tipi di oggetti le sue convinzioni, credenze, teorie, lo impegnano, perché egli non può giudicare un malato senza rendersi conto delle assunzioni ontologiche che guidano il suo giudizio. Educare un medico all'ontologia medica è altrettanto importante come educarlo alla patologia medica.

8

Oggi il malato non è riducibile ad un sintomo e meno che mai è deducibile da un sintomo. Egli richiede sempre più una *conoscenza intera*, non tanto circoscritta al corpo malato ma estesa alla persona e alla sua esperienza. Per avere un'immagine intera del malato bisogna interconnettere le diverse dimensioni del malato. L'ontologia aiuta il medico a comprendere, attraverso diversi tipi di conoscenza, una complessità del malato costitutiva dei suoi modi di essere.

9

Oggi, al fine di ricostruire la fiducia perduta per un medico, si tratta di riunificare ciò che sino ad ora è stato diviso. Con l'ontologia medica la contrapposizione classica tra "natura" e "spirito" "corpo" "mente", tra "nomotetico" e "idiografico", tra "razionale" e "irrazionale", tra "evidenza" "apparenza", ecc. viene di fatto superata. Il malato è "tutt'uno". Cioè è pura complessità.

10

Oggi in un malato "tuttavia" troppe sono le cose che esistono nella sua realtà, per cui, gioco-forza, serve una semplificazione al fine di eliminare la ridondanza, l'eccesso di informazione, l'inutilità di certe cose. Il medico dovrà capire, nel ricostruire l'interezza del malato, se vale

o no la pena di prendere in considerazione certe entità. Ontologia non vuol dire che si deve dare per scontato l'esistenza di tutto il possibile. Lo sforzo da fare è stabilire che cosa valga la pena sapere di una persona malata ai fini della cura. Questo introduce il problema della semplificazione ontologica.

11

Oggi i dati ontologici del malato si potrebbero suddividere in *fisici* e *personali*, intendendo con i primi le manifestazioni *biologiche* della malattia e con i secondi le manifestazioni *biografiche* del malato. Nel discorso ontologico tali dati sono parimenti *oggetti* di conoscenza. Lo sforzo è di trattare anche i dati biografici come degli oggetti da conoscere alla stregua dei sintomi. La conoscenza ontologica risulterebbe così essere costituita da oggetti *concreti* in senso sostanziale e oggetti *concreti in modo diverso* cioè in modo non sostanziale. L'anamnesi deve aprirsi alla ontologia.

12

Oggi la premessa ontologica deve assicurare il più alto grado possibile di esplicazione del malato. Gli aspetti personali del malato devono essere considerati, in particolar modo quando permettono di spiegare un maggior numero di fenomeni correlabili alla malattia. Mentre la scienza *asserisce* sperimentalmente quello che c'è, l'ontologia *dimostra* i caratteri diversi dell'essere malato cioè la sua singolarità. L'ontologia propone delle *conoscenze ad hominem*.

13

L'ontologia medica decide come usare il sapere scientifico nei confronti di una singolarità ontologica. Un medico educato alla sensibilità ontologica non usa la scienza nello stesso modo di un clinico ortodosso, pur usando la stessa scienza. La sensibilità ontologica di chi opera rende possibile una conoscenza più estesa della singolarità di un malato, più completa. Essa libera la scienza medica dal suo carattere solo necessitante e dal suo monismo biologico e funziona quasi come una "*clausola*" da cui dipende il grado di esaustività dell'atto clinico. L'ontologia è la condizione per avere un certo medico e, attraverso le sue qualità, un certo modo di essere medico. Questo pone il problema della formazione dei medici. Per avere un buon medico, non basta avere una conoscenza scientifica completa. È necessario che l'operatore sia formato alla complessità ontologica.

14

Oggi con l'ontologia si deve essere meno *approssimativi* e più *verisimili*. L'approssimazione è un modo di agire la precisione. Più o meno preciso vuol dire più o meno ambiguo. Quindi la

precisione ha un rapporto di inversa proporzionalità con l'ambiguità. L'ambiguità ontologica si affronta ricorrendo alle *connotazioni* e alle *denotazioni*, cioè tentando di avere una conoscenza meno ambigua del malato e quindi la più realistica possibile. Ma come fa un medico a denotare e a connotare un malato se non gli viene insegnato? Il campo dell'ontologia è quello non della descrizione, come quello della clinica, ma quello dell'interpretazione. Molti sono i modi per interpretare un malato. Ma chi insegna ad un medico ad interpretare il malato e non solo la malattia?

15

Oggi i principali criteri attraverso i quali lavora l'ontologia sono:

- *l'implicazione*, se qualcosa è ritenuto esistere è implicito che esista anche tutto ciò che si riferisce a questo qualcosa
- la *coniunzione*, se qualcosa è correlabile a qualcos'altro allora congiuntamente le due cose sono corrispondenti
- la *presupposizione*, se presupponiamo delle cose del malato allora presupponiamo un certo tipo di malato
- *l'analogia*, se supponiamo che due cose sono somiglianti allora è possibile dedurre un certo grado di somiglianza tra i fatti o gli oggetti stessi ecc.

Queste cose in che modo si possono insegnare ad un medico?

16

Oggi dire che l'ontologia è un altro riferimento della ragione medica, significa porre la conoscenza filosofica in relazione con la conoscenza scientifica. I significati medicali di ontologia saranno quindi specificati da questa relazione. L'ontologia è un ambito di conoscenze circoscrivente che tenta di conoscere l'essere malato nella sua unità. L'università è pronta a fare un po' di posto all'ontologia del malato accanto alla scienza della malattia?

17

Oggi l'ontologia naturale, biologica e sostanziale della medicina non può essere considerata sbagliata ma nei confronti del nuovo malato sicuramente insufficiente. Si tratta di allargare le sue visioni includendo nella conoscenza medica della malattia la conoscenza personale del malato. Ciò per il medico vale come un ripensamento fondamentale. È difficile ricostruire le condizioni fiduciarie senza operare questo ripensamento. Eppure, è questo ripensamento che questa società chiede al medico. Come la mettiamo?

18

Oggi vi sono due modi di intendere le implicazioni che legano la complessità ontologica a quella scientifica:

- dire che la complessità del malato è semplicemente la premessa filosofica della conoscenza clinica, e quindi assicurarci che arricchendo le premesse sul malato si arricchiscano quelle sulla malattia
- dire che la complessità del medico è una garanzia circa l'uso personalizzato delle conoscenze scientifiche.

Sono due modi di dire la stessa cosa che pescano su un comune presupposto: se il malato è “*essere e fenomeno*” vuol dire che per conoscerlo serve qualcosa che sia ontologia e clinica. L'essere anticipa il fenomeno e, quindi, è qualcosa di pre-clinico.

19

Oggi la difficoltà concettuale per il paradigma ad accettare l'ontologia sta nel fatto che per esso il sapere, la conoscenza è tale se è *un'informazione garantita*, cioè se produce delle verità controllabili. L'ontologia, come del resto la filosofia in generale, appare un sapere che non garantisce le sue verità. In un certo senso questo è vero, ma se l'ontologia la consideriamo una conoscenza finalizzata alla formazione della sensibilità degli operatori rispetto ai malati, essa aiuterebbe ad avere delle relazioni. Il valore dell'ontologia coincide interamente con la relazione e con l'interpretazione.

20

Oggi il medico concepisce ancora la relazione come maggiore attenzione nei confronti del malato. Si pensa che il medico non abbia problemi, sia già pronto, o che egli sia un “*osservatore obiettivo*”. Così il medico sembra una imperturbabile macchina diagnostica che non varia, senza emozioni, senza difficoltà, senza personalità, senza incertezze. Ma questo non è realistico. Il medico deve essere cosciente non solo dei suoi limiti personali ma anche dei limiti del suo apparato conoscitivo. Quando osserva deve fare attenzione non solo a cosa osserva ma anche a chi osserva, cioè deve fare attenzione a sé stesso.

21

Oggi la condizione imprescindibile per la conoscenza ontologica è il rispetto del *criterio di intersoggettività* che è ciò che concerne le relazioni. Le relazioni sono esperienze intersoggettive. Attraverso le relazioni si afferma ciò che è attuale in quel momento, tra un medico e il malato.

22

Oggi il malato è come se fosse un insieme di espressioni, quindi può essere paragonato ad un testo, ad un discorso fatto da tanti argomenti diversi. Per il medico che ambisce alla fiducia del malato, si tratta di mettere in relazione questi argomenti e di capire la loro disposizione, cioè di operare per *interconnessioni*. Al medico si possono insegnare le relazioni che esistono tra la malattia e la persona e il suo contesto. In questo senso, rispetto al malato quale testo, le malattie sarebbero null'altro che atti linguistici.

23

Oggi il medico considera ciò che non è evidente inesistente, fino a teorizzare l'evidenza assoluta della sostanza facendo della biologia un punto di vista assoluto, metafisico, superiore, prioritario. Quando comunemente si dice che la medicina è "*scienza ed arte*", non ci si rende conto che l'idea richiamata di arte è come una "*conoscenza secondaria*" che si occupa di cose non sostanziali, in poche parole di quegli aspetti del malato che non sono riducibili scientificamente. Oggi davanti al malato complesso tale conoscenza non si può più considerare secondaria. L'arte in questione è quella di saper ragionare.

24

Oggi in ragione dei cambiamenti del malato un malato va interpretato in modo scientifico e non solo. Cambiare il modo di essere del medico che vuol dire?

Il *modo*, in generale, consiste nelle *qualità mutabili*, di qualcosa, senza che queste mettano in discussione i loro attributi essenziali. Il medico, ad esempio, può mantenere certi attributi essenziali della sua professione pur cambiando il suo modo di essere. Ripensare ai fini della fiducia, le modalità di fare il medico, sul piano pratico corrisponde comunque a cambiare l'uso degli attributi fondamentali della sua razionalità quindi che si ripensino quei modi di essere scientifici oggi ritenuti, a partire dal malato complesso, inattuali. Non è una cosa semplice.

25

Oggi se davvero si volesse ricostruire la fiducia perduta, i modi di essere del medico nei confronti de cambiamenti ontologici del malato dovrebbero essere ripensati ricorrendo ad atteggiamenti antidogmatici, cioè al buon senso:

- conviene conoscere la persona malata in modi razionali più flessibili, aperti, adatti
- si tratta di accettare che persino la sostanzialità della malattia sia relativa al modo di studiarla, alla persona, alla cultura di riferimento, all'individualità
- il medico deve evitare di considerare *l'ipotetico razionale* come *categorico razionale* perché è

possibile che le premesse da cui parte possono essere non vere, o comunque non condivise dal malato

- le premesse da cui parte il medico vanno considerate *vere* se anche il malato le considera tali.

26

Oggi l'attenzione del medico davanti alla nuova ontologia del malato si deve occupare non solo di ciò che è necessario ma anche di ciò che è *possibile e contingente*. Non si tratta solo di fare ciò che è necessario ma anche ciò che è possibile fare diversamente e ciò che in una contingenza, davanti ad una singolarità, è più ragionevole fare. Riequilibrare necessario, possibile, contingente, significa ripensare soprattutto le forme del giudizio clinico del medico di fronte ad un malato singolare.

27

Oggi l'ideale della clinica è operare con *enunciati perentori* del tipo questa malattia è sicuramente, o necessariamente, o molto probabilmente, x, y, z; invece pensare il malato complesso anche con le logiche del possibile e del contingente, significa operare con *enunciati ragionevoli* (nella macro-area il medico la scienza e la conoscenza svilupperemo il discorso sulla razionalità e la ragionevolezza). Per il medico operare, attraverso enunciati ragionevoli, significa semplicemente considerare le attribuzioni delle malattie anche dal punto di vista del malato. Per il medico ragionevole si hanno numerose varianti di impossibile/possibile (non possibile, quasi possibile, quasi impossibile ecc.); è del tutto normale che qualcosa sia possibile in generale e per ragioni contingenti sia impossibile e il contrario.

28

Oggi il medico deve fare spazio alla *ragionevolezza* e ammorbidire le forme della propria razionalità categorica. Ammorbidire le forme della razionalità categorica, per un medico, significa ripensare il genere assertivo della sua conoscenza. La fiducia del malato passa per il buon senso del medico. Il buon senso è la capacità del medico di governare ragionevolmente le contingenze e le situazioni.

29

Oggi è cambiato l'atteggiamento di ampi strati della società nei confronti della malattia che è sempre più vista in una *visione ecologica*. La crescita delle medicine non convenzionali danno luogo ad una forma di *elettismo medico*, che fa di molti medici delle professioni che praticano più generi di medicine. Parti importanti della società in modo quasi pre-moderno esprimono

il ritorno alle visioni pre-scientifiche della malattia di contro quella che è vissuta come artificialità della scienza; cresce l'attenzione per il carattere sistemico della malattia nell'intento di conciliarla con le esigenze diverse dell'uomo malato e in particolare con i suoi stili di vita, le sue convinzioni.

Tesi

N°45

La sfiducia crescente da parte della società nei confronti dei medici nasce perché alle trasformazioni ontologiche del malato non sono seguite altrettanti cambiamenti culturali del medico. Cioè il paradigma è rimasto invariante.

Il punto è che il malato oggi si sente poco compreso dal medico nella propria complessità, anzi addirittura si sente studiato non per quello che egli effettivamente è ma per quello che il medico ha imparato all'università. Cioè secondo un paradigma, il medico è appropriato con i principi che regolano il suo agire scientifico ma è inadeguato rispetto alle complessità ontologiche del malato.

Per ricreare condizioni di fiducia il medico deve adeguare il suo modo di conoscere, di pensare, di ragionare, di decidere e di scegliere alle nuove complessità ontologiche del malato. In questo caso il malato si riconoscerà nel medico e dal medico si sentirà ben rappresentato.

N°46

È necessario aggiornare la formazione del medico per metterlo in condizioni di comprendere l'ontologia del proprio malato. A questo proposito una ipotesi di lavoro potrebbe essere l'istituzione come disciplina universitaria dell'ontologia medica vale a dire un'area di conoscenze per indagare i problemi dell'intersoggettività delle relazioni del linguaggio dei rapporti con i contesti.

N° 47

Il primo terreno di recupero della fiducia sociale a parte la deontologia che dovrà ridefinirsi in modo adeguato nei confronti delle sfide che l'ontologia medica pone, resta il terreno dell'epistemologia cioè il terreno della conoscenza. Nessun malato darà mai la fiducia al proprio medico se egli non avrà una garanzia epistemologica. Il medico dovrà dimostrare di saper conoscere il malato.

Quesiti

N°1

L'ingresso del malato come attore protagonista sulla scena della medicina cambia radicalmente la sua rappresentazione. Dal monologo del medico si passa al dialogo cioè dal soliloquio si

passa alla conversazione. Nel momento in cui dal monologo si passa al dialogo ciò che viene rappresentato è deciso dai dialoganti. È accettabile una medicina dialogante?

N°2

Di quale deontologia, epistemologia, metodologia ha bisogno una medicina dialogante?

N°3

Si può avere una medicina dialogante a deontologia epistemologia e metodologia invariante?

N°4

Per un medico cosa comporta dialogare con un altro attore condividendo con lui lo stesso proscenio?

N°5

Dialogare con il malato ha conseguenze sul piano scientifico o la scienza nel dialogo è autorizzata ad essere monologica?

N°6

La sfiducia ha due aspetti contraddittori, da una parte rischia di funzionare come una lente deformante e quindi di alterare la realtà per quella che è, dall'altra è un atteggiamento precauzionale che rientra nelle strategie della prudenza. Nel primo caso la sfiducia scadendo nel pessimismo e nella diffidenza condanna la realtà a fallire, nel secondo caso al contrario prendendo le sembianze dell'ottimismo invita la realtà a non fallire. Il medico si trova tra pessimismo e ottimismo, come è possibile per lui avere la fiducia del malato?

N°7

Accettare il cittadino come archè, cioè come un principio da cui deriva la medicina e il medico, ha o no delle conseguenze sul paradigma positivista?

N°8

Se entriamo nella logica dell'archè non credete che si debba cambiare come medici atteggiamento? Non è qualcosa che il medico permette di essere al cittadino ma qualcosa che il medico deve accettare come obbligo, limite, condizione. Cioè il cittadino è la sua realtà di riferimento. O come si direbbe nella logica positivista il cittadino è un fatto esattamente come lo è una malattia?

N°9

Quale senso ha tenere conto dei fatti della malattia e non dei fatti del malato?

N°10

Il fatto nudo e crudo è che con il cittadino archè c'è un cambio storico nei riferimenti della medicina. Quindi non credete che sia del tutto plausibile che cambiando i riferimenti debba di conseguenza cambiare soprattutto la medicina e a seguire il medico. Altrimenti perché chiamare in causa l'arché?

La relazione

Sinossi

La fiducia sociale passa per il ripensamento delle relazioni. Ma ripensare le relazioni significa ripensare anche in questo caso il modo di conoscere. Una relazione non è semplicemente uno scambio inter-soggettivo, ma un modo di fare il medico e di esercitare la medicina al fine di conoscere tanto gli oggetti che i soggetti. Per conoscere le malattie le relazioni non servono basta saper osservare ma per conoscere i malati esse sono indispensabili perché per conoscere un malato è necessario parlare.

Nessun malato sarà disposto a dare la propria fiducia ad un medico incapace di avere con lui una buona relazione. Le relazioni quindi sono la condizione per la fiducia.

Proposizioni di approfondimento

1

Ma qual è, la circostanza, l'occasione, il modo attraverso il quale conoscere la complessità della persona malata e in cui servirsi non solo dei vari saperi disponibili, ma da cui ricavare delle conoscenze ontologiche?

Tale circostanza, occasione, modo è la “relazione” con il malato, al di fuori di essa nessun tipo di ripensamento del medico è possibile. Per la conoscenza biologica della malattia le relazioni non servono, ma per la conoscenza profonda di una persona malata sono indispensabili.

2

Qualsiasi relazione è ciò che intercorre tra due cose o persone diverse. La relazione che intercorre è *relativa* ai suoi *relati*, il malato e il medico, e stabilisce delle interconnessioni tra di loro, vale a dire tra dati, credenze, convinzioni, esperienze, valori.

3

Esistono tanti tipi diversi di relazioni con diverse configurazioni. Una configurazione relazionale definisce le proprietà della relazione, o della sua “forma” relazionale. Una relazione sarà adeguata in base alla configurazione che assume. La configurazione non è riducibile alla somma dei suoi elementi, essa è come un insieme di cose diverse comprese tra il linguaggio impiegato, la fiducia che intercorre, il grado di informazione, l'amabilità, la buona educazione, le conoscenze ecc. Una relazione *configura* il proprio scopo. Se il suo scopo è conoscere la malattia allora essa si configurerà in un certo modo; se lo scopo è conoscere il malato essa si configurerà in un altro modo.

4

Non è corretto dire che la medicina scientifica o il medico non hanno delle relazioni con il malato, essi hanno comunque un *certo tipo* di relazioni che si chiamano *giustapposizioni*. Queste particolari relazioni sono funzionali al modo di conoscere del medico. La relazione è una questione epistemica. Se ciò che si deve conoscere è una malattia organica fatta di sintomi e di segni allora la relazione che serve deve essere quella che permette di esercitare l'osservazione in modo il più obiettivo possibile. Per questo fine la giustapposizione è la relazione più adatta. Ma se ciò che si deve conoscere è il malato la giustapposizione è inadeguata. Serve una relazione dialogica, cioè con un'altra configurazione.

5

La giustapposizione è una “non relazione”, perché il medico in ragione dell'obiettività costruisce la conoscenza della malattia su precise distanze. Nella giustapposizione la separazione tra il medico osservatore e il paziente osservato è la condizione per avere il più alto grado di conoscenza scientifica obiettiva. L'ideale della giustapposizione è quello di una razionalità non inquinata dall'invadenza dei soggetti, quindi una medicina puramente logica, fatta da un ragionamento oggettivo, regole deduttive, metodi rigorosi, leggi naturali. Questa particolare “relazione senza relazione” sancisce l'indipendenza del medico dal malato.

6

La medicina positivista, quale conoscenza, per giustapporsi alla malattia prescinde dalla persona e quindi dalla relazione con il malato. Se l'atto scientifico è solo riconoscimento della malattia del corpo, la relazione dialogica non ha alcuna utilità conoscitiva. Essa non è determinante per la conoscenza biologica, anzi è considerata un ingombro, un intralcio ad un'ideale di conoscenza fondato sull'impersonale, l'oggettivo, il materiale.

7

Se la ragione medica è giustapposta e indipendente dalla malattia, allora essa deriverà da sé stessa la sua validità. La conoscenza della malattia è come se fosse “causata” dalla giustapposizione. Se la malattia è l'oggetto da conoscere, la giustapposizione è la relazione ideale per osservare innanzi tutto l'oggetto di studio.

8

Il malato o la malattia funzionano come il *riferimento* della conoscenza medica, ma dire *riferimento* significa dire comunque *relazione* tra il malato e il medico che intende curarlo. Il tipo di relazione è sempre funzionale al modo di conoscere. Non si può conoscere né la malattia

né il malato senza una qualche relazione e non si può dare una qualche relazione senza una malattia e senza un malato. Cioè senza un riferimento. La relazione è sempre conoscenza. Qualsiasi tipo di relazione è una relazione di conoscenza.

9

Per *relativismo* si intende l'impossibilità di conoscere una cosa in se indipendentemente da ogni relazione con essa, invece per *irrelativismo* si intende "al contrario" una conoscenza come quella che osserva che non ha bisogno di relazioni. Il paradigma medico preferisce una conoscenza irrelativa di tipo probabilistico, cioè una conoscenza assoluta ma tendenzialmente probabile su base descrittiva. Probabile vuol dire che la conoscenza non dipende dalla relazione, ma dal grado di certezza di una descrizione.

10

Il malato deve essere conosciuto attraverso delle particolari relazioni senza che per questo la sua malattia perda alcune proprietà oggettive. Vi sono aspetti della conoscenza biologica, biochimica, fisiologica, patologica della malattia che pur entrando in relazione attraverso il malato con la medicina rappresentano conoscenze oggettive "*relativamente relative*".

11

La medicina positivista per ovvie ragioni preferisce *conoscenze irrelate cioè oggettive* in quanto tali perché quelle relate sono ritenute non verificabili, quindi non controllabili. Ma in ragione della complessità del malato il medico dovrà ammettere la necessità di:

- una conoscenza relativa quindi sia soggettiva che oggettiva
- una conoscenza relativa al malato e una conoscenza "*relativamente relativa*" della malattia
- una conoscenza relativa nel senso delle relazioni tra il malato e la malattia
- una conoscenza relativa cioè una conoscenza finita, limitata, quella possibile, e non una conoscenza assoluta, perentoria, categorica
- una conoscenza relativa perché di fronte alla complessità del malato e della malattia essa non è mai adeguata perfettamente ad essa, quindi è sempre tendenzialmente approssimativa.

12

Le conseguenze della relatività cambiano il modo di essere della medicina:

- la complessità del malato è conoscibile in modo relativo attraverso i modi del fenomeno malattia e quindi le espressioni del malato
- i modi del fenomeno malattia possono essere conosciuti dal medico solo in una relazione con il malato

- i modi di conoscere il malato attraverso le relazioni sono determinanti quanto la conoscenza biologica.

13

In una relazione tra persone non vi è nessun criterio superiore al *consenso*, esso rappresenta il vero criterio discriminante tra una relazione concepita sulla malattia e una relazione concepita sul malato. L'intera problematica del "*consenso informato*" esiste perché il malato non è considerato un soggetto, una persona, in grado di partecipare consensualmente ad una decisione che lo riguardi. L'idea corretta di relazione implica inevitabilmente che le decisioni che riguardano la cura del malato siano convalidate nella relazione dalla relazione. Il consenso ha la funzione di autocertificare la relazione. La fiducia passa per il consenso e il consenso per le relazioni.

Aporie

1

Oggi si tratta di trasformare le storiche relazioni giustappositive del medico in relazioni dialogiche. Il dialogo deve essere la base per riconquistare la fiducia perduta.

2

Oggi si tratta di ripensare la conoscenza oggettiva della malattia nella relazione con il malato almeno in due sensi:

- nella relazione per conoscere la persona malata la scienza non basta, ci vogliono altre forme di conoscenza
- nella relazione la conoscenza va condivisa e decisa con il malato.

3

Oggi i medici intuitivamente hanno compreso il valore della relazione, ma sono ancora ben lontani dal comprenderne le implicazioni. Molte sono le contraddizioni:

- l'intendere la relazione non come qualcosa che implica un ripensamento della ragione medica, ma come maggiore rispetto e amabilità nei confronti con il malato a medico invariante
- l'intendere la relazione in rapporto ad un significato vecchio di *paziente*.

4

Oggi è un luogo comune dire "mettere al centro il paziente". Una relazione è per definizione *eccentrica* (letteralmente senza centro) perché in essa non esistono criteri assoluti di riferimen-

to, per cui ogni decisione che riguarda il malato va affrontata all'interno del campo di quella specifica relazione. *Eccentricità* si oppone a *centralità* e obbliga a fare i conti con dei soggetti relativamente indeterminati, nel senso che la loro determinazione in parte dipenderà dalle decisioni e dagli impegni che si prenderanno in quella specifica relazione.

5

Parlare di *visita centrata sul paziente* ha due vistosi limiti:

- l'idea di centro ripropone la separazione di qualcuno che conosce e di qualcosa che è conosciuto, quindi una “*non relazione*”
- l'idea di centro addirittura accentua lo suo status oggettivo del paziente che diventa di fatto un super-oggetto non una persona.

Oggi mettere il paziente al *centro* della conoscenza medica, è in realtà una ovvietà, ed è sempre quello che la ragione medica ha fatto. Centralità e relazionalità tuttavia si contraddicono. La relazione per proprie caratteristiche è poco disponibile ad essere tradotta in centralità. Se proprio si deve mettere al centro qualcosa, questo qualcosa, è la relazione quindi tanto il malato che il medico.

6

Oggi l'idea di *centralità* è ancor più inadeguata se consideriamo *relazione* sinonimo di *dialogo*. Il dialogo è poco compatibile con la centratura perché essa è un modo di trasmettere delle informazioni da un soggetto all'altro, sia che si domandi sia che si risponda. Se ci si attiene ai principi della “visita centrata su...” il dialogo può assumere solo la forma dell'intervista e l'intervista è un dialogo solo apparente dal momento che è un gioco di input/output.

7

Oggi la relazione di cura è sempre una *relazione plurivalente* perché riconnette tante altre relazioni. L'idea di *centralità* è al contrario, una “*relazione a senso unico*” che va sempre dal medico alla malattia.

8

Oggi in una relazione non esistono privilegi conoscitivi a favore di certe credenze e a sfavore di altre. La conoscenza di un medico è data come *sua propria* allo stesso titolo con cui la conoscenza di un malato della propria malattia è data come *sua propria*. Si tratta naturalmente di specie di conoscenze diverse che si confrontano. È del tutto evidente che la ragione del malato senza la ragione medica resterebbe del tutto inesplicita e viceversa. La questione tuttavia è un'altra e

riguarda l'implicazione stretta che esiste tra il medico e il malato, nel senso che indipendentemente dal genere di conoscenza, il malato in una relazione è come se *costruisse* il suo medico e il medico *costruisse* il suo malato. È questa caratteristica la base per ricostruire la fiducia.

9

Oggi la relazione è sostanzialmente un problema di *condotte interdipendenti*. I vari tentativi di affrontare le difficoltà del medico aggiornandolo sulla comunicazione, sul consenso, ecc. sono palesemente incongrui. Insegnare ad un medico delle tecniche comunicative non serve praticamente a niente, quello che bisognerebbe insegnargli è *costruire delle relazioni* a partire dalle quali dialogare con il malato. Oggi il medico ha bisogno di *competenze interpersonali* non di *competenze tecniche*, di quelle ne ha fin troppe.

10

Oggi il malato non accetta nessuna cosa che non sia anche decisa da sé stesso. È questa la svolta decisiva per ripensare il modo di essere del medico e per ricostruire i margini della fiducia sociale. In sostanza oggi la relazione è strategica perché essa vuol dire consenso, accettazione, condivisione, corresponsabilizzazione. Il rispetto vero verso il malato implica una relazione quale mezzo per un accordo consensuale. Tutto il resto è amabilità. La fiducia quindi si fonda sul dialogo e sul consenso.

Tesi

N°48

Il medico sino ad ora ha avuto un tipo di relazioni con il malato che serviva sostanzialmente a conoscere la malattia attraverso l'osservazione dei fatti. Se si vuole conoscere il malato si deve cambiare tipo di relazione. Se si cambia la relazione allora si cambia il modo di conoscere del medico. Questo cambiamento pone quello del ripensamento del medico cioè del suo modo di ragionare e di fare. Se la relazione non dà luogo a nessun ripensamento, allora l'umanizzazione, il prendersi cura, la presa in carico, la centralità del malato, la comunicazione, ecc. resteranno quello che sono cioè luoghi comuni.

N°49

La relazione intesa come dialogo e come consensualità è la strada maestra per ricostruire le condizioni di fiducia tra la medicina e la società e tra il medico e il malato.

N°50

Abbiamo bisogno di formare i medici ad avere qualità, abilità, virtù, relazionali e organizzare

il loro lavoro in organizzazioni adatte. Le soluzioni relazionali di tipo organizzativo definite a vario titolo integrazioni, multidisciplinarietà, dipartimentalità ecc. non sostenute da soggetti formati per essere relazionali non funzioneranno mai.

Quesiti

N°1

La relazione è in genere banalizzata a amabilità cioè a modalità comportamentale, in realtà se sulla scena gli attori sono due il medico e il malato, e se la rappresentazione non è più un monologo ma un dialogo essa è la base su cui si regge la rappresentazione. Cioè è esagerato dire che è la relazione che decide tutto?

N°2

In che misura la relazione tra un medico e il malato condiziona la conoscenza del medico?

N°3

E in che misura essa è autorizzata a condizionare il giudizio del medico e le sue scelte?

N°4

È velleitario teorizzare una clinica oltreché osservazionale come vuole il paradigma anche relazionale?

N°5

Ma cosa vuol dire davvero una clinica relazionale?

N°6

Che differenza c'è tra una clinica osservazionale e una clinica relazionale?

N°7

A che serve la relazione, ad andare d'accordo o a conoscere meglio le complessità le contingenze le situazioni?

N°8

La relazione è stata oggetto in questi anni di una terribile banalizzazione che alla fine scaricava sul medico le colpe delle disfunzioni, come se tutto nascesse da una mancanza di sensibilità, da comportamenti clinici spersonalizzanti. Non vi sembra questa analisi molto superficiale e molto discutibile?

N°9

In realtà non credete che il medico non possa non avere una relazione ma la relazione che ha avuto sino ad ora (giustapposizione) era funzione del paradigma. Se il paradigma impone di osservare i fatti le relazioni non servono, allora non è arrivato il momento di dire che per conoscere un malato non basta osservare i fatti della malattia?

N°10

Ma questo, secondo voi, a sua volta non comporterebbe una riforma del paradigma? Non credete che al fondo del discorso sulla relazione ci sia una verità molto semplice e cioè che conoscere secondo il canone galileiano in medicina non basta più? Le relazioni servono a conoscere ciò che a Galileo sfuggiva, vale a dire la complessità del mondo quella che nessuna legge riusciva a rappresentare. Il che non credete che voglia dire che la complessità del malato, dal momento che non è riducibile a nessuna legge di natura, va conosciuta con le relazioni? Ovviamente per quello che è ragionevolmente possibile fare.

N°11

E come si metta la scienza di fronte alla sfida delle relazioni?

Dialogo e linguaggio

Sinossi

Se la relazione vale come dialogo e consenso allora il linguaggio diventa una questione fondamentale. Attraverso il linguaggio si dialoga e attraverso il linguaggio si creano le condizioni per il consenso. Se si vuole ricostruire la fiducia compromessa è necessario parlare alla società e al cittadino per convincerli sulla serietà e affidabilità dell'impresa medica e per parlare serve un linguaggio adatto che se vogliamo convincere bisogna saper usare e comprendere.

Nonostante l'importanza del linguaggio, nella visione banale della relazione che ha prevalso sino ad ora, intesa come teoria dell'amabilità, si è sottolineata l'importanza e il valore della comunicazione come se si potesse comunicare senza linguaggio. Molta è la confusione tra comunicazione, informazione, linguaggio. Anche il tentativo di dare luogo ad una medicina narrativa rispetto alla posta in gioco di definire un medico nuovo, non è privo di aporie. Il linguaggio rispetto al dialogo e al consenso quindi alla relazione, è la vera questione strategica. La medicina narrativa è una moda che presto sarà sostituita da un'altra moda, ma che in nessun modo contribuisce a risolvere il problema di ridefinire il paradigma positivista, a parte il fatto che pretendere di ridurre la medicina cioè una super conoscenza a narrazione è per lo meno risibile. In realtà la medicina narrativa è l'espressione di un paradigma scientifico che non vuole cambiare.

Proposizioni di approfondimento

1

La relazione si esprime prima di tutto con il linguaggio a partire dal quale avviene il dialogo, la comprensione reciproca, la trasmissione delle conoscenze, l'espressione delle scelte e delle esperienze. Il linguaggio è il primo importante riferimento della relazione, la comunicazione è successiva. Il linguaggio oltre alla sintomatologia, diventa l'altro oggetto di conoscenza ontologica e scientifica della persona malata e dell'operatore. Questo equivale ad un allargamento della base conoscitiva del medico.

2

Quanto in una relazione dicono sia il malato che il medico, costituisce il linguaggio. Il linguaggio è la premessa indispensabile per qualsiasi conoscenza e qualsiasi comunicazione. L'importanza del linguaggio non è solo una questione di significati, di scambi di informazioni, ma è il modo attraverso il quale i soggetti si esprimono. Il linguaggio è molto di più di una semplice informazione. Esso è l'espressione principale della soggettività.

3

Il medico usa il *linguaggio scientifico* quasi come la propria lingua. Esso è congeniale alla sua razionalità scientifica, esprime bene i nessi di causalità tra i sintomi e la malattia, esprime bene la sua tradizione empirista e fattuale. Lo scopo di questo linguaggio è far corrispondere ad una *cosa ri-conosciuta* un *termineri-conoscente*. Il linguaggio scientifico è per massima parte *denotativo* nel senso che descrive la malattia nel modo più oggettivamente possibile.

4

Il linguaggio scientifico dipende dalle letture biologiche che la medicina fa della malattia e dei racconti del malato. Se la lettura è solo biologica si ammetterà solo la biologia e gli oggetti di cui si parlerà, saranno prevalentemente sintomi, disturbi fisici, dati biochimici, carenze e eccessi. Il linguaggio scientifico del medico parte dal presupposto che si deve osservare qualcosa di osservabile e che l'unico modo per osservare sia quello oggettivo della malattia.

5

Il medico usa prevalentemente un linguaggio scientifico per il quale le cose dotate di significato debbano essere *verificate*: quello che egli dice ha valore solo se verificabile empiricamente. Ma se questo può andar bene per la malattia e il suo mondo biologico, non va più bene se l'ambito del linguaggio include anche la persona malata.

6

La confusione che si fa, in generale, è tra il concetto di *comunicazione* e quello di *informazione*, convinti che basti parlare per comunicare e quindi informare. La medicina parla di "*abilità comunicativa*", intendendo a un tempo "*la correttezza delle informazioni*", "*la comprensione dei contenuti*", "*la raccolta e la restituzione delle informazioni*", "*le tecniche di comunicazione*", "*i messaggi da trasmettere*" ecc. Ma questo non ha nulla a che vedere con la comprensione del linguaggio e con l'uso del linguaggio per fare delle scelte.

7

Confondere comunicazione con informazione è un problema, perché si riduce il rapporto di reciproca comprensione a uno scambio di "segnali" tra un malato, considerato come un 'emittente', e, un medico, considerato come un ricevente. L'abilità comunicativa per la medicina è qualcosa che riduce la complessità del linguaggio a scambi di messaggi.

8

Il linguaggio è la porta attraverso la quale si accede ai mondi dei soggetti e a quelli della

relazione. Il linguaggio per l'ontologia ha la stessa importanza del corpo per la clinica. Il linguaggio è estensione del *corpo*, che non parla più solo attraverso sintomi ma anche attraverso discorsi, quindi è estensione anche della *persona* che a sua volta non racconta più solo sintomi del corpo ma propri argomenti, pensieri, punti vista, emozioni.

9

In una relazione con il malato si dicono cose che non sempre sono verificabili empiricamente, anche perché appartengono al mondo interiore del malato, alla sua cultura, al suo stato d'animo, alle sue convinzioni, alle sue vicende ecc. Si pone quindi il problema nuovo di come *accertare senza verificare* le affermazioni di un malato o le sue presunte verità.

10

Come il corpo, il linguaggio ha pari diritti referenziali, perché entrambi servono a capire di più e meglio il malato e la malattia. Non è più tanto una questione di comunicazione, cioè di scambio di informazioni, ma è primariamente una *questione di conoscenza delle persone che dicono*. Il linguaggio non è solo uno strumento per comunicare, ma è conoscenza di colui che parla. Il medico per accedere alla persona deve comprenderne il linguaggio.

11

Il linguaggio di un malato riferisce di "*oggetti concreti*", quelli osservabili, e di "*oggetti astratti*" quelli solo asseribili. I sentimenti, le sensazioni, gli stati d'animo, i pensieri, le preoccupazioni, le idee, le convinzioni, sono esempi di oggetti astratti asseribili. La ragione medica, per evidenti motivi pratici, preferisce di gran lunga gli oggetti concreti, e considera, quelli astratti, come qualcosa di indeterminato.

12

In una relazione non conta solo ciò che gli oggetti concreti o astratti che siano dicono, cioè ciò che gli oggetti sono, bensì il contributo che essi offrono alla conoscenza del malato. Se la ragione medica si limita a conoscere solo ciò che è concreto si preclude, per propri limiti, la conoscenza del malato come persona.

13

Il linguaggio nel suo insieme è come se formasse con tutti i suoi enunciati, le sue proposizioni, le sue asserzioni, i suoi atteggiamenti, i suoi gesti, le sue espressioni, una *massa critica* che esprime il senso di ciò che è raccontato sia dal medico che dal malato. La relazione sarà di aiuto, sia al medico che al malato, nel momento in cui essa costruirà una massa critica

sufficiente a creare senso. In medicina si fanno molte iniziative di formazione sulla comunicazione, ad esempio per la donazione degli organi, convinti che basti una qualche tecnica per comunicare meglio e convincere i familiari ad autorizzare l'espianto. Nessuno pensa che vi sia un problema di massa critica.

14

Per un medico è, ovviamente, importante capire il significato e il senso di ciò che dice il malato. Il passaggio tra ciò che egli dice e ciò che crede il medico è delicato. Capire il significato e il senso di quel che dice il malato dipende anche da come è rappresentato il contenuto di ciò che egli asserisce, cioè dalla *manifestabilità* delle sue sensazioni dei suoi vissuti e delle sue esperienze fisiche.

15

La manifestabilità ha rapporti con i vissuti del malato e con la sua interazione verbale. È possibile che il malato sia impedito a manifestare le sue convinzioni da stati d'animo, da difficoltà contingenti, da forme del carattere ecc. In questo caso la sensibilità ontologica del medico dovrà soccorrere il malato nei suoi problemi di manifestabilità.

16

In molti casi l'intenzione del malato che parla è molto più importante del significato di quello che dice. Le credenze di un malato, le sue intenzioni sono decisive per il funzionamento della comunicazione. In tali circostanze il malato si riferisce a proprietà del suo malessere e suggerisce pensieri che sono impliciti nelle sue parole ma che il medico deve saper ragionevolmente esplicitare. Si tratta di riportare ciò che dice il malato e ciò che lui intende dire con quelle parole o con i gesti, le espressioni, le posture ecc.

17

Il rapporto che vi è fra ciò che si dice e ciò che si intende dire, si chiama *implicatura*. Il suo presupposto è che il significato di una parola deriva *dall'intenzione* di significare qualcosa. È inutile sottolineare la sua l'importanza nella comunicazione con il malato in tutte le diverse circostanze della sua malattia dal consenso informato, alle situazioni di fine vita, agli interventi chirurgici, alle terapie, ai trapianti e alle donazioni di organo ecc.

18

In una relazione non contano solo i *significati* delle parole ma anche i *modi* come le parole sono usate. I modi connotano il malato come persona, la sua condizione sociale. Ma anche il medico. Se non è possibile sapere con assoluta certezza se quello che dice un malato sono

delle verità, capire come il malato dice le sue personali verità, è già una forma di verità. Ciò che si asserisce è comunque dotato di un significato, di un contenuto, di una attualità, quindi quello che si asserisce si presta a sua volta ad essere analizzato e compreso.

19

Spesso, per un medico non è facile sapere cosa c'è e cosa non c'è in un malato, è molto più facile capire che cosa il malato *asserisce* che esiste. Quello che il malato asserisce va assunto come esistente di qualcosa. Tutto questo e molto altro si chiama asseribilità.

20

Il principio dell'asseribilità giustificata (o garantita) sostiene che sia possibile affermare che l'opinione riguardante un oggetto reale è vera quando questa trova giustificazione nel fatto che essa è condivisa dagli altri, cioè una opinione può essere vera se gli corrisponde un accordo che rende inutile procedere oltre nella ricerca di altri tipi di verifiche. Le opinioni del malato, se sono confermate dal medico, sono asseribili e in quanto tali valgono come delle verità.

21

Quello che dice un malato, per il medico è una grande risorsa specialmente quando mancano delle evidenze. Di solito i malati asseriscono i loro vissuti, i loro disagi, i fastidi di cui patiscono, per cui quello che dicono ha un valore semeiotico.

22

Non ha senso confutare ciò che i malati ovviamente in buona fede asseriscono solo perché non vi sono riscontri clinici. Si tratta di capire in qualche modo quello che i malati dicono anche se i loro linguaggi derivano sempre da particolari condizioni soggettive. Se i malati asseriscono qualcosa sul loro malessere pensano di essere giustificati a farlo, perché la giustificazione è nei loro vissuti quindi inevitabilmente indipendente dalle opinioni scientifiche del medico.

23

L'asseribilità ricava la sua garanzia di verità *dall'esperienza* che il malato fa di sé stesso. La difficoltà è quando il medico non ha una conoscenza adeguata di tale esperienza e quindi tende a non credere. Se il malato asserisce qualcosa e il medico non è in grado di interpretarlo perché manca un'evidenza, l'asserzione in genere viene negata. Ma ciò che il malato asserisce, in virtù di un principio causale del significato, è comunque riconducibile ad un'esperienza. In questo caso l'asserzione è come se fosse garantita dall'esperienza. Per questo sarebbe sbagliato

rifiutarla.

24

Per non negare quello che il malato asserisce si dovrebbe ragionare in questo modo: se il malato asserisce qualcosa non resta altro che stabilire delle possibili relazioni logiche tra quello che asserisce e la conoscenza che serve per comprenderla. Cioè a suo modo ciò che lui asserisce è un'evidenza dal momento che non può essere dissociato comunque da certe circostanze fattuali. L'asserzione è un modo per il malato di raccontare la sua malattia e i suoi vissuti. Comprendere l'asseribile significa comprendere il malato.

25

L'asseribilità anziché procedere ricavando la conoscenza da un metodo di indagine a priori, la ricava a posteriori, cioè a partire da ciò che viene asserito. Questo non vuol dire che si abolisce il metodo ma solo che l'asseribilità contribuisce a personalizzato. Il credere, come i proceduralisti, che tutto quanto esorbiti da un certo quadro concettuale abbia valore zero, con l'asseribilità, non è più vero.

26

Comprendere quello che dice un malato in molti casi è un problema di *traduzione* da ciò che viene asserito al linguaggio scientifico. Il medico una volta tradotto i discorsi del malato dovrebbe sollecitare nella relazione l'assenso o il dissenso del malato riguardo gli enunciati tradotti. Vi saranno casi in cui medico e malato faranno fatica ad intendersi. In questi casi sarà necessario un supplemento di traduzione.

27

Le asserzioni di un malato sono traducibili sulla base del fatto che il medico dovrà collegare ciò che viene asserito a ciò che lui osserva del malato. Il medico per tradurre il linguaggio del malato userà il suo linguaggio scientifico, e questo non è privo di delicatezze. Non è facile tradurre l'ontologia del linguaggio in scienza. La relazione serve a tradurre senza fraintendimenti due generi di linguaggi diversi.

28

La *traduzione* di un linguaggio empirico in un linguaggio scientifico spesso è una forma di *interpretazione*. Il medico esplicita le informazioni che gli consentono di farsi un'idea di quello che dice il malato nel suo linguaggio scientifico. Quindi definisce un numero finito di descrizioni arricchendole "se il caso" con *clausole contestuali*. Interpretare quindi non vuol

dire solo rendere clinicamente comprensibile il discorso del malato. Si tratta di capire *cosa il malato reputa vero* e se quel che il malato reputa vero è vero anche per *il medico*. Perché se non è vero allora non è asseribile.

29

La risposta che la medicina ufficiale ha dato alla domanda sociale di dialogo è la “medicina narrativa” che malgrado le sue nobili intenzioni nei confronti della crisi del medico e della medicina, non sembra la risposta più efficace.

30

Con il termine “narrazione” si intende una certa esposizione, per lo più ordinata dei fatti che riguardano la malattia in funzione di uno scopo diagnostico. In pratica essa consiste nell’esposizione obiettiva dei fatti da parte del malato. La medicina narrativa è definita una metodologia, ma in quanto tale essa altro non è se non la riaffermazione della tradizionale logica anamnestica, appunto l’esposizione dei fatti sotto forma di evidenze linguistiche. La medicina narrativa è semplicemente la riproposizione della logica di fondo del paradigma positivista e quale metodologia di base è funzionale a quelle delle Ebm che per certi versi è l’espressione più forte di detto paradigma.

31

La medicina narrativa è del tutto simmetrica alla medicina basata sull’evidenza e il suo obiettivo è quello classico dell’appropriatezza. Questo aspetto naturalmente è tutt’altro che disprezzabile. Una “buona storia del paziente” resta, anamnesticamente parlando, nel paradigma positivista la base per una buona clinica. Ma essa è del tutto lontano dalle logiche che ci servono a ricostruire la fiducia quindi da quella del dialogo del consenso e della relazione. Soprattutto è del tutto avulsa dalla questione dell’asseribilità.

Aporie

1

Oggi la medicina in auge è vittima di un clamoroso paradosso, quello della “*comunicazione senza linguaggio*”, vale a dire una grande enfasi posta sulla comunicazione con il malato, intesa come scambio di informazioni e una totale indifferenza verso le questioni del linguaggio nonostante il 900 si sia caratterizzato, sul piano filosofico, con la famosa “svolta linguistica”. Si tratta di un paradosso che non aiuta nella ricostruzione della fiducia e meno che mai nella costruzione della relazione. Oggi il problema vero è di comprendere il più possibile un certo malato. Oggi abbiamo bisogno della *completezza predicativa* cioè tutto quanto si può dire di

un malato che è e che può essere. “*Il malato è tale che...*” è una forma che consente la completezza predicativa. *Il malato è tale che*, significa dire ciò che è, quindi conoscerlo per quello che è.

Ciò senza un uso conoscitivo del linguaggio non è possibile.

2

Oggi come medicina e nonostante la cd “medicina narrativa” siamo molto distanti dalle questioni poste a proposito di asseribilità del linguaggio e forse non è un caso se questo coincide con un basso grado di credibilità sociale del medico e con alto grado di sfiducia sociale. La risposta alla domanda sociale di dialogo, di relazioni, di consensualità, di senso, a tutt’oggi resta inevasa.

3

Oggi la medicina narrativa rappresenta la classica scorciatoia nei confronti della complessità in gioco, e tradisce non trascurabili aporie:

- nei confronti dell’ebm (evidence based medicine), la medicina narrativa ne mutua la logica diventando nbm (narrative based medicine)
- per l’ebm tutta la complessità del binomio malattia/malato è ridotta forzatamente in una evidenza scientifica che altro non è se non una astrazione statistica, regredendo in questo modo dal malato alla malattia nel senso più riduttivo del termine
- per l’nbm tutta la complessità della comunicazione, dell’informazione, del linguaggio, della relazione, della asseribilità è ridotta solo a narrazione cioè a comunicazione dei fatti
- sostenere che l’nbm è “*basata*” sulla comunicazione è come dire che essa è basata sul racconto nudo e crudo dei fatti. I fatti da narrare sono clinici più che personali e in quanto tali essi rappresentano le evidenze della comunicazione ma non la realtà mentale e esistenziale del malato, meno che mai la sua individualità e ancor meno il suo pensiero
- ridurre il concetto di *competenza linguistica* al mero concetto di *competenza comunicativa* non è un gran passo in avanti. Si tratta di ridurre la grande questione del linguaggio alla questione molto più piccola della comunicazione ignorando tutte le questioni che ruotano intorno al dialogo e all’asseribilità
- essa risulta completamente tagliata fuori da quell’evoluzione di pensiero definito “*svolta linguistica*” come pure da tutte quelle problematiche prima accennate sulla strategicità del linguaggio.

4

Oggi la cosa che la medicina narrativa non ha capito è che parola con il linguaggio non è solo

narrazione, ma è qualcosa paragonabile ad una azione che agisce nel mondo. Oggi la parola è un atto linguistico. È inutile spiegare l'importanza di poter usare il linguaggio per influire sui comportamenti dei malati, ma anche per prevenire il contenzioso legale o per strutturare una vera relazione terapeutica o ancora per riconquistare i margini di fiducia sociale perduta. E l'importanza che il linguaggio ha per il malato per farsi conoscere come tale, quindi come persona.

5

Oggi l'analisi del linguaggio mette a disposizione della medicina strumenti formidabili come la teoria degli atti linguistici che si basa sul presupposto che con un enunciato non si possa solo descrivere qualcosa ma serva a compiere delle vere e proprie azioni in ambito comunicativo, per esercitare un particolare influsso sul mondo circostante.

6

Oggi la medicina narrativa ignora il potere performativo delle parole e del linguaggio applica al racconto del malato lo stesso approccio che applica al corpo sintomatico, che è quello di limitarsi a descrivere lo stato delle cose. Ciò che dice il malato deve coincidere con i suoi sintomi. Cioè deve essere evidente e descrivere delle evidenze. Il linguaggio viene in questo modo naturalizzato perdendo tuttavia il suo connotato culturale che è quello di essere sempre l'espressione di un soggetto e della sua cultura.

7

Oggi la medicina, nella relazione con il malato, *vede* più che *ascoltare* e *ascolta* come se *vedesse*, cioè attraverso uno stesso schema osservazionale e descrittivistico. Il medico "*osserva*" le parole del malato, i suoi gesti, i suoi silenzi, le sue incertezze come se fossero "*sintomi*", per cui egli finisce per fondare parte delle sue deduzioni su *sintomi figurati*. L'ideale descrittivo della medicina narrativa è del tutto simile a quello della malattia. La conoscenza è sempre "*ricoscimento*", "*rispecchiamento*", "*corrispondenza*", ma non dialogo. Il punto è che oggi questa società ci chiede dialogo, non solo di ascoltare dei resoconti sintomatologici particolarmente tratteggiati.

8

Oggi non si tratta più solo di *denotare* la malattia ma di *connotare* il malato come persona, per cui il linguaggio naturale deve aprirsi al *linguaggio personale* del soggetto, allargando il suo ideale pittorico-descrittivo.

9

Oggi il linguaggio va scelto in ragione dello scopo che si vuole raggiungere attraverso la relazione. Il linguaggio adatto dovrebbe essere quello adeguato non solo alla malattia ma anche al malato come persona.

10

Oggi la relazione e il dialogo, attraverso il linguaggio, hanno lo scopo di produrre delle *scelte consensuali* perché attraverso di esse davvero si producono informazioni. La medicina narrativa al contrario sostiene le scelte più congeniali all'apparato conoscitivo dell'ebm. Se l'informazione è creata dalla relazione, allora l'informazione è l'effetto delle scelte che si decidono nella relazione. E questo con l'ebm è poco compatibile.

11

Oggi per la prima volta, anche grazie al consenso informato, si tratta di condividere con il malato il *linguaggio convenzionale* della medicina e quindi si pone, per la prima volta, una questione di socializzazione e comprensione della conoscenza scientifica, per consentire al malato di capire la sua condizione, di dare senso alla sua situazione, di co-decidere. Questo vuol dire condividere, rendere comprensibile la conoscenza scientifica per fini pratici. Questo per il paradigma positivista è impensabile. La scienza è di proprietà del medico.

12

Oggi il consenso informato a proposito di fiducia non è una questione privata tra medico e malato, ma è una questione di *approvazione sociale* di un certo linguaggio della medicina e che attraverso una condivisione sociale diventa consenso da parte del malato su quanto decide la medicina sul suo conto. Cioè è difficile fare consenso e attraverso di esso fare fiducia senza condividere con la società un linguaggio comune. Cioè senza una certa asseribilità garantita.

Tesi

N° 51

I difficili rapporti tra medicina e società si possono migliorare attribuendo al linguaggio, alla sua conoscenza, al suo uso un ruolo fondamentale per la costruzione del dialogo e della fiducia.

N°52

Oggi la medicina e la società parlano linguaggi diversi e spesso tra loro sono incomunicanti. Per decidere insieme tuttavia il linguaggio del medico deve essere accessibile al malato e viceversa dove per accessibilità si intende asseribilità. La comprensione del linguaggio da parte del medico vale

come acquisizione di ulteriori capacità relazionali e di un modo nuovo di guardare alla relazione con il malato. La comprensione del linguaggio scientifico per il malato vale come maggiore partecipazione al proprio processo di cura.

N° 53

L'acquisizione del linguaggio da parte del medico come strumento di conoscenza del malato, inteso come persona, da usarsi nella relazione merita una formazione mirata alla quale può provvedere la dialogica. La dialogica rientra nell'ambito della conoscenza ontologica. Essa è un certo tipo di analisi che studia le configurazioni discorsive generate nell'interazione tra esseri umani tramite l'uso del linguaggio ordinario. Essa si occupa di comprendere i problemi tanto del dialogo che del linguaggio e offre strumenti di analisi importanti ai fini dell'uso della relazione e del linguaggio funzionali al recupero della fiducia sociale.

Quesiti

N°1

Comunicazione e linguaggio non sono la stessa cosa, la prima si limita a informare, la seconda a influire con l'uso delle parole e della lingua sugli atteggiamenti delle persone. Non pensate che comunicare sia ovviamente importante, ma saper usare per scopi di cura il linguaggio lo sia per certi versi di più?

N°2

Usare il linguaggio vale anche come comprendere il significato e il senso del linguaggio degli altri, quindi, alla stregua della relazione, la comprensione profonda del linguaggio, a sua volta, è una forma di conoscenza. Non pensate che attraverso la comprensione del linguaggio del malato si possa andare oltre l'ideale solo descrittivo della narrazione fino a comprendere le intenzionalità profonde del malato?

N°3

Il linguaggio per la filosofia che ne studia i problemi, è un mezzo attraverso il quale si possa risalire al pensiero. Se fosse vero come pare, non credete che la comprensione del pensiero attraverso il linguaggio, sia un modo per comprendere la complessità del malato?

N°4

Nelle università oltre a insegnare al medico l'uso epistemologico delle relazioni non sarebbe il caso anche di insegnare l'uso del linguaggio per fini ontologici, cioè per conoscere meglio e di più il malato?

N°5

E nello stesso tempo a servirsi del linguaggio per essere semplicemente più convincenti?

N°6

Essere convincenti attraverso un linguaggio adeguato per il medico significa avere la forza e la capacità di persuadere, non solo mediante l'evidenza o la pertinenza delle prove o degli argomenti scientifici addotti ma anche mediante la propria credibilità personale. Non pensate che il linguaggio più adeguato al malato (non più appropriato alla malattia) sia il connotato primario o almeno immediatamente percepibile della propria credibilità professionale?

Consenso informato

Sinossi

Dopo la relazione, il dialogo, il linguaggio condiviso, quindi asseribile, il consenso informato è lo strumento fondamentale per il recupero della fiducia sociale e per combattere la piaga del contenzioso legale, quindi per riformare i rapporti tra medicina e società.

La condizione è che il consenso informato costituisca effettivamente la base per una vera asseribilità.

Proposizioni di approfondimento

1

Sul consenso informato manca una definizione univoca e condivisa. Queste le principali definizioni correnti:

- obbligo di informare il paziente che deve subire un trattamento terapeutico
- l'accettazione che il paziente esprime a un trattamento sanitario
- forma di autorizzazione del paziente a ricevere un qualunque trattamento sanitario previa la necessaria informazione
- presupposto di legittimità dell'azione del medico
- manifestazione di volontà che il paziente esprime per poter proseguire in molte pratiche assistenziali
- “atto di cortese umanità” tramite il quale colui che è depositario del sapere medico svela al malato i problemi della sua malattia
- autorizzazione a seguire determinate pratiche mediche
- libera manifestazione di volontà del malato
- ecc.

2

Queste definizioni, apparentemente, sembrano tutte variazioni sul tema ma in realtà tradiscono, sul consenso informato, concezioni tra loro molto diverse.

Sono facilmente individuabili almeno due gruppi di definizioni quello basato:

- sulla volontà del malato
- sull'atto di legalità.

3

In queste due concezioni diverso è lo schema esplicativo:

- il primo accentua gli aspetti della relazione, della scelta, quindi non solo del significato della malattia ma anche il senso che la malattia ha per un malato in un certo momento della sua vita ed altre cose e farà della volontà del malato un valore etico di fondamentale importanza. Quindi prevarrà una definizione etica di consenso informato.
- il secondo accentua il significato procedurale del consenso informato quindi il suo significato legale e mette al centro gli aspetti legali rispetto ai quali fatalmente l'etica viene ridotta a procedura.

4

Il consenso informato è, certamente, una grande questione bio-etica, ma, fin dalle sue origini, esso è una grande questione deontologica. Esso è, in qualche modo, il *correlato oggettivo* dell'interdipendenza che esiste tra:

- i doveri professionali dei medici
- i diritti di cura del malato.

La deontologia questo aspetto dovrebbe esplicitarlo meglio e di più.

5

Fino ad ora il consenso informato è stato usato come uno strumento opportunistico proprio ad un comportamento opportunistico del medico. In quanto tale andrebbe inquadrato quindi nelle problematiche del “self-interested”, del “free rider” e che altri indicano con l'espressione “medicina difensivistica”. Uno stravolgimento della funzione che certamente non giova al recupero della fiducia se si pensa che il consenso informato nacque come difesa della persona dall'eccessiva invadenza della medicina, dalla sua disinvoltura sperimentale, dal suo strumentalismo scientifico.

6

Con il cambiamento ontologico della figura del malato (da paziente a esigente) il consenso informato invece di essere usato come uno strumento etico al servizio dell'autodeterminazione del malato “nella pratica” viene usato come uno strumento legale per difendere il medico dalle responsabilità professionali. Dalla difesa *del* malato *dalla* medicina si è passati alla difesa *della* medicina *dal* malato.

7

A mano a mano che il concetto di “responsabilità” muta nella società con l'affermarsi dell'e-

sigente l'atteggiamento giurisprudenziale si sposta sempre più dalle ragioni del danneggiante all'interesse del danneggiato, (dalla sostanziale irresponsabilità del medico alle ipotesi di risarcimento del danno), ebbene quasi in modo parallelo il consenso informato si connoterà sempre più come una procedura self-interested.

8

Un altro fattore che paradossalmente ha favorito la degenerazione del consenso informato in senso opportunistico è sicuramente l'affermarsi del "*proceduralismo*" tipico delle aziende sanitarie, usato come un *principio di moderazione dei costi* quindi contro gli effetti antieconomici dei comportamenti degli operatori.

9

Responsabilità, proceduralismo e organizzazione anti relazionali hanno come "dirottato" il consenso informato sui binari di una relazione che nella sostanza non lo è.

10

Oggi la riduzione dell'etica a legalità è un impoverimento profondo che sta a testimoniare una rottura storica nei rapporti tra medicina e società. Che si deve urgentemente recuperare.

11

L'opportunist che oggi usa il consenso informato, non è quello descritto dal dizionario, cioè colui che con l'astuzia, l'inganno o l'abuso, trae un vantaggio personale di natura, il più delle volte economica, ma è colui che "*compete*" con i rischi, gli errori, le limitazioni, che concernono l'esercizio della sua professione, in una azienda che, a sua volta, è dentro una società di "esigenti" che, a sua volta, ricorre in certi casi, a tutte le prerogative della cittadinanza (libertà, democrazia, informazione, relazione, autodeterminazione ecc.), fino al tribunale.

12

Il consenso informato usato in modo opportunistico, proprio perché è scadimento dell'etica a legalità, è innanzitutto un *problema morale* per alcune ragioni:

- è uno "*stile*" operativo indifferenziato
- è una forma di *dis-impegno* professionale
- è una *forma burocratica* di relazione nella quale il malato è di fatto una *contro-parte* potenziale
- è *abuso* di uno strumento informativo che potrebbe e si dovrebbe usare in modo diverso
- è una *banalizzazione* del valore della "*procedura*

- è l'espressione di una “*non- libertà*” del malato
- è una *strumentalizzazione* da parte dell'operatore di uno *stato di necessità* del malato.

13

Il consenso informato, usato in modo opportunistico, ha due facce:

- fare in modo che il malato *consenta formalmente* anche se il consenso non è un reale ma semplicemente un'autorizzazione procedurale
- usare l'informazione ma *senza informare realmente*.

14

In questo senso l'opportunismo rientra, con la sua problematicità, negli stili delle professioni e di un servizio, nelle modalità operative degli operatori, cioè fa parte come si suole dire di un “sistema”, fino a diventare un “costume” quindi un problema sovra-individuale che appartiene a “certa” sanità e a “certa” medicina. È tutto ciò a farne un problema morale di primaria importanza. Se fosse solo un problema individuale basterebbe solo un po' di deontologia.

15

Gli abusi sul consenso informato si hanno perché esso è il *sottoprodotto coerente* con le situazioni reali soprattutto organizzative in cui i medici operano. Esso non è un incidente di percorso, tutt'altro, esso è “*coerente*” paradossalmente con i limiti storici che caratterizzano ancora oggi la formazione del medico e degli altri operatori, con i modelli organizzativi di certe istituzioni come gli ospedali, con una quantità impressionante di “invarianze” culturali che si reiterano tutti i giorni in ogni scelta e decisione clinica nel modo di fare medicina, di fare il medico e nel modo di considerare il malato.

16

Non si può dare nessun consenso informato né senza una “*situazione*” né senza una “*relazione*”. Il medico è colui che informa in una situazione e in una relazione. Ne consegue che, nelle situazioni e nelle relazioni, il medico e il malato sono soggetti “*come se accadesse*”, cioè che si caratterizzano con il tipo di contesto nel quale operano. Ma in un ospedale l'unica “situazione” che conta è quella che impone la sua organizzazione.

17

La relazione tra un chirurgo che deve operare e un malato che deve essere operato, è il campo in cui si incontrano i “modi di essere” dell'uno e dell'altro in una situazione. Questi *modi di essere* sono rappresentati da ciò che dice il medico al malato e viceversa. L'informazione è

molto più di quello che dice. Quindi non è solo comunicazione. Ma è senso e significato in una relazione dentro una situazione. È ciò che nel capitolo precedente abbiamo chiamato “asseribilità”.

18

Se il consenso informato è una questione di “situazioni”, di “relazioni” e di “modi di essere”, le sue qualità informazionali e decisionali alla fine si esprimeranno “attraverso” situazioni e relazioni e modi di essere. Capire ciò è molto importante soprattutto per evitare che si parli di consenso informato con degli approcci “*anti-situazionali*” scaricando la responsabilità solo sul medico, come se fosse una questione “a sé stante” indipendente dal resto, dai contesti, dalle politiche aziendali, dalle organizzazioni dei servizi, dai tempi di lavoro ecc. Parlare di consenso informato in una situazione significa “*attraverso*” la situazione che per ovvi motivi non può essere ignorata o sussunta. Oggi i medici, per le loro reali condizioni di lavoro, non sono in grado di garantire al malato un buon consenso informato.

Aporie

1

Oggi il consenso informato è come un reperto “bioptico” che ci dà molte informazioni sulle contraddizioni e sui paradossi del sistema, delle professioni, dei rapporti tra società e medicina e sanità. Esso ci dice che il problema è di una certa complessità e che la prima cosa da fare è la sua de-banalizzazione.

2

Oggi per restituire al consenso informato il suo giusto ruolo e il suo giusto significato sarà necessario:

- rimuovere le circostanze che favoriscono i comportamenti opportunistici
- ripristinare le giuste condizioni metodologiche imperniate sull’interesse primario del malato
- ripristinare le basilari condizioni di una corretta “relazione” dialogica
- usare la procedura per favorire la co-decisionalità
- fare dello stato di necessità del malato una contingenza nella quale avviene la scelta
- fare dell’asseribilità, lo strumento principale per favorire la scelta.

3

Oggi il punto politico e culturale allo stesso tempo, è: “*come*” organizzare una relazione tra “ruoli diversi, quelli scientifici del medico e quelli sociali del malato, dentro contesti speciali come i servizi. Si tratta di una questione che non può essere vista come “*incompleta*”, illu-

dendosi che basti aumentare il “flusso” dell’informazione dal medico al malato per risolvere tutto. Il problema di fondo è la “*qualità*” della relazione quindi la fiducia del malato nei confronti del medico.

4

Oggi non possiamo illuderci che il problema si risolva sollecitando solo la volontà dei medici facendo appelli alle deontologie e alle “*medical humanities*”. Si tratta di cogliere le interconnessioni che esistono tra l’operatore, le organizzazioni in cui lavora e il malato. Si tratta di aggiornare il modo di essere del medico ma anche di adeguare le organizzazioni dei servizi.

5

Oggi nelle aziende non è per niente facile avere delle relazioni, fare informazione, avere anche semplici condizioni materiali per farlo a partire dal tempo disponibile, e poi la burocratizzazione di certo non favorisce l’uso corretto del consenso informato.

6

Oggi il consenso informato dovrebbe essere considerato una *relazione negoziale* per prendere la migliore decisione. In altri termini è una “*transazione*” tra ciò che conviene tecnicamente, ciò che è conveniente soggettivamente rispetto a una contingenza data. Quindi uno scambio non solo di informazioni, ma di volontà, di punti di vista, di significati e di senso. Lo scambio è tra evidenze e rilevanze.

7

Oggi il consenso informato è la partecipazione dell’uomo malato a ciò che più gli è *conveniente*. Il concetto di partecipazione ha come contenuto la *determinazione dell’essere*, nel nostro caso dell’individuo malato, nel momento del suo rapporto con la malattia che è sempre un rapporto con la sua condizione di fragilità e di finitudine. La partecipazione è l’unica abilitata a dare senso alla malattia in particolare se essa comporta il rischio di morire. Essa è conoscenza non di una malattia ma di una *condizione esistenziale* causata dalla malattia.

8

Oggi più che mai la partecipazione rientra nei diritti di cittadinanza dell’individuo, con tutto quello che questo comporta (relazione, informazione, co-decisionalità ecc.). In questa forma non può sfuggire il significato strumentale del diritto: attraverso di esso passa il significato filosofico di partecipazione che è il modo per l’uomo malato di autodeterminarsi soprattutto quando la sua salute o la sua vita è in pericolo.

9

Oggi c'è da chiedersi seriamente quale ospedale dovremmo avere per favorire una procedura corretta di partecipazione del malato alle decisioni che lo riguardano? Che genere di operatori dovremmo avere per avere delle vere relazioni consensuali?

10

Oggi la cultura dell'ospedale non solo è impersonale, anti-relazionale ma è categoricamente anti-partecipazionale. Il nodo riguarda fundamentalmente il "modello di governo" dell'ospedale. È difficile organizzare il consenso informato su base compartecipativa quando, più in generale, il modello di governo dell'ospedale è espropriativo delle prerogative di partecipazione del cittadino e del medico. È difficile chiarire un qualsiasi genere di relazione, quando il sistema di governo non prevede relazioni. Per un medico non è facile fare partecipazione dentro un contesto, una cultura, delle modalità organizzative e operative tutto sommato indifferenti ad essa. Questo spiega perché l'istituzione soprattutto ospedaliera è stata fino ad ora sostanzialmente *acquiescente* rispetto ai problemi del consenso informato, ma soprattutto spiega la sua paradossale complicità, la sua tolleranza e il suo disimpegno. In realtà sembrerebbe che l'opportunismo della professione non sia altro che l'espressione di un *opportunismo dell'istituzione*, peraltro, molto radicato.

11

Oggi la nozione di *con-senso* richiama l'approvazione data a qualcuno che vuole fare certe cose. In realtà, essa ci dice che prima di approvare si dovrebbe *condividere un senso* e che la *condivisione* è la *condizione* per *l'approvazione*. Se una relazione con il malato, non è *consentanea*, cioè non ha la qualità della condivisione del senso, essa esprimerà un consenso *non informato* quindi *solo* un'approvazione. *L'approvazione* che prescinde dal *senso* non è *consenso*. Per evitare questo imbroglio, la *relazione* dovrebbe essere *senziente*, cioè dotata di *senso*. Il malato non è *senziente* per sé stesso ma in ragione della *relazione* che ha con il medico. Costruire senso vale come il porre in essere il *sentirsi malato* con il fine di validare la sua *esperienza di malato*.

12

Oggi *con-senso* non significa *istruire* un malato sul trattamento necessario, a cui sarà sottoposto, ma al contrario significa *costruire* con lui delle *scelte* circa le sue *diverse* necessità. Il *con-senso* non si preoccupa di *istruire* dei comportamenti ma di *costruire* il senso che serve per operare delle scelte. La differenza tra *istruzione* e *costruzione* fa la differenza tra un'approvazione senza consenso e un consenso a cui segue un'approvazione.

13

Oggi la questione del consenso informato più che mai è importante perché ha a che fare con la fallibilità della medicina e con il fenomeno crescente del contenzioso legale. Il punto di incontro tra il medico e il malato è costituito proprio dalla *fallibilità*. Qualsiasi scelta in medicina avviene sempre in condizioni di relativa incertezza per cui il consenso informato deve essere usato per governare l'*incerto*. Attraverso il consenso informato il malato va educato all'incertezza e coinvolto nelle decisioni. Ottenere dal malato un'autorizzazione sulle scelte del medico senza aver costruito con lui una reale consapevolezza sull'incertezza degli esiti scarica alla fine l'intera responsabilità delle scelte sulle spalle del medico e sul tipo di medicina che si pratica. Meglio sarebbe, in ragione dell'incertezza e della fallibilità, distribuire le *responsabilità*, cioè considerare la relazione con il malato, come una situazione nella quale almeno due soggetti *scelgono*, di comune accordo, cosa fare, sapendo che l'esito delle scelte non mai scontato. Consenso informato vale come corresponsabilizzazione.

14

Oggi il consenso informato da gioco opportunistico quindi non cooperativo deve diventare un gioco cooperativo. Il gioco non cooperativo è una situazione in cui i soggetti scelgono *individualmente* cosa fare. Cambiando il *tipo di gioco* le scelte saranno valutate non più solo in funzione della probabilità e dell'utilità attesa, ma anche della *convenienza*. Il gioco cooperativo fa dell'incertezza e della fallibilità una risorsa obbligando a cooperare prendendo atto della loro interdipendenza.

15

Oggi attraverso il consenso informato si costruisce quello che si definisce *rapporto fiduciario*. *Fiducia*, per restare ai significati delle parole, è il campo della *con-fidenza*, che vuol dire avere la *stessa fede*, rispetto alle scelte e alle decisioni da prendere, intendendo per *fides* esattamente quello che intendevano i latini, cioè credibilità, autenticità, correttezza. Nel diritto romano, la *fiducia* era un contratto con il quale si dava a qualcuno una cosa affinché questa fosse restituita. La fiducia in medicina non è diversa: un malato trasferisce al medico il possesso transitorio della sua malattia in *modo fiduciario* per avere poi indietro la salute nei termini delle cure necessarie. Il medico così diventa *delegato fiduciario* che opera sulla base di un *pactum fiduciae*.

16

Oggi in medicina, proprio perché prevale l'imbroglione del consenso informato, la sfiducia assume i connotati della *insicurezza* cioè come *paura delle conseguenze*. La gente quando va in

ospedale ha paura dell'ospedale e di quello che può capitargli. È evidente che se quello che si teme poi si avvera il minimo è andare dal giudice. Non è un caso se proprio in questi anni si sono sviluppate metodologie come il *risk management*, la *patient safety*, che hanno messo al centro delle loro tecniche proprio la *sicurezza* del malato. In queste metodologie, *gestire* la massima sicurezza finisce con il dimenticare che essa, entro certi limiti, è *irrealistica*, perché la fallibilità resta, comunque, ragionevolmente irriducibile. La *gestione* di una improbabile massima sicurezza rischia di rivelarsi un altro imbroglio, proprio come il consenso informato, e ancora una volta a discapito della fiducia.

17

Oggi se in medicina la sfiducia ha la forma dell'insicurezza non vuol dire che dobbiamo assecondare il sillogismo contrario: "se sicurezza allora fiducia", convinti che la sicurezza sia la condizione della fiducia, perché ciò vorrebbe dire ignorare le condizioni di incertezza della cura e la fallibilità irriducibile della medicina. Cioè tirarsi la zappa sui piedi. La fiducia non è solo una questione di sicurezza ma è soprattutto una questione di natura del gioco. Di relazioni e di dialogo. Si tratta di *cambiare tipo di gioco*, cioè di ricercare un accordo nuovo tra medici e malati, tale da includere non escludere nella loro relazione i problemi dell'incertezza e della fallibilità.

18

Oggi una buona definizione di consenso informato avrebbe dovuto introdurre una distinzione tra:

- istruzioni che accompagnano un trattamento essendo queste costitutive di esso e che non pongono problemi di scelta
- informazioni necessarie a prendere una decisione e a effettuare delle scelte.

Alla fine, ci si dimentica di chiarire che il consenso informato è strumentale alla scelta che non può più essere delegata solo al medico.

19

Oggi il valore dell'autodeterminazione, al quale si riferiscono la maggior parte dei giuristi e dei medici legali, citando la convenzione di Oviedo e non solo, si attua con la *scelta* rispetto alla quale l'informazione ha un ruolo strumentale.

Quindi non sarebbe completamente corretto declinare l'auto-determinazione con il consenso informato riducendolo ad informazione, sarebbe invece più corretto declinare l'autodetermi-

nazione come scelta per la quale servono delle informazioni.

20

Oggi se per *informazione* si intende semplicemente un insieme di dati correlati tra loro e per *spiegazione* si intende insegnare a qualcuno qualcosa di difficile, di non conosciuto di complicato, si ha chiara la differenza tra due modalità comunicative e relazionali abbastanza diverse. *Spiegare* per avere un consenso ha il significato di un *atto operativo nell'atto operativo*. L'atto operativo in senso stretto, in questo senso, sarebbe subordinato *all'atto di spiegare*, cioè all'atto che chiarisce ciò che è implicito, per rendere chiaro l'atto in quanto tale, le sue implicazioni, i suoi vantaggi, i suoi rischi al fine di renderlo comprensibile al malato. *Informare* è invece un insieme di dati che possono riguardare tanto l'atto che la malattia, i rischi che si corrono e le possibili alternative.

21

Oggi la legge a proposito di consenso informato insiste per somministrare al malato una informazione completa senza preoccuparsi della comprensibilità e meno che mai del convincimento. Un malato che deve decidere sul da farsi ha bisogno di credere a quello che gli si dice e di convincersi che quello che gli si dice è la verità. E questo si ottiene non con una informazione completa ma con una buona relazione in grado di controllare le possibili discrepanze che passano tra il concetto di comunicazione e il concetto di informazione, cioè tra il concetto di messaggio è quello di interpretazione del messaggio.

22

Oggi è giusto garantire al malato la completezza del messaggio cioè una certa quantità di informazione, ma nello stesso tempo bisogna convincerlo e persuaderlo con la relazione. Il concetto di informazione da solo risulta piuttosto ambiguo.

23

Oggi nelle norme sul consenso informato si chiama informazione ciò che in realtà è comunicazione credendo che basti fornire dei dati ad un malato per fare informazione. Questo non è corretto. L'*informazione* vera è sostanzialmente una *relazione* tra un messaggio e una persona, o due persone, o più persone ed è la *scelta* da parte di *qualcuno* di attribuire un significato a *qualcosa*. L'informazione vera è *intelligibilità*.

24

Oggi nelle norme sul consenso informato si dice che “*Il tempo della comunicazione tra medico*

e paziente costituisce tempo di cura". Dire che il "*tempo della comunicazione*" è tempo di cura vale come dire che il "*tempo della relazione è tempo di cura*". Ma questa è una sciocchezza perché significa ammettere l'esistenza di due tempi: quello della cura e quello della relazione. In realtà la relazione è cura e la cura è relazione quindi i suoi tempi sono quelli di un unico processo indivisibile. Non esiste il tempo della comunicazione. Esiste una idea di cura nella quale la comunicazione è parte integrante del trattamento.

25

Oggi quando si parla di "*tempo della cura*" si parla pragmaticamente di tre cose: gli orari di lavoro, gli organigrammi, le organizzazioni del lavoro. Il consenso informato per essere correttamente esercitato dai medici e dai malati deve avere condizioni di lavoro favorevoli. La più importante è il tempo di lavoro. Non si può pretendere dal medico di esercitare il consenso informato in modo corretto dentro contesti di lavoro assolutamente contrari alle relazioni, alla partecipazione, alla condivisione.

Tesi

N°54

Il consenso informato è il principale strumento per ricostruire un rapporto fiduciario con la società e con il cittadino malato. Ma per avere la fiducia l'acquisizione del consenso per un medico non vuol dire limitarsi ad ottenere solo una approvazione formale da parte del malato ma costruire le condizioni per una reale condivisione delle scelte cliniche. Al contrario per avere fiducia il consenso informato deve entrare tra i doveri del medico, ma non come dovere di informare ma come dovere alla relazione consensuale.

N°55

In genere la nozione di con-senso richiama l'approvazione data a qualcuno che vuole fare certe cose, in realtà, essa ci dice che prima di approvare si dovrebbe con-dividere un senso e che la condivisione è la condizione per l'approvazione. Se una relazione con il malato, non è consentanea, cioè non ha la qualità della condivisione del senso, essa esprimerà un consenso non informato quindi solo un'approvazione. L'approvazione che prescinde dal senso non è con-senso cioè è "con" ma senza "senso". Si tratta di evitare un'approvazione senza "senso" e di favorire un accordo tra due persone e che dà luogo ad una qualche approvazione. Il consenso informato vuole significare assenso reciproco tra sensibilità, conoscenze, contingenze, sentimenti, opinioni ecc.

N°56

Con-senso quindi non significa istruire un malato sul trattamento necessario, a cui sarà sottoposto,

ma al contrario significa costruire con lui delle scelte circa le sue diverse necessità. Il medico non dovrebbe solo preoccuparsi di istruire dei comportamenti ma anche di costruire il senso che serve per operare delle scelte. La differenza tra istruzione e costruzione fa la differenza tra un'approvazione senza consenso e un consenso a cui segue un'approvazione.

Quesiti

N°1

Non credete che allo stato attuale il consenso informato a parte la relazione e il linguaggio, concetti ancora in corso di definizione, è il solo strumento, per altro definito dalla legge, per recuperare la fiducia del malato e della società?

N°2

Se è così, come sembra, non credete che all'uso del consenso informato debba precedere un chiarimento sulla sua funzione il suo impiego e sulle modalità che lo esplicano?

N°3

È chiaro che esso non può essere ridotto quindi immiserito a procedura legale anche se il suo uso ha innegabili effetti legali. In questo caso il consenso informato in quale altro modo potrebbe essere definito?

N°4

La legge sulle Dat contiene al suo interno un certo numero di articoli dedicati al consenso informato i quali sono tutti di derivazione deontologica. In questo passaggio tra deontologia e legge non pensate che si sia perso per strada qualcosa?

N°5

Non pensate che subordinare tutte le prestazioni mediche al consenso informato sia decisamente eccessivo?

N°6

Definire il consenso informato solo dal punto del principio di autodeterminazione quindi solo dal punto di vista del malato non credete che sia un errore? In fin dei conti il consenso informato è una relazione di tipo fiduciario senza la quale esso diventa una banale procedura legale.

N°7

Ridurre il medico nei confronti del consenso informato come a un mero esecutore di volontà

del malato secondo voi non rappresenta una forma neanche troppo malcelata della figura e del ruolo del medico?

N°8

Se il consenso informato è una relazione fiduciaria dovrebbe essere almeno una relazione paritaria tra due relati dialoganti, ma se il baricentro è solo una visione ideologica dell'auto-determinazione del cittadino malato, come è possibile avere una relazione paritaria?

N°9

I più vedono al consenso informato come qualcosa di dovuto a organizzazioni del lavoro e dei servizi invariati, come se avere una relazione, informare il malato, istruire a delle decisioni, condividere dei dubbi, non comportasse tempo e non abbisognasse almeno di aggiornare le organizzazioni del lavoro. Non pensate invece che per agire correttamente il consenso informato si debbano ridefinire quelle organizzazioni del lavoro pensate ab ovo a consenso informato assente?

N°10

Non aggiornare le organizzazioni del lavoro significa che il consenso informato resta un obbligo marginale del medico, obbligo esplicabile ai margini del lavoro, quindi come un di più. Non pensate che questo sia una grossa svalutazione del consenso informato? La legge sulle Dat prevede che la sua attuazione sia a costo zero, ma è ragionevole pensare che il consenso informato non abbia bisogno di finanziamenti mirati?

Il medico e l'economia

Sinossi

Il cambiamento sociale come abbiamo visto è il principale responsabile delle crisi professionali del medico ma in esso c'è un cambiamento nel cambiamento che riguarda il rapporto tra professione e limite economico, e che spiega almeno in parte in cosa consiste la "questione medica". Il limite economico è di fatto diventato la principale giustificazione allo snaturamento della professione ma soprattutto facendo passare surrettiziamente l'idea che anche in medicina prima di ogni cosa, quindi prima della scienza della morale, viene l'economia che tutto soggioga e tutto governa. La questione economica, per il medico, non è riducibile semplicemente a creare condizioni finanziarie di risparmio, ma deve essere ricondotta a degli equilibri oggi profondamente compromessi tra i valori della morale quelli della scienza e quindi dell'economia. È del tutto inutile rivendicare di poter fare bene la professione del medico se la gerarchia dei valori subordina in modo assoluto quelli della medicina e della professione e quindi del malato alla disponibilità di risorse. Questa gerarchia valoriale, per altri versi anche inevitabile, dal momento che senza soldi non si fa niente, è da ridiscutere profondamente ma non attraverso l'apologia cioè difendendo in via di principio i valori della medicina, della cura, del diritto, ma trovando un accordo tra i valori in gioco e quindi ridiscutendo il significato di sostenibilità e soprattutto ribaltando l'approccio che intende garantire la sostenibilità contro il medico anziché garantirla attraverso il medico. Chi ha detto che il medi-

co in quanto medico sia automaticamente diseconomico? Chi ha detto che la morale la scienza e l'economia non possono trovare un modo per coesistere?

Oggi in medicina per riequilibrare i rapporti tra etica scienza e economia, perché di questo si tratta, il medico oltre ad essere quello che è ed è sempre stato deve diventare a sua volta una specie di homo o economicus ma non nel senso della teoria economica classica cioè di un uomo che cura solo i propri interessi individuali, ma nel senso di essere attento in prima istanza, nell'esclusivo interesse del malato, alle conseguenze economiche dei suoi atti delle sue scelte. È la clinica autonoma e responsabile che deve controllare l'economia non il contrario per la semplice ragione che solo il medico clinico-economico può sapere se un limite è gestibile senza danneggiare il malato. Un economista non saprà mai gli esiti dei limiti che la sua razionalità impone ai medici e ai malati. Ma per fare questo la clinica deve imparare ad essere clinica e economia. Il medico per imparare a conciliare i bisogni degli ammalati con le risorse disponibili deve dotarsi di nuove idee capaci di reinterpretare quelle vecchie che lo hanno ridotto ad essere un non medico, vale a dire quelle soprattutto di sostenibilità e di compatibilità.

Resta inteso che la scelta di campo che un medico proprio perché è tale non può non fare, perché deontologicamente vincolante, è che comunque prima di ogni cosa viene la necessità del malato anche prima dell'economia. Ad un medico non si può chiedere il contrario perché non sarebbe più un medico.

La contropartita a questo obbligo deontologico è che il medico si impegni a soddisfare le necessità primarie del malato in modo ragionevole quindi in modo da rispondere anche alle necessità innegabili dell'economia.

L'economia contro la professione vale come se fosse contro il malato l'economia attraverso la professione vale invece come se fosse comunque per il malato. In sostanza la partita vera è essere capaci di trasformare un limite in una possibilità.

Proposizioni di approfondimento

1

Con il termine *eteronomia* si indica la crescente dipendenza della medicina da *limiti* ad essa esterni. Questi possono essere la gestione, il risparmio, l'organizzazione. Il limite è rappresentato dal crescente peso dei problemi economici che, rispetto alla medicina, condiziona le sue storiche autonomie. L'eteronomia della gestione gioca contro l'autonomia della professione. Più cresce la prima per ragioni economiche e più diminuisce la seconda anche a dispetto dei propri dettami deontologici.

2

La medicina è sollecitata sempre più ad adattare la necessità di cura delle persone ai problemi della spesa pubblica, a mediare le possibilità della sua razionalità scientifica con la disponibilità delle risorse. Mediazione complessa proprio in ragione del conflitto ormai endemico tra diritto e risorse limitate. Il medico se non trova una mediazione soddisfacente è destinato a perdere, per ragioni esterne, il *carattere autoregolatore* dei suoi giudizi, delle sue scelte, dei suoi atti.

3

Con il crescere dei limiti economici per la ragione medica è sempre meno possibile esprimere una *autonomia immediata* mentre diventa regola esprimere una *autonomia mediata* da il limite economico. Oggi ogni atto della medicina è sottoposto sempre di più ad un qualche tipo di obbligazione organizzativa, gestionale, contabile. Il limite economico diventerà sempre di più il complemento necessario di tutte le rappresentazioni della volontà medica.

4

A parte il paradosso che oppone maggiori possibilità di cura per il malato a maggiori limiti economici per il medico, quello più doloroso, perché responsabile di gradi crescenti di sfiducia del cittadino nei confronti del medico, è che a meno limiti culturali del malato corrispondono più restrizioni del medico. Questa asimmetria è il medico a pagarla sotto-forma di crescente delegittimazione. Agli occhi della società non sono tanto le leggi di bilancio ma è il medico che non è in grado di garantire una cura soddisfacente del malato come dovrebbe.

5

Mentre l'esigente, la nuova domanda di cura, le nozioni più avanzate di salute e di benessere, sono sempre più incompatibili con le restrizioni economiche imposte alla medicina, la relazione, la persona, l'opinione finale del malato, la gestione corretta del consenso informato, diventano sempre più incompatibili con la natura gestionale delle aziende sanitarie. Un limite risulta ancor più limitante se è, in una relazione di incompatibilità, in concorrenza con altri limiti.

6

Mentre sul piano scientifico la *ragione medica è limitata* cioè resa imperfetta dai limiti delle proprie conoscenze, per la disponibilità di risorse è diverso. Questa dipende non da una insufficienza inevitabile ma da decisioni politiche, finanziarie, organizzative. Se non conosco la causa del cancro è un limite di conoscenza di cui ci si deve fare una ragione ma se non ci sono

i soldi per curare il cancro è un limite politico dal momento che le risorse potrebbero essere disponibili a certe condizioni.

7

In questa accezione il limite economico non necessariamente sarebbe una negatività ma potrebbe essere considerato una possibilità per ridiscutere le sue condizioni. Cambiando le condizioni il limite economico può perfino non essere tale e quindi non limitare e diventare una possibilità.

8

La condizione per trasformare un limite in una possibilità da parte del medico, è, a partire dal limite, avviare una ricerca sulle soluzioni ragionevolmente possibili. Davanti a poche risorse un medico ragionevolmente, cioè entro certi limiti di manovrabilità, può intervenire sulla propria organizzazione del lavoro, sulle sue prassi abitudinarie, sui rapporti con gli altri, sui suoi modi di operare al fine di compensare magari evitando delle possibili diseconomie. Ma per fare questo il medico non deve avere meno autonomia ma più autonomia.

9

Il medico economicamente ragionevole, per essere tale, non può accettare semplici sottomissioni. Sarebbe irragionevole per lui limitarsi ad eseguire le decisioni degli altri. Egli per essere ragionevole deve poter decidere. Egli semmai proprio perché vi è un qualche limite deve avere la libertà di ripensare il ripensabile. Sino ad ora abbiamo ignorato il ripensabile, accanendoci sul compatibile cioè limitando tutto quello che c'era ad un limite. Il mondo ad esempio dell'ospedale restava invariante ma limitato. Invece il mondo dell'ospedale può cambiare allo scopo di non essere limitato.

10

Il medico in questi anni ha subito il limite economico come semplice condizionamento alla sua autonomia razionale. Egli, non è riuscito ad avviare un ripensamento della sua razionalità nel senso della ragionevolezza perché nessuno sino ad ora ha posto il problema del paradigma. Cioè del suo ripensamento. Restando sostanzialmente invariata la professione medica ha subito il limite come costante deprivazione di facoltà. Senza un ripensamento del paradigma, le sue deprivazioni continueranno e allo spaesamento si aggiungerà lo snaturamento di una professione che per quanto razionalmente limitata nelle proprie conoscenze era pur sempre eticamente orientata.

11

La parola più adatta ad esprimere la necessità di ripensare il paradigma non è *resilienza* (resistenza agli urti della realtà) ma è *resipiscenza*, cioè il *rinsavire* rispetto ai propri problemi e ai propri limiti. Non si possono governare i limiti imposti al medico senza riconoscere prima quelli del medico. La *resipiscenza* propone una medicina ragionevole che riflette su sé stessa avviando i cambiamenti di cui necessita per non essere ridotta a difendersi dalle restrizioni economiche che la stanno assediando e snaturando.

12

I limiti economici tuttavia non sono solo un problema di quantità di risorse disponibili, ma anche di qualità del sistema. Un medico ragionevole rispetto ad una medicina solo razionale costa meno ed è più adeguato al malato. Il ripensamento dei modi di essere delle professioni e dei servizi sono allo stesso tempo risposte etiche e economiche. La relazione, il consenso informato, sono implicitamente forme di risparmio sia etico che economico. Le soluzioni ai problemi della fiducia quindi della relazione, del consenso informato, della personalizzazione, sono da intendere non solo come migliorative del rapporto tra medicina e società, ma anche come soluzioni a certi problemi di economicità del sistema sanitario nel suo complesso.

13

La regressività della figura del medico nei confronti dei tanti cambiamenti sociali che si sono avuti *ha dei costi che a loro volta accentuano i limiti economici*. In questi anni, in sanità, sono stati fatti tanti “*patti*” per contenere in qualche modo la spesa. A guardare ognuno di essi dal punto di vista dei rapporti tra medicina e sanità, si scopre che altro non sono se non accordi tra *invarianza e spesa*, tra *inattualità dei servizi e delle professioni e finanziamento*, tra *misure di riorganizzazione e invarianza dei modelli*, ecc. Questo si chiama “*paradosso del miglioramento senza cambiamento*”.

14

L’incapacità della politica a ripensare sia la medicina che la sanità, nei confronti del limite, è il limite più grande che si aggiunge a quelli economici. L’incapacità a concepire un qualche cambiamento a partire dal limite, per la politica è un ammettere la sua incapacità a percepire il cambiamento come concepibile. Questo è il più grosso limite che si è imposto a medicina e a sanità. La medicina e quindi il medico anche con proprie responsabilità, ne è la prima vittima. Ma prima di tutti i cittadini malati. Il limite economico nasce anche dalla incapacità della politica a fare di una necessità una virtù. Una politica senza un pensiero riformatore di fronte alle difficoltà della spesa pubblica non può che tagliare.

15

Il limite economico in sanità non è mai una quantità assoluta e perentoriamente limitante, ma qualcosa di diffuso che è organizzato con certi tipi di aziende, con un certo genere di programmazione, con una certa idea di gestione, di programmazione, e ovviamente come limite finanziario. Il limite economico produce la mentalità della *compatibilità* per la quale tutto deve essere sottomesso a qualcosa, a qualcuno, perché tutto diventa sub veniente.

Ma la compatibilità è la prima forma di invarianza. A qualcosa che non cambia mai gli si chiede di adattarsi semplicemente al limite economico cioè di funzionare di meno. Quasi mai gli si chiede di cambiare per costare di meno.

16

Il primo grande fraintendimento del quale è certamente responsabile la politica del tempo ma con le inevitabili complicità derivate, è stato quando nel '78 si è pensato di fare una riforma di sistema a medicina e a medico invariante vale a dire a formazione medica invariante. Un fraintendimento che non è mai stato chiarito neanche con le riforme successive del 1992 e del 1999. Oggi paghiamo le conseguenze economiche di questo abbaglio. Oggi i medici per non restare troppo indietro nei confronti dei cambiamenti sociali economici che li stanno incalzando, si devono sbrigare ad essere maggiormente adeguati alla società e all'economia con la quale hanno a che fare. Cioè devono ripensarsi. Tale ripensamento avremmo dovuto farlo 40 anni fa.

Aporie

1

Oggi la nuova questione morale sulla quale la professione medica deve pronunciarsi è l'accesso alle possibilità di cura non solo come accesso alle conoscenze scientifiche ma come accesso alle risorse. Tale accesso oggi è sempre più deciso dalla variabile economica e sempre meno da quella etica. Il limite impone alla ragione medica, in tanti modi diversi, una razionalità selettiva ma non sulla base di criteri etici e scientifici come è stato sino ad ora, ma sulla base delle disponibilità finanziarie.

2

Oggi non è ragionevole per un medico rifiutare la realtà incontrovertibile dei limiti economici ai quali la professione, ma più in generale la medicina, sarà sempre più esposta. Le difficoltà non sono transitorie cioè legate alla contingenza di una fase e di una crisi finanziaria, ma sono permanenti perché, per forze di cose, il costo della medicina e quindi la spesa sanitaria nel

tempo è destinata a crescere. Più si scopriranno nuove possibilità medico-scientifiche e più costerà la medicina.

3

Oggi la professione medica non può affermarsi come professione autonoma, senza *scegliere di assecondare* un qualche limite economico proprio ai fini di evitare la subalternità. Oggi la questione del limite economico condiziona e caratterizza la deontologia professionale. I codici deontologici sono invasi dal concetto di “*responsabilità*” di “*appropriatezza*” di “*ottimalità*” nel tentativo difficile di fare in modo che autonomia del medico e limite economico siano convergenti e non configgenti.

4

Oggi se il medico non si decide ad aprire gli occhi, rischia di vedersi trasformare le sue ragioni professionali da *imperativi categorici*, quelli propri alla “scienza” e alla “coscienza”, in “*imperativi ipotetici*”, quelli propri alle condizioni dell’attualità economica. I limiti al medico diventano funzione della conoscenza scientifica e delle disponibilità economiche in modo inversamente proporzionale. Questo paradosso viene pagato dal medico sul piano sociale perché egli appare come una controparte del malato che non garantisce tutto quello che servirebbe alla cura.

5

Il medico non può ignorare che oggi il limite economico sta diventando sempre più costitutivo della sua struttura decisionale. L’autonomia decisionale della ragione medica è minata, di fatto, da diverse forme di limiti. Questo per forza di cose impone un ripensamento profondo della razionalità medico-scientifica. Cioè del paradigma.

6

Oggi la cosa peggiore per il medico è restare invariante limitandosi a rivendicare maggiori risorse anche quando le risorse sono relativamente indisponibili. L’invarianza in un regime di risorse limitate è la peggior nemica del principio che vede il limite quale una possibilità. L’invarianza uccide le possibilità punendo la professione, imponendogli limiti che la snaturano.

7

Oggi la convenienza è usare il cambiamento per gestire a scala di sistema il rapporto difficile tra medicina ed economia. Oggi l’invarianza è costosa e non conviene perché essa è sinonimo comunque di inadeguatezza e di regressività, cioè di costi che a loro volta produrranno limiti

su limiti. I limiti nascono certo perché le risorse sono scarse per definizione ma soprattutto perché a fronte delle diseconomie le risorse diventano ancora più scarse. Se nessun essere razionale ammetterebbe il rifinanziamento delle diseconomie, allora per essere rifinanziati l'eliminazione delle diseconomie diventa un modo per trasformare un limite in una possibilità.

8

Oggi il medico se vuole fare il medico deve emanciparsi dalla logica della compatibilità. La trasformazione di un limite in possibilità, di un problema in soluzione, una contraddizione nel suo contrario, uno svantaggio in vantaggio, si chiama compossibilità. La differenza tra compatibilità e compossibilità è davvero abissale.

Il ragionamento che fa la compatibilità è il seguente: siccome per ragioni economiche è impossibile far coesistere due valori, per esempio l'autonomia del medico con l'azienda, allora uno dei due si deve adattare all'altro, cioè il medico deve accettare le condizioni di un valore dominante l'azienda. Quindi uno dei due deve diventare, innanzitutto, un valore dominato.

Il ragionamento della compossibilità è completamente diverso: è possibile far coesistere due valori, l'autonomia del medico e l'azienda, a *condizione* di definire certi condizionali, i condizionali giusti sono quelli che creano circostanze/situazioni tali da consentire la loro coesistenza. Per esempio, è possibile allargare l'autonomia del medico e nello stesso tempo ripensare la natura dell'azienda per fare del medico uno shareholder.

9

Oggi grazie alla compossibilità non vi sono né valori dominanti né valori dominati, ma semplicemente valori che *coesistono a certe condizioni*. La compossibilità è quindi *la relazione* tra due *valori possibili* simultaneamente e di fatto. La professione medica e l'economia non sono automaticamente compossibili, in quanto i problemi di ciascuno di essi può metterli in contraddizione. Ma con dei *condizionali giusti* si possono creare le condizioni favorevoli perché i due valori separatamente possibili, possano essere compossibili in una relazione. Definiamo ciò "*relazione di compossibilità*".

10

Oggi se è vero che si possono realizzare solo gli *obiettivi compatibili* con le risorse finanziarie messe a disposizione, allora tutti gli *obiettivi compossibili* sono realizzabili dal momento che la loro realizzabilità non dipende solo dalla quantità delle risorse, che ovviamente deve essere ragionevole, ma anche dalle *condizioni di compossibilità* che si è in grado di creare.

11

Oggi quindi non è vero che si possono realizzare *solo* gli obiettivi compatibili con le risorse finanziarie disponibili, perché gli stessi obiettivi, a certe ragionevoli condizioni, si possono realizzare *anche* per compostibilità. La grande differenza è che la compatibilità è un gioco a *somma negativa*, la compostibilità è un gioco a *somma positiva*. Nel primo caso c'è sempre qualcuno/qualcosa che perde, nel secondo caso vincono tutti.

12

Oggi quindi si può dire che:

- tutto è possibile ma solo a condizione che tutto sia compostibile,
- tutto ciò che è possibile lo è perché adeguatamente mediato da *condizionali* di cambiamento
- saranno i *condizionali concordati* a garantire la coesistenza simultanea di possibilità.

13

Oggi la compostibilità molto più della compatibilità ha un grande valore economico perché essa *risparmia* sui *costi delle contraddizioni*. In sanità vi sono centinaia di centinaia di contraddizioni che hanno un costo la cui rimozione consentirebbe di risparmiare addirittura in modo più efficace di quello che si risparmierebbe con politiche di compatibilità, naturalmente con tempi e modi adeguati.

14

Oggi la compostibilità consente di uscire dal paradosso del de-finanziamento (di cui parleremo tra breve) ma per farlo deve allargare l'orizzonte dei costi e quello dei guadagni, cioè deve ragionare rispetto ad un sistema interconnesso di costi e di spese. È inutile accanirsi oltre il ragionevole, ad esempio, per contenere la spesa per il personale, se il contenimento causerà una crescita dei costi di ricovero in ospedale. Cioè la compostibilità ha un orizzonte che trascende i settori separati di spesa, attraverso i suoi condizionali, essa punta ad intervenire sulle interconnessioni del sistema. Le interconnessioni costano meno delle divisioni da ogni punto di vista.

15

Oggi in sintesi la compostibilità ha la seguente logica: assumendo due valori A e B, ciascuno dei quali non implichi contraddizione, A e B sono *compossibilia condizione* che A e B appartengano ad un *mondo possibile senza contraddizioni*.

Tesi

N° 57

Oggi il medico deve uscire dalla gabbia delle compatibilità e dalla logica del compatibilismo. Se il medico continuasse ad adattarsi in assetto, invariante ad un limite, crescendo costantemente il limite egli a forza di adattarsi si ritroverebbe diverso da quello che dovrebbe essere. L'unico modo è ridiscutersi e rimettersi in gioco.

N° 58

Per uscire dalla gabbia delle compatibilità il medico deve assumersi delle responsabilità circa la gestione delle risorse, nel senso che non può continuare ad essere amministrato dalla gestione ma deve decidersi ad auto-gestirsi nel senso di includere nel suo giudizio clinico anche un giudizio economico cioè un giudizio sugli effetti economici delle sue scelte. La clinica oggi, pur nel rispetto della necessità del malato, non può più permettersi di essere una variabile indipendente ai problemi della spesa.

N° 59

La ragionevolezza dei rapporti tra clinica ed economia al fine di non subire un limite economico è legata alla capacità del medico di trasformare dei limiti in possibilità. Il medico deve andare oltre la logica della compatibilità, la logica che è più affine quindi congeniale alla sua natura professionale e ai suoi obblighi deontologici si chiama composibilità. Il medico composibile è colui che governa il limite economico a cui è esposta la sua prassi rimuovendo le contraddizioni che vi sono tra il suo modo di essere, la sua organizzazione e i le necessità del malato. I rapporti tra etica scienza ed economia sul piano clinico saranno composibili se il medico si adopererà a rimuoverne le possibili contraddizioni. Le contraddizioni sono tutte forme di inappropriatezza e di inadeguatezza di incoerenza e di irrazionalità che sul piano sociale si costituiscono come problemi per il malato mentre sul piano economico come altrettante diseconomie.

N° 60

Oggi i problemi più acuti che il medico patisce derivano da un insieme di limiti diversi, culturali, sociali, organizzativi, economici, che non solo si assommano ma che tra loro entrano in contraddizione. Il contenzioso legale, la medicina difensiva, sono esempi di come più limiti diversi imposti al medico alla fine finiscono con il penalizzarlo duramente sul piano della propria professionalità. Il medico composibile è un medico che tenta di ricondurre a coerenze i diversi limiti con i quali ha che fare governandoli a partire dal postulato dei postulati cioè "prima di ogni cosa viene l'interesse del malato" a partire da quelli epistemici e che quindi riguardano il modo di conoscere, per continuare con quelli organizzativi e quelli relativi alle proprie prassi, ai difficili rapporti sociali

con i malati. Il medico compossibile è un medico le cui prassi hanno un basso grado di diseconomie. In questo senso è un medico più conveniente a tutti ai cittadini e ai gestori e ai suoi interessi professionali.

N° 61

Il nuovo vincolo deontologico per il medico, obbligato deontologicamente a fare prima di tutto l'interesse del malato, è quindi di essere compossibile e garantire a suo giudizio in completa autonomia una clinica la meno diseconomica. Per dare le gambe a questo vincolo deontologico e quindi agire il principio del limite quale possibilità al medico si deve dare maggiore autonomia per permettergli di intervenire su tutte le contraddizioni che si oppongono alla compossibilità.

Solo a condizione di riconoscergli maggiore autonomia nell'esercizio della propria professione è possibile chiedergli di assumersi maggiori responsabilità. Senza questa condizione vincolante non è ragionevole chiedere al medico nessun supplemento di responsabilità.

N° 62

Il governo delle relazioni di compossibilità tra etica scienza e economia è il primo oggetto di socializzazione con il malato quindi deve essere parte integrante delle questioni da sottoporre a consenso informato. La sfida della compossibilità si vince a partire dal consenso del cittadino.

Quesiti

N°1

Per circa un secolo il medico ha avuto a che fare solo con i limiti della medicina che oltre le conoscenze e i mezzi disponibili, non poteva andare. Oggi a questi limiti se ne aggiungono molti altri, tra i quali quelli delle risorse disponibili per curare le persone. Come dovrebbe comportarsi il medico nei confronti dei nuovi limiti?

N°2

Il medico secondo voi nei confronti delle ristrettezze economiche dovrebbe rivendicare l'autonomia clinica quindi descrivendo la clinica come una variabile indipendente dalle risorse disponibili o, al contrario, accettare che la clinica sia, in termini ragionevoli, una variabile non dipendente dalle risorse ma per lo meno responsabile del suo impiego?

N°3

Nel momento in cui il medico oltre alla sua storica autonomia clinica di giudizio assume responsabilità relative all'impiego delle risorse, non ritenete che, pari tempo, egli debba avere

nuove autonomie su tutto quanto decide e influenza l'impiego delle risorse?

N°4

La domanda è: se il medico deve assumere come nuovo dovere deontologico l'impiego oculato delle risorse assumendone la responsabilità e siccome non si può dare responsabilità senza un corrispondente grado di autonomia, di quale autonomia ha bisogno il medico e soprattutto quali sono le sue condizioni organizzative relative al governo della propria opera?

N°5

Fino a che punto la deontologia può fare compromessi con l'economia?

N°6

Fino a che punto oggi è possibile dichiarare il primato quindi la priorità del diritto del malato sul limite economico?

N°7

Che ne pensate dell'idea strategica di superare le ristrettezze della logica compatibilista con l'idea della compossibilità e di chiamare il medico a trovare in autonomia le soluzioni di compossibilità?

N°8

Siete d'accordo che se si resta dentro lo schema del ragionamento classico di sostenibilità per il medico il futuro sarà un crescente adattamento della professione fino al suo snaturamento?

N°9

Ma cambiare logica cioè passare da una sostenibilità negativa o sottrattiva a una sostenibilità attiva e incrementale cosa comporta sul piano degli investimenti, dell'allocazione delle risorse, della forma di governance?

N°10

Pensate che la sostenibilità sia solo ed esclusivamente una questione di quantità delle risorse? Cioè il problema si risolve aumentando la dotazione finanziaria del fondo nazionale?

Il medico e la sostenibilità

Sinossi

Tutte le cose che, da un punto di vista finanziario, in questi anni sono ricadute sulla professione medica sono state fatte in nome della sostenibilità. In realtà in nome della sostenibilità si è tentato in questi anni di ridurre i consumi di medicina in tutti i sensi non solo sotto il profilo clinico quindi terapeutico e diagnostico, ma anche sotto il profilo del numero dei medici, dei servizi e della loro funzionalità e financo nel numero delle aziende. Ridurre il consumo di medicina significa ridurre le potenzialità professionali del medico al fine di ridurre la spesa che serve per soddisfare le necessità di salute del malato. Il medico quindi, suo malgrado, si trova tra le necessità della gestione e quelle della società. Nel sillogismo della sostenibilità il termine maggiore è l'economia e il termine minore è il cittadino rispetto a tali termini il medico funziona come termine medio. Esso infatti è contenuto in entrambe le premesse. Rispetto all'economia è un fattore di costo rispetto al cittadino è un fattore di spesa. È in ragione di questa particolare posizione che l'economia, per intervenire sui cittadini, al fine di ridurre i consumi si avvale del medico come termine medio. Cioè per regolare il rapporto difficile tra costi e spesa si deve passare per il medico. In nome della sostenibilità il medico come costo è stato fortemente ridimensionato al fine di ridimensionarlo come fattore di spesa.

Questa idea di sostenibilità al medico è costata cara da ogni punto di vista sul piano del reddito su quello occupazionale su quello meramente professionale e anche sul piano sociale perché di certo la riduzione delle potenzialità professionali non lo ha certo aiutato a riconquistare la fiducia della società. Anzi ha finito per comprometterla del tutto.

L'uso del termine sostenibilità è molto equivoco. Il suo significato è deciso di fatto dal suo impiego cioè de-finanziare il sistema per scopi di compatibilità con la spesa pubblica. De-finanziamento, sostenibilità, compatibilità sono la stessa cosa. Per il medico si tratta di svincolarsi da questa trappola che lo pone tra le necessità dell'economia e quelle della società, ma per fare ciò esso ha la necessità prima di ogni cosa di ripensare l'idea di sostenibilità. Se il medico restasse dentro una idea di sostenibilità quale compatibilità e comunque quale de-finanziamento del sistema la sua professione rischierebbe di essere profondamente amministrata e quindi snaturata nei suoi storici presupposti etico-scientifici.

Proposizioni di approfondimento

1

Il concetto di *sostenibilità* nell'uso ordinario del termine coincide con quello di compatibilità economica. In genere si considera insostenibile *una spesa sanitaria alta* in rapporto a due

parametri: l'andamento del pil, la situazione della spesa pubblica. Cioè la sostenibilità è una misura non della spesa sanitaria effettiva ma del suo grado di compatibilità rispetto a parametri economici e finanziari di altro tipo.

2

Nelle politiche di sostenibilità adottate in questi anni rientrano quelle misure definite “*revisione della spesa*” e “*tagli lineari*”. Con revisione della spesa si intende l'esame delle spese sostenute dallo Stato per la sanità allo scopo di ridurre gli sprechi e di apportare miglioramenti al bilancio. Con il concetto *tagli lineari* in economia s'intende generalmente l'attività di eliminazione di costi indipendentemente dall'analisi di merito della spesa. Quindi spending review e tagli lineari sono concetti opposti che operano con logiche antitetiche precludendo pure a politiche sanitarie molto diverse. In sanità tuttavia in nome della spending review si operano tagli lineari e in nome dei tagli lineari si pensa di fare spending review. Cioè i due concetti sono confusi e intercambiabili. La professione medica sia con la spending review che con i tagli lineari è stata colpita due volte sul piano dei servizi con la loro riduzione funzionale e sul piano del mercato del lavoro con il blocco del turn over.

3

Quando una regione ad esempio decide di ridurre il numero dei posti letto o il numero delle asl, non è chiaro se il suo sia un intervento di revisione della spesa o un taglio lineare. Più chiari sono quegli interventi di blocco in particolare del lavoro che al contrario obbediscono in modo chiaro alla logica dei tagli lineari. La professione medica si trova a pagare sia le conseguenze della revisione della spesa sia quelle dei tagli lineari.

4

Per escludere le logiche lineari dei tagli è necessario mettere mano a logiche trasformative che intervengano profondamente nel sistema dei costi dei modelli. In questo caso la professione potrebbe dare un notevole contributo ma fino ad ora essa non è stata vista come una possibile risorsa ma al contrario è stata vista sempre e comunque come un problema e una controparte.

5

La linearità è un modo di pensare la sanità: sono lineari i prezzi di riferimento, i tetti di spesa, gli sconti imposti all'industria e alle farmacie, il blocco del turn over, dei contratti, l'appropriatezza imposta per legge... tutto è sfacciatamente lineare. Cioè semplificato, banalizzato, immiserito. “*Lineare*” rispetto alla professione medica vuol dire:

- sfiducia nei medici, nelle istituzioni, nelle qualità, nell'intelligenza, nell'etica, nella pro-

fessionalità

- qualcosa di violento, di impositivo che come ogni potere autoritario si giustifica con lo stato di emergenza perché in tempi normali sarebbe del tutto ingiustificato e inaccettabile.

6

Il ragionamento che si fa sui tagli lineari è il seguente: il diritto alla salute può essere compatibile con i tagli, a patto che...si utilizzino “*al meglio*” le risorse, a patto che...si facciano politiche di razionalizzazione e di cambiamento. Ma a parte le norme sull’appropriatezza e i mille limiti imposti alla autonomia del medico, i medici non sono mai stati coinvolti in un discorso serio sull’utilizzo delle risorse. Al contrario sono stati sottoposti d’autorità ad un regime discutibile di appropriatezza. I medici come i cittadini sono le prime vittime designate delle logiche lineari.

7

A parte la revisione della spesa e i tagli lineari, il cuore delle politiche di sostenibilità attuate in questi ultimi anni, resta il de-finanziamento programmato. De-finanziare la sanità in generale vuol dire finanziarla annualmente sempre meno cioè ridurre in modo programmato il suo fabbisogno quindi il fondo sanitario nazionale.

8

Con il definanziamento ogni anno al momento della quantificazione del fondo sanitario nazionale, i numeri della spesa sanitaria sono regolarmente oggetto di polemiche e discussioni. Sono tagli o incrementi? Può un numero essere una cosa e il suo contrario?

Una serie aritmetica è la somma degli elementi di una successione, quindi una addizione, nella quale la differenza tra ciascun termine e il suo precedente è una costante. Peccato che la costante del governo decresca e che l’incremento, oggettivamente innegabile, sia sempre più simbolico. Gli stanziamenti per il governo altro non sono se non un *numero relativo* che alla fine si caratterizza per il segno “*meno*”.

9

La grande differenza politica tra “*relativo*” e “*assoluto*” è quindi un modo diverso di intendere una quantità:

- per il governo il Fsn è un numero relativo perché deve essere accompagnato da una bonifica della spesa che va liberata dalle sue diseconomie
- per le regioni, invece, è un numero assoluto perché per loro è assoluta la crescita costante

del fabbisogno.

10

La spesa sanitaria nel de-finanziamento è un numero relativo (i numeri relativi sono quelli preceduti o da un + o da un -) che dipende in + e in – da tutto quanto la determina al rialzo o al ribasso, e più esattamente dal tipo di consumo di salute che essa permette.

Se la sua quantificazione è calcolata senza chiarire in +o in - *i modi del consumo*, e quindi il genere di tutela che essa assicura, o bassa o alta che sia, sarebbe una fallacia cioè una assegnazione puramente contabile. Ma chi decide nella pratica i modi dei consumi? Si possono modificare tali modi senza prima modificare i modi di essere dei servizi? Le organizzazioni del lavoro? Le prassi professionali?

11

Se la spesa sanitaria è un numero relativo essa oltre ad indicare un valore dovrebbe indicare una direzione di marcia, delle politiche sanitarie, ovvero delle strategie. Le grandezze in sanità hanno senso se indicano dei cambiamenti, senza i quali i numeri sono fallacie contabili. La domanda giusta non è se un qualsiasi fabbisogno sia compatibile o incompatibile con l'attuale sanità ma “*come*” lo sarebbe in relazione ad un'altra sanità. Ma questo “*come*” richiama in causa il ruolo dei medici. Come dovrebbero essere i medici per avere una sanità senza diseconomie?

12

Il punto politico è tutto qui: si dica *quale sanità* si accompagna al + e al – e solo dopo definiscano dei numeri. Il governo de-finanzia per indurre la sanità a ridurre i costi dei suoi servizi, delegandola di fatto a definire “quale sanità” ma la sanità non definisce un bel niente finendo con il tagliare in modo lineare sui servizi, i consumi, le tutele e sul lavoro. Ma si può definire quale sanità senza nello stesso tempo definire quale medico, quale lavoro, quale servizio?

13

In teoria, il definanziamento, per il governo di turno, vuol dire condizionare il finanziamento della sanità ai processi di riqualificazione della spesa sanitaria. Dietro al de-finanziamento programmato vi è la convinzione condivisibile che la sanità debba essere rifinanziata ma non le sue diseconomie. È un ragionamento che si rifà a quello che in economia si chiama “*principio di compensazione*” (ogni operazione che serva in qualche modo a bilanciare una differenza) in ragione del quale la quantificazione del fondo sanitario è messa in opposizione

alle diseconomie del sistema ad esso correlato. Anche in questa circostanza sino ad ora nessun governo ha pensato di coinvolgere la professione medica in qualche processo di riqualificazione della spesa.

14

Si avrebbe compensazione se la sanità de-finanziata eliminasse le sue diseconomie interne, per mantenere costante il livello di offerta di tutela delle persone, cioè quando alla diminuzione del finanziamento l'offerta di tutela cambia per costare meno senza dare di meno se non di più. Il de-finanziamento sarebbe giustificato solo se la sanità fosse capace di dare luogo ad una sorta di "*offerta compensata*" cioè ad un cambiamento nel modo di produrre tutela. Al contrario se la sanità non compensasse l'offerta, il de-finanziamento risulterebbe fatalmente insufficienti. Rispetto al principio di compensazione è intuibile che il ruolo della professione medica sarebbe strategico. Chi meglio dei medici sarebbero in grado di eliminare certe diseconomie correlate soprattutto all'esercizio della loro professione? Purtroppo, la professione medica è stata assunta dalle politiche di de-finanziamento come una pura controparte di spesa.

15

Va sottolineato che se l'idea di compensazione è teoricamente giusta essa per essere attuata ha bisogno di un disegno riformatore. Sino ad ora un pensiero compensante nel senso di un pensiero riformatore è del tutto assente. Per cui l'unico modo per compensare è tagliare.

16

Il de-finanziamento è una modificazione al ribasso nell'allocazione delle risorse che se non compensato diventa taglio lineare. Se è compensato allora vuol dire che è possibile riconvertire in modo equo le diseconomie in economie, gli svantaggi in vantaggi, in modo tale che il sistema sia in grado di produrre un'utilità non inferiore a quella storica. Quindi il vero problema non è il de-finanziamento in quanto tale ma è il de-finanziamento "*s-compensato*" quello cioè che senza cambiamento diventa taglio lineare.

17

La riconversione delle diseconomie in economia senza i medici non si può fare. Per riconvertire le diseconomie in economie è necessario andare ben oltre le razionalizzazioni e mettere mano alle diseconomie strutturali, quelle tipiche di un certo sistema sanitario e quindi disporre di quello che non c'è, vale a dire un progetto di riforma. Senza coinvolgere i medici è del tutto irragionevole porre mano a idee riformatrici. I medici necessariamente devono

essere assunti come dei soggetti riformatori e siccome sino ad ora, a dire la verità, non lo sono stati, è necessario chiedere loro di dotarsi di un pensiero riformatore. Ripensare il medico ha anche questo significato.

18

L'equivoco rispetto al potenziale riformatore dei medici, è credere che compensare diseconomie in economie sia solo e meramente una questione di buona amministrazione ma non è così. La spesa sanitaria è determinata dal sistema che la esprime in tutti i modi possibili leciti e meno leciti. Le conseguenze finanziarie del sistema sono il sistema. Quindi anche i medici per come sono, dal momento che essi sono una delle parti più importante del sistema. Per cui anche i problemi sulla appropriatezza, le cure inutili, il consumismo sanitario, le cure primarie, ecc. per la loro soluzione necessitano di un pensiero riformatore. È di questo pensiero che i medici se vogliono vincere la partita della sostenibilità dovrebbero dotarsi.

19

Sono da considerarsi delle pretese le richieste, da qualunque parte provengano, che, pur nella loro legittimità rivendicativa, puntano semplicemente al rifinanziamento senza scambiare economie con diseconomie.

20

Sino ad ora nessuno ha convocato la professione medica per sollecitarle delle soluzioni riformatrici capaci davvero di compensare il de-finanziamento. Ma anche perché nessuno ha da proporre delle soluzioni riformatrici. Praticando il principio di cui si è già parlato del limite quale possibilità. Le sanità purtroppo non sa andare oltre un po' di razionalizzazione ospedaliera, un po' di ticket e gli accorpamenti delle Asl e un po' di amministrazione del medico. Ormai è sempre più evidente che il de-finanziamento è diventato un problema di tagli lineari perché è compensato con la riduzione dei servizi e delle tutele e con lo snaturamento della professione medica. La politica non riforma la sanità perché non lo sa fare, ma tende a contro riformare cioè a smontare il proprio sistema sanitario un pezzo per volta. Questo lo sa fare. Per cui alla sanità bisogna offrire un pensiero riformatore. La professione medica a partire dalla sua ridiscussione è chiamata ad offrire un proprio pensiero riformatore. Un nuovo medico è una proposta riformatrice molto potente.

21

Un'altra idea che rientra nella categoria delle politiche di sostenibilità sono i costi standard. Tutto quanto è standard rischia di giocare contro la professione medica dal momento che il

malato e le sue necessità non sono mai così facilmente standardizzabili. I costi standard sono stati introdotti con l'obiettivo di passare dal criterio del *costo storico* a quello del *costo standard*.

22

Il “*costo standard*” nasce dalla contabilità industriale. Esso nel settore manifatturiero è un costo definito in base a una costruzione ex ante dell'impegno economico che l'unità produttiva dovrà sostenere per l'esecuzione del ciclo produttivo. Tale costo, infatti, viene calcolato in base a predefiniti livelli di efficienza e di prezzo in relazione a determinate condizioni operative in uno specifico lasso temporale.

23

Per definire il concetto di costo standard è necessario, in primis, distinguere due tipologie di costi:

- *costo effettivo*: oneri realmente sostenuti per la produzione di un bene/servizio
- *costo previsto*: costo che si prevede di sostenere in un determinato periodo di riferimento in relazione sia alle condizioni operative e funzionali in cui l'azienda opera, che delle azioni che l'azienda stessa intende attuare per il raggiungimento dei propri obiettivi.

24

Il costo standard si pone quindi come uno strumento di controllo dell'efficienza aziendale e supporto per la determinazione dei prezzi di vendita e nell'ambito della contabilità industriale può essere calcolato:

- in *sede previsionale*, come valore stimato verificabile solo a posteriori e/o determinato sulla base di assunzioni
- in *sede consuntiva* invece viene calcolato il *costo effettivo*, che è il costo analitico esatto che può non coincidere con il valore stimato per molteplici motivi.

Dal confronto (differenza) fra *costo standard* e *costo effettivo* possono emergere *scostamenti* più o meno significativi, che vanno sottoposti ad analisi (cosiddetta “*analisi degli scostamenti*”).

25

Da queste caratteristiche si deduce quanto sia difficoltoso applicare il costo standard alla sanità nel senso che è difficile tanto calcolare i costi effettivi quanto quelli previsti. Per fare i costi standard in sanità si dovrebbe governare un mare immenso di dati, dati però che non sono disponibili. Ciò rende fallace la loro metodologia per cui l'idea del *product costing* si rivela inappropriata alla cura delle malattie, come quella del *benchmark* che avrebbe dovuto

confrontare *best practies*. Per fare i costi standard bisognerebbe disporre di una contabilità analitica sulle *performance* in alternativa ai metodi classici per il controllo dei costi storici che non esiste.

26

I costi standard sono criteri lineari non ponderati per allocare risorse e calcolati con una discutibile metodologia di benchmark con lo scopo di livellare i pesi demografici, sociali, epidemiologici, geografici della domanda di salute ecc. La differenza sostanziale tra la *standardizzazione* e la *ponderazione* è tra una *visione lineare* e una *visione discreta*. I costi standard sono una delle tante espressioni della logica lineare come i tetti di spesa, i prezzi di riferimento, gli sconti imposti, il taglio dei posti letto ecc.

27

Se si invocano i costi standard per risparmiare...vuol dire che si vuole "*allocare per tagliare*" il che non sembra una gran trovata perché si scade nella banalizzazione e nella indebita semplificazione della complessità sanitaria. Non c'è cosa più ingiusta che snaturare la complessità della domanda sanitaria con un pensiero banale. Insomma, questa passione per i costi standard rischia di apparire come una passione per il predefinito, il meccanico e l'automatico, il banale, il semplificatorio. Questo di certo non giova alla complessità insita nella professione medica.

28

I costi standard sono poco compatibili con la complessità della medicina e della sanità perché:

- senza una strategia riformatrice con delle politiche apertamente de-finanzianti è difficile pensare ad essi come ad una misura di rifinanziamento della sanità
- la loro logica è "*induttiva*" cioè generalizza condizioni particolari di spesa per uniformare le differenze di sistema che esistono, quindi tende ad appiattare e a ridurre una complessità irriducibile
- obbediscono a logiche lineari e centralistiche e tendono a superare i sistemi di finanziamento ponderati che sia pur con molti limiti sino ad ora hanno tentato di interpretare i differenti fabbisogni regionali.

29

La standardizzazione delle necessità di cura del malato per la professione e per la sanità è un grande problema perché normalmente finisce con entrare in conflitto con i più elementari obblighi deontologici del medico:

- nella contabilità industriale essi sono uno strumento di controllo dell'efficienza aziendale, in sanità dove il controllo delle performance dipende da una moltitudine complessa di variabili essi sono impiegati come strumento di pianificazione al ribasso dei costi e come condizioni limitanti le professioni
- solitamente i costi standard sono posti in relazione al budget per motivare gli operatori responsabili del raggiungimento o meno dello standard prescelto. In sanità i medici saranno le prime controparti dei costi standard
- in sanità essi non sono costi effettivi calcolati in sede consuntiva cioè dei costi analitici esatti ma semplicemente "approssimativi tetti di spesa" più tollerati da certe regioni meno tollerati da altre che recepiscono non il costo atteso nel futuro per produrre salute, ma la minore spesa attesa indipendentemente dalla salute prodotta.

30

Ma relativamente ai costi standard, i problemi più seri per la professione sono collegati tutti alla complessità dei malati:

- i costi standard non tengono conto della percentuale di scarti, legata alla variabilità naturale del processo di cura e questo in sanità è un limite gravissimo
- i costi delle cure per ragioni intuibili non possono essere standardizzati più di tanto e comunque devono prevedere dei margini di interpretazione perché soprattutto la variabilità dei malati costituisce un grosso fattore di complessità
- il rischio è la "*cura di Stato*" che altro non è se non a sua volta una forma di medicina amministrata
- i costi standard decontestualizzano i costi dai bisogni e dall'organizzazione adatta a soddisfarli per cui salta tutto il discorso della territorialità, dell'umanizzazione, della personalizzazione delle cure, del prendersi cura, delle cure centrate, ecc.

31

Il rischio di fare dei costi standard una malcelata politica di tagli lineari, è forte. Ma il rischio più grosso per la professione è di finire dentro uno standard che in quanto tale ne limiterebbe soprattutto l'autonomia. Quindi costo standard e medicina amministrata potrebbero diventare praticamente la stessa cosa.

32

Questa visione della sostenibilità attuata in modi diversi alla fine penalizza la sanità e in particolare la professione medica perché implica che la spesa sanitaria sia isolabile dai processi che la determinano e dai valori che produce. Se la spesa è isolabile da tutto quanto la determina e

soprattutto dai valori che produce allora per il medico non c'è nessun spazio di intervento per qualificarla. Non solo ma il medico diventa un puro costo da contenere esattamente come gli altri costi anche se tutti i giorni egli salva vite umane.

33

Il paradosso che sorge è quello di un medico che produce valori inestimabili sul piano scientifico e morale, ma dal punto di vista della sostenibilità è valutato solo come il costo standard che rappresenta. Un costo senza i valori corrispettivi è una quantità solo riducibile perché null'altro potrebbe compensarlo. Il costo del medico in questo modo non ha alcun valore sociale. Questa è la prima grave forma di delegittimazione della professione medica perché è come se il medico prendesse uno stipendio ma senza produrre benefici.

34

Quando il fabbisogno finanziario della sanità è giudicato “*insostenibile*”, per estensione, la professione medica, che resta la professione portante del sistema, in quanto tale a sua volta viene considerata “*insostenibile*”. Il rischio che corre la professione è di essere liquidata come professione intellettuale e sostituita da un altro genere di medico ritenuto non tanto “*più sostenibile*” e neanche semplicemente “*meno costoso*” ma semplicemente più amministrabile. Tutti i tentativi riconducibili alla task shifting, al blocco del turn over, al blocco dei contratti, alla decapitalizzazione del lavoro medico, hanno il significato di rendere il costo del medico meno costoso.

35

Una visione solo *economicistica* della sostenibilità condanna quindi la professione ad essere amministrata per de-finanziamento progressivo cioè ad essere usata come uno strumento di moderazione della spesa e ridotta ad un costo senza benefici. In questo modo, per transitività il medico e, in generale, il lavoro professionale, diventa incompatibile con le risorse assegnate. Per renderlo compatibile bisogna ridurre le prerogative e amministrarlo anche se questo rischia di distruggere il patrimonio di civiltà che un qualsiasi medico rappresenta.

Aporie

1

Oggi al fine di salvaguardare tanto la professione che l'interesse primario del malato, è necessario cambiare il concetto di sostenibilità altrimenti la professione sarà logorata sempre di più dalle logiche della compatibilità e il malato sarà sempre meno curato.

2

Una prima idea è intendere la sostenibilità come la condizione o l'attitudine di un sistema che a partire da certe *condizioni iniziali* consente di *mantenere degli equilibri* nel tempo e quindi di *durare* nel tempo. Quindi una prima idea è di intendere la sostenibilità come durabilità degli equilibri interni ed esterni ad un sistema complesso. Gli equilibri in qualsiasi sistema complesso nel tempo sono suscettibili di comprometersi perché nel tempo inevitabilmente accadono delle cose. Quando ciò avviene si hanno problemi di *relativa insostenibilità*.

3

Oggi questa idea vuol dire che il sistema sanitario è sostenibile fino a quando è in equilibrio, che nel lungo periodo esso tende inevitabilmente ad essere relativamente insostenibile, che la sostenibilità di un sistema complesso come la sanità può essere garantita solo da interventi di riforme successive, che qualunque sistema sanitario se non è periodicamente riformato nel lungo periodo ha problemi di insostenibilità.

4

Oggi in sanità gli equilibri che maggiormente si compromettono nel tempo sono quelli che riguardano il soddisfacimento storico dei bisogni di salute (storico vuol dire in rapporto alle possibilità di cura scientificamente disponibili in una determinata epoca) e le risorse necessarie a garantirlo. In medicina e in sanità il rapporto tra bisogni/risorse, nel medio lungo periodo, non è mai stabile e duraturo nel senso che si parte sempre da certe *condizioni iniziali* che nel tempo cambiano perché i bisogni di salute tendono a crescere, le risorse necessarie a soddisfarli tendono ad essere relativamente insufficienti, il sistema sanitario tende nel tempo ad indebitarsi cioè a squilibrarsi.

5

Oggi questo vuol dire che il sistema sanitario periodicamente andrebbe riequilibrato sapendo che nel breve periodo il lavoro di riequilibrio è sempre un lavoro di razionalizzazione mentre nel medio lungo periodo è sempre un lavoro di riforma. Per mettere in equilibrio un sistema complesso come la sanità non basta un lavoro di mera riorganizzazione o di mera manutenzione o di razionalizzazione.

6

Oggi se la sostenibilità fosse intesa come governo degli equilibri, il medico quale professione potrebbe dare un contributo importante proprio alla creazione di nuovi equilibri. Ad esempio, adeguatamente rivisitato come professione potrebbe garantire maggiore rispondenza,

maggiore adeguatezza dei servizi rispetto al cambiamento della domanda, offrire soluzioni di razionalizzazione o addirittura soluzioni riformatrici.

7

Oggi se la sostenibilità fosse intesa come il governo degli equilibri non c'è alcun dubbio sul fatto che le prassi professionali sarebbero una occasione per contribuire a rimettere in equilibrio il sistema della domanda nei confronti del sistema dell'offerta. In questo caso la professione non sarebbe usata come termine medio tra costi e spesa ma come termine medio tra uno squilibrio e un nuovo equilibrio quindi come una risorsa capace positivamente di rendere davvero sostenibile il sistema. Il medico con ciò diventerebbe una delle condizioni più importanti per la sostenibilità.

8

Oggi una seconda idea per intendere in modo diverso la sostenibilità riguarda la qualità dello sviluppo. Uno sviluppo è sostenibile se non danneggia nessuno, cioè se accresce un valore senza sacrificare altri valori. In questo senso lo sviluppo della medicina e quindi della professione medica potrebbe costituire un fattore di crescita per il paese perché garantirebbe più salute individuale e collettiva. Se intendiamo la produzione di salute come produzione di ricchezza, quindi distinguendo la ricchezza economica (pil) dalla ricchezza più complessiva del paese, si ha chiaro che in questa accezione la professione medica diventerebbe un fattore di crescita tanto dello sviluppo che della ricchezza.

9

Oggi in realtà questa idea di sostenibilità basata sulla produzione di salute come ricchezza rispetto alla quale ovviamente il medico è figura centrale, è fortemente ostacolata da un sistema sanitario che nonostante l'enfasi posta dall'ordinamento, sul valore centrale della salute, resta ancora impostato, come il precedente sistema mutualistico, sulle prestazioni di cura. In questo assetto è evidente che il sistema medico sanitario è esposto ai disavanzi perché esso è continuamente sollecitato dalla domanda sociale ad aumentare il numero di prestazioni senza che aumentino in modo proporzionale i finanziamenti. E senza che aumenti in modo significativo la salute collettiva del paese. La salute di un paese non passa per il numero delle prestazioni sanitarie ma per ben altre politiche rispetto alle quali le prestazioni concorrono in misura parziale.

10

Oggi alla radice dei problemi di sostenibilità c'è un modo di concepire la cura e l'assistenza

tutto imperniato sulla prestazione cioè su una offerta di servizi mirati alla cura della malattia ma non a produrre salute. Un sistema basato solo sulle prestazioni di cura per sua natura è inevitabilmente a costi crescenti. Questo è il limite maggiore di una discussione solo imperniata sui Lea. I livelli essenziali di cura sono definiti tutti nella logica prestazionale. Con questa logica è difficile produrre salute quale ricchezza e quindi essere sostenibili.

11

Oggi se restiamo un sistema prestazionale cioè se restiamo nella logica tradizionale dei lea restiamo dentro la vecchia logica mutualistica contributi/prestazioni. In tale logica è difficile trovare un equilibrio tra domanda e offerta e probabilmente per la professione medica il rischio di snaturamento diventerà sempre più grande. Il de-finanziamento accentua gli squilibri anzi li esaspera. Sarebbe completamente diverso se la sostenibilità fosse intesa come produzione di salute in questo caso la professione potrebbe svolgere un ruolo decisivo nella produzione di salute individuale e collettiva.

12

Oggi è concettualmente sbagliato rapportare la spesa sanitaria al pil e non alla ricchezza, dal momento che *ricchezza e pil* non sono la stessa cosa. La salute di un paese è una risorsa per la sua ricchezza, il pil è un valore economico che quando cresce fa parte della ricchezza, quando non cresce sono guai. Rispetto al pil la professione produce ricchezza economica sotto forma di diverse utilità, rispetto alla ricchezza la professione produce la condizione base per qualsiasi sviluppo vale a dire la salute.

13

Oggi sono quasi 40 anni che il problema della insufficienza delle risorse si riduce a questione finanziaria. Forse è arrivato il momento di vedere il problema in modo diverso cioè come quello “*dei mezzi necessari a... fare salute*”, vale a dire: soldi, servizi organizzati, operatori, i cittadini, conoscenze, modi di agire che se adeguatamente pensati possono produrre da certe risorse altre risorse.

14

Oggi la professione medica per sottrarsi ai tagli lineari, ai costi standard alle politiche di de-finanziamento, cioè a tutte le politiche che in forma diversa tendono ad amministrarla, potrebbe dare un grande contributo, per quello che la riguarda, alla riduzione delle anti-economie e delle diseconomie o come si dice alla riduzione degli sprechi. Le *anti-economie* sono costi sostenuti per un sistema che nel suo complesso non dà in cambio benefici equivalenti.

Esse per lo più derivano da modelli vecchi di servizi (ospedali, medicina convenzionata ecc.) da professioni ingessate in vecchi stilemi operativi, da modalità assistenziali superate. Le anti-economie producono regressività e la regressività produce costi inutili.

15

Oggi anti economia e arretratezza culturale sono la stessa cosa. Tutte le contraddizioni che esistono tra offerta di sanità e domanda di salute, che sono tante, sono tutte anti-economiche. Si ribadisce che non aver ripensato fin dal '78, anno della riforma sanitaria, adeguatamente la medicina come sistema concettuale alla luce dei cambiamenti culturali della nostra società oggi è alla base della maggior parte delle anti-economie. Il medico non può rischiare con la sua invarianza di diventare anti-economico, cioè di non essere adeguato ai cambiamenti sociali che lo investono in prima persona, per essere economico. Nasce da qui la necessità di definire una nuova professione.

16

Oggi la sanità è ancora imbevuta di taylorismo nel senso che tutti i suoi servizi sono ancora fermi a questa superata organizzazione del lavoro. Tutti i discorsi sugli sprechi, sulle inapproprietezze, sulle inutilità sono tutti a taylorismo invariante. Una tutela, un servizio, una professione, una prassi organizzata in modo anacronistico ha dei *costi strutturali* che nessuna razionalizzazione potrà mai ridurre. Per cui si arriva al paradosso di teorizzare l'appropriatezza a modelli inadeguati di servizio cioè di *razionalizzare l'inadeguatezza*.

17

Oggi quello che si risparmia con l'appropriatezza è importante specie nel mondo della terapia, delle analisi cliniche e della diagnostica, ma resta marginale rispetto a quello che si potrebbe risparmiare riformando i modelli, le organizzazioni del lavoro, il modo di operare, le prassi di tutti i giorni.

18

Oggi non si tratta solo di individuare servizi più efficienti o di stimare quanto si spenderebbe in meno se il livello di efficienza fosse paragonabile a quello dei servizi meglio organizzati, ma di valutare i risparmi possibili in relazione a veri e propri processi di riforma dei modelli.

Quanto si risparmierebbe se la medicina di base fosse diversa? Se l'ospedale fosse altro? Se l'organizzazione del lavoro fosse integrata anziché tayloristica? Se l'infermiere fosse quello teorizzato dalla legge 42? Se il medico fosse ripensato? Se l'università riformasse i suoi pro-

grammi di insegnamento? Se la *governance* aziendale fosse davvero tale?

La domanda nuova da porre non è “*quanto si risparmia*” ma “*quanto costa di meno*” se i modelli fossero ripensati?

19

Oggi l'idea strategica da mettere in campo è superare le anti-economie strutturali del sistema per *de-quantificare* la spesa senza *de-finanziarla*. La *de-quantificazione* ci permette di costare semplicemente meno ma senza sacrificare il finanziamento del fabbisogno. Di nuovo si tratta di applicare il principio che un limite può diventare una possibilità. Se i soldi sono pochi chi ci impedisce di ripensare un ospedale per farlo costare strutturalmente di meno? O addirittura il medico come professione?

20

Oggi le grandi anti-economie in sanità proprio perché nonostante tre riforme si è riformato poco, sono più strutturali che sovrastrutturali:

- si tagliano i posti letto ma in nessun caso si ripensa il modello di ospedale
- si congelano le convenzioni con la medicina generale ma in nessun caso si ripensa la convenzione facendola evolvere in qualcosa di altro
- si bloccano i contratti per la dipendenza ma in nessun caso si ripensa il lavoro dipendente.

21

Oggi rispetto alle *anti-economie* le *dis-economie*, sono un'altra cosa. Esse sono comprese tra i clientelismi, le spartizioni, i servizi dati *ad personam*, le strutture inutili, quelle sottoutilizzate, quelle in sovrannumero, le prescrizioni eccessive, il ricorso ingiustificato alla diagnostica, i comportamenti opportunisti dei medici (medicina difensiva), atti clinici senza evidenza di efficacia, quindi una medicina inutile e superflua. Le diseconomie rientrano nella categoria *dell'incoerenza* dell'offerta con gli effettivi bisogni dei malati. Non si difende la professione medica se essa è, in forme diverse, dis-economica. Ammettere l'esistenza degli sprechi è come dire che una parte della spesa sanitaria è immorale, che l'immoralità non è rifinanziabile, che nessuna difesa è possibile se il finanziamento è indistinto. Con questi presupposti, se i tagli sono impiegati per combattere l'immoralità pubblica essi acquisiscono paradossalmente una utilità pubblica. Ne consegue che è doppiamente immorale che per conservare gli sprechi si riducano i diritti delle persone. La professione medica non riavrà mai la fiducia da una società che è convinta che i medici si fanno solo gli affari i propri in barba ai diritti delle persone.

22

Gli sprechi non sono semplicemente delle spese poco accorte ma sono i *prodotti tossici* di un sistema malfunzionante. Eliminare gli sprechi quindi non è una semplice operazione di buona amministrazione ma è ripensare i modi di fare la medicina, riformare i rapporti tra politica gestione, amministrazione. E per questi fini che i medici dovrebbero essere disponibili a ripensare la loro professione.

23

Oggi gli sprechi, vale a dire in tutti questi anni, hanno finanziato il consenso politico, le clientele, il voto di scambio, la lottizzazione. Colpisce che nei «patti per la salute» si parli di *spending review* ma non di lotta agli sprechi. In tutti questi anni la maggior parte dei gestori non sono intervenuti sugli sprechi ma sui redditi delle persone con i ticket, sui servizi con ogni tipo di restrizioni, sulle tutele delle persone, sul numero di posti letto ecc. E questo proprio perché i cosiddetti sprechi sono funzionali ad una certa idea della politica e del consenso sociale. È del tutto evidente che se la professione medica vuole ricostruire la fiducia sociale essa deve prendere le distanze da questo sistema tanto compromesso e ridiventare quella che è sempre stata cioè una garanzia per il cittadino.

24

Oggi il governo morale non può che essere economico in ogni senso, il governo economico come abbiamo visto in questi anni non è detto che sia morale in ogni senso. La professione medica per garantire un governo morale dell'esercizio della medicina deve essere, per quello che le compete, una garanzia per il suo governo economico. Morale e economia vanno rimesse insieme e chi meglio di un medico può fare questo?

Tesi

N°63

Oggi le alternative all'idea distruttiva di sostenibilità per la professione non sono molte:

- *o la professione adeguatamente ripensata diventa un soggetto riformatore importante per sostituire equilibri vecchi con equilibri nuovi, rinnovare, risparmiare, combattere le diseconomie e gli sprechi, e produrre ricchezza producendo salute*
- *o la professione invariante si rassegna ad essere controriformata cioè amministrata in nome della sostenibilità e a diventare una professione esecutiva senza intellettualità.*

N°64

Il medico adeguatamente ripensato dovrebbe dichiararsi disponibile a collaborare per fare una corretta revisione della spesa se intendiamo la spesa, come una espressione dell'offerta. Quindi

impegnandosi a contrastare tanto le anti-economie che le diseconomie. Per questo ci vuole un pensiero riformatore che a tutt'oggi non c'è. Molti dei problemi finanziari più importanti nascono da problemi di invarianza dei modelli. Bisogna capire se il medico è in grado di esprimere un pensiero riformatore adeguato alle sfide che la sostenibilità pone.

N°65

Se la sufficienza delle risorse in sanità dipende anche dai cambiamenti che la professione sarà capace di immettere nel sistema, allora questi cambiamenti diventano la chiave di volta delle politiche di una nuova e rinnovata idea di sostenibilità. Fino a quando la sanità avrà al suo interno importanti anti-economie e diseconomie il problema vero sarà la sua invarianza non il de-finanziamento. Se la professione medica si renderà disponibile a mettersi in gioco per rimuovere le invarianze che bloccano l'evoluzione del sistema verso gradi più alti di qualità, in questo caso essa smetterà di essere una controparte della spesa per diventare il principale soggetto professionale della sua qualificazione.

N° 66

Un nuovo medico non è solo la risposta alle necessità sociali ma è una risposta anche a quelle dell'economia. Un nuovo medico vale come ripensamento del termine medio quello che si trova tra i valori della morale della scienza e dell'economia.

Quesiti

N°1

Oggettivamente il medico si trova a mediare il difficile rapporto tra cura e risorse. Fino ad ora lo ha mediato in diversi modi, alcuni anche discutibili, ma prevalentemente lo ha mediato, anche se a modo suo, nell'interesse del malato, cioè offrendogli il meglio disponibile. Ora però il meglio disponibile perde la sua absolutezza nel senso che può essere interpretato in molti modi e soprattutto il meglio disponibile non è più solo una scelta a senso unico ma più scelte con diverse possibilità. Come pensa il medico di affrontare e rapportarsi a questo scenario?

N°2

L'appropriatezza negli ultimi anni ha perso il suo significato epistemologico originario cioè assistere il medico nel processo conoscitivo e decisionale, ed ha assunto un significato pronunciatamente economicistico. Non credete che la mediazione di cui al quesito precedente per mediare davvero deve prima liberarsi dell'idea economicistica di appropriatezza?

N°3

L'unico modo per il medico di non perdere la propria autonomia a causa dei problemi di so-

stenibilità è proporsi come un medico sostenibile perché compossibile e quindi pragmatico, ma che significa questo sul piano pratico?

N°4

Se il medico producesse salute senza diseconomie o meglio ad un grado basso di diseconomie, cioè oltre che produrre un valore d'uso come la salute producesse anche un valore di scambio, come la convenienza sociale e economica del bene, questo valore di scambio, dal momento che è tale, può essere scambiato con una retribuzione?

N°5

Quali rapporti tra gestione e medico sostenibile e compossibile?

La de-capitalizzazione del lavoro medico

Sinossi

La de-capitalizzazione è una espressione usata per indicare una politica che svaluta il capitale professionale rappresentato dal lavoro medico al punto da considerarlo tutt'altro che un capitale. Una delle forme più odiose di de-capitalizzazione imposta ai medici in particolare, e in generale a tutto il mondo del lavoro, è stato il rinnovo del contratto di lavoro a costo zero. Il significato del costo zero si ripropone anche con i recenti rinnovi contrattuali dal momento che gli aumenti della retribuzione sono stati di fatto molto vicini allo zero cioè sono minimi. Quando l'aumento di retribuzione del medico è quantificato tra lo zero e il minimo vuol dire che, assumendo la logica di mercato, il valore della professione quale lavoro almeno sul piano contrattuale è svalutato. Vuol dire che, indipendentemente dal fatto che i medici producono notevoli utilità sociali, sul piano economico-finanziario, essi valgono solo il loro costo in bilancio.

Se uno Stato è il primo a delegittimare la professione medica con politiche di svalutazione retributiva poi non ci si deve meravigliare se la società nei confronti della professione medica nutra sentimenti di sfiducia. La de-capitalizzazione del lavoro medico è una forma di sfiducia economica. Non si recupera la fiducia se non si rivaluta il lavoro come capitale. Si può avere fiducia in una professione svalutata dallo Stato? Cioè che lo Stato per primo non considera un capitale sociale?

Proposizioni di approfondimento

1

Un contratto a costo zero tutti pensano che voglia dire non avere aumenti di retribuzione, purtroppo non è solo questo. In realtà i suoi significati vanno abbastanza oltre la questione della retribuzione. Per capire questi significati bisogna prima rammentare le principali caratteristiche del lavoro in sanità:

- Il lavoro in sanità è il capitale della sanità sul quale e grazie al quale lo Stato investe per fare salute
- il prezzo del lavoro professionale, cioè la retribuzione, in sanità non è determinato da nessuna concorrenza tra domanda di salute e offerta di servizi, ma dalle disponibilità della spesa pubblica
- chi lavora in sanità non vende al malato il proprio lavoro prima di tutto perché nel pubblico, il malato non è un cliente (lo è entro certi limiti nel privato) e poi perché il suo lavoro è intermediato dal terzo pagante che è per ovvie ragioni del tutto subalterno alla compatibilità tra sanità e spesa pubblica
- il lavoro di cura o di produzione della salute non è una merce che si vende al malato che,

tuttavia, compra le prestazioni sanitarie (Lea) con le tasse, ma una conoscenza scientifica di valore incommensurabile che si offre incondizionatamente al malato per soddisfare un suo bisogno di salute, in cambio di un compenso convenzionale, cioè un contratto.

2

Il contratto a costo zero in sanità quindi vuol dire che:

- il lavoro non è pagato in ragione della salute prodotta, ma in ragione delle compatibilità di spesa
- il costo del lavoro con il de-finanziamento è diventato praticamente incompatibile con la spesa pubblica
- il costo zero non vuol dire che il lavoro non costa, ma solo che deve essere de-finanziato cioè tendenzialmente azzerato o ridotto al minimo
- il valore di scambio della retribuzione non è più primariamente la salute che producono i medici, ma è il risparmio che si ottiene con la crescita dei disoccupati, con l'uso sistematico del precariato, con la svalutazione dei salari, con il blocco delle carriere.

3

Ormai la retribuzione del medico in sanità non è più il prezzo equo di mercato del lavoro (*fair market value*) ma è “non-costo”. È difficile pensare che in regime di de-finanziamento programmato, con un lavoro che da valore diventa costo, si possano assumere operatori, rivalutare le retribuzioni, assicurare delle carriere e migliorare le prassi.

4

Nelle politiche definite per la sostenibilità e in particolare quelle impennate sul de-finanziamento progressivo del sistema sanitario il lavoro medico è solo un costo da comprimere il più possibile per cui il suo costo è destinato a diventare sub decrescente cioè “zero meno” o “meno di niente”. Cioè a decrescere sempre di più con il progredire del de-finanziamento.

5

In questi anni all'insegna dello spirito della de-capitalizzazione sono emerse misure molto pericolose:

- la prima riguarda le competenze: il costo del lavoro in sanità varia da professione a professione, quello del medico ha un costo più alto di quello degli infermieri, se alcune competenze del medico sono svolte dagli infermieri, il costo di quelle competenze è sub decrescente
- la seconda riguarda la riduzione degli organici ospedalieri: si ridefinisce il tempo di assi-

stenza giornaliero al letto del malato per tipo di specialità al minimo e quindi si aggiornano le dotazioni organiche al minimo del personale sanitario. Anche questo è nella logica della sub decrescenza

- la terza ripescata, in alcune regioni, con regolare bando di concorso la figura dell'assistente volontario proponendoci lo scambio posto di lavoro/zero retribuzione nel quale la sub decrescenza è massima.

6

Queste misure hanno tutte lo stesso significato: oggi la spesa pubblica considera paradossalmente il lavoro medico un anti capitale al punto da volerlo de-capitalizzare, cioè deprezzare o costo zero o costo minimo. Esaurite tutte le politiche di contenimento finanziario messe in campo in questi anni, la vera novità della fase è che de-finanziamento e de-capitalizzazione del lavoro ormai coincidono.

7

Ma svalutare il lavoro per de-finanziare strutturalmente il sistema, significa anche de-strutturare il sistema pubblico. Sino ad ora, nonostante tutto, è stato il lavoro e la coscienza degli operatori, che ha garantito la sussistenza del sistema pubblico. La questione lavoro, oggi non riguarda solo chi lavora in sanità, ma riguarda soprattutto i cittadini e la società. Essa è una questione sociale. Ma se il lavoro è svalutato allora è svalutata la cura che attraverso quel lavoro il medico deve garantire.

8

La questione politica che si pone è che se non si ribalta il costo del lavoro in valore del lavoro, per il medico non c'è futuro contrattuale. Ma questo ribaltamento non è possibile a lavoro invariante. Non si passa dal "costo" al "valore" senza ripensare il lavoro. E non si ripensa il lavoro del medico senza ripensare il medico. Oggi si deve risparmiare, si può risparmiare in un modo diverso da quello dei blocchi? Esistono nel lavoro degli spazi di risparmio? Se esistono come si possono usare per finanziare la retribuzione? Come è possibile scambiare risparmio senza bloccare la retribuzione? Cosa deve retribuire oggi la retribuzione? È retribuibile il risparmio che produce il lavoro? Cosa devono produrre i medici per non essere sotto-retribuiti? Qual è il valore di scambio di una retribuzione? Si può risparmiare senza precariato? Si può risparmiare occupando le persone? Quali vantaggi si hanno da una oculata politica occupazionale? Per rispondere a queste domande bisogna per forza chiarire di quale lavoro stiamo parlando ma anche di quale medico lavora.

9

Purtroppo, il lavoro in sanità è ancora oggi uno dei fattori più invariati del sistema, tutte le riforme sono state fatte a lavoro invariante, le diverse politiche adottate per la razionalizzazione, per l'appropriatezza, per la compatibilizzazione delle risorse ed infine quelle marginaliste sull'ottimizzazione dei servizi, sono tutte fondamentalmente a lavoro invariante. Invariante vuol dire che il contenuto, la modalità, la prassi del lavoro, non cambiano con il variare del contesto, del contenitore, dell'organizzazione, della gestione o della norma.

10

Oggi il lavoro se è solo "costo" lo è certo per colpa della sostenibilità e del de-finanziamento, ma anche perché esso è un "concetto" che in sanità non è mai sostanzialmente cambiato diventando così sempre più regressivo nei confronti dei bisogni di questa società, dei problemi economico-finanziari del paese, del mercato del lavoro. Dopo anni di politiche di razionalizzazione siamo ancora lontani dal definire i modi attraverso i quali tentare una efficace valorizzazione del lavoro come risorsa da ottimizzare.

Aporie

1

Oggi il lavoro del medico deve essere allo stesso tempo un fattore:

- di sviluppo sostenibile (produttore di salute)
- di revisione della spesa (spending review)
- di accrescimento del Pil (valori economici)
- fonte di retribuzione
- fonte di occupazione.

2

Oggi l'idea politica è proporre alla spesa pubblica un accordo TU (Transferable Utility) in cui il lavoro si impegna a rendere gradualmente componibili i rapporti tra spesa pubblica e sanità quindi a rimuovere le contraddizioni che oggi esistono tra lavoro e spesa.

3

Oggi l'idea politica è mettere in campo un gioco a somma diversamente da zero in cui il principio sia quello del trasferimento di utilità (TU). Secondo il principio del TU i limiti che la spesa pubblica impone ai costi della sanità possono essere compensati in sanità rimuovendo gli equivalenti costi incongrui.

4

Oggi i medici devono dichiararsi disponibili a un gioco a somma diversamente da zero per soddisfare, ma in positivo, l'esigenza della spesa pubblica di mantenere i saldi invariati; quindi si tratta di usare la circolarità sanità versus spesa pubblica per scambiare utilità, cioè neutralizzare i limiti rimuovendo i costi delle contraddizioni quindi facendo composibilità.

5

Fare composibilità oggi vuol dire affrontare le due principali contraddizioni che riguardano la professione medica:

- le anti-economie, cioè le asimmetrie tra ciò che spendiamo e i benefici che ricaviamo, in particolare a causa di modelli di tutela, di professioni e di servizi ampiamente superati rispetto alle sfide di contesto
- le diseconomie, cioè lo spreco ingiustificato di risorse pubbliche (corruzioni, abusi, privilegi, malfunzionamenti, disorganizzazioni, favoritismi ecc.).

6

Oggi in sintesi la contraddizione politica da rimuovere è tra una spesa pubblica limitante e una sanità abusivamente costosa, tra il de-finanziamento e il rifinanziamento.

7

Oggi non è possibile rispondere al costo zero se non rifinanziando il sistema con un cambiamento del sistema a partire dalla ridefinizione del medico. Come lavora un medico e cosa produce un medico dipende da come è un medico. La questione è quindi il suo modo di essere e le organizzazioni più adeguate.

8

Oggi riformare il lavoro del medico significa:

- ripensare la professione
- rompere prima di tutto la contrapposizione lavoro/spesa pubblica, producendo un'altra qualità/quantità di spesa sanitaria
- creare le condizioni per retribuire almeno in parte il lavoro con i risultati di salute che esso produce, retribuendo le convenienze prodotte per la spesa pubblica ad essi correlati (riduzione delle diseconomie, lotta alle anti-economie, produzione di salute ecc.)
- ridiscutere la forma aziendale: se il lavoro è un capitale si tratta di affermare un management diffuso.

9

Oggi il vero conflitto quindi non è tra lavoro e spesa pubblica ma è tra lavoro e diseconomie e anti-economie e produzione di salute. Liberare con il lavoro la spesa sanitaria dalle diseconomie vale previo accordo liberare soldi veri per fare dei veri contratti.

10

Oggi quindi dobbiamo usare i contratti per cambiare la spesa pubblica e l'attuale sistema dei servizi, ma per farlo abbiamo bisogno di riformarli. La spesa sanitaria e l'attuale sistema sanitario non sono strutturalmente modificabili a lavoro e a contratti invariati. Senza un altro genere di lavoro quindi di operatori e senza un altro genere di contratti l'unico modo per ridurre la spesa a sistema di servizi invariante è tagliare e de-capitalizzare.

11

Oggi la questione di fondo è come si fa a ricapitalizzare il lavoro. Si tratta di un obiettivo strategico che deve marcare tutte le politiche sindacali; non esiste questione importante in sanità che possa essere affrontata al di fuori di questa priorità strategica.

Tesi

N° 67

Il lavoro medico dovrebbe essere ripensato per scambiare un nuovo valore aggiunto che sia un vantaggio per la spesa pubblica, per i cittadini, per l'economia e per gli operatori.

N°68

Per rovesciare il rapporto costo/valore del lavoro medico è necessario ripensare profondamente il concetto di lavoro professionale e trarne tutte le conseguenze giuridiche e contrattuali.

N° 69

Il principio che i risparmi della sanità debbano restare nella sanità può diventare concreto e fattibile attraverso una diversa idea di lavoro medico. Se il lavoro produce risparmio, per esempio riducendo sprechi, diseconomie e anti-economie, allora i risparmi prodotti possono essere divisi tra retribuzioni e innovazioni.

N° 70

Il lavoro medico deve essere un valore economico-sociale e non costo.

Quesiti

N°1

Le svalutazioni vere non sono mai solo formali, giuridiche, organizzative quindi relative al ruolo, ma riguardano il valore di scambio, della professione. Quanto vale il lavoro del medico? Chi decide quanto vale? Come si decide quanto vale? Su che base cioè con quali criteri si decide questo valore?

N°2

Il contratto è in pratica uno strumento non che decide il valore di scambio del lavoro medico ma che traduce una valutazione sociale e politica piuttosto complessa, in retribuzione, secondo i vincoli delle politiche di bilancio del momento. Se è così come si fa ad accrescere il valore di scambio del lavoro medico? Basta chiedere degli aumenti contrattuali?

N°3

Ri-capitalizzare il lavoro del medico significa sostanzialmente rivalutarne il valore di scambio ma se questo valore dipende oltre che dai contratti e dalle leggi di bilancio dal grado di legittimazione sociale della professione, dalla percezione sociale dei cittadini, dal grado di fiducia, si può ricapitalizzare il lavoro del medico a medico invariante? Cioè senza intervenire sulla “questione medica”? Quale rivendicazione sindacale?

N°4

La complessità insita nel considerare il lavoro medico quale un capitale sta nel fatto che esso se impiegato (nel senso di investito), punta a produrre prima di ogni cosa la salute nelle sue varie forme come un valore d'uso, che ricordiamo significa la capacità di un bene o di un servizio o di una professione di soddisfare un dato fabbisogno. Il valore d'uso prodotto dal medico è la salute in tutte le sue forme dalla semplice difesa dalle malattie alla cura delle malattie al quale si deve aggiungere quello della vitalità cioè la propensione delle persone a vivere in questa società modo autonomo e indefinitamente efficace e durevole. Non credete che non sia possibile definire compiutamente il valore di scambio della professione se non si trova il modo di definire il valore d'uso in termini di salute e di vitalità da essa prodotto attribuendogli dei valori economici?

Il medico e l'azienda

Sinossi

Tra le politiche di sostenibilità che hanno interessato il medico quale professione bisogna menzionare l'istituzione dell'azienda. Non c'è alcun dubbio sul fatto che un certo tipo di azienda abbia giocato contro un certo tipo di medico e che se esiste la medicina amministrata è perché esiste un certo tipo di azienda. Con l'azienda ci si era illusi che si sarebbero risolti tutti i problemi di sostenibilità, oggi siamo al paradosso che la stessa azienda è considerata più un problema che una soluzione e che la tendenza sia quella di accentrarla di accorparla e comunque quella di ridurre l'influenza. Quindi che l'azienda abbia dei grossi problemi è innegabile. Che gli operatori abbiano grandi difficoltà riconducibili all'azienda anche. Che l'azienda sia qualcosa che nel tempo si è rivelato inadeguato alla complessità della sanità pubblica, è una critica più che fondata. Poi che l'azienda abbia indubbi meriti, rappresenti una significativa novità, e che come questione debba essere collocata dentro una problematica istituzionale finanziaria e sociale più grande, non c'è alcun dubbio. Ma l'azienda nei confronti della professione medica ha avuto l'effetto di accentuarne la sua condizione di dipendente cancellando le prerogative proprie ad una professione speciale che in ragione delle sue caratteristiche anche storiche non può essere una professione dipendente del tutto.

Proposizioni di approfondimento

1

Quando è nata l'azienda non si aveva la minima idea di cosa essa dovesse essere, per cui alla sanità è stata imposta quella universalmente applicata dalla teoria economica chiedendo alla sanità di adattarsi. Cioè hanno imposto il modello dell'azienda manifatturiera.

2

L'azienda è nata debole e ha prodotto una nuova burocrazia che per sua natura non va d'accordo con la complessità medica. Per dare spazio alla complessità serve un nuovo genere di gerenza nella quale il medico abbia il ruolo dello shareholder. Cioè il ruolo di un azionista non di un dipendente.

3

Per ripensare il modello di azienda si deve partire dai suoi paradossi:

- indeterminazione, una norma istitutiva (502) che non ha mai specificato il genere sanitario dell'azienda, da qui la necessità di definire una sorta di "azienda sui generis", cioè qualcosa che si specifichi attraverso le complessità medico-sanitarie

- inconseguenza, avere come obiettivo formale la salute della gente e come obiettivo reale l'equilibrio di bilancio, la gestione delle compatibilità, il risparmio a tutti i costi
- carattere contro-teorico, cioè l'essere teorizzata in un modo e l'essere realizzata in un altro
- la razionalità aziendale, cioè il pensiero tipico che c'è dietro all'azienda pieno di anacronismi e grossolane debolezze culturali
- la confusione tra gestione e politica
- l'economicismo, la negazione dell'economia quale scienza della complessità e la sua banalizzazione a puro amministrativismo contabile
- il non essere orientata alla domanda
- il considerare gli operatori come delle trivial machine
- la gestione gerarchica tipica delle aziende manifatturiere
- l'essere diventata di fatto una nuova forma di burocrazia.

Aporie

1

Oggi si tratta ragionevolmente di fare il contrario di quello che è stato fatto sino ad ora cioè di chiedere all'azienda di adattarsi alla complessità sanitaria e quindi di trasformarsi.

Tesi

N° 71

È necessario definire una azienda di servizio quindi orientata alla domanda, a management diffuso che non gestisca più dei medici comunque dipendenti siano essi a contratto o a convenzione ma professional agreement, e shareholder cioè operatori che in cambio di autonomia garantiscano responsabilità disponibili ad essere misurati sugli esiti e i risultati. Cioè definisca consensualmente dei veri e propri autori.

Quesiti

N°1

Per avere dei medici autori non credete sia necessario avere delle aziende che non si limitino ad impiegarli come dei semplici compitieri cioè che siano necessarie aziende diverse speciali (sui generis) che impieghino l'autonomia del medico come la propria risorsa?

N°2

Se l'autonomia del medico è una risorsa per l'azienda speciale non credete che debba cambiare il rapporto tra la natura del datore di lavoro e la natura della professione? Cioè azienda pubblica e dipendente pubblico? L'azienda in pratica diventerebbe l'affidataria che su base

contrattuale affida al medico un mandato una delega di natura fiduciario riservandosi di valutarne i risultati.

N°3

Ma una eventuale ridefinizione dell'azienda, nel senso della azienda sui generis, secondo voi non andrebbe anche estesa ad un nuovo ruolo della rappresentanza sociale?

N°4

È velleitario pensare ad una azienda partecipata sia socialmente che professionalmente?

N°5

Cosa ne pensate di un tipo di azienda pubblica di servizio orientata alla domanda il cui management è controllato da rappresentanti dei cittadini e condiviso dalle professioni?

Il medico e la scienza

Clinica e cultura

Sinossi

La medicina come abbiamo visto è schematicamente collocabile tra scienza e società cioè tra cura e cultura intendendo per cura l'uso delle conoscenze scientifiche e per cultura una certa idea sociale di persona di diritti e di salute. In questa posizione essa dovrebbe essere influenzabile tanto dalla cura che dalla cultura. Ma i rapporti tra scienza e cultura non sono semplici e nemmeno scontati e soprattutto non lineari come si crede. Il modo di ragionare della scienza rispetto alla cura dipende molto soprattutto nel paradigma positivista, da una certa idea scienza e spesso è indifferente alle evoluzioni della cultura sociale. In questo modo come è accaduto in questi anni il modo di ragionare rischia di entrare in conflitto con i cambiamenti culturali. Il modo di ragionare scientifico della cura si può sintetizzare nel concetto di clinica. Oggi è proprio questo concetto ad essere spesso confutato dalla società. Quindi il problema che oggi si pone è quale clinica ovvero quale rapporto di conoscenza deve esserci tra la razionalità scientifica del medico e la cultura di questa società.

Un nuovo medico sarà tale se il suo modo di ragionare clinico imparerà a confrontarsi con la cultura della cura che questa società esprime.

Il nuovo medico passa certamente per un ripensamento della deontologia, dell'epistemologia e della metodologia ma nel senso che tutti questi ripensamenti debbono ridefinire una nuova idea di clinica. La clinica è l'idea che tutto riassume. La relazione tra medicina e società passa per la clinica.

Proposizioni di approfondimento

1

La razionalità per un medico è un principio, un valore, un imperativo categorico, una regola di condotta intellettuale, alla quale, se vuole definirsi scientifico, deve attenersi. Quindi resta un valore irrinunciabile. I suoi significati principali sono i seguenti:

- *logico*: la razionalità è un *principio* dal quale derivano e al quale si subordinano tutti i ragionamenti del medico
- *normativo*: la razionalità è una *regola d'azione* alla quale il medico si deve attenere
- *metafisico*: la razionalità è il *principio* dal quale dipendono tutte le realtà di cui si occupa il medico.

2

La clinica è una *conoscenza scientifica* fondata sulla *logica*, sui *fatti*, sul *metodo*, e sulla *trascendenza della razionalità*. Trascendenza vuol dire che la razionalità medica sta al di sopra di tutto.

3

La massima espressione del razionalismo medico si chiama *clinica*. Il razionalismo clinico è prevalentemente un *metodo*, un sistema concepito per *procedimenti logici*. La clinica è soprattutto intesa come un insieme di *regole logiche e procedurali*.

4

La clinica in genere offre una *spiegazione naturalistica* della malattia che spiega l'insorgenza dei sintomi, le modificazioni patologiche, il processo morboso. In genere la spiegazione clinica segue il seguente ordine espositivo: osservazione dei sintomi, descrizione degli aspetti clinici, diagnosi, terapia.

5

In genere si considera la spiegazione clinica come una forma di *ragionamento probabilistico*, cioè in essa le connessioni tra le premesse e le deduzioni, non sono ammesse né come regolarità né come certezze. La probabilità è semplicemente una forma più debole di certezza e che non mette in discussione la concezione di fondo della verità clinica in quanto tale. Cioè

la verità naturale della malattia.

6

La tesi di fondo della clinica è la seguente: “*ciò che è necessario è vero perché non può essere altro*”. Il *necessario* per la clinica è sempre una verità scientifica. (la questione è stata trattata nella prima macro-area).

7

In generale per la clinica spiegare la malattia vuol dire determinare il suo perché. Per la clinica il *perché* è interamente nella natura biologica del corpo, per cui la biologia è la complicazione che diventa malattia e quindi tutte le malattie sono in essa. La natura spiega i perché delle malattie. La clinica spiega i perché della natura.

8

In genere la clinica risponde al *perché* attraverso l'*identificazione delle cause*. Abbiamo già visto come il concetto di causa non sia per niente scontato. Essa è come se fosse una *tecnica predittiva* nel senso di pre-diagnosticare e pre-curare la malattia. Questo è possibile solo se le cause sono necessariamente tali da non poter essere diverse da quello che sono. Solo a questa condizione la spiegazione causale “*come è/perché*” può sia identificare che prevedere. Ma non sempre le cause sono quello che sembrano. (sui problemi del concetto di causa vedere prima macro-area).

9

Al ragionamento clinico non interessa molto che possano esistere dei significati fuori dalle cause o dai sintomi. Ciò che non rientra in un significato naturale per la clinica semplicemente non esiste. Il significato di una causa o di un sintomo è la loro *qualità disposizionale* cioè qualcosa che suggerisce al medico come definire la malattia. Il punto è che oggi le qualità disposizionali delle cause e dei sintomi con l'esigente vanno ben oltre i significati clinici.

10

Se la clinica accettasse, attraverso la relazione, di confrontarsi con la persona malata, si troverebbe senza significati da attribuire a quelle entità che non sono né cause e né sintomi pur appartenendo alla persona. Quindi si troverebbe senza nomi da assegnare alla persona e nell'impossibilità di dedurre dalla persona qualcosa che non sia un sintomo. Se la clinica vuole stare nella relazione si deve mettere nella condizione di attribuire nomi, significati, usi a entità non sintomatiche e non biologiche.

11

I sintomi per la clinica sono il presupposto della deduzione. Essi non fanno altro che aspettare che il medico dia loro dei nomi. Essi sembrano al di qua di qualsiasi ragionamento perché sono entità oggettive. In realtà non è proprio così. Un sintomo è qualcosa dal quale si ricava la presenza o l'esistenza passata o futura di qualcos'altro che non è solo la malattia ma che ha a che fare con la persona con la sua storia e con il suo mondo. Un sintomo non è solo un *oggetto clinico* ma è *l'espressione* di una complessa storia e di una complessa ontologia. Esso è allo stesso tempo natura e storia.

12

La razionalità clinica è stata definita una disciplina "*idiografica*" cioè una disciplina storico-biologica dell'individuo. La lettura idiografica dei sintomi dipende sostanzialmente da come i sintomi sono interpretati. Se la clinica interpreta il sintomo in modo naturale allora anche la storia sarà letta dalla clinica nello stesso modo. Idiografico sarà uguale a naturale e l'individualità va a farsi benedire. L'unica singolarità che conta sarebbe quella biologica o genetica.

13

Oggi i sintomi sono *riferimenti*, non sono solo segni o oggetti che si dovrebbero solamente descrivere e riconoscere ma *relazioni* con qualcos'altro. Il riferimento è un'estensione del segno, in quanto tale esso non è più quello che crede la clinica vale a dire una verità oggettiva, evidente, registrabile come se fossero degli *indici corporei*. I sintomi sono dei *designatori* di relazioni.

14

Dire che un malato ha certi sintomi significa dire che a quel malato i sintomi gli appartengono come una sua *proprietà*. Se i sintomi diventano riferimenti allora vuol dire che le proprietà che apparterranno al malato sono tutte quelle evocate nei riferimenti.

15

Le proprietà dei sintomi si dicono *inerenti*. L'inerenza fa capire che l'umanizzazione di cui si parla tanto, non è un discorso che si può fare mantenendo la clinica tale e quale. In questo modo le uniche proprietà considerate inerenti sarebbero quelle biologiche. Per "umanizzare" (pessima espressione) la clinica dovrebbe allargare il suo concetto di inerenza alla complessità culturale, naturale e personale, del malato. Solo in questo caso essa apparirebbe come se fosse "umana" (espressione ancor peggiore).

16

Se i sintomi fossero delle occorrenze si modificherebbe il tipo di *inerenza clinica*. L'inerenza, è quando la clinica afferma che una certa malattia è x nel senso di dire che essa è implicata nei suoi segni e il contrario. Se il segno riguarda solo l'organismo del malato o la sua storia naturale, l'inerenza sarà pure sostanziale e per quanto si tenti di comunicare con il malato attraverso la relazione, il ragionamento clinico si affermerà, come se la relazione non ci fosse.

17

Per la clinica il riconoscimento dei sintomi è affidato alla semeiotica. È una disciplina che identifica i sintomi, come se li "battezzasse". Quando un sintomo viene battezzato dal medico esso manterrà fede al nome che gli si attribuisce fino a prova contraria. L'idea di ripensare i segni come a dei riferimenti e a delle occorrenze chiede alla semeiotica di interpretare qualcosa in funzione di qualcosa altro che appartenga comunque al mondo del malato.

18

Per la clinica il valore dell'ipotesi, cioè di quel particolare enunciato controllabile attraverso le sue conseguenze, è fondamentale. L'ipotesi per un medico è la premessa di una dimostrazione. La questione non è tanto *cosa* vuole dimostrare la clinica (è abbastanza intuitivo che vuole dimostrare l'esistenza di una malattia) ma *come* lo dimostra. Se essa si limitasse meccanicamente a dedurre una malattia dai sintomi allora l'ipotesi sarebbe null'altro che una *proposizione naturale* relativa alla malattia.

19

L'ipotesi clinica quale dimostrazione naturale non fa altro che confermare l'esistenza dei segni e della loro necessità deducendone delle conclusioni. Se invece la deduzione riguardasse i sintomi certo ma dentro la complessità del malato, allora l'ipotesi cambierebbe di significato perché essa sarebbe un insieme di proposizioni diverse in cui vi sono quelle naturali ma non solo. Questo vuol dire che i segni naturali possono avere non solo un significato naturale.

20

Il ragionamento clinico si muove tra due formule:

- "se... allora" che guida la deduzione
- "se e solo se" che verifica la conoscenza.

Entrambi servono a formulare delle tesi che a loro volta servono a guidare le scelte. Le tesi della clinica si basano sulla differenza tra *falsità* e *verità* rispetto ai criteri decisi dalla sua razio-

nalità. La clinica considera vero solo ciò che rientra nella sua concezione di verità scientifica vale a dire il mondo osservabile della natura.

21

Le ipotesi del procedimento clinico prolungano una descrizione sintomatologica nella diagnosi. L'ipotesi appartiene al segno e il segno appartiene alla natura e questo garantisce al ragionamento clinico la massima oggettività. L'ipotesi è l'espressione di tale oggettività.

22

Per la clinica il massimo ideale sarebbe considerare i segni semplicemente come delle evidenze da tradurre in atti clinici e fare a meno delle ipotesi. Questa sarebbe la massima oggettività che fa corrispondere il problema con la sua soluzione senza aver bisogno di ragionare. Il sillogismo perfetto è il ragionamento che lavora meccanicamente sulle necessità, quasi che i sintomi funzionassero come degli "a priori assoluti". Per la clinica l'ipotesi si rende necessaria quando i segni non sono delle evidenze, quando sono ambigui, interpretabili in diversi modi, cioè quando manca il carattere necessitante di una indiscutibile evidenza.

23

La clinica è costretta a ragionare per ipotesi. La loro funzione ragionativa non è *dimostrativa* come si pensa ma è soprattutto *confermativa* del segno. Se un segno esiste è inutile dimostrare che esiste, l'unica cosa ragionevole è confermare che esiste nel modo supposto. L'ipotesi è la conferma di ciò che esiste, essa cioè è al servizio dell'oggettivo. Ma tutto ciò che esorbita dall'oggettivo è come se fosse dichiarato o assente o inesistente.

24

L'ipotesi si spiega a partire dai sintomi. Sono i sintomi, come è giusto che sia, che comandano non l'ipotesi. L'ipotesi non è una *tesi* relativa ad una malattia ma è riconoscimento del sintomo che l'ipotesi trasforma in una *supposizione diagnostica*. Se assumessimo i riferimenti in luogo dei sintomi, dovremmo aprire la *deduzione a più modalità deduttive*, cioè ragionare davvero per interpretare un'attualità e una complessità.

25

Nel ragionamento ipotetico l'ipotesi clinica funziona come un condizionale che obbliga a verificare il riconoscimento dei sintomi. La giustificazione di una qualsiasi conoscenza per la clinica è sempre necessaria. Essa evita di attribuire senza una verifica un valore di verità a ciò che è stato congetturato. La clinica per giustificare le sue conoscenze ricorre al *principio di verificabilità*.

Ma di modi per giustificare quindi controllare le conoscenze ve ne sono tanti (teoria delle falsità rilevanti, teoria della sconfessabilità, teorie delle ragioni conclusive, teorie affidabiliste, ecc.).

26

La giustificazione è una spiegazione particolare che si fonda su alcuni criteri di *plausibilità*, il credere che qualcosa sia giustificato significa che quello che si crede è permesso da un plausibile sistema di giustificazioni. Allargare le giustificazioni equivale ad allargare le credenze in cui credere. Cioè allargare il plausibile. Nella clinica il *plausibile* è delimitato dal *razionale*, cioè dalle sue giustificazioni oggettive. Nel momento in cui il razionalismo clinico accetta di ridefinirsi nella complessità è come se acquisisse i caratteri di un maggiore *realismo*, cioè di una conoscenza molto radicata nella realtà. La clinica è come se diventasse così più realista di quella che è.

Aporie

1

Oggi in discussione non è tanto significato logico e normativo della razionalità clinica ma quello metafisico e quindi il suo modo di proporsi come conoscenza trascendente. Oggi la clinica per le ragioni già spiegate deve fornire tanto delle spiegazioni sociali che delle spiegazioni economiche.

2

Oggi la razionalità clinica resta ovviamente la base della conoscenza medica ma essa va arricchita con conoscenze diverse. Rendere la razionalità clinica la più adeguata nei confronti della persona malata e della relazione con essa è un passaggio fondamentale. Ma la stessa cosa vale per le sue implicazioni economiche.

3

Oggi i principi logici e razionali della clinica medica in quanto tali sono tutti riconfermabili. Tuttavia, va ripensato il loro uso rigido e trascendentale. La rigidità della razionalità consiste nella *prescrittività* delle sue regole d'azione. La clinica oggi andrebbe ripensata come *modo non dogmatico di essere* conoscenza. Tuttavia, non si può negarne il valore. La cosa che si dovrebbe fare è farle fare un bagno nella realtà delle complessità in gioco a partire dalla società per arrivare alla economia.

4

Oggi alla base dei tanti conflitti tra medicina e società vi è una razionalità clinica avvertita

come “disumana” solo perché s-personalizzante. Oggi l'uomo malato non accetta di conformarsi passivamente alla razionalità scientifica. Egli contesta non il suo valore, ma la sua pretesa di essere al di sopra di qualsiasi cosa. “L'umanizzazione della medicina”, di cui si parla tanto, consiste quindi nella ridiscussione della trascendenza della razionalità clinica rispetto alla complessità della persona malata.

5

Oggi la legge della necessità clinica sulla quale si basa l'intera deontologia della professione non è più così ferrea. Milioni di persone si curano con altri generi di medicine, e poi cambiando l'oggetto dell'interpretazione clinica, dalla malattia al malato, cambia la natura dell'interpretazione e di conseguenza la natura della necessità. La necessità infine può essere interpretata in tanti modi e a seconda di come la si interpreta può avere costi diversi.

6

Oggi le spiegazioni cliniche del medico, circa la necessità del malato, abbisognano di essere integrate con un'interpretazione sociale e personale da parte sia del malato che della economia. In questo modo la natura della spiegazione clinica cambia diventando un *accordo* tra una *spiegazione naturale*, una *spiegazione sociale* e una *spiegazione economica*.

7

Oggi la clinica interpreta la malattia e, il malato interpreta, attraverso la clinica con l'interpretazione della malattia, il medico e il suo modo di ragionare. Oggi la società chiede alla clinica uno sforzo per essere meno clinica convenzionale e più clinica reale. Oggi la conoscenza e la cura del malato come persona non è più solo una questione di regole. Ma soprattutto non è più solo una questione clinica ma è anche altro.

8

Oggi la spina dorsale della razionalità clinica resta il metodo. Per la clinica la scelta è nel metodo, cioè è predefinita in esso e in quanto tale, quindi solo apparentemente è una scelta libera. Il metodo clinico predetermina la scelta. Per le problematiche del metodo vale quanto scritto nella prima macro-area. Ribadiamo che questa rigidità metodologica oggi è in contrasto con le complessità della persona e della società. Per cui serve una clinica che pur confermando il ruolo irrinunciabile del metodo allo stesso tempo si renda flessibile.

9

Oggi il metodo deve essere compossibile con la scelta del malato esso è quindi anche una

questione di buon senso professionale il che non va equivocato come un rifiuto del metodo. Si ribadisce che la scelta oggi non è libertà *dal* metodo ma libertà *nel* metodo e per giunta da condividere con il malato.

10

Oggi per spiegare la malattia le spiegazioni naturalistiche non bastano.

In generale la spiegazione clinica tenta di collegare un evento naturale a certi effetti. Oggi si tratta di collegare il *naturale* al *personale* e al *contestuale* all'attualità del soggetto. Nella trattatistica clinica il *personale* è ignorato esattamente come il *contestuale*. Le patologie sono caratterizzate in ragione degli agenti causali, delle espressioni cliniche, degli adempimenti diagnostici e terapeutici.

11

Oggi i fatti clinici sono “*carichi di teoria*” (theory laden) come si dice, essi finiscono con il diventare anche variabili della soggettività. Ciò, rispetto alla spiegazione clinica, significa l'indebolimento di un *linguaggio osservazionale obiettivo*, ma senza aver ancora elaborato un linguaggio che consideri i fatti come *entità interdipendenti* dalle teorie usate per descriverli. Oggi va ribadito un fatto è sempre più il controllo di un certo numero di *variabili* attraverso un certo numero di *funzioni collegate*.

12

Oggi i sintomi come i fatti perdono il loro statuto *assolutamente* oggettivo. Oggi è una semplificazione dedurre una spiegazione clinica solo dai segni della malattia, quindi questi non hanno più una significazione sufficiente. Oggi si preferiscono quelle che si chiamano le “*occorrenze contestualizzate*”, cioè *situazioni specificate* dai loro contesti.

13

I segni e i sintomi, dentro i loro contesti, diventano *testi, grammatiche, sintassi* e l'approccio indiziario della spiegazione clinica si rivela molto al di sotto della complessità clinico-sociale che ha davanti. La trattatistica continua a descrivere semplicemente sintomi, segni, non *occorrenze*. Meno che mai è impegnata a costruire dei testi che diano conto di testi e di grammatiche.

14

Oggi se i sintomi fossero delle *occorrenze* dovremmo considerarli espressioni della persona nel suo proprio contesto, accettandone la *contingenza*. In rapporto alla contingenza una spiegazio-

ne è soddisfacente se mostra che qualcosa è possibile senza per questo sostenere che qualcosa è necessario. Dal “perché necessariamente è così” (*why necessarily*) si passa al “come possibilmente è così” (*how possibly*). La clinica deve imparare a rispondere sia ai “perché” che ai “come”.

15

Oggi serve una *semeiotica ragionevole* cioè in grado di interconnettere il *segno*, il *riferimento*, l'*occorrenza* e l'*interpretante*. Essa non si limita a *descrivere* i segni ma *ragiona* sui segni studiandoli come se fossero un testo e una grammatica. Per avere una semeiotica ragionevole basterebbe insegnare al medico cosa sia il riferimento, il significante, il significato, l'interpretazione, la semiosi, gli indicali ecc. Se la semeiotica descrittivista riuscisse a interpretare, allo stesso tempo, i segni nei suoi rapporti con la malattia (*semantica*), nei rapporti tra i segni (*sintattica*), e in quelli tra segni e interpreti (*pragmatica*), sarebbe un grande progresso.

16

Oggi i riferimenti con la complessità del malato, appartengono sia alla natura che alla persona per cui il ragionamento clinico dovrebbe riferire sia dell'uno che dell'altro. In questo caso l'ipotesi clinica dovrebbe esprimere sia ciò che è naturale e sia ciò che è personale. Ma mentre ciò che è naturale è descritto dalla clinica, ciò che è personale non si sa come descriverlo, o comunque è sempre esterno alla razionalità clinica.

17

Oggi se nel ragionamento clinico assumiamo la persona e non solo i suoi sintomi, la deduzione clinica, a parte i sintomi, deve scegliere come dedurre cosa dedurre, da cosa dedurre. Per la clinica si tratta di assumersi davvero la responsabilità del proprio ragionamento dentro una relazione con il malato, e quindi la “responsabilità del reale” o comunque dell'attualità in cui si trova.

18

Oggi ripensare il modo di ragionare della clinica non è rinunciare a qualcosa ma è guadagnare qualcosa in più. Se la deduzione si apre e si allarga essa prima di tutto è conveniente sia eticamente che economicamente nell'interesse del malato e della società, ma non solo, perché la sua complessità verrà conosciuta meglio e di più, si sbaglierà meno, vi saranno rapporti fiduciari, e co-decisionalità.

19

Oggi la clinica se ragionasse non solo sul corpo ma anche sulla persona sarebbe costretta a

ragionare in modo polivalente. I sintomi della persona potrebbero essere letti con diverse modalità interpretative, scelte dal medico dentro un arco di interpretazioni possibili. Una clinica “poli-deduttiva” tuttavia dovrà dotarsi di più tipi di logiche.

20

Oggi il ragionamento ipotetico-deduttivo vale se esso considera solo i sintomi, ma se considerasse anche altro, meglio sarebbe che si adottasse un ragionamento *pratico-deduttivo*. Nella deduzione pratica vi sono almeno due premesse, nella prima, la *maggiore*, sono espresse i fini dell'azione medica e nelle altre, le *minori*, sono espresse le condizioni di cui tenere conto, il malato come persona, il rapporto con i mezzi impiegati ecc. La deduzione pratica sarà una deduzione più larga e punterà ad assicurarsi il più alto grado di *convenienza* e di *efficacia convenzionale*.

21

Oggi la clinica deve partire *dall'esperienza* della relazione e passare per *l'intenzionalità* dei soggetti. La grande differenza tra una clinica povera e una clinica ricca non è *nell'uso* della logica che resta fuori discussione, ma nel *modo* di usarla dentro una relazione.

22

Oggi la deduzione clinica spiega l'azione medica come *un'azione oggettiva*, cioè che deriva dalle necessità implicite nella sintomatologia, la deduzione pratica spiega l'azione medica come *un'azione soggettiva su basi oggettive e personali*. Nell'azione oggettiva la conoscenza è il risultato di una certa razionalità, la responsabilità è del medico; in quella soggettiva la conoscenza è il risultato di una relazione tra due soggetti che condividono la responsabilità di conoscere e decidere circa una malattia.

23

Oggi nella visione soggettiva della clinica, la società potrebbe ritrovare sé stessa perché tutto ciò che esprime il contesto del malato entra nella relazione e nei ragionamenti derivati. La relazione tra un medico e il malato rappresenta la società in cui vivono entrambi. Invece il principio di razionalità della clinica esclude la società dalla conoscenza, cioè afferma prevalentemente il suo punto di vista scientifico. Fino a quando questa scollatura tra medicina e società non sarà ricomposta è inutile parlare di umanizzazione.

24

Oggi la clinica di fronte ad un ventaglio dei modi di essere della malattia e del malato dovrebb-

be dispiegare a sua volta un ventaglio di modi ragionativi. Con il buon senso la verità scientifica non si indebolirebbe ma si estenderebbe ad altri tipi di verità, il ragionamento clinico non viene accantonato, ma semplicemente esso non è più l'unico. Andare verso una clinica plausibile significa scegliere i ragionamenti più adatti e convenienti rispetto alle persone e alla loro posizione nel mondo della loro attualità. Questo significa essere dei clinici pragmatici e *ragionevoli*.

25

Oggi ripensare la razionalità clinica dal punto di vista del nuovo medico significa che la razionalità clinica mantiene il proprio apparato concettuale ma nello stesso tempo si impegna ad usarlo in modo diverso. Il principale oggetto del ripensamento non è la razionalità clinica in quanto tale ma il suo peculiare modo di spiegare e conoscere la malattia. Oggi la spiegazione che la clinica dà della malattia per questa società non è più così convincente. Tutto qui.

26

Oggi gran parte dei problemi definiti di "*personalizzazione*" altro non sono se non il subentrare rispetto alla clinica di visioni pragmatiche che correggono, rendendole più ragionevoli, delle visioni convenzionali. Oggi le questioni dell'accanimento terapeutico, dell'abuso delle tecnologie, della critica all'uso dei farmaci, delle obbligazioni metodologiche, altro non sono se non la riconsiderazione degli impatti della razionalità e della logica clinica, sulle pratiche ordinarie. Oggi davanti alla complessità sociale della malattia si è come obbligati ad essere *razionalisti realisti e pragmatisti*.

27

La clinica nella complessità inevitabilmente pone questioni pragmatiche sui risvolti pratici della razionalità, cioè sulle sue conseguenze. E questo appartiene ad un indirizzo filosofico definito *pragmatismo*. Il presupposto del pragmatismo è che *logica e complessità*, non possono essere dati come automaticamente coincidenti, e meno che mai che logica e complessità siano la stessa cosa. La complessità sfida la logica e spesso la smentisce ma non in quanto tale in quanto standard di razionalità. Per la clinica in ragione della complessità del malato sarebbe molto più congeniale adottare una logica pragmatica. Cioè la più realista possibile.

28

Nella pratica ordinaria esistono gli scarti tra ciò che è razionale e ciò che è reale. Questi scarti creano importanti problemi pratici. Quindi ci si deve preoccupare di comprendere gli effetti della razionalità sulla complessità del malato. Ciò allarga e complessifica la nozione stessa

di razionalità che è come ripensata dentro *regole pratiche per condotte pertinenti*. L'indirizzo pragmatico quindi non solo non rinuncia alla logica ma aggiunge a concetti come razionalità quelle di *buonsenso, ragionevolezza, plausibilità, praticità* ecc.

29

Nella medicina ad orientamento pragmatico, il vero e il falso non rappresentano più valori assoluti pur ovviamente senza scomparire, più semplicemente diventano *qualità tra le qualità* a cui le cose sono suscettibili. Si apre un orizzonte nuovo per ripensare la clinica che è quello delle logiche di ciò che non è riconosciuto assurdo e di ciò che è riconosciuto concepibile e possibile (logiche indebolite, intuizionistiche, fuzzy, stocastiche, polivalenti ecc.).

30

Il valore della plausibilità clinica non verte esclusivamente sull'assenza di contraddizione tra sintomi, ipotesi, diagnosi, terapia, ma sul buon senso, la ragionevolezza, il non assurdo, l'accettabilità razionale e altri criteri. In altre parole, il limite più vistoso della razionalità del vero/falso è quello di non riferire di un'infinità di casi intermedi, cioè di un'infinità di modi di essere della malattia e del malato, che pur esistono nella realtà ordinaria della medicina. Vi sono tanti casi dubbi, tanti casi ambigui, tanti casi che non si capiscono e che necessitano di tanto ma tanto buon senso.

31

La plausibilità pragmatica della clinica per decidere l'efficienza e la convenienza di un trattamento non può rinunciare né all'opinione del malato, né alla verifica della relazione. Chi dovrà dire se lo scopo clinico è raggiunto o non raggiunto? Nella clinica classica in genere è il medico che dice se un malato è guarito o non guarito, o altro. Nella visione pragmatica vi è una complementarità medico e malato, nel senso che entrambi concordano su una *credenza preferibile*. Essa sarà molto semplicemente quella che avrà maggiori probabilità di raggiungere uno scopo e alla quale la relazione deciderà di attribuire il massimo grado di convenienza. Ma anche quella che metterà a confronto due tipi di esperienze.

Tesi

N°72

La clinica è quella conoscenza scientifica più esposta alle sollecitazioni sociali. Le sue caratteristiche epistemiche, specie se non condivise dai cittadini, contribuiscono in misura notevole a creare conflitti, incomprensioni, sfiducia, diffidenze. Se è così non è possibile ripensare il medico senza ripensare la clinica pur ribadendone la fundamentalità.

N°73

Oggi la clinica a sua volta abbisogna di approvazione sociale quindi di essere giustificata non solo scientificamente ma anche socialmente. La clinica non può più permettersi di trascendere come conoscenza l'esperienza personale del malato e le sue personali visioni del mondo.

N°74

Si può quindi di dire che la crisi della medicina e quindi la crisi del medico valgono soprattutto come crisi della clinica. La clinica quindi va ricontestualizzata e ricomplexificata per dare risposte adeguate sia alle esigenze del cittadino che a quelle della buona economia. Un medico nuovo a razionalità clinica invariante non sarà mai un medico nuovo.

Quesiti

N°1

Pensate sia possibile ripensare il medico senza ripensare la base fondamentale della sua conoscenza cioè la clinica?

N°2

Se per tante ragioni dobbiamo ripensare la clinica, pensate che la sua ridefinizione possa avvenire a medico invariante?

N°3

La clinica secondo voi è quella che è scritta sui trattati che abbiamo studiato all'università cioè è e sarà sempre quella, oppure è possibile quindi concepibile una clinica diversa?

N°4

Se è possibile una clinica diversa è temerario ritenere che la clinica attuale è semplicemente una fase storica destinata a svilupparsi?

N°5

Cioè ammesso che la clinica sia un sapere in progress la clinica a regime del suo eventuale processo di compimento, secondo voi in cosa dovrebbe consistere?

N°6

Ma se il sapere clinico per definizione è un sapere in progress quindi provvisorio fino a sua ridefinizione, la clinica come metodo di conoscenza potrà mai andare a regime?

N°7

La clinica si basa sull'osservazione dei fatti concernenti la malattia è possibile o no una clinica che oltre alla osservazione dei fatti si basa sulle relazioni con il malato?

N°8

La clinica è essenzialmente un procedimento logico-deduttivo, è possibile o no, nei confronti della complessità che la clinica si avvalga anche di altri tipi di ragionamenti?

N°9

La clinica nasce per conoscere la malattia è possibile o no una clinica per conoscere anche la complessità del malato?

N°10

La clinica alla fine dei conti è la risposta scientifica ai problemi della malattia di questa società. Se essa deve aprirsi al malato può interpretarsi il consenso informato come il mezzo attraverso il quali si pratica una clinica partecipata? Altrimenti a che servirebbe avere delle relazioni?

Il medico e la tecnologia

Sinossi

Ormai la medicina ippocratica naturale non esiste più. Oggi medicina e tecnologia sono diventate la stessa cosa. Un enorme discontinuità che necessita di un puntuale adeguamento deontologico. Nello stesso tempo la tecnologia ha per la prima volta modificato gli ordini naturali della malattia entri i quali e rispetto ai quali si muoveva il medico, creando come è noto inediti problemi bioetici. La tecnologia sta cambiando il modo di essere del medico e le sue reali possibilità professionali. La tecnologia ha un forte carattere ambivalente nel senso che ha valenze positive quanto negative dipende da come viene usata e per cosa viene usata. Oggi il medico non può più essere definito a tecnologia assente. Un nuovo medico deve saper usare le tecnologie disponibili evitando con cura di abusarne.

Proposizioni di approfondimento

1

Se per bioetica intendiamo la riflessione sui problemi morali ed etici che sorgono in campo medico da interventi sulla natura biologica dell'uomo, allora con la tecnologia sorgono inedite questioni bioetiche che ormai vanno ben oltre gli storici e classici divieti ippocratici contro il procurare artificialmente la morte e l'aborto.

2

La grande discontinuità del nostro tempo è davvero paradigmatica: mentre sino ad ora le possibilità della medicina erano circoscritte agli ordini naturali dati oggi esse sono enormemente amplificate dalla possibilità che offre la tecnologia e la scienza di cambiare questi ordini naturali.

3

Dalla *natura naturata* grazie in particolare alle biotecnologie siamo ormai passati, alla *natura naturante*. Quindi una vera discontinuità paradigmatica ma questa volta riconducibile al ruolo della scienza e non al ruolo della società.

4

A queste possibilità si correlano nuovi ed inediti problemi morali quindi bioetici e di conseguenza nuovi problemi deontologici. Oggi abbiamo la fecondazione assistita, i trapianti, le biotecnologie, la genomica e l'ingegneria genomica, le cellule staminali, il testamento biologico, i morti viventi grazie alle macchine, e tante altre cose come ad esempio i farmaci perso-

nalizzati con la farmacogenomica ecc.

5

Tutte queste cose retroagiscono sull'immaginario sociale ma anche sul sentimento di potenza della medicina creando l'illusione della quasi immortalità. Questa illusione è alla base di molte cause legali contro i medici da parte di cittadini che pensano che in medicina non esistano limiti, che la finitudine non sia un destino ineluttabile, che nel diritto alla salute rientri anche quello della relativa immortalità.

6

La medicina è tradizionalmente considerata una *scienza della natura* che a sua volta considera la *natura un'entità universale*, una sostanza vivente regolata da leggi, regolarità, principi. In tale concezione *finalità e causalità* biologiche sono indiscernibili esattamente come in una macchina. La natura, per la ragione medica, è un *meccanismo* che coincide con le sue leggi, quindi è organizzazione biologica. La ragione medica è convinta che siano le leggi della natura che spiegano le malattie. La tecnologia è una macchina artificiale che è entrata nella macchina naturale, cambiando radicalmente le condizioni del gioco naturale. La distinzione naturale e artificiale con la tecnologia ormai è caduta. Natura e tecnologia sono spesso un continuum.

7

L'esigente in pratica chiede alla tecnologia non solo di curarlo dalla propria malattia ma addirittura di emanciparlo da essa nel senso che non si limita a chiedere alla medicina di proteggerlo contro il male ma di progettare per lui il bene possibile. Il passaggio dalla cura della natura alla reinvenzione della natura è breve ed esso oggi è reso possibile dalla tecnologia.

8

Il rischio che si corre è quello della tecnologia, vista in rapporto con la medicina, come espressione di una ideologia cioè espressione di una vera e propria volontà di potenza. Essa è applicata contro la malattia quindi contro la morte per cui la volontà di potenza della tecnologia si riverbera in ambito sociale come relativo desiderio di immortalità dell'uomo.

9

L'uomo inguaribile è colui che è tale rispetto alla grande malattia che è la morte, dal momento che la morte è ontologicamente inguaribile. Oggi l'uomo attraverso la tecnologia in tutte le sue forme vuole essere guaribile nel senso di andare oltre la cura della malattia per curare

per quello che è possibile la propria condizione di finitudine.

10

Tutto questo pone alla medicina, ma anche alla società, il grande problema del *limite*. In genere un limite ha il significato di un disvalore ma oggi necessariamente dobbiamo considerarlo una possibilità di senso. Dal mondo ristretto del significato si deve passare a quello molto più largo del senso. Il senso della cura va oltre il suo significato scientifico ma ciò detto la medicina, pur disponendo di una tecnologia potente, non può permettersi in nessun modo di dare un'immagine illimitata delle sue possibilità.

11

Fino ad ora la deontologia ha prestato poca attenzione alla questione della tecnologia e quando lo ha fatto è stato limitatamente alla tecnologia informatica e con la preoccupazione di disciplinarne prevalentemente l'uso appropriato. Ma nulla di più.

12

L'uso ragionevole della tecnologia oggi in ogni suo aspetto, dopo il limite economico e le trasformazioni ontologiche del malato, è sicuramente uno dei più potenti fattori che stanno cambiando la professione medica.

13

La questione principale che essa nelle sue svariate forme pone al medico e alla medicina è quella della *retroazione*:

- in senso generale, la tecnologia quale *mezzo* condiziona la medicina quale *modo di operare*
- in senso specifico rispetto alla professione essa cambia il *modo di essere* del medico quindi l'esercizio della professione.

14

Si tratta di un cambiamento irreversibile. La tecnologia evolve più rapidamente della professione la professione rispetto ad essa rischia di essere ampiamente subalterna.

15

L'impressione è che con la tecnologia il medico scelga sempre meno e sia sempre più obbligato a conformarsi alle sue ragioni, per cui sorge il grande problema del rapporto, tra tecnologia e libertà, tra le ragioni della tecnologia e la ragionevolezza del medico. Quindi la grande questione della scelta. Oggi la tecnologia tende a proporre essa le scelte che spettano al medico.

Aporie

1

Oggi in una società che invecchia sempre di più, per gli esigenti, il prendersi cura, vale come governo del proprio decadimento quindi come governo del divenire senescente che spesso costoro fraintendono come contrasto alla finitudine. In questo clima sociale l'esigente alla fine è colui che chiede alla medicina di servirsi della tecnologia cioè di ciò che è più avanzato e innovativo, per ridiscutere i rapporti tra la vita e la morte, tra nascita e non nascita, ineluttabile e eluttabile, tra giovinezza e vecchiaia.

2

Oggi la medicina deve darsi delle regole per governare il problema del *limite* educando la società ma per certi versi anche il medico a non avere pretese ingiustificate da ogni punto di vista, quindi al buon senso e alla ragionevolezza. Questo significa che la tecnologia va usata con prudenza saggezza e ragionevolezza.

3

Oggi sapendo noi bene che la tecnologia senza il medico non può esistere e che ormai il medico senza tecnologia a sua volta non può operare, sorge una inedita questione: la tecnologia è qualcosa il cui uso dipende dalla volontà del medico o la volontà del medico dipende dalla disponibilità della tecnologia?

4

Oggi ormai grazie alla tecnologia ci troviamo in una sorta di *ippocratismo simbiotico* dove cadendo la contrapposizione tra naturale e artificiale, tra medico e macchina, il medico è diventato (in misura certamente diversa da medico a medico), una sorta di ibrido ippocratico e tecnologico.

5

Oggi ormai la tecnologia è diventata una estensione esosomatica del medico quindi un prolungamento del suo corpo, dei suoi sensi e delle sue capacità. Il medico per questo è paragonabile ad una sorta di ibrido nel quale la tecnologia ha l'obiettivo di amplificarne le capacità, la conoscenza, la prassi, ma anche l'efficacia, il risultato, ecc.

6

Oggi il medico *solo medico* cioè a-tecnologico non esiste più. Il medico tecnologico non è solo una somma tra un'intellettualità e tecnologia ma il risultato di una trasformazione quindi il

prodotto di una mutazione non tanto darwiniana (variazioni genetiche ereditarie che poi l'ambiente e la lotta per sopravvivere selezionano) ma lamarckiana (ereditarietà di caratteri acquisiti dall'esperienza e trasmessi per apprendimento e imitazione).

7

Oggi in medicina a proposito di tecnologia si ha a che fare con un curioso quanto strano uso dell'analogia:

- la tecnologia imita l'uomo
- la medicina imita la tecnologia.

Il corpo umano è normalmente configurato per analogia come una macchina cartesiana. In questo caso si prende la macchina come termine di paragone che si suppone di conoscere (il corpo umano non è che una macchina) per conoscere il corpo che è ignoto o solo parzialmente noto. Si usa il noto per conoscere l'ignoto. Ma l'analogia è una riduzione di complessità e pone un grande problema ontologico e deontologico: restituire al corpo, al malato la sua complessità, proprio per evitare che per analogia il malato sia riducibile a macchina e come tale trattato.

8

Oggi nel campo più specifico *dell'information technology* sorgono inediti problemi per il medico. L'espressione *tecnologia dell'informazione* indica l'utilizzo di elaboratori per memorizzare, recuperare, trasmettere e manipolare dati. Il termine si usa comunemente come sinonimo di computer e reti di computer, ma ricomprende anche tutto il mondo degli algoritmi, cioè qualsiasi schema o procedimento sistematico che riguarda una decisione, una scelta affidato al computer. Rientrano in questa categoria generale le linee guida, i protocolli diagnostici e terapeutici, le procedure più diverse, gli alberi decisionali.

9

In questi casi rispunta un problema di analogia: i ragionamenti del medico diventano modelli per gli algoritmi e il medico diventa sempre più controllore e applicatore dell'algoritmo rischiando di esserne assimilato.

10

Oggi possiamo dire che buona parte della medicina sensoriale, cioè che implica una conoscenza della malattia attraverso i sensi e i ragionamenti del medico, è diventata una medicina computazionale cioè delegabile al computer o ad altra tecnologia.

11

Oggi nei confronti di questa mutazione la medicina e il medico devono darsi delle regole. Oggi ci si deve occupare della relazione tra tecnologia e professione non è più possibile continuare a definire il medico come se fosse solo un medico quindi come se la medicina fosse a tecnologia assente.

12

Oggi naturalmente molti sono i problemi del medico e del malato legati all'uso della tecnologia per citarne solo i principali:

- la *delega* vale a dire il trasferimento alla tecnologia di compiti del medico
- la ridefinizione dei concetti tradizionali quali visita, anamnesi, clinica, autonomia, scelta, diagnosi
- il suo spiccato riduzionismo dal momento che la tecnologia tende a ridurre la complessità del malato ai suoi atti
- il configurarsi in certi casi quasi come una ideologia cioè a proporsi non più come un mezzo ma come uno scopo
- la sua influenza sulla tecnica cioè sul complesso di norme che regolano l'esercizio pratico della professione come un'arte
- la sua inclinazione a mettere il medico dentro delle procedure.

13

Oggi probabilmente il problema più grande che ha tanto il medico che il malato con la tecnologizzazione della medicina è di diventarne subalterni e dipendenti, e questo alimenta movimenti culturali di umanizzazione apertamente contro la riduzione della medicina a tecnologia, misure politiche per razionarla e per garantirne un uso appropriato ma anche una domanda spesso ossessiva di tecnologia soprattutto diagnostica da parte dei cittadini.

14

Oggi se consideriamo l'algoritmo una procedura di istruzioni logiche che un medico dovrebbe seguire allora si ha chiaro il problema che sorge: il medico rischia di essere non più il medico che giudica e sceglie ma il programma che deve eseguire l'algoritmo. Questo è il rischio della *trivial machine* vale a dire la riduzione del medico a macchina banale, macchina cioè nella quale si pensa che basti introdurre una precisa istruzione per avere con certezza degli esiti auspicati.

15

Si comprende in questo modo che il rischio di avere una medicina amministrata non deriva

solo da problemi di limiti di risorse che inducono il gestore a limitare l'autonomia del clinico ma deriva anche dalla possibilità che oggi offre la tecnologia di ridurre il medico a trivial machine.

16

Oggi il problema che sorge è quello di ridurre anche a causa della tecnologia informatica il grado di intellettualizzazione della professione. L'alleanza stretta che si è creata tra le ragioni dell'economia e le possibilità di controllo che offre l'information technology creano le condizioni per affermare il proceduralismo, vale a dire il ritenere che l'unico modo garantito per decidere e per scegliere cosa si debba fare per curare un malato sia il rigido rispetto delle procedure stabilite e tecnologicamente garantite.

Tesi

N° 75

L'immissione nella medicina della tecnologia in tutte le sue diverse forme va ovviamente salutata come un fatto straordinariamente positivo dal momento che la tecnologia rende la medicina più potente, più accurata, più efficace e meno fallibile. E di conseguenza offre al medico e al malato maggiori possibilità.

Nello stesso tempo l'uso della tecnologia non è privo di problematiche che riguardano in un modo o nell'altro:

- *Il suo uso appropriato adeguato e coerente*
- *I suoi abusi e i suoi costi e non solo economici*
- *le aspettative eccessive delle persone*
- *il modo di essere della professione.*

Siamo nel tempo ormai della medicina tecnologica che ha cambiato addirittura l'immagine secolare della natura creando nuovi dilemmi bioetici. Servono delle regole. Dovrebbe essere la deontologia a definirle.

Quesiti

N°1

La tecnologia è una risorsa ambivalente cioè è una cosa buona ma può essere o diventare in diversi modi un problema. Come un medico può servirsi della tecnologia quale bene? Cioè come si possono evitare i problemi che normalmente si accompagnano all'uso della tecnologia?

N°2

È solo un problema di modo di usare la tecnologia oppure è necessario definire il suo ruolo rispetto a quello della professione nel senso del rapporto classico tra mezzo e fine?

N°3

Forse il problema più grande per un medico ippocratico è quello di una tecnologia che retro-agisce sul medico imponendogli le proprie logiche esecutive e riduttive. Come si può evitare questo inconveniente?

N°4

Ormai la medicina moderna è ampiamente tecnologica, la medicina naturale di una volta non esiste più. È possibile definire una coabitazione tra tecnologia nelle sue diverse forme e ippocratismo?

N°5

A quali condizioni?

Il medico e il lavoro

Sinossi

Se abbiamo la necessità di cambiare il medico, per tutte le ragioni sin qui accennate, abbiamo parimenti la necessità di organizzare questi cambiamenti in una nuova idea di lavoro medico e di organizzazione del lavoro medico. Non ha senso definire un medico nuovo facendolo poi lavorare in un modo vecchio e per giunta dentro vecchie forme di organizzazioni del lavoro. L'esperienza insegna che l'invarianza dei modi di operare nel tempo causa l'invarianza dei modi di essere del medico e che l'invarianza dei modi di essere del medico vanifica qualsiasi cambiamento dell'essere medico. Ad una nuova deontologia, ad una nuova epistemologia ad una nuova metodologia medica, quindi ad un nuovo medico, con una nuova identità, deve corrispondere una diversa idea e organizzazione delle prassi. Il nuovo medico va tradotto in un nuovo lavoro medico intendendo per lavoro un'accezione vasta che va dai servizi nei quali il medico opera, alle retribuzioni e alle definizioni giuridiche contrattuali del lavoro medico.

La crisi del paradigma positivista e della medicina non è solo crisi di un certo modo scientifico di conoscere la malattia ma è anche crisi di un certo modo di lavorare e di organizzare il lavoro cioè di una certa idea di medico. Si rammenti che da una certa idea di clinica nasce una certa idea di ospedale e da una certa idea di ospedale nasce una certa idea di prassi ospedaliera, e da questa

prassi nasce un certo stato giuridico del medico e quindi una certa idea di retribuzione. Le prassi non sono un'altra cosa dal modo di conoscere e dal modo di essere del medico. E le organizzazioni del lavoro non sono un'altra cosa rispetto alle prassi. Se la clinica per operare si avvale di giustapposizioni cioè di un particolare genere di relazioni allora l'ospedale riproporrà tali giustapposizioni in una organizzazione tayloristica vale a dire organizzata per divisioni per frammentazioni per auto-archie professionali e organizzative. Se la clinica si preoccupa solo della malattia e non del malato allora i servizi saranno organizzati per la malattia e non per il malato. Di converso se la clinica opererà per relazioni dialogiche allora è inevitabile che l'ospedale e il sistema dei servizi dovrà essere ripensato in modo dialogico cioè con organizzazioni del lavoro tra loro integrate, di conseguenza è inevitabile che sulla base di una nuova organizzazione del lavoro il lavoro sia retribuito diversamente.

Il recupero della fiducia sociale nei confronti del medico passa certo per una nuova deontologia, per una nuova epistemologia e per una nuova metodologia, ma passa anche, se non soprattutto, per una nuova idea di servizio quindi per una nuova idea di lavoro. Il cittadino entra in relazione con il medico attraverso il servizio. Se il servizio non è l'espressione organizzata di una nuova idea di medico la nuova idea di medico resta sulla carta.

Quale lavoro quindi? Intendendo per lavoro l'applicazione pratica di tutto quanto concorre a definire un nuovo medico e le sue relazioni sociali?

Il medico e le riforme

Sinossi

Dall'analisi storica dei processi di riforma, che si sono avuti in sanità negli ultimi quaranta anni, risulta che il lavoro medico, sia stato, per tante ragioni, più una grande invarianza che una soluzione di cambiamento. Il paradosso che ne è conseguito è che la professione, quindi la sua prassi, se fosse stata al tempo adeguatamente ripensata avrebbe potuto essere nel tempo la principale soluzione per una nuova politica di sostenibilità e per un nuovo rapporto tra medicina e società. Sottrarre per mille ragioni attraverso l'invarianza il lavoro medico, all'impresa riformatrice ha trasformato nel tempo la professione che da soluzione è diventata suo malgrado problema cioè la controparte della sostenibilità. La "questione medica", nel momento in cui il lavoro medico anziché prendere la strada del ripensamento prende quella dell'invarianza, diventa questione del lavoro. Cioè il medico resta dalle varie riforme sub riformato. Oggi l'idea di un nuovo medico di fatto si pone almeno sul piano storico con 40 anni di ritardo. Quindi si tratta di recuperare questo ritardo.

Proposizioni di approfondimento

1

Negli ultimi 40 anni sono state fatte tre riforme della sanità tuttavia molto poco si è riformato o almeno la maggior parte degli atti riformatori hanno riguardato più le configurazioni giuridiche del sistema che la sua reale operatività. Quindi rispetto alle crisi della medicina e ai cambiamenti che la sollecitavano, fino ad ora non è stato riformato quello che avremmo dovuto riformare. Tra questi i modelli dei servizi e soprattutto il lavoro in quanto tale.

2

La spiegazione di questa macroscopica invarianza chiama in causa tante cose:

- limiti storici politici e culturali, considerandoli non tanto come limiti dei legislatori quali persone, ma come limiti caratteristici del tempo
- scelte politiche sbagliate cioè la difficoltà degli uomini del momento a leggere i processi e ad affrontare i loro problemi in modo pragmatico
- errori legati a letture sbagliate delle situazioni e delle circostanze
- l'assenza di un reale pensiero riformatore e il prevalere di un pensiero riordinatore.

3

Un bilancio su 40 anni di riformismo sanitario sino ad ora non è mai stato fatto. Meno che mai è stata fatta un'analisi dei limiti e dei problemi della riforma primigenia, la famosa 833, dalla quale nasce l'attuale servizio sanitario pubblico. Per molti anni, rispetto a questa legge,

è prevalsa l'idea dell'attuazione e dell'apologia. Se si vuole attuare qualcosa si dà per scontato che quello che si deve attuare sia positivo non negativo. Per cui non si perde tempo a cercarne i difetti e le incongruenze.

4

In realtà i limiti della riforma del 78, fermo restando la sua straordinaria importanza, sono parecchi, dovuti in particolare ai suoi ritardi storici (è stata copiata dalla riforma inglese come prototipo ma 40 anni dopo, quando gli inglesi quel prototipo l'avevano cambiato già molte volte) e alla sua notevole regressività culturale (cioè il suo pensiero e il suo modo di pensare, la sua visione della medicina, sembrano fuori dal cambiamento culturale dell'epoca). La riforma sanitaria non si pone il problema del paradigma positivista e meno che mai quello della crisi della medicina, per cui mutua ciò che al contrario avrebbe dovuto per lo meno essere aggiornato. Eppure, i segni della crisi già al tempo erano, almeno per gli osservatori più attenti già visibili e incipienti.

5

La riforma del 78 ha esteso il diritto alla salute a tutti su base universalistica e solidale, ma non è stata in grado di riformare l'uso e il consumo della sanità perché era priva delle istruzioni culturali per farlo... essa ha cambiato la struttura e l'organizzazione del sistema sanitario ma non la sua sovrastruttura culturale che è restata culturalmente positivista, mutualistica, quindi prestazionalista e comunque orientata sulla cura classica della malattia. Cioè la riforma del 78 non ha cambiato il lavoro, le prassi, l'operatività, gli stili del fare, i modi di lavorare, gli operatori, la loro formazione, la loro cultura. La riforma del 78 ha riformato il sistema di tutela passando dalle mutue al servizio sanitario nazionale, ma a lavoro professionale invariante.

6

In questo modo la riforma si è preclusa un vero cambiamento culturale e organizzativo della medicina e del medico. Questo è macroscopicamente visibile, in tutto il suo articolato, ma in particolare in quegli articoli dove si definiscono le prestazioni da erogare in perfetta continuità con il "*personale dipendente o convenzionato*" esistente cioè ereditato dai precedenti sistemi mutualistici e ospedalieri, (art. 25) cioè a lavoro invariante. Il lavoro non è riformato ma ribadito in tutti i suoi anacronismi in perfetta continuità con i principi del pubblico impiego (art. 47) e secondo "qualifiche funzionali" che al tempo appartenevano ormai ai quei sistemi e a quei mondi tayloristici che la riforma avrebbe dovuto riformare.

7

Per cui, anche con un nuovo servizio sanitario nazionale, l'uso e l'organizzazione della sanità resta sostanzialmente mutualistico. L'offerta di prestazioni cambia di quantità ma non di qualità diventando a causa di ciò sempre meno sostenibile. I modi di essere della professione medica restano fondamentalmente quelli delle mutue e dei vecchi ospedali. A questo limite davvero non secondario si aggiunge quello del riformatore dell'epoca che anziché sostenere la riforma con altre riforme (gli studi di medicina, la partecipazione sociale, i contratti, ecc.) finisce per lasciarla sola, cioè per isolarla, nell'illusione che essa si auto esplicherà in forma rinnovata.

8

Quindi senza una riforma del lavoro nei suoi vari aspetti, il lavoro del medico è restato, dal punto di vista delle prassi, rispetto ai precedenti sistemi mutualistici, ospedalieri e ambulatoriali, sostanzialmente invariato.

9

A questi limiti di fondo si debbono aggiungere scelte sbagliate. La riforma sanitaria diventò praticamente un ostacolo fin dall'inizio perché con la sua incipiente regressività culturale finì con l'accentuare i problemi di sostenibilità. Già negli anni 80 il problema politico non era più quello di attuarla e meno che mai di sviluppare parallelamente altre riforme, ancor meno di riformare il lavoro, ma era quello di gestire la spesa. Così vennero meno sia le ragioni del cambiamento sociale e culturale che avevano reso necessaria la riforma, sia le ragioni per le quali avremmo dovuto correggerne i limiti e fare altre riforme. L'“economicismo” nasce a partire dall'istituzione dell'azienda, soprattutto perché rispetto alle riforme attese il lavoro è rimasto invariato. Non si cambiano i servizi se le prassi che si svolgono al loro interno non cambiano. Non cambiando i servizi si sono accresciute le scollature soprattutto nei confronti di questa società sempre più esigente.

10

Questa rottura del lavoro professionale con il processo riformatore appena avviato negli anni 90 ci porterà all'azienda e darà avvio ad una processione interminabile di politiche economicistiche tutte con una forte componente anti professionale:

- all'inizio provvedimenti contingenti e urgenti quali misure di contenimento della spesa
- poi l'adozione di vere e proprie politiche calmieratrici
- quindi misure crescenti per la riduzione dei costi
- e ancora misure per la tassazione dei consumi (ticket)

- poi il finanziamento in deficit cioè fingendo fabbisogni più bassi al momento della loro approvazione per poi compensarli con i ripiani a piè di lista
- e a seguire le famose misure di sotto finanziamento
- poi i fallimentari patti per la salute, fino ad arrivare ai giorni nostri
- quindi ai tagli lineari, ai piani di rientro, alla spending review, al definanziamento programmato.

11

I risultati di governabilità della spesa che si sperava di conseguire con le riforme senza il cambiamento del lavoro, furono perseguiti in altro modo prendendo la strada dall'economismo. Cioè il lavoro sottraendosi al cambiamento, fatalmente diventerà nel tempo la contro parte della sostenibilità intesa nel senso peggiore cioè come puro compatibilismo.

12

La riforma del '78 alla fine funzionò come un grande collettore cioè un vaso giuridico in cui confluì tutto ciò che di pubblico o para pubblico esisteva in tema di sanità: mutue, parastato, enti locali, ecc. Essa si configurò quasi come un nuovo "testo unico in materia di sanità" che assemblava le tante sanità sparse quasi fosse un minestrone ma senza riformarne le prassi.

13

In quanto testo unico la riforma del '78 si trova suo malgrado a sostituire di fatto dopo ben 44 anni, un altro "testo unico delle leggi sanitari" definito e approvato con regio decreto nel 1934. Ebbene quale nuovo testo unico la riforma del '78 mutua, dall'ordinamento precedente, una dicotomia storica quella che separa e distingue la medicina del territorio dalla medicina ospedaliera.

14

Il testo unico delle leggi sanitarie del 1934 infatti non comprendeva la questione degli ospedali che fu affrontata separatamente con una prima riforma ospedaliera nel 1938 completata successivamente nel 1968 con la famosa riforma Mariotti. La riforma ospedaliera 1938/68 alla fine definisce un modello e una organizzazione di base dell'ospedale che non sarà nei fatti in nessun modo riformato dalla riforma del '78 ma semplicemente mutuato e incluso nel testo di legge, ovviamente con tutti gli adeguamenti storico-scientifici necessari.

15

Almeno due sono i significati da sottolineare:

- la distinzione tra territorio e ospedale è antica e precede di gran lunga la riforma del '78, nel senso che territorio e ospedale equivalgono a due universi paralleli concepiti come separati
- dal 1938 ai nostri giorni il modello di ospedale e la sua organizzazione di base ma anche i criteri di funzionamento e di classificazione non sono mai fundamentalmente cambiati come modelli, quindi come struttura, mentre come sovrastruttura cioè rispetto ai criteri funzionali qualcosa in più si è fatto (si pensi ai reparti ad alta intensità di cura ma non solo ai monoblocco alle piastre, alla spedalizzazione diurna, ecc.).

16

L'unica cosa che è davvero cambiata in costanza di modello è la sua definizione giuridica. Gli ospedali, fino al 1968, sono stati inquadrati come Istituzioni Pubbliche di Assistenza o Beneficenza, (IPAB); dal 1968 in poi, con la riforma Mariotti, divennero "enti ospedalieri"; mentre con la riforma del '78 divennero "stabilimenti" delle unità sanitarie locali" ma attenzione... "dotate dei requisiti minimi di cui all'articolo 19, primo comma, della L. 12 febbraio 1968, n. 132".

17

Ospedali e invarianza sono la stessa cosa. Gli ospedali, cioè il massimo e più importante luogo di cura del nostro sistema sanitario e quindi per ovvi motivi anche il più costoso, ancora oggi sono concepiti nel loro modello fondamentale sulla base delle "norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale degli ospedali" definite nel 1938 e poi completate nel 1968 e mutate in quanto tali dalla riforma del '78.

18

Questo spiega perché oggi l'ospedale rispetto ai problemi di sostenibilità è la "questione delle questioni", perché esso nonostante l'indubbia innovazione che lo ha rinnovato nelle procedure e nelle tecnologie, resta il luogo più regressivo e meno riformato del nostro sistema sanitario, il luogo che più di ogni altro ha accumulato contraddizioni (contenzioso legale, medicina difensiva, regressività culturale) e il luogo preso più di mira di altri per governare in qualche modo la questione sostenibilità e il luogo dove più è acuto il conflitto tra gli operatori. Ma spiega anche l'inadeguatezza delle politiche di riordino volte soprattutto a ridurre il numero degli ospedali e dei posti letto ma a modello invariante.

Oggi quello che in realtà dovremmo fare è riformare un modello che strutturalmente ha ormai poco meno di un secolo. Ma nessuno, a partire dagli ospedalieri, e meno che mai i grandi funzionari della sanità sanno come fare.

19

La riforma sanitaria del '78 che si è limitata a inglobare una riforma ospedaliera di dieci anni prima iniziata a sua volta 40 anni prima cade, così, nella sua più clamorosa contraddizione:

- da una parte con l'organizzazione territoriale teorizza un approccio integrato alle cure quindi una visione globale dell'intervento
- dall'altra mutuando un modello ospedaliero autarchico rende praticamente impossibile qualsiasi processo di integrazione.

20

La riforma del '78 bucando l'integrazione buca la sua idea di globalità, di continuità, di multidisciplinarietà... quindi buca il cambiamento oltretutto creando le premesse per una regressività organizzativa a scala di sistema. Alcune regioni sono riuscite a ridurre tale regressività ma senza ridiscutere i modelli perché sui modelli a tutt'oggi non c'è una proposta di riforma.

21

Non diversamente dall'ospedale a proposito di invarianza è andata la questione dell'altra medicina vale a dire la medicina del territorio o di base. Nelle intenzioni della riforma del '78 medicina di base, distretto (specialistica ambulatoriale inclusa) e ospedale avrebbero dovuto far parte di un comune sistema sanitario, cioè la Usl avrebbe dovuto essere il contenitore comune e quindi una garanzia di covalenza funzionale tra medicina di base servizi e ospedale.

22

Ma così non è stato per tante ragioni:

- non basta una covalenza giuridica a integrare qualcosa e a creare le relazioni che non ci sono mai state
- medicina di base distretto e ospedale restano separati perché ciò che è stato concepito come diviso senza una riforma dei modelli non è facilmente integrabile
- a fronte di una grande retorica sull'integrazione le spinte sono state tutte prevalentemente disintegranti (scorporo degli ospedali, autonomia della medicina di base, autonomia gestionale dei distretti, autonomia dei servizi, finte dipartimentalizzazioni, ecc.).

23

Ma la covalenza giuridica della Usl definita con la riforma del '78 nulla ha potuto rispetto all'invarianza del lavoro e delle prassi. Ben presto tuttavia il sistema delle cure ospedaliere e quelle delle cure territoriali finiscono per sbilanciarsi. Tre sono i fattori che spiegano questo sbilanciamento:

- il crescente processo di specializzazione della medicina
- la crescente crescita della domanda di assistenza ospedaliera
- il numero crescente di posti letto causati soprattutto dal criterio usato dalle mutue per pagare gli ospedali (la retta per giornata di degenza) e dal criterio usato per pagare i medici (il numero dei posti letto).

24

Questi tre fattori sono a monte del problema di sostenibilità finanziaria. La riforma del '78 proprio perché non ha riformato le prassi, ha perpetuato prassi che al contrario abbisognavano di un profondo ripensamento.

25

Ma come stavano le cose prima della medicina territoriale cioè prima delle mutue? Le cose erano esattamente l'opposto di quello che sono ora, la medicina si faceva soprattutto a domicilio del malato quindi nel suo luogo di vita, non in ospedale. Essa con il testo unico delle leggi sanitarie del 1934 era svolta soprattutto dai medici condotti, stipendiati, dai comuni che curavano gratuitamente i più bisognosi e che erano pagati per gli altri a tariffa. Quindi condotte e luogo di vita dei malati erano coincidenti.

26

Con le mutue ai medici condotti si affiancarono in modo del tutto parallelo i famosi "medici della mutua" (pagati a notula cioè in un modo che certamente non ha aiutato il sistema ad essere sostenibile). La mutua piano piano prende il posto della condotta. Medici condotti e medici della mutua entrambi saranno superati con la riforma del '78 con l'istituzione del medico di medicina generale convenzionato, un libero professionista pagato come un pubblico dipendente ma del tutto indipendente dal resto del sistema sanitario. Ma entrambi sono a prassi invariati. E in ragione di ciò si mantengono due generi di medicina rigorosamente separati, il territorio e l'ospedale.

27

Per ragioni di sostenibilità in questi anni si è tentato di ribilanciare il sistema sanitario sul luogo di vita con l'ospedale facendo del distretto uno snodo o una cerniera tra comunità e ospedale intendendo per sanità un sistema continuo che va dalla medicina di base a quella ospedaliera. Ma cosa vuol dire continuo? E qual è il suo contrario? Un sistema sanitario è considerato *discreto* se è costituito da servizi o funzioni *isolati*, anche se contigui tra loro. È invece considerato *continuo* se contiene servizi o funzioni tra i quali non vi sono *spazi vuoti* cioè vi sono relazioni funzionali attive che abbattano le barriere.

28

La lettura attenta della riforma del '78 rivela una curiosa quanto fatale contraddizione tra il concetto di *continuo* e il concetto di *discreto*:

- da una parte, quando si parla di prestazioni da erogare, tutte le funzioni dalla medicina generale all'assistenza ospedaliera passando per quelle distrettuali e specialistiche ambulatoriali, sono considerate *continue* (art.14/ysl, 19/prestazioni delle usl, 25/prestazioni di cura), cioè sono tutte poste sullo stesso livello e considerate un unico sistema continuo
- dall'altra però proprio perché non c'è stata nessuna riforma dei modelli e tutta l'operazione si è appiattita sulla coerenza giuridica dei servizi, ogni funzione è autarchica, quindi in questo senso il loro insieme si costituisce quale insieme discreto dove tutto è discreto, non solo il territorio nei confronti dell'ospedale ma anche la medicina generale e il distretto e nel distretto ogni ambulatorio e il distretto e l'ospedale.

29

La riforma del 78 non ha rimosso la contraddizione tra ciò che per essere continuo non può essere discreto. Questa contraddizione oggi più pesante di ieri ci è costata cara proprio in termini di sostenibilità. Ha sbilanciato il sistema sempre più sull'ospedale, ha svalutato il territorio facendone alla fine una sanità ancillare all'ospedale non ha permesso alla medicina generale di esprimere tutte le sue potenzialità. Oggi si parla di riforma delle cure primarie in modo del tutto separato da questi problemi, quindi come una semplice riorganizzazione dei medici di medicina generale, senza sapere che se non vi sarà un ripensamento riformatore vero, degli squilibri interni al sistema, tra medicina di base specialistica e ospedaliera, (*discreto e continuo*), si farà l'ennesimo buco nell'acqua.

Aporie

1

Oggi, dopo 40 anni, abbiamo a che fare con un paradosso: di quella storica riforma del 78 che avrebbe dovuto cambiare il sistema mutualistico e ospedaliero in qualcosa di più adeguato ai cambiamenti sociali, sono sparite tutte le parti positive, mentre sono sopravvissuti intatti tutti i suoi limiti culturali in costanza di lavoro cioè di prassi professionali invariati. Cioè i medici hanno continuato a fare i medici a prassi professionali indifferenti nei confronti dei contesti che mutavano.

2

Oggi dopo 40 di economicismo il sistema è stremato. Oggi si tratta di risolvere una volta per tutte questo problema della sostenibilità e l'unico modo per farlo è riformare quello che sino ad

ora per una ragione o per l'altra non siamo riusciti a riformare. Vale a dire le prassi e il lavoro.

3

Oggi il punto politico resta che tanto la medicina del territorio quanto l'ospedale hanno bisogno di un profondo ripensamento che per essere tale deve riguardare il lavoro medico prima di ogni altra cosa. Come fa ad essere sostenibile un territorio e un ospedale che sono separati da sempre e con delle prassi che da sempre sono considerate e trattate come due generi di lavoro diversi e separati?

4

Oggi si sta tentando di contenere lo sbilanciamento tra territorio e ospedale da una parte tagliando i posti letto e dall'altra cercando di condizionare l'autonomia del medico di medicina generale, ma la cosa assurda è che nessuno:

- si pone il problema di riformare le cause antiche che lo hanno provocato
- di fare i conti con la domanda che cambia
- di andare oltre la covalenza giuridica dei diversi servizi per costruire una vera connettività funzionale
- di ripensare le prassi progettandone l'integrazione.

5

Oggi laicamente si dovrebbe ammettere che la riforma del 78 (nonostante gli sforzi di alcuni) non è riuscita a mettere in comunicazione il territorio e l'ospedale i quali, a partire dal testo unico sulle leggi sanitarie del 1934 e dalla riforma ospedaliera del 38, sono restati mondi separati incomunicabili.

Tesi

N° 76

L'invarianza delle prassi mediche nei confronti del cambiamento sociale è uno dei più grandi problemi che la professione deve porsi. Il nuovo medico con ciò che non cambia non va d'accordo. L'ordinamento dell'ultimo secolo ha lasciato intatte le grandi contraddizioni del lavoro medico che oggi insieme ad altri fattori, hanno contribuito ad esacerbare la questione medica. Urgente quindi è ridefinire le prassi professionali dentro nuove idee di servizi e nuove idee di organizzazione.

Quesiti

N°1

Non credete che se il lavoro professionale è in mezzo tra il medico e il malato esso è la risposta del medico al bisogno del malato?

N°2

Ma se è così allora il lavoro se è tarato sulla malattia è un conto, se il lavoro è tarato sul malato è un altro conto, o no?

N°3

Se il lavoro è tarato solo sulla clinica quindi sulla malattia è un discorso, se è tarato anche sul modo di impiegare le risorse, e sul modo di valorizzare la professione e sulla necessità di recuperare la fiducia, allora non pensate che il discorso sia un altro?

N°4

Insomma non pensate che il lavoro non sia solo banale lavoro quello descritto nelle norme e nei contratti ma sia anche qualcosa di altro? Cioè la carta di visita del medico nei confronti di un mucchio di interlocutori a partire dal malato?

N°5

Non pensate che aver svalutato il portato riformatore del lavoro in tutti questi anni sia stato un errore?

N°6

In che modo si restituisce al lavoro il suo portato riformatore?

N°7

Parliamoci chiaro, il lavoro come modo di operare e di organizzare i servizi è fermo da troppo tempo. Come si può intervenire?

N°8

Basta riorganizzare quello che c'è, basta riordinare i modelli che ci sono, basta migliorare le formule cioè razionalizzare gli schemi o serve, anche se ci piace poco, riformare più a fondo il lavoro come si è assestato nella storia?

N°9

Regolarsi sull'archè, sulla complessità, su una società esigente cosa comporta per il lavoro? Per i contratti? Per le retribuzioni?

N°10

Vi rendete o no conto del fatto che se il lavoro recuperasse la sua vocazione riformatrice i lavoratori diventerebbero i primi protagonisti del cambiamento? Quale rilegittimazione più forte di questa?

Il medico e l'ospedale

Sinossi

Da almeno un secolo la sanità ha due contraddizioni che sino ad ora non sono state in alcun modo rimosse:

- *nella sanità intesa come unico sistema (macrostruttura) esistono due sanità nate e concepite storicamente come distinte e separate, la medicina di base e la medicina specialistica ambulatoriale da una parte e l'ospedale dall'altra quando tutto ci dice che servirebbe una unica macrostruttura integrata*
- *nella sanità delle sanità separate i servizi sono per lo più obsoleti cioè hanno modelli di organizzazione non giustificati né dai bisogni dei cittadini né da quelli di economicità della gestione.*

La cosa che fino ad ora non si è riusciti a riformare è l'idea che in una macrostruttura possano esistere sistemi separati e l'inadeguatezza dei modelli di organizzazione dei servizi. Ciò per quota parte è alla base dei problemi di sostenibilità della sanità pubblica e di quelli che rientrano nella questione medica. La relativa sostenibilità del sistema sanitario è funzione del suo grado di riformabilità. Meno si riforma e meno si è sostenibili.

La medicina di base estesa alla specialistica ambulatoriale e l'ospedale sono rispetto alla cura delle malattie i veri pilastri della sanità pubblica, la loro relativa irriformabilità è causa di una relativa irriformabilità di tutto il sistema sanitario. Non si riforma nulla se non si passa per queste tre priorità.

È bene ricordare che la riforma del 78 è nata come soluzione ai problemi di insostenibilità delle mutue. Essa avrebbe dovuto ricostruire nuovi equilibri in luogo di quelli vecchi senza i quali i diritti alla tutela sanitaria diventavano improbabili e implausibili. Oggi da un punto di vista storico si può dire che la questione sostenibilità viene da lontano cioè non è un problema contingente ma strutturale. Essa inerisce la storia del nostro sistema sanitario e il suo grado di relativa irriformabilità.

Proposizioni di approfondimento

1

Al fine di avviare una discussione sulla riformabilità dell'ospedale vediamo di riassumere i problemi. Allo stato attuale siamo fermi ad un regolamento che pur razionalizzando nei fatti perpetua vecchie concezioni che se volessimo risalire la china della storia ci condurrebbero alla riforma ospedaliera iniziata nel 1938 e conclusa nel 1968. Il regolamento è il classico esempio di una logica marginalista e manutentoria in luogo di una logica riformatrice.

Vediamone le caratteristiche:

- il regolamento si muove nella vecchia logica della razionalizzazione della omogeneità e della standardizzazione, cioè stabilisce vincoli al contingentamento del numero dei posti letto
- adotta un criterio vincolante di programmazione ospedaliera indicando alle regioni il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale (3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), da applicarsi tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva
- fissa criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti), prevedendo, per le strutture ospedaliere private accreditate, un numero minimo di posti letto in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure
- indica omogenei standard per singola disciplina fissando specifici parametri, da adottarsi tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline
- fornisce oggettivi parametri di riferimento in materia di rapporto tra volumi di attività (numero annuo di prestazioni), esiti favorevoli/sfavorevoli delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e del risk management, provvedendo altresì a promuovere modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure
- fissa standard generali di qualità, secondo il modello di Clinical Governance, per erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (accountability), (si dice) centrato sui bisogni della persona
- dette specifiche e uniformi indicazioni per la sicurezza degli impianti e delle strutture fornisce ulteriori standard per le alte specialità indica inoltre parametri di riferimento in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale, sotto il prioritario profilo della sicurezza dei pazienti
- prevede che le regioni organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello hub and spoke e fornisce per la rete dell'emergenza urgenza nuove indicazioni programmatiche ed organizzative, sollecita quindi specifici percorsi di integrazione terapeutici assistenziali quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (breast unit), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di

specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, Regioni e PA ed esperti di Agenas e di società scientifiche

- indica alle regioni l'obiettivo di perseguire operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

3

In sostanza sul piano attuativo, il Regolamento prevede che le Regioni provvedano ad adottare un provvedimento generale di programmazione per fissare la propria dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale. Questo è il suo obiettivo ma non c'è nessun intendimento riformatorio.

4

Il regolamento più che riformare "l'ospedale" ambisce a contenere dei costi. L'ospedale va de-ospedalizzato ma nel senso che deve ridurre il numero dei posti letto, quindi ridimensionarsi come sistema.

5

Queste le logiche del regolamento che non riforma:

- esso si muove nella logica della razionalizzazione della omogeneità e della standardizzazione... cioè stabilisce vincoli per contingentare "*l'ospedale che c'è*" contingentando il numero dei posti letto
- il suo scopo è ridurre il numero dei posti letto per riconvertire un eccesso di funzione causato da un eccesso di strutture e di personale quindi stabilire quanta ospedalità pubblica e convenzionata sia "*programmabile*" cioè a carico del servizio sanitario
- continua ad usare il bacino di utenza quale criterio per classificare gli ospedali in tipologie
- la sua logica è volumetrica nel senso che il numero delle strutture, la loro eventuale integrazione dipartimentale o la loro organizzazione per intensità di cura dipende alla fine dal rapporto numero dei posti letto, numero annuo di prestazioni e esiti.

6

- Il regolamento, in sintesi, non riforma l'ospedale ma lo "de-ospedalizza" con l'aggiunta di:

- alcune novità marginali (gli standard generali di qualità secondo il modello di clinical governance, le reti in base al modello hub and spoke ecc.)
- alcune indicazioni europee (percorsi di integrazione terapeutici assistenziali, presa in carico multidisciplinare quali le breast unit, sostegno psicologico ai pazienti oncologici e ai loro familiari)
- immancabili principi per l'integrazione ospedale territorio nel senso di ammissioni appropriate, dimissioni pianificate e protette, percorsi assistenziali integrati, ecc.).

7

In sostanza il regolamento ribadisce ciò che era già stato deciso, cioè la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale. L'operazione di fondo è e resta la deospedalizzazione. In questa operazione il posto letto esattamente come quasi un secolo fa resta il criterio dei criteri. L'ospedale quale struttura dipende di fatto dal posto letto.

8

In questo modo di vedere all'ospedale il "*posto letto*" non è altro che una *sineddoche* cioè un modo di definire il tutto attraverso una parte. Criticare il posto letto significa criticare tutto quello che lo spiega e lo giustifica come parametro di programmazione e ciò che lo spiega è da un punto di vista normativo e culturale la riforma ospedaliera del 38/68.

9

Nel definire lo standard di posti letto come unico criterio ordinatore dell'ospedale si conferma un "*genere*" di ospedale che ha più di un secolo. Criticare il criterio del posto letto a "*genere*" di ospedale invariante non è così convincente come non è convincente riattualizzare, come fa il regolamento, una vecchia idea di programmazione ospedaliera.

10

Il regolamento è semplicemente un atto separato e distinto di programmazione sanitaria esattamente come è previsto dalle norme sulla programmazione ospedaliera del 68 in barba a tutti i discorsi sull'integrazione, sulla continuità, sulle cure primarie e sul territorio ecc.

Aporie

1

Oggi la necessità di posti letto è funzione dell'intero sistema di servizi. Non si possono programmare posti letto senza definire a monte le condizioni peri-ospedaliere dell'assistenza. La

necessità di posti letto è in pratica inversamente proporzionale all'entità del sistema dei servizi territoriali. Il regolamento sugli standard ignora tale inter-dipendenza tra numero dei posti letto e servizi, e usa il posto letto quale criterio auto riferito come se esistesse solo l'ospedale.

2

Oggi per riformare l'ospedale si dovrebbe rispondere ad alcune domande:

- a quale idea culturale di “*tutela*” l'ospedale dovrebbe riferirsi e in quale sistema organizzato di servizi esso dovrebbe operare dal momento in cui, esso è un sottosistema tra sottosistemi di un unico sistema?
- quale programmazione si renderebbe necessaria se si assumesse un sistema di tutela unico e unitario che superi le divisioni che oggi tanto ci fanno patire (cure primarie/secondarie, territorio/ospedale, medici di base/ ospedalieri/universitari ecc.) e che definisca i diversi sottosistemi di tutela come interdipendenti?
- quale programmazione per garantirci l'interdipendenza dei vari sottosistemi quindi della medicina di base, di quella specialistica e di quella ospedaliera? Se i sottosistemi devono essere interdipendenti, è un errore programmarli separatamente, siano essi le cure primarie o ospedaliere e poi pensare ex post *nude*” di integrarli
- se nella logica della continuità assistenziale non esiste un primario e un secondario ma un prima e un dopo, cioè percorsi e progressioni quindi traiettorie che attraversano inevitabilmente più sottosistemi (dal luogo di vita al letto in ospedale), quale sistema inter-connessionale (non integrato)?
- quali parametri organizzativi pertinenti alle caratteristiche del bisogno del malato, dal momento che ormai il concetto di acuzie coincide in gran parte con quello di complessità? Il posto letto e il bacino di utenza sono parametri fallaci perché non riferiscono in alcun modo della complessità di un bisogno e creano inappropriatezza strutturale
- quali organizzazioni del lavoro dal momento che oggi balbettiamo tra taylorismo e toyotismo tra i dipartimenti della Mariotti e l'intensità di cura, cioè tra ciò che comunque continua ad essere concepito come diviso e una idea di integrazione interamente appiattita su vecchi concetti di acuzie non di complessità come il caso dell'intensità di cura, scambiando e confondendo cura con assistenza?
- Quali professioni servono rispetto ad una organizzazione interconnessionale?
- Se non è convincente pensare di risolvere le gravi questioni professionali senza passare per un progetto di riforma del lavoro, allora non è convincente pensare di riformare l'ospedale a professioni invarianti
- quali sistemi retributivi, cioè come compensare le capacità inter-connessionali, i risultati di salute prodotti dai sottosistemi, il governo delle complessità, le abilità oltre le competenze,

le autonomie in cambio di responsabilità ecc.? L'esito nella logica volumetrica definisce la quantità di posti letto ma perché non definire anche i meriti professionali?

3

Oggi il concetto di deospedalizzazione va superato non perché non si debbano chiudere gli ospedaletti, abolire gli eccessi e le inappropriately, o riconvertire in territorio, (ci mancherebbe altro) ma perché non si può banalizzare la complessità di un ospedale a una questione solo di volumi e di posti letto e meno che mai a considerarlo ideologicamente come negativo perché costoso.

4

Oggi non si tratta di “*de-ospedalizzare*” ma di “*ri-spedalizzare*”. Ma se il posto letto è come è, una sineddoche, che senso ha ripensarlo senza ripensare il modello di ospedale che gli si riferisce?

5

Oggi deospedalizzazione alla fine resta una espressione che vuole solo dire meno ospedale e più territorio. Ri-spedalizzazione implica un altro genere di ospedale ma senza sminuirne la funzione e l'importanza.

6

Ri-spedalizzare significa ricollocare quando è possibile la funzione ospedaliera oggi svolta solo dentro l'ospedale anche altrove: a domicilio, negli ambulatori, nelle strutture diurne ecc. Ma per fare questo serve una nuova organizzazione del lavoro per garantire la connettibilità tra i servizi. Non ha senso riformare l'ospedale a medicina di base invariante.

7

Oggi la proposta di ri-spedalizzazione si muove su due piani:

- distinguere struttura da funzione, cioè una funzione come quella del posto letto che per ragioni logistiche deve essere collocata in una struttura ospedaliera non è detto che possa operare e valere solo in quella struttura e per quella struttura, al contrario essa può far parte di una organizzazione dipartimentale e esprimersi indipendentemente dalla struttura che la ospita, quindi accettare di operare dentro una mobilità e in un assetto di interdisciplinarietà
- definire un'idea nuova di ospitalità cioè una idea nuova di modalità assistenziale semplicemente aggiornando la nozione che si ha del malato ricoverato e da questa ricavarne un rinnovamento delle relazioni.

8

Oggi per quanto riguarda la distinzione tra struttura e funzione si tratta di far evolvere la vecchia idea dipartimentale extra-ospedaliera che è anche ribadita dal regolamento prima menzionato, in sistemi inter-connessionali coordinati da una cabina di regia che per ovvie ragioni deve essere collocata nel distretto, cioè a livello del luogo di vita del malato.

9

Questo per l'ospedale significa che indipendentemente dalla collocazione fisica delle sue parti (sezioni, divisioni, unità operative, ambulatori ecc.) vi sarà una parte di esso che per le sue specificità resterà "meta" quindi al di sopra e separata dal resto (specializzazioni non integrabili, sale operatorie, laboratori ecc.) mentre ciò che per diversi motivi è integrabile con il luogo di vita del malato sarà da un punto di vista funzionale incluso in organizzazioni dipartimentali territoriali.

10

La riforma dell'ospedale passa per la sua destrutturazione funzionale cioè per l'inclusione di alcune sue parti in organizzazioni dipartimentali basate sulla continuità delle cure e sui percorsi terapeutici. Il futuro è avere dei dipartimenti che integrano la medicina convenzionata con la medicina ospedaliera che avranno dal punto di vista funzionale propri posti letto che governeranno in piena autonomia anche se per ragioni pratiche questi posti letto saranno collocati in ospedale.

11

Oggi per quanto riguarda l'idea di ospitalità si tratta di ripensare il modo di assistere il malato ricoverato in ospedale. L'idea nasce da presupposti molto semplici:

- lo status del malato è ormai cambiato da paziente è diventato esigente, tanto vale prenderne atto, adeguarsi a questo cambiamento, riorganizzarsi per includerlo nel processo decisionale che lo riguarda
- un servizio qualsiasi (ospedale incluso) è l'insieme della sua struttura e dei suoi modi di essere, cioè i comportamenti della struttura dipendono dai comportamenti di chi ci sta dentro, operatori e malati quindi se cambio questi comportamenti (il modo di essere) cambio la struttura (l'essere) cioè cambio il modello di servizio
- un processo di presa in carico di un qualsiasi malato è fatto da tante transazioni, da tanti scambi, cioè da tante relazioni (per esempio diagnosi/terapia è uno scambio perché sulla base di certe informazioni il medico prescrive certi farmaci), ogni transazione ha dei costi che in parte dipendono dai mezzi che vengono impiegati, in parte dalla qualità e dal tipo di relazione che essa sotto intende. Si tratta di migliorare le relazioni per abbassarne i costi

ma senza intaccare i mezzi necessari da impiegare... quindi si tratta di intervenire sui costi derivanti da relazioni inappropriate.

12

Per comprendere la portata culturale dell'idea di ospitalità è sufficiente capire la differenza che c'è tra un ricoverato un assistito e un ospite. Un ospite è il contraente di una transazione sociale che scambia diversi tipi di valori. In ospedale il ricoverato è solo ed esclusivamente un oggetto da studiare secondo i canoni scientifici della medicina scientifica e con un unico modo di essere quello fisico e organico della sua malattia.

13

Oggi, l'idea di ospitalità, ci dice che è possibile risparmiare parecchi soldi senza ridurre i mezzi necessari alla cura del malato ma semplicemente riformando i modi di essere, migliorando le transazioni interne al processo di cura, ripensando l'ospedale andando oltre le sue storiche organizzazioni tayloristiche, quindi ripensando l'ospedale come sistema di relazioni tra diverse specialità e non come insieme di specialità cioè come somma.

14

Oggi sia nell'idea di ri-spedalizzazione che di ospitalità le transazioni terapeutiche e diagnostiche attraverso delle buone relazioni, si possono migliorare usando l'ospitalità per ricostruire la fiducia perduta.

Tesi

N° 77

È arrivato il momento di ripensare l'ospedale cioè il servizio attraverso il quale un gran numero di medici entrano in contatto con un gran numero di malati. Ripensare il medico se vale in generale come ripensamento delle prassi organizzate in servizio, in particolare vale per l'ospedale. L'ospedale è il luogo dove più forte è la sfiducia dei cittadini nei confronti della medicina, è il luogo dove più forte è il fenomeno del contenzioso legale, e il luogo elettivo della clinica. L'ospedale quindi è il luogo dove più forte e evidente è la ricaduta sulle prassi della crisi del paradigma positivista. Clinica e ospedale sono la stessa cosa se bisogna ripensare la prima allora il secondo non può restare invariante come non può restare invariante il medico ospedaliero.

Quesiti

N°1

È concepibile un altro genere di ospedale? Cioè un ospedale che abbia caratteristiche struttu-

rali e sovrastrutturali diverse da quelle che attualmente ha?

N°2

O l'ospedale per forza deve essere quello che è da almeno 100 anni?

N°3

È ragionevole proporre di cambiare tutto il possibile, medico, medicina, organizzazione, meno l'ospedale?

N°4

Si può cambiare l'ospedale nel senso di renderlo più adeguato ai bisogni di cura di questa società, di renderlo meno inutilmente costoso, e di farne un luogo dove il medico esprima la sua professionalità, dove il ricovero non sia altro che un pezzo di un processo di cura che come un continuum, inizia dal luogo di vita del malato, e dove il cittadino non è considerato un ricoverato ma un ospite? O è utopia?

N°5

Se in un sistema di servizi le diverse funzioni del lavoro medico sono interconnesse (medicina generale, specialistica ambulatoriale, prevenzione, farmaceutica, ecc) è logico o no considerare l'ospedale come se fosse un enclave?

N°6

Per quale ragione in 40 anni di riforme ancora oggi non si è riusciti a trovare soluzioni soddisfacenti per integrare il territorio con l'ospedale?

N°7

Cosa impedisce in concreto il processo di integrazione?

N°8

In questi anni si è andati dietro in modo passivo ad un processo di deospedalizzazione fino ad arrivare ad un processo di ospedalectomia. Non pensate che sia arrivato il momento di rimettere in equilibrio le politiche e pensare ad un processo di rispedalizzazione nel quale però, questa è la condizione, l'ospedale sia davvero ripensato nelle sue radici?

N°9

Fino ad ora la funzione ospedaliera ha coinciso con la struttura dell'ospedale. Credete possi-

bile riorganizzare la funzione in altre strutture in altri servizi nel senso della loro continuità? Cioè includendo funzionalmente dei posti letto dentro le organizzazioni integrate anche se per ovvie ragioni i letti sono collocati fisicamente in ospedale?

N°10

La soluzione dipartimentale è stata introdotta in ospedale per integrare meglio le sue parti interne e per favorire i rapporti con la medicina di base, per la prima volta nel 1968 e da allora ad oggi non abbiamo fatto nessun significativo passo in avanti. Che ne dite se tentassimo almeno una ridefinizione del dipartimento alla luce delle sue inconcludenze?

N°11

Non ritenete imbarazzante che l'ospedale moderno sia ancora oggi definito sul piano organizzativo da parametri che alla loro origine risalgono al 1939 (Legge Petragliani)?

N°12

Su quali altri parametri è oggi possibile riorganizzare l'ospedale?

Il medico e la medicina convenzionata (medicina di base e specialistica ambulatoriale)

Sinossi

Non ha senso riformare l'ospedale senza riformare contestualmente la medicina convenzionata, non c'è dubbio che il vero atto riformatore è sostituire una non relazione tra la medicina di base e il resto, con una relazione. Se l'ospedale cambia e la medicina di base e la specialistica ambulatoriale no si buca l'obiettivo della relazione. Cioè si buca l'intero progetto di far ruotare tutto il sistema a partire dal luogo di vita del malato. Quindi si buca lo scopo di rendere sostenibile il sistema attraverso il riequilibrio tra ospedale e luogo di vita del cittadino. Se il progetto di ripensamento fa del luogo di vita l'hub e il resto lo spoke non vi è dubbio che la medicina di base assume una importanza strategica diventando di fatto la cerniera tra la domanda di salute e l'offerta di sanità. Per fare in modo che la "medicina convenzionata" diventi hub bisogna ripensarne il ruolo e andare ben oltre un vecchio modello di assistenza ambulatoriale.

Proposizioni di approfondimento

1

I medici di famiglia in questi anni hanno puntato i piedi contro i vari tentativi di inglobarli in un sistema di controllo della spesa. Un conto è costruire delle relazioni con altri servizi e un conto è essere inglobati. I medici hanno sempre temuto giustamente l'inglobamento perché temevano di perdere la loro condizione di liberi professionisti. Questa condizione soprattutto dai gestori è sempre stata vista come un limite nel senso che un libero professionista non è controllabile e condizionabile come un dipendente pubblico.

2

In questi anni i medici di famiglia sono stati indicati come i responsabili di molte diseconomie soprattutto quelle che fanno capo ai ricoveri ospedalieri e per transitività il rapporto libero professionale è stato sempre visto come un problema. Sono anni che la letteratura descrive i problemi della medicina di base:

- sono scarsamente integrati con i distretti e con gli ospedali
- spesso prescrivono in eccesso farmaci e analisi strumentali
- ricoverano in modo improprio
- delegano spesso il loro malato allo specialista
- sono poco aggiornati
- ecc.

3

Da tempo si sta tentando soprattutto con degli atti di indirizzo di chiedere delle contropartite ma con scarsi risultati. Non c'è stato governo che nel suo programma non abbia dichiarato la questione delle cure primarie, prioritaria ma nessuno sino ad ora ha saputo affrontarla come meriterebbe. Si pensa di riformare le cure a medico invariante. Le cure dipendono da chi cura se chi cura resta uguale al medico della mutua allora le cure non cambiano.

4

Naturalmente i medici di medicina generale non sono una categoria senza problemi. Proprio perché questi medici sono considerati i “gate keeper” del sistema e della spesa negli ultimi decenni sono stati la controparte di ogni sorta di misura restrittiva che rischia di minarne l'autonomia. I medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali rispetto agli altri medici sono i medici più amministrati e sono coloro che sono più a rischio nei confronti della loro identità. Nello stesso tempo sono anche coloro che pagano prima di ogni altro il prezzo pesante della delegittimazione sociale. Se c'è un luogo, ospedale a parte, per ricostruire il rapporto fiduciario tra medico e cittadino questo certamente è la medicina di famiglia.

5

Oggi è evidente che il ruolo della medicina generale nei confronti del governo della complessità è destinato a crescere. Il futuro non è nelle specializzazioni o nelle strutture di eccellenza ad alta concentrazione tecnologica ma è nella medicina generale. Nel senso che generale e complessità sono due termini intercambiabili.

6

Generale clinica e complessità sono destinati ad essere la chiave per governare sistemi sanitari destinati ad essere sempre più costosi. L'economicità passa per due soluzioni: più medicina generale e più medicina interna, più specialistica ambulatoriale quali filtri in grado di selezionare la domanda facendo passare quella che non può non avere una risposta ospedaliera o una risposta specialistica. In particolare, la medicina specialistica ambulatoriale è l'unica nell'ambito della specialistica a poter rompere una sovrapposizione storica, vale a dire che specialistica coincide sempre con ospedale. Non è così.

Aporie

1

Oggi i medici di medicina generale si trovano davanti ad un bivio: o essere contro-riformati cioè sempre più amministrati perché prevalgono i problemi legati alla sostenibilità del siste-

ma è diventare dei liberi professionisti con un altro genere di autonomia e dentro un processo di riforma che ne rilanci la funzione.

2

Oggi la necessità ormai ineludibile è di non ridurre i medici di famiglia da liberi professionisti a dipendenti ma esattamente il contrario, cioè far evolvere la figura del libero professionista, definita fino ad ora con una convenzione, alla figura dello shareholder, cioè di un prestatore d'opera autonomo che partecipa per quota parte e per le proprie competenze al management dell'azienda.

3

Oggi quindi la riforma della medicina di base non significa sottoporre semplicemente i medici a delle restrizioni ma fare in modo di qualificare la loro autonomia per fare di essi il principale autore di salute pubblica, dando in cambio una retribuzione che includa tra i suoi obiettivi la riduzione dell'anti-economicità.

4

Oggi si tratta di essere confermati quali liberi professionisti ma ridefiniti quali autori (shareholder), cambiando la forma della transazione contrattuale, dare più autonomia quella appunto legata alla prestazione d'opera e avere in cambio più responsabilità misurando il valore della prestazione d'opera sul piano dei risultati.

5

Oggi il sistema di retribuire i medici a quota capitaria, cioè indipendentemente da quello che fanno, si dimostra troppo rigido e poco efficace sul piano della funzione nel senso che resta un criterio del tutto indifferente ai risultati conseguiti o conseguibili. Va ricordato che la quota capitaria è nata per risolvere i problemi della notula, attraverso la quale i medici per guadagnare di più gonfiavano le prestazioni causando crescite ingiustificate di spesa. Oggi la quota capitaria non solo ha risolto le contraddizioni della notula ma ha creato altre contraddizioni.

6

Oggi va quindi ripensata la convenzione cioè quel particolare contratto che questi medici fanno con lo Stato nel senso che a un tempo deve essere un vantaggio per i medici e per i cittadini.

7

Oggi la medicina di base non può essere un'enclave cioè un sistema separato incluso in un si-

stema più grande ma per ovvia ragione deve rendersi disponibile ad una più generale riforma delle cure primarie nella quale, per forza di cose, essa è chiamata ad un ruolo di interconnessione tra sottosistemi sanitari. Chi può regolare i rapporti tra il luogo di vita e l'ospedale se non la medicina di base?

8

Oggi la medicina di base è perfino separata a parte dall'ospedale da tutti quei servizi che insistono nel distretto. Il rapporto tra medicina generale e distretto a tutt'oggi non è stato definito e non può essere definibile se prevale la logica della medicina di base subalterna al distretto, cioè ad un livello del sistema sanitario che ha copiato in tutto e per tutto la logica organizzativa dell'ospedale.

9

Oggi l'orientamento dei governi fino ad ora può essere riassunto nell'espressione "medicina amministrata", cioè obbligare i medici di famiglia a rispettare regole, vincoli, limitazioni quindi farne degli ossimori cioè dei liberi professionisti senza autonomia fino a multarli con restrizioni pecuniarie, dimostrando così di non avere alcuna fiducia nella capacità di cambiamento di questa categoria.

10

Oggi se vogliamo fare sostenibilità è indispensabile riformare tanto l'ospedale che la medicina di base e la medicina specialistica ambulatoriale, tutti insieme. Riformarli separatamente non ha senso.

11

Oggi abbiamo bisogno non solo di ripensare le famose "cure primarie" ma anche di ripensare il medico di medicina generale per cambiarne le prassi, per renderlo spendibile in organizzazioni interconnesse, per renderlo integrabile nei diversi sottosistemi con i quali si rapporta.

12

Oggi è sbagliato puntare a fare in modo che il medico di medicina generale sia sempre meno un libero professionista e sempre più un dipendente pubblico; una vera riforma della convenzione deve fare leva sull'autonomia del medico ma chiedendo in cambio delle contropartite da verificare. D'altro canto, l'apologia dello status quo nel tempo espone il medico a dei forti rischi di regressività e per di più rischia di bloccare un processo riformatore senza il quale si rischia di perdere la sanità pubblica.

Oggi il futuro è la specialistica nel luogo di vita del cittadino non in ospedale o meglio in ospedale solo quando è strettamente necessario. Ne deriva che tra la medicina di base e la medicina specialistica devono cadere quelle storiche separazioni, che sino ad ora hanno minato la possibilità di trovare delle complicità funzionali. Cadendo queste separazioni, la logica organizzativa che dovrebbe subentrare dovrebbe andare ben oltre quella della medicina di gruppo fatta solo da medici di medicina generale ma è quella del continuum dipartimentale tra medicina di base e specialistica. Il gruppo diventa multidisciplinare.

Tesi

N°78

È ormai improcrastinabile superare il sistema duale che ormai ha più di un secolo fatto dalla separazione tra medicina convenzionata e medicina pubblica. Questo è possibile solo:

- *decidendo il luogo di vita del cittadino come hub e tutto il resto come spoke cioè decidendo un solo perno del sistema intorno al quale far ruotare tutto il sistema*
- *ripensando la medicina di base e la specialistica ambulatoriale cioè ripensare lo strumento della convenzione*
- *ripensando in modo evolutivo il medico quale prestatore d'opera modernizzando il suo vecchio status di libero professionista*
- *ripensando le organizzazioni del lavoro nel senso di dipartimentalizzare tanto la medicina di base che quella specialistica verso l'ospedale.*

N°79

Ormai non si tratta più di integrare servizi concepiti per essere divisi (medicina di base medicina specialistica ambulatoriale e ospedale), ma di definire un sistema unitario costituito da sottosistemi correlati e riorganizzati come tali.

Quesiti

N°1

Abbiamo ereditato un sistema “duale” praticamente “fuori dall'ospedale e dentro l'ospedale”, cioè una idea di ospedale, quale demarcazione (o dentro o fuori). Non credete che sia arrivato il momento di abolire per ragioni diverse di convenienza, le demarcazioni?

N°2

Non credete che sia meglio per il malato e per il medico entrare nell'ordine logico del continuum cioè di un genere di assistenza senza interruzione della sua continuità?

Pensate possibile organizzare le varietà assistenziali non separate da confini netti, ma unite con punti di contatto e di sovrapposizione tali da determinare il passaggio graduale del malato dell'una nell'altra?

N°3

L'idea di continuum non è lineare ma graduale quindi una organizzazione discreta fatta da snodi cioè di soluzioni di collegamento tra diverse funzioni assistenziali che consentono spostamenti e passaggi. Quindi non pensate che sia il caso di concentrarci sugli snodi più che sui servizi?

N°4

Le cure primarie, l'assistenza di base, la medicina generale sono destinate ad assumere sempre più un ruolo di cabina di regia rispetto al resto del sistema cioè a funzionare da relais tra il luogo di vita del malato e il resto del sistema dei servizi. Come pensate sia possibile organizzare questa funzione di relais?

N°5

È fantascientifico immaginare una medicina generale integrata con la specialistica che insieme assistono il malato nel suo luogo di vita a partire dal domicilio, e che si servono funzionalmente cioè in modo dipartimentale di spazi ospedalieri per i casi che necessitano del ricovero?

Il medico e lo stato giuridico della professione anche al fine della sua ricapitalizzazione

Sinossi

Il superamento del sistema duale medicina convenzionata/medicina pubblica pone il problema di definire un comune status giuridico della professione medica. Se si suppone di integrare i diversi sottosistemi della sanità con soluzioni organizzative anti-tayloristiche non ha senso distinguere giuridicamente e contrattualmente medico da medico. Quindi il quesito che si pone è quale statuto giuridico per un medico oltre le distinzioni e le separazioni storiche?

Tuttavia, la questione di definire un nuovo statuto giuridico per una sorta di medico unico versatile e polivalente non può essere scollegata da quella della spesa pubblica che considera paradossalmente il lavoro medico in sanità un anti capitale. Cioè la ridefnizione giuridica del medico non può che coincidere con una operazione di ricapitalizzazione della professione.

Proposizioni di approfondimento

1

Se il lavoro è diventato nel tempo solo “costo” lo è certo per colpa delle politiche equivoche sulla sostenibilità ma anche perché esso è un “concetto” che soprattutto da un punto di vista giuridico-contrattuale, non è mai sostanzialmente cambiato, diventando così sempre più regressivo nei confronti dei bisogni di questa società, dei problemi economico-finanziari del paese quindi un disvalore.

2

In pratica quella che fino alla nausea è stata definita la valorizzazione del lavoro fino ad ora è coincisa con la riparametrazione delle retribuzioni a statuti giuridici invariati o dipendenti convenzionati o dipendenti pubblici, ma quasi mai come risorsa da ottimizzare e da ripensare. Abbiamo contratti disparati, retribuzioni disparate, una organizzazione del lavoro nel suo complesso irragionevole, e il lavoro fatalmente è diventato una diseconomia. Ma date queste condizioni di invarianza il lavoro sarebbe potuto diventare altro?

3

Il conflitto vero quindi non è tra lavoro e spesa pubblica ma è tra lavoro invarianza e cambiamento. L'invarianza giuridica delle professioni non ha aiutato per niente a stemperarlo e a ridurlo. L'invarianza giuridica ha accresciuto il conflitto.

4

Se ciò è vero allora è lecito guardare al lavoro come qualcosa da riformare sia dal punto di vista giuridico che organizzativo per risanare, cambiare, ribadire. Se vogliamo restituire al lavoro il valore che merita oggi dobbiamo usare gli ordinamenti per cambiare la spesa pubblica e l'attuale sistema dei servizi. Senza un altro genere di lavoro e senza un altro genere di operatore l'unico modo per ridurre la spesa a sistema di servizi invariante resta tagliare, azzerare de-capitalizzare.

5

Come si può ricapitalizzare il lavoro ripensando gli ordinamenti giuridici che lo definiscono? Detto in altre parole, il lavoro dovrebbe essere ripensato come organizzazione e come ordinamento per scambiare un nuovo valore aggiunto che sia un vantaggio per la spesa pubblica, per i cittadini, per l'economia e per gli operatori. Ma come?

Aporie

1

Oggi l'idea di fondo che potrebbe unificare la professione superando il medico convenzionato e il medico dipendente è quella di *autore*, cioè un operatore che in cambio di autonomia garantisce responsabilità accettando di essere misurato sia sul piano dei compiti professionali da assicurare, sia sul piano dei risultati professionali da garantire.

2

Oggi l'autore non si limiterebbe a svolgere compiti ma garantirebbe degli impegni. Egli concorda con il management annualmente una previsione programmatica dell'attività, concordando come e quanto retribuire gli obiettivi raggiunti, ha autonomia circa l'organizzazione che serve per il loro raggiungimento in accordo con la strategia globale dell'azienda.

3

Oggi si tratta di definire un unico genere giuridico di medico ed entrare nella logica di una nuova specie di "operatore azionista" passando dalla definizione di un operatore quale *stakeholder* (cioè semplice portatore di interesse) ad una definizione di operatore quale *stakeholder*, cioè quale azionista del proprio lavoro (azionista, persona che possiede "hold" una quota "share" dell'azienda in cui lavora).

4

Oggi il principio-guida della *teoria dello shareholder value* è del tutto antitetica alla de-ca-

pitalizzazione del lavoro fondandosi proprio sulla creazione del valore. Uno dei suoi scopi principali è di garantire, per quanto è possibile, la convergenza tra gli obiettivi degli azionisti e del management ma anche dei cittadini. In quanto shareholder i medici della sanità considerano il loro lavoro in sanità come il proprio capitale che, come qualsiasi capitale, avranno l'interesse a valorizzare il più possibile.

5

Oggi se l'operatore medico fosse uno shareholder per forza di cose si dovrebbe cambiare la concezione di azienda. Da un'azienda sostanzialmente di tipo manifatturiero si dovrebbe passare ad un'azienda di servizio a management diffuso, cioè l'azienda dovrebbe essere orientata alla domanda e il management dovrebbe essere distribuito ovviamente in modo diverso e con pesi diversi, tra direttori generali medici e cittadini.

6

Oggi per definire la prassi professionale dell'autore si dovrebbe superare la nozione di *profilo professionale*. Il profilo professionale è la descrizione normativa del lavoro attraverso compiti, ruoli, funzioni ed è congeniale ad una figura burocratica di dipendente pubblico o di libero professionista convenzionato, ma non ad una figura di operatore azionista come è l'autore.

7

Oggi per mettere effettivamente un operatore in condizione di esercitare la sua autonomia sarebbe necessario creare, attraverso un *reticolo professionale*, le condizioni normative giuste. Il reticolo professionale è una definizione del lavoro professionale che integra in primis la codificazione convenzionale dei bisogni di salute del malato da curare, i requisiti formali per esercitare una professione, i requisiti formativi indispensabili, le variabili di contesto e le decisioni organizzative che si adottano per esprimere in massimo grado il valore del capitale professionale.

8

Oggi la caratteristica del reticolo oltre a contenere un maggior numero di referenti professionali rispetto al profilo, cioè oltre a definire di più e meglio la complessità del lavoro reale, ha la caratteristica – a differenza del profilo – che la sua attuazione pratica avverrebbe in parte a livello nazionale, attraverso requisiti e principi, e per gran parte a livello di contrattazione decentrata tra l'autore e il management. Solo a questo livello è possibile infatti abbinare agli scopi concordati le organizzazioni necessarie.

9

Oggi l'autore potrebbe essere retribuito tanto per i compiti che svolge, quindi mensilmente, quanto per il suo impegno nel valorizzare il proprio capitale professionale, quindi periodicamente. Il compenso per l'esecuzione di compiti si chiama *retribuzione*, il compenso per l'impegno profuso nella capitalizzazione della propria professione si definisce *attribuzione*. La retribuzione viene definita con la contrattazione nazionale; l'attribuzione è contrattata localmente e misurata sugli obiettivi raggiunti, sui risultati di salute, sugli esiti finanziari delle prassi professionali e attribuita all'autore come reinvestimento del capitale per il risparmio garantito.

10

Oggi nel momento in cui tutti gli operatori della sanità fossero inquadrati come autori non ci sarebbe più ragione di mantenere contratti diversi, sistemi retributivi diversi, stati giuridici diversi. Ogni autore sarebbe pagato specificatamente in base al proprio reticolo professionale e quindi in base ad accordi nazionali con carattere universalistico e in base a accordi locali con il management applicati attraverso *professional agreement*.

11

Oggi l'idea di contratto unico potrebbe essere di grande interesse a condizione di applicare il contratto attraverso dei "*professional agreement*" tra management operatore e cittadino non come una somma di istituti contrattuali. La scommessa non è ibridare il rapporto di dipendenza con quello libero professionale delle convenzioni (teoria dell'ircocervo) ma a partire da un nuovo genere di lavoro/lavoratore creare un terzo genere di rapporto contrattuale più adatto all'idea di un operatore azionista.

12

Oggi l'idea del professional agreement consentirebbe a differenza degli ibridi contrattuali, di cogliere attraverso i reticoli professionali tutte le specificità del lavoro in rapporto ai loro infiniti contesti, anzi di esaltare le differenze evitando il rischio di appiattimenti. Nello stesso tempo consentirebbe di superare quei particolari contratti collettivi derivabili non dal lavoro effettivo degli operatori ma dai contenitori in cui essi agiscono (dirigenza pubblica, ospedalieri, medici convenzionati, specialisti, guardia medica ecc.).

13

Oggi il contratto unico per l'autore e il professional agreement potrebbero configurarsi come un terzo genere di contrattazione (ai giuristi il lavoro di definizione) che riforma il rapporto

tra collettivo e individuale che sino ad ora ha visto una contrattazione prevalentemente centrale e residualmente decentrata.

14

Oggi il contratto dell'autore e il professional agreement avrebbe lo scopo di ricapitalizzare il lavoro in sanità. Ogni autore dovrebbe essere definito in ragione della sua qualifica professionale, ed ogni operatore avrebbe il reticolo professionale che pertiene alla sua qualifica, ma è evidente che rispetto ai servizi il professional agreement individuale di ciascuna qualifica dovrebbe trovare la sua collocazione dentro il proprio servizio.

15

Oggi sulla base dei reticoli professionali che sono presenti in un servizio il rappresentante degli autori dovrebbe negoziare con il management la pianificazione del lavoro del proprio servizio. Mentre i singoli liberi professionisti come singoli autori dovrebbero negoziare con il management la pianificazione controllata della propria attività.

16

Oggi per capitalizzare ancora di più il lavoro professionale i servizi potrebbero consorziarsi, integrarsi, dipartimentalizzarsi, mobilitarsi nel territorio, associarsi, fare tutte le cooperazioni possibili.

17

Oggi nel momento in cui l'integrazione costituisca un vantaggio retributivo per l'autore, e nello stesso tempo, un vantaggio per il malato e per il management, l'integrazione sarebbe fatta.

18

Oggi se si comprendesse che integrarsi costituirebbe un vantaggio attributivo di salario perché permetterebbe di spendere di meno e meglio, e una volta superate le inutili differenze contrattuali che attualmente esistono, tutti gli operatori sarebbero definiti giuridicamente come "autori-shareholders".

19

Oggi ad un nuovo genere di medico dovrebbe corrispondere un nuovo genere di prassi quindi altri modi di operare ma anche un'altra idea di formazione. Formare ad essere autori per i medici significa formare al governo delle complessità che dalla prima macro-area abbiamo indicato.

20

Oggi la formazione in generale degli operatori della sanità dai medici soprattutto quella prevista dall'ecm è adeguata al progredire delle conoscenze scientifiche quindi alle nozioni disponibili, ma non lo è rispetto alle cognizioni delle nuove epistemologie che questa società e un'idea più avanzata di scienza richiedono.

21

Oggi la formazione in medicina vede ancora prevalere una epistemologia tardo ottocentesca che privilegia l'organo in luogo della persona, la malattia in luogo del malato, il primato dell'osservazione in luogo della relazione, gli approcci riduzionisti e oggettivisti, in luogo di quelli olistici e personalisti, ecc.

22

Oggi senz'altro è necessario prevedere una transizione da un modello di formazione scienziata ad un modello di formazione ispirato da una idea più estesa di scienza e di conoscenza.

23

Oggi passare dal medico dipendente a un medico autore necessita di una formazione articolata in due momenti:

- aggiornamento epistemici per gli operatori sul campo
- riforma epistemologica nei programmi base dell'università per i futuri medici.

24

Oggi i capisaldi di questo progetto dovrebbero essere:

- *complessità* cioè ridefinire le conoscenze e il loro uso quindi le prassi con le logiche utili a conoscere la complessità di un malato in un contesto
- *relazionalità* imparare a conoscere giudicare e decidere nelle relazioni con l'altro in tutti i sensi
- *singolarità* imparare a governare ciò che sfugge agli standard, alla norma, alla linea guida, alla razionalità convenzionale
- *responsabilità* imparare a governare le risorse con buoni atti clinici
- *multidisciplinarietà* imparare a lavorare in team, in gruppo, con gli altri.

25

Oggi ripensare il modo di conoscere per ripensare il lavoro è fondamentale per corrispondere ai bisogni del malato ma nello stesso tempo per corrispondere a quelli del buon governo della sanità e a quelli di una idea di lavoro adeguata alle complessità sociali.

Tesi

N° 80

Una proposta di riforma del lavoro medico dovrebbe avere lo scopo di produrre un valore aggiunto, che risponda alle esigenze dei diritti delle persone e a quelle non meno importanti della spesa pubblica, ma anche a quelle delle legittime ambizioni di chi lavora a partire dal salario.

N°81

Oggi è irrealistico rivendicare salario, se il suo costo si ripercuotesse semplicemente sulla crescita della spesa pubblica senza offrire alcuna contropartita. Se si vuole ricapitalizzare il lavoro medico l'unica strada realistica sono le contropartite che il medico deve offrire al cittadino e alla spesa pubblica.

N°82

Per accrescere il valore aggiunto del lavoro si tratta di usare il lavoro come il principale motore per fare sostenibilità. La leva su cui agire è lo scambio autonomia/responsabilità/ risultati, quindi andare oltre lo statuto giuridico del lavoro dipendente o convenzionato e inventare una nuova specie di operatore azionista per il quale il lavoro è un capitale da valorizzare il più possibile.

N°83

Il lavoro quale capitale sarà retribuito attraverso un contratto unico degli autori applicato tramite dei professional agreement cioè contrattando delle transazioni tra professione e management e cittadini.

N° 84

Si tratta di capire come dare oggi un prezzo al lavoro medico che da una parte, per sua natura, non avrebbe un prezzo perché esso ha eticamente ed economicamente un valore incommensurabile, e dall'altra parte è comunque deprezzato dalle politiche restrittive in atto che lo riducono ad un puro costo da comprimere.

N° 85

Si tratta di trovare una mediazione tra valore del lavoro e costo del lavoro, mediazione impossibile da trovarsi a lavoro e a strumenti contrattuali invariati, men che mai senza includere nel suo valore aggiunto i problemi della spesa e quelli della società.

N°86

Le politiche di de-capitalizzazione del lavoro vanno quindi affrontate sul loro terreno che è quello

della crescita, della riqualificazione della spesa pubblica, del rigore, del risanamento e della produzione di ricchezza e del soddisfacimento dei bisogni sociali.

N° 87

Si tratta di fare due operazioni:

- *ricapitalizzare il lavoro per rifinanziare la spesa pubblica con un altro genere di definizione giuridica della professione*
- *usare la ridefnizione giuridica per cambiare il lavoro con lo scopo di contribuire a rendere sostenibile la sanità in modo del tutto diverso da quella intesa come compatibilismo.*

N°88

Si tratta di usare in senso riformatore la circolarità dei rapporti che esistono tra spesa pubblica/sanità/lavoro per invertire le tendenze in atto. L'idea politica è proporre alla spesa pubblica un accordo in cui il lavoro si impegna a produrre sostenibilità quale equilibrio tra domanda e offerta e quale ricchezza cioè quale salute.

Quesiti

N°1

Se la dipendenza in qualsiasi forma contrattuale essa venga sancita, è una causa, attraverso la quale passa una lesione alla autonomia del medico, come può essere ripensata?

N°2

Se la dipendenza in qualsiasi forma, fino ad ora è stata un modo per controllare il lavoro del medico attraverso compiti e obblighi, come è possibile controllare il lavoro medico nel senso di garantirsi gli effetti auspicabili cioè dei risultati, in altro modo? Nella autonomia più che nella dipendenza?

N°3

Come si può definire un medico che comunque dipende da un contratto ma che nello stesso tempo è del tutto autonomo nei modi di operare, dovendo rispondere sul piano dei risultati?

La medicina, il medico e il futuro

Una nuova definizione di medicina

Sinossi

I cambiamenti critici nel paradigma positivista, insieme a quelli riconducibili alla “questione medica” impongono necessariamente una ridefinizione della definizione di medicina. Le novità come si è visto sono tante e tutte pongono in risalto non solo l’inadeguatezza delle definizioni storiche di medicina, ma soprattutto la difficoltà a disporre di una definizione esaustiva nell’attuale quadro di classificazione delle scienze. Una definizione soddisfacente dovrebbe essere in grado di ridefinire in modo non solo positivista “l’identità” della medicina, vale a dire la sua “unità” come sapere e fare di ciò il criterio convenzionale di riferimento. Non è facile questo spiega perché in tutto l’occidente medico fino ad ora a parte denunciare la crisi del medico non è venuto fuori nulla di serio e di importante. La riscrittura di un paradigma resta una impresa riformatrice complessa quanto complesso è un paradigma. Per riscrivere un paradigma è necessario conoscere un mucchio di cose. Resta inteso tuttavia che se il problema è la ridefinizione del medico questo non è risolvibile se, allo stesso tempo, non si chiarisce l’identità della medicina. Non si cambia medico a paradigma invariante perché è questo che ne definisce l’identità.

Proposizioni di approfondimento

1

Quando si dice che la medicina (M) è una scienza (S) si afferma un'incompletezza, cioè si afferma un'abbreviazione. Meglio sarebbe dire: M è lo stesso che E e che C e che S, dove C è qualcosa il cui significato risulta dal "contesto" ed E si riferisce "all'esigente". Cambiando C e cambiando E, cambiano i rapporti identitari tra M e S e, di conseguenza, la definizione che ne deriva.

2

Definire la medicina, allora, non è più, come si è creduto sino ad ora, solo un problema scientifico di enunciazione della sua essenza sostanziale, ma diventa un problema di enunciazione di una inevitabile complessità nella quale M, la medicina, non è semplicemente S la scienza ma è un insieme di S coordinate per fare in modo che essa sia adeguata a E e a C.

3

Per la medicina, in ragione della sua complessità, non esiste un'essenza privilegiata per definirla, ma esistono "diverse possibilità di definizioni a fini diversi". Il difficile è che tali possibilità possano tutte essere considerate essenziali rispetto ai loro fini. Cioè la medicina è fatta da più essenzialità tra le quali ovviamente ha un valore privilegiato quella della conoscenza della natura del vivente.

Se è così allora la definizione della medicina costituisce un problema squisitamente stipulativo. In pratica è una questione di accordo.

Con chi stipulare un accordo per la definizione di medicina? L'interlocutore contrariamente alle apparenze non può essere la scienza come è stato sino ad ora ma deve essere la nostra società. La scienza deve accordarsi con la società.

4

Quello che serve è una definizione di medicina "conveniente" rispetto a un insieme di diverse presupposizioni e postulati. L'accordo e la sua stipulazione prima dovranno discutere delle presupposizioni, poi sancire l'enunciato conseguente. Le presupposizioni e i postulati sono contenuti in tutte le proposizioni di approfondimento esposte sino ad ora a proposito di crisi del paradigma positivista e della crisi della medicina e della questione medica.

5

Definire la medicina e definire la malattia, a ben vedere, non fa alcuna differenza. La defini-

zione di malattia ha la stessa complessità della definizione di medicina. Anch'essa oggi non è riducibile solo a N (natura). Il personalismo di E (esigente) e il contestualismo di C (contesto) contendono lo spazio al dogmatismo scientifico del sapere biologico, limitando la validità delle sue definizioni scientifiche tradizionali.

6

Il riconoscimento quindi della realtà patologica ha un carattere particolarmente impegnativo. Non si tratta di "una" realtà qualsiasi, ma della realtà dentro rapporti intersoggettivi di natura diversa e ancorati ai contesti di riferimento. Già è complesso riconoscere la realtà in un oggetto, figurarsi in un malato.

7

Sia chiaro tanto le persone che i contesti vanno assunti non come soggetti e luoghi di auto-justificazione della conoscenza, ma come "riferimenti" e "sfondi" nei confronti dei quali la S (scienza) deve fare i conti vale a dire complessificarsi attraverso quella teoria che abbiamo chiamato della "e" cioè della congiunzione.

8

Ma una medicina M che, allo stesso tempo, è S, E, C come dobbiamo classificarla? Il primo problema definitorio rispetto alla medicina si ha in rapporto all'attuale classificazione delle scienze rispetto alla quale la medicina è quasi inclassificabile.

9

La classificazione tradizionale divideva le scienze tutte in scienze dello spirito (noologiche) e scienze della natura (cosmologiche) da questa classificazione sono venute nel tempo alcune varianti. Quella che fino ad ora ha resistito di più è:

- scienze nomotetiche (che concernono le leggi della natura)
- scienze idiografiche (che concernono la storia del singolo).

10

La medicina sino ad ora è stata considerata erroneamente in modo quasi scientificistico una scienza nomotetica ma come abbiamo visto dalle tante contraddizioni del canone, non è più possibile negare le sue implicazioni idiografiche. Del resto, anche definire la medicina una scienza idiografica resta una operazione parziale. È innegabile che in molti casi esistano delle implicazioni nomotetiche.

11

I punti critici di questo genere di classificazioni che, rispetto alla medicina, risultano insoddisfacenti sono tre:

- hanno un carattere dogmatico, cioè tendono a sistemare le scienze in modo “necessario” e definitivo. Al contrario si tratta di accettare che qualsiasi ripartizione ha un’importanza pratica, provvisoria e convenzionale
- sono troppo nette e non tengono in nessun conto le intersezioni dei loro ambiti, dei loro contesti e dei loro sfondi. Cioè sono del tutto de-complessificate
- non fanno che dividere la conoscenza in due culture, quella della natura e quella della storia umana. Ma è proprio tale dicotomia che, in ragione della crisi della medicina, perde di significato.

12

In medicina si è visto che natura e storia, natura e cultura, oggettivo e soggettivo, empirico e razionale, sono così strettamente interconnessi da rendere impossibile garantire l’unità del sapere medico collocando la medicina o su un versante o sull’altro.

13

Se l’identità della medicina è il criterio di riferimento per definirla, ed essa è connotata da un alto grado di complessità, allora dobbiamo rassegnarci a cercare altre strade.

Un’altra proposta raggruppa le scienze in due categorie: le scienze formali (logica e matematica) e le scienze reali (natura e storia).

14

Le scienze reali sono sostanzialmente scienze dei fatti e degli eventi. Ricordiamo che con “fatto” in medicina si intende la miniaturizzazione della realtà a molti mondi del malato. Fatto e realtà sono quindi praticamente sinonimi. Fare di ciò il criterio di identità della medicina sembra conveniente, dal momento che l’uomo malato, o esigente che dir si voglia, “è la realtà” da verificare, accertare, controllare, descrivere, prevedere, diagnosticare, curare ecc. Con “evento” invece si intende tutto ciò che accade a un uomo in un determinato momento (quindi apparentato con la singolarità, con il suo passato e il suo storico divenire, con l’accidentalità, ecc.), ma anche con l’eventualità di essere dell’uomo stesso (strettamente attinente all’idea di auto-compimento, di destinazione, di pre-destinazione e di pro-destinazione).

15

La medicina, quindi, quale “scienza dei fatti e degli eventi dell’uomo malato”, anche se con-

venzionalmente e con tutte le cautele sulla praticità e provvisorietà, non stonerebbe nel gruppo delle scienze del reale.

Tuttavia, non si può dire che la medicina non sia anche una scienza formale. Anzi la medicina in realtà è prevalentemente una scienza logica e razionale dove per razionale e ragionevole si deve intendere una scienza del ragionamento. Per non parlare della medicina che ormai sempre più spesso è rappresentata con gli algoritmi, con le meta analisi, con le logiche formali dell'evidenza ecc. Del resto, di fronte ad una malattia e a un malato complesso, il medico non può che ragionare e il più bravo è colui che ragiona meglio, cioè che di fronte alla complessità raggiunge i propri scopi perseguendo risultati tangibili.

16

Abbiamo detto a proposito di crisi del paradigma che la medicina è una scienza “anormale” perché la sua crisi non è uguale a quelle che avvengono nelle scienze normali per lo più legate a nuove scoperte scientifiche. Quindi com'è possibile classificare una scienza a-normale nel gruppo delle scienze reali? Non solo, ma la medicina nello stesso tempo è certamente una conoscenza scientifica perché garantita nelle sue verità, ma le sue verità, come è ampiamente noto, hanno un carattere metastabile, non nel senso della loro precarietà, ma in quanto in esse rientrano ordinariamente, quasi caso per caso, la riflessione critica sui suoi contenuti concettuali, sui metodi, sulle implicazioni culturali, sulle forme della valutazione e delle scelte. Cioè la medicina non si può fare, come con il computer, con ragionamenti meccanici. In ogni atto medico vi è una riflessione sull'atto in quanto tale. La medicina oltre ad essere ragionamento è riflessione sul ragionamento perché il ragionamento deve essere adeguato a qualcuno e a qualcosa.

17

La conoscenza in medicina in pratica opera una sintesi tra verità scientifiche modi di usarle e interpretarle, accorgimenti che nel loro insieme ne garantiscono la validità rispetto ad un malato individuale che è persona e cittadino. La garanzia di validità delle verità mediche, altrimenti dette “evidenze”, è quindi un costante lavoro di verifica, di interpretazione, di adattamento e di consensualità, appunto caso per caso, ordinario, normale.

18

Oggi la medicina, mentre giustifica scientificamente le proprie verità, allo stesso tempo deve giustificare tale giustificazione nei confronti di un preciso malato e di una precisa società, ma come lavoro routinario, normale, accanto a tutti i suoi quotidiani atti medici.

Il lavoro di riflessione riguarda quindi la chiarificazione dei concetti, del linguaggio, delle teorie, delle descrizioni ecc. Tale riflessione in medicina non “si applica a..., fa parte di”. Dire che la medicina è una scienza quindi una conoscenza valida garantita è un’affermazione che, nel caso della medicina, resiste alla critica, ma solo se nella validità rientrano le garanzie che includono la riflessione della medicina su sé stessa.

Aporie

1

Oggi la realtà a molti mondi del malato fa inevitabilmente del riconoscimento medico una valutazione a molte credenze. A volte, opinione e scienza si mischiano nel giudizio medico, dove con la prima si intende una credenza soggettivamente sufficiente per il singolo medico, mentre con la seconda una credenza sufficiente per la comunità medica. In un caso e nell’altro, giudizio e credenza sono la stessa cosa. Entrambi sono contrassegnati dal loro carattere impegnativo. Entrambi porteranno ad agire non solo nelle circostanze che “probabilmente” emergeranno, ma anche in quelle che “possono” emergere. Ciò che viene creduto è ciò che si pensa esistere, e ciò che esiste è vero e ciò che è vero è reale compresi i contesti ai quali si riferisce.

2

Oggi la medicina assomiglia sempre più ad una super scienza che a parte servirsi di tanti tipi di conoscenze è sollecitata a spiegare i giudizi e le scelte in rapporto all’orizzonte complessivo dei saperi concernenti il dispiegarsi dell’impresa medica. Essa è quindi teoria della conoscenza medica quale prassi, perché essa affronta questo problema non considerandolo in sé, ma in stretto riferimento ai modi effettivi con cui il medico opera.

3

Oggi nell’occuparsi di sé come pratica scientifica, la medicina super scientifica si occupa inevitabilmente anche di temi extra scientifici con un forte carattere normativo, cioè essa riflette costantemente sul proprio “statuto deontologico”, affrontando i problemi etici, delle responsabilità, dei dilemmi morali, dell’incertezza, del pluralismo dei valori, tutti esiti della sua straordinaria attività in rapporto alla vita e alla vitalità.

4

Oggi la medicina quindi è una scienza speciale non classificabile secondo le nomenclature che dividono il genere di saperi, al punto tale che, in presenza di qualche significativa varia-

zione dei suoi referenti naturali, sociali, culturali, economici, la medicina subisce variazioni e riassetamenti nelle sue concezioni, nella sua attività giudicante e nella sua operatività.

5

Oggi in medicina ormai è chiaro che il riconoscimento della sua complessità intrinseca è l'unica condizione che può garantire quel carattere unitario proprio del sapere medico. Non solo. Grazie alla complessità è possibile creare una struttura globale di senso senza la quale la società degli esigenti sarebbe disorientata. Ma il riconoscimento di questa complessità obbliga ad un ripensamento del paradigma positivista che a suo tempo, quando adottato dalla medicina, non è stato pensato per complessità ma per semplicità cioè sulla base di importanti processi di riduzione. Il più importante è quello che ha semplificato il culturale, il sociale, il personale, l'individuale a un problema solo naturale. Oggi il sociale, il personale, l'esistenziale bussano alla porta della medicina per rivendicare un riconoscimento dicendo semplicemente che tanto la malattia che il malato non sono solo una questione di natura.

6

Oggi se assumere la complessità quale criterio di definizione della medicina al fine di disporre di una sua più moderna definizione, implica un ripensamento del paradigma positivista, in cosa consiste in fondo in fondo il difetto o l'aporia principale di tale paradigma? Il limite più grande è quello di pretendere e di proporsi come una metafisica degli oggetti naturali e la metafisica oggi, a parte gli oggetti naturali, in questa società, non ha più nessuna legittimazione.

7

Per metafisica non si intende tanto un pensiero astratto e fumoso, speculativo in massimo grado, ma si intende sostanzialmente ogni dottrina filosofica che si presenti come scienza della realtà assoluta, che cerchi cioè di dare una spiegazione delle cause prime della realtà prescindendo da qualsiasi complessità. La medicina positivista è metafisica nel senso che considera la malattia come una realtà oggettiva assoluta.

8

Oggi se prendiamo le categorie epistemiche che sono alla base del canone medico positivista tutte nessuna esclusa ha un forte carattere metafisico:

- fatto come espressione unica e assoluta della realtà
- osservazione come unico modo assoluto di conoscere la realtà
- evidenza come unica espressione assoluta di verità
- metodo come unico modo assoluto di agire

- oggettività come unica dimensione assoluta da conoscere ecc.

9

Oggi in medicina l'idea positivista di scienza è fondamentalmente metafisica perché ha ricavato i suoi principi da un mondo naturale ritenuto incontrovertibile. Oggi che questo ordine naturale, grazie al progresso scientifico e a profonde trasformazioni etiche della società, non è più incontrovertibile, la metafisica medica lascia il posto, dopo poco più di un secolo, ad una medicina più realista e più pragmatica e sicuramente più umana. Le medical humanities che sono venute fuori in questi anni e il cui ultimo epigono è la medicina narrativa ed altre sub teorie puntavano a riumanizzare la medicina ma senza ridiscutere mai il carattere metafisico delle sue conoscenze.

Tesi

N° 89

La medicina è una super conoscenza cioè una conoscenza di conoscenze non tutte riconducibili solo al medico con un forte carattere scientifico eclettico e speculativo e con l'obbligo di essere super realista cioè di interpretare pragmaticamente la realtà attraverso i fatti, gli eventi, i fenomeni le espressioni e le manifestazioni dei malati intesi come esseri persone cittadini e individui.

N° 90

La medicina non può che essere una conoscenza a molte conoscenze perché tanto la malattia che il malato sono mondi a molti mondi.

Secondo l'interpretazione a molti mondi, ogni malattia è un sistema di fatti e di eventi di diversa natura tutti ugualmente reali e che interagiscono tra loro.

Essa serve per dare un significato e una visione d'insieme della malattia e del malato. L'interpretazione a molti mondi introduce l'idea che una qualsiasi osservazione abbia come conseguenza la presa d'atto che qualunque malato è in realtà un mondo complesso in cui diversi risultati di cura sono possibili.

N° 91

La medicina se è una super conoscenza allora i medici sono dei super ricognitori e in quanto tali essi non possono evitare di fare una riflessione inter-scientifica. Cioè negli atti che essi compiono deve essere inclusa una riflessione su di essi. Tale riflessione riferisce dell'alto grado di intellettualità della professione medica. Esso è irriducibile pena lo snaturamento della professione. Qualsiasi atto

medico è prima di tutto un atto riflessivo cioè un pensiero sul pensiero. Per un medico operatività e riflessione sono un tutt'uno, perché la medicina, oggi più di ieri, deve rendere conto di quello che fa fornendo spiegazioni al malato, alla società, alla gestione. La medicina è allo stesso tempo una spiegazione scientifica della malattia e una spiegazione sociale al malato.

Quesiti

N°1

Non c'è dubbio che ridefinire il paradigma della medicina è un'impresa storica che, in quanto tale, necessita di una vera e propria "convenzione dei punti di vista". Quindi si tratta di una ridefinizione per accordo. Non credete che sia arrivato il momento di mettere mano a questa impresa storica? Cioè di organizzare un vero e proprio lavoro ridefinitorio con il concorso dei tanti interlocutori che, in un modo o nell'altro, concorrano di fatto alla definizione di medicina?

N°2

Alcuni insistono nel trovare le soluzioni alla "questione medica" senza mettere le mani sulla questione medicina. Non credete che questo sia non solo sbagliato ma illogico? Come si fa a prevenire la frana senza mettere in sicurezza la montagna?

N°3

Tenendo conto dei tanti mutamenti che sono intervenuti nel mondo della medicina nell'ultimo secolo, oggi, voi come definireste la medicina?

N°4

Basta definirla come ancora oggi è definita nei vocabolari?

N°5

Ma se la medicina è ridefinibile allora il medico a sua volta è ridefinibile e viceversa, ma se è così non credete che medico e medicina per essere credibili dovrebbero essere ridefinibili insieme e contestualmente?

N°6

Come?

La medicina della scelta, l'autore e l'esigente.

Tesi di ridefnizione

Tesi per ridefnire il malato

Sinossi

In ragione delle tesi sin qui proposte in particolare la n° 90, 91, 92, vi è la necessità di ridefnire la medicina scientifica fino ad ora designata semplicemente con il termine "medicina". Siccome nessuna medicina può essere dedotta o definita a società assente ignorando il suo vero postulato vincolante, che è il malato, proponiamo una ridefnizione del malato come sintesi di quanto esposto nella macro-area sul rapporto tra medico e società. La definizione che più avanti daremo della medicina sarà coerente con questa ridefnizione.

N° 92.0

Il malato è un ente ontologico che funziona da premessa per tutto quanto rientra nell'ambito del ragionamento e della prassi medica. La medicina va definita sulla base delle necessità di tale ente. Ciò vuol dire che le qualità e le caratteristiche dell'ente decidono come usare le conoscenze scientifiche quindi il modo di essere del medico. Un medico non è definibile senza definire preventivamente il malato quale premessa per l'esercizio della propria professione.

N° 92.1

Il malato per definizione è una complessità e in quanto tale non è in nessun modo riducibile a natura. Egli molto più verosimilmente è un mondo a molti mondi fatto di mondi reali e di mondi possibili. Assumendo il malato come mondi a molti mondi nessuna spiegazione medica può essere unica cioè di un solo genere.

N°92.2

In senso molto generale il malato è l'insieme di tutto ciò che egli è, quindi egli è la totalità della sua storia e della sua vita. In quanto tale egli è intelligibile cioè si può conoscere in tante maniere. Questo significa che la spiegazione scientifica della malattia va integrata con altri generi di spiegazioni.

N°92.3

Il malato oltre ad essere un mondo a tanti mondi è un mondo possibile cioè egli rappresenta in

quanto tale una possibilità di cura, quindi una possibilità di cambiamento. La cura possibile del malato reale, altro non è che un insieme di ipotesi di cura che nascono prima di ogni cosa dal suo essere malato e dal suo essere in relazione con il medico. La cura è un potenziale che per prima cosa appartiene al malato. La relazione di cura è la condizione per esprimere al meglio il potenziale di cura di un malato.

N° 92.4

La cura quindi non è mai contro-stante la malattia ma è a partire dal malato. Il rapporto tra malato reale da curare e cura possibile si definisce “relazione di possibilità relativa”. Essa è relativa tanto alle risorse del malato che a quelle della medicina scientifica che a quelle economiche messe a disposizione. Essa quindi è relativa rispetto all’uso compossibile di tutti i tipi di risorse effettivamente disponibili. Tutti i generi di risorse, personali, relazionali, scientifiche, economiche devono cooperare al fine della cura.

Quesiti

N°1

Fino ad ora e ancora ora per tante ragioni la premessa del ragionamento medico è stata ed è la malattia. Cosa succede se al posto di questa premessa si mette quella del malato? Il ragionamento scientifico resta sempre quello o cambia?

N°2

Se cambia il ragionamento scientifico, perché cambia la premessa, la medicina resta sempre quella di prima o cambia?

N°3

Se il malato è la nuova premessa e se esso è semplicemente metafora di complessità allora non pensate che per ridefinire tanto la medicina che il medico si debba partire da questa complessità?

N°4

Accettare che la natura del malato e quindi della malattia sia decisiva nel definire tanto il medico che la medicina, cosa significa sul piano pratico?

N°5

Trovate inaccettabile che la complessità del malato ci induca a ridefinire la medicina e il medico oltretutto sul piano strettamente scientifico anche su altri piani culturali, sociali, antropologici?

N°6

È proprio inaccettabile convincersi a partire dalla complessità non solo naturale del malato che la medicina non sia solo scienza tout court cioè scientismo ma sia anche scienza ed altro? Cioè scienza quale conoscenza estesa?

N°7

Ritenete offensivo che la medicina sia definibile come un sapere scienziata cioè intesa unicamente nello schema galileiano del sapere sperimentale matematico e oggettivo? Oppure vi sono altre concezioni possibili di scienza? Se il malato è complesso per definizione la scienza della complessità secondo voi è ammissibile o no?

N°8

È accettabile che la società quindi il malato o il cittadino abbiano una parte nella definizione di scienza?

N°9

La scienza è solo una questione di scienziati?

N°10

Tutti invocano la scienza, ma di quale scienza stiamo parlando? Quella di Galileo, di Comte o quella della quale si è discusso per tutto il 900 e ancora oggi si continua a discutere?

Tesi per definire la medicina della scelta

Sinossi

Ora che abbiamo definito il malato si può tentare di definire la medicina. Per connotare una idea diversa di medicina rispetto a quella classica del paradigma positivista si propone di usare l'espressione "medicina della scelta". Se il malato è un mondo a molti mondi, una complessità, un insieme di potenzialità, una singolarità, cade il presupposto metafisico del positivismo, che è quello della scelta clinica a senso unico resa obbligatoria da un unico universo con un unico decisore. Oggi la scelta non riguarda solo il medico ma anche il malato e per di più essa come scelta partecipata nei confronti della complessità impone di scegliere di più non di meno, e quindi impone nuove autonomie e nuove responsabilità. Per queste ragioni il concetto di scelta è assunto come emblematico di una nuova idea di malato e quindi di medicina. La scelta è quindi un concetto radicale che in sé riassume il senso del cambiamento.

N°93.0

Si definisce medicina della scelta un particolare genere di medicina scientifica che fa della scelta il suo valore fondamentale e che sulla scelta definisce la complessità del proprio apparato concettuale.

N°93.1

Con la "medicina della scelta", la società attraverso un contratto sociale di natura fiduciaria, delega al medico la facoltà di scegliere in autonomia e responsabilità cosa sia maggiormente adeguato al proprio bisogno di salute e di cura, affidandogli l'onere di interpretare in modo garantito le sue necessità e quindi di scegliere pragmaticamente insieme a lui.

N° 93.2

La medicina della scelta è sempre una medicina razionale quindi scientifica ma nello stesso tempo è, per ragioni di complessità, una medicina ragionevole e relazionale cioè che usa, allo stesso tempo, il raziocinio, il buon senso e il consenso.

N° 93.3

Il postulato di fondo della medicina della scelta è la complessità del malato interpretato e assunto come un mondo a molti mondi (multiverso) riferito sempre ad una persona una situazione e un contesto. Il malato quindi per la medicina della scelta per definizione è un soggetto singolare perché singolari sono i suoi mondi personali situazionali e contestuali.

N° 93.4

La natura epistemica della medicina della scelta è ovviamente scientifica ma con un forte vincolo etico-pragmatista. La medicina della scelta sceglie con il malato ciò che è ritenuto maggiormente adeguato alla cura in funzione sempre dei risultati ragionevolmente e auspicabilmente conseguibili. Qualsiasi risultato può, in ragione del carattere fallibile dell'impresa medica, essere non conforme alle aspettative auspiccate o addirittura in contraddizione paradossalmente con esse, ma in nessun caso può essere difforme dalle intese intercorse tra medico e malato nella relazione di cura. L'intesa risponde quindi del risultato perché l'intesa risponde sempre delle scelte decise. Nessun tipo di risultato in una relazione di cura è spiegabile fuori della scelta e fuori dell'intesa che la giustifica.

N°93.5

Il medico e il malato di fronte ad una necessità di cura, nella medicina della scelta, devono scegliere insieme la cosa giusta da fare. La cosa giusta è quella più adeguata quindi più razionale e più ragionevole allo stesso tempo. La medicina della scelta si basa sul postulato della scelta razionale e ragionevole condivisa e adeguata e per questo corresponsabilizzante.

N°93.6

In medicina "razionale", vale secondo conoscenza scientifica disponibile e "ragionevole", vale secondo circostanze, situazioni contingenze, specificità, singolarità. La ragionevolezza è l'impiego della razionalità clinica non come valore assoluto, a priori, al di sopra e a prescindere dalla complessità con la quale si ha a che fare, ma come un valore relativo alla effettiva realtà del malato. La ragionevolezza è soprattutto senso pratico.

N° 93.7

Un giovane medico neolaureato senza esperienza tende ad essere razionale, un medico non più giovane con tanta esperienza tende ad essere ragionevole. Il rapporto tra razionale e ragionevole è quindi interpretato sulla base della conoscenza che deriva al medico dalla propria esperienza. L'esperienza è una conoscenza che, su base empirica, con il buon senso, può correggere e perfezionare il razionale. La pratica serve a perfezionare la teoria. La teoria senza la pratica non può che essere razionale. La teoria con la pratica non può che essere ragionevole.

N°93.8

La ragionevolezza è persuasione perché i suoi argomenti pratici puntano a creare le condizioni per il consenso, l'assenso, la condivisione della scelta clinica. Oggi le questioni più importanti, comprese tra "umanizzazione" e "consenso informato", pongono inediti problemi di ragionevolezza clinica

N° 93.9

Qualsiasi scelta ragionevole presuppone dei valori. Non si può scegliere copiando in senso terapeutico in modo contrario e antagonista i fatti della malattia. La scelta di cura non è la pura copia della malattia. E neanche è quella che prende semplicemente atto dei limiti esistenti. Una scelta presuppone una teoria del bene. La scelta è accettabile quando un medico si rapporta rispetto alla teoria del bene del malato ricavandone una propria teoria della razionalità. Un malato può tuttavia avere una teoria del bene diversa da quella del clinico. In questo caso e soprattutto se questa teoria contrasta con le conoscenze scientifiche disponibili, il medico deve tentare di convincere il malato ad adottare una teoria del bene non incompatibile con le conoscenze scientifiche disponibili. Nel caso in cui il tentativo del medico risultasse infruttuoso il medico deve rispettare la teoria del bene del malato ma il malato se ne deve prendere per intero la responsabilità.

N°93.10

La medicina della scelta decide per il bene non per il razionale (buona diagnosi, buona terapia, buon trattamento, buon risultato ecc.). La scelta per forze di cose riguarda il "bene possibile". Inevitabilmente essa implica sempre un giudizio etico sui valori in gioco. L'ideale della scelta razionale e ragionevole è funzionare, riuscire negli intenti, ottenere risultati.

N°93.11

La ragionevolezza per la medicina della scelta è un modo per garantire una certa ragionevole adeguatezza nel trattamento di un malato in certe situazioni. La decisione clinica è ragionevolmente adeguata se non trascura la situazione del malato, i contesti e i limiti che vi sono. L'adeguatezza diversamente dalla appropriatezza, non è un principio di corrispondenza al metodo razionale, ma è un principio di convenienza pragmatica rispetto alle situazioni, in cui si colloca il malato. Il malato nella propria situazione è la misura della razionalità non il contrario cioè di una razionalità avulsa dalla situazione. La razionalità adeguata alla situazione è ragionevole. Fuori dalle situazioni un medico può essere razionale ma non ragionevole. Per essere ragionevole la razionalità deve fare i conti con la situazione.

N°93.12

La situazione non è solo una circostanza in cui si aggridisce e si combatte la malattia ma può essere una risorsa da sfruttare per ottenere meglio e di più dei risultati da parte del malato. In ogni situazione vi è un potenziale che non può essere ignorato. Ciò ha un'enorme importanza perché cambia il modo di vedere sia del malato che della malattia. Il malato nel potenziale di situazione non è più solo una malattia che va curata, difeso, ma è anche colui che si autodifende, che si relaziona e che decide insieme al medico, che dà senso a quello che gli succede. Tutto questo è ragionevolezza.

N° 93.13

Nella medicina della scelta, il medico e il malato attraverso la relazione di cura si devono prendere la responsabilità della scelta ragionevole. Altrimenti a che servirebbe la relazione? La scelta ragionevole si impone se si ammette la complessità, nella quale per forza si deve scegliere, perché in essa vi è il molteplice, il mutevole, il vario, il singolare, il contingente, il contestuale, il limite, il fallibile, lo scientifico, il sociale.

N° 93.14

Il medico quando delibera la sua scelta ha due generi di informazioni, quelle che gli derivano dalla sua conoscenza e quelle che gli derivano dalla situazione in cui versa il malato. Se egli si limitasse a credere solo alle sue conoscenze scientifiche allora vorrebbe dire che la sua scelta è perché vuole essere razionale. Se egli si limitasse a credere solo alle situazioni allora vorrebbe dire che egli è eccessivamente pratico perché giustificherebbe le sue scelte solo con ragioni contingenti. Se ne ricava che le informazioni singolarmente considerate non bastano a giustificare le scelte.

N° 93.15

Per il medico e il malato essere razionali e ragionevoli significa sempre scegliere la razionalità scientifica più conveniente. La razionalità scientifica più conveniente è sempre ragionevole perché per essere conveniente vuol dire che essa è scelta in base alla lettura delle reali necessità. La razionalità scientifica va quindi assunta con un grado di flessibilità. Per essa in genere a parte casi specifici non esiste un solo modo di ragionare.

N° 93.16

La razionalità più conveniente vuol dire che di fronte alla complessità sia per il medico che per il malato non c'è solo un modo di essere scientifici. Si può essere scientifici in modi diversi senza perdere la scientificità. Il modo più scientifico è quello che è più adeguato alla complessità e che dà maggiori risultati.

N° 93.17

Convenienza nel linguaggio pragmatico non vuol dire qualcosa che costa poco ma è l'accordo tra scelta, necessità e situazione. Di volta in volta, a seconda della situazione, scegliere significa decidere il modo razionale più conveniente perché ciò che è vero per un malato è sempre tanto la sua necessità che la sua situazione.

N° 93.18

La medicina della scelta favorisce e riconosce il valore della scelta che sceglie davvero. La medici-

na positivista al contrario subordina la scelta al prepensato nei confronti di ciò che è necessario al malato. Ma il prepensato, soprattutto se usato e applicato in modo imperativo e performativo, rischia di essere poco conveniente perché limita le facoltà decisionali del medico e del malato. Il prepensato al quale ovviamente per ragioni di garanzie scientifiche, non si può rinunciare, deve favorire la scelta del medico ma non surrogarla e meno che mai imporgliela. Deve essere a sua volta conveniente.

N° 93.19

Per la medicina positivista non c'è scienza senza ragionamenti prepensati e quindi organizzati in procedure razionali. Le procedure razionali servono a garantire la scientificità delle scelte, tuttavia la medicina della scelta sostiene che non è ragionevole imporre alle relazioni un pensiero prepensato. La relazione è una situazione che produce nuova conoscenza e quindi si tratta di usare il prepensato nella relazione e scegliere a partire dalla relazione. Le procedure razionali hanno l'obbligo di confrontarsi per verificarsi con la relazione. La relazione è conoscenza.

N° 93.20

Prepensare le scelte cliniche è come prepensare gli atti clinici, quindi il legame che esiste tra ciò che è prepensato per il medico e ciò che fa il medico è strettissimo. Il prepensato serve ad assistere il medico ma esso deve sempre essere funzionale alla sua scelta.

N° 93.21

La scelta è l'atto inteso come insieme dell'azione e dell'agente, quindi come l'insieme della decisione e di chi agisce; nello stesso tempo è l'insieme di conoscenze intelletto e volontà, quindi fondamentalmente un giudizio, nel senso che la scelta è sempre un atto giudicante nei confronti di una necessità in una situazione. Ma chi giudica è il medico non il prepensato di cui si serve per giudicare.

N° 93.22

Il tema della scelta, spesso, è alla base non solo di un conflitto sociale tra scienza e società ma anche di un conflitto professionale tra gestori e operatori. È del tutto irragionevole sollecitare autonomia per il medico, accettando che egli agisca in modo appropriato sulla base di procedure prepensate. Come è del tutto ingannevole rispondere alle necessità singolari del malato con procedure prepensate sulla base di standard statistici. L'autonomia tanto del medico che del bisogno del malato ha senso se entrambi accettano la logica complessa della scelta.

N° 93.23

La scelta per la medicina della scelta non rientra tra quelle teorie che la definiscono come una sorta

di teoria della decisione e che suppone un medico razionale che in quanto tale dovrebbe comportarsi in un certo modo. Queste teorie in genere vertono su una idea di decisione presa in rapporto ad una certa quantità di informazioni e si avvalgono di diagrammi (“alberi decisionali”) che illustrano tutte le scelte possibili e i loro esiti. La scelta, per la medicina della scelta, non suppone solo un medico razionale ma anche ragionevole e pratico e che comunque decide sempre con qualcun altro e sempre dentro contesti problematici. La medicina della scelta non teorizza comportamenti ideali come la medicina positivista ma comportamenti pragmatici perché oltre ad essere interessata ovviamente alla propria conformità scientifica è interessata ai risultati conseguibili.

N° 93.24

La decisione per la medicina della scelta è un momento conclusivo di un ragionamento deliberante nel quale il medico esprime il suo impegno verso una delle diverse alternative possibili. Qualsiasi scelta è un atto di esclusione verso altre scelte possibili, ma anche verso altre credenze possibili. Credere per un medico che qualcosa sia o non sia coincide con l'accettare e il rifiutare sempre qualcosa e ciò a sua volta coincide con il fare e il non fare. Si confermano i nessi stretti che esistono tra scelta e azione. Dire che un medico si esprime attraverso deliberazioni razionali e ragionevoli significa che egli è motivato ad agire nei confronti di un malato, nel modo più conveniente, perché dimostra una disposizione a scegliere ciò che egli crede ragionevole scegliere.

N° 93.25

Nella medicina positivista in genere la spiegazione della scelta è quasi sempre una spiegazione deterministica, per cui il medico spiegherà che la malattia è la causa che spiega la scelta. Per la medicina della scelta invece sarà una spiegazione a molti mondi. Per la medicina della scelta la scelta non può essere interpretata con una unica spiegazione, o meglio di fronte alla complessità la spiegazione unica non è così convincente e così conveniente come si pensa.

N° 93.26

Qualsiasi scelta nella medicina della scelta è in funzione delle possibilità che la scelta offre sia al medico che al malato. Per un medico e un malato non si tratta di effettuare solo scelte razionali ma soprattutto scelte adeguate a delle ragionevoli possibilità. Può capitare che la possibilità non coincida con l'idea convenzionale di adeguatezza, in questo caso si ha una eccezione. In questo caso il medico in funzione della possibilità deve adeguare la sua idea di adeguatezza. L'adeguatezza è un modo di essere del medico, essa è sempre funzione di una possibilità non è mai un valore autoriferito. Cioè il modo di essere del medico deve essere relativo alle reali possibilità di cura. Cioè deve essere conveniente.

N° 93.27

Il campo possibile di una scelta per un medico e per un malato non è illimitato (per tante ragioni tecniche, scientifiche, relazionali, organizzative, economiche ecc.) per cui si pone la necessità di usare dei criteri di interpretazione relativi a quella che si crede una scelta ragionevole. La necessità di un accordo con il malato si pone perché questo genere di scelte non può farle il medico solo con la propria razionalità. Si tratta di decidere rispetto a dei limiti e quindi di assumersi delle responsabilità.

N° 93.28

Le scelte che implicano un accordo con i limiti si chiamano “preferenze condizionali”, cioè scelte che rappresentano una mediazione con i limiti che esistono.

L'elemento che caratterizza tali preferenze è sempre una relativa arbitrarietà della scelta stessa: dal momento che esse dipendono dalla relazione e dai limiti esse si specificano sempre relativamente a qualcosa, cioè non sono mai scelte assolute. Esse sono relativamente “arbitrarie” ma solo nel senso che potrebbero essere altrimenti.

N° 93.29

È importante condividere con il malato cosa debba essere una scelta conveniente, cioè se dato un obiettivo di cura, questo è possibile raggiungerlo in più modi dati certi limiti. Conveniente in questo caso assume i significati di contingenza, di condizionale, di situazione, quindi di molteplice, multivalente, di adatto al proprio malato, di limitante.

N° 93.30

La convenienza di una scelta consiste nell'esprimere delle possibilità nei confronti di certi limiti dati. Se data una situazione un accordo con il malato è conveniente, allora si può rappresentare tale convenienza come “scelta” di possibilità e di limiti condivisi. In questi casi è come se si fosse trasformato il limite in possibilità.

N° 93.31

La scelta si preoccupa di rispettare le condizioni di convenienza reciproca di una relazione. Nella relazione ciascuno si assume la responsabilità di quello che asserisce, per cui il compromesso possibile tra il medico e il malato è di natura pragmatica. La verità è nella scelta che si condivide. La grande differenza tra la medicina positivista e la medicina della scelta è che nella prima le scelte devono essere verificate, mentre nella seconda le scelte certamente debbono essere verificate ma anche argomentate e condivise. Cioè devono essere convincenti.

N° 93.32

Per la medicina della scelta oltre alle evidenze scientifiche che restano ovviamente i riferimenti più importanti per il giudizio clinico vi sono anche le rilevanze. Si chiama rilevante qualcosa di importante per il significato complessivo del contesto in cui ricorre. La rilevanza quindi riguarda quegli elementi ritenuti importanti per il giudizio in una determinata situazione, sia nel senso delle possibilità che in quello dei limiti. La rilevanza attiene anche a ciò che crede il medico e il malato. L'accordo tra medico e malato riguarda ciò che entrambi considerano evidente e rilevante.

N° 93.33

I giudizi clinici basati sulle evidenze scientifiche forniscono al medico i motivi per agire per cui sono delle vere e proprie indicazioni operative. Per un clinico è inconcepibile affermare che una scelta va fatta e non adottarla e non raccomandarne l'adozione al malato. Tuttavia, per la medicina della scelta nella situazione in cui si trovano il medico e il malato, tutto ciò per funzionare ha bisogno di una condivisione. La scelta è la risposta in un certo momento in una data situazione con un certo malato, che trasforma ciò che si crede in ciò che va fatto.

N° 93.34

Per la medicina positivista in generale l'accettabilità razionale è qualcosa di conforme alla razionalità scientifica. Per la medicina della scelta l'accettabilità ragionevole invece si definisce sempre per "gradi" e in relazione al malato e alla sua situazione concreta. La scelta è un grado di plausibilità tanto di razionalità che di buon senso.

N° 93.35

Le scelte sono capacità cioè frutto di un accordo tra necessità e limiti. Il problema non è tanto corrispondere alla malattia ma essere coerente con il malato e con le sue difficoltà concrete. La coerenza delle ipotesi cliniche, la loro adattabilità al malato, il grado di accettabilità razionale, ecc. non sono da considerare cose che consentono di fare qualcosa, ma capacità che permettono di scegliere e di decidere.

Quesiti

N°1

Nel momento in cui si decide di ridefinire la medicina e quindi il medico non ritenete giusto dare a tale ridefinizione un nome per comunicarla e per sancire anche la differenza con il passato?

N°2

Quale nome daresti alla nuova medicina e al nuovo medico?

N°3

La medicina della scelta è una ridefinizione nel senso che individua un riferimento, un concetto in grado di fare la differenza tra passato e futuro. Condividete che questo riferimento debba essere la scelta? O vi è qualcosa di altro più efficace di demarcare il prima dal dopo?

N°4

Nella medicina di ieri il medico sceglie meno, in quella del futuro sceglie di più, quindi dietro al concetto di scelta vi è quello di autonomia, il medico di ieri ha meno autonomia rispetto al medico del futuro, cosa ne pensate?

N°5

Dietro il concetto di autonomia vi è quello di realtà. Il medico di fronte ad una realtà ridotta a malattia ha una certa autonomia quella concessagli dal metodo (ad esempio), il medico di fronte ad una realtà complessa, deve avere più autonomia anche rispetto al metodo. Secondo voi qual è la definizione di medicina più realistica? Quella che subordina tutto al metodo o quella che oltre il metodo si prende la responsabilità di interpretare la realtà che resta fuori dal metodo?

N°6

Medicina della scelta significa molto più semplicemente una medicina ancora più realista di quella che è, perché accetta di misurarsi con la realtà del malato e non manipola la realtà del malato per farla rientrare nei propri canoni di razionalità scientifica. Cosa ne pensate?

N°7

È meglio una medicina che si sforza di essere adeguata alla realtà o una medicina che si sforza di adeguare la realtà alla propria razionalità?

N°8

Cosa pensate di una medicina che per essere razionale rischia di non essere adeguata alla realtà?

N°9

È utopistico immaginare una medicina oltreché razionale anche ragionevole, ma se per essere ragionevole la medicina deve adattare la razionalità alla realtà, secondo voi “ragionevole” vale come più scientifico o come meno scientifico?

N°10

La medicina della scelta è tanto razionale che ragionevole, quella di prima cioè la medicina classica tarata sulla malattia è razionale, quella tarata sul malato è anche ragionevole. Quale delle due è più adeguata alle sfide di questa società?

Tesi per ridefinire il medico

N° 94.0

Sulla base delle caratteristiche di fondo della medicina della scelta si tratta di dedurre il genere di medico ad essa più congeniale. Si propone di indicare con il termine “autore” un genere di medico in grado di decidere e scegliere secondo i principi della medicina della scelta.

N° 94.1

L'autore è il medico che sceglie cosa sia meglio fare scambiando auto-nomia contro re-sponsabilità (auto-re), vale a dire è colui che decide in autonomia ma in modo responsabile scambiando risultati con retribuzioni. Autore è anche il malato che decide insieme al medico. Costoro sono coautori della cura.

N° 94.2

Il medico autore, equivale ad un ripensamento profondo del modo di essere del medico positivista ed è la risposta alle principali scollature tra medicina e sanità, tra medicina e società, tra medicina e economia. L'autore è colui che in nome dell'interesse primario del malato con razionalità e ragionevolezza ha la capacità e la facoltà di ripensare, quando necessario e se necessario, il prepensato nelle situazioni e nelle relazioni date. Se non avesse questa libertà non sarebbe un autore ma al contrario un dipendente dal proprio apparato concettuale. Un autore sceglie ciò che è conveniente fare. Se il medico non sceglie non è un autore.

N° 94.3

Il medico positivista ha meno autonomia rispetto all'autore della medicina della scelta perché la sua autonomia è non solo riferita solo al mondo clinico ma riferita ad un procedimento prepensato. La maggiore autonomia riconosciuta all'autore serve a governare la complessità. L'autore non si regola solo con il principio scienza e coscienza ma anche con quello della convenienza pragmatica, quindi scienza e coscienza ma secondo convenienza e complessità.

N° 94.4

Ad una crescita dell'autonomia per l'autore corrisponde una crescita delle responsabilità. Questa crescita di responsabilità va compensata con la condivisione. Se il malato ha una sua teoria del bene se ne assume la responsabilità attraverso il consenso informato. Il consenso informato a questo riguardo non può essere assunto solo come uno strumento di informazione ma dal momento che esso implica la scelta va assunto come un accordo tra autonomia e responsabilità, cioè come uno strumento che sovrintende una corresponsabilizzazione nella relazione. La relazione oltre ad

essere conoscenza è corresponsabilizzazione.

N° 94.5

Per la medicina della scelta la relazione dovrebbe essere tra due generi di autori diversi ma tra loro del tutto complementari il medico e l'esigente. L'autore a parte essere un medico razionale ragionevole e pragmatico è anche colui che è sensibile a quanto asserisce il malato. La sua responsabilità primaria riguarda comunque la consapevolezza delle conseguenze delle sue scelte.

N° 94.6

Il principale valore del medico autore quindi di chi sceglie è la prudenza. La prudenza in medicina media i rapporti tra ciò che è razionale e ciò che è conveniente. Questo riguarda tanto la clinica che le sue conseguenze economiche. Dato che la scelta si spiega prevalentemente in rapporto con la complessità, la prudenza è una virtù che si colloca tra la scienza, la tecnica, la pratica ordinaria e l'economia senza essere esclusivamente nulla di ciò.

N° 94.7

La prudenza del medico autore è assennatezza, perspicacia, discernimento, intuizione. La prudenza è abilità congetturale quindi è qualcosa che attiene al medico quale soggetto prudente. La prudenza dell'autore non può essere dedotta né dai modelli clinici, né dai metodi, né dalle conoscenze scientifiche né tanto meno dalle tecniche disponibili. Essa riguarda solo ed esclusivamente le qualità dell'autore che sceglie nelle situazioni date. La misura della prudenza è sempre l'opinione finale del malato e l'alto senso del limite. La prudenza rientra nelle abilità di chi opera in regime comunque limitato. Educare alla prudenza è educare al talento epistemico e alle complessità delle situazioni. Si tratta di una educazione tutt'altro che nozionistica.

N° 94.8

Le scelte del medico autore dipendono sempre da ciò che egli crede giusto fare. L'impegno a credere, da parte dell'autore, trasforma le proprie convinzioni in regole comportamentali. Le credenze sono come delle "disposizioni" a dire e a fare qualcosa. Se il medico crede che il malato sia solo malattia allora le sue scelte riguarderanno solo la malattia, se il medico crede che la malattia sia il malato, allora le sue scelte saranno diverse. Se il medico crede che la malattia sia un'astrazione razionale cioè traducibile in evidenze, allora, razionali saranno anche i suoi trattamenti.

N° 94.9

L'autore fondamentalmente è un opportunista "favorevole ad uno scopo". Egli ritiene la sua scelta conveniente se essa raggiunge uno scopo. Se ammettiamo il malato come riferimento per la scelta,

allora l'opportunità dell'autore è quello che si accorda, con il proprio malato per scegliere di usare certe informazioni e non altre.

N° 94.10

L'autore è un razionalista flessibile che non ha atteggiamenti mentali dogmatici. Il ragionevole, è un pensiero flessibile. La flessibilità è usata per compensare la rigidità delle regole non già per negarle.

N° 94.11

L'autore non può essere solo l'espressione di una razionalità interventista che si basa sul valore dell'azione. Per la medicina della scelta non sempre si tratta di agire. Nella medicina positivista, di solito, quando non si agisce, è solo perché ci si considera impotenti. La medicina positivista in generale deve agire perché è sempre alla ricerca degli effetti, a tutti i costi. "Non fare" per essa significa non produrre effetti. Il medico prescrive sempre le proprie azioni al malato perché è alla ricerca di effetti sul malato. L'azione clinica così esprime l'effettività del suo ideale razionale. Per la medicina della scelta esiste anche "il non fare come fare".

N° 94.12

Il medico spesso ha a che fare con richieste irragionevoli, infondate, con atteggiamenti consumistici che comportano svariati generi di diseconomie, con una mentalità terapeutica e diagnostica che vede nel farmaco o nell'esame diagnostico una prova di cura anche se la cura è inutile. Il "non fare" per un autore in tutti questi casi vale come fare. Ma oltre a questi casi vi sono le situazioni evolutive rispetto alle quali intervenire a tutti i costi spesso ha effetti distortivi. In questi casi per un autore essere ragionevole non vuol dire che si deve necessariamente agire per far accadere un effetto, perché può darsi che si debba lasciare che accada qualcosa oppure che si debba fare in modo che qualcosa non accada.

N° 94.13

L'autore tenta di trovare un compromesso tra la logica del mezzo e del fine ma sfruttando anche i potenziali che si ritrovano nella situazione e nella relazione. La logica del "risultato atteso" dipende interamente dai mezzi che sono impiegati. Il successo terapeutico per l'autore è legato invece anche alla capacità di usare una situazione e una relazione per trasformarla e ricavarne vantaggi.

N° 94.14

Per l'autore, l'efficacia è semplicemente "far in modo che...", essa risponde ad una logica diversa da quella dell'efficienza clinica. L'autore ragiona costruendo le condizioni per quel che deve avvenire.

nire, cioè “la cura”. Per la cura l'effetto che conta non è un fatto, un risultato, un obiettivo raggiunto, ma è cambiare la condizione del malato cioè qualcosa che si dispiega “che fa sì che” e nel quale la cosa che conta è capire come avviene quello che avviene. Quindi l'autore cerca le condizioni più favorevoli al trattamento, le concomitanze necessarie, il compiersi di qualcosa che sostenga il malato, la co-emergenza di aiuti diversi, le azioni ponderate dei familiari.

N° 94.15

Un autore proprio perché non va a caccia solo di effetti terapeutici, la relazione di cura è il primo effetto-obiettivo importante. Nella sua logica, l'effetto si esprime già nel momento in cui la situazione del malato viene assunta come proprio riferimento. L'autore ridefinisce il concetto di effetto clinico attraverso la cura intesa quale processo. L'autore è colui che deve saper impegnare la situazione in modo tale che l'effetto clinico discenda quasi naturalmente dal processo di cura rappresentato dalla relazione. “Impegnare la situazione” per un autore vuol dire che l'effetto clinico non può essere più considerato il solo prodotto finale di un atto terapeutico.

N° 94.16

L'autore non può essere definito solo attraverso i suoi compiti ma va definito anche attraverso i suoi impegni professionali. La differenza tra compito e impegno è quella tra un lavoro descritto dalla norma quindi un lavoro formale e un lavoro effettivo quindi un lavoro sostanziale.

N° 94.17

Il risultato di tutto quanto il medico autore mette in atto ai fini della cura si chiama opera. L'opera quindi è quanto è coerente con la cura intesa quale processo. L'opera del medico non è scomponibile in competenze e in quanto tale è insurrogabile e invicariabile nel senso che l'opera medica appartiene e pertiene solo ed esclusivamente al medico che unico e in modo esclusivo può assicurarla. Il risultato della cura vale come risultato dell'opera conseguito con il concorso di altre figure professionali dentro delle precise organizzazioni. La cura e l'opera sono concetti coincidenti. La riduzione di questi concetti alle loro parti elementari quali atti, mansioni, tecniche equivale ad una riduzione della professione alle sue parti componenti. In nessun caso è accettabile la riduzione della professione medica alle sue parti componenti o alle sue tecniche pena lo snaturamento della natura complessa del suo grado alto di intellettualità. L'opera medica è l'unica risposta coerente al grado di complessità con il quale il medico si misura tutti i giorni. Per ridurre il concetto di opera a compito è necessario semplificare il grado di complessità della cura. Oggi nessuna semplificazione della cura è considerata socialmente accettabile per cui parimenti se davvero si assumesse il valore primario dell'interesse del malato, nessuna riduzione della natura intellettuale della professione medica è accettabile.

N° 94.18

L'autore nei confronti della propria opera ne ha la piena responsabilità ma dal momento che l'opera medica è l'opera complessiva e finale alla quale pur con le loro autonomie concorrono le altre professioni, essa implica che la responsabilità del medico sia estesa in forma giuridica all'intero processo definito governo clinico. Non si può dare all'autore la responsabilità dell'opera e nello stesso tempo non riconoscergli la responsabilità del governo clinico cioè della direzione del servizio in cui esercita la propria professione, intendendo per servizio un sistema organizzato di prassi tra loro cooperanti. L'opera medica quale istanza complessiva e finale coordina tutto quanto rende possibile la cura comprese quelle istanze professionali che per ruolo funzioni e impegni concorrono in modo complementare al processo di cura e all'implementazione dell'opera. Ne deriva che in generale governo clinico e direzione del servizio non possono che essere coincidenti salvo accordi diversi da specificare localmente o regionalmente in forma consensuale tra le professioni interessate e la gestione, giustificate da ragioni strettamente inerenti l'interesse del malato nei contesti di riferimento dati.

Quesiti

N°1

La ridefinizione del medico non è una necessità teorica ma una necessità pratica, che nasce dal fatto che bisogna risolverne la crisi. Si può risolvere la crisi del medico a medico invariante come se egli non avesse alcuna responsabilità o alcun ruolo nella propria crisi?

N°2

AmMESSO che debba essere ridefinito quali debbono essere gli assi della ridefinizione? Quelli che convengono solo al medico o quelli che convengono anche al malato, all'economia, alla società più in generale?

N°3

In sostanza si può ridefinire il medico in crisi senza risolvere nella ridefinizione le ragioni principali della crisi?

N°4

L'autore che prende il posto del medico compitiere e prestazionista è un tentativo di rispondere a tre esigenze: quelle del malato, quelle della gestione, e quelle della professione. Secondo voi esiste un'altra soluzione che dia gli stessi risultati ma in un altro modo?

N°5

L'opera che sostituisce il concetto di prestazione è un modo per prevenire i fenomeni di task

shifting, per essere adeguati alla complessità del malato, per valutare il processo di cura nel suo insieme e non sommando tante mansioni o competenze, quindi è un modo nuovo che favorisce l'integrazione tra servizi e la multidisciplinarietà. Esiste secondo voi un altro modo di definire quello che fa un medico che abbia le stesse caratteristiche?

Tesi di sintesi

N° 95

Si definisce “medicina della scelta” il ripensamento della medicina positivista con lo scopo di definire una dottrina della complessità i cui ambiti costitutivi siano i saperi della scienza della filosofia, dell’etica e dell’economia.

N° 96

La medicina della scelta quale conoscenza della complessità è razionalità ragionevolezza e buon senso, quindi verità, opinione, limite.

N° 97

La medicina della scelta si basa sull’approvazione sociale delle proprie decisioni quindi su una diffusa corresponsabilizzazione sociale per cui ciò che è considerato vero dal medico non può essere diverso da ciò che è considerato soddisfacente per il malato.

N° 98

La medicina della scelta in ragione del suo realismo e del suo pragmatismo ritiene che qualsiasi cosa sia giusta se funziona. Cioè se è conveniente. A partire dalla scienza che resta il sapere sovrano offre condizioni utili, necessarie, sufficienti, razionali e ragionevoli, a garantire una cura conveniente, può definirsi giusto. Ciò che è approvato come giusto è un bene e il bene del malato resta il primo criterio operativo.

N° 99

Il concetto di libertà di scelta si oppone a quello di obbligatorietà e pone un problema epistemico nuovo, quello del rapporto tra evidenze scientifiche e opinioni personali del malato. Se consideriamo l’evidenza scientifica non come una verità apodittica ma come una verità probabile, in questo caso la libera scelta normata dal consenso informato favorisce l’alleanza tra le verità scientifiche del medico e le opinioni del malato.

N° 100

Il medico che regola l’esercizio della propria attività professionale riferendosi ai principi della medicina della scelta si definisce “autore”. Se l’autore è il medico adeguato alla medicina della scelta e la medicina della scelta è la medicina maggiormente adeguata alla nostra società allora il medico autore, relativamente alla nostra società, si può dire a sua volta adeguato.

Quesiti

N°1

Medicina della scelta, autore, opera sono concetti pensati per cooperare allo scopo di definire il nuovo medico. Esiste un altro sistema concettuale che ci permetta di ridefinire il medico del futuro? Esiste o no un altro sistema concettuale che ridefinisca efficacemente il medico di fronte a questa società e alle sue sfide, di fronte a un concetto di scienza sempre più diverso da quello alla base della medicina scientifica, di fronte ad un concetto di economia che contende all'etica quindi alla deontologia il ruolo di norma guida?

N°2

Se esiste un sistema concettuale migliore di quello proposto, non credete che sia dovere di ciascuno di noi farlo proprio perché se è migliore vuol dire che meglio risolve i problemi dei malati dei medici della scienza e della economia, perché quello che conta è dare soluzioni di compimento alle crisi che abbiamo?

N°3

Se non esiste un sistema concettuale migliore, non credete che è dovere di ciascuno di noi accettare il sistema proposto senza ostacoli perché alla fine allo stato attuale delle cose risulta quello probabilmente più efficace, dal momento che quello che conta anche in questo caso è dare soluzioni di compimento alle nostre crisi?

N°4

Non pensate che lo scopo di risolvere la crisi del medico valga come primario e sovrano dovere anche nei confronti delle nostre legittime e personali convinzioni? Delle nostre preziose esperienze? Delle nostre storie? Anche dei nostri dissidi? Delle divergenze di opinioni. Se lo scopo per tutti noi, non è quello del futuro della professione, allora con amarezza dobbiamo, parafrasando il filosofo, ammettere che vi sono alcuni di noi che a un graffio del loro dito preferiscono la fine della professione. A questi medici di cui comprendiamo le difficoltà, il disagio, l'imbarazzo di accedere ad un cambiamento che in qualche modo ridiscute la loro vita professionale o ordinistica o sindacale, noi diciamo siate medici pensate al futuro della professione. Non si è mai visto che il succedersi delle generazioni anche professionali non comporti una critica a quello che è venuto prima di noi.

N°5

Un gruppo dirigente è tale quando si assume per prima cosa la responsabilità di fare una analisi vera e per seconda cosa quando sulla base delle proprie analisi si assume la responsabilità

di fare delle scelte. Non credete che oggi, dopo anni di disagi, di malcontento, di frustrazioni, con davanti prospettive a dir poco infauste, per la professione sia arrivato il momento di scegliere? E tra tanti futuri possibili prendersi la responsabilità di scegliere quello migliore per tutti?

