



© FNOMCeO

Piazza Cola di Rienzo 80/A, 00192 Roma

I diritti di memorizzazione elettronica, di riproduzione  
e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono  
riservati per tutti i Paesi.

Realizzazione editoriale

Health Communication, Roma



**Health Communication srl**

Edizioni e servizi di interesse sanitario

Coordinamento editoriale

Eva Antoniotti

Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

Stampa

Tipolitografia Petruzzi, Citta di Castello [Pg]



Federazione Nazionale Ordini  
Medici Chirurghi e Odontoiatri

# CENTENARIO DELLA COSTITUZIONE DEGLI ORDINI DEI MEDICI

*Cento anni di professione  
al servizio del Paese*



ORGANI COLLEGIALI DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE  
DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
TRIENNIO 2009-2011

COMITATO CENTRALE

*Presidente* Amedeo Bianco

*Vicepresidente* Maurizio Benato

*Segretario* Gabriele Peperoni

*Tesoriere* Raffaele Iandolo

*Componenti* Giuseppe Augello, Sergio Bovenga, Luigi Conte, Fabrizio Cristofari, Nicolino D'Autilia, Raimondo Ibba, Guido Marinoni, Gianluigi Spata, Roberto Stella, Pasquale Veneziano, Giacinto Valerio Bruccoli, Claudio Cortesini, Giuseppe Renzo

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

*Presidente* Salvatore Onorati *Componenti* Francesco Alberti, Ezio Casale, Antonio Avolio (supplente)

COMMISSIONE NAZIONALE ALBO ODONTOIATRI

*Presidente* Giuseppe Renzo *Componenti* Giacinto Valerio Bruccoli, Claudio Cortesini, Raffaele Iandolo, Alessandro Zovi

CONSIGLIO NAZIONALE

*Componenti* Giuseppe Augello (Agrigento); Mauro Cappelletti (Alessandria); Fulvio Borromei (Ancona); Antonio Cerruti (Aosta); Raffaele Festa (Arezzo); Antonio Avolio (Ascoli Piceno); Mario Alfani (Asti); Antonio D'Avanzo (Avellino); Paolo Livrea (Bari); Benedetto Del Vecchio (Barletta-Andria-Trani); Umberto Rossa (Belluno); Vincenzo Luciani (Benevento); Emilio Pozzi (Bergamo); Giuseppe Calogero (Biella); Giancarlo Pizza (Bologna); Michele Comberlato (Bolzano); Raffaello Mancini (Brescia); Emanuele Vinci (Brindisi); Raimondo Ibba (Cagliari); Arcangelo Lacagnina (Caltanissetta); Gennaro Barone (Campobasso); Antonio Manzi (Caserta); Ercole Cirino (Catania); Vincenzo Antonio Cicone (Catanzaro); Ezio Casale (Chieti); Gianluigi Spata (Como); Eugenio Corcioni (Cosenza); Andrea Bianchi (Cremona); Enrico Ciliberto (Crotone); Salvio Sigismondi (Cuneo); Renato Mancuso (Enna); Anna Maria Calcagni (Fermo); Bruno Di Lascio (Ferrara); Antonio Panti (Firenze); Salvatore Onorati (Foggia); Giancarlo Aulizio (Forlì-Cesena); Fabrizio Cristofari (Frosinone); Enrico Bartolini (Genova); Roberta Chersevani (Gorizia); Sergio Bovenga (Grosseto); Francesco Alberti (Imperia); Sergio Tartaglione (Isernia); Maurizio Ortu (L'Aquila); Salvatore Barbagallo (La Spezia); Giovanni Maria Righetti (Latina); Luigi Pepe (Lecce); Francesco De Alberti (Lecce); Eliano Mariotti (Livorno); Massimo Vajani (Lodi); Umberto Quiriconi (Lucca); Americo Sbriccoli (Macerata); Marco Collini (Mantova); Carlo Manfredi (Massa Carrara); Raffaele Tataranno (Matera); Giacomo Caudo (Messina); Ugo Garbarini (Milano); Nicolino D'Autilia (Modena); Vito Sileo (Monza e Brianza); Gabriele Peperoni (Napoli); Silvio Maffei (Novara); Luigi Arru (Nuoro); Luigi Antonio Sulis (Oristano); Maurizio Benato (Padova); Salvatore Amato (Palermo); Tiberio D'Aloia (Parma); Giovanni Belloni (Pavia); Graziano Conti (Perugia); Luciano Fattori (Pesaro); Enrico Lanciotti (Pescara); Giuseppe Miserotti (Piacenza); Giuseppe Figlini (Pisa); Egisto Bagnoni (Pistoia); Rosario Magazzù (Pordenone); Enrico Mazzeo Cicchetti (Potenza); Luigi Biancalani (Prato); Salvatore Criscione (Ragusa); Stefano Falcinelli (Ravenna); Pasquale Veneziano (Reggio Calabria); Salvatore De Franco (Reggio Emilia); Dario Chiriaco (Rieti); Maurizio Grossi (Rimini); Mario Falconi (Roma); Francesco Noce (Rovigo); Bruno Ravera (Salerno); Agostino Sussarellu (Sassari); Ugo Trucco (Savona); Fulvio De Pascalis (Siena); Biagio Scandurra (Siracusa); Alessandro Innocenti (Sondrio); Cosimo Nume (Taranto); Cosimo Napoletano (Teramo); Aristide Paci (Terni); Amedeo Bianco (Torino); Giuseppe Morfino (Trapani); Giuseppe Zumiani (Trento); Giuseppe Favretto (Treviso); Claudio Pandullo (Trieste); Luigi Conte (Udine); Roberto Stella (Varese); Maurizio Scassola (Venezia-Mestre); Daniele Passerini (Verbano-Cusio-Ossola); Pier Giorgio Fossale (Vercelli); Franco Alberton (Verona); Michele Soriano (Vibo Valentia); Michele Valente (Vicenza); Antonio Maria Lanzetti (Viterbo).

# Per un nuovo professionalismo medico fondato sull'alleanza terapeutica

AMEDEO BIANCO

*Presidente della Federazione nazionale  
degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*

La malattia, al centro del tradizionale paradigma biomedico e al quale, a partire dalla metà dell'800, si è saldamente ancorata la travolgente ascesa del professionalismo medico del ventesimo secolo, oggi configura in realtà una sorta di oggetto fluttuante all'interno dello spazio definito da tre diverse ed a volte conflittuali rappresentazioni: quella del malato, quella del medico, quella della società.

In questo spazio si muovono con discrete fortune culture della salute e della cura "non ortodosse", alcune relativamente vecchie (medicine e pratiche non convenzionali), altre del tutto nuove: il *self-care*, il *well-being*.

La malattia, territorio indiscusso dei dottori, rappresenta in questi tempi, o meglio in questo nuovo secolo, un fenomeno multidimensionale in costante mutamento non solo per gli aspetti tecnico scientifici, ma anche come prodotto dell'interazione delle esperienze soggettive delle persone malate e dei numerosi condizionamenti che la società nel suo complesso, per scelte economiche, politiche ed etiche, impone alle pratiche professionali ed alle stesse possibilità di scelta dei cittadini.

La moltiplicazione e la segmentazione dei saperi e delle competenze in medicina ed in sanità è paradossalmente diventato un tallone d'Achille della tradizionale dominanza tecnica del medico, laddove ha prima determinato e poi incentivato lo sviluppo di nuovi professionalismi sanitari che oggi lambiscono e talora invadono

gli storici territori di attività esclusiva del medico e dell'odontoiatra.

Questi processi destabilizzano in modo pervasivo le basi cognitive e relazionali dell'esercizio professionale, producendo evidenti disagi nella misura in cui impongono risposte efficaci e coerenti ai cambiamenti che coinvolgono medici, medicina e sanità, salvo scontare una sostanziale marginalità tecnica, civile e sociale della professione.

Anche questo ci insegna la storia che abbiamo inteso raccontare in questo volume dedicato a cento anni di professione, naturalmente vissuta in contesti sociali, civili e tecnico scientifici diversi ma straordinariamente accomunata da ragioni e passioni professionali che intatte dobbiamo consegnare al secolo che verrà.

Abbiamo infatti bisogno della forza di quelle passioni e di quelle ragioni per comprendere il fenomeno, all'apparenza paradossale, secondo il quale, nel vissuto e nel percepito dei medici, siano avvertite profonde incertezze sui fini e sugli scopi della medicina, della sanità e dello stesso esercizio professionale in una fase in cui è invece in crescita esponenziale il grande patrimonio civile e sociale che ha costruito l'ascesa e l'affermazione della dominanza del professionalismo medico e cioè i saperi e i poteri della medicina sulla salute e sulla vita.

Queste incertezze vanno affrontate individuando i determinanti dei grandi processi di cambiamento, valutando il loro impatto tecnico professionale, etico e sociale sul complesso sistema delle cure e dell'assistenza, sulle pratiche professionali, per contrastarne le derive minacciose, per accettarne invece le sfide capaci di produrre miglioramenti e prospettare in tal modo un riposizionamento, autonomo e responsabile, della professione medica nel *core* di quei processi decisionali che oggettivamente le competono e dai quali sempre più spesso risulta emarginata. Oggi, forse più di ieri, non è facile rivendicare ruoli autonomi ed avocare responsabilità in un contesto che, sempre più spesso, mette in evidenza preoccupanti inadeguatezze del decisore politico ad assumere le scelte che gli competono sugli aspetti direttamente connessi con il corpo umano e con i suoi valori etici e civili e più in generale con le questioni di carattere sanitario concernenti le garanzie dell'equità e dell'efficacia della tutela della salute.

Le scelte in sanità coinvolgono diritti dei cittadini e libertà delle persone e, anche per questo, hanno bisogno di una politica buona, capace cioè di scegliere gli indirizzi con autorevolezza, trasparenza e responsabilità, così come di una gestione dei servizi di cura ed assistenza competente ed efficiente nell'uso delle risorse.

Questo cerchio virtuoso fatica a chiudersi, se i professionisti sono tenuti nell'angolo, ridotti ad una anonima prima linea, esposta su un fronte sconfinato di mediazioni difficili tra presunte infallibilità e i limiti oggettivi della medicina e dei medici, tra domande infinite e risorse definite, tra speranze ed evidenze, tra accessibilità e equità, tra chi decide e che cosa si decide.

In questi nuovi contesti, assume una straordinaria rilevanza il compito di esercitare un ruolo efficace di indirizzo e governo della qualità dell'esercizio professionale non solo inteso come buona pratica tecnica ma anche come consapevole e responsabile assunzione di responsabilità civili e sociali nella garanzia del diritto alla tutela della salute nel secolo che verrà.

La storia che proponiamo ci consegna la speranza di una missione possibile, quella cioè di poter responsabilmente e legittimamente saldare interessi professionali ad interessi generali della comunità.

È ancora possibile che la professione medica possa cessare di subire e cominciare a stupire se abbandonerà logiche e culture del passato, troppo spesso ridotte a mera difesa di interessi immediati e parcellizzati, nell'illusione miope che salvando le rispettive parti si possa salvare il tutto.

Queste logiche e queste culture hanno chiuso i medici nelle varie ridotte professionali, i Sindacati di categoria, gli Ordini, le Società Medico-scientifiche, ognuno legittimamente ed orgogliosamente custode delle proprie diversità e dei propri territori di competenza ed ognuno generosamente impegnato a dare le proprie risposte alla propria percezione dei propri problemi.

Il progetto che la Fnomceo ha messo in campo prima e dopo la Conferenza nazionale della Professione Medica svoltasi a Fiuggi, nel giugno 2008, fondato su una ampia coesione e sinergia delle rappresentanze storiche della professione nella costruzione di una piattaforma professionale comune, apre nuovi spazi di autorevolezza ed affidabilità verso i cittadini, le Istituzioni e la stessa Politica.

In questo senso, sul piano generale, assume un valore sostanziale che guarda al futuro l'esplicito pronunciamento sui principi etici generali che regolano il nostro sistema delle cure ed il primo impegno deve dunque essere per una tutela della salute garantita da un servizio sanitario universalistico, solidale, equo ed accessibile e di qualità.

In questo modello, la nostra professione individua non solo uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture, per lo sviluppo dei diritti e delle libertà dei singoli e delle collettività, ma anche le condizioni permissive per lo sviluppo della moderna medicina sempre più sospinta nella innovazione dalla ricerca, dal massiccio ingresso delle tecnologie, da una circolazione vertiginosa dei saperi e dei bisogni.

In questa sanità, caratterizzata dalla dominante presenza del terzo pagante pubblico che detta le sue regole, deve ancora compiutamente affermarsi un nuovo medico, quello che non possiede le strutture, le tecnologie e nemmeno le fonti dei suoi saperi ma che è invece determinante nel produrre l'efficacia dell'intero sistema quando si cala nell'universo delle domande delle persone e delle comunità, quando deve fare i conti con la tenuta delle risorse e con la fiducia dei cittadini.

Questo nuovo medico, nel promuovere e praticare l'appropriatezza clinica, dà nuove prospettive alla sua missione di sempre, quella definita in vari articoli del Codice Deontologico e scolpita nel Giuramento Professionale, e cioè garantire la giusta distribuzione delle risorse secondo i bisogni, tutelare prioritariamente il bene salute e il bene vita, nel rispetto della libertà e dignità della persona, senza alcuna distinzione per quelle diversità vecchie e nuove (sociali, culturali, economiche, ambientali) che lo sviluppo della società moderne costantemente propone e che si traducono in forti elementi di disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo delle tutele della salute.

L'esercizio professionale del medico, autonomo e responsabile costituisce altresì quel profilo di garanzia nella tutela della salute e della vita, che nessun altro può compiutamente e legittimamente avocare o revocare.

Questo ruolo non è una scelta del medico ma un suo obbligo, tanto che la nostra professione è fortemente esposta e responsabile sul piano dell'accessibilità ad alcuni diritti costituzionalmente sanciti (tutela della salute e della vita, della libertà e dignità della persona, della giustizia, della riservatezza, etc.) e il quotidiano esercizio professionale inevitabilmente intercetta forti valori civili riferiti alla persona e alle comunità, sempre più plurali, o meglio sempre più globali, per culture, storie, religioni, riferimenti etici.

Non a caso, tutta la costruzione etica e civile della Deontologia Medica e buona parte del futuro della professione medica ruotano intorno ad un forte centro di gravità e cioè la relazione di cura o meglio l'alleanza terapeutica.

Questa scelta non è un romantico disegno illuminista o un accorto ripiego per reggere l'urto insostenibile del nuovo paziente-impaziente ed esigente, ma il frutto più prezioso di intelligenze, di culture, di esperienze e sofferenze che hanno profondamente caratterizzato e talora condizionato i profili etici, civili e sociali di grandi questioni attinenti a diritti costituzionalmente protetti.

Il Codice Deontologico, approvato nel dicembre 2006, si colloca all'interno di questa tradizione e, rispetto al precedente del 1998 che aveva recepito i principi bioetici della Convenzione di Oviedo, appare ancora più positivo e propositivo, ancora meno paternalista e più lontano dalle suggestioni dei vecchi poteri e dei tradizionali autoritarismi della medicina e dei medici, per rafforzare invece una relazione medico paziente, equilibrata, di pari dignità, fondata sull'informazione e sul consenso che, nel momento di ogni scelta, diventa un'alleanza.

Un passaggio culturale e professionale non facile e non scontato che per alcuni suona ancora come una rinuncia o quantomeno come una intollerabile limitazione all'esercizio di una delega storicamente dominio indiscusso dei medici, in altre parole una sorta di capitolazione dell'autonomia del medico al prorompente emergere di un forte protagonismo del cittadino nelle scelte, a questo titolo variamen-



te ridefinito come impaziente, consumatore, prepotente, esigente.

Può così accadere, ed alcune esperienze lo confermano, che i conflitti oggi effettivamente comprimono l'autonomia dei medici ed oscuranti ruoli e poteri, quali ad esempio i limiti oggettivi della medicina e dei medici a fronte di attese illimitate, la sostenibilità economica dei servizi sanitari scioccamente giocata su vincoli burocratici imposti, l'exasperato contenzioso medico legale, predatore di fiducia e di risorse ed alla base di devastanti pratiche difensive, i laceranti conflitti etici sulle scelte di inizio e fine vita, vengano talora identificati come il prodotto di una ipertrofia del principio di autodeterminazione del paziente.

Il tramonto della storica "dominanza medica" rischia così di scaricare tutto il suo potenziale di frustrazioni professionali nella relazione di cura, sollecitando una sorta di restaurazione di un neo paternalismo illuminato, un ritorno al passato improponibile ed per giunta incapace a curare quel disagio.

La centralità dell'alleanza terapeutica è dunque rafforzata in uno scenario di esercizio professionale nel quale i due soggetti della relazione di cura sono attraversati da profondi e travolgenti cambiamenti.

Il paziente è più consapevole dei suoi diritti, più informato e quindi più attento a rivendicare ed esercitare il proprio protagonismo nelle scelte; il medico è sempre più schiacciato tra i crescenti obblighi verso questo paziente e i vincoli del contenimento dei costi, spesso malamente imposti e quindi percepiti come invadenti ed invasori delle sfere di autonomia e responsabilità proprie dell'esercizio professionale.

Ma è soprattutto cambiato il contenuto della relazione di cura.

- Sul piano tecnico professionale, l'esplosione delle biotecnologie, della post genomica, delle nanotecnologie, mentre esalta le potenzialità del tradizionale paradigma biomedico della diagnosi e cura della malattia accendendo attese e speranze quasi miracolistiche di nuovi straordinari poteri della medicina e dei medici sulla vita biologica dal suo inizio alla sua fine, fatica invece a far comprendere i propri limiti e a motivare gli insuccessi senza perdere fiducia e ruoli.
- Sul piano etico alcune di queste straordinarie conquiste si accompagnano a conflitti bioetici che toccano (e lacerano) valori profondi della persona e della collettività, altre pongono seri ed inquietanti dilemmi di giustizia in ragione delle risorse limitate.
- Sul piano civile e sociale l'accesso equo a servizi di tutela efficaci, appropriati e sicuri sostanzia un diritto di cittadinanza, contribuendo a determinare senso di appartenenza ad una comunità ed ai suoi valori di solidarietà, di libertà, di tutela dei più fragili.

Ai medici di questo nuovo secolo spetta pertanto il difficile compito di trovare il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo della sofferen-

za e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia. In questo equilibrio, alla tutela ed al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della autonomia e responsabilità del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo nucleo forte di relazioni etiche, civili e tecnico-professionali il soggetto di cura e il curante, ciascuno "auto-re" di scelte, esprimono entrambi l'autonomia e la responsabilità che caratterizza ogni alleanza terapeutica e che in tal senso compiutamente rappresenta il luogo, il tempo e lo strumento per dare forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto si decide.

Più in generale, in un progetto che si propone di superare il disagio professionale di questi tempi, ci deve animare il comune disegno di una Professione vicina alle Istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della salute pubblica, ed ai cittadini soprattutto dove e quando sono oltraggiati da disinformazione, silenzi, incapacità amministrative e colpiti nei loro diritti alla tutela della salute da una devastazione dei territori e degli ambienti di vita e di lavoro.

Una vicinanza ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini è oggi più che mai indispensabile per dare risposte forti ed equilibrate ai dubbi e alle incertezze tecniche, civili, etiche, che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone, non dimenticando mai che anche in un mondo dominato dalle tecnologie, le parole, gli sguardi e le emozioni sono straordinari strumenti di cura.

Dobbiamo tutelare i nostri giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso esperto nella professione, promuovendo lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze derivanti da fonti autorevoli e libere da conflitti di interesse.

È nostro compito contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendoci la responsabilità morale e tecnico-professionale dell'uso appropriato delle risorse.

Credo che questo sia l'appuntamento a cui ci chiama l'avvio del secolo nuovo che si spalanca dinnanzi a noi. Non lo possiamo mancare per ritornare ad essere autori orgogliosi del nostro futuro e cittadini responsabili del nostro paese.



Pablo Picasso *Madre con bambino malato*  
1903, olio su tela, *Museu Picasso, Barcellona*

#### GIOVANNI MARIA FLICK

Presidente emerito della Corte Costituzionale. Magistrato dal 1964, professore di diritto penale presso la Luiss dal 1980, nel 1996 è nominato ministro di Grazia e Giustizia nel governo guidato da Romano Prodi. In questa veste presentò una riforma del sistema giudiziario, articolata in diverse norme, il cui iter parlamentare si concluse con l'approvazione nel 1999.

Nominato nel 2000 giudice della Corte Costituzionale dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi, divenne vicepresidente della stessa Corte nel 2005, per essere poi eletto presidente nel 2008.

# La salute nella Costituzione italiana

GIOVANNI MARIA FLICK

## I - L'ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Con queste parole – al tempo stesso semplici e complesse – l'articolo 32 della Costituzione introduce la salute nella tavola di valori fondamentali che regolano la nostra vita in comune; e ne delinea il sistema di tutela, l'equilibrio e il bilanciamento con gli altri valori costituzionali, le conseguenze di ordine giuridico che derivano dal riconoscimento e dall'affermazione della salute nei termini proposti dall'art. 32.

Sono parole semplici, perché devono poter essere comprese – come tutte le altre parole in cui si svolge il testo costituzionale, nella sua chiarezza di fondo – da chiunque si accosti alla Carta dei valori della nostra comunità. Anche da chi non abbia il bagaglio tecnico per interpretare i risvolti giuridici di quelle parole; ma deve poter comunque cogliere con immediatezza il significato essenziale dei prin-

cipi e valori costituzionali, e dei diritti e doveri che ne discendono per tutti e per ciascuno di noi.

Parole semplici, dunque: un diritto, per di più fondamentale per ciascuno di noi; ed è l'unica volta in cui la Costituzione utilizza questa qualificazione. Un interesse – che è sempre importante, ma è qualcosa di meno del diritto, in termini di conseguenze che derivano dal suo riconoscimento e in termini di sua tutela – per la collettività, cioè per tutti noi.

Un diritto e un interesse la cui tutela, ma prima ancora l'attuazione, sono affidate alla Repubblica: quindi a tutti noi, alla luce della definizione proposta dall'articolo 114 della Costituzione (“la Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato”). Quest'ultimo deve leggersi in collegamento sia con l'articolo 118, ove si parla di sussidiarietà verticale (fra realtà pubbliche) ed orizzontale (fra realtà pubbliche e soggetti privati), sia con l'articolo 3, 2° comma, ove si sottolinea il compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto la libertà e l'eguaglianza.

Un diritto di cui sono parte essenziale la garanzia di cura e la gratuità di questa ultima per gli indigenti. Un diritto la cui inviolabilità si esprime anche attraverso i limiti ai trattamenti sanitari obbligatori. Sono limiti di metodo, perché quei trattamenti possono essere imposti soltanto dalla legge, ed in casi determinati (non, quindi, ad esempio, con un generico obbligo di legge a curarsi); ma sono anche, e soprattutto, limiti di merito, perché vengono imposti dal rispetto della persona umana, cioè dalla inviolabilità della sua dignità. A quest'ultima, infatti, si riferiva esplicitamente il testo originario della norma costituzionale nei lavori della Assemblea Costituente, poi modificato con il richiamo al rispetto della persona, ritenuto più incisivo, più cogente e più concreto.

Sono però anche parole complesse, che hanno richiesto un lungo ed articolato lavoro di interpretazione, da parte della dottrina giuridica come dell'elaborazione giurisprudenziale, sia costituzionale che ordinaria. E si sono tradotte in una serie di approfondimenti, che in questa sede è possibile richiamare solo per cenni sintetici.

Si è trattato di chiarire che cosa effettivamente significhi, in termini giuridici, la qualificazione del diritto alla salute come fondamentale, al di là dell'importanza che anche intuitivamente discende da essa. Quale sia il significato di quel diritto: al tempo stesso un diritto sociale che esprime una protezione in senso positivo, attraverso la pretesa ad una prestazione come quella terapeutica; e un diritto di libertà, in senso negativo, immediatamente configurabile ed azionabile, che consiste nella pretesa alla propria integrità fisica e psichica, e quindi nella difesa dalle aggressioni (pubbliche o private) a quest'ultima.

Ancora, si è discusso quanto l'affermazione contenuta nell'articolo 32 della Co-



stituzione oscilli tra una mera programmaticità e una immediata precettività. La prima richiederebbe, per la sua attuazione, la mediazione di una scelta del legislatore, la quale potrebbe anche non intervenire, condizionando così l'effettività del diritto alla cura. La seconda consente invece – anche in assenza della mediazione legislativa – di far valere da subito il diritto alla salute, attraverso la tutela (quanto meno quella inibitoria e quella risarcitoria, in sede giudiziaria civile e/o penale) rispetto alle lesioni dell'integrità fisica e psichica.

Infine, si è approfondito quale rapporto vi sia e quale bilanciamento debba proporsi tra il valore costituzionale della salute e altri valori che con esso possono essere sinergici o trovarsi in concreto a collidere, come i valori di libertà, di autodeterminazione, di solidarietà. Nonché quale rapporto vi sia tra il diritto di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute; se e quanto effettivamente il secondo possa riverberarsi sul primo, condizionandone il contenuto e la libertà (ad esempio attraverso la previsione di un determinato trattamento sanitario obbligatorio).

\* \* \*

Per chi, come me, ha vissuto una lunga parte della propria esperienza culturale, professionale e istituzionale, svolgendo il compito di giudice costituzionale, il modo più significativo per coniugare la semplicità e la complessità delle parole con cui l'articolo 32 della Costituzione affronta il tema della salute, è certamente rappresentato dal richiamo della giurisprudenza della Corte Costituzionale. Quel richiamo consente di vedere come concretamente l'articolo 32 vive ed opera; come si possono sciogliere i nodi – non sempre agevoli da sbrogliare – della sua formulazione sintetica, conciliando le diverse posizioni che esprimono.

Sulla “storia” e sulla vita dell'art. 32 nella giurisprudenza costituzionale e nelle parole della Corte intendo quindi soffermarmi nella seconda parte di questa riflessione. Mi sembra però opportuno sottolineare, prima, la novità (rispetto al passato) e l'originalità (rispetto ad altre soluzioni costituzionali) del modo con cui la nostra Costituzione ha affrontato il tema della salute: dimostrando così – anche sotto questo specifico aspetto – la sua lungimiranza e la sua vitalità, che ne confermano la profonda attualità, a più di sessanta anni dalla sua nascita.

In effetti, l'articolo 32 rappresenta una svolta radicale nell'approccio al tema della salute, la quale, in precedenza, era vista nell'ottica del diritto in modo fortemente riduttivo. Infatti, era collocata in una dimensione pubblicistica di controllo autoritario nell'interesse collettivo, di ordine e di sicurezza nel contesto dei problemi della pubblica incolumità, ad esempio di fronte ad epidemie e malattie contagiose; o in una prospettiva di stampo sempre collettivo, che guardava alla salute e alla sua salvaguardia in vista delle esigenze di produttività; o, ancora, in una prospettiva di tipo soltanto assistenziale, attraverso la beneficenza e nella

logica delle opere pie e delle Ipub.

La svolta costituzionale – che guarda alla salute in una prospettiva unitaria, facendo confluire insieme la dimensione individuale e quella collettiva – è quindi una grande novità. È una novità rispetto al passato, come testimonia il dibattito svoltosi sull’art. 32 in Assemblea costituente, nella consapevolezza dello stretto rapporto fra il tema della salute ed i valori della libertà e della eguaglianza. È una novità rispetto al panorama delle altre costituzioni contemporanee e delle previsioni sovranazionali, in cui non si trova una previsione unitaria e diretta del bene-salute nei termini proposti dalla Costituzione italiana. Si trovano piuttosto – in assenza di un riconoscimento esplicito unitario – il richiamo alla protezione dell’uomo dalle conseguenze economiche di offesa alla salute, o quello alla sua integrità e, separatamente, quello del diritto alla cura.

La affermazione unitaria del bene-salute da parte della Costituzione – nella duplice componente individuale e collettiva; e nella confluenza fra entrambi gli interessi che guardano ad essa – induce a configurare la salute, in termini giuridici, come un diritto che si risolve in uno status, una condizione di benessere psicofisico, un’espressione di libertà e di eguaglianza nel rapporto con gli altri, una componente essenziale della propria identità.

\* \* \*

La definizione del concetto di salute non è agevole, e non è certo questa la sede per cercare di proporla. È sufficiente ricordare come, per giungere a quella definizione, siano state proposte molteplici vie, ciascuna delle quali è stata ritenuta insufficiente ad esaurirne il significato: dalla “normalità statistica”, con il rinvio a regole biologiche preesistenti, alla definizione di salute attraverso la malattia, ritenuta il suo opposto (la salute come assenza di malattia); alla definizione soltanto “medica” o a quella “media”. Probabilmente, il significato costituzionale della salute si comprende meglio se si guarda alla definizione che ne è stata proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità: non già una definizione solo in negativo o fondata sulla media, ma l’aspirazione alla miglior condizione possibile di benessere, uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”.

Nel contesto costituzionale è importante, cioè, il valore della salute – in termini di eguaglianza e di identità e libertà, nonché di pari dignità sociale – come presupposto indispensabile per estrinsecare compiutamente e liberamente la propria personalità, nel rapporto con gli altri. Ciò comporta non soltanto il richiamo alla integrità delle funzioni biologiche, ma anche quello alle capacità affettive e relazionali. E vale a sottolineare sia l’importanza sociale del diritto alla salute, sia il suo stretto collegamento con gli altri valori costituzionali fondamentali: quelli proposti dall’art. 2 della Costituzione, attraverso il principio personalistico ed il



diritto all'identità e alla diversità; e quelli proposti dall'art. 3, attraverso il riferimento alla uguaglianza e alla pari dignità sociale.

In questa prospettiva, il diritto alla salute richiede il rispetto dell'integrità fisica e psichica della persona, ma non si esaurisce in quest'ultima. Quel diritto supera la concezione che vedeva nell'integrità un valore legato essenzialmente alla dimensione economica e della produttività; e fondava il diritto al risarcimento del danno alla salute in un'ottica prevalentemente o soltanto economica. Da ciò, fra l'altro, prende l'avvio il percorso giurisprudenziale in tema di risarcimento, dal danno soltanto patrimoniale a quello "non patrimoniale", a quello biologico e poi a quello esistenziale. Si amplia così la prospettiva dell'integrità, attraverso l'estensione – da quella fisica (prima) e psichica (poi) – all'identità della persona nelle sue varie componenti, fra cui ad esempio l'identità sessuale.

Questo sviluppo appare lodevole e necessario, e deve essere salutato con favore; occorre tuttavia richiamare brevemente l'attenzione sulle possibili ricadute negative che un – in sé condivisibile – ampliamento del concetto di salute alla nozione di benessere potrebbe comportare, in termini di ulteriore ampliamento dei margini della responsabilità civile e penale del sanitario. Non può cioè escludersi che tale ampliamento accresca le aspettative di intervento del medico, già oggi in alcuni casi sovradimensionale ed eccessive: così da accrescere la pretesa sociale – talvolta mediata con troppa disinvoltata facilità dalla giurisprudenza – che egli guarisca qualunque malattia, nel senso tradizionale del termine; e da ricondurre addirittura ad ipotizzare profili di responsabilità nel caso di mancato miglioramento della condizione iniziale. Con la conseguenza – deleteria – di alimentare quella spirale negativa innescata dal fenomeno, ben noto, della c.d. medicina difensiva.

Premessa dunque la necessità di scongiurare tale rischio, e tornando all'ampiezza del valore della salute, nonché delle attese di cura che essa comporta, mi sembra opportuno – a titolo di esempio significativo – richiamare la consapevolezza maturata ancora da poco tempo in Italia, della necessità di considerare il dolore in sé come una malattia da curare, e non solo come un sintomo da misurare. Si tratta di una rivoluzione culturale nella concezione della terapia; grazie ad essa, si superano la tesi della rassegnazione "coatta" al dolore e dello stoicismo imposto, quando non addirittura del suo significato di espiazione e la diffidenza verso gli oppiacei come farmaci antidolorifici di elezione.

È una rivoluzione che, finalmente, ha ottenuto nei giorni scorsi un riconoscimento legislativo con l'unanimità: in termini quindi doppiamente significativi, sia per il suo contenuto, sia per il contesto politico attuale, che rende sempre più rare le occasioni di incontro, anziché di scontro, fra le forze politiche. Il tema del dolore è affrontato concretamente dalla nuova legge, sotto molteplici profili: la

previsione esplicita del diritto alle cure palliative e di quello alla terapia del dolore; la creazione di reti assistenziali uniformi e lo stanziamento di risorse a tal fine; la semplificazione nella prescrizione dei farmaci antidolorifici oppiacei; un'attenzione particolare alle cure palliative e alle terapie antidolorifiche per i bambini, di solito incapaci di esprimere la loro sofferenza.

La prospettiva attuale non solo vieta di usare il dolore come “strumento del diritto” (come, ad esempio, nella tortura); non solo impone di risarcirlo; ma riconosce la necessità di curarlo in sé. Essa si propone esplicitamente di tutelare la dignità e l'autonomia del malato; di tutelare e promuovere la qualità della vita in ogni fase della malattia (particolarmente quella terminale); di garantire un adeguato sostegno sanitario e socio assistenziale al malato e alla sua famiglia (così i principi fondamentali enunciati dalla nuova legge). È una prospettiva che esprime in modo particolarmente significativo, al pari del divieto di accanimento terapeutico – certamente condiviso da più tempo, di quanto cominci faticosamente ad esserlo la terapia del dolore – questa nuova dimensione della salute, attenta prima di tutto alla dignità umana.

\* \* \*

Il diritto alla salute sintetizza ed esprime, nella formula onnicomprensiva dell'art. 32 e nella sua concezione unitaria, una molteplicità di situazioni soggettive, fra loro diverse e diversamente tutelate. Tali situazioni possono riassumersi, a grandi linee, nel diritto alla propria integrità (prima fisica, ora psicofisica); ad un ambiente salubre; alla prevenzione e alla cura; alla cura gratuita, nel caso di indigenza; al rifiuto consapevole della cura, previa informazione su di essa.

Il primo profilo di quel diritto è in un certo senso il più semplice. Si esprime in una prospettiva negativa: una pretesa a che i terzi (tutti: sia pubblici che privati) non pregiudichino la integrità del titolare del diritto e, in caso di danno, risarciscano la lesione da essi provocata. È un diritto che può farsi valere nei confronti di tutti, attraverso gli strumenti giuridici di tipo civile e penale già presenti nell'ordinamento; senza che occorra un intervento del legislatore ad hoc, per rendere effettivo tale diritto con lo stanziamento, fra l'altro, di risorse economiche a tal fine.

Il secondo profilo di quel diritto si connette alla sua dimensione sociale: dal diritto alla sola integrità fisica, a quello di poter godere di condizioni esterne idonee al proprio benessere psicofisico. Si tratta del diritto (sul cui contenuto concreto e sui riflessi di ordine soggettivo molto si discute) ad un ambiente salubre: quindi alla assenza di cause di danno e di alterazioni irreversibili ai fattori ambientali, al loro equilibrio, nonché alla conservazione dell'ambiente.

È oggi acquisita e condivisa la constatazione che l'ambiente è un valore primario

ed un presupposto essenziale per la conservazione della salute; che la degradazione ambientale è un fattore tipico ed evidente di danni alla salute; che vi è una relazione stretta fra l'articolo 32 e l'articolo 9 della Costituzione, quest'ultimo interpretato in una prospettiva non soltanto estetica, nella relazione fra l'uomo e l'ambiente. Ed è sempre più estesa l'affermazione del c.d. principio di precauzione, nei confronti dei rischi conseguenti all'evoluzione tecnologica, anche in assenza di evidenze scientifiche su eventuali danni conseguenti alle sue applicazioni (ad esempio, in tema di esposizione a campi elettromagnetici). Infine, è appena il caso di richiamare, in quest'ambito, tutto il tema fondamentale della sicurezza e della protezione della salute, nonché della prevenzione, nell'ambiente di lavoro.

Il terzo profilo del diritto alla salute è quello alla prevenzione, agli accertamenti diagnostici, al trattamento terapeutico e alla cura in caso di bisogno. Un diritto, questo, che si raccorda strettamente con quello alla gratuità delle cure in caso di indigenza, e che riflette tutta la pienezza del suo significato di diritto sociale, in positivo. Esso infatti esprime il valore della solidarietà e quello della sussidiarietà attraverso molteplici profili. Valgono, a tal fine, il richiamo agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, ed alla confluenza di soggetti e operatori pubblici e privati, negli interventi in materia sanitaria. Vale, altresì, il riconoscimento che – ferma restando la discrezionalità del legislatore, nello stanziamento delle risorse finanziarie necessarie e nel decidere il rapporto fra gratuità e compartecipazione del destinatario della cura agli oneri di essa – vi è un nucleo essenziale, minimo ed incomprimibile, del diritto alla salute ed alla cura. Quest'ultima deve comunque essere garantita a ciascuno e a tutti, a prescindere dalle condizioni economiche e personali del soggetto bisognoso di cure, con riferimento a tale nucleo.

L'ultimo profilo del diritto individuale alla salute è quello – simmetrico ed antagonista al precedente – di rifiutare la cura, qualunque possano essere le motivazioni e le conseguenze di un simile rifiuto (ivi compreso l'eventuale esito letale della malattia). Premessa la doverosa cautela che deve circondare l'accertamento della libera determinazione a rifiutare le cure, si tratta del diritto alla libertà nella scelta terapeutica; dell'assenza di un dovere costituzionale a curarsi e a mantenersi in salute, nonostante i doveri di solidarietà e di partecipazione sociale che fanno capo a ciascuno di noi; del diritto alla piena e completa informazione sul trattamento sanitario che ci viene proposto e sulle sue conseguenze. Il diritto al consenso informato ed alla partecipazione consapevole sulle decisioni nelle scelte diagnostiche e terapeutiche proposte dal medico, è d'altronde conforme alle indicazioni e prescrizioni di ordine deontologico; ed a quelle nascenti dalle convenzioni internazionali in materia, fra cui segnatamente la Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina.

Il superamento della concezione “paternalistica” e autoritaria, nella relazione fra medico e paziente, e la sua sostituzione con una “alleanza terapeutica” fra di loro, sono fondamentali per dare concretezza al c.d. consenso informato ed al diritto di rifiutare la cura. E ciò soprattutto in un contesto come quello attuale, di fronte ai grandi temi della bioetica, ai progressi della medicina, agli interrogativi sul fine vita e sul diritto a morire con dignità. Basta pensare al riconoscimento o meno di un diritto al c.d. testamento biologico (rectius, alle dichiarazioni anticipate di trattamento, rispetto ad un futuro stato di incapacità) e dei suoi limiti.

Non è certo questa la sede per entrare nel vivo di tematiche così attuali, così complesse, così dibattute. È sufficiente osservare come il ruolo e la responsabilità del medico sono certamente cruciali, nel dare concretezza e attuazione al diritto di rifiutare la cura, che – nell’ottica costituzionale di connessione inscindibile fra il valore della salute e quello della dignità umana – è non meno essenziale del diritto alla cura.

\* \* \*

Infine, proprio prendendo lo spunto dal diritto a rifiutare la cura e da quello al consenso esplicito ed informato ad essa, viene in evidenza il secondo profilo fondamentale dell’articolo 32 della Costituzione: l’interesse della collettività, che si salda con il diritto fondamentale del singolo alla salute.

L’individuo, nell’esercizio del proprio diritto alla salute (anche nella prospettiva negativa di non curarsi), ha comunque il dovere di non mettere a repentaglio l’altrui diritto alla salute. Da ciò – ed entro questi limiti – la previsione costituzionale della legittimità, ma anche dei limiti rigorosi alle ipotesi di trattamenti obbligatori. Essi devono essere previsti dalla legge specificamente. Devono essere finalizzati alla salvaguardia del diritto di salute altrui e dell’interesse collettivo ad essa; non possono tuttavia – secondo l’orientamento dottrinale e giurisprudenziale prevalenti – risolversi in una sorta di dovere a curarsi; né possono fondarsi solamente sull’interesse del soggetto obbligato, bypassando il suo diritto a rifiutare la cura.

I trattamenti obbligatori non possono travalicare il rispetto della persona umana, cioè la sua dignità. Non devono comportare conseguenze negative – se non in misura ragionevolmente sopportabile – per la salute del soggetto che vi sia sottoposto. Devono esprimere un bilanciamento ragionevole ed una proporzione tra il sacrificio dell’autodeterminazione del soggetto che sia stato obbligato a subirli, ed il rispetto della salute altrui, nonché quindi dell’interesse collettivo a quest’ultima. Infine, devono prevedere un equo indennizzo per il soggetto – obbligato (o persuaso) a subirli – che ne abbia tratto delle conseguenze di danno.

Il tema dei trattamenti sanitari obbligatori, sanzionati in caso di inosservanza, e ancor più quello dei trattamenti coattivi, che possono essere imposti con la forza, deve coordinarsi non solo con il rispetto del valore fondamentale della dignità, la quale trova nell'articolo 32 della Costituzione un punto di riferimento fondamentale, per quanto non esplicito; ma anche con il rispetto del principio fondamentale di autodeterminazione, proposto dall'articolo 2 e dall'articolo 13. Perciò il legislatore costituente sottolinea l'inviolabilità della dignità ed i limiti imposti dal rispetto della persona; e richiede una previsione legislativa delle ipotesi di trattamento obbligatorio, che devono avere carattere specifico e determinato. Il diritto alla salute è legato, inoltre, ad un'altra serie di previsioni costituzionali, segnatamente nella ripartizione di competenze fra Stato, regioni e soggetti privati, delineata dagli articoli 117 e 118 della Costituzione. Si tratta delle previsioni costituzionali che riconoscono una competenza statale esclusiva sui livelli essenziali delle prestazioni per i diritti sociali, sulla profilassi internazionale, sulla tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; mentre è prevista una competenza, concorrente statale e regionale, per la tutela della salute. Anche il riconoscimento esplicito del principio di sussidiarietà orizzontale, fra pubblico e privato, assume indirettamente una particolare importanza nel campo della tutela della salute. Previsioni, queste, che – al pari di quelle degli articoli 14 e 16 (in tema di accertamenti domiciliari e di restrizioni alla libertà di circolazione per motivi sanitari) – sottolineano, ancora una volta, l'importanza del bene-salute ed il rilievo ad esso attribuito dalla Costituzione, tanto nella dimensione individuale, quanto in quella collettiva.

\* \* \*

Nell'affrontare il tema del diritto alla salute all'inizio del terzo millennio è opportuno accennare da ultimo, sia pure brevemente, alla telemedicina, definita nel 1997 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "l'erogazione di servizi sanitari quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura". Un tema, questo, che coinvolge necessariamente – nella sua novità e nelle implicazioni che esso propone – una riflessione ulteriore sui valori costituzionali legati alla salute. Questa nuova e particolare modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, attraverso la trasmissione a distanza di informazioni mediche (immagini, dati, testo, voce), permette di fornire servizi di diagnosi ed assistenza medica, superando i vincoli della distanza tra medico e paziente. Essa consente così di migliorare – in

termini di rapidità, efficienza e potenziale risparmio economico – la prestazione di servizi sanitari di prevenzione, accertamento e cura, in modo tale da cambiare i termini della “pretesa” di salute.

Per altro verso, l’uso della telemedicina deve far riflettere sia sulle conseguenze della possibile “spersonalizzazione” della relazione tra il medico e il paziente, in un momento in cui si ritiene fondamentale che il paziente partecipi con il medico curante alle scelte sul trattamento terapeutico che lo riguarda; sia sulle implicazioni connesse con il necessario trattamento informatizzato dei dati sanitari.

I vantaggi della telemedicina sono connessi, principalmente, alla velocità delle comunicazioni e alla possibilità di gestire le informazioni utili per l’erogazione delle prestazioni sanitarie.

Si pensi, in primo luogo, alla comunicazione delle informazioni tra il paziente e il medico curante (ad esempio trasmissione e lettura dei referti medici); ed alla possibilità di accedere prontamente alla consulenza di esperti (coinvolgimento di più medici nel rapporto con il paziente).

Si pensi, in secondo luogo, alla possibilità di costituire dossier informatici, contenenti la storia medica del paziente (anche raccogliendo informazioni presso le diverse strutture sanitarie che hanno erogato prestazioni e cure) di agevole consultazione, indipendentemente da dove il paziente e le informazioni risiedono.

Si pensi, infine, alla possibilità di offrire servizi di diagnosi e cura a distanza. Da un lato con il teleconsulto, in cui il paziente può interagire con il medico – via web o email – descrivendo i sintomi e ricevendo informazioni sul possibile trattamento. Dall’altro con il telemonitoraggio, che consente di gestire – attraverso il controllo e la registrazione a distanza di alcuni parametri funzionali del paziente – la prestazione di cure in situazioni che richiedono un monitoraggio costante (ad esempio in caso di affezioni cardiache o respiratorie o nel monitoraggio perinatale); o di controllare a domicilio un paziente in post-dimissione ospedaliera. Così da permettere anche la riduzione dei ricoveri ospedalieri non necessari e il conseguente migliore uso dei posti-letto e degli accessi ai centri di alta specializzazione.

\* \* \*

Le criticità nell’uso della telemedicina sono invece connesse con la necessità di definire modalità di acquisizione informatica del consenso del paziente al trattamento medico; con la necessità di contemperare la gestione dei dati sanitari (dati “sensibili”) e la tutela della privacy del paziente e della sicurezza dei dati; con le implicazioni, in termini di responsabilità per i sanitari, che derivano dall’applicazione di tecnologie informatiche e della telecomunicazione all’esercizio della medicina.

In primo luogo la creazione dell'“alleanza terapeutica” tra medico e paziente – come strumento per dare attuazione e concretezza al diritto ad esprimere un consenso informato al trattamento sanitario e al diritto di rifiutare la cura – richiede la partecipazione del paziente, nella misura in cui egli deve fornire al medico le informazioni sulla propria storia medica, utili per la valutazione diagnostica e la proposta di cura (il medico può tanto più valutare e spiegare al paziente, quanto più dispone di informazioni anche sulla storia pregressa). In altri termini, è necessario che lo scambio di informazioni, il flusso informativo, tra il medico e il paziente sia a doppio senso. Ciò vale tanto più nel caso in cui il rapporto tra medico e paziente sia “filtrato” dallo strumento informatico, e ove il medico faccia affidamento sull'esistenza di un archivio elettronico (fascicolo o dossier sanitario elettronico) che si presume completo.

In secondo luogo, nella telemedicina si pone il problema del consenso al trattamento informatizzato (raccolta, conservazione ed elaborazione in archivi informatici, comunicazione con le tecnologie della telecomunicazione) dei dati sanitari, da parte del paziente; il consenso al trattamento di tali dati sensibili, infatti, è diverso dal consenso al trattamento sanitario. Ciò vale con riferimento ad ogni attività connessa con i referti medici e con il cd. fascicolo sanitario elettronico: dalla conservazione dei dati da parte della struttura sanitaria, alla loro conoscibilità da parte del medico curante o di altri operatori. Tuttavia, se il paziente non acconsente al trattamento dei dati sanitari, o vi acconsente solo in parte, il medico curante disporrà di informazioni incomplete; con possibili conseguenze negative sulle prestazioni e sulla possibilità di una piena assunzione di responsabilità, da parte del medico.

In terzo luogo, il ricorso al teleconsulto pone il problema della formazione del rapporto contrattuale tra il medico, che si impegna contrattualmente ad erogare diagnosi e cure relative sulla base di un contratto a distanza, e il paziente, che a distanza deve prestare il consenso al trattamento sanitario. Sotto questo profilo – in assenza di una normativa specifica sulle modalità di acquisizione, tramite vie informatiche, del consenso del paziente al trattamento medico – si ripropongono taluni problemi già esistenti e rilevanti in altri ambiti. Si tratta, in particolare, dei problemi relativi al documento informatico e alla firma digitale e di quelli attinenti alla c.d. contrattazione a distanza (perfezionamento del contratto e protezione del consumatore, dal momento che le strategie di comunicazione in rete sono più invasive di quelle per così dire “porta a porta”).

\* \* \*

L'applicazione delle tecnologie informatiche e della telecomunicazione all'esercizio della medicina presenta numerose implicazioni di responsabilità per i sanita-



ri. Si pensi alle già richiamate difficoltà di diagnosi e cura connesse con l'esistenza di un fascicolo elettronico incompleto e con la mancanza di un rapporto personale tra medico e paziente. Si pensi, ancora, ai problemi di giurisdizione che possono sorgere in caso di teleconsulto tra medici di diversi paesi, nel caso in cui vi sia la necessità di valutare la responsabilità del medico. Si pensi, infine, ai problemi di responsabilità personali o di equipe – e di ripartizione o concorso fra responsabilità – che possono presentarsi nelle ipotesi di “collegialità telematica”. Un ulteriore profilo da evidenziare riguarda l'aspettativa di salute che deriva al singolo dallo sviluppo e dalla diffusione della telemedicina. La possibilità di erogare cure a distanza può modificare i confini del diritto alla salute del singolo: sia rispetto alla pretesa, da parte del paziente, di poter accedere alle cure a distanza; sia rispetto alla pretesa di qualità delle cure a distanza, e di tempi di risposta, sempre più veloci.

Un ultimo aspetto problematico da considerare è rappresentato dal rapporto tra il diritto del singolo alla riservatezza dei dati sanitari – che, come accennato, si traduce nella possibilità di non prestare il consenso a determinati trattamenti – e l'interesse della collettività alla conservazione dei dati sanitari per finalità connesse con la ricerca medica. Anche in questo caso, infatti, le tecnologie informatiche e della telecomunicazione, più di ogni altro strumento, favoriscono la circolazione delle informazioni mediche, la collaborazione tra le diverse categorie di professionisti nella sanità, il coordinamento e lo sviluppo della ricerca medica.

Questa riflessione apre la via a quella su tutta un'altra serie di problemi, che non è possibile affrontare in questa sede. Penso ai problemi legati al trattamento ed alla comunicazione dei dati genetici, alla costituzione di banche dati relative al Dna degli individui, alla concreta operatività delle carte sanitarie elettroniche, all'affermazione e allo sviluppo della medicina predittiva ed alle sue implicazioni (di tipo anche discriminatorio). È sufficiente osservare come le aporie medico-legali inerenti i sistemi di telemedicina rappresentino i principali fattori limitanti rispetto ad un loro pieno sviluppo.

Mancano riferimenti normativi specificamente rivolti a tale settore e, parimenti, non si è ancora formata né una dottrina né tantomeno una giurisprudenza in materia. L'intervento del legislatore è tanto più auspicabile, ove si guardi alla progressiva informatizzazione dei servizi sanitari ed al supporto dei sistemi di comunicazione multimediale al quotidiano esercizio dell'attività medica, i quali rendono probabilmente necessaria una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario.

Infine, al di là delle problematiche giuridiche sopra menzionate, un ulteriore ostacolo alla diffusione della telemedicina – che potrebbe ripercuotersi negativamente sulla risoluzione stessa delle problematiche giuridiche – mi sembra rappresenta-



to da una impostazione culturale – tuttora diffusa – ancora diffidente verso un impiego generalizzato delle tecnologie telematiche, legata alle tradizionali metodiche diagnostico-terapeutiche, e consapevole dell’imprescindibilità del contatto tra il medico e l’assistito. Sarà allora necessario attendere una più omogenea implementazione delle tecnologie in questione per valutare se esse, in concreto, faranno venire meno tale contatto; o se, al contrario, segnatamente in caso di emergenza, permetteranno di sopperire a situazioni in cui il medesimo non sarebbe possibile. Ma di ciò vi sarà tempo e modo per occuparsi in un futuro magari prossimo, senza dover aspettare il prossimo centenario.

## II - IL CONTRIBUTO DELLA CORTE COSTITUZIONALE

Vengo ora alla seconda parte della riflessione sul significato della salute nella Costituzione italiana: il contributo specifico che la Corte Costituzionale ha offerto nell’interpretazione dell’articolo 32, in modo ampio, reiterato ed incisivo. Un contributo che ha influito, concretamente, sulla definizione e sulla portata del diritto di ciascuno e dell’interesse di tutti noi alla salute, nonché sul bilanciamento e l’equilibrio fra essa e gli altri principi e valori costituzionali. Quello della Corte è un contributo importante e merita di essere richiamato, perché le sue decisioni hanno concorso in maniera rilevante e significativa a sciogliere i nodi e a risolvere gli interrogativi che nascono dalla lettura dell’articolo 32, cui dianzi ho fatto cenno.

La giurisprudenza costituzionale ha da tempo messo in luce la circostanza che il bene della salute è tutelato dall’art. 32, primo comma, “non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell’individuo” (sentenza n. 356 del 1991). Un diritto che impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n. 307 e 455 del 1990), in quanto “diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati” (sentenze n. 202 del 1991, n. 559 del 1987, n. 184 del 1986, n. 88 del 1979).

Come diritto strettamente inerente alla persona umana, il “nucleo irriducibile” del diritto alla salute deve essere riconosciuto non solo ai cittadini italiani, ma anche agli stranieri “qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l’ingresso e il soggiorno nello Stato”, potendo il legislatore prevedere solo diverse modalità di esercizio dello stesso (sentenze n. 252 del 2001 e n. 432 del 2005).

Il diritto alla salute ricomprende una pluralità di situazioni soggettive in esso costituzionalmente garantite: pretese attive e passive dell’individuo, ma anche una generale pretesa della collettività a non veder compromessa o posta a rischio la integrità dei suoi membri, “in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell’eguale pro-

tezione del coesistente diritto degli altri” (sentenza n. 218 del 1994).

Il rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività – espresso nel primo comma dell’art. 32 – giustifica, ai sensi del secondo comma del medesimo articolo, l’imposizione per legge di trattamenti sanitari obbligatori, fatti salvi i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Tuttavia, la Corte ha chiarito (nella sentenza n. 307 del 1990) che “un trattamento sanitario può essere imposto solo nella previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario, e pertanto tollerabili”. Invece, con riferimento all’ipotesi di “ulteriore danno” alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio, “il rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività non è da solo sufficiente a giustificare la misura sanitaria”.

Tale rilievo esige infatti che, “in nome di quell’interesse, e quindi della solidarietà verso gli altri”, “ciascuno possa essere obbligato, restando così legittimamente limitata la sua autodeterminazione, a un dato trattamento sanitario, anche se questo importi un rischio specifico, ma non postula il sacrificio della salute di ciascuno per la tutela della salute degli altri”. Ne deriva che un “corretto bilanciamento” fra la dimensione individuale e quella collettiva del “valore della salute – e lo stesso spirito di solidarietà (da ritenere ovviamente reciproca) fra individuo e collettività, che sta a base dell’imposizione del trattamento sanitario – implica il riconoscimento, per il caso che il rischio si avveri, di una protezione ulteriore a favore del soggetto passivo del trattamento”. Finirebbe, in particolare, “con l’essere sacrificato il contenuto minimale del diritto alla salute a lui garantito, se non gli fosse comunque assicurato, a carico della collettività, e per essa dello Stato che dispone il trattamento, il rimedio di un equo ristoro del danno patito”.

Su questa base la Corte ha quindi riconosciuto l’esistenza di un diritto costituzionale all’indennizzo, in caso di danno alla salute patito in conseguenza della sottoposizione a vaccinazioni obbligatorie (fondamentali, sul tema delle vaccinazioni obbligatorie, anche le successive sentenze n. 118 del 1996, n. 27 del 1998).

\* \* \*

Ad avviso della Corte Costituzionale, il diritto alla salute – nella sua prima fondamentale accezione – si sostanzia nel diritto all’integrità della persona, da intendersi non nella mera dimensione corporea ma in una più complessa dimensione di equilibrio psico-fisico. La tutela della salute psichica “deve essere di grado pari a quello della salute fisica” (sentenza 167 del 1999); più in generale, quell’equilibrio si esprime in uno “stato di benessere”, comprensivo anche degli aspetti psicologici legati all’identità sessuale (sentenza n. 161 del 1985).

Il diritto all'integrità trova garanzia nell'articolo 32, secondo comma, "come limite invalicabile anche ai trattamenti sanitari che possono essere imposti per legge come obbligatori a tutela della salute pubblica" (sentenza n. 282/2002).

Significativamente, la Corte ha affermato che fra i compiti posti alla Repubblica dall'articolo 32 c'è anche quello di promuovere la salute, in particolare, con misure indirizzate al "superamento od attenuazione degli handicaps (ovvero ad evitare interruzioni di tali positive evoluzioni)" (sentenza n. 215 del 1987). È, questa, una logica che evidentemente non va più solo nella direzione dell'adempimento di un dovere di solidarietà umana e sociale; ma si colloca a pieno titolo nel solco della tutela del diritto individuale alla salute.

Nella giurisprudenza costituzionale il diritto all'integrità psico-fisica è stato approfondito e sviluppato anche sotto il profilo della generale e comune pretesa dell'individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro, che non pongano a rischio questo suo bene essenziale; con conseguente risarcibilità del danno biologico e ambientale (sentenze 210 e 641 del 1987).

\* \* \*

Ad avviso della Corte Costituzionale, il diritto alla salute – nella sua seconda accezione, altrettanto fondamentale – implica il diritto ad essere curati, che trova espressa tutela nel primo comma dell'articolo 32. Il diritto ai trattamenti sanitari, ovvero a ricevere prestazioni sanitarie, è tutelato come diritto fondamentale nel suo "nucleo irrinunciabile del diritto alla salute, protetta dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto" (v., fra le altre, sentenze n. 432 del 2005, n. 233 del 2003, n.252 del 2001, n. 509 del 2000, n. 309 del 1999, n. 267 del 1998).

Anche al di fuori di tale nucleo, d'altra parte, il diritto a trattamenti sanitari "è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato alla attuazione che il legislatore ordinario ne dà, attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento".

Ciò comporta che, al pari di ogni altro diritto costituzionale a prestazioni positive, il diritto a trattamenti sanitari diviene per il cittadino "pieno e incondizionato" nei limiti in cui lo stesso legislatore – attraverso una non irragionevole opera di bilanciamento fra i valori costituzionali e di commisurazione degli obiettivi conseguentemente determinati sulla falsariga delle risorse esistenti – predisponga adeguate possibilità di fruizione delle prestazioni sanitarie (cfr., fra le tan-

te, le sentenze n. 432 del 2005, n. 304 e 218 del 1994, n. 247 del 1992, n. 455 del 1990). Ad avviso della Corte, non si può escludere neppure la “necessità di individuare strumenti che, pur nel rispetto di esigenze minime, di carattere primario e fondamentale, del settore sanitario, coinvolgenti il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, operino come limite oggettivo alla pienezza della tutela sanitaria degli utenti del servizio” (sentenza n. 162 del 2007).

Proprio in attuazione del principio del supremo interesse della collettività alla tutela della salute, consacrata come fondamentale diritto dell’individuo dall’articolo 32, “l’infermo assurge, nella nuova concezione della assistenza ospedaliera, alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno ed incondizionato diritto, e che gli vien reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati e che in ciò trovano la loro stessa ragion d’essere” (sentenza n. 103 del 1977).

Significativa, a tal proposito, è la circostanza che la Corte costituzionale (nella sentenza n. 471 del 1990) ha proposto una ricostruzione del valore costituzionale dell’invulnerabilità della persona in termini di “libertà”, nella quale è postulata e attratta la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo.

Ciò ha consentito alla dottrina di desumere che l’entrata in vigore della Carta costituzionale aveva prodotto “modifiche tacite” all’art. 5 del codice civile, in particolare attraverso la sostituzione del concetto statico di integrità fisica, con quello dinamico di salute, di cui all’art. 32. Ed ha consentito di ricondurre il concetto ed il limite dell’ordine pubblico – richiamato dall’articolo 5 del codice civile come limite agli atti di disposizione del proprio corpo, insieme alla diminuzione permanente dell’integrità fisica, alla legge e al buon costume – ai principi generali dell’ordinamento, così come enucleati dalla stessa Carta fondamentale, e non superabili dal singolo.

Con l’entrata in vigore della Costituzione, pertanto, e con l’affermarsi del principio personalistico enunciato da essa, la portata dell’art. 5 c.c. non andrebbe più impostata in termini di “potere”, ma di “libertà” di disporre del proprio corpo, stante il valore unitario e inscindibile della persona come tale; e, quindi, in termini di libertà di decidere e di autodeterminarsi in ordine a comportamenti che, in vario modo, coinvolgono e interessano il proprio corpo.

\* \* \*

Nel diritto ad essere curati rientrano, oltre al diritto alle prestazioni sanitarie, anche la libertà di cura (scelta del medico e della terapia) e il diritto al consenso in-

formato. Essi, unitariamente considerati, contribuiscono a definire i due momenti di cui si compone la scelta terapeutica.

Una scelta, quest'ultima, che – secondo la giurisprudenza della Corte Costituzionale – coinvolge anzitutto la sfera soggettiva dell'individuo (il suo diritto ad essere curato, ma anche il suo diritto all'integrità fisica e psichica); ed esalta la responsabilità professionale del medico. È una scelta che – nel forte richiamo al rispetto dei doveri previsti dal codice di deontologia medica e all'esercizio dei poteri di vigilanza da parte degli organi della professione – segna il definitivo superamento di una concezione paternalistica dell'ars medica e della “potestà” del medico di curare, in favore della moderna e condivisa concezione dell’“alleanza terapeutica”.

D'altronde, l'attività sanitaria, proprio perché destinata a realizzare in concreto il diritto fondamentale di ciascuno alla salute, e ad attuare – in tal modo – la prescrizione, non meramente enunciativa, dettata dall'art. 2 della Carta, trova la sua base di legittimazione direttamente nell'articolo 32, che, appunto, tratteggia il bene della salute come diritto fondamentale dell'individuo; fino a potersene evocare il carattere di attività, la cui previsione legislativa deve intendersi come “costituzionalmente imposta”. E non è senza significato la circostanza che l'art. 359 del codice penale inquadri i privati che esercitano la professione sanitaria fra le persone esercenti un servizio di pubblica necessità.

Del tema della pratica terapeutica la Corte si è occupata, in particolare, in due importanti pronunce concernenti le terapie elettroconvulsivanti e gli interventi di psico-chirurgia (sentenze n. 282 del 2002 e n. 338 del 2003), nelle quali ha fissato i principi-cardine della materia, recentemente ribaditi nella sentenza sulla procreazione medicalmente assistita (sentenza n. 151 del 2009).

Tra quelle decisioni sussiste un indiscutibile tratto comune. In tutti e tre i casi la Corte è stata chiamata a scrutinare norme recanti limiti autoritativamente imposti all'espletamento di determinati trattamenti. Nei primi due, si trattava della obbligatoria sospensione e del divieto di utilizzo di determinate pratiche terapeutiche (terapia elettroconvulsivante, lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia) sul territorio della regione. Nel terzo caso veniva in discussione il divieto – previsto nell'ambito della terapia finalizzata alla procreazione medicalmente assistita – di creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, e comunque superiore a tre.

\* \* \*

Nel dichiarare (con le sentenze n. 282 del 2002 e n. 338 del 2003) l'illegittimità costituzionale di disposizioni legislative regionali concernenti, tra le altre, la te-

rapia elettroconvulsivante, la Corte ha affermato che la pratica terapeutica – dovunque e da chiunque praticata – si pone “all’incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica, diritto questo che l’art. 32, secondo comma, secondo periodo, della Costituzione pone come limite invalicabile anche ai trattamenti sanitari che possono essere imposti per legge come obbligatori a tutela della salute pubblica”. Secondo la Corte, “tali diritti, e il confine fra i medesimi, devono sempre essere rispettati, e a presidiarne l’osservanza in concreto valgono gli ordinari rimedi apprestati dall’ordinamento, nonché i poteri di vigilanza sull’osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione”.

“Salvo che entrino in gioco altri diritti o doveri costituzionali”, non è quindi, “di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni”. Poiché infatti – ha sottolineato la Corte – “la pratica dell’arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione”.

A giudizio della Corte, “autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali, sotto la propria responsabilità, configurano un altro punto di incrocio dei principi di questa materia”. Deve essere esclusa qualsiasi ingerenza del legislatore sul “merito delle scelte terapeutiche”; ciò anche quando – come nel caso della legge sottoposta a giudizio della Corte, nella specie – quell’ingerenza sia indirizzata a vietare dei trattamenti terapeutici, sul presupposto della loro particolarmente rischiosità e dubbia efficacia terapeutica.

\* \* \*

Analogo spazio incompressibile di autonomia e responsabilità del medico la Corte ha riconosciuto là dove – all’interno di tecniche terapeutiche pure ammesse, come quelle legate alla procreazione medicalmente assistita – l’intervento del legislatore si era spinto fino a introdurre una prescrizione negativa, che nella sua automaticità violava il principio di ragionevolezza e quello di uguaglianza (sotto il profilo del medesimo trattamento riservato a situazioni dissimili), determinando anche un vulnus alla salute della donna.

La Corte (nella sentenza n. 151 del 2009) – richiamando i principi espressi in precedenza, circa i limiti posti alla discrezionalità legislativa dalle acquisizioni

scientifiche e sperimentali, sulle quali si fonda l'arte medica – ha dichiarato l'illegittimità costituzionale in parte qua della norma censurata, “in quanto la previsione legislativa non riconosce al medico la possibilità di una valutazione, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, del singolo caso sottoposto al trattamento, con conseguente individuazione, di volta in volta, del limite numerico di embrioni da impiantare, ritenuto idoneo ad assicurare un serio tentativo di procreazione assistita, riducendo al minimo ipotizzabile il rischio per la salute della donna e del feto”.

L'intervento della Corte mantiene fermo il principio secondo cui le tecniche di produzione non debbono creare un numero di embrioni superiore a quello necessario, “secondo accertamenti demandati, nella fattispecie concreta, al medico, ma esclude la previsione di un unico e contemporaneo impianto del numero massimo di embrioni da impiantare, con ciò eliminando sia la irragionevolezza di un trattamento identico di fattispecie diverse, sia la necessità, per la donna, di sottoporsi eventualmente ad altra stimolazione ovarica, con possibile lesione del suo diritto alla salute”.

D'altra parte, la tutela della salute della donna – non soltanto nella sua connotazione di “persona” ma anche nella prospettiva della tutela della maternità e della salvaguardia della vita della prole sin dal suo inizio – è stata ben presente nella giurisprudenza della Corte, specie in tema di aborto; al punto da aver indotto la Corte stessa a dichiarare inammissibile la richiesta di referendum popolare per l'abrogazione degli artt. 4, 5, 12 e 13 della legge n. 194 del 1978. Ammettere il quesito referendario in parte qua avrebbe, infatti, consentito di travolgere “disposizioni a contenuto normativo costituzionalmente vincolato sotto più aspetti, in quanto renderebbe nullo il livello minimo di tutela necessaria dei diritti costituzionali inviolabili alla vita, alla salute, nonché di tutela necessaria della maternità, dell'infanzia e della gioventù” (sentenza n. 35 del 1997).

\* \* \*

Sul diverso, ma contiguo versante della sperimentazione medica, la Corte sembrò invece in passato raccogliere le suggestioni che derivavano dalla scelta legislativa di consentire la sperimentazione di un complesso di sostanze e medicinali (compresi nel “multitratamento Di Bella”), in termini di aspettative dei cittadini; così da ampliare in qualche modo il catalogo delle situazioni soggettive e dei diritti compresi nell'art. 32.

Nell'occasione, infatti, la Corte affermò che la determinazione del legislatore di avviare la sperimentazione e l'autorizzazione all'impiego di tali sostanze nei confronti di soggetti estranei alla sperimentazione – prima che siano noti gli esiti di quest'ultima e, dunque, in deroga alle procedure ordinarie – non comportava un



“riconoscimento della utilità di impiego” dei medicinali compresi nel multitrattamento; ma rappresentava comunque “un ‘fatto legislativo’ che ha una sua oggettività, tale da differenziarlo da un qualsiasi mero ‘fatto sociale’ spontaneo”. Sicché – ad avviso della Corte – “nei casi di esigenze terapeutiche estreme, impellenti e senza risposte alternative, come quelle che si verificano in alcune patologie tumorali”, non poteva negarsi che “dalla disciplina della sperimentazione, così prevista, scaturiscano indubbiamente aspettative comprese nel contenuto minimo del diritto alla salute”.

Di qui l’illegittimità costituzionale della disciplina censurata, che non prevedeva l’erogabilità, a carico del servizio sanitario nazionale, dei medicinali impiegati nella cura delle patologie tumorali, per le quali è disposta la sperimentazione, a favore di coloro che versino in condizioni di insufficienti disponibilità economiche; e che faceva quindi dipendere il concreto godimento di tale diritto dalle diverse condizioni economiche dei soggetti interessati (sentenza n. 185 del 1998).

\* \* \*

Dal divieto di trattamenti sanitari obbligatori – salvo i casi previsti dalla legge, secondo quanto stabilito dall’art. 32 comma secondo – e dal diritto alla salute, inteso come libertà di curarsi, la Corte ha fatto discendere il presupposto indefettibile per “giustificare” il trattamento sanitario; un presupposto che si fonda sulla scelta libera e consapevole – salvo i casi di necessità e di incapacità di manifestare il proprio volere – della persona che a quel trattamento si sottopone. Presupposto, anche questo, che rinviene base precettiva e, per così dire, “costitutiva” negli stessi principi dettati dalla Carta fondamentale.

Sul punto, è sufficiente richiamare una recente pronuncia della Corte costituzionale (sentenza n. 438 del 2008, che ha trovato conferma nella sentenza n. 253 del 2009), nella quale la tematica del consenso informato è stata scandagliata ampiamente e in modo approfondito, al punto da divenire un fondamentale punto di riferimento anche per una sentenza, concernente una materia affine, della Corte di Cassazione a Sezione Unite (sent. 18 dicembre 2008, Giulini), che ne ripercorre quasi testualmente i passaggi principali. La Corte Costituzionale ha puntualizzato che il “consenso informato, inteso come espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell’art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che ‘la libertà personale è inviolabile’, e che ‘nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge’”.

D’altra parte, ha osservato la Corte, anche numerose fonti internazionali “preve-



dono la necessità del consenso informato del paziente nell'ambito dei trattamenti medici".

Così, l'art. 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con L. 27 maggio 1991, n. 176, premette che gli Stati aderenti "riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione"; e dispone che "tutti i gruppi della società in particolare i genitori ed i minori ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore".

A sua volta, l'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con L. 28 marzo 2001, n. 145 (seppure ancora non risulta depositato lo strumento di ratifica), prevede che "un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato". L'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, sancisce, poi, che "ogni individuo ha il diritto alla propria integrità fisica e psichica"; e che, nell'ambito della medicina e della biologia, deve essere in particolare rispettato, tra gli altri, "il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge".

"La necessità che il paziente sia posto in condizione di conoscere il percorso terapeutico – ha ancora precisato la Corte – si evince, altresì, da diverse leggi nazionali che disciplinano specifiche attività mediche: ad esempio, dall'art. 3 della L. 21 ottobre 2005, n. 219 (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati), dall'art. 6 della L. 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nonché dall'art. 33 della L. 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), il quale prevede che le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se ciò non è previsto dalla legge". La circostanza che il consenso informato trovi il suo fondamento direttamente nella Costituzione, e segnatamente negli artt. 2, 13 e 32, pone in risalto – secondo il Giudice delle leggi – la "sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio per garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, comma secondo, della Costituzione". Da ciò discende – ha concluso la Corte – che "il consenso informato deve essere considerato un principio fondamen-

tale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale”.

\* \* \*

I principi enunciati dalla Corte costituzionale, alla luce della pluralità di fonti che concorrono a rafforzarne gli enunciati, rappresentano la ineludibile base precettiva sulla quale poter configurare la legittimità del trattamento sanitario in genere. Con l’ovvia conseguenza che, ove manchi o sia viziato il consenso “informato” del paziente – e non si versi in situazione di incapacità di manifestazione del volere ed in un quadro riconducibile allo stato di necessità – il trattamento sanitario risulterebbe di per sé invasivo rispetto al diritto della persona di scegliere se, come, dove e da chi farsi curare.

Ed è proprio in quest’ultima prospettiva che assume uno specifico risalto la normativa – ampiamente evolutasi nel corso del tempo – elaborata dagli organismi professionali in campo di deontologia medica. Infatti, per un verso, la normativa deontologica chiarisce la portata del “circuitto informativo” che deve collegare fra loro medico e paziente, in vista di un risultato che – riguardando diritti fondamentali – non può non essere condiviso. Dall’altro lato, essa è destinata a concretare, sul terreno del diritto positivo, le regole che costituiscono le linee-guida circa i trattamenti di diagnosi e cura per il medico, la cui inosservanza è fonte di responsabilità, non necessariamente di tipo penale.

Infatti, a seguito della Convenzione di Oviedo, anche il Codice deontologico – approvato dal Consiglio nazionale della Federazione Italiana degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri il 3 ottobre 1998 – ha proceduto ad una revisione del concetto di consenso informato, ed ha elaborato una sua definizione più in linea con i parametri interpretativi suggeriti dalla Convenzione: una definizione profondamente innovativa rispetto ai principi enunciati nel precedente codice deontologico del 1995. L’art. 30 del nuovo Codice, infatti, ha previsto che il medico debba fornire al paziente “la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate”. Dietro esplicita richiesta del paziente, inoltre, il medico dovrà fornire tutte le ulteriori informazioni che gli siano richieste.

L’art. 32 del codice deontologico, a sua volta, ha stabilito che il medico non debba intraprendere alcuna attività diagnostica o terapeutica senza l’acquisizione del consenso informato del paziente; con l’ulteriore necessità della forma scritta per la manifestazione di tale consenso, nell’ipotesi in cui la prestazione da eseguire comporti possibili rischi per l’integrità fisica del soggetto. L’art. 34, infine, ha stabilito che il “medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e del-

l'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona”.

Questi principi sono stati ribaditi nel successivo Codice deontologico, approvato dalla Federazione il 16 dicembre 2006, ed il cui art. 35 conferma, appunto, che il “medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente”. La norma aggiunge – ad ulteriore conferma del principio della rilevanza della volontà del paziente, come limite ultimo dell'esercizio della attività medica – che “in presenza di un documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona”.

\* \* \*

Mi sembra giusto concludere questa riflessione – dedicata al significato della salute nel contesto della nostra Costituzione, e destinata a contribuire alla celebrazione del centesimo anniversario della istituzione degli Ordini dei medici – proprio con il richiamo alla prospettiva deontologica. Essa, infatti, richiamando esplicitamente, fra l'altro, la dignità professionale del sanitario (così l'articolo 34 citato), si collega esplicitamente alla pari dignità sociale (sancita dall'articolo 3 della Costituzione) ed al rispetto della persona (cioè alla dignità del destinatario della terapia): così da cogliere tutta la potenzialità e al tempo stesso la concretezza di quell'“alleanza terapeutica” che è, oggi, uno dei modi più significativi per guardare al valore e alla responsabilità della professione del medico.

La pari dignità di entrambi i protagonisti dell'“alleanza terapeutica” – il medico e il malato (non il “paziente”) – mi sembra infatti in grado di riassumere tutti i valori che vengono in considerazione quando si parla di salute: l'eguaglianza, l'identità personale, la libertà, la solidarietà; e di esprimere quindi il profondo significato costituzionale e, prima ancora, umano, che la salute e la sua tutela assumono nella nostra Costituzione.

**GAVINO MACIOCCO**

Professore universitario al Dipartimento di salute pubblica di Firenze, è uno dei massimi esperti in politiche sanitarie e salute globale. Direttore della rivista Salute e Sviluppo e membro del Comitato scientifico della rivista Prospettive Sociali e Sanitarie. Collabora con la rivista Care. Nel 2009 ha pubblicato *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*.

# Evoluzione storica del diritto alla salute

GAVINO MACIOCCO

*“I grandi cambiamenti nella sanità  
sono atti politici intrapresi per fini politici”*  
Victor R. Fuchs<sup>1</sup>

*Lancet* dedicò nel dicembre 2008 – in coincidenza con le celebrazioni del 60° anniversario della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Parigi, 10 dicembre 1948) – un numero speciale dedicato al diritto alla salute<sup>2</sup>.

In uno degli editoriali di apertura<sup>3</sup> Amartya Sen (Premio Nobel per l'economia, 1998) si interroga sul significato di salute come diritto, ed in particolare si chiede se la salute può essere considerata un diritto in assenza di una legislazione vincolante. Secondo Jeremy Bentham (1748-1832) – scrive Sen – la risposta è negativa. Bentham infatti considerava un “non senso” la dichiarazione francese dei diritti dell'uomo del 1789 perché il diritto per essere tale deve essere legiferato, deve cioè essere “figlio della legge”. Ma – osserva Sen – c'è una lunga tradizione di pensiero sul diritto come etica sociale: le basi morali che una buona società de-

---

<sup>1</sup> V.R. Fuchs, *What's Ahead for Health Insurance in the United States?*, in *N. Engl. J. Med.*, 2002; 346, 1822-24.

<sup>2</sup> *Lancet*, Vol. 372, Issue 9655, 13 december 2008

<sup>3</sup> A. Sen, *Why and how is health a human right?*, in *Lancet* 2008; 372:210



**ELEANOR ROOSEVELT**

*presenta la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948)*

ve avere. Infatti quando la dichiarazione americana d'indipendenza invocava “certi inalienabili diritti” che ogni persona deve avere, i diritti umani erano visti non come “figli”, bensì come “genitori” della legge. Nel considerare la salute come diritto umano c'è la chiamata all'azione per la promozione della salute della popolazione, nello stesso modo con cui gli attivisti del 18° secolo lottarono per la liberazione e la libertà.

Un diritto umano – prosegue Sen – può essere “genitore” non solo della legge, ma anche di altri modi per sostenere la causa di un determinato diritto. Anche la realizzazione della prima generazione dei diritti (come la libertà religiosa, il diritto a non essere arrestato arbitrariamente, a non essere violentato o ucciso) dipese non solo dalla legge, ma anche dalla discussione pubblica, dalla denuncia, dal controllo e dal lavoro sociale. Il diritto alla salute pretende analoghi vasti interventi, che vanno ben oltre una (pur importante) buona legislazione sanitaria. Ci sono azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali che noi pos-

siamo prendere per fare avanzare la causa della buona salute per tutti. Nel considerare la salute come un diritto, noi riconosciamo la necessità di un forte impegno sociale per la buona salute. Ci sono – conclude Sen – poche cose così importanti come questa nel mondo contemporaneo.

Nel tracciare l'evoluzione storica del diritto alla salute ci affideremo a questo approccio; un approccio non esclusivamente giuridico, ma politico, economico e sociale. Per questo motivo l'exkursus storico può partire molto prima dell'affermazione giuridica della salute come diritto umano (1948), alla ricerca di tutte quelle “azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali” che – negli ultimi due secoli almeno – hanno fatto avanzare o recedere “la causa della buona salute per tutti”.

### LA RIVOLUZIONE FRANCESE

La rivoluzione francese inaugura la stagione dei diritti e anche se la “Dichiarazione dei diritti dell'uomo e dei cittadini”, dopo aver solennemente sancito il principio di eguaglianza tra tutti gli esseri umani (art. 1), si riferisce essenzialmente ai diritti civili (libertà della persona, diritto di proprietà, sicurezza personale, etc.), è anche vero – come scrive Giorgio Cosmacini – che “I lumi della ragione e i fuochi della rivoluzione hanno acceso la consapevolezza che la salute è un bene non solo del singolo, ma dell'intera società”<sup>4</sup>. Il legislatore francese dell'anno III (1795) afferma infatti che la salute è un problema più vasto di quello clinico individuale, da affrontare non solo come risposta al bisogno dell'individuo biologico, ma anche come soddisfazione delle esigenze di uomini costituitivi di un tessuto sociale.

E l'ideologia non tarda a trasformarsi in azione e a produrre risultati concreti in termini di sanità pubblica. L'età napoleonica è una vera e propria epoca d'oro della vaccinazione. In Italia, nella Repubblica Cisalpina, Luigi Sacco, utilizzando la scoperta del nuovo vaccino antivaioloso di Jenner, promuove nel 1800 un *Progetto di un piano per rendere generale l'uso, ed i vantaggi della vaccina*. Nove anni dopo potrà affermare con legittimo orgoglio di aver vaccinato un milione e mezzo di persone, prevenendo centocinquantamila casi di vaiolo. È significativo che durante la Restaurazione (tra il 1815 e il 1830, a seguito della sconfitta di Napoleone) norme legislative e usi civili in tema di vaccinazione vennero soppressi. “Alla gloria della Santa Alleanza questa pure appartiene – scriverà il medico cremonese, mazziniano, Francesco Robolotti – d'aver posto a ludibrio il trovato e il ministero vaccinico, di aver fatto ricomparire e prosperare il vajuolo”<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, 1987, p. 276.

<sup>5</sup> G. Cosmacini, *ibidem*, pag. 281.

## LA RIVOLUZIONE INDUSTRIALE

“Benvenuti all’inferno”. Queste tre parole avrebbero potuto essere a ragione scolpite sulle porte di accesso delle città inglesi durante il periodo della rivoluzione industriale, in particolare nel corso della prima metà dell’Ottocento. Infatti l’ambiente in cui viveva a quel tempo la gente comune, la *working class*, nelle principali città industriali dell’isola britannica – da Manchester a Leeds, da Birmingham a Liverpool – era degno di un girone infernale<sup>6</sup>. Per due ordini di motivi: a) perché il lavoro nelle fabbriche sottoponeva gli operai (anche bambini) a turni prolungati (dodici ore, anche notturne) e a fatiche massacranti, in cambio di salari di fame; b) perché la vita quotidiana si svolgeva in un contesto abitativo e urbano caratterizzato da sovraffollamento, promiscuità, alimentazione povera e scarsa, totale mancanza di infrastrutture igieniche, esposizione continua e massiva a rischi infettivi, dalla tubercolosi alla febbre tifoide, al colera. Le conseguenze di questi due fattori (lavorativo e abitativo) sulla qualità della vita e sulla salute della popolazione furono devastanti: basti pensare che a Liverpool la speranza di vita alla nascita per la *working class* era di appena 15 anni<sup>7</sup>. Le autorità inglesi alla fine intervennero realizzando un radicale programma di risanamento urbano con la costruzione di acquedotti, fognature, nuove aree residenziali, aree verdi e istituendo, con una legge del 1848 (*Public Health Act*), il servizio nazionale di sanità pubblica.

Ciò che spinse i governanti inglesi del tempo ad attuare tali interventi non fu certo la volontà di tutelare un diritto umano, bensì l’idea utilitarista che migliorando la salute della forza lavoro sarebbe aumentata la produttività delle fabbriche (messa a rischio dalle pessime condizioni di salute dei lavoratori). Artefice di questa politica fu Sir Edwin Chadwick (1800-1890) secondo cui le condizioni insalubri delle città provocano malattie biologiche e sociali, sono causa di un degrado psicologico che può trascinare le persone verso i vizi, come l’alcolismo, o peggio, verso la rivoluzione. Il dono pubblico di condizioni ambientali salubri poteva quindi essere la chiave per rendere il proletariato più felice, più sano, più produttivo, e più docile.

Ma la questione sociale non poté essere liquidata così facilmente. E infatti questa dilagò in tutta Europa, infiammando soprattutto i paesi dove era più accelerato e robusto lo sviluppo industriale, come la Germania, dove crescono movimenti politici e sindacali di ispirazione marxista.

La virata del socialismo tedesco verso il marxismo e il successo del partito social-

<sup>6</sup> La vita nelle città inglesi nell’epoca vittoriana è descritta da scrittori come Charles Dickens (vedi: *Oliver Twist*, *David Copperfield*) e da filosofi-politici come Friedrich Engels (vedi: *The Condition of the Working Class in England in 1844*)

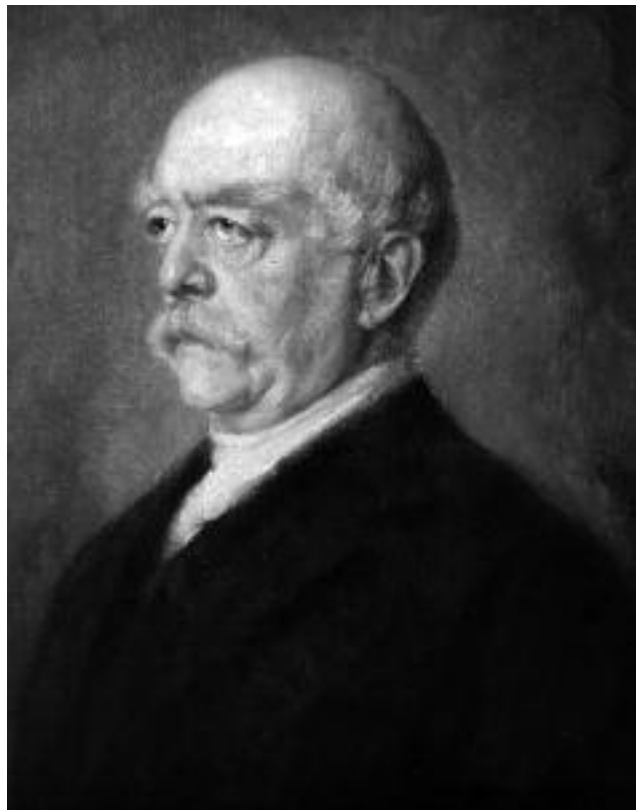
<sup>7</sup> G. Mooney, S. Szreter, *Urbanization, mortality, and the standard of living debate: new estimates of life at birth in nineteenth century British cities*, in *Econ. Hist. Rev.* 1998; 51: 84-112.



democratico alle elezioni del 1877 sono la molla che determina un profondo cambiamento negli indirizzi nelle politiche sociali in Germania. Otto von Bismarck, primo cancelliere dell'impero germanico, si convince che la creazione di uno "stato sociale" sia una misura necessaria per distaccare il proletariato dalla tentazione rivoluzionaria. "La fede nell'armonia degli interessi – scrive Bismarck – ha fatto bancarotta nella storia. Nessun dubbio che l'individuo possa fare del bene, ma la questione sociale non può essere risolta che dallo stato"<sup>8</sup>. Nel portare avanti questa politica Bismarck usa – come osserva lo storico Franco De Felice<sup>9</sup> – la classica combinazione di bastone e carota: il varo della legislazione sociale infatti è preceduto da severe leggi repressive antisocialiste. Nel 1878 viene emanata una legge che proibiva i raggruppamenti socialisti o comunisti, vietava le riunioni pubbliche che non avessero l'autorizzazione della polizia, interdive i giornali socialisti e conferiva alla polizia il diritto di negare il soggiorno, in certe città, a quanti erano sospettati di dedicarsi ad attività socialiste.

Ma dal 1883 al 1889 – con l'approvazione di una serie coordinata di leggi – si assiste in Germania alla nascita della prima forma di moderno *welfare state*.

- Nel 1883 viene istituita l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, attraverso la costituzione di casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori, i quali erano tenuti a versare, nelle prime tredici settimane di malattia, un'indennità all'operaio malato.
- Nel 1885 il parlamento tedesco approva una legge che istituisce un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, completamente a carico dei datori di lavoro. Per l'inabilità la vittima riceveva due terzi del salario. In caso di morte la vedova riceveva il 60% del salario percepito dal marito.



OTTO VON BISMARCK (1815 – 1898)  
*primo cancelliere dell'impero germanico*

<sup>8</sup> F. Demier, *Lo stato sociale. Ricerca del consenso nell'Europa contemporanea*, in *Storia Dossier*, Giunti, 1989, p. 18.

<sup>9</sup> F. De Felice, *Il welfare state, questioni controverse e un'ipotesi interpretativa*, in *Qualità Equità*, n.16/1998, pp. 124-142.

- Nel 1889 viene approvata una legge sull'invalidità e vecchiaia. Essa prevedeva che quanti avessero una retribuzione inferiore a 2.000 marchi fossero obbligati ad assicurarsi versando settimanalmente i loro contributi attraverso trattate sui salari (a questi importi si aggiungeva una quota versata dagli imprenditori e una dallo stato)<sup>10</sup>.

Non possiamo ancora parlare di “diritto alla salute” (nell’odierna accezione), infatti la copertura dell’assicurazione sanitaria è riservata agli iscritti alle casse mutue, ovvero agli appartenenti alle varie categorie di lavoratori (e all’inizio solo ad alcune determinate categorie). Tuttavia la legislazione bismarckiana sulle assicurazioni sociali rappresenta – al di là delle motivazioni politiche che la ispirarono (creare un argine alle tentazioni rivoluzionarie) – uno storico passo avanti nella tutela della salute della popolazione; rappresenterà, per questo, un vero e proprio “caso-scuola” da imitare da parte di quasi tutte le nazioni industrializzate (in Italia la prima assicurazione sociale obbligatoria – Inadel, Istituto Nazionale di Assistenza per i Dipendenti degli Enti Locali – sarà istituita nel 1925).

#### RUDOLF VIRCHOW E LA NASCITA DELLA MEDICINA SOCIALE

La profondità della questione sociale – determinata dalle condizioni di sfruttamento e di povertà estrema in cui si trovava a vivere gran parte della popolazione – produsse tra i medici la consapevolezza che la radice delle malattie risiedeva nella miseria. Il capostipite di questa generazione di medici che, attenti alle questioni sociali, ritennero di dover svolgere anche un’attività politica – e di *advocacy* (ante litteram) del diritto alla salute – a favore dei gruppi più vulnerabili della popolazione, è Rudolf Virchow (1821-1902), professore di anatomia patologica all’Università di Berlino e parlamentare per il Partito Progressista Tedesco, di cui è rimasta celebre la seguente affermazione: “La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su larga scala” .

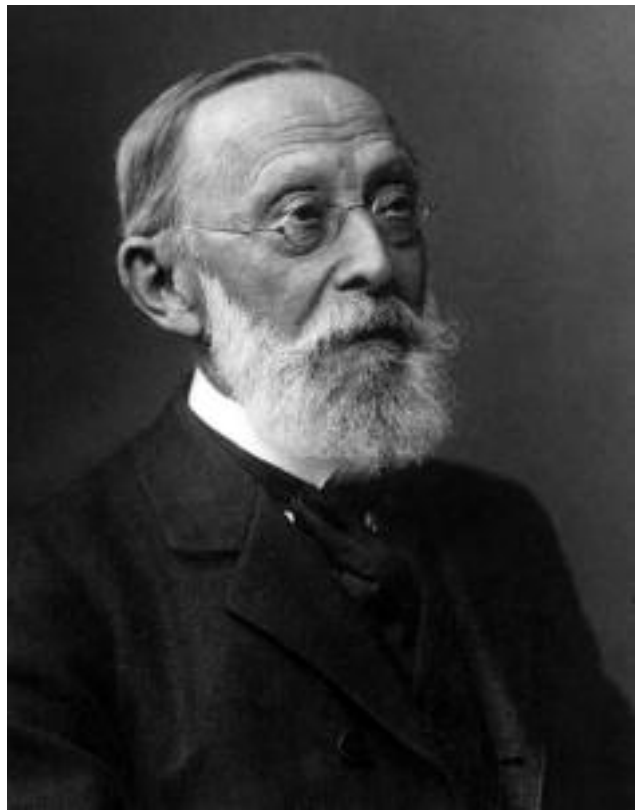
Nel 1848 il governo prussiano inviò Virchow in Slesia, per combattere un’epidemia di tifo nella popolazione polacca. Egli constatò subito che la vera causa del male erano la povertà, le pessime condizioni d’igiene e la presenza di uno stato autoritario e repressivo. Tra le ipotesi sull’origine dell’epidemia in questa regione, abitata prevalentemente da minatori, si trovava l’ipotesi climatica. Virchow sostenne invece che il clima non avrebbe potuto causare l’epidemia se la popolazione avesse avuto un’alimentazione adeguata e fosse stata meno oppressa. La terapia proposta nella relazione finale prevedeva quindi tre ingredienti principali: “Istruzione con i suoi figli: libertà e prosperità”. Virchow, dopo tal esperienza,

<sup>10</sup> E. Bertocci e al., *Il welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale*, Donzelli Editore, Roma, 1995, pp. 40-41.

sviluppiò la tesi dell'origine multifattoriale delle malattie, sostenendo che erano le condizioni materiali della vita quotidiana delle persone la principale causa di malattia e di morte. Perciò – secondo Virchow – un efficace sistema sanitario non poteva limitarsi a trattare i disturbi clinici dei pazienti, doveva affrontare le radici profonde delle malattie e delle epidemie. Per fare ciò erano necessari cambiamenti sociali, tanto importanti quanto gli interventi medici, forse anche di più, infatti: “Il miglioramento della medicina potrà alla fine prolungare la vita umana, ma il miglioramento delle condizioni sociali può raggiungere questo risultato più in fretta e con maggiore successo”.

Virchow – di fronte alla condizione di miseria in cui versava la maggioranza della popolazione – criticava l'indifferenza e l'apatia dei governanti, e nel 1849, quando un'epidemia di colera imperversava a Berlino, così espresse tutta la sua indignazione: “Non è chiaro che la nostra battaglia deve essere sociale? Che il nostro compito non è quello di scrivere le istruzioni per proteggere i consumatori di meloni e di salmoni, di dolci e gelati, cioè la borghesia benestante, ma quello di creare istituzioni che proteggano i poveri, coloro che non possono permettersi pane fresco, carne e caldi vestiti? Potrebbero i ricchi durante l'inverno – davanti alle calde stufe e alle torte di mele – ricordarsi che gli equipaggi delle navi che portano carbone e mele muoiono di colera? È triste constatare che migliaia devono sempre morire in miseria per consentire a poche centinaia di vivere bene”<sup>11</sup>.

Il maggiore interprete italiano di Rudolf Virchow fu Giulio Bizzozzero (1846-1901), professore di patologia generale a Torino. Inaugurando l'anno accademico 1883-4 con un discorso sulla Difesa della società contro le malattie infettive affermò tra l'altro: “Voi udite, e udrete sempre più parlare di questioni sociali.



**RUDOLF VIRCHOW** (1821–1902)

*professore di anatomia patologica all'Università di Berlino*

<sup>11</sup> Waitzkin H., *One and a half centuries of forgetting and rediscovering: Virchow's lasting contributions to Social Medicine*, in *Social Medicine*, 2006; 1(1): 5-10

Ma quando si tratta di bonificare terreni malarici, di costruire ospedali, di migliorare le condizioni igieniche dei quartieri operai, allora l'erario è esausto, allora si grida ai quattro venti la necessità di ricorrere a nuove imposte. Ma al tempo stesso si trovano e si approfondono milioni per rendere più teatralmente pomposa un'incoronazione – come quella, cinque anni prima, del nuovo re Umberto I – o per ricostruire più splendidi i palazzi dei parlamenti – come quelli romani recentemente restaurati – o per imporre a colpi di cannone il proprio protettorato a popoli – come quello eritreo – che si vogliono sfruttare a beneficio di pochi affaristi”<sup>12</sup>.

Altra figura accademica che legò l'impegno scientifico alla risoluzione dei problemi sociali fu il clinico medico di Bologna Augusto Murri (1841-1932): “Bisogna sviluppare fortemente lo spirito scientifico. Ma un sapere il quale non dovesse modificare le azioni umane diventerebbe una divertente speculazione. Non la scienza per la scienza, ma la scienza per tutta l'umanità”. Anche Murri si dedicò alla vita politica e – in un discorso del 1891 – afferma: “Quando il medico è condannato a contemplare impotente di quante calamità gli ordinamenti sociali e politici son fecondi per tanti sventurati, egli diventa nemico di questo che pomposamente si suole chiamare ordine (...). Per questo noi ci schieriamo tra coloro che combattono più ardentemente per un ordine nuovo”<sup>13</sup>.

Nonostante l'impegno politico profuso da parte di numerosi medici (diversi dei quali divenuti parlamentari e ministri), nonostante il ruolo svolto dalla Società Italiana d'Igiene (fondata nel 1879) nella promozione di una società più sana e più giusta (“utopia igienista”<sup>14</sup>) la prima riforma sanitaria post-unitaria, la legge Crispi-Pagliani (anche quest'ultimo medico cattedratico di Torino) del 1888, non affronta – come avveniva nello stesso periodo in Germania – la questione della protezione assistenziale dei lavoratori, limitandosi a introdurre le cure gratuite per gli indigenti a carico dei Comuni.

## LO SVILUPPO DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI.

### LA GRANDE DEPRESSIONE

Siamo agli inizi del Novecento e le grandi scoperte scientifiche in campo microbiologico (maturate negli ultimi decenni del secolo precedente) hanno fornito nuova linfa e nuovi strumenti per la lotta contro le malattie più diffuse e letali del tempo. L'organizzazione sanitaria in tutti i paesi si sviluppa rafforzando le

<sup>12</sup> G. Bizzozzero, *Difesa della società contro le malattie infettive*, Stamperia reale, Torino 1884. P.59; cit. in G. Cosmacini, *ibidem*, pp. 395-6.

<sup>13</sup> A. Murri, *La vera e la falsa grandezza dell'Italia nuova*, discorso politico detto a Fermo il giorno 4 gennaio 1891, Bologna 1891, p.6; cit. in G. Cosmacini, *ibidem*, pp. 382.

<sup>14</sup> C. Pogliano, *L'utopia igienista*, in: *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1984, pp. 589-631.

strutture di sanità pubblica deputate al controllo delle malattie infettive e parassitarie, mentre ancora debole e primitiva è la componente assistenziale, profondamente segnata dalle differenze di censo, e dalle conseguenti ineguaglianze nell'accesso ai servizi. È questo il tempo in cui il “modello tedesco” si espande a tutta l'Europa. L'esempio della Germania, imperniato sull'adozione di schemi assicurativi obbligatori, di carattere occupazionale (cioè rivolti a determinate categorie di lavoratori) e finanziato in base al criterio della capitalizzazione dei contributi versati fu imitato dai principali paesi europei. Le prime ad essere approvate furono generalmente le norme sull'assicurazione degli infortuni sul lavoro, seguirono a distanza di pochi anni tutte le altre: malattia e maternità, invalidità e vecchiaia, disoccupazione. Ma il “modello tedesco” è in molti paesi un punto di partenza, soggetto ad importanti evoluzioni: nei paesi a guida liberaldemocratica e socialdemocratica vi è la tendenza a introdurre elementi universalistici negli schemi assicurativi, come l'ampliamento della copertura dell'assicurazione malattie ai familiari del lavoratore o gli schemi pensionistici rivolti a tutti gli anziani (Gran Bretagna – e Nuova Zelanda e Canada –, Svezia, Danimarca, Norvegia e Finlandia). Lo Stato sociale, nato come una sorta di “concessione” da parte di regimi politici autoritari o comunque liberal-conservatori, stava dunque perdendo il suo carattere particolaristico (volto cioè alla protezione di determinate categorie di lavoratori) e, seguendo di pari passo la progressiva democratizzazione dei sistemi politici, cominciava ad occuparsi di settori crescenti della popolazione. “Il principio della ‘protezione minima verso i bisogni’ verso cui si orientarono molti paesi – scrive Giovanni Gozzini – fu il frutto di una serie di fattori concomitanti. Un primo elemento da tenere in considerazione è quello del definitivo inserimento delle masse all'interno delle istituzioni dello Stato, avvenuto principalmente a seguito dell'ampliamento del diritto di voto, attraverso l'introduzione del suffragio universale maschile e, in certi casi isolati, anche di quello femminile. Questo indubbio ampliamento del concetto di cittadinanza politica fu comunque reso possibile grazie al diverso atteggiamento delle correnti socialdemocratiche del movimento operaio e sindacale, le quali, abbandonate le posizioni critiche del recente passato, operarono attivamente all'interno delle istituzioni, da sole o in coalizioni con gli schieramenti liberali progressisti, per introdurre una serie di riforme che puntavano a mitigare e in prospettiva a modificare la struttura del sistema capitalistico. Per gli schieramenti moderati pesarono su queste scelte anche considerazioni che, per certi versi, ricordavano quelle che avevano spinto Bismarck ad avviare la sua legislazione sociale”<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> G. Gozzini, *Dalle assicurazioni sociali alla Social Security. Politiche sociali in Europa e negli Stati Uniti fra le due guerre (1919-1939)*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 751-773.

La crisi del 1929 – la Grande Depressione – con i suoi effetti sulle economie degli Stati Uniti ed europee, mise in evidenza tutti i limiti degli schemi di copertura elaborati fino a quel momento, anche quelli di ispirazione liberaldemocratica. La disoccupazione, la stagnazione economica, l'inadeguatezza dei tradizionali strumenti di lotta alla crisi riaccessero il dibattito attorno al ruolo dello Stato nell'economia e anche in ambito sociale.

Furono gli Stati Uniti del presidente democratico Franklin D. Roosevelt (1882-1945) – un paese fino a quel momento di retroguardia nell'adozione di politiche sociali, rimasto assolutamente impermeabile alle novità introdotte in Europa, in nome dell'assoluta neutralità dello Stato in campo economico e sociale – a introdurre radicali riforme sociali in senso universalistico (*New Deal*) e a utilizzare per primi il termine di *social security*. Nel 1935 venne varata una legge – *Social Security Act* – che istituiva una serie di schemi di copertura nel campo dell'assicurazione vecchiaia, dell'assistenza agli anziani, dell'indennità di disoccupazione, dell'assistenza ai figli a carico, dell'assistenza ai ciechi, dell'assicurazione superstiti e invalidità. Nonostante i ripetuti tentativi di Roosevelt, rimase fuori dalla legge del 1935 ogni provvedimento nel campo dell'assistenza sanitaria; ciò fu dovuto all'intransigente opposizione dell'associazione dei medici americani (*American Medical Association* – Ama), contrari a ogni forma di assistenza mutualistica e di medicina socializzata. Roosevelt fu costretto a rinunciare all'introduzione dell'assicurazione malattia per non compromettere l'approvazione della legge<sup>16</sup>. “Potenzialmente universalistica – osserva ancora Gozzini – la ‘sicurezza sociale’ statunitense fece degli Usa il paese all'avanguardia, ma solo per un breve periodo. Essa non riuscì a radicarsi completamente all'interno del paese e venne avvertita come un approccio valido per una situazione di emergenza come quella vissuta all'indomani del crollo di Wall Street. (...) Il fatto che al *Social Security Act* non si affiancasse alcun provvedimento riguardante la sanità contribuì a differenziare fortemente lo Stato sociale statunitense da quello europeo e a fare delle riforme sociali rooseveltiane una sorta di ‘incompiuta’”<sup>17</sup>.

#### LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELL'UOMO E LO SVILUPPO DEI SISTEMI SANITARI UNIVERSALISTICI

Commissionato nel 1939 dal *premier* conservatore Wiston Churchill (1874-1965), il 1° dicembre 1942 viene presentato il testo di un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Services* destinato a rivoluzionare il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito. La commissione incaricata di predisporre il documento fu

<sup>16</sup> G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2009, pp. 12-13.

<sup>17</sup> G. Gozzini, *ibidem*, p. 767



presieduta da Sir William Beveridge (1879-1963), il cui nome è associato non solo al tipo di riforme che tale rapporto innescò, ma principalmente al modello di sistema sanitario che pochi anni dopo prenderà il via. Il principio guida di queste riforme, che oltre alla sanità riguardavano l'istruzione, la maternità, l'occupazione e le pensioni, fu l'universalità dell'assistenza pubblica: i servizi sociali come diritto di tutti i cittadini. La responsabilità della loro attuazione ricadde sul Partito Laburista che nelle elezioni del 1945 ottenne una larghissima maggioranza in forza della quale il governo Attlee attuò anche un esteso programma di nazionalizzazioni: dalla Banca d'Inghilterra all'energia elettrica, dalle poste alle ferrovie. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale (*National Health Service* – Nhs), avvenuta nel 1948, va considerata innanzitutto come una fondamentale svolta nel concetto di salute (un “diritto universale”) e di assistenza sanitaria (“un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie”). I principi su cui si fondò il Nhs erano infatti: a) l'universalità, sia in termini di accessibilità che di onnicomprensività delle prestazioni; b) il finanziamento attraverso la fiscalità generale, in virtù del quale ognuno contribuiva in base alle proprie possibilità e riceveva i servizi in relazione al bisogno; c) la gratuità nel punto di erogazione delle prestazioni. Il principio della salute come diritto, sul solco di quanto avvenuto nel Regno Unito, si diffonde rapidamente e diventa elemento fondante di numerose costituzioni, come nel caso della Costituzione della Repubblica Italiana (27 dicembre 1947) che all'articolo 32 recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.



**WILLIAM BEVERIDGE** (1879-1963)

*Guidò la Commissione che preparò le basi per la riforma della sicurezza sociale nel Regno Unito*



La nozione che l'accesso ai servizi ritenuti socialmente indispensabili debba essere garantito a tutti viene incorporata nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Nazioni Unite, Parigi 10 Dicembre 1948), dove all'articolo 25 si legge:

“Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia”.

L'anno seguente l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) conia, all'atto della sua costituzione (1949), la seguente definizione di salute: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità”. Una definizione ampia e generale, che rimuove il dualismo concettuale “salute-malattia” e offre una visione dello “stato di benessere” di un individuo o di una popolazione non unicamente correlato con l'intervento sanitario, sia esso preventivo, curativo o riabilitativo. Tale concetto sarà confermato e ampliato in uno dei più importanti documenti dell'Oms, la Dichiarazione di Alma Ata (1978).

#### LA LEGGE 833/78. LA CONFERENZA DI ALMA ATA. HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000

L'espansione del welfare in senso universalistico diventa un tratto comune dei governi di quasi tutti i paesi industrializzati parte dei quali (es: Germania, Francia, Belgio, Olanda, Svizzera, Giappone) rimangono fedeli al modello Bismarck, basato sulle assicurazioni sociali ma rafforzato da un sostanzioso intervento dello stato per la copertura assicurativa dei gruppi più vulnerabili (disoccupati, disabili, pensionati, etc.), mentre altri (es: paesi scandinavi, Canada, Australia, Spagna, Italia) optano per la soluzione britannica del modello Beveridge. Anche negli Usa l'assoluta ostilità verso ogni intervento dello stato nel campo dell'assistenza sanitaria viene in parte superata con l'istituzione, nel 1965, di due programmi assicurativi pubblici, *Medicare* (assistenza agli anziani) e *Medicaid* (assistenza ad alcune categorie di poveri).

In Italia il passaggio verso la forma più integrale di assistenza universalistica (modello “Beveridge”) avviene il 23 dicembre 1978, con l'approvazione della Legge 833. Si tratta della piena applicazione del principio della salute come diritto, come sancito dal citato articolo 32 della Costituzione, a cui si fa riferimento nel primo articolo della legge.

## ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**Capo I - Principi ed obiettivi**

1. (*I principi*). - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Il 1978 è un anno fondamentale per la sanità italiana (e non solo), per l'affermazione del principio della salute come diritto. Il 13 maggio il Parlamento approva la Legge 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori), nota anche come "Riforma Basaglia" che porterà al superamento delle strutture manicomiali; nove giorni dopo, il 22 maggio, viene approvata la Legge 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza) che consentirà di porre fine alla terribile piaga degli aborti clandestini.

Nel settembre 1978 si tiene a Alma Ata, capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base (*Primary Health Care* – Phc). Promosso dall'Oms e dall'Unicef (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia) e preceduto da una serie di conferenze regionali, l'evento si poneva l'obiettivo di fare il punto sullo stato della salute e dei servizi sanitari nel mondo, di diffondere e promuovere in tutti i paesi il concetto di Phc, di definirne i principi e di stabilire il ruolo dei governi e delle organizzazioni internazionali nello sviluppo della Phc.

Evento storico per diversi motivi: a) è la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si ritrovano per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti; b) è la prima volta che vengono affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri, molti dei quali recentemente usciti da un lungo periodo di oppressione coloniale; c) è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo; d) è, infine, un momento particolarmente opportuno per riaffermare con forza che "la salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di



## LA CONFERENZA INTERNAZIONALE SULL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

*Alma Ata, Kazakhstan*

salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”.

La Conferenza produce un documento finale, ricco di raccomandazioni, e una Dichiarazione che, nella sua solennità, riassume le principali indicazioni scaturite dall'Assemblea<sup>18</sup>. Il messaggio politico più forte e significativo è contenuto nella definizione stessa di Phc:

“L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la comunità e i Paesi pos-

---

<sup>18</sup> Who-Unicef, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, *Health for all* Series, No. 1, Who, Geneva, 1978.

sono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in sé stessi e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale della comunità.(...) Essa include almeno: l'educazione riguardo i più importanti problemi sanitari e i metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un'adeguata alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e condizioni salubri di vita; l'assistenza materno-infantile, inclusa la pianificazione familiare; le vaccinazioni contro le maggiori malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche; l'appropriato trattamento delle comuni malattie e l'approvvigionamento dei farmaci essenziali. (...) Coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l'agricoltura, l'allevamento, l'alimentazione, l'industria, l'educazione, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, e altri settori; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori”.

Un anno prima, nel 1977, l'Oms aveva politicamente preparato il terreno alla Dichiarazione di Alma Ata. Infatti la 30ª Assemblea Mondiale della Sanità aveva adottato una risoluzione (Wha 30.43) che impegnava i governi e l'Oms a raggiungere entro l'anno 2000 *La salute per tutti (Health For All by the Year 2000)*. Ogni persona nel mondo avrebbe dovuto conseguire un livello di salute tale da permettere una vita economicamente e socialmente produttiva. Tutti avrebbero dovuto poter accedere alla primary health care e, attraverso di essa, a tutti gli altri servizi del sistema sanitario.

#### L'INVERSIONE DI ROTTA. L'EGEMONIA DEL NEOLIBERISMO. HEALTH FOR SOME

A più di trent'anni di distanza dal fatidico 1978 una domanda è d'obbligo: che fine ha fatto l'obiettivo della *Salute per tutti entro il 2000*? Possiamo rispondere con un dato indiretto, ma molto eloquente: i paesi che nel mondo attuano politiche universalistiche di welfare in campo sanitario (o attraverso “sistemi sanitari nazionali” – modello Beveridge – o attraverso sistemi fondati sulle “assicurazioni sociali obbligatorie” – modello Bismarck – o attraverso forme miste) sono una piccola minoranza, interessando meno del 20% della popolazione mondiale: Europa (con notevoli limitazioni nei paesi dell'Europa centro-orientale), Australia e Nuova Zelanda, Giappone e qualche altro paese asiatico come Thailandia, Sud Korea e Taiwan, Canada e qualche altro paese americano come Costa Rica e Cuba. Per la gran parte della popolazione mondiale – pensiamo innanzitutto a immense nazioni come Cina e India, alle repubbliche ex sovietiche, agli Usa e a gran parte dei paesi dell'America Latina, per concludere l'elenco con la dram-

matica situazione dell’Africa sub-sahariana – il concetto di diritto alla salute è, pur sancito da tanti, reiterati trattati internazionali, un miraggio, o peggio, una tragica beffa.

La successiva, obbligata, domanda è: cos’è successo dopo la Conferenza di Alma Ata per produrre nei decenni successivi il blocco di un processo che pareva inarrestabile, quello dell’affermazione del principio (e delle politiche, delle pratiche) della salute come diritto?

È avvenuto un radicale cambiamento del paradigma che ha regolato, nella storia dei paesi industrializzati ad economia di mercato, le relazioni tra mercato e stato. La frase di Bismarck citata all’inizio del capitolo (“La fede nell’armonia degli interessi ha fatto bancarotta nella storia. Nessun dubbio che l’individuo possa fare del bene, ma la questione sociale non può essere risolta che dallo stato”) è rivelatrice di tale paradigma. Ciò che ha fatto bancarotta nella storia – nel pensiero di Bismarck – è l’idea di Adam Smith (1723-1790) che il mercato oltre a essere generatore di ricchezza fosse anche – attraverso l’azione della “mano invisibile” – un equo distributore di questa. Il mercato aveva invece enormemente dilatato le disuguaglianze nella società, producendo gravissimi danni sociali che lo stato, e solo lo stato, poteva riparare.

“Io – affermava Ralf Dahrendorf (1909-2009) – penso che la disuguaglianza sia un elemento della libertà. Una società libera lascia molto spazio alle differenze tra gli uomini, e non solo a quelle di carattere, ma anche a quelle di grado. La disuguaglianza però non è più compatibile con la libertà quando i privilegiati possono negare i diritti di partecipazione degli svantaggiati, ovvero quando gli svantaggiati restano nei fatti del tutto esclusi dalla partecipazione al processo sociale, economico e politico. A ciò esiste un solo rimedio, la dotazione elementare garantita a tutti. In essa rientrano i diritti fondamentali di tutti i cittadini, ma anche un livello di base delle condizioni di vita, forse un reddito minimo garantito, e comunque la prestazione di certi servizi pubblici accessibili a tutti”<sup>19</sup>.

Su questi concetti si sono costruiti i sistemi di welfare universalistico nella maggior parte dei paesi industrializzati.

Con argomenti opposti – a partire dagli anni ‘80 – si è negato che tali principi potessero essere applicati universalmente, anche nei paesi più poveri, come solennemente richiedeva, tra l’altro, la Dichiarazione di Alma-Ata.

Gli argomenti del neo-liberismo, diventato il pensiero egemone dopo le vittorie elettorali di M. Thatcher in Gran Bretagna (1979) e di R. Reagan in Usa (1980), sono:

1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella pro-

<sup>19</sup> R. Dahrendorf, *Libertà attiva. Sei lezioni su un mondo instabile*, Laterza, 2003, pp 19-20.

- duzione che nella distribuzione della ricchezza;
2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
  3. il welfare state – di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le diseguaglianze nella società – interferisce con il normale funzionamento del mercato e deve essere, dove esiste, eliminato.

Secondo l'ideologia liberista infatti le diseguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche "giuste" perchè rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le "distorsioni" del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; ed infatti il motto di R. Reagan era: "il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema".

### L'IRRUZIONE DELLA BANCA MONDIALE NELL'ARENA DELLA SANITÀ

Il cambiamento di vento politico genera un profondo mutamento nella politica sanitaria, determinato anche dalla grave recessione degli anni Ottanta che mettendo in ginocchio l'economia mondiale, ferisce a morte i paesi in via di sviluppo. È qui che interviene la Banca Mondiale la cui ricetta confezionata per il "risanamento" – *structural adjustment* – delle economie dei paesi più poveri e indebitati (e condizione vincolante per la concessione dei crediti) fu semplice e spietata, coerente con le tendenze neo-liberiste di quel periodo: drastici tagli nei consumi e nella spesa pubblica (inclusi i servizi sociali, come sanità e educazione) per ridurre l'inflazione e il debito pubblico; privatizzazioni in tutti i settori; apertura agli investimenti esteri; decentramento e bassissimo profilo dello stato centrale. Nel 1987 la Banca Mondiale si esibisce nel suo primo documento interamente dedicato alla sanità<sup>20</sup>, una sorta di appendice tecnica alla politica di *structural adjustment*. Contiene una serie di indicazioni da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, ed ha ovviamente un valore prescrittivo nei confronti dei paesi più indebitati.

Il documento si compone di quattro fondamentali capitoli, ciascuno dei quali sviluppa una specifica linea direttiva in tema di politica sanitaria:

- a. introdurre presso le strutture sanitarie pubbliche forme di partecipazione alla spesa – *user fees* – da parte degli utenti. "Il più comune approccio all'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo è quello di considerarla un diritto di cit-

<sup>20</sup> The World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reforms*. Washington DC, 1987.



tadinanza e di tentare di fornirla gratuitamente a tutti; questo approccio generalmente non funziona”;

- b. promuovere programmi assicurativi;
- c. favorire la privatizzazione dei servizi sanitari;
- d. decentralizzare il governo della sanità.

I quattro punti sono strettamente collegati. L'introduzione delle user fees nelle strutture governative non è solo un modo per scaricare sugli utenti il costo dei servizi, ma anche la condizione essenziale per promuovere le assicurazioni; d'altro canto senza un sistema assicurativo funzionante gli ospedali governativi non possono applicare tariffe sufficientemente alte da coprire gli interi costi. La privatizzazione dei servizi e il decentramento della programmazione, dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sono le altre due componenti essenziali della strategia che si propone di ridurre al minimo il ruolo del governo in sanità per lasciare il posto a un sistema basato sull'assistenza privata e sulle assicurazioni. Gli effetti di queste politiche non tardano a manifestarsi in tutta la loro drammaticità. Lo stesso Unicef, nell'annuale rapporto del 1989<sup>21</sup>, denuncia che a causa degli interventi di aggiustamento strutturale (“inumani, non necessari, inefficienti”) le condizioni di vita e di salute dei paesi più poveri si sono paurosamente aggravate (“almeno mezzo milione di bambini sono morti negli ultimi dodici mesi come conseguenza della crisi economica che colpisce i paesi in via di sviluppo”).

Jeffrey D. Sachs, nel suo libro *La fine della povertà*<sup>22</sup>, analizza così gli avvenimenti di quel periodo: “Sfortunatamente, nell'era degli aggiustamenti strutturali questioni egoistiche e ideologiche furono alla base degli errori di indirizzo e degli aiuti insufficienti concessi ai paesi in via di sviluppo. L'aspetto egoistico è evidente: la responsabilità della povertà fu scaricata integralmente sugli stessi poveri; da ciò discese che non erano necessari aiuti finanziari internazionali. Negli anni Ottanta e Novanta gli aiuti allo sviluppo crollarono: per esempio, nell'Africa sub-Sahariana passarono dai 32 dollari pro capite nel 1980 ai 22 del 2001, nonostante nel periodo l'intero continente africano fosse devastato da una pandemia [Hiv/Aids, ndr] e la necessità di un aumento della spesa pubblica (soprattutto sanitaria) fosse evidente. Ma i paesi ricchi erano convinti di aver fatto tutto quello che compete loro, dato che le questioni in esame rimanevano al di fuori delle loro responsabilità.

Anche gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno uti-

<sup>21</sup> J.P. Grant (Unicef), *The State of the World's Children*, 1989, Oxford University Press, 1989.

<sup>22</sup> J. D. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, 2005, pp. 87-88.



lizzato le istituzioni internazionali per promuovere politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca Mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione. Eppure, i maggiori azionisti della Banca Mondiale (cioè i paesi ricchi) hanno sistemi sanitari ad accesso gratuito e universale, e sistemi scolastici che garantiscono l'accesso di tutti alla pubblica istruzione.”

“Negli ultimi due decenni – si legge in un articolo di *Lancet*<sup>23</sup> –, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il “modello globale” di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). (...) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito. Queste due tendenze – l'introduzione delle *user fees* nei servizi pubblici e la crescita dei pagamenti diretti (*out-of-pocket*) nei servizi privati –, se combinate, possono rappresentare una vera e propria trappola della povertà.”

E infatti, secondo un rapporto dell'Oms, nel mondo ogni anno più di 44 milioni di famiglie devono far fronte a catastrofi finanziarie provocate da spese mediche e – a causa di ciò – 24 milioni di famiglie sono trascinate nella povertà<sup>24</sup>. Gran parte di queste famiglie si concentrano nei paesi a basso reddito fragili, quelli con sistemi sanitari ridotti in macerie, dove paradossalmente ai più poveri viene chiesto di pagare di più (attraverso il pagamento *out-of-pocket* delle prestazioni). Un paradosso rappresentato nella FIGURA 1, dove risulta chiaramente che al crescere della ricchezza dei paesi si rafforzano i sistemi di protezione sociale e che nei paesi a basso reddito la spesa *out-of-pocket* rappresenta ormai i due terzi del finanziamento del sistema sanitario.<sup>25</sup>

Non abbiamo ancora parlato delle conseguenze sulla salute delle cosiddette “riforme” dei sistemi sanitari basate sul mercato. Conseguenze sulla salute della popolazione particolarmente gravi, in certi casi devastanti come dimostrato in estrema sintesi nella FIGURA 2, dove sono descritte due curve di tendenza, espressione

<sup>23</sup> M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, in *Lancet* 2001; 358: 833-36.

<sup>24</sup> G. Carrin, C. James, D. Evans, *Achieving universal coverage: developing the health financing system*. Technical brief for policy-makers no. 1. Geneva, Who, 2005

<sup>25</sup> P. Grotet e G. Schieber, *Health financing revisited*, The World Bank, Washington DC, 2006, cit. in A. Mills, *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle-income countries?*, in *Health Systems Knowledge Network*, 30 March 2007.

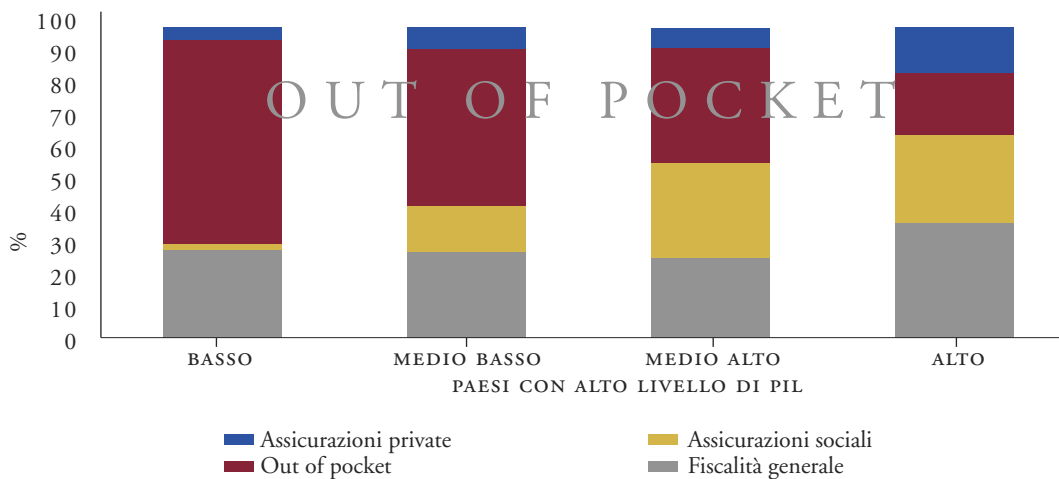


FIGURA I

### PAGAMENTI OUT-OF-POCKET COME IN PERCENTUALE SULLA SPESA SANITARIA TOTALE

l'una della speranza di vita alla nascita del 20% più ricco della popolazione mondiale, l'altra della speranza di vita alla nascita del 20% più povero della popolazione mondiale, nell'arco di tempo 1962-2002. Entrambe le curve mostrano una crescita parallela fino alla metà degli anni '80 (con una crescita un po' più rapida nel caso della curva dei più poveri), ma subito dopo le curve divergono: la speranza di vita del 20% più ricco continua la tendenza alla crescita: + 4 anni (da 75 a 79 aa.) dal 1987 al 2002, mentre la speranza di vita del 20% più povero inverte la tendenza con la perdita di 3 anni nello stesso periodo (da 47 a 44 aa.).

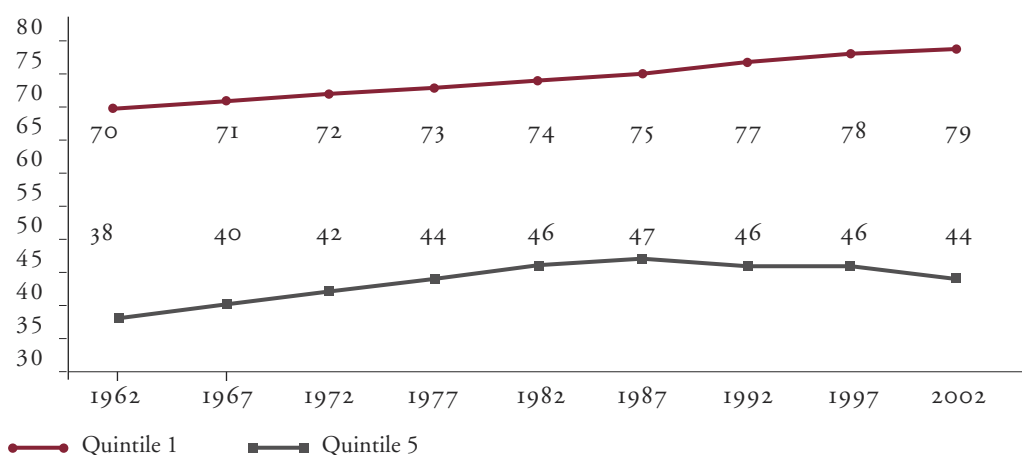
Le aree del pianeta in cui si è concentrato il peggioramento delle condizioni di salute sono in particolare l'Africa sub-sahariana<sup>26</sup> e la Russia e le repubbliche dell'ex-Unione Sovietica<sup>27</sup>. All'interno delle singole nazioni (es: in Cina e in India) l'acutizzarsi delle diseguaglianze economiche e sociali, il degrado ambientale e la mancanza di adeguate reti di protezione ha provocato eccessi di mortalità nei gruppi più deprivati della popolazione sia per malattie infettive (es: tubercolosi, aids), che per patologie croniche (es: diabete, malattie respiratorie).

Vi sono poi delle fasce di popolazione che sopportano le conseguenze più gravi dalle condizioni di privazione economica e sociale, di mancanza di accesso ai servizi sanitari o di mancanza di qualità nell'erogazione delle prestazioni. Sono le donne in gravidanza (oltre 500 mila casi di mortalità materna ogni anno) e i bam-

<sup>26</sup> G. Maciocco, *ibidem*, pp. 74-79

<sup>27</sup> G. Maciocco, *ibidem*, pp. 100-109

## EVOLUZIONE STORICA DEL DIRITTO ALLA SALUTE



FONTE: *McGillivray, Dutta and Markova (2009)*

FIGURA 2

CRESCENTI DISEGUAGLIANZE NELLA SPERANZA DI VITA, 1962-2002

bini (oltre nove milioni di casi di mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni). In entrambi i casi le morti (in larga parte facilmente prevenibili) si concentrano nelle aree più povere della terra (figura 3).

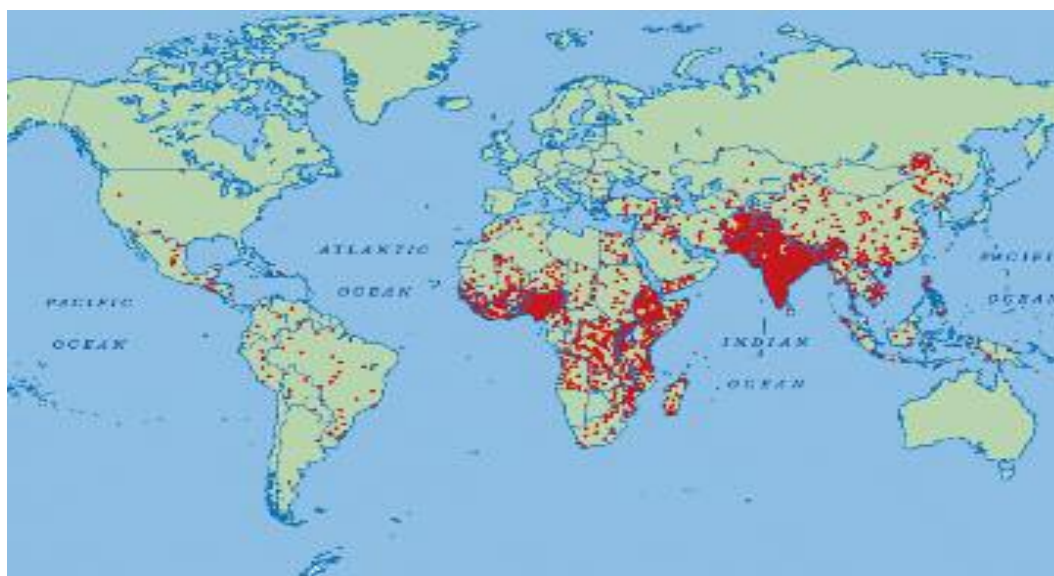


FIGURA 3

DISTRIBUZIONE MONDIALE DELLA MORTALITÀ DEI BAMBINI AL DI SOTTO DEI 5 ANNI (Ogni punto = 5.000 morti)

## LA NEGAZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE E IL DOVERE DI *ADVOCACY*

L'eclisse del concetto di diritto alla salute è avvenuta nello stesso periodo in cui l'Oms ha perso il ruolo guida nella politica sanitaria internazionale a tutto vantaggio della Banca Mondiale. Solo recentemente l'Oms ha ripreso l'iniziativa sul terreno del diritto alla salute e della lotta alle diseguaglianze nella salute. "I nostri bambini hanno drammatiche differenze nella speranza di vita a seconda da dove sono nati", si legge nel Rapporto conclusivo della Commissione sui determinanti sociali di salute<sup>28</sup>. In Giappone e in Svezia essi possono aspettarsi di vivere più di 80 anni; in Brasile 72 anni; India, 63 anni; in diversi paesi africani meno di 50 anni. E anche all'interno dei paesi le differenze nelle chances di sopravvivenza sono diffuse ovunque e drammatiche. I più poveri dei poveri hanno alti livelli di malattia e di mortalità prematura. Ma la salute precaria non è confinata solo tra coloro che stanno peggio. Nelle nazioni a ogni livello di reddito la salute e la malattia segue un gradiente sociale: più bassa la condizione socioeconomica, peggiore è la salute. Le cose non possono andare avanti così: dove sistematiche differenze nella salute sono evitabili attraverso interventi ragionevoli, queste differenze sono semplicemente ingiuste. È quello che noi chiamiamo iniquità nella salute. Affrontare queste iniquità – le enormi e rimediabili differenze nella salute tra e all'interno dei paesi – è una questione di giustizia sociale. Ridurre queste diseguaglianze è, per la Commissione sui determinanti sociali di salute, un imperativo etico. "*Social injustice* – conclude il documento dell'Oms – *is killing people on a grand scale*". "Ma – osserva Vicente Navarro, professore di sanità pubblica alla Johns Hopkins University, commentando il Rapporto della Commissione – non sono le diseguaglianze che uccidono. Coloro che uccidono sono coloro che traggono profitto dalle diseguaglianze. [...] Noi conosciamo i nomi dei killer. Sappiamo come avviene la strage, sappiamo chi sono i mandanti e gli esecutori. Noi, come operatori di sanità pubblica, dobbiamo denunciare non solo il processo, ma anche le forze colpevoli della strage. L'Organizzazione Mondiale della Sanità non potrà mai farlo. Ma noi, come operatori di sanità pubblica, possiamo e dobbiamo farlo"<sup>29</sup>.

Altrettanto dura è la denuncia del direttore di *Lancet*, Richard Horton, che sottolinea al pari di Vicente Navarro il dovere dei professionisti sanitari di non tacere di fronte a questi crimini. "Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori del-

<sup>28</sup> Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation*, Who, 2008.

<sup>29</sup> V. Navarro, *What we mean by social determinants of health*, Global Health Promotion 2009; 16; 05.

la ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta. Come professionisti sanitari noi non dobbiamo accettare questa pervasiva mancanza di rispetto della vita umana”.<sup>30</sup>

## CONCLUSIONI

*Lancet*, in un articolo del 2009 dal titolo *La ratifica dei trattati sui diritti umani ha qualche influenza sulla salute della popolazione*<sup>31</sup>, affronta la questione dell’efficacia degli strumenti giuridici nella tutela del diritto alla salute della popolazione.

L’articolo ripercorre brevemente la storia dei trattati sui diritti umani, in particolare quelli che contengono precisi riferimenti alla tutela della salute. Il più rilevante di questi è l’*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*<sup>32</sup> (Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali) del 1966. Il Patto esige che i governi garantiscano il diritto di accesso ai beni essenziali della vita umana, come il lavoro, il cibo, la salute, l’educazione, la casa. Il Patto si occupa di salute all’art. 12, che così recita:

“Gli Stati che aderiscono al Patto riconoscono il diritto di ciascuno di poter godere dello standard più elevato possibile di salute fisica e mentale. I passi necessari per raggiungere la piena realizzazione di questo diritto includono quelli per ottenere:

- la riduzione della natimortalità e della mortalità infantile e lo sviluppo sano del bambino;
- il miglioramento di tutti gli aspetti dell’igiene ambientale e industriale;
- la prevenzione, il trattamento e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche e occupazionali;
- la creazione delle condizioni per assicurare a tutti i servizi sanitari e le cure mediche in caso di malattia”.

Il Comitato delle Nazioni Unite (*Committee on economic, social and cultural rights*) incaricato di monitorare la realizzazione del trattato nel Rapporto del 2000 rileva che, per milioni di persone nel mondo, il pieno godimento del diritto alla sa-

<sup>30</sup> R. Horton, *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival*, in *Lancet* 2008, 371:1217-19.

<sup>31</sup> A. Palmer et al., *Does ratification of human-rights treaties have effects on population health?*, in *Lancet* 2009; 373:1987-92

<sup>32</sup> United Nation Human Rights. High Commissioner for Human Rights. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. [Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966, entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27].

lute rimane ancora un obiettivo lontano. In molti casi, specialmente per quelli che vivono in povertà, questo obiettivo sta diventando sempre più remoto. Il Comitato è inoltre consapevole dei formidabili ostacoli strutturali che impediscono la piena realizzazione dell'art. 12 del Patto in molti Stati. Il Comitato, pur constatando che la limitatezza delle risorse finanziarie dei paesi più poveri rappresenta un ostacolo insuperabile nell'attuazione del Patto, sottolinea due fondamentali concetti: a) l'obbligo degli Stati di erogare a tutti i cittadini un livello essenziale di assistenza sanitaria (da cui alcuni obblighi fondamentali, *core obligations*: garantire l'accesso alle strutture sanitarie, ai beni e servizi senza alcuna discriminazione, specialmente nei riguardi dei gruppi più vulnerabili della popolazione; erogare i farmaci essenziali in accordo con le linee-guida dell'Oms; assicurare un'equa distribuzione delle strutture sanitarie, dei beni e servizi); b) l'obbligo degli Stati più ricchi di collaborare con i paesi più poveri nella realizzazione dei diritti riconosciuti dal Patto. Per entrambi i punti si fa riferimento alla Dichiarazione di Alma Ata del 1978.

L'articolo di *Lancet* individua altri 5 trattati internazionali, destinati ad essere ratificati dagli Stati, che si occupano di diritti umani e ritenuti in grado di influenzare la salute della popolazione: a) Trattato sui diritti dei bambini (1989); b) Trattato sull'eliminazione della discriminazione contro le donne (1979); c) Trattato contro la tortura (1984); d) Trattato sull'eliminazione della discriminazione razziale (1965); e) Trattato sui diritti civili e politici (1966).

I 170 Stati a cui si riferisce lo studio hanno ratificato almeno uno dei sei trattati e una parte di essi li ha ratificati tutti e sei. I quesiti cui cerca di dare una risposta l'articolo sono:

- a) vi sono differenze nello stato di salute della popolazione (mortalità infantile e materna, prevalenza Hiv, speranza di vita alla nascita) e nei principali determinanti sociali di salute (tra cui: indice di sviluppo umano, diritti politici, libertà civili) tra i paesi che hanno ratificato tutti e sei i trattati e gli altri che ne hanno ratificati meno di sei?
- b) vi sono state differenze nello stato di salute della popolazione (indicatori di cui sopra) negli Stati che hanno ratificato i trattati, tra la situazione prima della ratifica e quella dopo 10 anni?

La risposta è doppiamente negativa: non sono emerse differenze significative nello stato di salute né tra gli Stati che hanno avuto tenuto comportamenti diversi nella ratifica dei trattati, né all'interno di uno Stato tra il prima e il dopo la ratifica. La conclusione, deludente e amara, è che la ratifica da parte di uno Stato di un trattato internazionale sui diritti umani, ed in particolare sul diritto alla salute, non fa crescere la probabilità che gli abitanti di quello Stato godano di una migliore salute e abbiano un accesso più facile, possibilmente gratuito e senza di-



scriminazioni, a servizi sanitari di qualità. Peraltro neanche l’emanazione da parte di uno Stato di costituzioni e leggi che riconoscono il diritto alla salute garantisce l’effettivo godimento di questo diritto da parte dei cittadini di quello Stato.

### TRE CONSIDERAZIONI FINALI:

1. Il principale trattato sul diritto alla salute (il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, emanato del 1966) è politicamente figlio della stagione della salute per tutti che troverà il suo apogeo nella Conferenza di Alma Ata del 1978. La stagione che è seguita, dagli anni 80 in poi, è stata quella dell’*health for some*: degli aggiustamenti strutturali imposti dalla Banca Mondiale, delle privatizzazioni, della demolizione sistematica dei servizi sanitari pubblici nei paesi a medio e basso livello di sviluppo. La schizofrenia nel comportamento di molti paesi che prima ratificano un trattato e poi lo rinnegano (o sono costretti a rinnegarlo), è in larga parte spiegata dai due diversi cicli della storia della seconda metà del secolo XX. Speriamo che l’inizio del XXI secolo sia portatore di un nuovo e più favorevole ciclo per il diritto alla salute.
2. Singolare la storia di questi trattati. Una volta emanati – spesso dopo una lunga gestazione –, le istituzioni internazionali li dimenticano. Il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, ripetiamo, è stato emanato del 1966, ma solo nel 2000 le Nazioni Unite decidono di fare una seria verifica, scoprendo che “per milioni [era più esatto dire: miliardi] di persone nel mondo, il pieno godimento del diritto alla salute rimane ancora un obiettivo lontano”. È noto che il mancato rispetto dei trattati sui diritti umani non comporta alcuna sanzione, se inoltre le istituzioni internazionali non svolgono neppure un’azione di costante monitoraggio, di richiamo, di *moral persuasion*, e alla fine di denuncia, ci si chiede che valore effettivo possano avere questi strumenti.



AMARTYA SEN

*Premio Nobel per l'economia, 1998*



3. Questi trattati possiedono comunque grandi potenzialità, come afferma il citato articolo di *Lancet*. Possono infatti rappresentare un potente strumento di *advocacy* e di azione legale in mano a individui e gruppi che si battono a favore del diritto alla salute. La mobilitazione a favore del diritto alla salute rimane un punto centrale del mantenimento di questo diritto all'interno di una società, perché, riprendendo una frase di Amartya Sen citata all'inizio<sup>3</sup>: "Ci sono azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali che noi possiamo prendere per fare avanzare la causa della buona salute per tutti. Nel considerare la salute come un diritto, noi riconosciamo la necessità di un forte impegno sociale per la buona salute. Ci sono poche cose così importanti come questa nel mondo contemporaneo".

#### FONTI

Le fonti di riferimento internazionali che riguardano il diritto alla salute sono molteplici, e precisamente:

- (a) fonti di *soft law*, ovvero fonti giuridiche non vincolanti, aventi la funzione di indicare una direzione, registrare degli obiettivi programmatici maturati all'interno della Comunità internazionale: la *Dichiarazione universale dei diritti umani* del 1948 (Udhr) all'art. 25; la *Dichiarazione di Alma Ata* del 1978; la *Carta di Ottawa* del 1986; la *Dichiarazione dell'Unesco su bioetica e diritti umani* del 2005 art. 14. Indirettamente risultano avere attinenza con il diritto alla salute anche la *United Nations Millennium Declaration* del 2000, art. 19 (con riferimento ad alcuni determinanti diretti e sociali della salute, agli obiettivi legati alla riduzione della mortalità materna ed infantile, nonché alla lotta all'Hiv/Aids);
- (b) fonti di *hard law generali*, ovvero più vincolanti laddove sottoscritti dai governi e ratificati dai Parlamenti, come il *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* (1966, che all'articolo 12 così recita: "Gli Stati che aderiscono al Patto riconoscono il diritto di ciascuno di poter godere dello standard più elevato possibile di salute fisica e mentale. I passi necessari per raggiungere la piena realizzazione di questo diritto includono quelli per ottenere: a) La riduzione della natimortalità e della mortalità infantile e lo sviluppo sano del bambino; b) Il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale; c) La prevenzione, il trattamento e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche e occupazionali; d) La creazione delle condizioni per assicurare a tutti i servizi sanitari e le cure mediche in caso di malattia"), la *Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione femminile* (1979, art. 12) e la *Convenzione sui diritti dell'infanzia* (1989, art. 24.2);
- (c) fonti di *hard law regionali*: la *Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina* del 1997 art. 1 e art. 3; la *Convenzione americana sui diritti umani* del 1969 e il *Protocollo aggiuntivo di San Salvador* art. 10; la *Carta africana* del 1981 art. 16).



Roger de La Fresnaye **Il malato**  
1912, olio su tela, *Museo Municipale d'arte Moderna, Paris*

**ELIO GUZZANTI**

Ministro della Sanità dal 1995 al 1996.

Direttore Sanitario presso gli ospedali di Santo Spirito, San Camillo e Policlinico Umberto I di Roma dal 1970 al 1975, Direttore Scientifico dell'Irccs Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (1987-1994), componente del Consiglio Superiore di Sanità dal 1976 al 1993.

È autore di oltre quattrocento pubblicazioni e sei monografie riguardanti l'organizzazione sanitaria e la sanità pubblica

# Gli ospedali e i medici ospedalieri

Dalle Istituzioni Pubbliche  
di Beneficenza del 1890  
alle Aziende  
del Ssn del 2010

ELIO GUZZANTI

## LE OPERE PIE

Con la legge 17 luglio 1890, n. 6972 sulle “Istituzioni pubbliche di beneficenza”, il Presidente del Consiglio dei Ministri, Francesco Crispi, esponente della sinistra storica, faceva approvare le norme relative alle cosiddette “opere pie”, cioè un eterogeneo mondo assistenziale, prevalentemente a carattere religioso, costituitosi progressivamente nel corso dei secoli attraverso lasciti, donazioni ed altre modalità di cessione, costituito da circa 23.000 enti tra loro assai diversi per le finalità, le dimensioni ed i patrimoni, nonché per distribuzione sul territorio nazionale, una parte dei quali, circa 1.200, si configurava come ospedali, benché non sussistessero all’epoca i principi e criteri atti a definirne le caratteristiche.

La legge stabiliva che:

“Sono istituzioni pubbliche di beneficenza le opere pie ed ogni altro ente che abbia, in tutto o in parte, per fine:

- di prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità, quanto di malattia;
- di procurare l’educazione, l’istruzione, l’avviamento a qualche professione, arte o mestiere”.

Scopo principale della legge era quello di porre sotto controllo l’attività degli amministratori circa la utilizzazione di un patrimonio valutato all’epoca in circa due

miliardi di lire, e di disciplinarne le attività affinché esse corrispondessero al pubblico interesse.

Crispi, infatti, con la legge 22 dicembre 1888, n. 5849, sulla tutela dell'Igiene e della Sanità Pubblica, aveva finalmente dato valore ed organizzazione a quest'ultima, chiamando a parteciparvi come ufficiali sanitari i medici condotti, istituiti con la medesima legge, ed aveva così affrontato ed avviato a soluzione sia i problemi dell'igiene e sanità pubblica, oggi costituenti il Livello essenziale di assistenza collettiva e sanità pubblica, sia la base dell'attuale Livello essenziale Distrettuale, cioè i medici condotti quali radici della Assistenza primaria, così come definita dal dlgs 229 del 1999.

Rimaneva il problema della assistenza ospedaliera, che era nelle mani delle opere pie, una parte delle quali vi si dedicava, ma senza una organizzazione ben definita.

Per tale motivo, la legge stabiliva che: “le istituzioni pubbliche di beneficenza, qualora abbiano rendite rilevanti destinate ad opera di beneficenza altrettanto rilevanti, richiedono l'opera di un personale stipendiato, di cui debbono stabilire la pianta organica e fissarne con speciale regolamento i diritti e le attribuzioni”.

#### IL CASO DEGLI OSPEDALI DI ROMA

È in questo contesto che si collocano gli ospedali romani dove, nella tradizione dello Stato Pontificio, gli infermi poveri erano curati gratuitamente, ammettendo il diritto al rimborso soltanto per gli abbienti e per le cure ex scelere, praticate, cioè, a seguito di eventi configurabili come reati.

Dal 1870 in poi veniva costituita la *Pia Opera della ospitalità romana*, nella quale ogni ospedale era autonomo, aveva un proprio patrimonio e la propria amministrazione ed una Commissione degli Ospedali di Roma, ripartiva al suo interno i compiti di vigilanza igienica e sanitaria e di deputati locali, per la direzione e amministrazione dell'ospedale al quale erano preposti.

Tale assetto non riuscì però a mantenere l'equilibrio di bilancio perché per cause fondiarie e bancarie venivano meno le rendite patrimoniali di taluni ospedali, e anche perché la popolazione residente a Roma era aumentata, da circa 213.000 unità del 1871 a quasi 400.000 verso la fine del 1800.

Quest'ultimo fenomeno era fonte di contenzioso tra la Pia Opera e i Comuni di Roma e di altre Province circa la competenza del pagamento dei ricoveri e di conseguenti disavanzi che lo Stato ripianava con i mutui, prestiti ed altre misure. Per comprendere la situazione dei medici ospedalieri in quell'epoca, tornano utili i dati tratti dal bilancio per il 1884 dell'Ospedale e la Pia Casa di Santo Spirito in Sassia che comprendeva le seguenti voci:

a) *famiglia sanitaria*, costituita da 1 medico ispettore, 6 medici fissi, 6 medici

primari in soprannumero (pagati in ragione del servizio prestato), 1 medico “elettricista”, 1 chirurgo primario, 1 farmacista;

b) *giovani assistenti*, di cui facevano parte 7 medici assistenti (pagati in relazione al servizio prestato sulla base di uno stipendio annuo di lire 960 cadauno), 7 medici sotto-assistenti (pagati in relazione al servizio prestato, sulla base di uno stipendio di lire 600 annue cadauno), 2 chirurghi sostituti (pagati in relazione al servizio prestato sulla base di uno stipendio annuo di lire 960 cadauno). Perdurando le difficoltà finanziarie e quelle causate dall’incremento demografico della Capitale, alle quali si aggiungevano i flussi stagionali dei lavoratori verso la campagna romana per le esigenze dell’agricoltura, a loro volta causa di ricoveri dovuti per lo più alla malaria, il R.D. 24 maggio 1896 stabiliva che:

“Gli Istituti Ospitalieri di Roma riuniti insieme con unica personalità giuridica, con patrimonio comune ed unica amministrazione, costituiscono un solo ente sotto il titolo di Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali riuniti di Roma”.

“In questi ospedali si accolgono e curano gli infermi poveri d’ambo i sessi, che abbiano compiuto il settimo anno di età, affetti da qualunque malattia medica o chirurgica curabile, escluse le forme morbose croniche dipendenti dalla involuzione senile, le malattie infettive contagiose quando regnassero in forma epidemica, le malattie contagiose, la epilessia e le psicopatie”.

“I ricoverati che passano dallo stato acuto al cronico continueranno ad essere ospitati e curati in luoghi destinati a tale scopo, finché il loro stato di salute non permetta il licenziamento o l’eventuale trasferimento ad ospizi di invalidi”.

“Spetta all’autorità preposta al governo degli ospedali di determinare per ciascuno di essi le malattie che vi devono essere curate”.

“Il ricovero è gratuito per i soli infermi poveri che abbiano il domicilio di soccorso in Roma. Per tutti gli altri ricoverati, italiani o stranieri, gli ospedali ripeteranno i rimborsi di spedalità da chi di ragione a termini di legge”.

“Ai poveri di qualunque provenienza, età e sesso che possono essere curati negli Ambulatori, si danno consultazioni medico-chirurgiche e si fanno medicature gratuitamente”.

“Gli infermi non poveri potranno essere accolti e curati a pagamento secondo le rette e le norme stabilite dall’amministrazione”.

Il 20 giugno 1899 veniva approvato il *Regolamento Igienico sanitario del Pio Istituto di S. Spirito*, che è stato definito “un’opera granitica alla quale si sono ispirate istituzioni e uomini di ogni Regione d’Italia”.

Infatti, diversamente dalle altre Istituzioni Pubbliche di Beneficenza, il Pio Istituto, reso di pubblico interesse dal suo Statuto che rendeva obbligatoria la presenza di medici nella Commissione che ne aveva il “governo” (termine poi dive-



nuto desueto per tornare alla ribalta verso la fine del 1900), cercò di fare coincidere la rigorosità amministrativa, che garantiva “l’assistenza legale” solo ai poveri, con una serie di norme igienico-sanitarie ed organizzative, che aprivano la strada al nuovo modello di ospedale nascente alla fine del 19° secolo a seguito delle conoscenze e pratiche acquisite nell’ultimo periodo in campo anestesilogico, microbiologico ed igienico.

Secondo il Regolamento, gli infermi, appena si presentano devono essere condotti nella “sala di accettazione” e visitati dal sanitario di guardia il quale dovrà attenersi alle seguenti norme:

- a) che sia limitata l’accettazione dei malati cronici a quelli che abbiano urgente bisogno di cura;
- b) che non si accolgano malati i quali possano ricevere cure adatte negli ambulatori;
- c) che, salvo casi d’urgenza, non si ricoverano infermi se non si sia presentata la fede di miserabilità;
- d) gli infermi paganti in proprio non saranno ammessi se non è da essi effettuato il deposito di un mese di retta e sempre che vi siano posti disponibili nelle camere riservate a malati a pagamento, che sono previste dal Regolamento;
- e) che quando il sanitario di guardia sia in dubbio sull’accettazione di un infermo, questi non possa essere respinto se non in seguito a parere del medico primario al quale sia delegata la sorveglianza dell’accettazione degli infermi.

Compiuta la formalità dell’accettazione, l’addetto alla sala di deposito compila la scheda individuale e cubicolare; gli infermi sono svestiti, e dei loro indumenti si forma il fardello. Viene apprestato il bagno e l’ammalato, messe le vesti dell’ospedale, sarà condotto al letto assegnatogli.

La scheda individuale della sala di deposito viene rimessa, giorno per giorno, all’archivio infermi che la custodisce e riscuote le rette di spedalità di quelli paganti. Nella scheda cubicolare di ciascun infermo, insieme alla specifica dei dati personali di esso, dovrà essere indicata la diagnosi della malattia, tutte le particolarità degne di nota e le osservazioni più salienti in ordine alla malattia e alla cura.

L’accettazione dei feriti avviene nella sala di pronto soccorso: trattandosi di casi gravi, vengono collocati nel reparto chirurgico; il chirurgo fa chiamare il primario dovendosi eseguire operazioni di rilievo, e poi i pazienti sono curati sino a completa guarigione.

Il sanitario che ha medicato i feriti stende la relazione di ufficio da spedirsi all’autorità giudiziaria e da tenersi a disposizione di quella di Pubblica Sicurezza.

Il servizio di guardia è fatto dagli aiuti medici e chirurghi, dagli assistenti medico-chirurghi e dal farmacista secondo un turno stabilito in ciascun ospedale.

Per l’assistenza in regime di ricovero il regolamento stabilisce il numero degli in-



fermi di ciascun reparto (proporzionale alla natura, al grado e al corso della malattia), del personale sanitario e di basso servizio (proporzionale al numero degli infermi e all'indole della malattia), il numero delle visite sanitarie giornaliere (una la mattina, l'altra la sera; nella prima viene stabilito il trattamento curativo e la dietetica); viene stabilito che l'assistenza debba essere continuativa sia di giorno che di notte.

Oltre a norme relative al Servizio Farmaceutico, al Trattamento dietetico, alla Sala per terapie speciali, alla Camera operatoria e medicheria e ai Laboratori, il Regolamento prevede due attività riguardanti la verifica e valutazione della organizzazione assistenziale.

La prima riguarda il Congresso dei Direttori, che si deve tenere in giorni fissi per trattare dei fatti più notevoli avvenuti nei singoli ospedali e discutere sui provvedimenti da adottarsi, ed anche a tal fine all'adunanza interviene l'Ingegnere architetto.

La seconda è costituita dai Congressi dei Primari, i quali si adunano per trattare questioni loro deferite dagli organi superiori. I Congressi sono "generalì" se costituiti dai medici Direttori e dai primari medici e chirurghi degli ospedali; sono "locali" se costituiti dal medico Direttore e dai primari di ciascun ospedale.

Complessivamente si può concludere affermando che lo Statuto e il Regolamento hanno conferito agli Ospedali romani una caratterizzazione ben precisa, in generale e per quanto riguarda il ruolo, le funzioni e le responsabilità dei medici, secondo principi e norme che hanno segnato un'epoca, considerata la difformità e spesso l'assenza di regole, secondo le quale operavano in quel tempo le Istituzioni Pubbliche di Beneficenza nel nostro Paese.

D'altro lato la presenza di rappresentanti dei Ministeri e degli Enti locali e l'adozione di provvedimenti volti a tutelare il patrimonio consistente delle precedenti Opere Pie, in particolare l'Ospedale S. Spirito che ne possedeva circa la metà e ad impedirne il collasso attraverso una "legislazione speciale" per gli Ospedali di Roma, si giustificavano, da un lato dalla rapida crescita della popolazione di Roma, che alla fine della Prima Guerra mondiale contava 660.000 residenti, e dall'altro lato dal ruolo di Roma Capitale, che dopo l'Unità d'Italia rappresentava un simbolo e un punto di riferimento.

Proprio quell'epoca fu caratterizzata da una grave crisi economico-finanziaria delle Istituzioni Pubbliche di Beneficenza, aggravata dalla necessità di farsi carico di migliaia di bambini orfani di caduti nella Guerra, ma anche dalla assistenza da erogare ai mutilati, agli invalidi e a quanti avevano contratto gravi malattie a causa della guerra. In tale situazione il Governo Giolitti, con il R.D. del 30 dicembre 1923, modificò la denominazione in "Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza", così rimarcandone la pubblica funzione, e al tempo stesso cercò di

puntualizzare il concetto di “assistenza legale” dettando le disposizioni di seguito citate.

“Ogni Ospedale, secondo la propria competenza nosologica e nei limiti dei mezzi disponibili, ha l’obbligo di provvedere all’assistenza e alla cura dei poveri affetti da malattie acute, dei feriti e delle donne nell’imminenza del parto, salvo il diritto al rimborso delle spese di degenza verso il comune al quale la persona appartenga per domicilio di soccorso”.

“L’ammissione in ospedale, qualora non sia richiesta a pagamento, non può effettuarsi se dal richiedente non siano dimostrate la condizione di povertà e la necessità del ricovero, in dipendenza dell’impossibilità della cura o dell’assistenza ostetrica a domicilio, o negli ambulatori o dispensari. In caso di urgenza il ricovero deve essere provvisoriamente consentito, salvo all’amministrazione ospedaliera di accertare successivamente il concorso delle suindicate condizioni”.

Infine, furono adottate norme migliorative del ruolo e della responsabilità dei medici ospedalieri, stabilendo che:

“per la nomina dei primari specialisti, qualunque sia l’importanza dell’istituto, e per quella degli altri primari medici ospedalieri, quando si tratti di ospedali che abbiano almeno cinquecento posti letto, è obbligatorio il pubblico concorso. A parità di merito saranno preferiti, tra i vincitori del concorso, quei concorrenti che già prestano servizio presso l’ospedale come aiuti o assistenti e che abbiano conseguito tale nomina a seguito di pubblico concorso”.

Il Pio Istituto di S. Spirito, tutelato ma anche fortemente controllato dallo Stato, nel 1931, quando la popolazione di Roma contava un milione di residenti, disponeva di 3.900 p. letto e di 1.000 p. letto per infermi acuti dichiarati cronici e trasferiti nell’Ospedale grande di Viterbo e nell’Ospizio Andosilla di Civita Castellana.

Si trattava, quindi, di 3,9 posti letto per mille malati acuti e di 1 posto letto per mille malati lungodegenti gestiti dal Pio Istituto, ai quali si aggiungevano circa 900 posti letto gestiti da altre Istituzioni.

Per i posti letto per acuti, il personale del ruolo sanitario del Pio Istituto era costituito da:

- a) Ufficio tecnico sanitario (sovrintendente sanitario, ispettore sanitario);
- b) Direzioni sanitarie (5 medici direttori e 1 aiuto medico-chirurgo);
- c) Sanitari (21 primari medici; 8 primari chirurghi; 4 primari specialisti; 1 primario dirigente di gabinetto patologico; 4 primari dirigenti di gabinetto radiologico; 28 aiuti medici; 18 aiuti chirurghi; 4 aiuti specialisti; 4 aiuti patologi; 5 aiuti radiologi; 68 assistenti medico-chirurghi; 3 assistenti di specialità; 8 assistenti di patologia; 12 assistenti radiologi).

d) Incarichi speciali (3 primari vice-direttori; 2 medici elettroterapici; 1 medico settore; 1 medico di gabinetto patologico).

In totale, quindi, si contavano 203 medici, tra cui 38 primari, 59 aiuti e 90 assistenti, rispetto a 60 mila ricoverati, di cui circa il 35% non romani, con degenza media di circa 30 giorni.

Gli accessi al pronto soccorso erano 4.571, di cui il 30% veniva ricoverato. Questo il quadro di un Istituto di Assistenza e Beneficenza fortemente pubblicizzato, in termini di amministrazione, regole e controlli, ma anche pubblicamente sostenuto, tanto da fare ben poco uso dei ricoveri di paganti.

#### LE “NORME PER L’ORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E DEL PERSONALE SANITARIO DEGLI OSPEDALI” DEL 1938

Nel resto d’Italia, gli ospedali erano anch’essi inquadrati tra le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, ma essendo ancora fortemente privatizzati ed autonomi non presentavano in genere un quadro omogeneo, anche per quanto riguarda le fonti di finanziamento, che andavano riducendosi, da un lato per la già ricordata crisi economico-finanziaria degli anni ‘20 e ‘30, dall’altro lato per la difficoltà a negoziare con i Comuni la retta giornaliera per l’assistenza e la cura dei poveri. Ciascuna delle due parti risentiva, infatti, delle singole situazioni locali, relative alle possibilità patrimoniali dell’Istituto e alle condizioni finanziarie dei Comuni, ovviamente assai diverse nel Nord Italia rispetto al Centro, Roma esclusa, e soprattutto al Sud e alle Isole.

Proprio dal Nord più prospero, ma anche più consapevole che oramai gli ospedali si dovevano adeguare alle esigenze strutturali e funzionali rese possibili e necessarie dai progressi della medicina e della società, da un lato crebbero le iniziative per creare nuovi ospedali, dall’altro lato si avviarono incisive iniziative per l’accoglienza di malati paganti in proprio allo scopo di rendere possibile la sopravvivenza delle istituzioni e per soddisfare i cittadini i quali, in particolare per le attività chirurgiche, erano ormai consapevoli delle migliori condizioni di capacità tecnica e sicurezza presenti negli ospedali.

Si ponevano, quindi, sul tappeto due problemi: il significato della libera professione dei medici ospedalieri e la questione delle compartecipazioni.

Circa la libera professione, da parte dei medici può essere considerata un diritto, ma in realtà è un dovere verso gli assistiti, che hanno il diritto di scegliersi il luogo di cura e, se possibile, anche il medico curante.

Della partecipazioni si tratterà in seguito perché dovevano passare ancora degli anni prima di proporre una più equa soluzione.

In questo quadro istituzionale, confuso nei rapporti tra Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza e Comuni da una parte, e dall’altra parte tra professio-

nisti verso l'Istituzioni, ma anche tra di loro, una forte innovazione appare con il R.D. 30 settembre 1938, n°1631, che detta *Norme per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*.

Ferma rimanendo la natura giuridica di Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, gli Istituti di cura sono distinti in ospedali ed infermerie.

Gli ospedali, generali e specializzati, devono rispondere a specifici requisiti che la norma stabilisce, e sono costituiti da "sezioni", da "divisioni", costituite da due o più sezioni, che si raggruppano in "reparti", cioè settori dell'ospedale dove si eseguono determinate e specifiche cure.

Accanto agli ospedali, distinti in 1°, 2° e 3° categoria secondo la media giornaliera di degenze, si pongono due altre categorie di istituti di cura, cioè: gli Istituti a carattere scientifico, il cui riconoscimento è fatto dal Ministro dell'Interno sentito quello per l'educazione nazionale, vale a dire gli attuali Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), e le Infermerie, distinte a seconda dei pazienti da ricoverare cioè acuti, convalescenti e cronici.

Nell'ambito delle norme relative al personale, si individuano quelle relative ai *primari*, che acquistano la stabilità e rimangono in carica fino a 65 anni, dei quali sono puntualmente descritte le attribuzioni, e quelle riguardanti gli *aiuti* (medici, chirurghi e di specialità), che coadiuvano il primario e lo sostituiscono, sia nelle attività in confronto dei ricoverati quando a ciò ne siano delegati dal primario, sia durante le assenze di quest'ultimo. L'aiuto è nominato per un quadriennio e può essere riconfermato per un altro quadriennio.

Infine gli assistenti (medico-chirurghi e di specialità), che dipendono direttamente dal primario e dall'aiuto per quanto riguarda il servizio di reparto. L'assistente è nominato per un biennio e può essere riconfermato per un altro biennio.

L'aiuto e l'assistente, oltre alle proprie mansioni, sono tenuti a fare il servizio di guardia, di pronto soccorso e di accettazione dei malati.

primari, aiuti e assistenti sono nominati in base a concorso pubblico per titoli ed esami.

Altri elementi significativi fissati dalle norme del 1938 riguardano i ricoveri a carico degli enti mutualistici ed assicurativi, per i quali detti enti debbono versare, oltre alla retta di ricovero, anche un compenso fisso per ricoverato, distinto per branca di assistenza, che dovrà essere devoluto dall'amministrazione ospedaliera ai sanitari curanti, e la possibilità data agli Istituti di cura di accogliere malati paganti in proprio, entro il limite di un decimo della loro capacità recettiva, stabilendo tariffe tali "da realizzare un margine destinato a beneficio dei fini istituzionali dell'ente, ed in speciale modo alla riduzione della retta per ricoveri d'urgenza". Per questo motivo la norma stabilisce che le amministrazioni ospedaliere non possono inserire nei loro regolamenti disposizioni limitatrici della libera attività

professionale del personale sanitario, salvo la facoltà di “vietare o limitare talune forme di esercizio professionale che si risolvono in una concorrenza all’ospedale da cui i sanitari dipendono”.

Un limite di queste disposizioni era il non aver fissato i criteri per la ripartizione dei compensi fissi mutualistici tra i primari, gli aiuti e gli assistenti. Per quanto riguarda la libera professione, invece, da un lato quella intramurale era lodevole nell’intento di assistere finanziariamente gli istituti, ma dall’altro si configurava anche una libera professione svolta all’esterno, di cui si tentava di evitare il sorgere di “conflitto d’interessi” con modalità formali di dubbia efficacia.

Ancora due annotazioni si possono fare sulle norme del 1938, l’una riguarda l’assenza di disposizioni circa la partecipazione dei medici alle decisioni riguardanti la organizzazione ospedaliera, essendo il tutto affidato alle nuove figure del direttore sanitario, che per partecipare al concorso deve possedere “titoli specifici nel campo dell’igiene, della tecnica e dell’assistenza ospedaliera”. È il direttore sanitario che “cura il buon governo dell’ospedale nei riguardi igienico-sanitari”, accanto ad altre attribuzioni, tra le quali la seguente: “convoca, almeno una volta ogni tre mesi, i primari ed il direttore di farmacia ed i capi dei laboratori perché riferiscano sul servizio loro affidato, e cura che di queste riunioni venga redatto relativo verbale da trasmettere all’amministrazione”.

L’altra annotazione riguarda, invece, il personale sanitario delle infermerie, per il quale si stabilisce che, qualora le infermerie “non si avvalgano del medico condotto”, è nominato in base a concorso per titoli. Nel caso della partecipazione di tutti i medici alla vita dell’ente, la mancata previsione è legata alla struttura dei ruoli, delle funzioni e delle responsabilità, sostanzialmente centrate sulla figura del “primario”, con la marginale presenza dei “secondari”. Circa le infermerie, invece, il collegamento tra le stesse e i medici condotti sembra preludere ad un tema oggi di grande attualità, cioè gli ospedali di comunità quali presidi assistenziali intermedi tra l’ospedale e il domicilio e, in essi, il ruolo di responsabili da affidare ai medici di medicina generale.

Si farebbe però torto all’opera di Gianni Petraggiani, professore ordinario di Igiene, se non si ricordassero, accanto alle norme del R.D. del 1938, anche le *Istruzioni per le costruzioni ospedaliere* del 20 luglio 1939, che ne completano il contributo innovatore apportato alla questione ospedaliera, nella sua funzione di Direttore Generale della Sanità Pubblica, allora facente parte del Ministero dell’Interno.

Ci si limita qui a ricordare che le Istruzioni si collocano, intanto, nel “programma in ogni Provincia predisposto, in base alle direttive ministeriali, per la coordinazione e lo sviluppo dei centri ospedalieri”, aprendo la strada al concetto di programmazione degli ospedali, un tema che in seguito sarà adottato e, più ge-

neralmente, applicato ai presidi assistenziali sanitari e socio-sanitari.

Altro elemento significativo e profondamente innovativo è la seguente norma:

“Il numero dei fabbricati componenti un ospedale, per ragioni di economia, deve essere limitato e si deve perciò dare la preferenza alla costruzione a blocco. Se questa ha uno sviluppo verticale, deve avere un numero di piani fuori terra non superiore a sette”.

Tenendo presente quanti ospedali a padiglioni sono stati costruiti in Italia a partire dagli inizi del Ventesimo secolo, e quanto oggi sia difficile e costosa la loro organizzazione e gestione, si può bene affermare che le norme ospedaliere del 1938-1939 hanno positivamente segnato un'epoca nella trasformazione interna ed esterna degli ospedali.

Il loro varo è avvenuto alla vigilia della Seconda Guerra Mondiale, che ne ha quindi in parte differito e in parte modificato i contenuti; ciò non toglie che, pur operando come Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, il cammino verso il futuro era oramai aperto.

L'unico elemento storico e perdurante era contenuto nell'art. 90 della norma del 1938, secondo il quale: “Nulla è innovato alle norme in vigore per il Pio Istituto di S. Spirito ed ospedali riuniti di Roma, concernenti l'accettazione e dimissione degli infermi, nonché circa la vigilanza e tutela sul predetto Pio Istituto”.

#### DAL MODELLO BISMARCK AL MODELLO BEVERIDGE

A metà degli anni Quaranta, le precedenti mutue volontarie evolvono verso l'assicurazione sociale di malattia, cioè l'assicurazione obbligatoria verso il rischio di malattia, un modello detto Bismark, perché voluto ed attuato in Germania dal Cancelliere Bismark sin dal 1883.

Progressivamente le categorie assicurate sono aumentate e, con norme emanate nel 1953 e 1955, la assistenza mutualistica è stata estesa a tutti i pensionati e ai loro familiari conviventi e a carico. Gli effetti si sono presto fatti sentire sugli ospedali, che nel 1957 contavano 413.391 posti letto e 3.521.091 dimessi, aumentati nel 1967 a 528.276 posti letto e 6.890.390 dimessi, passando quindi da 8,38 posti letto per mille abitanti a 9,84.

È di quel periodo la stabilità in carriera ottenuta dagli aiuti e dagli assistenti, con la legge 336 del 1964, nonché l'accordo che distribuisce in modo più equo i proventi mutualistici tra i primari, gli aiuti e gli assistenti, secondo il 4:2:1.

Poco tempo dopo, la legge 132 del 1968, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*, riforma gli ospedali rispetto alle norme del 1938. Dal punto di vista giuridico, infatti, la costituzione degli ospedali in enti pubblici, si sostituisce alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, mentre dal punto di vista tecnico-or-



ganizzativo si tiene conto delle profonde trasformazioni scientifiche, sociali e politiche intervenute dopo la Seconda Guerra Mondiale, in Italia e nei Paesi industrializzati, ed in particolare dal concetto della *Progressive patient care*, sostenuto e pubblicato nel 1962 dallo United States Health Service. Partendo dalla constatazione che le nuove conoscenze e tecnologie da un lato, e la transizione epidemiologica verso l'invecchiamento e le malattie croniche dall'altro, imponevano una nuova organizzazione, sia all'interno degli ospedali sia nella programmazione territoriale, si distinguevano le terapie intensive, i servizi di ricovero per acuti, l'assistenza intermedia, l'assistenza ambulatoriale, l'assistenza domiciliare e la *long-term care*.

Nel D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, sull'Ordinamento interno dei servizi ospedalieri, nel distinguere i "servizi igienico-organizzativi", dai "servizi di diagnosi e cura", si articolano questi ultimi in divisioni e servizi speciali, quali l'emodialisi, la medicina nucleare e la virologia.

Per quanto riguarda la programmazione regionale ospedaliera, si fa riferimento al "fabbisogno di posti letto distinti per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti" della legge 132 del 1968, e dei relativi decreti delegati del 1969, alcuni aspetti meritano una ulteriore riflessione, la prima delle quali riguarda gli "Organi dell'ente ospedaliero", che accanto al consiglio di amministrazione, al presidente e al collegio dei revisori, collocano il "consiglio dei sanitari", oppure il "consiglio sanitario centrale" negli enti ospedalieri da cui dipendono due o più ospedali. Tale "organo di consulenza tecnica del consiglio di amministrazione" esprime pareri sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi sanitari dell'ente e sulle tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche, ma può anche formulare proposte per il miglioramento dei servizi sanitari. La composizione prevede la partecipazione ex officio dei primari e del direttore di farmacia, e quella di "aiuti e di assistenti in numero uguale e non superiore complessivamente a due quinti dei componenti del consiglio, eletti in separate assemblee". La presidenza di tale organo spetta al direttore sanitario nel consiglio dei sanitari, e al sovrintendente sanitario nel consiglio sanitario centrale.

Si trattava, quindi, di fare partecipare i medici alle scelte dell'ente ospedaliero, e questo faceva ben sperare per il futuro perché, non a caso, si era affermato, ironicamente, che il termine "divisione" fotografava la realtà ospedaliera, dove tanti coinquilini ignoravano il nome e la professione delle persone della porta accanto. Importante è stato altresì l'aver stabilito che: "Le amministrazioni ospedaliere possono realizzare, nell'ambito di ciascun ospedale, strutture organizzative a tipo dipartimentale, tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine delle loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico". Per la direzione di tali strutture, si prevedeva un co-



mitato costituito dal direttore sanitario, i primari, gli aiuti capi di sezione e di servizi autonomi e una rappresentanza degli aiuti e degli assistenti.

Complessivamente, quindi, si articolava anche all'interno dell'ospedale la forma partecipativa alla gestione da parte dei medici, anche di quei "secondari" ai quali la legge del 1964 aveva dato la stabilità, ma con un ruolo e delle responsabilità non ben definite.

Per la verità, la normativa ospedaliera 1968-1969, per quanto riguarda le attribuzioni dei primari, degli aiuti e degli assistenti, ricalca quella del 1938, perché per i primari le attribuzioni sono sostanzialmente le stesse, gli aiuti, oltre a collaborare direttamente con i primari ai quali rispondono del proprio operato, hanno la responsabilità delle sezioni loro affidate e coordinano l'attività degli assistenti, i quali hanno la responsabilità dei malati a loro affidati e rispondono del loro operato all'aiuto e al primario. Tutto il personale medico viene assunto mediante pubblico concorso per titoli ed esami e può optare per il tempo pieno o definito che va da 40 a 30 ore. Un limite importante della complessiva normativa ospedaliera dal 1968-1969 è stato quello di porre valori elevati di posti letto per la costituzione delle divisioni e delle altre articolazioni interne, ma anche quello di avere, giustamente, distinto gli ospedali in zionali, provinciali e generali. Avendo, però, mantenuto la retta giornaliera di degenza, determinata da ciascun ente ospedaliero sulla base del costo dell'assistenza prestata agli infermi, ne è scaturita una competizione al rialzo della classificazione da parte di ciascun ospedale, sia per ragioni di prestigio, sia per convenienza finanziaria. In tal modo il numero dei posti letto ospedalieri, che all'epoca erano già arrivati a 529.276 a seguito della estensione dell'assistenza mutualistica, compresi i pensionati, nel 1974 avevano raggiunto quota 583.646 e la spesa sostenuta dai 10 maggiori Enti mutualistici (97% del totale della mutualità) aveva raggiunto i 4.534 miliardi, dei quali 2.364 (52,1%) per gli ospedali, 736 (16,2%) per i farmaci, 596 (13,1%) per la medicina generale e 550 (12,1%) per la specialistica. È in questo contesto che viene emanata la legge 17 agosto 1974, n. 386, recante "norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria", la quale, tra l'altro stabilisce che:

1. sino alla entrata in vigore della riforma sanitaria è vietato istituire nuove divisioni, sezioni e servizi, salvo specifiche e limitate circostanze, nonché aumentare gli organici degli enti ospedalieri e assumere, anche temporaneamente, nuovo personale;
2. l'assistenza ospedaliera, già erogata dalla mutualità, passa sotto la responsabilità delle regioni dal 1° gennaio 1975;
3. dal 1° gennaio 1975 nello stato di previsione di spesa del Ministero della sa-

nità è istituito il “Fondo nazionale per l’assistenza ospedaliera”, che dovrà essere ripartito tra le regioni secondo parametri che vengono puntualmente dettagliati;

4. in pari data è abolita la retta di degenza;
5. è, altresì, abrogata ogni disposizione relativa ad interventi finanziari dello Stato e del Comune di Roma a favore del Pio Istituto di S. Spirito ed ospedali riuniti di Roma;
6. dal 1° luglio 1975 i principali enti mutualistici sono commissariati in vista della successiva estinzione di tutti gli enti eroganti assistenza sanitaria, le cui funzioni e strutture sono ripartite tra lo Stato, le regioni e gli altri enti territoriali per l’attuazione del servizio sanitario nazionale.

Si abbandonava così il *modello Bismark* per adottare il *modello Beveridge*, cioè quello avviato il 5 luglio 1948 nel Regno Unito con il National Health Service per assistere tutti i cittadini e finanziato dallo Stato.

#### L’ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E IL SUO SVILUPPO

Il 23 dicembre 1978, la legge n. 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (Ssn), dichiarava, anzitutto, che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale, che è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. Dichiarava, inoltre, che alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme nell’intero territorio nazionale con una rete completa di Unità sanitarie locali (Usl), che si articolano in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Per quanto riguarda gli ospedali, aboliti gli enti ospedalieri istituiti dalla legge 132 del 1968, se sono dotati dei requisiti minimi stabiliti dalla citata legge, «gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle Unità sanitarie locali» che la legge regionale articola in “dipartimenti, in base al principio dell’integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari” in modo da valorizzare il lavoro di gruppo e di favorire il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali.

Sono definiti “multizonali” i presidi ospedalieri che svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una Unità sanitaria locale: la loro gestione è affidata alle Unità sanitarie nel cui territorio sono ubicati. Con la soppressione degli enti ospedalieri, finisce anche un periodo di dieci anni durante i quali i medici avevano cominciato a comprendere le finalità e le mo-

dalità per una loro partecipazione alle decisioni riguardanti la loro stessa vita, professionale e personale, attraverso i consigli dei sanitari. Forse anche per questo, la costituzione dei dipartimenti di fatto non è mai veramente avvenuta.

Il D.P.R. 761 del 1979 stabilisce lo stato giuridico per il personale medico con il tempo pieno, che comporta 40 ore settimanali di servizio, o il tempo definito, con l'obbligo di 30 ore settimanali di servizio. Nell'elencare i compiti e i doveri delle due tipologie, grande rilevanza viene data alle modalità delle attività libero-professionale, ma neppure un cenno appare circa le attività dipartimentali, o comunque partecipative ad organi collegiali.

L'assunzione in servizio avviene attraverso pubblici concorsi, che per i primari richiedono il conseguimento delle idoneità per le diverse specialità, ottenuta mediante esami da espletarsi in sede nazionale. Per gli assistenti, di medicina e di chirurgia, assunti per concorso, durante il primo anno sono utilizzati anche in aree funzionali diverse per acquisire esperienza professionale di carattere generale. Nel successivo biennio sono inquadrati definitivamente nei settori di appartenenza, richiedendo peraltro agli assistenti radiologi e anestesisti un servizio continuativo nella disciplina di almeno un anno.

Per gli aiuti corresponsabili ospedalieri, per accedere al concorso è necessario avere effettuato il tirocinio da assistente e due di servizio nella disciplina per la quale il concorso è bandito, salvo i radiologi e gli anestesisti, per i quali è richiesta la libera docenza o la specializzazione nella specialità.

Durante il periodo critico attraversato negli anni Ottanta dal Ssn, con l'Amministrazione delle Usl affidata a un Comitato di Gestione che si avvale di un Ufficio di Direzione attraverso meccanismi di "coordinamento", si intravedono le ragioni della crisi, causata dalle ingerenze dell'indirizzo politico sulla gestione organizzativa, probabilmente frutto di un'epoca nella quale la competenza, il merito e la gerarchia funzionale non erano valori correnti.

La legge 595 del 1985 interrompe questo declino con alcuni provvedimenti, tra i quali si citano:

1. la definizione dei posti letto ospedalieri, stabilita in 6,5 per 1.000 abitanti, di cui almeno l'1 per 1000 riservato alla riabilitazione;
2. l'introduzione del concetto delle "aree funzionali omogenee" quale misura di avvio della organizzazione dipartimentale mediante la deroga rispetto alla rigidità delle norme del 1968-1969 circa la consistenza in posti letto delle sezioni, divisioni e servizi speciali;
3. il riconoscimento del concetto e dei presidi di "alta specialità", il cui elenco e i relativi requisiti verranno poi definiti dal D.M. 29 gennaio 1992, che rappresenterà il punto di riferimento principale per la individuazione delle Aziende Ospedaliere nei Dlgs 502 del 1992 e 517 del 1993.

Il Dlgs 502 del 1992, e le modifiche ed integrazioni apportate con il Dlgs 517 del 1993, sono il frutto di situazioni specifiche riguardanti le condizioni critiche dell'economia italiana in quel periodo, ma riflettono anche la riforma del *modello Beveridge* che, con *The NHS and Community Care Act* del 1990, dal 1991 ha avviato la "aziendalizzazione" istituendo i Nhs Trusts. Si tratta di un modo di operare che l'Inghilterra ha appreso dalla esperienza del Johns Hopkins Hospital, uno dei più famosi ospedali di insegnamento degli Stati Uniti, che sin dal 1973 si è dato un nuovo assetto organizzativo fondato sui dipartimenti quali entità responsabili sia delle attività clinico-assistenziali, sia degli aspetti amministrativi e gestionali delle risorse umane, tecniche e finanziarie. Nei Nhs Trusts ciò si traduce nei *Clinical Directorates*, che sono dipartimenti clinico-gestionali con a capo il *Clinical Director*, e nella istituzione del *Medical Director*, che siede nel Consiglio di Amministrazione del *Trust* come intermediario tra il Consiglio e i dipartimenti e come coordinatore di questi ultimi.

I Dlgs italiani introducono le Aziende Unità Sanitarie Locali, che sono responsabili anche dei presidi ospedalieri, distinguendole dalla Aziende Ospedaliere, cioè gli ospedali di alta specializzazione che hanno rilievo nazionale e sono quindi entità autonome.

Tutti i poteri di gestione e la rappresentanza legale della Aziende sono affidati a un Direttore generale, che è affiancato da un Direttore sanitario e da un Direttore amministrativo, da lui stesso nominati con procedimento motivato.

Frutto di complessi e combattuti rinnovi contrattuali svoltisi nel corso degli anni, i Dlgs apportano la novità della "dirigenza del ruolo sanitario" che si articola su due livelli. Al primo livello si accede attraverso pubblico concorso, possedendo la laurea e la specializzazione nella disciplina di riferimento, per poi esercitare attività di supporto e di collaborazione, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Il secondo livello è attribuito quale incarico a coloro che sono in possesso della idoneità nazionale, previo avviso pubblico e sulla base del parere di una commissione di esperti, per poi esercitare funzioni di direzione e organizzazione della struttura loro assegnata, da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa.

I Dlgs confermano la organizzazione dipartimentale delle Aziende, nelle quali viene ripristinato il Consiglio dei sanitari, che però non è più "organo" delle stesse ed ha carattere elettivo e perciò non ne fanno parte di diritto tutti i direttori di struttura, malgrado il Consiglio sia tenuto a fornire "parere obbligatorio al Direttore generale per le attività tecnico-sanitarie", e che il Direttore generale sia tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Consiglio dei sanitari. Nel 1992 viene emanato il D.P.R. 20 ottobre 1992 "per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali", e nel 1993 viene pre-

sentato al Consiglio Superiore di Sanità, che l'approva, la regolamentazione della *day surgery* e della chirurgia ambulatoriale.

Si tratta di due innovazioni destinate ad incidere profondamente sulle strutture, le funzioni e l'organizzazione degli ospedali, ma anche sulla professionalità dei medici, ad esempio con il diffondersi della chirurgia laparoscopica. Lo stesso finanziamento degli ospedali sarà profondamente modificato da questi nuovi modelli assistenziali, come appare con maggiore evidenza con le Linee-guida n. 1 del 1995, che il Ministro della Sanità pro-tempore deve diffondere per dare attuazione a quanto disposto dalla legge finanziaria per il 1995. Tale legge, infatti, stabilisce che dal 1° gennaio 1995 la remunerazione delle attività ospedaliere di ricovero avverrà mediante le tariffe predeterminate per caso di ricovero, fondate sulla metodologia classificativa delle patologie che deriva dai Drg in uso negli Stati Uniti sin dal 1983.

A tale proposito le Linee-guida sottolineano come tale remunerazione avrebbe potuto indurre variazioni significative nella condotta clinico-assistenziale, tali da richiedere iniziative di audit clinico, e per questo si richiamava l'esigenza di dare effettiva attuazione ai dipartimenti. Solo così si sarebbero potute analizzare la tipologia e numerosità delle prestazioni erogate, l'impiego delle risorse umane, tecniche e finanziarie, i risultati clinici ottenuti, ma anche i risultati conseguiti in merito alla qualità della vita dei pazienti.

Nel dettare le Linee-guida, il pensiero andava al "dipartimento medico-chirurgico di cardiologia pediatrica", inaugurato l'8 gennaio 1982 presso l'Ospedale del Bambino Gesù a Roma dal Pontefice Giovanni Paolo II, forse il primo dei 5 dipartimenti che erano attivi in Italia nel 1994. Per una singolare coincidenza, nell'aprile del 1995 il *Daily Telegraph* informava l'opinione pubblica inglese della esistenza del *Bristol case*, cioè degli errori compiuti, tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta, presso la Bristol Royal Infirmary, un centro di riferimento di terzo livello per circa 7 milioni di residenti nel sud-ovest dell'Inghilterra e nel Galles del sud. L'accusa riguardava l'aver causato la morte di circa 30 bambini e di averne danneggiato permanentemente altri, per l'imperizia di cardiocirurghi per adulti che si erano spinti verso attività per loro non consuete. È in questo contesto che nel 1997 il Governo laburista inglese ha presentato al parlamento il documento *The new NHS modern and dependable*, un cui paragrafo afferma il concetto del "governo clinico" quale processo capace di far sì che la qualità venga posta al centro delle responsabilità sia dei Trusts, sia di ciascuno dei professionisti. Tra le componenti del governo clinico vengono citate alcune attività quali l'audit clinico, per il miglioramento della qualità da integrare nel programma per la qualità di ciascun Trust, e per la adozione di interventi per la riduzione del rischio clinico, così da evidenziare gli eventi avversi, risalire alle cau-

se e trarre gli elementi per evitare che si ripetano.

La cosiddetta riforma ter, cioè il Dlgs 229 del 1999, oltre a modificare la disciplina della dirigenza medica, collocandola in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali, ribadisce che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione delle Aziende sanitarie, ed istituisce il Collegio di direzione "di cui il Direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria", prevedendo la partecipazione al Collegio del direttore sanitario e amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

L'influenza di quanto è avvenuto nel Nhs per quanto riguarda la organizzazione dei dipartimenti clinico-gestionali sembra, perciò, evidente sia dalla normativa italiana successiva al 1997, sia dalla costituzione dei dipartimenti, che erano 5 nel 1994, passati poi a 437 nel 1999 e, secondo una ricerca del Ministero della Salute, giunti a 1.805 nel 67% delle Asl, Ao, Irccs e Policlinici che vi hanno partecipato nel 2005.

Nessuna analogia esiste, invece, tra il Nhs e il Ssn per quanto riguarda lo stato giuridico dei medici; nel 2007, infatti, nel Ssn operavano 110.904 medici dirigenti, quindi in carriera stabile, di cui 9.851 con qualifica assimilabile al *consultant* inglese. Circa nello stesso periodo, in Inghilterra lo staff operante nel Nhs contava circa 90.000 unità, 46.139 appartenenti ai *Career grades* (di cui 32.000 consultants) e 44.131 inquadriati come *Doctors in Training*.

Attualmente gli ospedali e i medici ospedalieri si devono confrontare con una nuova, dura, realtà, cioè l'Intesa sancita il 3 dicembre 2009, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012. Dei 20 articoli che lo compongono, di particolare rilievo è, intanto, l'articolo 6, secondo il quale:

"Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le Regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011".



Rispetto a tali misure già definite, altre attendono delle successive determinazioni che possono influenzare i predetti standard, quali “il peso della popolazione ultrasettantacinquenne” e “i posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell’anno 2008”.

Tenendo presente che la legge 595 del 1985 aveva fissato lo standard medio di 6,5 posti letto per mille abitanti, di cui almeno l’1 per mille riservato alla riabilitazione, standard successivamente diminuito e modificato da successive normative, qualche considerazione merita di essere fatta.

Oramai da molti anni in Italia la durata media della vita aumenta di oltre 5 mesi per ognuno degli anni di calendario, raggiungendo nel 2008 i 78,7 anni per i maschi e 84 anni per le femmine. Nelle previsioni demografiche relative al periodo 2007-2051 (Istat 2008), lo scenario ritenuto più probabile, considera la popolazione totale pari a 61,6 milioni nel 2051, quindi di poco superiore a quella del 2008, ma “l’aspetto in assoluto più certo di tutte le previsioni è il progressivo e inarrestabile incremento della popolazione anziana”. Si prevede, infatti, che le persone di anni 65 e oltre perverranno al 33% della popolazione totale nel 2051, e le persone di anni 85 e oltre passano da 1,3 milioni nel 2007 a 4,8 milioni nel 2051, per una proporzione rispetto alla popolazione totale che aumenta dal 2,3 al 7,8%.

Rispetto a queste previsioni, la riduzione dei posti letto per acuti, del 40% rispetto al 1985, e di quelli per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, del 30%, richiede necessariamente la attuazione di quanto stabilito nell’articolo 9 del nuovo Patto per la salute, cioè la “Razionalizzazione dell’assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti”, nel quale si conviene che:

- a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l’organizzazione dell’assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente Dpcm di fissazione dei Lea;
- b) l’ammissione alla varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale validata dagli accordi tra Regioni e Ministeri;
- c) in sede di Cabina di Regia del Nsis sono attivati i flussi informativi relativi alla assistenza domiciliare e residenziale.

È questo un fatto fondamentale, considerato che allo stato attuale risulta che:

- nel 2006 l’Adi ha assistito 414.153 persone, delle quali 351.201 di anni 65 e oltre, pari a 2,98 per cento anziani, un valore molto inferiore agli altri Paesi evoluti, Europei e non, sia in termini percentuali, sia, e soprattutto, come ore



settimanali di assistenza;

- Nel 2005 gli ospiti dei presidi residenziali socio-sanitari sono stati:

298.251, di cui	minori (0-17):	17.999
	adulti (18-64):	50.824
	anziani (65 e >):	229.628

Circa questi valori, si rileva intanto che il 23% delle persone ospiti di tali presidi ha meno di 65 anni (un dato che trova riscontro negli assistiti dalla *long-term insurance* che è attiva in Germania dal 1995), e si dimostra, inoltre, che in Italia sono disponibili per gli anziani posti residenziali solo per il 2% di essi. In confronto, si riportano i seguenti dati:

- in Germania, nel 2003, si contavano 4,54 posti per 100 anziani;
- negli Stati Uniti, nel 2004, il valore era 4,76 posti per 100 anziani;
- in Inghilterra, nel 2005, il valore era 5,44 posti per 100 anziani.

I medici ospedalieri sanno bene che il grande ritardo che l'Italia ha accumulato nel riconoscere un ruolo essenziale alla Assistenza Primaria territoriale, con le conseguenti carenze anche in tema di assistenza a domicilio, semiresidenziale e residenziale, ha messo a dura prova la tenuta degli ospedali, e non solo nel pronto soccorso.

Le nuove misure di contenimento delle strutture e del personale impongono ora un salto di qualità nella valutazione delle prestazioni erogate e di quelle da erogare, e questo non può essere affidato alla inappropriatazza per decreto, già discutibile nel caso di ricovero ospedaliero, ma del tutto impraticabile a livello della Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica e della Assistenza Distrettuale.

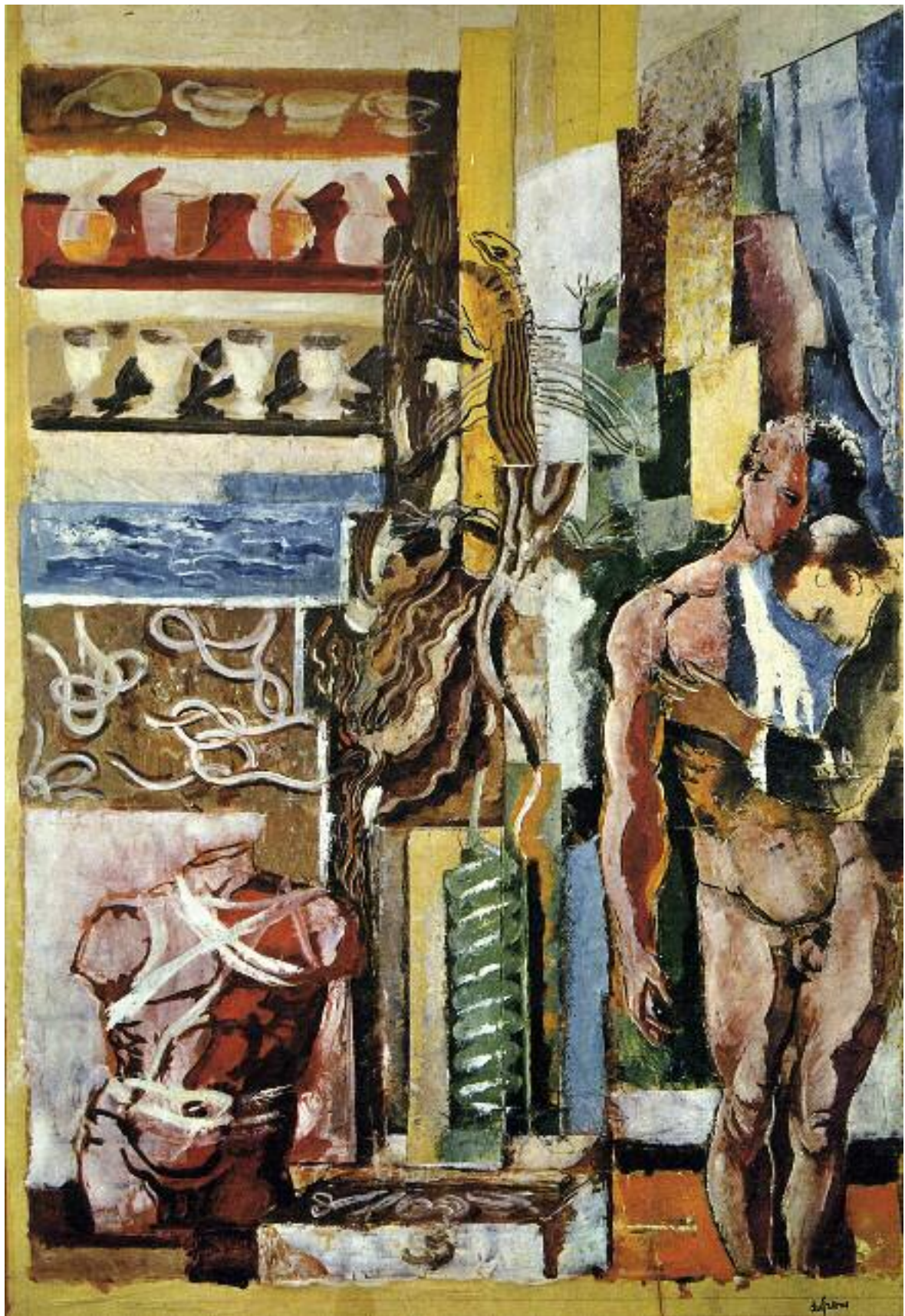
A questo punto, medici ospedalieri e medici del territorio devono unirsi, culturalmente ed operativamente, per assumere le iniziative del cosiddetto "governo clinico", che altro non è che un processo di responsabilizzazione dei medici. Leali verso le persone assistite e verso le istituzioni, i medici vogliono "rendersi conto per rendere conto", e questo non può avvenire se non nella organizzazione dipartimentale, e con metodologie come l'audit clinico, che oltretutto vede partecipanti le altre professioni sanitarie non mediche.

Nella loro lunga storia i medici hanno dovuto affrontare problemi quali la superstizione popolare e i ciarlatani, ma sono stati anche protagonisti di conflittualità interne alla categoria e di forti contrasti con le istituzioni.

Nel momento di una crisi come quelle del primo decennio del XXI secolo, è giunto il momento di ritrovare un comune sentire, anche perché il cosiddetto territorio contiene sia gli ospedalieri che i libero-professionisti, uniti per riaffermare i principi etici e la deontologia della professione.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Canezza A., Casalini A., *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali riuniti di Roma*, Istituto editoriale di monografie illustrate di aziende, Roma, 1933.
- Nazzaro V., De Cecco A., *Codice Ospedaliero*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1960.
- Guzzanti E., *A proposito della carriera ospedaliera*, La Settimana degli Ospedali. 1964;3:1-4.
- Guzzanti E., Tripodi P., *L'Ospedale e la Medicina Sociale*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1966.
- Guzzanti E., *Considerazioni sulla struttura e sulle funzioni dei Consigli dei Sanitari*, L'Ospedale 1968;12:1-8.
- Guzzanti E. et al., L'Assistenza Domiciliare, in *L'Assistenza agli anziani e la Regione Lazio*, Istituto di Ricerche Economico e Sociali P. Martini, Roma 1981.
- Guzzanti E., Longhi T., *Aspetti moderni dell'organizzazione sanitaria: il Dipartimento*, Federazione Medica 1984; 2:1-4.
- Preti D., *La questione ospedaliera nell'Italia fascista (1922-1940): un aspetto della "modernizzazione corporativa"*, in *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Giulio Einaudi 1984, pp.335-387.
- Guzzanti E., Longhi T., *Medicina di base e Medicina ospedaliera*, Federazione Medica, 1985;9:1-5.
- Astegiano G., *Il Pio Istituto di Santo Spirito e O.O.R.R. di Roma*, L'Autore Libri, Firenze 1990.
- Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C., *Day surgery: concetti e possibilità di attuazione*, Federazione Medica, 1 Gennaio 1993;7-13.
- Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C., *Nuove frontiere dell'organizzazione sanitaria: il day hospital, la day surgery*, Editeam, 1993.
- Guzzanti E. et al., *L'esercizio della libera professione intramuraria e l'istituzione di camere a pagamento*, Ricerca sui Servizi Sanitari, 1997;3:3-15.
- Sepe S., *Le Amministrazioni della Sicurezza Sociale nell'Italia Unita (1861-1998)*, Giuffrè Editore, 1999.
- Guzzanti E., *I Dipartimenti ospedalieri nelle esperienze internazionali. Storia, evoluzione, prospettive*, Organizzazione Sanitaria 2000;4:7-20.
- Guzzanti E., Mastrobuono I., *La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo*, Organizzazione Sanitaria 2006;2:os
- Guzzanti E., *L'ospedale del futuro: origini, prospettive*, Recenti Progressi in Medicina, 2006;97:594-603.
- Guzzanti E. et al., *L'Assistenza Primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Iniziative Sanitarie, Roma 2009.



Charles Dufresne **La Medicina**  
1920, olio su tela, *Museo dell'Annunziata, Saint Tropez*



#### NICOLA FALCITELLI

Laureato in Giurisprudenza presso l'Università degli Studi di Roma nel 1954, è procuratore legale dal 1957.

È entrato nell'Amministrazione Pubblica il 15 aprile 1955 ed ha svolto la sua attività prima presso l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia e successivamente presso il Ministero della Sanità dove ha ricoperto, dal 1985 al 1997, gli incarichi di Segretario Generale del Consiglio Sanitario Nazionale e di Dirigente Generale del Dipartimento della Programmazione Sanitaria.

È stato Presidente della Fondazione Smith Kline dal 1998 al 2003.

È attualmente Direttore del Centro Studi della Fondazione Smith Kline e Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto a carattere scientifico "Rizzoli" di Bologna.

È autore di numerose pubblicazioni sulla programmazione e sulla organizzazione dei servizi socio-sanitari e sulla preparazione del relativo personale.

# Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali

NICOLA FALCITELLI

## 1.1 IL SISTEMA SANITARIO PRIMA DEL 1978

In Italia, un sistema sanitario ha preso avvio alla fine del secondo conflitto mondiale, con l'istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità (Acis) avvenuta con il Decreto Luogotenenziale 31 luglio 1945, n. 446.

Prima di tale provvedimento, le norme esistenti negli Stati preunitari contenevano certamente norme organiche in materia sanitaria e taluni si segnalavano anche per l'organizzazione razionale e moderna che avevano conferito alla materia. Si ricordano, in particolare, gli ordinamenti del Lombardo-Veneto, del Regno delle due Sicilie, del Piemonte e dello Stato Pontificio.

Il Regno d'Italia, recependo le normative preesistenti, con particolare riferimento a quella del Piemonte, disciplinò la materia sanitaria in occasione dell'emanazione di un grande e fondamentale complesso di leggi, definite "di unificazione" entrate in vigore con la legge 20 marzo 1865, n. 2248.

A questa legge fecero seguito due regolamenti di esecuzione nello stesso anno (1865) e nel 1874.

Il carattere peculiare di questo complesso normativo risiedeva nella disciplina dell'Amministrazione cui erano demandati compiti in materia sanitaria ed in quella relativa alla tutela dell'igiene pubblica, alle malattie epidemiche ed alle professioni sanitarie. Si trattava, cioè, di norme incentrate sulla polizia sanitaria.

Organo responsabile era il Ministero dell'Interno. Successivamente, la legge 22 dicembre 1888, n. 5849 riformò la materia sanitaria, soprattutto a livello di strutture centrali e periferiche. Fu istituita la Direzione Generale di sanità presso il Ministero dell'Interno e furono creati gli Uffici del Medico e del Veterinario provinciali, nonché l'Ufficio di igiene comunale la cui titolarità fu attribuita all'Ufficiale Sanitario.

Il sopravvenire di nuove disposizioni normative portò alla stesura del Testo Unico 1 agosto 1907, n. 636 e, in prosieguo di tempo, al secondo Testo Unico, approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, nel quale furono raccolte e coordinate tutte le norme emanate e che è, in gran parte, tuttora vigente.

Altre tappe fondamentali in materia di sanità sono rappresentate dal complesso degli interventi normativi che hanno avuto ad oggetto il sistema assicurativo-previdenziale basato su una pluralità di enti mutualistici ai quali l'ordinamento ha affidato compiti molteplici, taluni dei quali direttamente rilevanti sul piano dell'assistenza sanitaria. Così, con R.D. 6 luglio 1933, n. 1033, venne istituito l'Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro gli Infortuni sul Lavoro (Inail); con R.D. 4 ottobre 1935, n. 1825 venne istituito l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (Inps); con L.14 gennaio 1942, n. 22 venne istituito l'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per i Dipendenti Statali (Enpas) e con L. 11 gennaio 1943, n. 138 venne istituito l'Istituto Nazionale di Assicurazione contro le malattie (Inam). Accanto a questi ora indicati, varie leggi di minore importanza hanno istituito molteplici enti mutualistici aventi finalità, oltre che previdenziali, anche di assistenza sanitaria per determinate categorie di professionisti: commercianti, artigiani, coltivatori diretti, lavoratori pubblici e lavoratori privati, tanto da determinare un mosaico vasto e composito di forme assistenziali talora profondamente diverse tra loro.

Tale situazione è andata avanti fino al 1945 ed è stata caratterizzata dalla competenza del Ministero dell'Interno per la parte sanitaria e dal Ministero del Lavoro per la parte previdenziale.

Con la istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità, posto alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la materia sanitaria venne sottratta al Ministero dell'Interno, mentre rimase al Ministero del Lavoro la vigilanza sugli Enti mutualistici perché appartenenti al settore previdenziale.

## 1.2 L'AVVENTO DELLA COSTITUZIONE E L'ISTITUZIONE DEL MINISTERO DELLA SANITÀ

La Costituzione repubblicana, entrata in vigore il 1° gennaio 1948, ha dedicato alla materia sanitaria due fondamentali disposizioni contenute negli articoli 32 e 117.

L'art. 32 afferma che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", aggiungendo che essa "garantisce cure gratuite agli indigenti".

L'art. 117 attribuisce alla competenza legislativa delle Regioni, tra le altre, la materia "dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera".

La necessità di dare attuazione a detti principi costituzionali per evitare eventuali prevedibili fenomeni di disparità tra le diverse zone del Paese ha reso imprescindibile l'emanazione di una legislazione-quadro sulla sanità che, dopo molti dibattiti e tentativi in sede politico-parlamentare, ha visto la luce con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Nel frattempo, con legge 13 marzo 1958, n. 296, venne istituito il Ministero della Sanità che subentrò all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità.

Fino alla istituzione del Ssn, rimasero, comunque, fuori del nuovo centro di direzione della politica sanitaria:

- a) le competenze riguardanti l'organizzazione mutualistica e, quindi, il controllo di tutte le iniziative di tipo diagnostico-terapeutico, che hanno continuato a far capo al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- b) l'organizzazione ospedaliera, basata sulla autonomia delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, e regolate successivamente con la legge ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132;
- c) l'organizzazione territoriale della stessa prevenzione e profilassi, condizionata dalle difficoltà delle province e dei comuni, sottoposti alla tutela del Ministero dell'Interno.

Peraltro, il cammino per giungere alla emanazione della L. 23 dicembre 1978, n. 833 è stato lungo e tormentato. Esso è stato caratterizzato da una notevole serie di provvedimenti legislativi che hanno in qualche modo spianato la strada alla riforma. Sono da ricordare:

- la citata legge ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132, che ha istituito gli enti ospedalieri, conferendo piena autonomia agli ospedali pubblici;
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 che ha regolamentato l'ordinamento interno dei nuovi enti ospedalieri;
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129 che ha regolamentato l'ordinamento interno delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero;
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 130 sullo stato giuridico del personale ospedaliero;
- il D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4 col quale venne disposto il trasferimento alle regioni delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera;
- la legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione del D.L. 8 luglio 1974, n. 264,



con cui vennero emanate disposizioni per l'estinzione dei debiti – vertiginosamente aumentati – degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri;

- la legge 29 giugno 1977, n. 349 la quale sopprime gli enti mutualistici aventi funzioni di assistenza sanitaria e le gestioni sanitarie degli enti previdenziali;
- la legge 13 maggio 1978, n. 180 che disciplina l'assistenza psichiatrica, le cui norme sono poi confluite nella legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale (833/78).

## 2. IL SISTEMA SANITARIO DOPO IL 1978

Oggi il sistema sanitario italiano è regolato essenzialmente da quattro provvedimenti: la legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale; la legge 23 ottobre 1992, n. 421 con i decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517, che ha provveduto al “riordino della disciplina in materia sanitaria”; la legge 30 novembre 1998, n. 419 con il relativo decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che ha dettato “norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”; la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 di modifica al Titolo V della Costituzione. Sono provvedimenti rilevanti tanto che i primi tre si definiscono comunemente come tre riforme: l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, la riforma bis e la riforma ter. La modifica costituzionale riguarda l'attribuzione alle Regioni di maggiore autonomia anche legislativa.

### 3.1 CONNOTAZIONI FONDAMENTALI DELLA RIFORMA DEL 1978

La riforma del 1978 rappresenta un modo totalmente nuovo di concepire la tutela della salute rispetto al precedente sistema mutuo-assistenziale e fonda il suo impianto logico sulla affermazione – contenuta nell'art. 1 della legge – che la salute è un bene primario che va tutelato in se stesso “come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. Per realizzare questa tutela, la legge di riforma ha previsto:

a) sotto l'aspetto politico-sociale:

- l'eguaglianza dei cittadini nelle condizioni di tutela della salute e, quindi, l'estensione del diritto alla tutela sanitaria a tutta la popolazione (e agli stranieri residenti che ne facciano domanda), senza distinzioni di condizioni individuali o sociali secondo modalità che assicurino l'eguaglianza di tutti nei confronti del servizio;
- il superamento degli squilibri territoriali nelle dotazioni di presidi e di servizi;

- b) sotto l'aspetto istituzionale:
- il trasferimento delle attività gestionali agli enti locali, come formula coerente con il disegno di riordinamento istituzionale dello Stato, reso operante dalla legge n. 382 del 1975, e come espressione politica di soddisfacimento ottimale delle istanze di tutela della salute delle popolazioni locali da parte degli enti di democrazia elettiva, in una linea di rigore e di responsabilizzazione amministrativi;
- c) sotto l'aspetto organizzativo:
- la unificazione delle attività a rilievo sanitario in un tipo di Unità sanitaria locale (Usl) che privilegiasse:
    - i servizi territoriali di base, come modalità adeguata ai bisogni distribuiti e differenziati della gente;
    - la prevenzione come intervento strategico, rispettoso della salute considerata un valore primario in se stesso, da premiare, nel medio periodo, anche in termini economici;
  - la formazione professionale e l'aggiornamento permanente del personale, dipendente e convenzionato, come condizione necessaria per il miglioramento qualitativo dei servizi da rendere ai cittadini;
  - l'educazione sanitaria come modalità per guadagnare il consenso dei cittadini al disegno riformatore ed ottenere la loro partecipazione consapevole ai processi di trasformazione del sistema e il cambiamento del loro stile di vita, sia come contributo individuale autogestito al potenziamento delle condizioni di salute, sia come espressione applicata di prevenzione;
  - a livello centrale, poi, la riorganizzazione del Ministero della Sanità per corrispondere meglio alle nuove funzioni di programmazione, di finanziamento, di promozione, di coordinamento e di controllo delle attività del Ssn, ad esso attribuite dalla legge di riforma;
- d) sotto l'aspetto economico-finanziario:
- l'adozione, da parte degli organi istituzionali del Ssn, della programmazione come metodo di governo dei processi di trasformazione e di sviluppo del sistema sanitario e di gestione finalizzata delle risorse finanziarie e, per gli effetti, l'assunzione da parte degli enti locali e degli amministratori delle Usl, della responsabilità delle gestioni in disavanzo;
- e) sotto l'aspetto dei controlli di sistema:
- la definizione di indicatori socio-sanitari quali fattori di misurazione dell'efficacia degli interventi svolti, e l'attivazione di flussi informativi a più vie per la rilevazione dello stato di avanzamento della riforma e dei risultati di merito conseguiti.

### 3.2 I RISULTATI CONSEGUITI

Rispetto agli obiettivi sopraindicati, dopo alcuni anni, si sono registrati i seguenti risultati.

- a) Dal 1° gennaio 1980 l'assistenza sanitaria è stata estesa a tutti i cittadini: circa tre milioni di nuovi soggetti sono entrati nel sistema. Inoltre è stata attuata la parificazione dei livelli di prestazioni, anche se per taluni si è trattato di un abbassamento dei livelli assistenziali già raggiunti.
- b) Il riequilibrio territoriale è rimasto pressoché una mera petizione di principio. Anzi in qualche caso il divario interregionale, rispetto alla media nazionale registrata alla data di inizio della riforma, è addirittura aumentato.
- c) I Comitati di gestione delle Usl sono stati generalmente criticati e additati come fenomeno degenerante di occupazione del potere a fini clientelari. La intuizione riformatrice di farne, invece, gli interpreti autentici delle esigenze locali, in quanto promanazione diretta degli organi istituzionali democraticamente eletti (gli enti locali), è rimasta a metà perché nei fatti gli enti locali si sono sentiti estranei alla gestione delle Usl, il cui finanziamento e il cui controllo sono stati sottratti alla loro competenza e immessi in un circolo autonomo. Anche la propensione verso comitati gestionali a totale valenza politica, maturata nella speranza di far prevalere l'interesse pubblico generale nei confronti delle spinte corporative dei tecnici e delle resistenze burocratiche dei quadri amministrativi si è rivelata nei fatti, più che una speranza mal riposta, una illusione illuministica, in quanto l'interesse generale è stato disatteso senza neppure far salvo il tecnicismo dei servizi e la correttezza amministrativa della gestione.
- d) Il Ministero della Sanità è stato incapace di realizzare dall'interno la sua ristrutturazione e, di conseguenza, non è riuscito a svolgere con efficacia quell'iniziativa trainante e quel ruolo di indirizzo e di coordinamento che la legge ad esso aveva attribuiti.
- e) In assenza di indirizzi ministeriali e senza il riferimento del Piano sanitario nazionale (giacente in Parlamento), le Regioni hanno legiferato una eterogenea varietà di modelli organizzativi che, sebbene rispondenti alla maggiore articolazione della società, hanno prodotto risultati a volte contraddittori con gli obiettivi della riforma, atteso che:
  - l'assistenza ospedaliera è rimasto l'impegno prevalente e in continua crescita del servizio sanitario;
  - i servizi territoriali non sono decollati, pur rappresentando la scommessa vincente della riforma;
  - le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria, pur finanziate con risorse aggiuntive a destinazione vincolata, sono rimaste nel limbo delle in-

tenzioni e delle promesse e le risorse sono state dirottate per far fronte alle normali spese correnti;

- i quadri amministrativi sono rimasti largamente inadeguati alle dimensioni gestionali e alle esigenze manageriali delle Usl.

f) il sistema delle informazioni necessarie in prima battuta per conoscere e governare la realtà operativa e, in linea prospettica, per valutare le necessità della popolazione, programmare la soluzione dei problemi e controllarne l'attuazione, è diventato operativo molto tardi e solo per la parte relativa al controllo centrale.

Di fatto, agli inizi degli anni '90 il Ssn seguitava ad essere molto simile al sistema mutualistico quanto a tipi e modalità di prestazioni, con livelli di efficienza spesso inferiori. Unico aspetto decisamente positivo la generalizzazione della tutela sanitaria a tutta la popolazione.

D'altra parte la legge 833/78, nell'istituire il nuovo sistema di erogazione dell'assistenza, non aveva indicato le prestazioni da fornire né i contenuti precisi delle medesime la cui individuazione veniva demandata a strumenti attuativi di pianificazione nazionale e regionale. Sono risultati subito evidenti gravi difficoltà derivanti dal fatto che il processo attuativo della riforma sanitaria avrebbe dovuto essere contrassegnato da una forte integrazione tra attività normativa di organismi centrali (governativi e parlamentari) e l'attività normativa regionale. Ciò determinava la necessità di una programmazione cronologica di tale attività globalmente considerata nella quale gli atti di derivazione governativa o parlamentare avrebbero dovuto necessariamente precedere quelli regionali. Poi, sul piano istituzionale e dell'assetto organizzativo la necessità di convertire la sanità italiana dal "sistema mutualistico" al "sistema sanitario", incentrato sulla distinzione fra compiti di indirizzo, programmazione e controllo da un lato e compiti di gestione dall'altro, compiti distribuiti tuttavia su tre livelli (amministrazioni centrale, regionale e comunale) ha reso indispensabile una lunga opera di chiarimento tra le diverse istituzioni e di definizione del reciproco ruolo, in talune materie risultando lo stesso "livello" implicato sia nella fase programmatica che gestionale. Di fronte a questa situazione, nella seconda metà degli anni '80, con lodevole sforzo sono intervenuti alcuni provvedimenti ritenuti ormai non più dilazionabili per una adeguata attuazione del processo riformistico ai bisogni di tutela della salute espressi dalla comunità nazionale.

L'approvazione della legge "per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario nazionale 1986-88" (legge 23 ottobre 1985, n. 595) è stato un evento che ha assunto notevole valore politico ed operativo per le sorti della riforma sanitaria. Con questo atto il processo di programmazione ha compiuto passi decisivi e la politica programmatica è divenuta finalmente organica e generalizzata tanto

da acquisire il ruolo di metodo ordinario di gestione del sistema sanitario. Relativamente all'assetto istituzionale, la cosiddetta mini riforma delle Unità sanitarie locali approvata con legge 15 gennaio 1986, n. 4, ha cominciato a dare un nuovo volto alla Usl in attesa di una riforma più generale per la quale erano già all'esame del Parlamento diversi disegni di legge. Con tale provvedimento veniva abolita l'Assemblea generale delle Usl e si abbassava il tasso di politicizzazione degli Amministratori dell'Usl, favorito dalla possibilità di scegliere questi ultimi anche tra persone non facenti parte del Consiglio Comunale, oltre che dalle qualità di competenza e professionalità richieste per ricoprire l'incarico.

#### 4. CONTENUTI DEL RIORDINO DEL 1992/93

Questa attività legislativa "transitoria" non modificò, comunque, la insoddisfazione generalizzata manifestata nei confronti del Ssn da parte dei cittadini, del Parlamento e del Governo, del mondo produttivo, dei tecnici del settore e del personale. La critica più diffusa si appuntava sulla burocraticizzazione del Ssn, ossia sulla incapacità complessiva del sistema di dare una risposta soddisfacente ai bisogni assistenziali dei cittadini e di assicurare la tutela della salute collettiva. Era una critica quanto mai fondata, soprattutto se si considera che, a fronte delle disfunzioni dei servizi sanitari, si registrava un progressivo e inarrestabile incremento della spesa sostenuta per il loro funzionamento.

Così, la "riforma bis" e, cioè, il riordino degli anni 1992/1993, voluto dalla legge delega n. 421 del 23 ottobre 1992 e attuato con i decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, ha avuto come obiettivo generale quello di garantire al cittadino di poter accedere su tutto il territorio nazionale ad una gamma di prestazioni di assistenza sanitaria predefinita, assicurando, nello stesso tempo, il rispetto dei vincoli di spesa pubblica determinati prospettivamente in funzione dell'andamento dell'economia nazionale.

La normativa prevista dai citati decreti ha ripristinato, innanzitutto, a tutti i livelli istituzionali (amministrazione centrale, regioni, unità sanitarie locali) l'etica della responsabilità, intendendo con detto termine la sensibilità agli interessi generali e alla solidarietà con i più deboli, nonché l'attenzione ai propri diritti ma come reciproco della coscienza dei propri doveri.

È stata così affermata la netta separazione dell'attività di indirizzo da quella di gestione, prevedendo il superamento dell'ingerenza del momento politico nell'amministrazione (scomparsa del comitato di gestione e comitato dei garanti). Il momento di indirizzo politico non è più incardinato nella struttura dell'ente di gestione. Esso compete al Sindaco ovvero alla Conferenza dei Sindaci nei casi di non coincidenza del territorio della Usl con quello di un Comune. Compete anche alla Regione cui spetta, in particolare:

- la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e nell'attività destinata alla tutela della salute;
- il finanziamento delle unità sanitarie locali;
- le attività di indirizzo, promozione, supporto e controllo nei confronti delle predette unità sanitarie locali.

Si evidenzia, di conseguenza, la presenza di una relazione triangolare tra la funzione politica locale, quella regionale e la funzione amministrativa locale. Questa è affidata ad una struttura essenzialmente tecnica, costituita da:

- il direttore generale, che assume tutti i poteri di gestione ed ha la rappresentanza legale dell'ente;
- il direttore amministrativo e il direttore sanitario, fornendo pareri nelle materie di competenza e dirigendo, il primo, i servizi amministrativi della Usl e, il secondo, i servizi sanitari per i profili organizzativi ed igienico-sanitari;
- il consiglio dei sanitari con funzioni consultive di valenza tecnico-sanitaria;
- il collegio dei revisori, con funzioni di controllo interno.

Fortemente innovativa è la configurazione del rapporto di lavoro del direttore generale. Esso è nominato e revocato dalla regione ed è legato alla Usl con un rapporto di lavoro autonomo di diritto privato. Regole analoghe valgono per il direttore amministrativo e per il direttore sanitario.

È stato fatto un ulteriore passo avanti nella politica regionalista, in un quadro che vede riconosciuto alla regione un ambito di maggiore autonomia in materia sanitaria, alla quale peraltro si accompagna l'attribuzione delle responsabilità per i risultati conseguiti, sia in termini di qualità delle prestazioni che di effetti finanziari delle scelte gestionali. Il decentramento, infatti, garantisce la diversità delle soluzioni, frutto di scelte autonome e democratiche; favorisce la governabilità dei servizi, sollevandone il carico dallo Stato centrale e ripartendolo fra una molteplicità di regioni, più vicine e più sensibili ai bisogni della gente; serve a responsabilizzare maggiormente i pubblici poteri regionali, non tanto verso l'amministrazione centrale come era in precedenza, ma verso i cittadini ai quali le Regioni rispondono circa i risultati conseguiti e gli eventuali oneri aggiuntivi che si dovranno far cadere sui cittadini in caso di disavanzi di gestione. Il principio del massimo decentramento è stato temperato con una esigenza rimasta al livello centrale per irrinunciabili ragioni di equità: si tratta della potestà di fissare i livelli uniformi di assistenza, coerenti con le compatibilità finanziarie, da assicurare su tutto il territorio nazionale per il principio dell'eguaglianza dei cittadini a prescindere dalla loro residenza.

Il requisito dell'uniformità dei livelli assistenziali, lungi dal contraddire il surricordato principio della diversità delle soluzioni locali, serviva a garantire alle Regioni parità di risorse rispetto alla popolazione da assistere, restando però le Re-

gioni pienamente libere circa il modo di impiegare le risorse per assicurare le prestazioni di diritto e di procurarsi risorse aggiuntive per assicurare livelli superiori a quelli uniformi obbligatori o per ripianare eventuali disavanzi di gestione. Per questi fini sono state chiaramente individuate le competenze dello Stato e quelle delle Regioni.

Allo Stato compete:

- la quantificazione delle risorse destinabili al Servizio sanitario, attraverso la determinazione del Fondo sanitario nazionale, comprensivo del gettito dei contributi sociali di malattia, e la sua ripartizione alle regioni secondo quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione;
- la individuazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini, da indicare nel Piano sanitario nazionale ridefinito come atto dell'Esecutivo;
- la verifica dei risultati in termini di stato di salute dei cittadini e di impiego delle risorse, attraverso la Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese e la definizione di un idoneo sistema nazionale di indicatori di efficienza e di qualità;
- la definizione di regole uniformi in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che i presidi sanitari – pubblici e privati – devono possedere per erogare le prestazioni, a garanzia della qualità delle stesse nei confronti della generalità degli assistiti;
- la definizione di regole uniformi per la determinazione delle tariffe delle prestazioni erogate dal Ssn.

Alla Regione, invece, compete:

- la definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del servizio in ambito territoriale per la erogazione dell'assistenza nei limiti dei livelli uniformi nazionali;
- la programmazione e il finanziamento delle attività degli enti sanitari regionali;
- la potestà di riconoscere livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli da garantire uniformemente su scala nazionale;
- la potestà di imporre prelievi ulteriori ai cittadini residenti per finanziare livelli aggiuntivi o per ripianare disavanzi di gestione;
- la nomina e la revoca degli organi di gestione degli enti sanitari regionali (aziende Usl e aziende ospedaliere);
- il controllo sugli atti e sulla gestione degli enti sanitari regionali.

Come ricordato, la gestione delle attività sanitarie è rimasta affidata alla Usl che, al fine di garantire ai propri assistiti l'erogazione delle prestazioni, secondo la normativa del 502, "si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende ospedaliere,



delle istituzioni sanitarie pubbliche o private e dei professionisti, con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa” (art.8 D.Lgs.502/92). Si è trattato di una innovazione molto profonda, con effetti potenziali notevoli sul grado di efficienza complessiva del sistema sanitario. Da un lato, infatti, si è introdotto a livello di Usl, la distinzione tra funzione di erogatore e funzione di acquirente-pagatore delle prestazioni. La Usl diventava cioè, principalmente, l’agente di acquisto dei servizi sanitari per i propri assistiti sul mercato delle prestazioni, formato dal complesso dei produttori/erogatori esistenti, sia pubblici che privati, tra i quali al paziente era riconosciuta la piena libertà di scelta. Ciò doveva condurre alla tendenza ad assumere, da parte della Usl, scelte allocative maggiormente improntate a criteri di efficienza e di efficacia rispetto alla situazione preesistente, tanto più se si considera il processo parallelamente avviato riguardo al modello organizzativo-istituzionale della Usl medesima. Il modello organizzativo assunto come base è stato quello della azienda regionale, a conduzione monocratica tecnica, al fine di realizzare:

- un nuovo, meno polverizzato azzonamento del territorio;
- il conferimento della personalità giuridica e della piena autonomia gestionale;
- il superamento dell’ingerenza del momento politico nell’amministrazione;
- l’introduzione di tecniche di gestione e di controllo tipiche delle aziende e il superamento degli strumenti propri degli enti pubblici;
- l’introduzione di nuove regole privatistiche nel settore dei rapporti di lavoro dipendente.

A conferire maggiore forza e concretezza al processo di decentramento operato dal nuovo modello decisionale provvedono il nuovo modello di finanziamento e il nuovo sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie.

Il modello di finanziamento riflette lo schema della ripartizione dei poteri tra lo Stato e le Regioni e si sviluppa come segue:

- la legge finanziaria fissa l’importo del Fondo sanitario nazionale determinando la quota a carico del bilancio dello Stato in funzione dell’importo complessivo previsto dei contributi di malattia;
- il fondo è ripartito per quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione residente, con ricorso a quote di riequilibrio per fronteggiare situazioni di squilibrio rispetto agli standard di struttura;
- le regioni fanno fronte ad eventuali ulteriori fabbisogni con risorse proprie facendo ricorso, ove necessario, alla modifica della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e/o all’aumento dei contributi regionali.

È stata così scelta una coraggiosa strategia di cambiamento che ha abbandonato la sterile riproposizione di misure contingenti (taglio di prestazioni marginali,

imposizione o inasprimento dei ticket, predeterminazione del tasso di aumento di determinate voci di spesa, e simili), già rivelatisi negli anni precedenti inefficaci e facilmente aggirabili. Per contro, sono stati aggrediti i meccanismi strutturali di formazione della spesa. Come atto fondamentale di cambiamento e di chiarezza, sono stati predeterminati i livelli uniformi di assistenza da assicurare ovunque nel Paese a carico del Fondo sanitario nazionale. Al fine di garantire l'efficacia della misura i livelli sono stati attestati su valori medi compatibili con le risorse a disposizione e sono state responsabilizzate le Regioni a far fronte – una volta giunte a regime – agli eventuali superi di spesa. Per rendere possibile e credibile la manovra – che da sola poteva rappresentare la soluzione definitiva del problema della governabilità della spesa sanitaria – è stata prevista la gestione temporalizzata delle situazioni divergenti su un apposito fondo di riequilibrio decrescente.

Anche il nuovo modello di pagamento delle prestazioni ha introdotto forti elementi di novità finalizzati a realizzare un radicale recupero della qualità delle prestazioni in un quadro di ricerca della massima efficienza. I principi ispiratori sono stati:

- creare un sistema di soggetti – pubblici e privati – che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale, scelti liberamente dal cittadino assistito e retribuiti esclusivamente sulla base delle prestazioni rese; detto regime coinvolge anche i presidi pubblici e favorisce la ottimizzazione dell'offerta pubblica, anche grazie alla dismissione o alla trasformazione delle strutture sottoutilizzate;
- conseguentemente superare nel settore dell'assistenza ospedaliera e di quella specialistica l'istituto della convenzione quale strumento regolatore dei rapporti tra servizio sanitario nazionale e strutture private fondato sulla programmazione degli ingressi e su istituti retributivi disancorati dalle prestazioni effettivamente rese;
- riservare al servizio sanitario nazionale il potere di definire ex ante i requisiti minimi strutturali ed organizzativi che i presidi sanitari debbono, in quanto tali, possedere per accedere al sistema erogativo del servizio sanitario nazionale e di procedere alla classificazione degli stessi rispetto alla tipologia di prestazioni la cui erogazione è abilitata.

Se questo è il quadro degli obiettivi del riordino degli anni 1992/93, occorre ora valutare il suo stato di attuazione. In termini di funzionamento del nuovo equilibrio dei rapporti tra il livello centrale e quello regionale si può convenire sul fatto che è diventato operativo il ridimensionamento delle attribuzioni del livello centrale (solo programmazione, determinazione ex ante delle risorse, definizione degli obiettivi, verifica dei risultati) al quale corrisponde il rafforzamento dei po-

teri delle regioni (programmazione, finanziamento, organizzazione, funzionamento). Per quanto riguarda la riorganizzazione territoriale si può ritenere che il riassetto ordinamentale è stato compiuto: il numero delle Usl è passato subito da 659 unità a 228 (ed è ancora in diminuzione), più 83 aziende ospedaliere. È stato inoltre praticamente completato il quadro normativo regionale inerente l'organizzazione e il funzionamento delle aziende. Qualche incertezza è stata riscontrata sul versante del regime economico-patrimoniale con gravi ripercussioni sull'adozione degli strumenti della contabilità direzionale. L'attivazione dei nuovi enti e la preposizione degli organi di gestione è anch'essa consolidata. La gestione è affidata alle unità sanitarie locali (aziende) e da queste assunta con un crescente livello di capacità di determinare autonomamente le scelte aziendali. Anche l'altro obiettivo – quello dell'introduzione di un sistema erogativo ispirato alla qualità delle prestazioni e alla possibilità di scelta del cittadino – ha compiuto notevoli passi in avanti, anche se appare come l'obiettivo sul quale ancora si accentrano dubbi ed interrogativi di congruità e di tenuta, tutti più o meno legati al problema della adeguatezza a garantire l'equilibrio finanziario del sistema ed insieme la sua qualità ed equità.

Tra i risultati ottenuti è da segnalare che è stato regolato e concretamente avviato il sistema tariffario delle prestazioni. Sono stati definiti i provvedimenti che rendono possibile l'esercizio dei poteri regionali in materia di autorizzazione, accreditamento, instaurazione dei nuovi rapporti di erogazione delle prestazioni. È stato specificato e regolato il ruolo integratore della regione rispetto alle funzioni di acquisto e produzione delle prestazioni.

## 5.    NORMATIVA DELLA RIFORMA       PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN

I metodi di gestione aziendale non sono stati mai considerati un fatto compiuto; i meccanismi di regolazione sono stati avviati ma da subito sono stati attesi obiettivi di razionalizzazione della gestione e di fluidificazione dei meccanismi di regolazione. Le indicazioni che pervenivano da Governo e Regioni riguardavano tutte il completamento e il consolidamento del cammino percorso, con la certezza che l'impianto in sé sarebbe stato capace di reggere anche operazioni di revisione dei limiti della copertura assistenziale, ove dovessero intervenire, e di adeguarsi flessibilmente al possibile mutare degli obiettivi del sistema.

La normativa della riforma per la "razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" (riforma ter- 1999) riprende quasi tutti gli argomenti trattati nel riordino del 1992, confermando i principi in esso contenuti ed apportando talune modifiche di rilievo.

Viene innanzitutto confermato il modello di programmazione sanitaria, con l'ap-

provazione del Piano sanitario nazionale da parte dell'Esecutivo. Si introduce, però, la possibilità da parte delle Regioni di avanzare proposte per l'elaborazione del Piano sanitario nazionale, mentre si stabilisce che il Ministero della Sanità esprima parere sulle proposte dei Piani sanitari regionali.

Il Piano sanitario nazionale individua, tra l'altro, i livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale contestualmente alla fissazione delle risorse finanziarie da assegnare, le quali sono destinate nel rispetto delle compatibilità finanziarie per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

Nel confermare e nel puntualizzare le diverse competenze regionali, si istituisce la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale la quale fornisce parere sul progetto di Piano sanitario regionale e partecipa alla verifica della realizzazione del piano attuativo locale da parte delle aziende ospedaliere e dei Piani attuativi metropolitani.

Viene confermato, infine, il carattere aziendale delle Unità sanitarie locali dichiarando che esse hanno autonomia imprenditoriale al posto delle precedenti autonomie "organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica". Nell'ambito di ciascuna Unità sanitaria locale si istituisce il Collegio di Direzione che coadiuva il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, la formulazione dei programmi di formazione, la individuazione di soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Il Collegio di Direzione si affianca al preesistente Consiglio dei Sanitari. Sempre riguardo all'Unità sanitaria locale è prevista la partecipazione dei Comuni oltre che per la programmazione delle attività, anche in tema di valutazione delle attività e del lavoro dei Direttori Generali.

Si fissano, poi, puntuali criteri per la disciplina, da parte delle Regioni, dell'articolazione e dell'attività dei distretti sanitari: l'articolazione in distretti dell'Usl deve garantire, per ciascuno, una popolazione minima di sessantamila abitanti, salvo che la Regione disponga diversamente in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione; le funzioni del distretto debbono prevedere l'assistenza primaria, il coordinamento dei medici di medicina generale, il coordinamento delle proprie attività con quelle degli altri presidi e servizi della Usl, l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Per lo svolgimento delle attività distrettuali è previsto uno specifico Programma proposto dal Direttore del distretto e approvato dal Direttore Generale; proposta ed approvazione sono effettuate con il concorso dei Sindaci di distretto. Il Programma deve stabilire la localizzazione dei servizi a gestione diretta e deve determinare le risorse per l'integrazione socio-sanitaria con l'indivi-

duazione delle quote a carico dell'Usl e quelle a carico dei Comuni.

Si definiscono, infine, le prestazioni socio-sanitarie, distinguendo le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Le prime sono individuate nelle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria comprendono le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Riguardo alle aziende ospedaliere si stabilisce che possono essere tali solo quelle a rilievo nazionale le quali debbono possedere i seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello;
- e) ruolo di ospedale di riferimento;
- f) attività di ricovero nell'ultimo triennio superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale;
- g) indice di complessità della casistica, nell'ultimo triennio, superiore di almeno il 20% del valore medio regionale;
- h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare.

Non può, comunque, essere costituito in azienda ospedaliera l'ospedale che sia l'unico presidio pubblico ospedaliero presente nell'Unità sanitaria locale. Viene abrogata la possibilità che le Regioni costituiscano autonomamente altre aziende ospedaliere.

Nel modello di organizzazione dell'Unità sanitaria locale viene anche confermato il nuovo sistema contabile (contabilità economica); viene disciplinato nei dettagli il dipartimento di prevenzione; viene stabilito che l'organizzazione dipartimentale deve costituire il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie; viene precisato che le convenzioni che regolano i rapporti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta devono disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio di libera professione prevedendo che il tempo complessivamente dedicato alle attività di libera professione non rechi pregiudizio allo svolgimento degli obblighi del medico nello studio medico o al domicilio del paziente.

Gli aspetti, però, più rilevanti della "razionalizzazione" del Ssn del 1999 riguardano:

- il modello di accreditamento dei produttori di prestazioni sanitarie;

- la disciplina dell'assistenza integrativa;
- la disciplina della dirigenza sanitaria.

Si stabilisce che per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie il Comune acquisisce, in materia di autorizzazioni e concessioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi. L'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento. Analogamente, l'accreditamento istituzionale, rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche e private, ed ai professionisti che ne facciano richiesta, è subordinato alla rispondenza a requisiti ulteriori di qualificazione i cui criteri sono definiti con altro atto di indirizzo e coordinamento, il quale deve stabilire anche:

- a) la verifica periodica della qualità;
- b) la valutazione della rispondenza delle strutture alla programmazione regionale;
- c) la determinazione del fabbisogno complessivo di assistenza;
- d) la verifica periodica dei requisiti;
- e) le procedure e i termini per l'accreditamento;
- f) le modalità e i tempi di adeguamento;
- g) l'estensione delle norme alle attività e alle strutture socio-sanitarie, ove compatibili.

Le Regioni, infine, definiscono il sistema regionale degli accordi contrattuali con i soggetti interessati, precisando la individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle Unità Sanitarie Locali, nonché gli indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate.

Le strutture accreditate che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito negli accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte. Le funzioni assistenziali sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza e comprendono:

- a) programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale;
- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione;
- c) attività svolte per programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianti.

Le altre attività assistenziali, comprendenti gli episodi di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, sono remunerate in base a tariffe predefinite.

Per rendere uniformi le regole sull'accreditamento, è istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi, con i seguenti compiti:

- a) definire i requisiti di base con i quali le Regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
- b) valutare l'attuazione del modello di accreditamento;
- c) esaminare i risultati delle attività di monitoraggio.

Circa la nuova disciplina dell'assistenza integrativa, è prevista l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale, e con queste comunque direttamente integrate, mediante la istituzione di fondi integrativi finalizzati proprio a potenziare la erogazione di prestazioni eccedenti i livelli di assistenza. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli di assistenza, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- b) prestazioni erogate dal Ssn comprese nei livelli di assistenza, per la parte posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria;
- c) prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate, residenziali e semi-residenziali, o in forma domiciliare, per la parte posta a carico dell'assistito.

Tra le prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli di assistenza sono contemplate:

- a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
  - b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Ssn;
  - c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Ssn.
- Queste prestazioni e quelle socio-sanitarie sono individuate con decreto del Ministro della Sanità.

Altro aspetto significativo è la nuova disciplina della dirigenza sanitaria che è sottoposta alla disciplina generale del pubblico impiego e collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. I dirigenti medici e sanitari devono scegliere tra il rapporto esclusivo che consente l'attività all'interno della struttura di appartenenza, e quello non esclusivo che consente la libera pro-



fessione extramuraria. Con i decreti del “riordino” e della “razionalizzazione” la figura del medico – prima considerato esclusivamente quale professionista sanitario – ha assunto particolare importanza perché è stata coinvolta anche nelle strategie operative dell’amministrazione di appartenenza e nella stessa gestione aziendalistica.

#### 6. LEGGE COSTITUZIONALE DEL 18 OTTOBRE 2001, N. 3

La legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3 ha modificato alcuni articoli del Titolo V della Costituzione. In particolare, per la parte che qui interessa, vanno ricordate le modifiche apportate agli artt. 117 e 118.

Il nuovo articolo 117 stabilisce che “la potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni” ed elenca, poi, numerose materie nelle quali lo Stato legifera in via esclusiva. Nell’elenco, per quanto riguarda la sanità, figura soltanto la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Non c’è dubbio che tra questi ci sono i livelli essenziali dell’assistenza sanitaria.

Lo stesso articolo prevede anche le materie di legislazione concorrente e tra queste vengono menzionate “la tutela della salute”, “le professioni”, “la ricerca scientifica” e “l’alimentazione”. La potestà legislativa delle Regioni deve essere, comunque, esercitata osservando i principi fondamentali determinati dalla legge statale. Viene così confermato il precetto già contenuto nell’originario art. 117. Il nuovo articolo 118 riguarda le funzioni amministrative che, in via generale, sono attribuite ai Comuni.

È da menzionare, infine, che il nuovo articolo 120 regola anche il potere sostitutivo del Governo in caso di inadempienze delle Regioni e degli Enti locali.

#### 7. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Qualsiasi discorso sul Servizio sanitario nazionale non può sottrarsi ad una valutazione, sia pure sintetica, sullo stato del processo di cambiamento iniziato nel 1978 per sottolineare le più importanti modifiche realizzate ed evidenziare, al tempo stesso, le criticità emerse e gli obiettivi non ancora raggiunti.

È da ricordare, innanzitutto, che dal 1° gennaio 1980 l’assistenza sanitaria è stata estesa a tutti i cittadini con la parificazione dei livelli di prestazione, senza alcuna distinzione tra le varie categorie. Tali livelli sono considerati tra “i più avanzati del mondo”, sia pure in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale. La situazione è certificata anche dall’Organizzazione Mondiale della Sanità che con puntualità colloca l’Italia ai primi posti nella relativa graduatoria internazionale.

A livello istituzionale è stato operato il più profondo decentramento con l’affi-

damento alle Regioni delle maggiori responsabilità di gestione. Non c'è altro settore della vita pubblica oggi in Italia nel quale si possa riscontrare un simile decentramento.

La popolazione è abbastanza soddisfatta di questo sistema. I sondaggi compiuti in quest'ultimo periodo da più organismi hanno messo in evidenza che, indipendentemente dai casi di "mala sanità" che pure esistono, i cittadini sono favorevoli alla conservazione dell'attuale Ssn.

Esistono, però, ancora aspetti che necessitano di essere considerati per l'adozione di interventi tesi al miglioramento dei servizi. E non può essere diversamente in un settore – la sanità – che è in continua evoluzione e che è costantemente influenzato da diversi fattori esogeni ed endogeni. Solo per ricordare, tra i fattori esogeni sono da menzionare:

- l'invecchiamento della popolazione;
- il mutamento del quadro epidemiologico;
- il mutamento del quadro socio-economico con le nuove emarginazioni e le nuove povertà;
- il progressivo incremento delle innovazioni tecnologiche.

Tra i fattori endogeni sono compresi:

- la generalizzazione del culto della salute;
- il desiderio di partecipare alle scelte in campo sanitario;
- la modifica degli stili di vita a fini igienico-estetici;
- l'interesse crescente per l'automedicazione;
- il ricorso a forme alternative di tutela della salute rispetto a quelle tradizionali.

A fronte di tale situazione, alcune priorità meritano di essere evidenziate.

La legge 833 – e le leggi successive di "riordino" e di "razionalizzazione" – hanno previsto il superamento degli squilibri territoriali nella dotazione di presidi e servizi, e "il collegamento e il coordinamento nel Ssn con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute". Ora, il riequilibrio territoriale, come già in precedenza evidenziato, ha visto pochi segnali positivi. Le differenze di strutture e servizi sono ancora molto forti tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali e insulari tanto da far ritenere che alcune modifiche essenziali nelle prestazioni assistenziali non possono essere realizzate in quei territori nei quali sono carenti servizi per l'attività assistenziale territoriale. La disciplina dell'integrazione tra sociale e sanitario, poi, voluta dalla legge 833 e ribadita solennemente dalla "riforma ter" del 1999, stenta a trovare attuazione. I rapporti tra Unità Sanitarie Locali e Comuni risultano ancora fortemente critici e la qualità delle prestazioni "a elevata integrazione socio-sanitaria" (in particolare nell'assistenza domiciliare integrata e nell'assistenza residenziale per an-

ziani e disabili) ne risulta, in molte aree del Paese, fortemente compromessa. Altro aspetto da considerare sono i Lea. Questi non sono esigibili in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e all'interno delle stesse regioni esiste uno squilibrio pesante tra i diversi livelli di assistenza, con un eccesso di offerta per l'assistenza ospedaliera e con una significativa scarsità di assistenza nell'area della prevenzione e in quella distrettuale. Occorre una definizione operativa dei Lea e delle regole di accesso alle prestazioni in virtù delle condizioni sanitarie dei singoli e della collettività che mutano in continuazione. Occorre anche prendere in considerazione la molteplicità e le diversità dei nuovi bisogni. Ne consegue la necessità, da un lato, di aggiornare costantemente i Lea e, dall'altro, di utilizzare lo strumento dell'appropriatezza (anche di tipo organizzativo) per ottenere prestazioni vantaggiose sul piano dell'efficacia e su quello dell'economicità. Infine preme qui sottolineare che gli aspetti della prevenzione e della promozione della salute sono stati trascurati e considerati del tutto marginali. Nonostante i numerosi provvedimenti legislativi e amministrativi intercorsi dal 1978 ad oggi che hanno tutti indicato come obiettivo prioritario il "promuovere comportamenti e stili di vita per la salute", non si riesce ancora a spendere per la prevenzione la quota del 5% del Fondo sanitario, prevista per legge. Occorre uno sforzo notevole da parte di tutti i professionisti per impostare, con la partecipazione diretta dei cittadini, interventi e azioni volti a consentire un elevato grado di salute, aumentando le conoscenze e influenzando il modo di vita delle singole persone e dell'intera collettività.

#### 8. IL FEDERALISMO E IL SSN

Il Ssn, come altri servizi pubblici, oggi è attraversato anche da un profondo e vasto dibattito intorno all'attuazione del "federalismo fiscale" voluto dalla legge delega 5 maggio 2009, n. 42. Al dibattito partecipano politici, studiosi, operatori sanitari e sociali, istituzioni centrali e locali. Tutti evidenziano che in sanità il processo del federalismo è stato avviato da tempo e che, di conseguenza, l'attuazione della legge n. 42 non può non interagire con l'esperienza fin qui maturata. Con tale esperienza dovranno confrontarsi le soluzioni che verranno prese in ordine all'entità e alla sufficienza del finanziamento dei Lea, alla scelta del criterio di calcolo dei costi standard dei Lea e alla esplicitazione del significato del previsto superamento del criterio della spesa storica per il finanziamento del Ssn che, come visto, è già in atto da tempo.



Gino Severini *Il treno della Croce Rossa attraversa un villaggio*  
1916, olio su tela, *Solomon R. Guggenheim Museum, New York*

MARCO SORESINA

Docente di Storia contemporanea alla Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università degli studi di Milano; si occupa soprattutto di storia politica, economica e sociale dell'Italia tra XVIII e XX secolo. Sui temi delle professioni liberali e della sanità pubblica ha pubblicato numerosi saggi e i volumi: *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998; *Professioni e liberi professionisti in Italia dall'Unità alla repubblica*, Firenze, Le Monnier, 2003.

# La politica professionale e la legislazione sanitaria. 1859-1978

MARCO SORESINA

## ASSOCIAZIONISMO MEDICO E SANITÀ PUBBLICA

La storia della legislazione sanitaria nell'Italia unita, tra i primi provvedimenti complessivi del 1859 e la L. 833/1978, può essere letta come una successione di avvicinamenti e di distacchi tra le esigenze dei governi e gli orientamenti dei professionisti della salute. Da un lato vi si osservano le esigenze di “polizia medica” dell'esecutivo, dunque soprattutto di controllo e governo della popolazione e del territorio, e dall'altro le speranze dei medici di rappresentare la “coscienza sanitaria” della nazione e il corpo professionale a cui delegare la piena competenza di ogni decisione sanitaria, nell'interesse della collettività e anche del singolo paziente. Una speranza tecnocratica, quella dei sanitari, che era alimentata dall'accresciuta efficienza diagnostica e terapeutica dell'arte medica (e dunque dai progressi delle scienze che ne sono alla base), ma che molto doveva anche al protagonismo associazionistico dai medici nella rivendicazione e nella costruzione dei presupposti della propria competenza esclusiva in ambito igienico e sanitario. Non si comprende, insomma, l'evoluzione delle politiche di salute in Italia senza soffermarsi sul contributo della “classe” medica; non si allude naturalmente allo scontato impegno dei medici al capezzale dei pazienti, ma proprio al contributo della professione nei suoi aspetti collettivi, corporati se vogliamo, dunque l'associazionismo scientifico e quello professionale, prima e dopo la costituzione



degli Ordini<sup>1</sup>.

Del resto, ancor prima degli sviluppi più moderni della medicina diagnostica e della terapeutica, a partire dall'ultimo scorcio del XIX secolo, era soprattutto l'osservazione costante della morbilità e delle condizioni igieniche e "moralì" delle popolazioni, spesso resa sistematica dalla diffusa mentalità positivista, a costituire il primo bagaglio di competenze per il medico. La condotta sanitaria era il luogo privilegiato della costruzione di questo sapere; si trattava di un istituto dalle origini antichissime, mediante il quale le comunità locali stipendiavano uno o più sanitari (dall'inizio dell'800 per lo più medici-chirurghi, spesso anche le levatrici, talvolta i veterinari), di regola per la cura dei poveri, a volte a favore della generalità della popolazione. All'unità d'Italia disponevano di condotte mediche circa tre quarti dei comuni del Paese, anche se le tipologie di contratto tra i sanitari e i Municipi erano le più diverse, così come la qualità dell'assistenza erogata, della quale tuttavia godeva circa un terzo degli abitanti del nuovo Stato. Ma la condotta era anche l'ambito nel quale il medico confrontava il suo impegno con la scarsa considerazione del suo operato, specie da parte delle amministrazioni locali, e dove si maturava una particolare coscienza professionale e il proposito di rinforzarla con lo strumento associazionistico, che veniva praticato – là dove i regimi lo consentivano almeno in parte – già dagli anni '40 del XIX secolo.

Anche i sanitari italiani ebbero poi il loro '48, all'insegna del "culto della scienza, dignità dell'arte, libertà e tutela ai medici". Questo era il segno delle rivendicazioni contenute nel Programma di associazione medica, diffuso nel luglio 1848 da alcuni eminenti clinici lombardi, che scrivevano:

Anche in mezzo ai popoli civili, i medici sono tenuti in pochissimo conto. Ad uomini su cui pesano tanti e... sì gravi doveri, appena si consente qualche astratto ed illusorio diritto... Questo stato di cose cesserà quando una medica associazione universale strappi alle mani profane l'assurda dittatura dei medici interessi, rivendicandone ad uomini competenti... la discussione<sup>2</sup>.

Il programma del 1848 non ebbe per la verità alcun riscontro sul piano legislativo, ma ritornò nel 1861 per costituire la base della prima importante Associazione medica italiana (Ami), che sarebbe rimasta attiva per un trentennio, dimostrandosi forse poco incisiva sul piano professionale ma certamente efficace

<sup>1</sup> Si riprendono in queste pagine le argomentazioni e i dati da alcuni miei lavori precedenti; M. Soresina, *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998; Id., *Professioni e liberi professionisti in Italia dall'Unità alla repubblica*, Firenze, Le Monnier, 2003. Cfr. inoltre *Atlante delle professioni*, a cura di M. Malatesta, Bologna, Bonomia University Press, 2009.

<sup>2</sup> *Programma di associazione medica. Ai medici e chirurghi della Lombardia*, in *Gazzetta medica lombarda*, 1848, p. 255.

nell'organizzazione di congressi scientifici, dai quali presero le mosse nuove prestigiose associazioni specialistiche come la Società italiana d'igiene (1878), l'Associazione chirurgica italiana (1880), la Società di climatologia e balneoterapia (1882), la Società di Medicina interna, quella di dermosifilopatia e altre.

Gli scopi statutari dell'Ami erano la riforma della legislazione sanitaria e l'estensione dei suoi ambiti di intervento nel nuovo regno d'Italia; a questo proposito si parlava delle necessità di un vero e proprio "risorgimento sanitario", da basarsi sulla direzione responsabile di un tecnico specifico per ogni articolazione, centrale o locale, dell'amministrazione sanitaria, una sorta di "dirigismo scienziato" che avrebbe caratterizzato i più importanti dibattiti tra addetti ai lavori e le più articolate proposte di legge prodotte dall'associazionismo medico italiano, almeno fino al *Codice sanitario* di Crispi, nel 1888. Tale obiettivo era concepito come indissolubilmente collegato a un patto con il potere statale per preservare la "classe" sanitaria (medici-chirurghi, veterinari e farmacisti, ciascuno nelle proprie competenze), sia dall'arbitrio dei poteri locali (la condotta comunale interessava la carriera professionale di almeno la metà dei medici italiani), che dalle concorrenze abusive di praticoni e ciarlatani o dalle pretese del pubblico, in pratica dai clienti insoddisfatti della prestazione medica o del suo prezzo. Espliciti in questo senso erano i discorsi del congresso costitutivo:

L'assistenza medica nelle antiche sue istituzioni a favore del povero minacciata; l'ordinamento degli ospedali difettoso e manchevole; la scienza della legislazione sanitaria [...] adulta nei libri, bambina nei codici e nei fatti [...] e finalmente le condizioni morali ed economiche della professione cadute in basso così deplorabilmente; [...] i servizi non pagati né retribuiti; il ciarlatanesimo e l'empirismo trionfanti; e in noi medesimi, confessiamolo francamente, il sapere ed il decoro professionale non sempre uguali alla responsabilità<sup>3</sup>.

E uno dei più noti e attivi promotori, Pietro Castiglioni, precisava:

Che cosa ci proponiamo noi? Riordinare il servizio sanitario, principalmente nelle campagne, nel nuovo regno. Quali sono (...) gli ostacoli da superare? (...) Tra i primi (...) la proverbiale nostra disunione, la concorrenza sleale che alcuni nostri colleghi si fanno tra loro (...) l'ingratitude, pur essa proverbiale della società verso il medico, l'albagia dei Consigli municipali, l'apatia del governo, ed una cattiva legislazione in fatto di cose sanitarie<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Cit. da *Atti del congresso costituente dell'Associazione medica italiana tenutosi in Milano nei giorni 1, 2, 3, 4 e 5 settembre 1862*. Preceduti da cenni storici circa la fondazione dell'associazione stessa, Milano, 1863, p. 4-5.

<sup>4</sup> P. Castiglioni, *Sull'ordinamento del servizio sanitario comunale*, in *Lettere*, Milano, Chiusi, 1861, p. 8.

Insistiamo sui primordi dell'associazionismo medico in Italia perché già da allora emersero alcune costanti di atteggiamento che sarebbero state di grande importanza nella successiva storia professionale per un secolo circa, nel corso del quale il mercato della professione si sarebbe evoluto, sempre però oscillando tra i due estremi di una curva, il servizio pubblico e il libero esercizio privato, che trovava i suoi momenti di espansione proprio nella fase di incremento dell'urbanesimo tra fine '800 e anni Venti, e ancora nel secondo dopoguerra. Sul lungo periodo una costante era rappresentata dall'espansione della dinamica domanda/offerta di medici nelle aree urbane, che progressivamente portava a una graduale integrazione, ancorché a tempo parziale, della grande maggioranza dei medici nelle strutture pubbliche o para-pubbliche, prima le condotte, poi ospedali e mutue, poi il servizio sanitario nazionale. Si trattava in verità – facendo salve tutte le distinzioni del caso su cui non possiamo soffermarci – di legami basati su contratti di prestazione d'opera e in seguito di rapporti di lavoro dipendente che non escludevano la libera professione; ma la peculiarità del mercato dei medici stava proprio lì, e indirizzava anche il loro intervento associativo, tra la difesa strenua della libertà della professione e la tendenza a guardare alle pubbliche amministrazioni come aree protette di mercato.

## 2. LA LEGISLAZIONE “SANITARIA” E PROFESSIONALE IN ETÀ LIBERALE

La prima normativa complessiva sulla sanità pubblica e sulla regolazione del principale mercato professionale dei medici, la condotta, fu la L. 3793 del 20 novembre 1859. Si trattava di un provvedimento d'urgenza, promulgato senza discussione parlamentare in virtù della delega concessa al governo sardo, presieduto da Urbano Rattazzi, in occasione della “seconda guerra d'indipendenza” contro l'Austria; l'articolato, redatto in modo frettoloso, era concepito come una appendice alla recentissima L. 3702 del 23 ottobre sull'ordinamento amministrativo, che sarebbe stata progressivamente estesa nel regno d'Italia in formazione<sup>5</sup>. Il controllo sanitario del Paese era quindi compreso nelle funzioni dell'amministrazione locale, faceva perno sul Sindaco di nomina regia, che era “ufficiale sanitario” del comune, e poi su una gerarchia amministrativa di funzionari amministrativi periferici a cui erano affiancati, per nomina ministeriale, Consigli sanitari composti non esclusivamente con criteri di competenza scientifica e comunque chiamati soltanto a esprimere pareri consultivi su richiesta. Come per le altre funzioni amministrative il vertice della piramide era il Ministero dell'interno, che si avvaleva anch'esso, sulle materie di competenza, di un Consiglio superio-

<sup>5</sup> Cfr. F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in *Studi storici*, 1980, 4

re di sanità. Un tale impianto era perfettamente in linea di continuità con la tradizione sabauda e del resto rispecchiava una concezione della sanità pubblica come un problema di polizia, che era condivisa in tutta l'Europa; il problema nasceva dalla debolezza dell'ultimo anello, il Sindaco, che oltre ad essere il garante della polizia sanitaria per delega dello Stato, lo era anche delle risicate finanze del Municipio. E sulle casse dei Comuni pesavano i provvedimenti concreti di prevenzione igienico-sanitaria e di cura; poiché diversi fattori rendevano in quelle contingenze impensabile una riforma dell'assetto delle finanze comunali, la legge sanitaria non poteva che lasciare alla discrezionalità delle amministrazioni l'istituzione delle condotte mediche (e di quelle ostetriche, veterinarie e farmaceutiche). Ne sortì, dunque, un'assistenza medico-chirurgica a maglie larghe e distribuita in modo disomogeneo nel Paese, con gravissime carenze soprattutto nel mondo rurale, dunque per la grande maggioranza degli italiani del tempo.

La sostanza non mutò neppure con la nuova Legge comunale e provinciale del 20 marzo 1865, n. 2243, il cui Allegato C, che riguardava appunto la sanità pubblica, sfuggì per mancanza di tempo e interesse al dibattito parlamentare. Qualcosa di nuovo in verità c'era, infatti veniva introdotto l'obbligo per i Comuni di stanziare le spese di condotta sanitaria per la cura degli ammalati poveri; ma il successivo regolamento, approvato con R.D. 8 giugno 1865, non dettava chiare norme applicative di quest'obbligo, e nessun provvedimento stabiliva la presenza dei medici nelle commissioni sanitarie consultive, che però erano contemplate anche a livello comunale (ed era assai bizzarro che fosse un regolamento attuativo ad introdurre la novità)<sup>6</sup>.

Erano questi i due punti critici della legislazione sanitaria italiana che mobilitarono l'intesse delle associazioni mediche e orientarono la loro battaglia. Le analisi più sofisticate, nel campo medico, ritenevano che fosse anzitutto da ribaltare il concetto informatore della legislazione sanitaria, caratterizzata dalla preminenza della politica sulla competenza tecnica<sup>7</sup>, ottenendo almeno di affiancare alle autorità politiche degli organismi di consulenza realmente efficaci e ascoltati. Più prosaicamente altri settori concentrarono il loro impegno nella pressione sui Comuni, anello critico del sistema sanitario ma anche cellula di base per articolare la difesa della salute attraverso le condotte. Nel 1874 sorse l'Associazione nazionale dei medici condotti (Anmc), con lo scopo di ottenere dai municipi l'effettivo impianto del sistema delle condotte sanitarie sulla base di compensi congrui, che non umiliassero i saperi dei professionisti e consentissero il reale funziona-

<sup>6</sup> Cfr. G. B. Cereseto, *Sanità pubblica, in Digesto italiano. Enciclopedia metodica e alfabetica*, Torino, Utet, 1891, vol. 21, parte I, p. 326

<sup>7</sup> C. Zucchi, *La riforma sanitaria in Italia*. Memoria, Milano, Dumolard, 1888.

mento dell'opera di prevenzione e di cura dei non abbienti prevista – con una certa timidezza – dal legislatore. Analogamente al modello dell'Ami, dalle cui fila provenivano molti dei principali organizzatori dell'Anmc, anche l'associazione dei condotti sviluppò un intenso lavoro di indagine epidemiologica ed igienica sul territorio italiano, utilizzando le osservazioni dei soci “sul campo” per denunciare i punti critici della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria; tra gli altri: il lavoro dei minori, le carenze nell'igiene domestica e urbana come veicoli di diffusione di morbi endemici e epidemici, le condizioni della morbilità delle aree paludose.

Lo stimolo delle associazioni mediche e delle riviste scientifiche e la presenza di qualche eminente clinico anche in parlamento produssero negli anni diverse proposte di riforma sanitaria, che tuttavia non conclusero mai il loro iter. Alcuni propositi, tuttavia, furono raccolti dal *Regolamento generale* del 6 settembre 1874, che riformulava i criteri di attuazione della legge 20 marzo 1865, aggiungendo alle competenze sanitarie delle autorità locali – sempre il Sindaco e i regolamenti comunali d'igiene che i Consigli comunali avrebbero dovuto redigere – la vigilanza sull'igiene degli abitati, dei luoghi di lavoro, degli alimenti, delle sepolture e degli ospedali.

Una significativa svolta verso una legislazione sanitaria più moderna si aprì con l'incarico di elaborare un nuovo progetto di legge, affidato nel 1880 dal Presidente del Consiglio Depretis ad Agostino Bertani, e giunse a compimento nel 1888 sotto il governo di Crispi. Bertani, che era un medico e un esponente di spicco della sinistra democratica, stava conducendo in quegli anni una importante inchiesta sullo stato dei comuni del regno<sup>8</sup>, che si avvaleva largamente delle osservazioni e delle analisi dei medici condotti. Da quella esperienza e dal dibattito fervidissimo, che contemporaneamente si svolgeva nelle associazioni mediche, trasse le linee guida del suo progetto che si fondava sulla concezione del dovere dello Stato di tutelare la salute pubblica, coordinando le opere di prevenzione e quelle di cura. Con scarsa precisione giuridica ma con efficacia semantica, nella pubblicistica medico-igienista il progetto Bertani si chiamava “Codice”, perché lo si immaginava una sistemazione organica ed esaustiva di tutta la materia sanitaria, sotto il profilo della prevenzione, della cura, della tutela delle professioni sanitarie, secondo un disegno centralista ed efficientista, che individuava nella classe medica il terminale sul territorio (con la dipendenza dei condotti non dai Comuni ma dallo Stato), e il consulente esclusivo del potere politico. Il progetto, infatti, prevedeva una gerarchia sanitaria quasi autonoma, una sorta di

---

8 Cfr. M. Panizza, *Risultati dell'inchiesta istituita da Agostino Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra in Italia. Riassunto e considerazioni*, Roma, Stabilimento tipografico italiano Perelli, 1890.

filo rosso di tecnici che si sarebbero voluti inamovibili custodi della salute pubblica, culminanti in un Magistrato superiore di sanità; dunque non un Ministero, oggetto alle oscillazioni della politica e delle maggioranze parlamentari, ma un organo stabile e competente meno vincolato alla potestà dell'esecutivo.

Gli intenti iniziali furono però ampiamente ridimensionati nel lungo iter di preparazione della riforma, che ebbe una significativa accelerazione dopo l'epidemia colerica del 1884-87 e prese finalmente sostanza nella L. 5849/1888. Nell'ambito di un articolato assai minuzioso, ulteriormente esteso dai regolamenti applicativi<sup>9</sup>, la legge 1888 normava una vastissima serie di questioni attinenti l'igiene e la salute pubblica, secondo un disegno di medicalizzazione della società e quindi, indirettamente, di rafforzamento anche delle opportunità di mercato per i sanitari, della loro presenza sociale e del prestigio. Veniva infatti istituita in modo stringente l'obbligatorietà per i Municipi dello stanziamento a bilancio dello stipendio per uno o più medici condotti e ostetriche (nessun obbligo per le condotte farmaceutiche e veterinarie), che finalmente erano garantiti per legge nella stabilità del posto di lavoro dopo un periodo di prova; si trattava di un passo avanti significativo e ben accolto dalle associazioni mediche, anche se occorsero altri dieci anni perché fossero approntati gli strumenti legislativi per consentire ai Prefetti di intervenire direttamente sui bilanci comunali per vincere la ritrosia di quelle amministrazioni che rifiutavano di avviare l'assistenza di condotta<sup>10</sup>. Affermando con decisione "l'interessenza della collettività" per il controllo delle professioni sanitarie (medici, chirurghi, veterinari, dentisti e flebotomi, farmacisti), il nuovo impianto legislativo stabiliva l'obbligo per i sanitari di depositare la laurea o il diploma presso le autorità comunali, che erano tenute a compilare elenchi di esercenti approvati, sotto il controllo delle prefetture<sup>11</sup>; inoltre la pratica sanitaria senza il relativo titolo di studio era considerata reato. Si realizzava una importante tappa della disciplina e del monopolio delle professioni medico-sanitarie sulla salute pubblica.

La riforma del 1888 introduceva le istituzioni del Medico provinciale e dell'Ufficiale sanitario comunale, quest'ultimo, già previsto dai regolamenti ma non dalla legge, coincideva nei comuni rurali con il medico condotto. Si trattava di due figure tecniche che non sostituivano la funzione decisionale ed esecutiva di Prefetti e Sindaci in campo igienico, ma almeno avevano espliciti compiti propositivi e non solo consultivi, inoltre potevano ricevere mandato e autorità per agire

9 Il Regolamento fu approvato con rd. 6442 del 9 ottobre 1889, e successivamente riformato con rd. 45 del 3 febbraio 1901; il successivo coordinamento avvenne con il Testo unico, L. 25 febbraio 1904, n. 57.

10 Il che avvenne con la legge 14 luglio 1898, n. 317.

11 L'obbligo di registrazione presso i comuni rimase anche dopo la creazione degli ordini professionali, come ribadito dal Testo unico delle leggi sanitarie del 1934 (rd. 1265) e dal dpr. 5 aprile 1950, n. 221.



nelle veci delle autorità amministrative su questioni sanitarie. In particolare l'Ufficiale sanitario comunale – che era un impiegato comunale e dunque subordinato al Sindaco – era anche tenuto a riferire direttamente al Medico provinciale e anzi nel 1904 fu esplicitamente definito “Ufficiale governativo”; era dunque collocato in modo piuttosto ambiguo per via della sua duplice dipendenza gerarchica (analogo a quella dei segretari comunali), il rischio era quello di complicare i rapporti burocratici e di ingenerare conflitti di competenza e rivalità, ma nel contempo si veniva a creare un virtuoso reticolo di controllo dell'igiene comunale e di pressione sull'operato in tal campo del Sindaco e dei Consigli comunali<sup>12</sup>.

La legge crispina avrebbe costituito un punto di svolta anche per tutto l'universo associativo dei sanitari; il legislatore, infatti, aveva riconosciuto chiaramente il ruolo centrale dei medici nella tutela dell'igiene e della salute, ma aveva anche chiarito quali fossero i limiti di questa delega, sancendo la subordinazione dell'elemento tecnico alla responsabilità politica del Ministero dell'interno e delle sue articolazioni locali. Tramontava definitivamente l'utopia del “potere medico”, a cui forse nessuno tra i sanitari aveva realmente creduto, ma che aveva comunque costituito un importante stimolo all'aggregazione e all'azione; si imponevano dunque obiettivi più prosaici per completare il processo di professionalizzazione della categoria.

Tra i più stringenti problemi sul tappeto vi erano quelli delle rispettive competenze e ambiti di intervento tra le diverse componenti il campo sanitario; fu in questa direzione che si volsero gran parte delle associazioni mediche tra Ottocento e Novecento. Un importante risultato – almeno in termini di principio – fu ottenuto nel 1890, quando il R.D. 6850 mise fine all'esistenza legale dei flebotomi e impose la laurea in Medicina e Chirurgia per l'esercizio dell'odontoiatria. L'impatto del provvedimento fu tuttavia modesto; la maggior parte dei dentisti continuavano ad essere soprattutto dei pratici, che si valevano talvolta di laureati in Medicina come prestanome, oppure erano medici-chirurghi non necessariamente specializzati in materia, anche perché mancavano insegnamenti specifici nelle università<sup>13</sup>. Negli anni successivi, inoltre, vennero concesse diverse sanatorie e deroghe, come quella sancita dalla legge 298/1912, che riconosceva la libertà d'esercizio per i “dentisti pratici” ancora attivi, anche se privi della laurea; e solo negli anni '40 si arrivò alla compilazione di elenchi di medici abilitati al-

<sup>12</sup> Cfr. A. Labranca, *Ufficiale sanitario*, in *Nuovo digesto italiano*, a cura di M. D'Amelio, Torino, Utet, 1940, vol. 12, parte 2.

<sup>13</sup> M. Poladas, *Odontoiatria: verso un Ordine professionale separato*, in Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, *Nel cinquantenario della ricostituzione 1946-1996. Per una storia degli Ordini dei medici*, Roma, Fnomceco, 1996.

l'esercizio dell'odontoiatria<sup>14</sup>.

Un altro tema che qui possiamo solo accennare è quello dell'esercizio della farmacia, in relazione al quale la riforma del 1888 non prevedeva l'istituzione di condotte, ma optava per l'abolizione di ogni regime vincolistico, decidendo in sostanza di consegnarne l'esercizio soprattutto al mercato, nella speranza della sua virtuosa regolazione, e dunque della diffusione del servizio anche nelle plaghe più remote. Il risultato di tale decisione fu il significativo incremento delle farmacie, ma con una distribuzione sul territorio per nulla confacente agli scopi dell'assistenza sanitaria. La promessa legge organica fu realizzata solo nel 1913, sulla base del ribaltamento del principio crispino di libertà commerciale per quello assai più limitativo di una "libertà controllata dallo Stato"<sup>15</sup>.

La riforma crispina della sanità e quella delle opere pie (L. 6972/1890), che rinforzava il controllo statale amministrativo sulla beneficenza – e dunque sulla maggior parte degli ospedali – ma trascurava ogni politica di razionalizzazione e programmazione dell'efficienza ospedaliera<sup>16</sup>, disegnavano nuovi orizzonti professionali per i medici del nuovo secolo; fatalmente ne risultavano mutati anche gli obiettivi e le modalità dell'associazionismo. I medici condotti radicalizzarono le loro posizioni, sviluppando una concezione militante della professione medica, che li portava ad agire come una sorta di "grillo parlante", di avvocato sanitario dei poveri che non risparmiava ai poteri centrali e periferici critiche e denunce sui difetti e le lentezze della medicalizzazione egualitaria della società, e guardava con simpatia la militanza nel socialismo e nei partiti dell'Estrema. Questi almeno erano gli indirizzi della più rappresentativa ed attiva associazione, la nuova Anmc<sup>17</sup>, che si era rifondata nel 1902 qualificandosi esplicitamente come un organismo di resistenza sindacale, contemplando lo sciopero e il boicottaggio tra le proprie azioni di lotta contro le amministrazioni comunali, per l'ottenimento di capitoli di condotta uniformi ed equamente retribuiti. Intanto le insidie del mercato professionale, della concorrenza e la persistenza dell'abusivismo spingevano anche l'associazionismo generalista verso l'esplicita richiesta di più stringenti norme di tutela legale della professione, in un quadro di autogoverno analogo a quello che le professioni legali avevano acquisito nel 1874 con la costituzione degli Ordini.

<sup>14</sup> Previsti già nel Testo unico del 1934 (rdl. 27 luglio 1934, n. 1265) e nel regolamento attuativo (rd. 1706 del 30 settembre 1938), furono più precisamente normati dalla legge 27 dicembre 1941, n. 1649.

<sup>15</sup> A. Soldi, *Origini ed evoluzione della legislazione farmaceutica in Italia*, Milano, Guadagni, 1976.

<sup>16</sup> Cfr. la sezione: *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in Istituto per la scienza dell'amministrazione pubblica*, in *Le riforme crispine*, vol. 4, Amministrazione sociale, Milano, Giuffrè, 1990.

<sup>17</sup> Nel periodo della sua massima espansione, nel 1911, l'Anmc raccoglieva l'adesione di 7.500 soci, circa il 70% della totalità dei condotti (cfr. *Bollettino dell'Anmc*, 1911, 7).

Già alla fine degli anni '80 diverse sezioni locali dell'Ami si costituirono su base volontaria e privata in "Ordini dei sanitari" (Milano, 1887; Napoli, 1888; Venezia, 1889), con lo scopo di conservare gli albi di medici, veterinari e farmacisti abilitati alla professione, comporre le vertenze tra i soci e con il pubblico, esercitare una pressione politica contro l'abusivismo sanitario, ancora ampiamente tollerato in sede di giudizio nei Tribunali. Tali Ordini soffrivano però delle stesse debolezze che avevano afflitto anche le precedenti associazioni, vale a dire la scarsa percentuale di iscritti – in media il 25-30% degli esercenti – che si traduceva in una influenza modesta e nel sostanziale fallimento dei propositi di esercitare una funzione arbitrale, di imporre codici deontologici<sup>18</sup> e tariffari minimi. Nel 1898 si giunse anche alla creazione di una Federazione degli ordini dei sanitari (Fos), che tuttavia lasciò una traccia assai flebile della sua attività. A minarne l'operatività era la contraddizione tra le esigenze rivendicative e sindacali dei condotti, che costituivano la componente politicamente più attiva insediata alla guida della maggior parte degli ordini federati, e quelle assai diverse dei liberi esercenti, che erano incentrate piuttosto sulla questione della repressione dell'abusivismo, sul contenimento e la disciplina del nuovo problema della pubblicità medica e non infrequentemente sulla speranza di poter in qualche modo controllare anche lo stesso mercato professionale, frenando quella che molti denunciavano come la "plethora medica" (che in verità era fenomeno solo urbano). A questo composito movimento si affiancò, in età giolittiana, il consolidamento di un attivo gruppo di interesse in Parlamento, perlopiù schierato con la democrazia radicale e il socialismo; non si trattava di quel "partito sanitario" che qualcuno aveva preconizzato, certamente però l'attivismo medico, in tutte le sue articolazioni, riuscì ad esercitare una pressione importante nell'approvazione della legge istitutiva degli ordini dei sanitari nel 1910.

Ad altri spetta in queste pagine analizzare quella legge e le sue conseguenze; qui ci basti sottolineare come il governo Giolitti seppe indirizzare la discussione e la stesura del testo per evitare che la legge professionale si trasformasse in una modifica della legge sanitaria vigente; furono esplicitamente escluse le richieste di molte voci mediche per fare degli Ordini anche degli organismi di studio e proposta sull'assistenza sanitaria e l'igiene pubblica, per evitare di fare delle rappresentanze professionali dei canali istituzionali della pressione riformistica proveniente dal basso, dai condotti e da altre forze sociali. Anche negli anni successivi

---

<sup>18</sup> Spesso mutuati da esempi stranieri. Tra i più antichi quello adottato a Milano nel 1890, e già in uso presso l'Associazione medica britannica: J. De Styrap, *Codice di etica medica, con precetti generali e speciali per la condotta del corpo medico e del pubblico nelle complesse relazioni della vita professionale*, versione italiana sulla terza edizione inglese di L. Coulliaux, Milano, Tip. Fratelli Rechiedei, 1889.

alla legge del 1910, infatti, i medici collegiati vennero sostanzialmente tenuti ai margini dei processi formativi delle politiche sanitarie dei governi.

### 3. DALLA CRISI DEL DOPOGUERRA ALL'ORDINAMENTO CORPORATIVO

Gli anni della Grande Guerra e quelli immediatamente successivi costituirono una drammatica fase di involuzione per tutto il ceto medio, colpito dalla spirale dell'inflazione che erose e annullò i privilegi economici, sconvolse gli orizzonti professionali e ideali<sup>19</sup>.

Durante il conflitto l'attività associazionistica era completamente cessata, e a partire dal 1917 anche la maggior parte degli Ordini aveva sospeso ogni attività o comunque aveva agito per il solo tramite delle reggenze provvisorie di commissari prefettizi. Nel 1919, nelle elezioni per il rinnovo dei Consigli degli Ordini, i nazionalisti e i fascisti ottennero i loro primi successi nella categoria, affermandosi alla presidenza di alcuni ordini chiave (a Milano e più tardi anche a Roma, Firenze, Bologna). In generale la spinta combattiva dei condotti riuscì a trascinare molti Ordini verso una decisa azione rivendicativa piuttosto che regolativa, e comunque i medici collegiati diedero vita a una ampia varietà di associazioni di categoria, che segmentarono il rivendicazionismo medico. Se le associazioni volontarie erano state nell'Ottocento le levatrici degli organismi collegiali dei sanitari, ancor prima che il legislatore varasse gli Ordini, questi ultimi divennero nel dopoguerra il terreno di coltura e la base organizzativa di associazioni sindacali, spesso di durata e consistenza effimera, ma che quando sopravvissero ai primi mesi di travaglio organizzativo si indirizzarono verso le federazioni sindacali vicine al fascismo, nel quale confluì nel 1923 anche la storica sigla dei condotti, l'Anmc. Tra i motivi di seduzione del fascismo vi era, del resto, anche la enfatica ripresa di temi antichi dell'associazionismo sanitario, come la promessa di una riforma della sanità e dell'assistenza da affidarsi integralmente alla guida tecnica e alla gestione dei medici<sup>20</sup>.

Le profferte di tale tipo non ebbero però seguito. Il fascismo, infatti, finì per irrobustire i contorni della professionalizzazione dei medici, nel segno di un consolidamento dell'autodisciplina del corpo sanitario sulla base della sindacalizzazione integrale della categoria, ma impose anche l'abbandono di ogni prospettiva di delega al tecnico specifico, sottraendo ai medici anche diverse potestà di

<sup>19</sup> La partecipazione dei medici al conflitto era stata massiccia e il loro sacrificio assai significativo anche in termini di morti e feriti: 18.000 mobilitati, 720 caduti, 3.319 decorati.

<sup>20</sup> Cfr. *Provincializzazione delle condotte e medico di Stato*, in *Federazione medica*, 1925, 2; G. Breccia, *I medici condotti e la Carta del lavoro*, in *Avvenire sanitario*, 2 giugno 1927.

controllo in ambito sanitario, per rinsaldarne piuttosto la guida politica e la gestione burocratica.

La fascistizzazione delle associazioni mediche si completò nel giro di pochi anni, anche perché le leggi del 1926 riservavano ai soli organismi fascisti la rappresentanza sindacale, ma in realtà poco o nulla cambiò nei rapporti contrattuali dei condotti con i Comuni e le opere pie. Consolidato il sistema sindacale, nella seconda metà degli anni venti cominciò il progressivo esautoramento degli Ordini. Il R.D. 1313/1928<sup>21</sup> stabiliva la partecipazione dei sindacati fascisti all'elezione dei Consigli degli Ordini, e il successivo dl. 2027/1929<sup>22</sup> esautorava le assemblee degli iscritti agli albi e assegnava ai Prefetti la nomina, tra i designati in numero doppio dal sindacato, di metà dei membri dei Consigli, e direttamente al Ministero degli interni la nomina dell'altra metà. Infine, dopo la soppressione degli ordini dei farmacisti nel 1934, il dl. 5 marzo 1935, n. 184, aboliva anche gli ordini di medici e veterinari, delegando ai sindacati di categoria la conservazione degli albi.

Il superamento degli Ordini e la sindacalizzazione generalizzata non influì significativamente sull'orizzonte professionale dei medici, fu piuttosto l'evoluzione del mercato – quello libero professionale e soprattutto quello mutualistico e ospedaliero – a segnare una svolta, che nelle riviste sindacali degli anni trenta era letta come una crisi etica del medico, innestata dal “mercimonio degli ammalati”<sup>24</sup>. Il problema discusso era quello della “pletora” medica, si trattava però di una percezione errata; in più di mezzo secolo il rapporto numerico tra medici e abitanti si era modificato, in termini generali, in modo scarsamente rilevante (da 1:1.500 a 1:1.300), ma si era incrementata, e di molto, la concentrazione nelle città. Ad accelerare questo trend era la cosiddetta “socializzazione della medicina”, esecrata – sottovoce – dai medici e dai loro sindacati, ed esaltata dal regime fascista come strumento di modernizzazione senza conflitti sociali. Ma di quale socializzazione si trattava? In realtà non di un servizio sanitario esteso alla totalità della popolazione, ma della proliferazione di enti che, sulla base di accordi sindacali e secondo il sistema assicurativo, erogavano terapie agli occupati di un settore produttivo e talvolta alle loro famiglie. Ne risultava una copertura a macchie di leopardo della popolazione italiana, che per circa il 35-40% poteva disporre dell'assistenza mutualistica (nel 1940). E quello mutualistico era il principale sbocco

<sup>21</sup> Seguì dal regolamento applicativo approvato con rd. 21 marzo 1929, n. 597.

<sup>22</sup> Convertito nella L. 31 marzo 1930, n.414.

<sup>23</sup> Convertito nella L. 27 maggio 1935, n. 983.

<sup>24</sup> Cfr. E. Levi, *La crisi etica della medicina: i suoi fattori casuali e le vie per porvi riparo*, in *Federazione medica*, 1931, 19; V. Lucarelli, *La crisi morale della classe medica*, in *Avvenire sanitario*, 13 marzo 1930; L. Ratto, *La medicina delle passioni egoistiche*, in *ibidem*, 10 e 17 marzo.

lavorativo per i medici; verso la fine degli anni Trenta quasi il 90% dei medici iscritti agli Albi era reclutato o lo era stato dalle casse mutue; i neolaureati nella speranza di farsi così una clientela, anche accettando le modeste condizioni di retribuzione fissate dalle mutue, i professionisti dalla carriera già avviata per arrotondare il reddito con l'assistenza, per esempio, degli operai delle mutue dell'industria, che non avrebbero comunque mai fatto parte della loro clientela perché impediti da un reddito modesto. La "socializzazione", però, comprimeva gli onorari dei medici (fino a 4/5 rispetto al regime di libera concorrenza)<sup>25</sup>, anche sotto i limiti minimi stabiliti dalle tabelle sindacali.

Il sistema mutualistico finiva per disegnare per le proprie esigenze anche l'organizzazione ospedaliera nazionale, secondo modalità destinate a durare a lungo ben oltre la Liberazione. Nelle convenzioni assicurative con le mutue, gli ospedali trovarono una via per sottrarsi al cronico dissesto finanziario dovuto alla insolvibilità dei Municipi, cui spettava per legge il pagamento della degenza dei ricoverati non abbienti<sup>26</sup>; i mutuati erano invece pazienti solventi, a cui destinare un numero crescente di posti letto. L'assistenza clinica assumeva dunque la logica del profitto già dalla metà degli anni trenta; quella stessa logica finì per delineare l'organizzazione interna dei nosocomi, incrementando i reparti a maggiore valore aggiunto, come quelli di chirurgia e, per esempio, limitando gli ingressi alle malattie contagiose. I medici ospedalieri ottennero da subito la compartecipazione in questa nuova azienda nosocomiale (con il R.D. 1631/1938), e almeno loro riuscirono a trarre profitto anche in termini di reddito dalla ricaduta ospedaliera della "socializzazione" dell'assistenza innestata dal sistema mutualistico e assicurativo.

#### 4. DALLA LIBERAZIONE AL 1978

Nel 1944 nelle zone liberate dell'Italia venne abolito l'ordinamento corporativo e in pochi mesi gli Ordini dei medici (e in alcuni casi anche quelli di farmacisti e veterinari) si ricostituirono in forma provvisoria sulla base della legge del 1910. La ricostruzione vera e propria del sistema collegiale richiese in realtà più tempo; dopo l'emanazione delle nuove norme per la costituzione degli ordini, con il decreto Luogotenenziale 233/1946, il relativo regolamento applicativo fu emanato nel 1950 (dpr. 221)<sup>27</sup>, e nello stesso anno si tennero le prime elezioni per i Con-

<sup>25</sup> F. Gazzetti, *Principi teorici della mutualità*, in *Forze sanitarie*, 1939, p. 348.

<sup>26</sup> Da ultimo con il rd. 30 dicembre 1923, n. 2841.

<sup>27</sup> Successive modifiche alla disciplina ordinistica per medici, veterinari, farmacisti e ostetriche si ebbero con la legge 5 gennaio 1955, n. 15 e poi con la legge 21 ottobre 1957, n. 221. Con la L.1049/1954 vennero istituiti i Collegi delle infermiere, assistenti sanitarie e visitatrici (già previsti dal decreto 233/1946), come professione sanitaria ausiliaria a quella medica.



sigli degli Ordini. Per il momento, però, la maggioranza dei medici manifestò poco interesse per la ricostituzione degli Ordini, e i votanti furono meno del 30% degli iscritti agli Albi. L'attenzione sarebbe cresciuta negli anni seguenti, quando ormai l'associazionismo di categoria aveva dato vita a numerosi sindacati di diverso orientamento, interessati a conquistarsi la maggioranza nei Consigli degli Ordini, e nelle elezioni la partecipazione si attestò intorno all'80% degli aventi diritto.

Intanto, almeno fino alla seconda metà degli anni Sessanta, i problemi e le prospettive di mercato per i medici italiani continuavano nella stessa linea evolutiva che si era delineata tra le due guerre. La relazione morale del 1953 del presidente della Federazione degli Ordini dei medici, Raffaele Chiarolanza, illustrava in sostanza un quadro analogo a quello del ventennio precedente:

La classe medica è in pieno travaglio (...). Le cause del nostro disagio possiamo chiamarle: plethora dei medici, diminuzione di ammalati direttamente paganti, abusivismo sanitario, rarefazione progressiva del danaro (...). A questo quadro si aggiunga il pericolo della perdita definitiva della libertà d'esercizio, conseguente alla tendenza dello Stato moderno a estendere sempre più il servizio mutualistico a categorie anche abbienti, nonché l'azione dannosa delle mutue diretta a contrarre e comprimere l'attività del medico fino a trasformarlo in un funzionario burocratizzato<sup>28</sup>.

Il modello previdenziale delineatosi in età fascista venne sostanzialmente subito per decenni anche nel periodo repubblicano; esso si basava sulla progressiva estensione a nuovi settori sociali del diritto all'assistenza sulla base del sistema assicurativo. Il soggetto della previdenza non era il cittadino, ma il lavoratore dipendente e, auspicabilmente, la sua famiglia. Oltre a deprimere la libertà professionale (cioè la libera scelta del medico da parte del cliente), il sistema era anche debole nei suoi presupposti finanziari, e il legislatore repubblicano decise molto presto di integrare con fondi pubblici il sistema della mutualità. I primi provvedimenti arrivarono già nel 1945 e si incrementarono in seguito alle indicazioni della commissione governativa di cui al dl. 377/1947, che reputava necessario emancipare il sistema mutualistico dall'insufficiente finanziamento paritetico di datori di lavoro e lavoratori.

Nel 1958 venne finalmente creato per la prima volta in Italia un Ministero della sanità (con la L. 296); non si trattava ancora, però, di un'unica giurisdizione sui

<sup>28</sup> [R. Chiarolanza], *Relazione morale del presidente*, in *Federazione medica*, 1953, 3, p. 7.

servizi igienico-sanitari del Paese, dal momento che il sistema mutualistico ne era escluso, proprio per la sua natura prevalentemente assicurativa e contrattuale, dunque privatistica. Contestualmente, nel luglio dello stesso anno, il legislatore interveniva rifinanziando e riformando parzialmente l'Inam, l'ente nazionale (ma non unico!) di mutualità che era stato creato dal fascismo nel 1943. Il provvedimento, intanto, stabiliva la perequazione dei trattamenti tra le varie categorie di assicurati facenti capo all'Inam, ma non si affrontava il problema di fondo del coordinamento e quindi della maggiore incisività e utilizzazione delle strutture e dei servizi sanitari. In mancanza di un disegno globale per la sanità pubblica, anche il finanziamento dello Stato veniva necessariamente disperso in iniziative settoriali, spesso dettate da interessi elettoralistici più che da un piano globale di ricostruzione e ampliamento delle strutture assistenziali. Tuttavia l'assistenza mutualistica fu estesa, all'inizio degli anni Settanta, al 92% circa della popolazione, mentre un ulteriore 4% circa era assistito a spese dei comuni (indigenti residenti) e delle province (malati di mente internati, minorati psichici, parkinsoniani, illegittimi minori); tenendo conto delle sovrapposizioni di alcune cifre, la popolazione sprovvista di tutela sarebbe stata ridotta ormai intorno ai 2-3 milioni (lavoratori indipendenti appena al di sopra del limite di indigenza, casalinghe nubili, giovani disoccupati, benestanti).

In un panorama così frammentato, il Ministero della Sanità stentava ad assumere il ruolo di principale ispiratore e coordinatore della politica igienico-sanitaria del Paese. Un importante passo in avanti venne compiuto con la L. 132/1968, che completava il percorso di razionalizzazione delle strutture ospedaliere che era cominciato nel 1890, ma non era stato mai completato; in virtù della riforma, il Ministero della sanità veniva finalmente investito del compito di varare un piano ospedaliero nazionale, di concerto con le parti sociali e gli enti locali (le Regioni, già contemplate dalla L. 132, non erano state ancora istituite). La legge riconosceva all'ospedale la funzione di ente pubblico, patrimonio della collettività e quindi, prescindendo da ogni convenzione con mutue o assicurazioni, aperto alla cura di tutti gli infermi e tenuto alla collaborazione con le altre istituzioni per la difesa della salute, anche attraverso la formazione del personale sanitario; si determinavano, inoltre, le norme igieniche e costruttive dei nosocomi, i minimi di attrezzatura e di personale richiesto, affidandone i poteri direttivi ed ispettivi al Ministero della sanità. Legge e coordinamento ministeriale non incisero per la verità sulla sperequazione dei posti letto e delle attrezzature tra regioni economicamente più forti, in grado quindi di finanziare un maggiore sviluppo di ospedali, e le altre, ma costituivano presupposti fondamentali per ridisegnare in modo uniforme l'assistenza sanitaria nella repubblica.

I medici italiani, attraverso gli Ordini, la Federazione e una miriade di sigle sin-

dacali, erano stati combattivi interlocutori del governo nel varo della L. 132/1968, per controllare le limitazioni al libero esercizio *intramoenia* che la riforma avrebbe necessariamente comportato. Dal punto di vista della libertà d'esercizio professionale il risultato fu relativamente favorevole alla corporazione sanitaria, perché venne limitata la temuta "impiegatizzazione" degli ospedalieri, e si ottennero piuttosto importanti riconoscimenti economici per il servizio ospedaliero senza escludere le prestazioni private. Ancora una volta, tuttavia, la componente tecnica (i medici in tutte le loro specializzazioni) venne contemplata nella gestione degli ospedali solo con funzioni consultive.

Il successivo passo della riforma era quello di superare il disordine mutualistico per costruire un sistema di assistenza sanitaria generalizzato, come quello che sarebbe stato realizzato dalla L. 833 del 27 settembre 1978. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale giunse alla fine di un cammino assai accidentato, anche per le resistenze delle associazioni mediche. Dalle prime discussioni sulla riforma, nel 1963, si arrivò alle dichiarazioni programmatiche del IV governo Rumor nel 1973, e solo nell'agosto 1974 la proposta di riforma venne presentata dal ministro Colombo. L'ostacolo principale era costituito dai grossi interessi finanziari connessi alla trentennale pratica dell'estensione graduale della mutualità sanitaria a nuovi gruppi di assicurabili, secondo le opportunità del momento, e alla gestione degli istituti verticali e accentrati che coordinavano quest'estensione puntiforme delle mutue come altrettanti luoghi di potere. Con la nuova struttura alimentata da un finanziamento a fiscalità progressiva, il sistema sanitario di cui alla L. 833 superava il concetto assicurativo/mutualistico con un progetto onnicomprensivo di prevenzione e assistenza socio-sanitaria esteso a tutti i dimoranti sul territorio italiano, e articolato nelle Unità sanitarie locali. L'Italia si allineava dunque a quei paesi che, pur con diversi sistemi sociali, applicavano la forma politico-organizzativa del servizio sanitario nazionale, che agli inizi degli anni '80 era pari a un terzo circa della popolazione mondiale<sup>29</sup>.

A ben guardare, l'impianto della legge 833/1978 assomigliava molto ai propositi che le associazioni mediche avevano agitato nel 1848, nel 1862 con la costituzione dell'Ami, ancora a fine '800 con la creazione dei primi ordini dei sanitari, ma che nel corso del Novecento si erano via via appannati anche a seguito di una serie di spaccature verticali nelle prospettive di reddito che il mercato professionale aveva attuato tra i sanitari italiani. Il vero punto dolente della riforma del 1978, dal punto di vista dei medici, era il modello di gestione della sanità pubblica, che riattualizzava in forme consone al contesto democratico il sistema tra-

---

<sup>29</sup> M. Terris, *The Three World System of Medical Care*, in *World Health Forum*, 1/2, 1980, pp. 78-86

dizionale della “polizia medica”, con la politica come decisore e il tecnico come operatore. Ottenuta la “sanitarizzazione” della società e la universalizzazione del diritto di cure mediche, anche se tra molti malumori e “senza i medici” – come la corporazione lamentava<sup>30</sup> –, gli Ordini con la Federazione e i sindacati si sono in seguito orientati su altri obiettivi, anch’essi in fondo legati da sempre al processo di professionalizzazione. Da un lato la rivendicazione dell’eccezionalismo della categoria medica, che non può e non deve essere confusa con gli altri operatori del comparto sanitario, ha prodotto, per esempio, ampi spazi di autonomia contrattuale per i medici del Servizio sanitario e importanti riconoscimenti economici; d’altro canto, però, questa medesima rivendicazione ha anche consentito di rimeditare su un’altra “unicità” che è il rapporto con il paziente, i cui presupposti sono ancora più remoti e profondi.

---

<sup>30</sup> Cfr. A. Secco, *La corporazione medica in età repubblicana*, in *Storia d'Italia, Annali*, n. 10, *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, Torino, Einaudi, 1996.

**MARIA MALATESTA**

Professore ordinario di Storia contemporanea presso l'Università di Bologna. Studiosa di storia delle professioni italiane e europee ha scritto il libro *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*, Einaudi 2006, che ha ricevuto nel 2007 il premio della Società degli storici di storia contemporanea. Una nuova versione del volume è in procinto di uscire presso Sage Publications col titolo *Professional Men, Professional Women*.

# Il riconoscimento pubblico della professione: la costituzione e la ricostituzione degli Ordini dei medici

MARIA MALATESTA

## UN'UGUAGLIANZA APPARENTE

La specialità delle professioni liberali sta nell'essere ritenute occupazioni tanto importanti per la collettività da essere sottoposte ad un regime di pubblicità ed essere regolamentate da organismi che il legislatore ha elevato allo stato di enti pubblici e ai quali ha delegato ampi poteri da esercitare nell'interesse del gruppo professionale di appartenenza e di quello dell'intera collettività. Nel 1944 fu abolito il regime corporativo fascista al cui interno erano state inserite anche le professioni liberali, i cui Ordini e Collegi erano stati soppressi e sostituiti con i sindacati. In quella data furono ripristinati gli Ordini e i Collegi professionali che preesistevano al fascismo e ad essi furono nuovamente attribuiti l'autonomia e l'autogoverno di cui godevano durante il periodo liberale e che il fascismo aveva cancellato. Le loro funzioni sono rimaste sostanzialmente quelle fissate per la prima volta nel 1874 con la legge che regolamentava le professioni forensi: custodia dell'Albo e controllo delle credenziali, potere di disciplina, tutela della deontologia professionale, regolamentazione delle tariffe; anche oggi, come allora, l'organo di disciplina e controllo è il Consiglio dell'Ordine i cui membri sono di nuovo eletti, dopo la parentesi fascista, dal corpo dei professionisti iscritti all'Ordine.

Il 1944 non segnò tuttavia solo un ritorno alla tradizione dell'età liberale. La le-



gislazione ordinistica emanata in quel periodo si sovrappose a quella fascista. Dell'ordinamento introdotto durante il regime in materia di professioni fu salvaguardata la normativa relativa all'esame di Stato come chiave di accesso all'esercizio della professione, il riconoscimento della funzione pubblica delle professioni e l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo, che il regime fascista introdusse nel 1938. Per tutto il periodo liberale il sistema dell'Albo fu riservato a poche professioni ed ebbe un carattere più accertativo che obbligatorio, il che spiega il permanere in quegli anni di un livello molto alto di abusivismo tra i professionisti. In età repubblicana non solo è stata ribadita l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo, ma essa è stata fatta coincidere, anche concettualmente, con l'Ordine (o con il Collegio), come si evince dall'art. 2229 del codice civile. L'iscrizione all'Albo diventa in questo modo la condizione che consente al professionista di stabilire un rapporto duraturo con il suo Ordine, ossia con la pubblica amministrazione. La sospensione o la fine di questo rapporto per motivi disciplinari coincide con l'interruzione, temporanea o definitiva, della stessa attività professionale. Oggi l'iscrizione all'Albo attribuisce al professionista uno status giuridico e rimane la condizione indispensabile per l'esercizio della professione, sia essa libera oppure svolta all'interno di enti pubblici o privati.

Il regime repubblicano ha esaltato ulteriormente la funzione costituzionale degli Ordini e ha completato quel processo di riconoscimento pubblico delle professioni iniziato nel periodo liberale e proseguito nel contesto dello stato totalitario. L'autonomia di cui godono ancora oggi gli Ordini è uno dei segni del valore costituzionale che il legislatore ha voluto riconoscere alle professioni liberali. Essa è molto superiore a quella degli altri enti autonomi, dato che è un'autonomia al contempo amministrativa, normativa e giurisdizionale. In quanto enti di diritto pubblico, gli Ordini sono sottoposti alla vigilanza dello Stato, che si esercita attraverso il ministro di Grazia e giustizia e dell'Interno. Ma i controlli statali sono scarsi, addirittura inesistenti per quanto concerne la funzione amministrativa, ossia tutta l'attività d'organizzazione e rappresentanza, di certificazione e conciliazione e infine l'attività tributaria.

Date queste premesse parrebbe logico affermare che gli Ordini preposti alla regolamentazione delle varie professioni liberali siano tutti uguali e svolgano le medesime attività e funzioni. In realtà non è così. Tra loro vi sono state fin dagli inizi delle differenze, poco visibili dall'esterno, ma assai eloquenti se sottoposte ad un'analisi storica. Sul piano normativo e su quello funzionale si sono stratificate negli anni delle differenze che neppure la legislazione repubblicana ha eliminato, o che sono rimaste come prassi oramai consolidata. Questo saggio intende dimostrare che la diversità tra i vari Ordini professionali non è solo il risultato del modo con cui le professioni si sono date tra Otto e Novecento un assetto mo-

derno. Tale diversità è anche l'espressione del potere che ogni professione è stata in grado di gestire e, *last but not least*, alle rappresentazioni che la società ha costruito attorno ad ogni professione.

Dentro un contenitore normativo apparentemente uguale, sono rimasti reperti della storia delle professioni e del loro potere simbolico tali da diversificare le funzioni e gli obiettivi degli Ordini. Questo processo di differenziazione ha riguardato soprattutto gli Ordini dei medici. Studiati in questa prospettiva essi si rivelano non tanto degli organi burocratici ma istituzioni pubbliche profondamente radicate nella professione medica e condizionate dalla sua storia peculiare.

### ORDINI SANITARI E ORDINI FORENSI

Dal confronto tra i due più importanti Ordini professionali italiani, quello degli avvocati e dei procuratori (diventato nel 1997 Ordine degli avvocati) e quello dei medici chirurghi (diventato nel 1985 Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri), emergono significative diversità di carattere storico, funzionale e giurisdizionale. Sono tre aspetti che appaiono separati dal punto di vista formale, ma che nella realtà sono strettamente connessi alla storia e alla configurazione specifica della professione medica e di quella forense.

La prima differenza riguarda i tempi e le modalità di formazione dei due Ordini. Quello forense fu istituito nel 1874 su iniziativa del governo sotto l'urgenza di completare la nazionalizzazione del sistema giuridico. Le incertezze e le resistenze manifestate della base della professione furono superate dalla decisione di quegli avvocati che facevano parte della classe politica e sedevano nel parlamento. La legge forense del 1874 fu l'archetipo della normativa professionale italiana<sup>1</sup>. Essa fu seguita l'anno successivo dalla legge sul notariato e restò per trent'anni l'unico esempio di regolazione professionale. Si deve infatti arrivare al 1906 per avere una analoga regolamentazione per l'esercizio della libera professione di ragioniere e nel 1910 per quella dei medici, dei farmacisti e dei veterinari.

Questa cronologia è oltremodo eloquente di quali fossero le priorità che classe politica post-unitaria aveva circa i bisogni della società. Al vertice di questi bisogni non vi era certo la sanità, all'epoca demandata a una rudimentale gestione a livello locale, ma la costruzione amministrativa e politica del nuovo Stato, che necessitava delle competenze offerte dalle professioni legali. Si formò così una scala gerarchica interna alle professioni che si basava su due fattori fondamentali: la contiguità tra la professione e lo Stato e il predominio della libera professione. Si comprende allora perché gli avvocati rappresentassero il modello per ec-

<sup>1</sup> M. Malatesta, *L'Ordine professionale, ovvero l'espansione del paradigma avvocatizio*, in *Parole chiave*, n.7/8, 1995.

cellenza della professione ottocentesca italiana. Gli avvocati svolgevano una funzione costituzionale non solo perché erano portatori di saperi utili all'amministrazione del nuovo Stato, ma anche perché essi rappresentavano una parte preponderante della classe politica. Dopo di loro fu riconosciuta la professione di notaio, nella cui figura si univa la figura del funzionario pubblico e quella del libero professionista. Dopo trent'anni l'onore spettò ai ragionieri, potente corporazione professionale a cui lo stato riconobbe il monopolio della contabilità pubblica e della gestione dei fallimenti.

Il prestigio e il potere dell'avvocatura sono riconoscibili in alcune prerogative che le vennero attribuite dal 1874. Innanzi tutto l'esame di stato, che non era severo come quello introdotto con la riforma Gentile, ma che era comunque una credenziale negata ai medici per tutto il periodo liberale, nonostante che questi ultimi la richiedessero con insistenza. In secondo luogo il potere disciplinare totale di cui disponevano i Consigli degli Ordini, che potevano infliggere sanzioni che andavano dall'avvertimento alla cancellazione dall'Albo (art. 25). Le loro decisioni potevano essere impugnate solo davanti alla Corte d'Appello.

Quando fu abolito il regime corporativo fascista, gli Ordini e i Collegi ricostituiti per primi furono quelli degli avvocati e dei ragionieri. Anche nella transizione dal fascismo alla repubblica fu così riprodotta la medesima gerarchia dell'importanza che aveva contraddistinto la fase iniziale della professionalizzazione. Se l'Ordine degli avvocati e dei procuratori fu ricostituito con il D.Legs. 23 novembre 1944 n. 382, quello dei medici fu ripristinato col D.Legs. cps. 13 settembre 1946 n. 233. Per avere per il regolamento attuativo si dovranno aspettare altri quattro anni (BPR. 5 aprile 1950, n. 221).

Per gli avvocati il ritorno alla libertà acquistò un significato speciale perché fu accompagnato dalla creazione dell'organo rappresentativo nazionale a cui il ceto forense aspirava da più di mezzo secolo e che il fascismo aveva attuato in versione autoritaria senza dotarlo di alcuna autonomia. Il Consiglio nazionale forense è l'espressione del totale *self government* di una professione, che ricalca in tutto e per tutto il modello dell'avvocatura britannica. È composto di soli avvocati, eletti uno per ogni Corte d'appello. Ha poteri giurisdizionali in materia disciplinare, il che significa che giudica i ricorsi sulle sanzioni prese dai Consigli degli Ordini provinciali. Le sue decisioni possono essere impugnate solo in Cassazione. Il Consiglio nazionale forense fissa inoltre gli onorari degli avvocati che saranno poi applicati dai giudici alla fine del procedimento giudiziario.

Mentre gli Ordini forensi furono il prodotto di un'azione imposta dall'alto e compiutasi in tempi brevi, gli Ordini dei medici italiani furono il risultato di un'iniziativa sorta dal basso, sviluppatasi all'interno della professione e realizzatasi nell'arco di mezzo secolo. La formazione degli Ordini sanitari avvenne grazie a un

processo diverso dal cosiddetto modello di professionalizzazione continentale, caratterizzato da una spinta proveniente dall'alto e con un'impronta marcatamente statalista. La professione medica italiana fu infatti contrassegnata fin dai primi anni post-unitari da una dimensione conflittuale e contrattualistica nei confronti della pubblica amministrazione e da una forte propensione all'autogoverno. Da questo punto di vista sono ravvisabili alcuni punti di contatto col modello di professionalizzazione britannico, che si realizzò nell'Ottocento grazie alla formidabile spinta impressa dalla British Medical Association, l'artefice dell'introduzione nel 1858 del *medical register*, ossia l'Albo nazionale dei medici britannici<sup>2</sup>.

I tempi lunghi che furono impiegati perché il codice sanitario vedesse la luce (dal 1866 al 1888) e la delusione che suscitò rispetto alle aspettative che i medici vi avevano riposto (la perdurante negazione ai medici della governance sanitaria e il mancato riconoscimento del monopolio medico nel campo della cura<sup>3</sup>), furono la molla che li spinse ad organizzarsi e a costruire una rete associativa in grado di supplire alla mancanza di una regolamentazione e di un sistema di rappresentanza simili a quello di cui erano dotati gli avvocati.

I fatti sono ben noti agli studiosi della sanità e in questa sede saranno solo evocati. L'associazionismo pre e post-unitario oscillò tra il mutuo soccorso e le spinte corporative fino a che venne fondato nel 1887, su iniziativa dell'Associazione medica italiana, il primo Ordine dei sanitari. L'emulazione rispetto alla professione forense è palese. In assenza di una regolamentazione complessiva della professione (gli Albi degli esercenti erano depositati presso il Prefetto), i medici si dotarono sul terreno privato di organismi di rappresentanza simili a quelli degli avvocati, il cui scopo principale era la difesa della professione. Colmando il vuoto che neppure la legge Crispi aveva riempito, gli Ordini dei sanitari si prefissero il controllo del territorio, allo scopo di reprimere l'esercizio abusivo della medicina e soprattutto dell'odontoiatria e della farmacia<sup>4</sup>.

Analogamente agli Ordini forensi, anche quelli medici intesero occuparsi delle tariffe e si eressero a tutela della deontologia professionale. Vi è però una differenza sostanziale. I medici avevano uno spirito associativo, un senso di appartenenza categoriale molto più forte degli avvocati e per questo si organizzarono ben presto in una Federazione nazionale, a cui facevano capo anche le associazioni di categoria, prima fra tutte l'Associazione nazionale dei medici condotti (che nel 1907 contava 600 membri). Tutto questo significa che la legge del 1910 sul ri-

<sup>2</sup> M. Malatesta, *Professionisti e gentiluomini. Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*, Einaudi, Torino 2006, pp.120-126.

<sup>3</sup> A. Lonni, *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'Ordine dei medici XIX e XX secolo*, Franco Angeli, Milano 1994, pp. 340-356.

<sup>4</sup> M. Soresina, *Associazionismo medico e ruolo dei medici nel primo trentennio dello stato unitario*, in *Società e storia*, n. 27, gennaio-marzo 1985, pp. 116-117.

conoscimento pubblico delle professioni sanitarie non istituì ex-novo, come avvenne per gli avvocati, l'Ordine, ma si limitò a ratificare uno stato di fatto.

C'è da domandarsi a questo punto perché la legge istitutiva degli Ordini sanitari fu emanata ben trentasei anni dopo quella per gli avvocati e ventidue anni dopo l'emanazione del Codice sanitario; perché, in definitiva, tra la professionalizzazione della medicina italiana e il riconoscimento della sua funzione pubblica vi fu uno scarto così vistoso. Mai come in questo caso la cronologia non è solo una questione di tempi; in essa è racchiusa una pluralità di significati storici e simbolici, strettamente intrecciati tra loro, che vanno decifrati. Il primo e più importante fattore esplicativo del ritardo con cui i medici ottennero l'Ordine professionale, è inscritto nella storia della sanità italiana ottocentesca, dominata dalla figura del medico condotto. Mentre l'avvocatura era all'epoca quasi esclusivamente una libera professione – e come tale fu regolamentata – la medicina post-unitaria fu modellata sul pubblico impiego. I medici condotti lavoravano alle dipendenze delle amministrazioni comunali e degli ospedali controllati delle opere pie, che erano anch'esse degli enti pubblici.

Nel periodo post-unitario prese forma l'archetipo della medicina italiana, una professione a prevalente carattere dipendente e in costante rapporto con gli enti pubblici. La domanda di adesione che l'Associazione nazionale dei medici condotti rivolse nel 1908 alla Confederazione nazionale delle federazioni e delle associazioni professionali di impiegati, ci aiuta a capire quale fosse la percezione che una parte consistente della classe medica aveva di se stessa. La Confederazione degli impiegati era infatti un'associazione sorta allo scopo di difendere il diritto di organizzazione degli impiegati di fronte al governo e alle amministrazioni pubbliche e private<sup>5</sup>. Dal momento che il modello della regolamentazione professionale ricalcato sulla professione di avvocato riguardava solo la libera professione, si comprende allora tanto il motivo del ritardo della normativa sulla professione medica, quanto la data della sua introduzione.

Nel 1910 si era già verificato un cambiamento significativo interno alla professione medica, contrassegnato da una sensibile crescita della libera professione (aumentata del 39% dal 1885 al 1905 e passata da 8.983 a 12.375 unità) e dal parallelo rallentamento dell'aumento dei medici condotti, attestatosi in quello stesso periodo attorno al 20%<sup>6</sup>. L'aumento del numero dei liberi professionisti fu determinato sia dall'ampliamento del mercato sanitario indotto dall'industrializzazione iniziata a fine secolo, che dal riassetto della sanità deciso in quegli anni, volto a favorire lo sviluppo dell'attività medica libero professionale. Nel 1906 furo-

<sup>5</sup> *Il medico condotto* (d'ora in poi MC), 10 novembre 1908.

<sup>6</sup> P. Frascani, *Il medico nell'Ottocento*, in *Studi storici*, luglio-settembre 1982, p. 635.

no infatti abolite le condotte piene e autorizzati ufficialmente i medici condotti a svolgere anche l'attività privata<sup>7</sup>.

Se dunque la nascita dell'Ordine dei medici corrispose allo sviluppo della libera professione, le sue caratteristiche e la sua genesi furono segnate in modo indelebile dalle vicende precedenti. Il punto di maggiore attrito tra i medici e il legislatore riguardò infatti la natura dell'Ordine e le sue funzioni. La questione centrale consisteva nel decidere se modellarsi sull'avvocatura e dunque iscrivere all'Albo solo i liberi professionisti, o ritenere l'Albo come la condizione necessaria per l'esercizio della professione, anche quella svolta come dipendente di un ente. Su questo punto emersero in sede di commissione parlamentare e nella discussione alla Camera varie interpretazioni. Alla fine prevalse l'impostazione che sarebbe stata estesa a tutte le professioni con la legge del 1939, ossia che "non ci si può dare all'esercizio della professione senza iscriversi all'Albo". Dunque anche il medico condotto doveva iscriversi all'Albo perché "vincolato dinanzi al comune, ma è curante di malati"<sup>8</sup>. All'obbligo di iscriversi all'Albo sia da parte dei liberi professionisti e che da quella dei medici dipendenti degli enti pubblici, non corrispose però un medesimo sistema disciplinare.

#### L'AUTOGOVERNO MEDICO

Il potere disciplinare è la componente più significativa del self-government di una professione. Su questo punto delicatissimo la legge del 1910 stabilì un doppio regime, dividendo i medici in due categorie: i liberi professionisti erano giudicati dal Consiglio dell'Ordine, mentre i medici dipendenti erano sottoposti alla giurisdizione del Consiglio sanitario provinciale e soggetti alla disciplina dell'Ordine solo per quanto riguardava l'esercizio della libera professione.

Il deputato Casciani che aveva redatto il progetto di legge e l'aveva sottoposto all'approvazione delle associazioni mediche, aveva previsto in un primo tempo che tra i compiti degli Ordini vi fosse anche quella di "dirimere i conflitti che possono sorgere in mezzo alla classe medica e tra questa e le pubbliche amministrazioni". Ma su questo punto il governo era stato irremovibile, nonostante l'opposizione della Federazione nazionale degli Ordini e le contestazioni emerse nella discussione alla Camera del progetto di legge. I deputati Ciocchi, Queirolo e Pietravalli denunciarono infatti la mostruosità insita nella decisione di limitare la tutela degli Ordini alla sola libera professione. In questo modo i medici condotti erano lasciati sotto la giurisdizione del Consiglio sanitario provinciale, presiedu-

<sup>7</sup> G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1982, p.635.

<sup>8</sup> Atti Parlamentari, Camera dei deputati (d'ora in poi AP), Legislatura XXIII, Discussioni, 1909-1910, tornata del 20 maggio 1910, p. 7167.



to dal prefetto il quale rappresentava gli stessi enti pubblici da cui il medico dipendeva.

Ciò che agli occhi di questi deputati appariva un palese conflitto di interessi, fu invece inteso dal governo come l'unica soluzione possibile onde evitare che si formasse una duplice giurisdizione per giudicare una stessa materia. Infatti secondo la legge comunale era il Consiglio provinciale a doversi occupare delle questioni sorte tra i medici e le amministrazioni comunali. La verità è che la scelta fatta dal governo di introdurre una duplice giurisdizione provocò una gerarchizzazione della professione medica che dal 1910 fu divisa in due componenti (che peraltro potevano coesistere nella stessa persona): la categoria nobile dei liberi professionisti, che era sottoposta al controllo dei loro pari e quella inferiore dei medici dipendenti, che era disciplinata dalle pubbliche amministrazioni. Era una scelta le cui radici affondavano nella storia della medicina italiana post-unitaria e nel ruolo preponderante che vi avevano esercitato gli enti pubblici a cui era stato in buona sostanza affidato il governo della sanità. Questi fattori costitutivi si ripercossero sulla definizione della professione medica e sui confini del suo autogoverno. La legge del 1910 attribuì per certi aspetti all'Ordine dei medici un potere di disciplina e un autogoverno superiore a quello goduto all'epoca dagli avvocati. Il Consiglio dell'Ordine poteva applicare le medesime pene disciplinari, che andavano dall'avvertimento alla censura e suggerire la sospensione dall'Albo (da uno a sei mesi), che però era applicata solo dal ministro degli interni<sup>9</sup>; pronunciava infine la cancellazione dall'Albo e l'eventuale riammissione (art. 6). Mentre gli avvocati potevano ricorrere contro le decisioni del Consiglio dell'Ordine appellandosi alla magistratura, per i medici erano previsti più giurisdizioni di appello nell'ambito dello stesso sistema professionale. I liberi professionisti avevano la facoltà di rivolgersi contro le decisioni del Consiglio direttivo, all'assemblea generale dell'Ordine e successivamente al Consiglio superiore di sanità (art. 38). A quest'ultimo potevano appellarsi anche i medici dipendenti contro i provvedimenti disciplinari presi dal Consiglio provinciale di sanità. Il problema stava però nel fatto che i due Consigli di sanità erano corpi burocratici al cui interno la presenza medica restò minoritaria anche dopo che la legge del 1910 ne modificò la composizione.

Nel corso della discussione del progetto di legge i deputati Ciocchi e Celli difesero l'esigenza di sottrarre le giurisdizioni mediche superiori o parallele all'Ordine allo strapotere dei burocrati. Essi proposero di rendere elettiva la rappresentanza medica all'interno del Consiglio superiore di sanità, introducendo un mem-

---

<sup>9</sup> Regolamento per la esecuzione della legge 10 luglio 1910 sugli Ordini dei sanitari, art. 35, MC, 20 aprile 1911.

bro per ciascuno dei tre Ordini sanitari eletto dai presidenti dei rispettivi Ordini. L'onorevole Casciani, a nome della commissione, propose di introdurre di diritto i presidenti dei tre Ordini sanitari in ogni Consiglio sanitario provinciale. Il presidente del Consiglio, Luigi Luzzatti mostrò in quell'occasione di essere un fedele seguace della politica di Giovanni Giolitti, che consisteva nel governare il conflitto sociale istituzionalizzandolo. Luzzatti accolse entrambe le proposte perché convinto che non si dovesse temere l'ingresso degli "indisciplinati" (ossia i medici condotti, che in quegli anni erano la frangia estremista della medicina, perché erano in buona parte socialisti) nei Consigli sanitari. "L'esperienza mi insegna – così si esprime Luzzatti – che i ribelli e gli indisciplinati, quando entrano in questi Consigli, come quando entrano in questa Camera, a poco a poco si modificano si temperano"<sup>10</sup>.

La modificazione della rappresentanza dei Consigli di sanità fu un classico scambio politico. In cambio della non ingerenza dell'Ordine nei rapporti tra i sanitari e la pubblica amministrazione, Luzzatti accettò che i medici condotti fossero sottoposti a una giurisdizione non gestita solo da burocrati; che venisse maggiormente tutelata la giurisdizione di secondo grado per i medici dipendenti grazie alla rappresentanza elettiva degli Ordini nel Consiglio superiore; infine che l'autogoverno per i liberi professionisti fosse potenziato. Il giornale *Il medico condotto* commentò la legge definendola una vittoria "morale e potenziale" piuttosto che una conquista effettiva<sup>11</sup>. I rappresentanti dei medici non avrebbero infatti potuto svolgere un'azione effettiva "perché la compagine dei Consigli provinciali e superiore di sanità rimane essenzialmente immutata".

L'assetto prefigurato con la legge del 10 luglio 1910 è stato modificato solo in parte con il passaggio alla Repubblica. La legge del 1946 con la quale furono ricostituiti gli Ordini sanitari ribadì il principio secondo cui potevano iscriversi all'Albo anche i sanitari impiegati nelle pubbliche amministrazioni, purché non fosse loro vietato l'esercizio della libera professione (D.Legs. cps, 13.9.1946, n. 233, G.Uff. 23.10.1946, art. 10). Come in precedenza, però, il Consiglio dell'Ordine esercitava il potere disciplinare solo nei confronti dei liberi professionisti iscritti all'Albo (art. 3). Questo potere risultò accresciuto rispetto al passato. Il Consiglio poteva ora applicare la sospensione senza ricorrere al ministro degli Interni (Dpr, 5.4.1950, n. 221, Regolamento per l'esecuzione del decreto legislativo 13.9.1946, n. 233, capo IV, artt. 41-44), ma si arrestava davanti al sanitario incorso in mancanze nell'esercizio della funzione di pubblico dipendente<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> AP, cit, p. 7169.

<sup>11</sup> MC, 31 maggio 1910.

<sup>12</sup> D. Minafra, *Limiti e finalità del potere disciplinare degli Ordini*, in *Federazione medica*, 30 settembre 1965.

L'articolazione complessiva dell'autogoverno medico messa a punto dalla legge del 1946 rispecchiò nella sostanza lo schema del 1910; le innovazioni introdotte costituirono tuttavia un elemento di ulteriore differenziazione rispetto all'avvocatura. Mentre il sistema di autogoverno forense nato nel 1944 era formato dagli Ordini e dal Consiglio nazionale forense (Cnf), l'autogoverno medico fu articolato in tre livelli: gli Ordini, la Federazione nazionale degli Ordini medici e la Commissione centrale presso il Ministero della sanità. A differenza delle due Federazioni mediche fondate in età liberale, la Fnom non raggruppa tutte le associazioni sanitarie, ma solo gli Ordini provinciali, di cui costituiscono l'istanza superiore e di raccordo a livello nazionale. È dotata di un Consiglio nazionale, composto dei presidenti degli Ordini, e di un Comitato centrale, formato da membri eletti dai presidenti degli Ordini, ognuno dei quali dispone di un voto ogni 200 iscritti all'Albo provinciale (art. 12).

Il Comitato centrale della Fnom ha dunque una composizione per certi aspetti simile a quella del Cnf. Le funzioni sono però differenti. Infatti il Cnf gode di poteri giurisdizionali, mentre il Comitato centrale si limita ad esercitare il potere disciplinare nei confronti dei componenti dei Consigli direttivi degli Ordini (art. 15, g.). Contro questi ultimi provvedimenti, così come contro tutti i provvedimenti emanati dagli Ordini provinciali in materia di albo professionale e sul comportamento dei sanitari liberi professionisti (art. 5), è previsto il ricorso alla Commissione centrale. Essa è l'organismo giurisdizionale della professione medica, che decide su tutti i ricorsi che le sono sottoposti ed esercita il potere disciplinare nei riguardi dei propri membri che sono medici e dei membri del Comitato centrale della Fnom (art. 18). Contro le sue decisioni si ricorre, come per il Cnf, alle sezioni unite della Cassazione (art. 362, c.proc.civ.).

La Commissione centrale è per molti aspetti simile al vecchio Consiglio superiore di sanità e come questo ha una composizione mista, burocratica e professionale. È nominata dal presidente della Repubblica su proposta del presidente del Consiglio, d'accordo col Ministro di grazia e giustizia. I membri medici, designati dal Comitato centrale della Fnom, sono 9: un ispettore generale medico, 5 medici chirurghi più tre supplenti; i rappresentanti della burocrazia sono 3: un membro del consiglio superiore di sanità, un funzionario dell'amministrazione civile dell'interno e un Consigliere di stato. Se rispetto al vecchio Consiglio Superiore la componente medica sopravanza quella burocratica, ciò non toglie che il presidente sia d'ufficio il Consigliere di stato (art. 17).

In conclusione, nell'Italia repubblicana l'autogoverno medico è stato caratterizzato da una gerarchizzazione e diffusione del potere disciplinare che ha indebolito il ruolo della Fnom; questa gerarchizzazione ha comportato una limitazione dell'autogoverno nella misura in cui nella Commissione centrale vi è una signi-

ficativa rappresentanza burocratica. Non va però sottovalutato il fatto che questa disparità nell'autogoverno professionale non è una caratteristica solo italiana. Anche in Gran Bretagna l'autogoverno assoluto è una prerogativa dei soli dei *bar-risters e solicitors*, mentre nelle commissioni disciplinari mediche sono presenti dall'Ottocento anche rappresentanti della pubblica amministrazione.

L'assetto che abbiamo descritto è rimasto sostanzialmente immutato fino al 1995, quando la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha elaborato una serie di modifiche all'Ordinamento professionale, la più rilevante delle quali è l'estensione del potere disciplinare del Consiglio direttivo dell'Ordine nei confronti di tutti gli iscritti, compresi i medici dipendenti, rispetto ai quali gli Ordini comminano le pene corrispondenti ai provvedimenti disciplinari adottati nell'amministrazione interessata<sup>13</sup>.

### ORDINE O SINDACATO?

L'unicità degli Ordini dei medici sta nella funzione di sindacato che essi hanno svolto a partire dal 1946. Si tratta di un'evidente anomalia rispetto alla concezione degli Ordini, che si era imposta dal 1874, come di organi di rappresentanza preposti alla tutela della professione intesa nella sua funzione pubblica. Come disse Giovanni Giolitti quando era presidente del Consiglio, presentando il 23 marzo 1909 al Senato il progetto di legge sugli Ordini dei sanitari *“l'Ordine non si sovrappone agli interessi del gruppo professionale, ma sono piuttosto questi ultimi che si trasformano in certa parte in interessi pubblici, facendo giocare il loro ruolo di pressione all'interno della vita pubblica”*.

L'ambivalenza tra interesse pubblico e interesse privato è uno dei fattori strutturali della storia delle professioni e fa parte di quella dialettica tra stato e corporazione che rappresenta uno dei fattori costitutivi dello stato moderno. Questa ambivalenza fu risolta in via di principio dallo stato liberale e da quello repubblicano mantenendo un duplice sistema di rappresentanza delle professioni: pubblico (gli Ordini) e privato (le associazioni e i sindacati); il fascismo riunificò invece entrambe le componenti all'interno del regime corporativo. Nella realtà le cose non sono andate esattamente così, come dimostra il caso della professione medica. Essa si modellò dopo l'Unità d'Italia sul lavoro dipendente e le sue origini hanno influenzato tutto il processo grazie al quale si è realizzato in campo medico il teorema della rappresentanza professionale. Sarebbe dunque limitativo far risalire “l'anomalia” repubblicana all'eredità lasciata dal fascismo. Essa va ricer-

<sup>13</sup> Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Modifiche e integrazioni all'Ordinamento della professione di medico chirurgo e di odontoiatra, testo elaborato secondo le decisioni del Consiglio nazionale del 2 aprile 1995, in *Bollettino notiziario*, Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri di Bologna, 6, 1995.

cata piuttosto nella storia della professione a partire dal periodo post-unitario e nelle modalità con cui si strutturò l'intero sistema sanitario nazionale.

Gli Ordini dei medici che nacquero spontaneamente alla fine dell'Ottocento avevano un carattere sindacale e univano all'esercizio delle funzioni che passarono poi agli Ordini ufficiali (come la fissazione dei tariffari), anche quello della "lotta di classe"<sup>14</sup>. Questo spirito barricadiero che contrassegnò la professione medica post-unitaria fu alimentato dal conflitto che intercorse tra i medici condotti e gli enti locali, non venne meno con la stabilizzazione del loro impiego sancita dalla legge Crispi e proseguì ininterrotto nel primo Novecento, quando i medici condotti aggiunsero alle loro rivendicazioni nei confronti degli enti locali anche la richiesta del riconoscimento giuridico della professione<sup>15</sup>.

Gli Ordini dei sanitari nati nel 1910 erano enti di diritto pubblico e fu interdetto loro di esercitare azioni di tipo sindacale perchè non fu riconosciuta loro la facoltà di occuparsi delle questioni sorte tra i medici e gli enti locali. In questo modo si creò una differenziazione netta tra le funzioni dei vecchi Ordini, che erano preposti alla difesa categoriale, e quelle dei nuovi, che avevano un carattere eminentemente burocratico. Questa diversità di azione e di prospettiva emerse nettissima al momento in cui fu lanciata l'idea di dar vita a una nuova Federazione degli Ordini<sup>16</sup>.

I rappresentanti dei medici condotti erano contrari alla prospettiva di unire i due modelli di rappresentanza e di mettere in un medesimo contenitore gli Ordini burocratici e le associazioni barricadiere come l'Associazione nazionale dei medici condotti. Alla fine prevalse l'idea di unire in una sola Federazione le due componenti della rappresentanza medica<sup>17</sup>. La soluzione era meno bizzarra di quanto pensassero i medici condotti. Essa rispecchiava un'insoddisfazione che serpeggiava all'interno degli Ordini per la gabbia che la legge del 1910 aveva imposto, precludendo loro ogni rapporto con gli enti pubblici. Per aggirarla vennero adottate varie strategie. Ad esempio l'Ordine di Forlì si propose di utilizzare la sua rappresentanza nel Consiglio provinciale per contribuire all'elaborazione della politica sanitaria locale<sup>18</sup>. Quello di Bologna interpretò l'art. 8 della legge sanitaria nel senso di attribuire all'Ordine (attraverso il suo rappresentante nel Consiglio provinciale) la facoltà di esaminare i contratti tra medici e enti pubblici e privati. Grazie a questo cavillo il Consiglio dell'Ordine invitò i propri iscritti a non partecipare ai concorsi che non fossero stati approvati dall'Ordine<sup>19</sup>.

<sup>14</sup> *Bollettino dell'Ordine dei medici della provincia di Roma*, 1907, a. II, nn. 9-10.

<sup>15</sup> MC, 10 luglio 1907.

<sup>16</sup> MC, 10 novembre 1911.

<sup>17</sup> MC, 28 febbraio 1912.

<sup>18</sup> MC, 30 settembre 1912.

<sup>19</sup> MC, 20 agosto 1912.

Se aggiungiamo che in quegli anni la maggior parte dei presidenti degli Ordini erano medici condotti, scelti appositamente per essere invitati come rappresentanti nel Consiglio provinciale<sup>20</sup>, si comprende allora perché nel periodo pre-bellico emersero delle pratiche volte ad adattare i nuovi Ordini alle esigenze concrete della professione medica attribuendo loro, in modo surrettizio, funzioni che andavano contro l'interpretazione letterale della legge.

Il fascismo risolse l'ambivalenza della rappresentanza medica riassorbendola tutta all'interno del sindacato e distruggendo il sistema degli Ordini. Quelli dei medici furono sciolti definitivamente nel 1935, due anni dopo quello degli Ordini forensi, ma la perdita della loro autonomia e il passaggio progressivo delle loro funzioni ai sindacati erano iniziati prima di quanto fosse accaduto agli Ordini forensi. Il r.d. 30 dicembre 1923 decentrava, attribuendole alle prefetture, funzioni prima di competenza del ministero degli Interni e affidava al Prefetto il compito di sorvegliare gli Ordini sanitari e decretare eventualmente il loro scioglimento. Il secondo passo fu costituito dallo smantellamento degli organi di rappresentanza nazionale e dal divieto di costituire delle federazioni organismi simili. La Fnom, che nei primi anni del regime aveva resistito alla penetrazione fascista, diventava un organismo scomodo che faceva concorrenza alla Corporazione sanitaria fascista perché continuava a propagandare tra i medici l'obbligatorietà dell'iscrizione agli Ordini. Il primo passo verso l'eliminazione della Fnom fu la sua fascistizzazione<sup>21</sup>. La Corporazione sanitaria, che già da alcuni anni era riuscita a piazzare i propri rappresentanti nei Consigli direttivi degli Ordini, nel 1926 impose loro di inviare al congresso della Fnom solo delegati iscritti al sindacato fascista. In questo modo fu possibile votare al congresso la trasformazione della Fnom in Federazione fascista degli Ordini dei medici, la quale ebbe vita brevissima in quanto fu sciolta il 31 luglio 1926 e le sue funzioni passarono al sindacato nazionale medico fascista.

Ridotti ormai a un puro simulacro, gli Ordini sanitari furono nuovamente colpiti dal testo unito 3 aprile 1928, che attribuiva ai sindacati provinciali la tutela degli interessi dei medici e di nominare i rappresentanti di categoria negli enti e nella pubblica amministrazione. L'anno successivo fu soppresso l'autogoverno degli Ordini: i membri del Consiglio direttivo furono nominati per metà dai sindacati e per metà direttamente dal ministro degli Interni. La soppressione definitiva degli Ordini, avvenuta nel 1935 fu dunque un atto formale che ufficializzava una situazione esistente già da tempo. Il loro potere disciplinare fu affidato

<sup>20</sup> MC, 12 agosto 1912.

<sup>21</sup> F. Orlandi, *L'associazionismo dei medici all'età liberale al fascismo*, in G. Turi (e cura di), *Libere professioni e fascismo*, Angeli, Milano 1994, pp. 117-26.



ai Direttori dei sindacati fascisti mentre fu creata la Commissione centrale con funzionari giurisdizionali. La soluzione corporativa consentì di ricomporre quella frattura tra medici dipendenti e liberi professionisti che era stata imposta dallo stato liberale e che era proseguita nel primo periodo del regime fascista. Ai medici condotti era stata infatti preclusa l'iscrizione ai sindacati medici fascisti perché la legge 3 aprile 1926 aveva negato il riconoscimento giuridico alle associazioni dei dipendenti pubblici al fine di impedire che il sindacalismo attecchisse nelle amministrazioni dello stato. I medici condotti furono così dirottati su un'associazione a loro riservata, che faceva parte della più ampia Associazione nazionale fascista del pubblico impiego e fu permesso loro di iscriversi ai sindacati medici (secondo lo schema collaudato nel periodo liberale) solo per quanto concerneva la loro attività libero professionale. La situazione era però in rapida evoluzione. Nel 1927 i medici condotti furono autorizzati a ricoprire le cariche direttive sindacali in quanto iscritti all'Associazione nazionale fascista medici condotti, superando in tal modo la loro esclusione dal sindacato medico.

Quando gli Ordini furono assorbiti dai sindacati, a questi ultimi furono attribuite le funzioni disciplinari e deontologiche che erano proprie degli Ordini. Queste funzioni si assommarono a quelle proprie dei sindacati, ossia la difesa degli interessi economici dei propri iscritti davanti agli enti da cui dipendevano ed in modo particolare davanti alle casse mutue che erano state introdotte dal fascismo. Nella prima metà degli anni Trenta prese avvio da parte del Sindacato nazionale fascista dei medici la pratica di stipulare alcune convenzioni con la Federazione delle mutue che nella seconda metà del decennio assunsero una portata nazionale. I sindacati medici fascisti svolsero dunque quei compiti che alcuni Ordini del periodo liberale si erano accollati in modo surrettizio.

Il regime repubblicano ha nuovamente separato gli ambiti di competenza tra Ordine e sindacato professionale, riconoscendo a quest'ultimo la difesa degli interessi esclusivamente privati e categoriali. Ma il confine che divide le due forme di rappresentanza non è mai stato chiaramente stabilito, dal momento che le funzioni dei sindacati sono per molti versi simili a quelle esercitate dagli Ordini. I sindacati sono associazioni di diritto privato e per questo sono preposti alla tutela degli interessi economici delle rispettive categorie professionali. Essi possono tuttavia esercitare pressioni sugli Ordini in modo da influenzare, ad esempio, la formulazione dei tariffari<sup>22</sup>. Questa complementarità di funzioni tra Ordini e sindacati divenne nel campo medico una vera e propria sovrapposizione nella legislazione emanata alla fine della seconda guerra mondiale. La legge del 13 set-

<sup>22</sup> C. Lega, voce *Ordinamenti professionali*, in *Novissimo Digesto*, vol. XII, Torino 1965, p. 15.

tembre 1946, n. 233 recepì le critiche mosse agli Ordini medici del periodo liberale e le corresse alla luce dell'esperienza dei sindacati fascisti. Il risultato fu l'articolo 3, che correggeva la legge costitutiva degli Ordini sanitari del 1910 e stabiliva che il Consiglio direttivo dell'Ordine potesse "interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse" (art. 3, g.).

#### LA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI NEGLI ANNI CINQUANTA E SESSANTA.

La legge del 1946 legittimava una modalità di comportamento degli Ordini sanitari ereditata dal fascismo, ma non risolse le ambiguità che la rappresentanza medica portava con sé fin dalle origini. Queste ambiguità profondamente radicate nella professione medica italiana e nella sua evoluzione storica, aumentarono, piuttosto che diminuire, nel periodo repubblicano.

Dagli anni Cinquanta a quelli Settanta la professione medica visse in modo schizofrenico il rapporto con il sistema sanitario che prese piede nel secondo dopoguerra. L'Italia, come la Francia e la Germania fu uno di quei paesi nei quali dopo la seconda guerra non si affermò un servizio sanitario nazionale – come avvenne nei paesi anglosassoni e nel Nord Europa – ma un sistema mutualistico indipendente dallo Stato. Il modello di assistenza adottato dalla neo-nata Repubblica ereditò dal fascismo l'assetto istituzionale. Le mutue erano degli enti pubblici, controllati dallo stato ma totalmente autonomi dal punto di vista gestionale. Per questa ragione divennero uno dei settori più potenti del sottogoverno. Il sistema degli enti mutualistici autonomi riprendeva da un lato il modello della mutualità fascista, riproducendone la farraginosità e la diversificazione al solo scopo di soddisfare la molteplicità degli interessi e dei particolarismi<sup>23</sup>; perpetuava dall'altro la modalità strutturale della professione medica italiana, ossia il suo rapporto con gli enti pubblici.

In questa nuova fase della quale i nuovi partners della medicina erano i colossi mutualistici alla stregua dell'Inam, gli Ordini dei medici e la loro Federazione nazionale svolsero soprattutto una funzione sindacale, relegando in secondo piano quei compiti deontologici, disciplinari e culturali che spettavano loro e che avrebbero dovuto renderli i tutori degli interessi collettivi nazionali e non solo di quel-

<sup>23</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità contemporanea*, Laterza, Roma-Bari 1994, pp. 114-117

li della categoria. In quegli anni gli Ordini e la Fnom si impegnarono in una battaglia in difesa della libera professione e del ruolo medico contro un sistema mutualistico all'interno del quale il rapporto tra il medico e l'ente tendeva ad essere di tipo dipendente piuttosto che libero professionale.

In questa situazione che rischiava di riprodurre l'antico modello contrattuale che aveva legato i medici agli enti locali, gli Ordini si affiancarono ai sindacati in una difesa corporativa ad oltranza. Secondo Giorgio Cosmacini, si trattò di una resistenza antimutualistica più che solidaristica, che spaccò in due la classe medica. Le élites mediche assunsero un atteggiamento decisamente contrario alle mutue, mentre la base fu costretta ad accettarle per motivi occupazionali. La coincidenza, quando non addirittura la sovrapposizione, tra l'attività degli Ordini e quella dei sindacati, si consolidò nel periodo repubblicano nella quotidianità della pratica medica. Rovesciando lo schema che era stato applicato durante il fascismo, ora furono gli Ordini locali ad aiutare in molti casi la formazione dei nuovi sindacati di categoria. La convergenza tra gli Ordini e i sindacati si rafforzò anche grazie alla sovrapposizione delle cariche direttive sindacali con quelle ordinarie<sup>24</sup>. La situazione creata non fu però esente da conflitti. Il ruolo principale nella lotta tra le rappresentanze mediche e le mutue fu svolto in quegli anni dalla Fnom. Essa non si limitò ad essere il luogo dove venivano ricomposti gli interessi dei vari segmenti della professione medica, ma ebbe anche una funzione di rappresentanza superiore davanti al governo. L'unione di questi due elementi fece sì che la Fnom divenisse in quegli anni il principale interlocutore tra la classe medica, lo Stato e gli enti pubblici. Ma le modalità con le quali svolse questa intermediazione furono, o quanto meno vennero ritenute tali, più una trasgressione che un'estensione dei dettami contenuti nella legge 13 settembre 1946.

Fin dal 1948 infatti la Fnom si pose autonomamente come interlocutore obbligato degli enti mutualistici, decidendo che tutti i contratti e le convenzioni sull'assistenza dovessero essere formati da essa e dal sindacato nazionale interessato, tanto in sede provinciale che in quella nazionale, previa punizione di tutti i trasgressori. L'Inam impugnò questa decisione e informò il governo il quale, nel 1953 per il tramite del ministro del lavoro Rubinacci, contestò la legittimità dell'operato della Fnom perché ritenuto lesivo del principio costituzionale della libertà sindacale. Le ragioni adottate dalla Fnom in propria difesa furono due. La Federazione era stata costretta ad adottare questa linea per rispondere al tentativo dell'Inam di dividere i medici attraverso offerte diversificate rivolte a singole categorie professionali. D'altra parte nessuno, neppure il governo, poteva inter-

---

<sup>24</sup> A. Secco, *La corporazione medica in età repubblicana*, in *I professionisti*, a cura di M. Malatesta, *Annali 10, Storia d'Italia*, Einaudi, Torino 1996, p. 201.

ferire nelle funzioni giurisdizionali che lo stato aveva delegato alla Fnom. Essa deteneva la piena ed esclusiva rappresentanza giuridica di tutte le categorie e per questo essa sola aveva “la potestà e il diritto di assumere impegni a nome di tutti i medici”<sup>25</sup>.

Da quel momento la Fnom si trovò spesso a combattere su due fronti, quello della mutua e quello dei sindacati di categoria, che a volte firmarono autonomamente dei contratti by-passando la Federazione<sup>26</sup>. Questa situazione conflittuale si tradusse in quegli anni in un aumento del potere della Fnom nei riguardi di entrambi. La stipulazione della convenzione con l’Inam del 1955, migliorata grazie all’intervento della Federazione, fu la tappa decisiva per il consolidamento del ruolo della Fnom. Dapprima essa fu chiamata a far parte del consiglio di amministrazione dell’Inam; successivamente fu creata all’interno della Federazione una commissione centrale per le relazioni tra i medici e l’Inam. Questa *escalation* culminò nella legge dell’11 febbraio 1963, n. 244, che riconosceva alla Fnom e – previo suo parere favorevole – agli Ordini provinciali la possibilità di concordare con gli enti mutualistici e assistenziali le tariffe professionali da applicare agli assistiti (art. 8). Tra le giustificazioni che la Fnom diede del ruolo che si era ritagliata nei confronti delle mutue, vi era quella della difesa del decoro professionale. L’Ordine dei medici – così dichiarò il presidente Chiarolenza in occasione del cinquantenario della loro nascita – “ha il dovere di esaminare se avere accettato o convenuto con gli enti mutualistici, tariffe inferiori ai minimi, costituisce un fatto disdicevole al decoro e al prestigioso professionale che autorizza il provvedimento disciplinare e le sanzioni consequenziali”<sup>27</sup>. Questo atteggiamento punitivo che la Fnom tenne in quegli anni nei confronti dei sindacati di categoria rese spesso difficili le relazioni reciproche, fino a che, nel 1962 fu creata dal Comitato centrale una commissione Fnom-sindacati per arrivare a definire una collaborazione nella difesa della categoria<sup>28</sup>.

### GLI ORDINI DOMANI

La politica di armonizzazione e *deregulation* che ha accompagnato la formazione della Comunità europea ha trovato nelle professioni intellettuali uno dei suoi terreni di sperimentazione fin dal trattato di Roma del 1957. Da allora l’obiettivo della Comunità europea fu quello di costruire un unico mercato dove far circo-

<sup>25</sup> Il carteggio tra la Fnom e il Ministro del lavoro è riportato all’interno della relazione per il 1953 del presidente Raffaele Chiarolenza, in *Federazione medica* (d’ora in poi FM), a. VII, 28 febbraio 1954.

<sup>26</sup> Relazione del presidente Chiarolenza per il 1955, in FM, 31 maggio 1956; Id, Relazione per 1961, in FM, 31 maggio 1962; R. Chiarolenza, *Metodi e stili*, in FM, 31 gennaio 1961; ID, Erga omnes, in FM, 31 maggio 1960.

<sup>27</sup> Relazione del presidente Chiarolenza sull’attività svolta dalla Fnom nel 1960, in FM, 30 aprile 1961.

<sup>28</sup> Relazione del presidente Chiarolenza sull’attività svolta dalla Fnom nel 1962, in FM, 28 febbraio 1963.

lare liberamente merci e servizi. La costruzione dell'Europa sociale è stata pensata sul modello del mercato economico e per questo motivo ha prevalso l'idea di equiparare le prestazioni delle professioni intellettuali ad altri tipi di servizi. Nell'ambito dell'accordo generale degli scambi commerciali (Gatt), furono emanate tra il 1988 e il 1994 le disposizioni inerenti lo scambio dei servizi volte a liberalizzare molti servizi professionali, a consentirne la pubblicità e ad abbattere quegli ostacoli che impedivano la libera concorrenza tra i professionisti.

Il nuovo criterio di riorganizzazione delle professioni nello scenario europeo fu individuato in una filosofia liberista e antimonopolista che segnava una radicale inversione di rotta rispetto al passato, quando in tutta l'Europa le professioni svolsero un ruolo storico di mediatori tra lo stato, la società e il mercato. La Comunità europea considerò invece le professioni intellettuali come soggetti che nel nuovo Ordine sovranazionale dovevano trovare nel mercato e non più nello Stato, il loro principio di regolazione e identificazione. Nell'accordo Gatt del 1994 le professioni dei vari paesi furono invitate a strutturarsi in modo da non formare più dei mercati protetti e ad abolire le norme che ostacolano la concorrenza in questo settore. Sulla scia dell'indirizzo comunitario l'Autorità italiana garante della concorrenza e del mercato aprì in quello stesso anno un'indagine per verificare se l'organizzazione delle professioni autonome italiane fosse compatibile con i principi della libera concorrenza. L'Antitrust adottò il criterio in base al quale l'attività intellettuale era equiparata ad un'impresa, perché essa "consiste nell'offerta di prestazioni riconducibili alla figura dei servizi forniti dietro corrispettivo". Produttrici di beni, seppure immateriali, anche le professioni dovevano dotarsi di norme che ne regolassero lo scambio. Da allora l'equiparazione con l'impresa è diventata, oltre che una realtà giuridica, una metafora che rispecchia i mutamenti profondi avvenuti all'interno delle professioni intellettuali: dall'affermarsi dell'avvocato d'affari che risponde alle esigenze tecnocratiche della produzione economica, all'aziendalizzazione della salute.

Secondo L'Antitrust l'equiparazione delle professioni alle imprese doveva comportare un mutamento della loro organizzazione interna, in modo tale da garantire il principio della libera concorrenza. I primi ad essere modificati avrebbero dovuto essere gli Ordini, perché ritenuti i principali responsabili della conservazione del monopolio professionale. Le barriere all'accesso che le professioni italiane si sono date nel tempo (l'esame di stato, il praticantato obbligatorio, l'iscrizione all'Albo) furono considerate dall'Antitrust norme il cui scopo consisteva unicamente nel ridurre l'offerta sul mercato e nel limitare la concorrenza tra i professionisti. Nessuna riforma degli Ordini fu fatta in quel periodo, ma gli effetti della politica neoliberista iniziarono a farsi sentire anche sul terreno delle professioni sanitarie. Il 27 settembre 2000 l'Autorità garante della concorrenza e

del mercato multò per una somma pari a 122,6 milioni di lire la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi ed odontoiatri, nonché 37 Ordini provinciali, oltre a due associazioni odontoiatriche, per aver leso il principio della libera concorrenza deliberando nel 1985 e 1997 le condizioni per la stipula delle convenzioni tra i medici e gli enti che offrono assistenza sanitaria integrativa<sup>29</sup>. L'intervento dell'Antitrust provocò un terremoto nel Comitato Centrale della Fnom, diviso al suo interno e incapace a trovare un accordo di base tra le varie categorie mediche in essa rappresentate. Antonio Panti, all'epoca presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Firenze, colse l'occasione per denunciare quella che ai suoi occhi era la vera crisi della rappresentanza medica. Secondo Panti l'antitrust aveva offerto un'occasione storica agli Ordini e alla Federazione di dimostrare di sopravvivere distinguendo la loro funzione da quella dei sindacati: "I sindacati tutelano gli interessi delle categorie che rappresentano. Gli Ordini non rappresentano i medici, ma sono enti ausiliari dello stato a cui sono demandati compiti di garanzia del cittadino: la deontologia e il relativo potere disciplinare, la verifica del mantenimento della qualità professionale mediante il controllo della formazione e la concessione dell'accreditamento. Solo su queste basi si può chiedere con forza una nuova legge istitutiva"<sup>30</sup>.

La lucida analisi del presidente dell'Ordine di Firenze coglieva tuttavia solo un aspetto della questione. La crisi della rappresentanza medica era stata aggravata anche dai mutamenti istituzionali avvenuti all'interno della sanità con il progressivo decentramento della sanità e l'affidamento della sua gestione alle regioni. All'interno di questo contesto la contrattazione sindacale medica ha mutato partners. Le regioni vi giocano un ruolo sempre più decisivo, mentre il ministero di riferimento non è più quello della Sanità ma della Funzione Pubblica. Questi nuovi assetti si sono aggiunti alla crisi determinata dall'ingresso degli odontoiatri negli Ordini medici avvenuta nel 1985 e alla crescita inarrestabile della frammentazione della rappresentanza medica, direttamente proporzionale alla percezione che hanno i sanitari della perdita del loro potere. Questo insieme di circostanze ha mutato profondamente gli equilibri della rappresentanza sanitaria, accrescendo la forza dei sindacati a discapito degli Ordini e della stessa Federazione. Da allora l'intero sistema ordinistico italiano è diventato un argomento molto discusso dall'opinione pubblica, mentre numerosi progetti di riforma delle professioni venivano depositati in Parlamento dalle varie parti politiche. L'esito è stato finora nullo, anche a causa della grande confusione che sussiste su questo argomento a livello comunitario. Il 16 febbraio il parlamento europeo espresse un

<sup>29</sup> Provvedendo n. 87210 del 27 settembre 2003, [www.agcm.it](http://www.agcm.it).

<sup>30</sup> A. Panti, *Le strade si biforcano per Ordini e sindacati*, in *Discussione* (novembre 2000), [www.occhioclinico.it](http://www.occhioclinico.it).



parere favorevole sulla direttiva Bolkenstein. Essa prevedeva inizialmente una liberalizzazione selvaggia dei servizi erogati dalle imprese e fu rettificata sotto gli effetti di una protesta molto estesa che si espresse in buona parte nel web. Nel testo votato nella prima lettura era compresa una limitazione della circolazione dei servizi riguardante le professioni sanitarie, quelle legali e i notai. Si decise che sarebbero stati i singoli governi a decidere quali regole adottare, sulla base del principio che le norme sulla concorrenza dovessero essere applicate alle associazioni professionali solo quando esse agiscono nell'interesse dei propri membri e non quando operano per l'interesse generale.

L'Unione europea cedette in quell'occasione alle pressioni delle professioni protette annacquando il liberalismo puro che aveva contraddistinto i suoi precedenti programmi e rispolverando per le professioni il concetto di bene pubblico invece di quello di impresa. Il 4 aprile 2006 la Commissione europea presentò le modifiche alla direttiva Bolkeinstein, enunciando però principi vaghi che lasciavano spazio a varie interpretazioni. Fu ribadita l'esclusione dalla direttiva dei servizi di interesse generale, tra cui quelli sanitari, mentre fu respinta l'esclusione generalizzata dal campo di applicazione della direttiva sulle professioni legali e dei notai. Il 30 giugno 2006 fu emanato in Italia il cosiddetto Decreto Bersani, che introduceva alcuni elementi di liberalizzazione, quali la soppressione dei minimi tariffari delle tariffe minime e l'autorizzazione alla pubblicità professionale. La tanto invocata riforma degli Ordini non fu emanata neppure allora, mentre il dibattito ha ripreso vigore proprio in questi giorni in seguito all'annuncio che l'attuale governo intende ripristinare le tariffe minime. L'attacco alle "corporazioni" professionali è ripartito, ma anche in questa circostanza la stampa italiana continua a confondere l'opinione pubblica diffondendo notizie errate.

Presentare gli Ordini italiani come i responsabili della creazione di mercati protetti alla cui ombra prosperano le professioni autonome è un grossolano errore storico. Gli Ordini italiani hanno un carattere burocratico, in quanto il loro compito consiste innanzitutto nel verificare il possesso dei requisiti previsti dalla legge per iscriversi all'Albo professionale. Fin dal 1874 il legislatore adottò questo criterio rifiutando il modello offerto dall'Ordine forense francese, il quale era un organo di diritto privato con il potere di selezionare coloro che chiedevano l'iscrizione. Si tratterebbe semmai di attribuire la responsabilità di perpetuare una chiusura corporativa all'intero sistema pubblico di formazione e controllo delle professioni, al cui interno trova posto sia l'obbligo della formazione universitaria che il superamento dell'esame di stato, introdotto come prassi obbligatoria durante il fascismo su imitazione del modello tedesco.

Tuttavia anche l'accusa di corporativismo rivolta all'intero sistema pubblico delle professioni italiane si rivela infondata nel momento in cui si vadano a guarda-

re i numeri. I professionisti che lavorano in Italia sono circa un terzo dei professionisti dell'intera Europa e negli ultimi decenni la crescita esponenziale ha riguardato professioni ordinistiche quali l'avvocatura, che non hanno posto alcun filtro nella fase della formazione. Per quanto riguarda poi la questione delle tariffe minime, è forse utile ricordare che furono introdotte nell'Ottocento non come correttivo del mercato di tipo monopolistico ma a tutela dell'onore del professionista, che all'epoca era considerato membro di un élite e rappresentato come un gentiluomo. Da queste osservazioni si evince che, così come è stata impostata propagandata, la questione degli Ordini come guardiani delle corporazioni professionali è un falso problema. Diverso è invece porsi la domanda se gli Ordini ricoprano oggi funzioni tali da giustificare la loro esistenza. La crisi che colpisce oggi le professioni, schiacciate tra uno Stato sempre più avaro e una società effimera che non riconosce più il loro ruolo storico, può essere alleviata mettendo in moto un processo di rilegittimazione come fecero le professioni ottocentesche, che dovettero inventarsi nuove istituzioni e un nuovo ruolo per giustificare la loro presenza nella nuova società sorta dopo la caduta degli antichi regimi. Tutto ciò può avvenire in due direzioni: quella culturale e quella etica. Con l'introduzione dell'obbligo dell'aggiornamento per i professionisti, una delle principali funzioni degli Ordini è diventata l'informazione e il collegamento con le iniziative locali e nazionali. Questo è soprattutto vero per gli Ordini dei medici, come si può verificare navigando all'interno dei loro siti. Questa navigazione mostra chiaramente come esistano delle fortissime disparità nelle attività dei vari Ordini medici e come queste attività possano essere individualizzate e personalizzate a seconda del territorio di appartenenza. Sulla diffusione di nuove culture mediche gli Ordini possono fare molto, soprattutto se sapranno stabilire rapporti di maggiore collaborazione con le facoltà mediche. Gli Ordini dovrebbero portare all'interno dell'università la voce della professione, aiutandola a meglio orientarsi nella formazione di professionisti più vicini alle aspettative dei cittadini, che sono diventati interlocutori consapevoli ed esigenti.

L'altro terreno sul quale gli Ordini possono riaffermare il proprio ruolo è l'etica. Nel 1874 la legge istitutiva dell'Ordine forense gli attribuiva per legge il potere disciplinare e il compito di sovrintendere all'etica professionale. Queste sono state da allora le prerogative più importanti degli Ordini, ma forse è proprio su questo terreno che più si è fatta sentire la difesa corporativa. La loro rilegittimazione passa oggi, a mio avviso, ponendosi davanti all'opinione pubblica come soggetti attivi, capaci di esercitare fino in fondo i poteri che lo Stato ha demandato loro. Soprattutto gli Ordini dei medici dovrebbero guidare il processo di costruzione di una nuova "moralità" della professione medica, condizione indispensabile per il suo riposizionamento nel XXI secolo.

#### GIOVANNA VICARELLI

Professore di Sociologia dell'organizzazione alla Facoltà di Economia dell'Università di Ancona. La sua attività di ricerca si è imperniata su due tematiche di fondo, l'una relativa all'economia informale e alle sue diverse modalità di lavoro irregolare ed occulto (lavoro femminile, secondo lavoro, lavoro degli immigrati) l'altra sull'economia centrale e le sue forme di occupazione "forte" (professioni mediche, libere professioni). In entrambi i versanti il suo raggio di studio si è esteso a comprendere l'esame dei relativi sistemi istituzionali e culturali, in specifico la famiglia e il Welfare State. Tra le sue pubblicazioni *Donne nelle professioni degli uomini* (con P. David, Angeli 1994), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate in Italia* (Ediesse 1994), *Famiglia Mirabilis. Ruoli femminili e reti familiari nelle Marche degli anni Novanta* (Transeuropa 1994), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo* (Il Mulino 1997).

# Società e professione nel Novecento

GIOVANNA VICARELLI

## 1. PREMESSA

Nel corso del Novecento, la professione medica ha acquisito un peso sociale, economico e politico crescente, in un processo di mutamento che ha ridisegnato la sua efficacia clinica e la sua capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Se all'inizio del secolo il medico si presenta con una capacità limitata di comprendere le cause principali di morte e di malattia e per questo si propone come una figura socialmente debole, alla ricerca di un'occupazione garantita e con una scarsa possibilità di influire sulle scelte politiche del paese, all'inizio del Duemila la situazione appare del tutto differente. La rivoluzione tecnica e scientifica degli ultimi decenni ha potenziato le capacità di intervento della medicina superando quelli che si ritenevano fino ad oggi limiti naturali della vita e della morte. I medici traggono da queste nuove responsabilità professionali, riconoscimenti sociali e ricompense economiche che si affiancano ad una rilevante possibilità di intervenire negli orientamenti più generali della politica sanitaria del paese. Eppure, la professione medica vive proprio ora un disagio crescente che rende per certi versi amaro il risultato raggiunto nei cento anni della sua istituzionalizzazione. È come se il vertice della dominanza a cui è approdata le lasci intravedere un mondo sconosciuto che si profila all'orizzonte e che le crea per questo sconcerto.

In questa ottica, nelle pagine seguenti si proverà a riflettere sull'iter professionale dei medici in Italia con l'obiettivo di identificare alcuni elementi di analisi utili a decodificare la situazione attuale e lanciare uno sguardo più consapevole verso il futuro. Per far ciò è necessario non solo munirsi di una attrezzatura concettuale che offra la possibilità di comprendere in termini sintetici una materia che si presenta estremamente complessa e diversificata, ma anche trovare un artificio narrativo in grado di accompagnare il lettore in questo percorso. Il mito dell'eroe verrà, dunque, utilizzato in questa sede come trama narrativa e al tempo stesso come espediente analitico volto a comprendere alcuni passaggi essenziali nel processo di genesi e di strutturazione della professione medica in Italia.

## 2. IL MITO DELL'EROE E LA MORFOLOGIA PROFESSIONALE

Nel pubblicare e commentare l'opera di Jung, *L'uomo e i suoi simboli*, Joseph Henderson individua nei miti eroici, propri delle culture orientali e occidentali, una struttura universale caratterizzata da quattro cicli. In tutti i casi, scrive, "ci si trova invariabilmente di fronte a un racconto che descrive la nascita miracolosa ma umile dell'eroe (1° ciclo), le sue prime prove di potenza sovrumana (2° ciclo), la rapida ascesa a posizioni di preminenza e di autorità con la sua lotta trionfante contro le forze del male (3° ciclo), la sua fallibilità di fronte al peccato di orgoglio (*hybris*) e quindi la sua caduta a seguito di un tradimento o di un eroico sacrificio che culmina nella morte (4° ciclo)" (Henderson 1980).

Tale struttura gli sembra avere un significato psicologico per l'individuo che si sforza di scoprire e di affermare la propria personalità. Il mito avrebbe, cioè, la funzione essenziale di sviluppare la coscienza dell'Ego – della consapevolezza della sua forza e della sua debolezza – in modo da fornirgli gli strumenti adatti per far fronte agli ardui compiti che la vita gli presenta. Una volta che l'io individuale abbia superato la prova iniziale e sia entrato nella fase matura della vita, il mito dell'eroe perde ogni vitalità. La morte dell'eroe diventa, per così dire, il segno del raggiungimento di questa maturità.

Una simile funzione dei miti eroici può essere individuata, secondo Henderson, anche per le collettività che possiedono l'esigenza, alla pari dell'individuo, di definire la propria identità sociale. Attraverso, cioè, un processo, in quattro fasi, l'Ego del gruppo raggiungerebbe una relativa autonomia rispetto all'originaria condizione di nascita, per approdare ad una maturità che gli permetta di adeguarsi al proprio ambiente adulto.

Volendo, dunque, provare ad adottare un simile schema per leggere l'iter professionale della medicina italiana si dovrebbero individuare, in primo luogo, le quattro fasi che contraddistinguono in certa misura i quattro cicli che abbiamo visto far parte del mito dell'eroe. Queste quattro fasi che potremmo chiamare della ge-

nesi, della prima infanzia, della adolescenza e infine dell'età giovanile corrispondono, ci sembra, alle quattro epoche principali che caratterizzano, in Italia, la creazione e lo sviluppo del sistema di welfare sanitario: *welfare residuale*, *meritocratico autoritario*, *meritocratico democratico* e *universalistico istituzionale*.

Lo Stato liberale prima, lo Stato fascista poi e, per lungo tempo, anche lo Stato repubblicano hanno cercato di non farsi carico dei costi dei servizi rivolti alla protezione sanitaria della popolazione, facendo riferimento a sistemi di valore differenziati. Il *laissez-faire* nelle diverse varianti dell'epoca liberale (dal 1861 al 1924), il corporativismo fascista (dal 1925 al 1944) e l'universalismo selettivo della prima repubblicana (dal 1945 al 1978) hanno sostenuto un modello di welfare dapprima residuale, quindi meritocratico autoritario (in epoca fascista) poi meritocratico democratico (in epoca repubblicana fino al 1978): un welfare, cioè, con una esigua partecipazione dell'attore pubblico. Nell'un caso e nell'altro, la responsabilità principale della salute è stata riconosciuta alle famiglie, alle reti di tutela a carattere ecclesiastico o laico, nonché alle diverse forme del paternalismo imprenditoriale, secondo un modello connesso principalmente alle solidarietà di carattere primario (di sangue), cui si sono affiancate nel tempo, con forme isomorfe, tutte le altre configurazioni di solidarietà lavorativa. Solo con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, nel 1978, si passa ad una caratterizzazione universalistico-istituzionale del welfare, cioè a forte responsabilizzazione pubblica, seppure con grandi difficoltà nella sua applicazione. A partire dal 1992, infatti, mentre entra in crisi il sistema politico-istituzionale costruito nel secondo dopoguerra, travolto dalla corruzione e dagli illeciti, i decreti 502/92 e 517/93, nonché il decreto 229/99 tendono ad avviare una regolazione della sanità in termini manageriali, con forti ripercussioni sulle modalità di erogazione dei servizi e sul grado di accesso ad essi. Una trasformazione che è simile e parallela a quella avviata in molti paesi europei dove, nel corso degli anni Novanta, si assiste ad un ampio processo di trasformazione riduttiva delle politiche sanitarie.

Rispetto, quindi, a queste quattro diverse contestualizzazioni storiche, i quattro cicli del mito dell'eroe possono divenire il filo conduttore attraverso cui leggere la morfologia dell'iter professionale della medicina in Italia. Ciò significa, provare ad individuare, per ogni fase, i caratteri del rapporto medico-paziente e la configurazione professionale che su di esso è andata proponendosi (Vicarelli 2010).

## 2. L'EPOCA LIBERALE, OVVERO LA GENESI DELLA PROFESSIONE MEDICA IN UN CONTESTO DI WELFARE RESIDUALE

Al momento dell'unità d'Italia i medici della penisola hanno già affrontato e risolto uno dei conflitti che più aveva minato, in passato, la professione: quello tra



una medicina filosofica e teorica, da un lato, e una medicina pratica ed operativa, dall'altro. Se, fino al secolo precedente il panorama sanitario risultava dominato dalle due figure del medico fisico (o filosofico) e del cerusico, cui facevano riscontro modalità contrapposte di educazione, di pratica, di organizzazioni professionali, oltre che di appartenenza sociale, nel primo Ottocento, con l'intervento degli Stati riformatori e l'apertura delle prime facoltà regie, si istituzionalizza una sola figura professionale (il medico-chirurgo) che viene inizialmente utilizzata nelle condotte di campagna e di montagna, ma poi gradualmente estesa a tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, al momento dell'unificazione, la classe medica si trova ad essere disorientata e divisa da laceranti controversie interne. Già troppo numerosi, mal pagati ed oggetto di aspre satire e scetticismo, i medici vedono la propria attività continuamente minacciata da ciarlatani, guaritori, concaossa e comari. A questi ultimi ricorrono non solo i ceti meno abbienti, ma anche i borghesi, i nobili e i sacerdoti poiché, di fronte al nichilismo o agli interventi cruenti della medicina allora dominante "il mondo della terapeutica non ufficiale non era così indistintamente funesto: in esso personaggi di pochi scrupoli dediti a smerci illeciti coesistevano con coloro che grazie a conoscenze tramandate, erano in grado di prestare in numerosi frangenti un soccorso efficace e che conoscevano i poteri medicamentosi di minerali ed erbe" (Betri 1987, p. 687).

Su questo scenario, nonostante le perduranti carenze delle università del regno e di un ceto accademico poco incline ad accogliere le innovazioni scientifiche ormai operanti in Europa, i primi governi nazionali pongono mano alla riforma delle facoltà mediche con l'immissione in ruolo di professori nuovi, chiamati a diffondere la filosofia positiva e il materialismo scientifico, contro lo spiritualismo religioso che impregnava la cultura e la società del tempo. Da questo momento "al medico non è più richiesta una cultura umanistica o letteraria che ne completi la preparazione altrimenti difettiva; non è più necessario che egli sia in grado di apprezzare un'opera d'arte o di commuoversi alla lettura di versi immortali per curare bene i propri pazienti. Le doti del moderno medico corrispondono alle doti dello scienziato, dello studioso, del ricercatore appassionato, sicuro dei mezzi a disposizione, guidato dalla fiducia incrollabile nel metodo sperimentale, osservatore attento dei segni clinici da verificare in laboratorio" (Montagni 1999, p. 181).

Stante, dunque, queste spinte e queste esigenze, l'utopia igienista che scaturisce dalle acquisizioni della scienza medica in tema di patologia e batteriologia, diviene, assieme alle riforme Crispine del 1888 e 1890, una modalità di coagulo degli interessi e delle idealità dei medici italiani. Nel complesso essi tendono a proporsi come una *élite modernizzante* volta al risanamento e allo sviluppo del

paese mediante le nuove competenze cliniche e soprattutto attraverso i precetti di una medicina preventiva e sociale, di cui il positivismo era stato il primo motore.

Con questa strategia i medici, pur perseverando in una *clinica ad personam* improntata al paternalismo e rivolta verso una popolazione afflitta da un analfabetismo endemico che colpisce più del 50% degli italiani, vengono ad adeguarsi ad una modalità di difesa collettiva della popolazione, rivolta sempre più *ad societatem* (Cosmacini 2000). Ciò che il medico può prescrivere comprende soprattutto l'impegno per il risanamento ambientale e il miglioramento delle condizioni generali di vita, così che la sua attività riconduce necessariamente ad una sfera decisionale ed operativa più ampia, verso cui occorre prolungare il rapporto interpersonale con il paziente.

In questa opera sono impegnati in prima linea i medici condotti che Bertani aveva direttamente coinvolti nella sua *Inchiesta sulle condizioni igienico-sanitarie dei lavoratori della terra* e che aveva più volte indicato come i più competenti a fornire elementi reali per la conoscenza e il cambiamento dell'Italia povera e rurale. In gran parte razionalisti, anticlericali e progressisti – scrive Detti – costoro rispondono in modo massiccio all'appello del positivismo determinando, a partire dagli anni Novanta, quella “andata al popolo” dei medici italiani che “tanta parte ebbe nella rapida diffusione del socialismo nelle campagne specie intorno al 1894-95” (Detti 1979, p. 15).

I dati sul numero dei medici dimostrano, peraltro, come la professione abbia, nei primi trent'anni dell'unità, una presenza diffusa nel regno che la rende attenta ai bisogni della popolazione e ben consapevole di quelle necessità di cambiamento economico e sociale di cui la scienza del tempo si fa portavoce. Gli stessi medici provengono, assai più degli avvocati, da ceti borghesi piccolo possidenti o impiegatizi desiderosi di riscattarsi. Sono, quindi, ceti in mobilità, alla ricerca di un posizionamento sociale che li renda partecipi del benessere economico e del potere politico che la nuova Italia intende raggiungere. Da qui il disegno riformatore messo in campo dalle diverse associazioni di categoria che si creano o si rafforzano (l'Associazione medica italiana in primo luogo), nonché dalle singole personalità che riescono ad emergere nel panorama politico e culturale del tempo, agendo anche e soprattutto a livello parlamentare e di governo.

Come scrive Maria Malatesta (2006) i medici entrano nel nuovo stato unitario portando con sé una contraddizione che li avrebbe tormentati a lungo e cioè domandare impiego, garanzie e autogoverno a una pubblica amministrazione avvezza a interpretare la sanità in termini di polizia. La legge del 1888, da questo punto di vista, recepisce l'introduzione obbligatoria nei comuni dei medici condotti e degli ufficiali sanitari, ma non riconosce loro nessun governo diretto del-

la sanità che resta saldamente nelle mani dei sindaci e dei prefetti in una logica in cui l'assistenza ai poveri ha ancora il carattere di un intervento residuale e di ordine pubblico, piuttosto che di vera e propria protezione sanitaria della popolazione.

Negli anni del primo Novecento, la situazione sanitaria del paese non cambia. Le leggi volute da Giolitti, seppure importanti in un quadro nosologico difficile e bisognoso di interventi diretti da parte dello Stato, risultano limitate e settoriali, soprattutto se paragonate allo sforzo che nel campo della assicurazione sanitaria obbligatoria viene fatto in altri paesi europei, ad esempio in Germania. In tal caso, solo alcune scoperte mediche, i reali benefici derivanti dalla loro applicazione, la presenza di medici di fama internazionale in Parlamento e negli organi di governo, rendono possibili leggi sanitarie che trovano, come nel caso della malaria, il proprio presupposto nella produzione e distribuzione statale del chinino. È in questo contesto che nel giugno del 1910 vengono istituiti gli Ordini medici esaudendo ad una richiesta a lungo sostenuta dalla categoria, ma voluta anche dai governi liberali che intendono diminuire la carica eversiva della professione. Giolitti sostenendo l'approvazione della legge tenta, infatti, di rafforzare gli interessi corporativi dei liberi professionisti fiaccando l'influenza dei medici condotti che, a parere del Presidente del Consiglio, cercavano di indurre e stimolare la domanda di salute tra le classi popolari, specie rurali, costituendo un fattore di instabilità sociale (Soresina 1987).

Non per nulla i medici condotti, presenti ormai in quasi tutti i comuni italiani, danno impulso alla propria Associazione nazionale (Amnc) con intenti sempre più rivendicativi e sindacali (1905). Contestuale, infatti alla crisi dell'Ami (Associazione medica italiana), che a partire dall'Unità aveva sostenuto con omogeneità di vedute l'azione professionale dei medici, è la nascita, nei primi anni del nuovo secolo, di una pluralità di poli di aggregazione medica, ciascuno volto a perorare la causa del proprio segmento occupazionale (Lonni 1994).

Nel periodo giolittiano, dunque, i medici iniziano, seppur lentamente, ad allontanarsi dallo slancio ideale e dall'impegno unitario dell'epoca precedente. Se, da un lato, essi continuano a proporsi per alcune tematiche (la maternità, le malattie del lavoro, la tubercolosi) come i grandi assertori del rinnovamento sanitario e sociale del paese, dall'altro, sostenuti dal riconosciuto monopolio professionale e dalla nascente industria farmaceutica, iniziano ad abbracciare una visione più ancorata alla protezione che alla prevenzione, più al lavoro professionale che all'impegno sociale.

Tutto ciò non avrebbe alcunché di negativo se non coincidesse con il perdurante disimpegno pubblico in tema di assicurazione di malattia, così che la definizione professionale della categoria avviene entro un sistema sanitario di caratte-

re residuale e premoderno, incapace di garantire una vera sicurezza del posto di lavoro e di richiedere, al contempo, un profondo senso di responsabilità ed appartenenza ai medici. Nello specifico, la spinta verso la libera professione, sostenuta sia dallo Stato che dalle associazioni di categoria, rende contrattuale la posizione professionale anche nel caso in cui i medici dipendano dalle pubbliche amministrazioni, in condizioni però in cui il mercato sanitario è pressoché inesistente o limitato a fasce ristrettissime di popolazione urbana e semiurbana. Va in questa direzione la norma attraverso la quale si permette ai medici condotti di svolgere la libera professione, norma dettata dall'intenzione di rompere il fronte dei medici dipendenti oltre che di limitare l'impegno finanziario che i Comuni avrebbero dovuto sostenere nei loro riguardi. Poco pagati e alla ricerca di una attività più prestigiosa e gratificante, anche i medici condotti avrebbero, nelle intenzioni governative, abbandonato le loro posizioni intransigenti a difesa dei diritti sanitari degli strati più bassi della popolazione.

Non a caso, dunque, nella narrativa di primo Novecento, “atmosfere grigie e crepuscolari gettano lunghe ombre sulla professione, presentandoci – scrive Benedetta Montagni – medici stanchi, sfiduciati, ormai privi tanto degli accesi idealismi di primo Ottocento, quanto degli entusiasmi positivistici postunitari. Toni cupi e sfumati caratterizzano le banali vicende di vecchi medici vicini alla pensione, mentre amarezza e cinismo modulano le storie dimesse di giovani dottori, presto disillusi dalla noiosa quotidianità di una carriera che pure hanno intrapresa pieni di aspettative” (Montagni 1999, p. 319).

### 3. IL VENTENNIO FASCISTA, OVVERO LA PRIMA ESPANSIONE PROFESSIONALE IN UN CONTESTO DI WELFARE MERITOCRATICO AUTORITARIO

Nel ventennio fascista, la creazione dei regimi assicurativi speciali (per la tubercolosi e le malattie professionali), il mutualismo libero e occupazionale, la riforma degli ospedali sanciscono una evoluzione delle politiche sanitarie che il periodo liberale era stato incapace di realizzare e che ora emergono e si strutturano in una logica corporativa, ampiamente governata dal partito fascista. Con l'avanzare degli anni Trenta, il sistema, modellatosi fino ad allora in termini particolaristici e clientelari, tende ad essere razionalizzato in senso statalistico per l'esigenza di far fronte alle spese della guerra e ai bisogni di una popolazione impoverita dalle scelte economiche ed espansionistiche del regime. È in questa direzione che viene istituita, al margine ultimo dell'esperienza fascista, l'assicurazione sanitaria obbligatoria (gennaio 1943) con la conseguente creazione dell'Inam (Istituto nazionale assicurazione malattia), quale strumento di gestione unificata del mutualismo sanitario.

Entro questa cornice, ai medici viene affidato il compito di controllare il comportamento delle nuove e vecchie generazioni di italiani, attraverso un processo di medicalizzazione del lavoro, della famiglia e del tempo libero che esalta il potere della medicina scientifica, ma la subordina agli interessi del regime. Con il fascismo, in altri termini, si consolida il processo di integrazione politico-sociale della classe medica alla quale si chiede di farsi *garante del nuovo ordine pubblico*, facendo propria l'ideologia corporativa e offrendo al regime molti degli archetipi attraverso cui propagandare le proprie forme di dominio. La malattia, in questa visione, non nasce solo dall'ambiente economico e sociale, ma trova le sue basi esplicative nella configurazione psico-fisica degli individui che vengono sempre più additati come i veri responsabili del proprio malessere, al quale possono ovviare con comportamenti lavorativi, nutrizionali e sessuali adeguati, codificati dalla professione medica. Di fronte, poi, all'insorgere della malattia sarà compito della medicina specialistica ed ospedaliera di intervenire con i mezzi tecnologici e farmaceutici messi a disposizione dalla scienza.

Non si tratta, evidentemente, di un processo lineare né indolore poiché nel vasto campo delle professioni mediche molte voci continuano a far sentire il peso di una tradizione igienista e di un impegno sociale che il regime non riesce a soffocare. Tuttavia, nel momento in cui sono i medici ospedalieri a guidare la politica sanitaria del paese, imponendo il loro nuovo prestigio scientifico, è sulla medicina specialistica e i grandi nosocomi che viene convogliata la maggior entità di risorse economiche e di uomini.

I medici, tuttavia, debbono trovare un difficile equilibrio occupazionale tra il rinnovato sistema ospedaliero, l'intricato tessuto mutualistico e una struttura di igiene e sanità pubblica sempre più deteriorata. Mentre, infatti, aumentano le possibilità occupazionali, si ampliano anche le differenze sociali all'interno della categoria i cui livelli di reddito e di stabilità del lavoro non sono sempre adeguati alle relative responsabilità. Da qui la necessità di ricavarci spazi di lavoro e di carriera mediante la duplicazione delle attività professionali, l'integrazione dei compensi, l'accumulo di impegni e di obblighi sociali. Secondo il censimento del 1936 su 15.798 liberi professionisti ben 14.350 sono anche medici mutualisti per il settore dell'industria e del commercio, così come lo sono moltissimi medici condotti (Orlandi 2009). Nel contempo si cerca di salvaguardare l'autonomia professionale tentando di instaurare modalità di lavoro liberali all'interno delle strutture mutualistiche ed ospedaliere dove maggiori sono i rischi di una subordinazione di tipo gerarchico-burocratico.

D'altro canto, mentre va strutturandosi un sistema di sicurezza sociale così fragile e al tempo stesso complesso, la medicina non appare ancora capace di trovare una base curativa adeguata alle esigenze del paese, nel senso che non attraver-

so la fiducia sui risultati ottenuti, ma mediante forme autoritarie di stampo politico e repressivo riesce a far valere la propria legittimazione professionale.

“Quando ero studente e poi giovane professore universitario – racconta Cesare Musatti – andavo spesso a visitare una coppia di miei anziani prozii. La zia il dottore non lo chiamava mai né per nome né per la sua qualifica. Diceva, invece, in dialetto veneto. ‘Ga dito lù’. Lo ha detto Lui. Lu o Lui, per eccellenza. Colui che è l’autorità suprema alla quale si deve fare riferimento, per non incorrere in guai, quelli riguardanti sì la salute, ma anche complicazioni di altra specie” (in Rosaia 1988, p. 33)

In altri termini, ovunque siano posizionati (nelle condotte, nelle mutue, negli ospedali o nelle cliniche universitarie) i medici non riescono ancora ad esprimere una compiuta attività clinica, almeno fino a quando la rivoluzione dei sulfamidici e degli antibiotici non darà loro una nuova forza terapeutica. In attesa di questa svolta, che si prospetta alla fine degli anni Trenta, essi si limitano ad essere “curanti” nel senso di essere attenti ai bisogni dei loro pazienti, coniugando alle accresciute possibilità diagnostiche una attenzione umana spesso consolatrice (Cosmacini 2000). Peraltro, chiamati a condividere il sistema di welfare meritocratico autoritario voluto dal fascismo, non ne risultano i diretti responsabili poiché il regime tende a confinarli in posizioni di limitato potere politico ed amministrativo forse per una malcelata sfiducia verso la categoria, accusata di non voler abbracciare fino in fondo gli obbiettivi e i metodi del nuovo stato autoritario. Dunque, il fascismo se coinvolge i medici alla pari di molte altre categorie professionali, se li affianca al regime nelle funzioni di tutela e di controllo della popolazione, se concede loro nuovi campi di attività e di retribuzione, non ottiene una adesione completa sia perché troppo differenziati sono i benefici che essi ottengono in termini di potere economico, politico e sociale, sia perché non si sospinge del tutto l’insieme dei valori ideali del periodo precedente, né lo spirito della professione volto al benessere reale dei propri pazienti.

In questa prospettiva sarebbe interessante conoscere la partecipazione medica alla Resistenza, rispetto alla quale tuttavia per l’Italia “non sono disponibili dati sociali relativi ai partigiani riconosciuti e neppure dati quantitativi affidabili” (Casali e Preti 2009, p. 226). Un rilevamento sull’Emilia Romagna permette, però, di evidenziare la netta predominanza dei medici rispetto agli avvocati (332 contro 99). È indubbio che il servizio sanitario fosse ritenuto particolarmente importante e come tale richiesto, ma da questi dati emergerebbe una ampia risposta della categoria in tutte le province della regione (Casali e Preti 2009).



#### 4. GLI ANNI DEL SECONDO DOPOGUERRA, OVVERO L'ASCESA PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI UN SISTEMA DI WELFARE DEMOCRATICO

Nel secondo dopoguerra fino agli anni Settanta l'Italia lascia inalterata una modalità di protezione sanitaria frammentata e particolaristica cui fa da riscontro un intervento pubblico ancora limitato. Il quadro istituzionale ereditato dal fascismo resta, di fatto, immutato risultando costituito da sei regimi assicurativi principali (relativi a pensioni, disoccupazione, tubercolosi, assegni familiari, malattia e maternità, infortuni e malattie professionali) amministrati da una grande quantità di enti caratterizzati da una forte eterogeneità sia rispetto al riconoscimento dei rischi che dei benefici. Si tratta di un sistema apparentemente modellato su base categoriale e professionale, ma in realtà guidato dal sistema politico-partitico che ne definisce, volta a volta, l'estensione e i requisiti per l'accesso.

Nell'ambito sanitario, all'incremento della copertura mutualistica fa da riscontro una rete eterogenea di strutture specialistiche e di base cui i medici di medicina generale ed i condotti debbono far affidamento per trovare una retribuzione che spesso deriva dalla duplicazione delle visite, degli accertamenti e delle prestazioni in strutture pubbliche e private. Alla molteplicità delle mutue e degli enti assistenziali si accompagna il mancato riordino del sistema ospedaliero così che lo sviluppo del settore avviene entro i limiti di una regolazione pubblica che risale alla normativa crispina del 1890.

Nasce da queste condizioni la prospettiva, sostenuta dalle organizzazioni di categoria, di un inquadramento dei medici ospedalieri nel pubblico impiego senza però intaccare l'autonomia professionale che dovrà essere garantita in termini tecnici ed economici, con la possibilità di svolgimento della pratica libero-professionale. Una posizione ibrida che si affianca a quella altrettanto complessa dei medici mutualisti che si muovono tra opzioni di assistenza indiretta per tutta la mutualità e opzioni di assistenza diretta disciplinata da regole e garanzie. Una problematica centrale, in questi anni, è che cosa debba ritenersi per "medico mutualista" se il medico a diretto contratto d'impiego con gli Enti assistenziali e cioè i Medici Funzionari, oppure tutti quei medici che intrattengono rapporti con le mutue ma che sono il 90% del totale. Né vanno dimenticati i medici ambulatoriali che lavorano presso le strutture mutualistiche e che ottengono la possibilità di svolgere una attività professionale autonoma ed indipendente, senza alcun vincolo di subordinazione gerarchica e sulla quale il controllo esercitato dall'Inam non è accompagnato da alcun potere disciplinare e non esula dai confini di una generica vigilanza.

Ciò significa che i medici maturano in questi anni un atteggiamento ancipite, di netto rifiuto delle mutue da parte delle élites mediche e delle Associazioni di rap-

presentanza, ma di accettazione, per motivi occupazionali, da parte della base (Malatesta 2006). Una accettazione che passa attraverso la configurazione di posizioni professionali ibride che si giustificano rispetto alla debolezza finanziaria del sistema di welfare meritocratico, ma che provocano sconcerto nella popolazione che si aspetta ben altro da “una categoria di persone che non perdono occasione per proclamare un indefettibile attaccamento ai principi, un totale disprezzo per il denaro e un amore sviscerato per il prossimo” (Rosaia 1988, 54).

Tuttavia, quello che si rimprovera ai medici, almeno da parte dei gruppi più critici dell’arco politico istituzionale o da parte dei movimenti sociali che nascono negli anni Sessanta e Settanta è il ruolo di *custodi dell’ordine sociale* che essi accettano di esercitare pur in un contesto politico-economico molto differente da quello del Ventennio fascista. Da qui il proclama degli studenti di medicina di Roma nel 1968 che si propone come rifiuto del ruolo medico dominante: “Non vi daremo balsamici per i vostri bronchi, perché dovrete respirare aria pura; non vi daremo epatoprotettivi per il vostro fegato, perché dovrete mangiare cibi non sofisticati; non vi daremo vaso dilatatori per i vostri spasmi perché dovrete abolire gli ingorghi del traffico; non vi daremo giorni di malattia, perché dovrete ridurre la settimana lavorativa” (Berlinguer 1982, p. 98).

I medici, in altri termini, recepiscono la discontinuità tecnologica e scientifica di questi anni, ne accolgono le conseguenze migliorando le proprie capacità diagnostiche e terapeutiche, tuttavia non sembrano cogliere la conseguente discontinuità storico-sociale che, d’altro canto, è negata da larga parte del mondo politico e culturale del tempo. Mentre, così nel rapporto medico-paziente inizia a prevalere l’idea di una somma oggettuale di organi, nel rapporto medico-società il punto critico diventa quello di una dimenticata coscienza del ruolo attivo della medicina nella promozione sanitaria e nel benessere delle comunità di appartenenza. Contro la medicina *ad societatem*, ma anche a differenza di una medicina *ad personam* del periodo fascista, le conquiste tecnologiche e scientifiche del secondo dopoguerra sostengono una medicina *ad organum* in cui la differenziazione specialistica conduce verso la perdita tanto della dimensione antropologica del malato, quanto della sua unità biologica. Ciò conduce ad una crescente differenziazione degli interventi medico-sanitari che si accompagnano ad un sistema di welfare sempre più frammentato, di cui, con il tempo, si perde il carattere democratico che pur si era voluto imprimere nel contesto istituzione del secondo dopoguerra.

Nel corso degli anni Settanta, tuttavia, alcuni elementi di universalismo riescono ad entrare nella struttura del welfare sanitario italiano dove alla riforma ospedaliera del 1968 fa seguito, dieci anni dopo, la creazione del Servizio sanitario nazionale (L.833/78). Una eterogeneità di domande sociali trova, infatti, con-

fluenza nella richiesta dell'eguaglianza ed uniformità delle prestazioni sanitarie, nella globalità degli interventi socio-sanitari, nel decentramento amministrativo e nella gestione democratica della sanità. Ad esse sottostanno interessi categoriali diversi quali quelli espressi dai medici igienisti che si trovano alleati con gli psichiatri, con i condotti e i giovani medici nel chiedere un sistema sanitario pubblico che torni a dare alla prevenzione una nuova centralità, ampliando nel contempo le sue possibilità occupazionali. Psicologi, assistenti sociali, insegnanti e pedagogisti si affiancano ai movimenti femministi per sostenere l'idea di servizi sanitari capaci di affrontare la globalità dei nuovi bisogni e i processi di identità professionali degli operatori che intendono lavorare in essi. D'altro canto, sulla razionalizzazione e il decentramento del sistema di welfare confluiscono gli interessi delle amministrazioni Comunali e delle Regioni da poco istituite. Infine, è sulla spinta democratica dei sindacati e del movimento operaio che le domande di riforma entrano nell'agone politico sostenute dai partiti di sinistra sempre più presenti alla guida delle amministrazioni locali.

Ciò nonostante, la riforma sanitaria non vedrebbe la luce se non si aggravasse, nel corso degli anni Settanta, la crisi finanziaria delle mutue che nel 1973 vantano crediti nei riguardi degli ospedali per la cifra iperbolica di 3.000 miliardi (contro i 300 del 1969), se i mass media non sostenessero una campagna denigratoria contro il vecchio sistema, se le vittorie elettorali della sinistra e l'instabilità politica che ne segue non portassero ad un governo di unità nazionale che vara, nel dicembre del 1978, il Servizio sanitario nazionale.

Va notato che in queste spinte verso la trasformazione in senso universalistico-statalistico del welfare, vi è un sostanziale rifiuto dei sistemi medico-scientifici iper-specializzati che si ritiene di poter sostituire con conoscenze meno tecniche e verticistiche, poggianti sulla figura degli operatori unici, il lavoro di équipe, la deistituzionalizzazione degli interventi e un ampio processo di prevenzione collettiva che fa perno sulla figura del medico di base. Di conseguenza, gli ospedali, alla pari delle altre strutture specialistiche, vengono equiparati alla medicina del territorio e collocati nelle Unità sanitarie locali (Usl), senza alcun conto della loro specificità funzionale e finanziaria. Si tratta, nel complesso, di creare sistemi esperti, a carattere socio-sanitario, verso i quali si cerca di convogliare la fiducia dei cittadini-utenti e quella, non meno importante, degli amministratori pubblici.

Come negli anni Ottanta del secolo precedente, dunque, quando l'utopia igienista aveva contribuito alla riformulazione dell'ordinamento sanitario del paese (Vicarelli 1997), alcuni ceti sociali in mobilitazione riescono a trovare in un medesimo progetto ideale lo strumento per produrre interventi istituzionali capaci di rispondere ad un insieme eterogeneo di interessi e bisogni categoriali. Tutta-

via, se l'utopia igienista aveva trovato la propria spinta propulsiva all'interno della scienza medica e grazie alle conquiste della patologia e della batteriologia, la nuova utopia universalistica cresce in opposizione alle grandi acquisizioni della medicina specialistico-tecnologica di cui si paventano gli eccessi e gli effetti iatrogeni. In tal senso, il vasto ed eterogeneo movimento di riforma dimostra basi scientifiche e sanitarie assai più deboli, dovendo opporsi agli interessi non solo dei medici ospedalieri e delle mutue, ma anche di tutto quel mercato sanitario che nei farmaci e nelle nuove tecnologie sta trovando grandi possibilità di sviluppo. Il fronte anti-riforma, in altri termini, può contare non solo su potenti strutture politiche e clientelari, ma anche su una medicina curativa i cui effetti immediati convincono assai più dei risvolti patologici di lungo periodo. Non meraviglia, allora, che, rispetto alla situazione di fine Ottocento, i medici giochino un ruolo innovatore assai più marginale, seppure determinante.

##### 5. GLI ANNI DI FINE SECOLO, OVVERO LA FALLIBILITÀ DELLA PROFESSIONE NEL WELFARE UNIVERSALISTICO ISTITUZIONALE

Con la legge 833 del 1978 il passaggio allo Stato di tutte le funzioni di organizzazione e di finanziamento della sanità si accompagna al proposito di attribuire un'importanza strategica alla medicina di base, sia in considerazione delle indicazioni dell'Oms (conferenza di Alma Ata del 1978), sia in funzione del suo ruolo economico. Pur assorbendo soltanto il 6,5% delle risorse sanitarie, si ritiene che il medico di base influisca sul 77% della spesa residua (55,9% spesa ospedaliera, 13,3% spesa farmaceutica, 7,8% spesa specialistica extraospedaliera) potendo così svolgere un ruolo rilevante nel risparmio e nella eliminazione delle aree di spreco (Giustetto e Meneguzzo 1981). Di conseguenza, una buona remunerazione e alcune "libertà" in termini di organizzazione del lavoro sono i corrispettivi dello scambio politico che la maggioranza di governo offre ai medici di medicina generale per assicurarsi, nel 1981 con l'avvio della riforma, l'adeguatezza e l'economicità del loro operato.

I sindacati del settore ottengono, infatti, che venga siglato un rapporto di lavoro convenzionale che stabilisce un tipo particolare di "libera professione". In sostanza, il medico di medicina generale si impegna ad investire personalmente nella propria attività sostenendo i costi dell'ambulatorio e del suo funzionamento con uno schema retributivo garantito e a quota capitaria; allo stesso tempo il medico è libero di definire i tempi e i modi del proprio lavoro purché congrui con il numero degli assistiti, mentre gli è permesso di svolgere una attività libero professionale purché non lesiva degli interessi del Ssn.

I medici di medicina generale restano, però, esclusi dal governo del sistema sani-

tario a differenza di quanto avevano chiesto e avrebbero voluto. Un fatto, quest'ultimo, che lascia delusa anche la Federazione degli Ordini e i sindacati degli ospedalieri poiché la legge 833 non solo non riconosce alla categoria una preminenza nel governo della sanità, ma esclude persino una distinzione del ruolo medico all'interno dei contratti per i medici dipendenti che si vedono inseriti nella complessiva "area sanitaria" del Servizio sanitario nazionale. È per questo motivo che dai primi anni Ottanta, le rappresentanze sindacali e professionali avviano una duplice azione di rivalse, l'una giocata sul piano formale, dei rapporti contrattuali e politici, l'altra sul piano sostanziale dei rapporti di potere entro le strutture di welfare.

Fanno parte della prima offensiva le ripetute richieste di introdurre il numero programmato nelle Facoltà di Medicina, nonché l'articolazione del comparto sanità in due aree negoziali distinte (i medici da un lato, il restante personale dall'altro): istanze che trovano esito positivo alla fine del decennio con il governo Craxi. Ad una simile azione si accompagna una strisciante presa di potere di alcuni esponenti della categoria. Se la Federazione degli Ordini Medici si vede riconosciuto il diritto di contribuire alla programmazione sanitaria solo dopo una lunga battaglia politica, alcuni medici, grandi esponenti di partito, occupano, in tempi assai più brevi, i punti chiave del sistema sanitario e del paese. Nella stessa logica, anche se ad un livello più basso, si pongono altri medici la cui clientela professionale viene utilizzata per l'elezione politica e la cui appartenenza politica determina l'avanzamento di carriera in ambito sanitario.

Né è da sottovalutare il fatto che, proprio a seguito della riforma sanitaria, la Federazione degli Ordini incentiva i suoi iscritti a presentarsi nell'agone politico per affrontare, direttamente e senza interposte persone, i problemi derivanti dalla debolezza e presunta sconfitta della categoria. Per quanto riguarda i medici di medicina generale è lo stesso Poggiolini che al Congresso del 1981 addita al mondo politico l'influenza dei medici di famiglia non solo sul piano economico (come viene loro continuamente addebitato), ma anche delle idee, poiché essi sono gli unici a contattare quotidianamente milioni di cittadini (Turziani 1997, p. 149). Nel rapporto medici-stato vengono, dunque, a pesare fin dai primi anni di attuazione del Servizio sanitario uno scambio politico che diverrà una merce frequente in molte delle negoziazioni future; nonché una crescente commistione tra professione e politica.

D'altro canto, il nuovo modello universalistico di welfare non trova un corrispettivo altrettanto evidente sul piano della strutturazione istituzionale la quale è ben più difficile da attuare. Se, da un lato, viene confermata la creazione delle Unità sanitarie locali (Usl), che entro un determinato territorio, sono investite della gestione di tutte le forme di intervento sanitario, dall'altro sulla fisionomia

giuridica di tali organismi e sulla loro organizzazione prevalgono ambiguità che rispecchiano le incertezze e i compromessi conseguenti alla risoluzione legislativa di aspetti particolarmente conflittuali e controversi. I principali motivi di preoccupazione riguardano la scelta di attribuire ad organi di emanazione politica il compito di amministrare le Usl, nonché la loro mancata autonomia giuridica e tecnico-gestionale. Infatti, se i medici sono apparentemente sconfitti, i partiti di governo traggono dal nuovo Servizio sanitario un duplice ed immediato vantaggio: il ripiano straordinario del debito mutualistico, che viene trasformato in debito pubblico, e una regolazione ampia e diretta del settore sanitario entro una logica che continua ad essere di carattere patrimonialista e clientelare. Non meraviglia, allora, che anche coloro che restano estranei alla competizione politica dimostrino di saper partecipare alla distorsione della domanda ed offerta di servizi sanitari che si realizza in questo periodo. Avallando spese superflue, incentivando la costruzione di nuovi ospedali, avvalorando scelte farmacologiche non necessarie, i medici finiscono, talvolta, per sostenere un sistema di illeciti e di corruzione, da cui traggono benefici diretti o indiretti.

L'implementazione delle nuove politiche si dimostra, però, assai differenziata a seconda delle aree territoriali del paese con una accentuazione dei processi di innovazione nelle regioni del Centro Nord-Est (Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Umbria) in cui le amministrazioni locali (di sinistra e di centro) sanno convogliare nel nuovo sistema le risorse finanziarie ed umane che scaturiscono da un ambito economico di piccola impresa particolarmente fiorente. Nelle regioni del nord-ovest, invece, tale equilibrio appare più difficile da realizzare per un impegno più modesto delle amministrazioni locali sul versante socio-sanitario e per maggiori difficoltà economiche derivanti dalla crisi della grande impresa. D'altro canto, nelle regioni del Mezzogiorno, alla scarsità di risorse economiche e professionali fa da contrappeso una arretratezza politico-civile che trova ulteriori giustificazioni nel sistema di corruzioni e di illegalità che vi domina.

È in questo contesto che si pone la necessità di limitare e controllare le prestazioni sanitarie in una logica restrittiva, a cui si affiancano, a partire dal 1983, i primi propositi normativi di riforma organizzativa delle Usl. Puntando le critiche sugli aspetti burocratici del Servizio sanitario e sulle aberrazioni della lottizzazione politica, si mira alla trasformazione del sistema in termini aziendalistici. Un processo che culmina nel 1992 con la approvazione, da parte del governo Amato, del decreto legislativo 502 che istituisce, al posto delle Usl, gestite da un Comitato di gestione di nomina comunale, le Aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) guidate da direttori generali di nomina regionale.

L'aziendalizzazione della sanità, dapprima avversata dai partiti di sinistra e da alcune categorie mediche, diviene nel 1993 ampiamente accettata quando, a se-



guito della crisi istituzionale scaturita dalle inchieste della magistratura sugli illeciti nell'ambito sanitario, essa appare l'unica via per salvaguardare e rilanciare il modello universalistico statuito dalla L. 833. Lo spirito manageriale viene, infatti, contrapposto alla gestione burocratica di tipo tradizionale, lenta, inefficiente e talvolta corrotta.

Poiché in un sistema aziendalizzato oggetto di controllo sono le stesse scelte cliniche, si determina, a partire da questo momento, una evidente sovrapposizione di sfere di competenza tra medici e manager che non sono più collocati, come in passato, in aree separate, con due distinte linee di autorità, ma all'interno della stessa azienda sanitaria con forme di controllo molto più complesse. Non meraviglia, allora, che il conflitto tra medici e manager si manifesti, in primo luogo, a livello micro ed interpersonale dentro le strutture sanitarie, dove empiricamente e nella prassi quotidiana gli uni e gli altri trovano motivo di "scontro" nella scelta di obiettivi o strumenti divergenti (Harrison 1988). Tuttavia, esso è supportato, a livello meso-organizzativo poiché l'emergere di configurazioni gestionali più o meno improntate alla competizione o alla cooperazione amministrata incide sul grado di *accountability* del sistema e quindi di influenza del management.

In una ricerca condotta nei primi anni 2000 in 10 regioni italiane (Cipolla, Corposanto e Tousijn 2006) la maggiore capacità di erosione dell'autonomia professionale viene attribuita, dai medici di medicina generale ma più in generale da tutti i medici iscritti agli Ordini (Speranza, Tousijn, Vicarelli 2008), al management sanitario (69,9%), alla legislazione nazionale (68,7%) e al ceto politico locale (54,9%). Il 70,3 % degli intervistati ritiene, inoltre, che il paziente cerchi più che in passato un secondo parere medico, il 75,5% pensa che sia disinformato o con cattive informazioni, il 64,5% che sia diventato più aggressivo, il 35,6% che sia più conflittuale. D'altro canto, il 55,8% degli stessi medici dichiara di essere stato oggetto di aperta contestazione, il 36,5% di aver avuto reclami e il 4,8% di aver subito denunce. Una situazione che porta i medici di medicina generale ad ammettere, nel 79% dei casi, che ora spiegano assai più le loro scelte ai pazienti, che lasciano ad essi più tempo (74%), ma che si adeguano anche di più alle loro richieste (35%), a fronte di un rapporto complessivamente più faticoso (70,6%). Quasi la metà (45,5%), inoltre, ritiene che sia diminuita la compliance con il cittadino utente.

È interessante notare che a partire dagli anni Settanta cresce in Italia la componente femminile all'interno dell'area medica, tanto che nel 2005 le donne medico esercenti diventano il 33% del totale (Vicarelli 2008). Alla luce dei risultati delle citate ricerche sui medici di medicina generale e sugli iscritti agli Ordini, le donne medico dimostrano di trarre maggiore soddisfazione proprio dal rapporto con l'utenza e, soprattutto, ne avvertono meno la conflittualità: difatti, solo il

27% delle rispondenti definirebbe la relazione con i pazienti in questi termini, a fronte del 41% degli uomini. Tutto ciò si sintetizza in un dato: il 56% delle donne medico afferma senza esitazione di essere felice del proprio rapporto con i pazienti, contro il 44% dei colleghi che sono più cauti in proposito. Una maggiore conflittualità e una minore tendenza ad adeguarsi alle richieste del paziente si evidenzia, però, da parte delle donne di medicina generale che, proprio per la loro vicinanza e continuità con i cittadini utenti, sono maggiormente sottoposte al cambiamento in atto (Bronzini e Spina 2008).

Come va intesa questa situazione? Quanto è correlata alle richieste incongrue e/o eccessive dei pazienti, quanto alle loro aspettative in termini di salute? Una chiave di lettura può essere trovata nella fragilità della relazione medico-paziente e nella stessa dimensione del benessere che vi sottende. Mentre, infatti, l'aziendalizzazione spinge i medici verso una costante oggettivazione delle proprie attività (la medicina basata sulle evidenze) e non raramente verso forme di medicina difensiva per far fronte alle denunce dei cittadini e ai controlli pubblici, il concetto di salute sembra dilatarsi. Cittadini più colti ed istruiti, che possiedono maggiori informazioni, esprimono una domanda ampia, complessa e per certi versi emozionale, carica cioè di significati e simboli legati alla loro stessa identità. Al medico si richiede una disponibilità immediata (di tempo e di risposta) che contrasta con la profondità della domanda di salute, così che le pressioni esercitate dai pazienti vengono vissute con crescente *disagio* e con *fenomeni di burn-out*. Nasce, da qui, l'esigenza di riportare nella relazione con il paziente una dimensione narrativa (medicina narrativa) che permetta ai due soggetti della relazione di recuperare una trama più profonda dell'esperienza di vita e di malattia (Giarelli et al. 2005).

In altri termini, negli ultimi decenni del secolo, sembrano diminuire contemporaneamente sia la delega esclusiva concessa dallo stato alla professione, sia la fiducia incondizionata verso la medicina da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Nell'un caso e nell'altro fanno sentire la propria influenza un mercato sanitario in espansione e una crescente cultura dei consumi che spinge la medicina verso il miglioramento e l'ottimizzazione dell'individuo, al di là della semplice prevenzione e cura. Una tendenza quest'ultima che si accompagna ad un progresso tecnico e scientifico di grandissimo impatto che trova le sue basi scientifiche sulla medicina molecolare, ben al di là, dunque, della "medicina *ad organum*" del periodo precedente.

## 6. IL PROSSIMO FUTURO, OVVERO LA CONQUISTA DELLA MATURITÀ PROFESSIONALE

Il quarto ciclo dei miti eroici prevede, come si è detto, la fallibilità dell'eroe di fronte al peccato di *hybris* e quindi la sua caduta a seguito di un tradimento o di

un sacrificio che culmina nella morte.

Nella cultura greca il peccato di *hybris* si pone come una sorta di insubordinazione dell'uomo alla divinità. Per Platone si dà *hybris* ogni qualvolta si supera la misura del giusto, quando cioè l'uomo rompe l'ordine e l'armonia che sono i veri capisaldi del vivere sociale.

L'*hybris* che esce dalla tradizione occidentale, dall'umanesimo in poi, si arricchisce, invece, di precise connotazioni prometeiche: affermazione di potere, potenza tecnocratica, *libido sciendi*, incapacità di riconoscere *ananke* (il limite) e *nomos* (la legge) (Marchesini 2009). Tendenza che diventa ancora più evidente nella critica alla tecnocrazia sviluppata da autori come Heidegger e Jonas, ma anche dallo stesso Nietzsche (1887) quando sostiene che *hybris* è oggi la nostra posizione nei confronti della natura, la nostra violentazione della natura con l'aiuto delle macchine e della tanto spensierata inventività dei tecnici e degli ingegneri.

Se dell'*hybris* si coglie, dunque, questa connotazione negativa e se la si applica al quarto ciclo dei miti eroici come Henderson ci spinge a fare, ci si può chiedere in quale colpa i medici possano essere incorsi nella fase di preminenza professionale che si propone nell'ultimo scorcio del XX secolo. Possono i medici essere incolpati di aver dato un peso eccessivo alla dimensione politica nel loro ruolo, ricercando il potere più a scopo individuale e corporativo che per il benessere collettivo? Oppure, possono essere accusati di aver cercato troppe garanzie economiche nel sistema di welfare universalistico-istituzionale, facendone lo scopo principale della professione anziché un mezzo? O l'*hybris* risiede nella stessa scienza e tecnologia di fine secolo dove il peccato di orgoglio sembra risiedere nell'idea di poter raggiungere tappe inusuali di salute e di contrapposizione alla morte?

Nell'un caso e nell'altro, se alla colpa fa seguito una caduta dovuta ad una qualche forma di tradimento o di sacrificio individuale, dove si può rintracciarne l'essenza?

È lo Stato a voler togliere legittimità a quella autonomia categoriale siglata all'inizio del secolo con la costituzione degli Ordini professionali che si vogliono, oggi, riformare o trasformare? Sono i governi neoliberali a voler limitare la valutazione tra pari, inserendo procedure esterne di controllo manageriale o, al contrario, di rinnovato dominio politico? Oppure la responsabilità va ricercata nelle forme attuali di "governa mentalità" che non hanno più bisogno dei saperi esperti per normalizzare la vita degli individui, poiché gli strumenti di controllo dei cittadini sono ormai tanto interiorizzati quanto enfatizzati dai media?

Se non è alla componente politico-istituzionale che occorre guardare per rintracciare il seme del tradimento, è ai pazienti, allora, che va rivolta l'attenzione? Sono i cittadini-utenti che con la loro accresciuta acculturazione rifiutano di delegare alla professione medica il destino della propria vita? Sono i clienti delle

nuove società edonistiche che non riconoscono più ai medici le sole funzioni di prevenzione e cura, rivolgendo richieste di benessere totale a quanti, con sapere professionale o profano, vogliono rispondervi?

E se il tradimento venisse dall'interno del settore sanitario e non dall'esterno? E se fossero le nuove professioni sanitarie (infermieristiche e tecniche) a non accettare più una divisione del lavoro gerarchica e separata, richiedendo nuove responsabilità e partecipazione allo sviluppo della salute? E se il tradimento fosse insito nella stessa categoria medica che è andata frammentandosi e differenziandosi, riconoscendo un potere crescente ai ricercatori anziché ai clinici e ai medici manager piuttosto che a coloro che basano la propria esperienza sull'essenza della relazione con il paziente?

Su questa lunga serie di interrogativi si pone oggi il dibattito nel momento in cui ci si interroga sulla crisi professionale e sulla presunta perdita di dominanza della professione medica (Tousijn 2000; Giarelli 2003; Tousijn e Vicarelli 2006). Tuttavia, per uscire dalle secche di un confronto spesso improduttivo, si può provare ad utilizzare una concezione differente e post-moderna dell'*hybris*. Come ricorda Marchesini il postumanesimo cambia completamente l'orientamento nei confronti dell'*hybris* che da rischio biocida diventa fomite di vita, scultore della biodiversità (Marchesini 2009). Assegnare positività all'*hybris* significa, allora, accettare il divenire e l'incertezza del futuro, dimenticando ogni pretesa simmetria tra ordine e armonia. Abbandonarsi all'incertezza vuol dire aprire l'orizzonte al vasto paniere delle possibilità, dimenticando la suggestione di uno schema archetipico che incarna la perfezione (Marchesini 2009).

In conclusione, seguendo il suggerimento di Henderson nell'analisi dei miti eroici, ci sembra di poter dire che, forse, la categoria medica è arrivata in una fase del proprio percorso di strutturazione professionale in cui, lasciate alle spalle le proposizioni eroiche tipiche dell'adolescenza e della giovinezza, ha raggiunto una propria maturità basata sulla coscienza dei propri limiti quanto delle proprie potenzialità. Una fase in cui la consapevolezza della complessità degli attuali sistemi sociali e sanitari diventa la base di un confronto fattivo con l'alterità e il diverso in una logica di ibridazione tanto creativa quanto utile a riconfermare l'obiettivo ultimo della medicina come professione: la ricerca del benessere possibile per l'uomo.

## BIBLIOGRAFIA

- Berlinguer G. (1982), *La professione del medico*, Milano, Feltrinelli.
- Betri M.L. (1987), *La crisi del ruolo medico*, in Federazione Medica, XL(7).
- Bronzini M. e Spina E. (2008), *Le professioniste del duemila*, in Vicarelli G., *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Casali L. e Preti A. (2009), *Sovversivi, antifascisti, partigiani*, in Malatesta M. (a cura di), *Atlante delle professioni*, Bologna, Bononia University press.
- Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn W. (a cura di) (2006), *I medici di medicina generale in Italia*, Milano, Angeli.
- Cosmacini G. (2000), *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Milano, Raffaello Cortina.
- Detti T. (1979), "Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra '800 e '900", *Movimento operaio e socialista*, pp. 3-49.
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano, Angeli.
- Giarelli G. et al. (a cura di) (2005), *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Milano, Angeli.
- Giustetto G. e Meneguzzo M. (1981), *Una convenzione da rinegoziare*, in *Mondo Economico*, 17 giugno, pp. 59-63.
- Harrison S. (1988), *Managing the National Health Service: Shifting the Frontier?*, London, Chapman and Hall.
- Henderson J. (1980), *Miti antichi e uomo moderno in Carl Gustav Jung, l'uomo e i suoi simboli*, Milano, Tea.
- Lonni A. (1994), *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'Ordine dei medici XIX e XX secolo*, Milano, Angeli.
- Malatesta M. (2006), *Professionisti e gentiluomini*, Torino, Einaudi.
- Malatesta M. (a cura di) (2009), *Atlante delle professioni*, Bologna, Bononia University press.
- Marchesini R. (2009), *Il tramonto dell'uomo. La prospettiva post-umanista*, Bari, Dedalo.
- Montagni B. (1999), *Angelo consolatore e ammazza pazienti*, Firenze, Le Lettere.
- Nietzsche F. (1984), *Genealogia della morale. Uno scritto polemico*, Milano, Adelphi (ediz. orig. 1887).
- Orlandi F. (2009), *Le riviste mediche*, in Malatesta M. (a cura di), *Atlante delle professioni*, Bologna, Bononia University press.
- Rosaia L. (1988), *La bottega della salute*, Milano, Longanesi.
- Soresina M. (1987), *Dall'Ordine al Sindacato. L'organizzazione professionale dei medici dal liberalismo al fascismo in Cultura e società negli anni del fascismo*, Milano, Cordani, pp.182-184.

- Speranza L., Tousijn W. e Vicarelli G. (2008), *I medici in Italia, motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna, Il Mulino.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.
- Tousijn W. e Viarelli G. (2006), *Medical autonomy: open challenges from consumerism and managerialism*, in *Knowledge, Work & Society* n.4, pp.155-179.
- Turziani G. (a cura di)(1997), *50 anni di storia: 1946-1996*, Roma, Fimmg
- Vicarelli G. (1997), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*, Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli G. (2008), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli G. (2010), *I medici in Italia, Roma*, Carocci (di prossima pubblicazione).



### IVAN CAVICCHI

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

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

IVAN CAVICCHI

## PARADIGMI E CONFUTAZIONI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### LA DEFINIZIONE EUROPEA DI ATTO MEDICO

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

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

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

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

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

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

#### ALTRE FORME DI DEFINIZIONI:

##### CODICI DEONTOLOGICI, CONTRATTI, ATTI PUBBLICI

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### PROBLEMI DI DEFINIZIONE

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

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

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

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

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

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

Qualche esempio.

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

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

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

### SIGNIFICATI DELL'ATTO E CARATTERE DELLA PROFESSIONE

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

Per i primi la discussione non è nuova:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

### CONFLITTI TRA PROFESSIONE MEDICA E PROFESSIONI SANITARIE

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

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

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

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

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

#### LE RISTRETTEZZE DELLA DEFINIZIONE GIURIDICA: PERICOLI E DIFFICOLTÀ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### CONCLUSIONI

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

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



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

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

**BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

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

**MARA TOGNETTI BORDOGNA**

Docente di Politiche sanitarie nella Facoltà di Sociologia, Università di Milano-Bicocca, dirige l'Osservatorio e Metodi per la Salute della medesima Università ed è componente del Direttivo della Sezione di Sociologia della Salute e Sociologia della Medicina, Associazione Italiana di Sociologia.

# L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento

MARA TOGNETTI BORDOGNA

## 1. PREMESSA

La questione della relazione fra malattia, medicina, salute ed economia è da sempre al centro delle scelte di politica sanitaria nel nostro paese, indipendentemente dal periodo storico, dall'evoluzione e dal grado di strutturazione dei sistemi di protezione della salute e di tutela della malattia.

Possiamo affermare che, in generale, il decisore pubblico nelle strategie di modifica delle forme di protezione della salute e, quindi, di superamento della malattia, è guidato dall'obiettivo di garantire la tutela dei singoli e della collettività, ma anche dal contenimento dei costi necessari per garantire tali obiettivi, ed è condizionato dalle disponibilità economiche del paese in quel dato momento.

Allo stesso tempo l'andamento del ciclo economico, oltre che influire e impattare sulla salute degli individui e della collettività, incide non solo sulle scelte di politiche per la salute ma in particolare sull'evoluzione e le trasformazioni del quadro nosologico. Contemporaneamente, però, la domanda di salute e il quadro epidemiologico cambiano in relazione alle trasformazioni economiche siano esse positive che negative.

Un forte e costante intreccio è rintracciabile fra la salute, la sua tutela e le condizioni economiche di contesto. Gli studi sulle disuguaglianze di salute<sup>37</sup>, così come gli studi epidemiologici e sociologici, hanno messo in evidenza che la di-

mensione economica, assieme a quella sociale, sono determinanti per la presenza e l'incidenza di malattia. Ed è proprio la classe sociale a segnare la differenza in termini di mortalità e morbilità<sup>5</sup>, gli stessi studi confermano come sono i fattori socio economici ad essere alla base delle differenze in salute e della loro incidenza. In altri termini quando cresce il bene economico cresce anche il bene salute.

È stato evidenziato anche nel nostro Paese<sup>5, 29</sup> che le persone socialmente ed economicamente deprivate sono soggette ad una minore aspettativa di vita e a malattie, in misura più elevata rispetto a coloro che occupano posizioni più alte nella scala sociale.

Chi ha difficoltà economiche tende inoltre a non investire in salute e per la salute, risparmia sulle spese per il corpo, sui controlli sanitari, sui farmaci, sul fitness, e sulla qualità del cibo.

Le difficoltà economiche riducono la soglia di attenzione per la propria condizione di salute, in termini di vincoli di spesa<sup>14</sup>. Ma come gli studi sociologici hanno mostrato che l'appartenenza di classe non incide meccanicamente sulle opportunità di benessere, piuttosto il ceto, la sua identità sociale spinge il soggetto verso certi stili di vita e di consumo, mettendo a rischio la salute degli individui<sup>36, 30, 2</sup>.

Anche recenti ricerche<sup>12</sup> sottolineano che chi ha dovuto affrontare difficoltà economiche, a livello di vita quotidiana, dichiara con maggior frequenza una manchevole considerazione per il proprio stato di salute.

A volte lo stesso operato del medico può essere orientato verso la massimizzazione economica del proprio agire invece che perseguire il benessere del cittadino seguendo una operosità priva di fini lucrativi. E proprio la creazione dell'ordine professionale aveva, fra gli altri, lo scopo di salvaguardare questo principio e introdurre una deontologia professionale che mettesse al centro dell'operato medico il paziente e non le finalità lucrative. L'Ordine nasce quindi anche per reagire ad una moralità differente.

Le stesse politiche per la salute che si sono succedute nel tempo, così come le scelte professionali mediche sono state e sono condizionate dall'evoluzione economica della società e dei singoli paesi, ma la loro delineazione organizzativa e operativa persegue, sempre in modo più o meno esplicito, un controllo della spesa<sup>32</sup>. Ritroviamo dunque un forte e costante intreccio fra salute, malattie, medicina ed economia di cui cercheremo di tracciare alcune connessioni, in riferimento alle condizioni economiche che, via via, hanno connotato la storia del nostro paese, alle riforme che hanno segnato l'evoluzione della salute, delle malattie, della medicina e della sua organizzazione operativa. Ci interrogheremo poi su quanto e se pesi lo specifico modello organizzativo del sistema di protezione della salute adottato, di volta in volta, nel produrre o contenere la spesa sanitaria per la ma-

lattia e del suo apparato curativo. Ciò diventa ancora più interessante in quanto nel nostro paese l'influenza e l'attenzione al quadro economico, alle condizioni di contesto, alla società e al periodo storico di riferimento nella strutturazione delle malattie e delle forme di tutela della salute, ha lasciato il posto alla forte attenzione alle condizioni economiche e di economicità del sistema sanitario (contenimento della spesa). Questo a partire dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale e, quindi, con l'estensione a tutti gli individui delle forme di protezione e tutela della salute.

Nel dibattito in sanità è diventato prioritario ora il contenimento della spesa e sia i decisori pubblici che gli studiosi di politiche sanitarie si sono concentrati su questo tema<sup>19, 9</sup>.

Alcuni autori<sup>27</sup> ricordano come alla base della legge Crispi (legge 1889, n.6972) vi fosse, oltre all'obiettivo di sottrarre all'egemonia della Chiesa e del movimento cattolico istituzioni ritenute fondamentali per il controllo sociale degli istituti di assistenza e beneficenza, di cui gli ospedali costituivano la parte più consistente, quello di "porre fine al disordine patrimoniale e amministrativo di un cospicuo corpo istituzionale", stimato nel 1896 in oltre 23.000 enti e con un patrimonio superiore a due miliardi di lire.

"Distrazione di denaro dai fini istituzionali, sopravvento degli interessi personali degli amministratori sui fini istituzionali, spese di amministrazione esorbitanti rispetto alle prestazioni erogate"<sup>27</sup>, erano alcuni caratteri di tali istituzioni.

Questione, quella economica, in rapporto alla malattia e alle diverse forme d'intervento per superarla che attraversa i secoli, compresi quelli più moderni.

Le stesse grandi crisi economiche, che hanno segnato la storia del mondo, sono alla base delle trasformazioni in sanità, sia sul piano nosologico che su quello delle scelte di politiche<sup>16</sup>.

Diversi sono i fattori alla base della "dinamica economica" che ruota intorno alla salute e alla malattia sia per quanto riguarda la domanda di prestazioni sanitarie, per l'offerta, nonché per i costi sociali derivanti dall'insorgenza delle patologie. I costi della malattia sono, normalmente, suddivisi in diretti (medicinali, ospedalieri, assistenza medica generica e specialistica, diagnostica, terapia fisica ed occupazionale, assistenza domiciliare) e indiretti (disoccupazione, pensionamento precoce, effetti psico-sociali, mortalità).

L'economia sanitaria ha messo in evidenza come la spesa per la salute è determinata sia dalla domanda di cura, prestazioni e farmaci, sia dall'offerta che, di fatto, induce la domanda. In particolare vi è una domanda indotta dal personale sanitario e nello specifico dai medici<sup>8</sup>.

Il consumo sanitario è fortemente correlato al reddito nazionale, pertanto le maggiori disponibilità economiche incentivano e consentono un consumo più ele-



vato dei beni sanitari, presenti sul sempre più ricco mercato della salute. Salute e sviluppo economico sono fortemente interrelati in una relazione causale a doppia direzione: da un lato lo sviluppo economico contribuisce alla scomparsa o all'insorgenza di alcune malattie, dall'altro la buona salute è un potente fattore di crescita dell'economia stessa<sup>19</sup>. Allo stesso tempo creare risorse per la salute significa produrre anche beni economici.

Le principali malattie, infatti, sono scomparse in Europa proprio grazie al miglioramento delle condizioni economiche della popolazione, fenomeno che si è ripetuto anche in Italia<sup>15</sup>.

Così come i cicli economici negativi con la conseguente disoccupazione e riduzione dei salari hanno frequentemente portato ad un peggioramento delle condizioni di salute. La stessa disoccupazione in sé, anche nei casi in cui è sostenuta da ammortizzatori sociali, costituisce un evento stressante che può tradursi in vere e proprie patologie psichiche per l'individuo che la sperimenta.

Pur se complesso valutare quanto il sistema salute (consumo e produzione) produca sul piano economico, si stima che 1/3 del Pil sia generato dal comparto sanitario (biomedicale, farmaceutico, ecc.); infatti va ricordato che la sanità rappresenta sia una risorsa che una spesa.

Come è stato fatto rilevare<sup>19</sup> il sistema sanitario produce e impiega beni e servizi appartenenti a settori produttivi differenti (industria chimico-farmaceutica, apparecchi e materiale sanitario, servizi sanitari alla persona e alla collettività) che si caratterizzano per la produzione di beni e servizi a contenuto sanitario. La produzione del settore è composta, in larga parte, da servizi, ma anche da beni di consumo e da apparecchiature. Il settore sanitario, inoltre, contribuisce alla produzione nazionale, agli investimenti fissi lordi e all'esportazione; pertanto la riduzione della spesa sanitaria può pesare, in termini negativi, sulla produzione nazionale.

In Italia nel 2005 l'8,9 % del Pil è stato dedicato alla spesa sanitaria, e quote simili sono rintracciabili anche in altri paesi occidentali: Francia 11,2%, Germania 10,7%, Svezia 9,2% e Regno Unito 8,2%. Le risorse pubbliche investite nella sanità pesano fortemente sui bilanci dei governi nazionali. In Italia, sempre nel 2005, la quota di spesa pubblica dedicata alla sanità era il 14,1 %, in Francia il 16,6%, in Germania il 17,5% ed in Svezia il 13,6%<sup>38</sup>. Nel nostro paese<sup>23</sup> i soli dipendenti pubblici del Ssn superano il numero di 600.000, mentre quelli del settore privato sono circa 500.000.

Appare chiaro come i temi della salute, della malattia, delle cure sanitarie e di tutela della salute, nonché dei relativi costi e delle risorse impegnate per esse siano delle questioni sistematicamente all'attenzione del decisore pubblico in tutte le diverse fasi storiche, al pari dell'importanza di quale sia il miglior modello isti-

tuzionale di tutela della salute. Attenzione che cresce e che in alcuni casi diventa cruciale nelle fasi economiche meno floride e che porta all'introduzione di forme di controllo della spesa più o meno strutturate in quanto, in ogni paese, l'ammontare di risorse destinate alla cura della malattia è correlato allo sviluppo economico raggiunto<sup>19</sup>.

Ricordiamo che a conferma della stretta relazione fra variabile economica e malattia nel nostro paese, molte delle misure di controllo della spesa sanitaria vengono introdotte con le leggi finanziarie (ticket, fasce reddituale per l'accesso alle cure gratuite, ecc.), e che il perseguimento del controllo e del contenimento dei costi si muove, sia sulla linea dell'offerta (tetto di spesa), sia su quello della domanda (ticket, costo differenziato dei farmaci, fasce reddituali).

Oltre alla politica del ticket, a partire dagli anni '80 si è agito anche sul comportamento diagnostico prescrittivo dei medici<sup>8</sup> introducendo dapprima (1982) il tetto al numero di "pezzi" prescrivibili per ogni ricetta, poi l'introduzione di protocolli diagnostici che hanno posto dei limiti alla discrezionalità terapeutico-prescrittiva. Successivamente si è proceduto anche con controlli sulle prescrizioni farmaceutiche dei medici di medicina generale, affinché si rendessero coscienti dei "costi indotti" da comportamenti prescrittivi non adeguati.

Va ricordato inoltre che le convenzioni stipulate, dopo l'istituzione del Ssn, oltre ad unificare hanno anche semplificato il sistema di compenso dei medici. Nuove politiche del farmaco cominciano ad essere introdotte<sup>31</sup>.

## 2 I FATTORI DI INTERCONNESSIONE TRA MEDICINA ECONOMIA E SANITÀ

Analizzare la relazione tra malattia, medicina ed economia richiede, però, di prendere in considerazione non solo il quadro economico del nostro paese nelle sue diverse fasi storiche, ma anche l'evoluzione del quadro sanitario della popolazione e le transizioni demografiche, la strutturazione demografica e la sua trasformazione che si caratterizzano per l'allungamento progressivo della durata media della vita (ci sono sempre più anziani), che va di pari passo con il miglioramento delle condizioni economiche del paese e con il cambiamento degli stili di vita degli individui che, oltre a consumare di più e meglio, vanno più frequentemente dal medico e/o consumano più farmaci.

Come abbiamo detto le trasformazioni sociali portano anche ad un cambiamento del quadro epidemiologico delle malattie.

Quelle che sono state definite patologie ambientali semplici<sup>15</sup>, legate alle condizioni abitative e igieniche come malaria, tifo e dissenteria, vengono sostituite da patologie ambientali complesse o malattie multifattoriali come tumori, leucemie, malattie dell'apparato respiratorio, legate principalmente ai fenomeni di inqui-

namento industriale e urbano.

Dalla tabella e dal grafico seguente possiamo rilevare come si evolve il quadro nosologico e quale sia la sua incidenza nel tempo.

TABELLA I

## MORTALITÀ DA MALARIA E DA INFLUENZA IN ITALIA, ANNI 1900 – 1923

ANNI	MORTI PER MALARIA	MORTI PER INFLUENZA <sup>a</sup>
1900	15.865	-
1901	13.358	-
1902	9.908	-
1903	8.517	-
1904	8.463	-
1905	7.845	-
1906	4.871	-
1907	4.231	-
1908	3.478	-
1909	3.533	-
1910	3.621	-
1911	4.420	-
1912	3.161	-
1913	2.664	-
1914	2.045	3.559
1915	3.835	4.174
1916	5.060	5.919
1917	8.407	3.814
1918	11.487	274.041
1919	5.163	31.781
1920	3.443	24.428
1921	3.456	4.162
1922	3.188	13.199
1923	2.274	8.806

*a dato disponibile dal 1914*

FONTE: *Ministero dell'Interno, Direzione generale della sanità pubblica,*

*La malaria in Italia ed i risultati della lotta antimalarica, Roma 1924.*

Ricordiamo alcune pandemie storiche: la “spagnola” degli anni 1915-1918, l’intensa epidemia del vaiolo del 1919-20, ma anche le malattie da fame<sup>15</sup>, come i

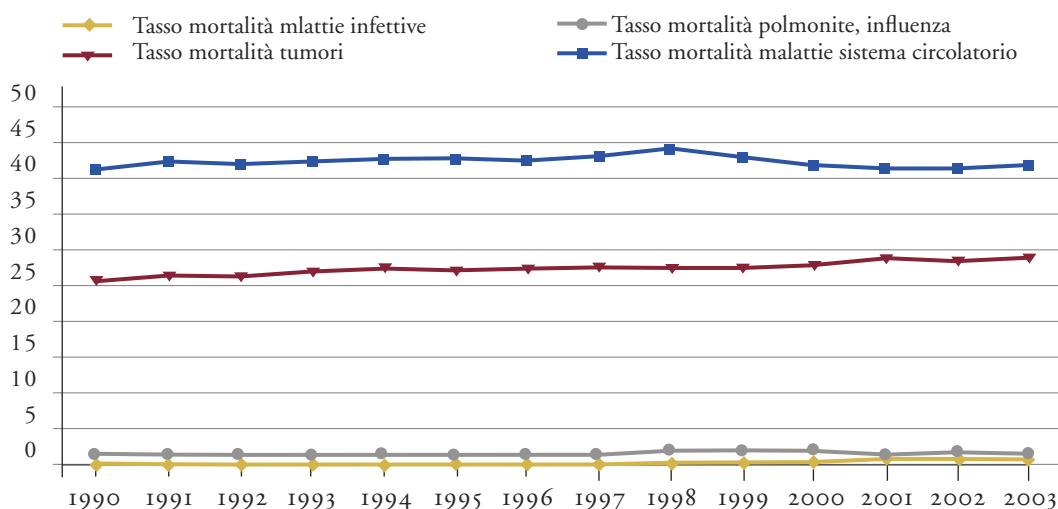
21 edemi, registrati a Roma nel 1944. L'aggravamento delle condizioni di vita degli italiani, durante la seconda guerra mondiale, non favorì dunque solo la recrudescenza delle malattie infettive.

Nel 1957 esplose l'epidemia dell'"asiatica" che colpì 8 milioni di italiani per un onere sanitario stimato in 32 miliardi di lire<sup>3</sup>.

Con i cambiamenti degli stili di vita, poi, diventano sempre più rilevanti le malattie del benessere come il diabete, le patologie cardiovascolari o le malattie da invecchiamento come l'Alzheimer e il Parkinson, a cui vanno aggiunti gli incidenti stradali. Alcuni hanno parlato di una nuova peste bianca<sup>15</sup> proprio in riferimento a questi ultimi.

FIGURA 1

### ANDAMENTO DEL TASSO DI MORTALITÀ DI NUOVE E VECCHIE PATOLOGIE. ANNI 1990 - 2003



FONTE: *Nostra elaborazione su dati Health for All*

Comparando i tassi di mortalità delle nuove e vecchie patologie, dal grafico (v. FIGURA 1) emerge come, negli anni da noi presi in considerazione, le vecchie patologie abbiano valori che non superano il 4,0. Interessante invece constatare come i tassi di mortalità per patologie, quali tumori e malattie del sistema circolatorio, abbiano valori nettamente superiori al gruppo precedente.

Anche l'introduzione progressiva e diffusa di forme di assistenza sanitaria, contribuiscono da un lato ad aumentare l'aspettativa di vita dei cittadini e dall'altro

ad incrementare la spesa. Il maggior benessere, la capillarizzazione delle protezioni sanitarie, il progresso in medicina incidono sul miglioramento delle condizioni di vita e di salute che determina, di conseguenza, una rilevante riduzione nella mortalità/morbilità tradizionale, prevalentemente di origine infettiva, legata alla povertà e alle cattive condizioni igieniche e allo stesso tempo si sviluppano e compaiono nuovi rischi sanitari, proprio collegati alla società del benessere (fumo, droghe, ecc.).

Ancora una volta più servizi, più tecnologia in sanità comportano più costi di produzione dei servizi. A differenza di molti settori industriali, la tecnologia riduce, solo in minima parte, la necessità di impiego della forza lavoro nei processi produttivi, e i servizi rimangono labour intensive.

La disponibilità economica di fatto favorisce il consumo sanitario, così come il benessere economico assume ed ha un significato di modernizzazione culturale, quindi una maggiore attenzione e preoccupazione per la salute psico-fisica<sup>8</sup>. Allo stesso tempo lo sviluppo del welfare sanitario esercita una “pressione” importante sulla domanda. Una maggior protezione in termini di patologie per un numero più elevato di persone, ma anche un più elevato consumo, come si evince dalla tabella 2.

Secondo alcuni autori sono gli stessi sistemi sanitari che sviluppano strutture perverse di incentivazione nei confronti sia dei consumatori, sia dei fornitori (in primo luogo i medici), nonché dei finanziatori, cioè lo Stato e il mercato<sup>8</sup>. Non possiamo poi non considerare che si sviluppano, sempre più, nuovi interessi economico-commerciali nel mondo della sanità, aprendo nuovi business.

### 3. LO SVILUPPO “TECNOLOGICO” IN MEDICINA

A partire dal secondo dopoguerra la medicina è segnata da forti progressi tecnici e organizzativi che si affiancano al prolungarsi della vita, alla sconfitta di alcune grandi malattie sociali come la malaria e la poliomelite.

Sono sempre più avanzate le possibilità di cura della medicina e di interventi chirurgici fino ai trapianti e alle nanotecnologie, ai progressi della genetica e della neuro immagine, così come l’uso sempre più pervasivo della robotica e della cibernetica.

Questi progressi si affiancano allo sviluppo sempre più strutturato e capillare dei sistemi per la salute (del decisore pubblico), che prenderanno poi la forma di sistemi sanitari nazionali e nel nuovo millennio di sistemi sanitari regionali, passando, come abbiamo visto, attraverso una lunga fase di sempre maggior estensione categoriale delle assicurazioni di malattia prima e dell’apparato mutualistico poi, con la riorganizzazione degli ospedali, la diffusione di laboratori di diagnosi, la capillare presenza di medici di base e di servizi territoriali, l’introduzione

## L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

TABELLA 2

EVOLUZIONE NUMERO ASSISTITI, SPESA SANITARIA E PIL PRIMA DELL'ISTITUZIONE DEL SSN (1952 - 1978)

ANNI	NUMERO ASSISTITI <sup>a</sup>	SPESA SANITÀ <sup>b</sup>	PIL <sup>b</sup>	SPESA PIL
1952	23.9	212	11.534	1.8
1953	25.4	240	12.341	1.9
1954	26.6	278	13.575	2.0
1955	32.6	310	14.991	2.1
1956	36.0	370	16.314	2.3
1957	38.6	453	17.527	2.6
1958	39.6	480	18.799	2.6
1959	41.2	550	19.960	2.8
1960	42.7	632	23.207	2.7
1961	45.4	700	25.810	2.7
1962	46.6	819	28.998	2.8
1963	47.5	1.021	33.215	3.1
1964	47.5	1.242	36.360	3.4
1965	46.7	1.394	39.124	3.6
1966	47.0	1.594	42.391	3.8
1967	48.1	1.841	46.695	3.9
1968	49.4	2.024	50.614	4.0
1969	50.1	2.272	55.876	4.1
1970	51.1	2.728	62.883	4.4
1971	51.3	3.261	68.510	4.8
1972	51.8	3.903	75.124	5.2
1973	53.1	4.689	89.746	5.2
1974	54.5	6.031	110.799	5.5
1975	55.1	7.174	125.378	5.7
1976	55.2	7.992	156.657	5.1
1977	55.5	9.506	190.083	5.0
1978	55.7	11.480	222.254	5.2

a milioni di unità; b miliardi di lire.

FONTE: *Relazione generale sulla situazione economica del Paese, anni vari in Ispc, La salute e la spesa sanitaria in Italia nel quarantennio, Roma, 1991*

ne di politiche per il farmaco, l'ampliamento e la generalizzazione dei servizi sanitari.

È stato sottolineato<sup>8</sup> come l'ultima metà del secolo scorso sia caratterizzata da: un rapido e intenso processo di medicalizzazione che ha determinato una progressiva crescita delle aspettative sanitarie; una costante estensione della medicina professionale entro la sfera della salute individuale; una ridefinizione di molti episodi-problemi della vita personale (parto, morte, ansia) in chiave medica, che va di pari passo a una strategia espansiva dei servizi.

Comparti che diventano una realtà organizzativa e produttiva rilevante della nostra società, in cui la componente economica (la spesa sanitaria) acquista un peso sempre più importante e inimmaginabile solo alcuni decenni fa<sup>10</sup>.

Un nuovo scenario si impone, in modo significativo, sia sul piano istituzionale, organizzativo, industriale ed economico che costituisce il risultato anche di un'evoluzione culturale rispetto alle attese di salute.

La lettura della spesa sanitaria e del suo costante incremento va dunque affrontata in stretta relazione alle trasformazioni della condizione di salute e di malattia degli italiani, oltre alla diffusione delle tecnologie in sanità e al formarsi di una nuova domanda/cultura di maggior competenza da parte dei cittadini rispetto alla propria salute, ed un più elevato consumo di "prodotti" per la salute, oltre che alla dinamica economica.

Come è stato fatto notare<sup>12</sup> questo nuovo scenario è anche determinato dalla rilevanza scientifica e tecnologica dell'attuale società in quanto frequentemente si assiste ad un costante flusso di scoperte scientifiche che consentiranno future applicazioni alla cura delle malattie, alla protezione della salute, alla promozione del benessere, al contenimento e alla compensazione delle inabilità, al mantenimento di una buona qualità della vita fino ad un'età avanzata. Gli individui mostrano un forte interesse verso il miglioramento della propria qualità della vita e della propria salute chiedendo di essere costantemente aggiornati in merito. Lo stesso quadro epidemiologico evolve e si trasforma poiché emergono nuovi rischi con carattere planetario (Aids, virus Aviaria ed Ebola, ecc.) che oltre ad interventi sanitari in senso stretto richiedono anche azioni informative per essere contenuti. L'innovazione tecnologica in medicina va di pari passo con quella nel campo della comunicazione e dell'informazione che segna le scelte degli individui in tema di salute e di malattia, in quanto la presenza del cittadino attivo su questi aspetti, si avvale delle informazioni in rete (internet) e della forte adesione ai temi della salute proposti dai media (televisione, giornali, riviste). Ci troviamo così di fronte ad un cittadino competente che incrementa la domanda di buona salute, ma che può diventare strategico nel contenimento dei costi in sanità, poiché la corresponsabilità può rappresentare un argine agli sprechi e ai consumi inutili.



Al decisore pubblico si pone, specialmente negli ultimi decenni, non solo il problema di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, ma anche di agire sul contenimento della domanda di salute, sulla disincentivazione e sul ri-orientamento dei consumi in sanità.

#### 4. DIFFICOLTÀ A MONITORARE I COSTI

Come è stato fatto osservare in più sedi<sup>28</sup> in Italia si incontrano alcune criticità a ricostruire i costi della salute e della malattia per la mancanza di sistemi strutturati di monitoraggio, a cui si aggiunge l'assenza di fonti informative esaustive sulla sanità privata accreditata. In particolare i dati disponibili, fanno riferimento ad aggregati non sempre in grado di isolare il privato accreditato, non coprono sistematicamente tutti i segmenti e non sono tempestivamente aggiornati, in altri casi le strutture private accreditate vengono aggregate alle strutture pubbliche, altre voci di spesa comprendono parte degli interventi (ad esempio la spesa riabilitativa accreditata/convenzionata include solo gli interventi di riabilitazione extraospedaliera e non quella ospedaliera).

A questi elementi vanno aggiunti una serie<sup>28</sup> di disfunzionamenti che solo in parte sono stati eliminati con il nuovo sistema di reporting relativo alle spese dei Sistemi sanitari regionali.

Mancanza di validi strumenti di programmazione e controllo in grado di tenere sotto controllo i costi, mettendo in evidenza una capacità limitata di gestione delle risorse.

Questo non è stato certamente favorito dai cambiamenti organizzativi e strutturali dei sistemi per la salute introdotti con una certa frequenza dal legislatore, almeno a partire dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, i quali non infrequentemente sono rimasti incompiuti<sup>28</sup>.

L'introduzione tardiva di un sistema di reporting, che consentisse di valutare in tempi reali l'andamento della spesa regionale, ha favorito da parte delle Regioni stesse l'adozione di comportamenti di occultamento delle reali spese per non incappare nelle penalità del non rispetto del Patto di Stabilità. Ad esso va aggiunto l'introduzione nel 2001 di un complesso sistema di verifica a posteriori che ha prodotto un conseguente ritardo sulla liquidità di tutte le Regioni.

Nel 2003 è stato poi adottato il "Progetto Mattoni", istituito dalla Conferenza Stato-Regioni, mediante il quale e attraverso la costituzione di 15 gruppi di lavoro (formati da esperti regionali, ministeriali, funzionari) si dovrebbe pervenire ad un sistema condiviso di raccolta, classificazione ed elaborazione di informazioni, al fine di creare un efficace sistema di monitoraggio e valutazione dei Ssr. Un quadro che è stato così descritto<sup>28</sup> "il risultato complessivo di questi meccanismi è stato quello di rendere ancora più arduo fare programmazione e svilup-

pare una politica gestionale di qualità”.

Ancora più complesso è la valutazione dei costi indiretti e sociali connessi alla malattia, anche se vi sono studi che vanno in questa direzione come ad esempio per la Sla<sup>1</sup>.

## 5. L'EVOLUZIONE DELLA TRASFORMAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

In letteratura<sup>34, 35</sup> si fanno risalire le prime politiche di protezione della salute a partire dal 1888, che corrisponde ad un periodo di fervore scientifico e di innovazioni mediche soprattutto nel campo dell'igiene e dell'infanzia. Lo stesso Codice sanitario approvato nel dicembre del 1888 struttura un servizio di Igiene e Sanità pubblica, estendendo ed ampliando il ruolo del medico condotto, assicurando ai poveri forme di cura gratuite ma, come abbiamo visto in premessa, l'intervento normativo che pone al centro dei sistemi di protezione la questione economica è riconducibile alla legge Crispi. Anche i provvedimenti successivi finalizzati alla regolamentazione delle Ipab, focalizzano la medesima questione. Il periodo successivo si connota poi per una lenta e progressiva copertura dei rischi categoriali.

Mentre nel primo dopoguerra il problema dell'assetto finanziario delle strutture ospedaliere diviene una questione nodale, sia a causa dell'incremento elevato del numero degli assistiti, sia perché tale aumento s'interseca con la forte inflazione del periodo storico e del nuovo assetto amministrativo, determinato dalle leggi sulle Opere Pie. Nel 1921 il debito ospedaliero è valutato in circa 350-400 milioni di lire<sup>27</sup>.

Il fascismo si caratterizza<sup>32</sup> rispetto alla strutturazione di politiche sanitarie, per un forte proliferazione di enti a diversa protezione (categoriale e meritocratico) e si chiude con l'approvazione nel 1943 dell'assicurazione sanitaria obbligatoria. Ricordiamo che le malattie degli anni Quaranta furono soprattutto malattie tipiche della povertà<sup>15</sup>.

Il modello strutturato per categorie professionali, quello di protezione della salute del periodo fascista, si perpetuerà anche nei decenni successivi (anni '50) in cui si amplierà la copertura assicurativa a tutti i lavoratori e ai pensionati.

Nella fase della ricostruzione del paese la farmacologia e la medicina terapeutico curativa vedono un forte sviluppo, raggiungendo anche traguardi scientifici mai toccati prima, che però non trovano riscontro nell'accesso alle cure, in quanto le condizioni reddituali ed economiche degli italiani non permettono un accesso generalizzato alle prestazioni private, con la conseguenza che la soluzione mutualistica resta l'unica possibile<sup>26</sup>.

Questa fase di sviluppo clientelare e particolaristica del sistema di cura, che è con-

notato da una forte crescita del debito mutualistico che sarà ripianato in forma straordinaria trasformandolo in debito pubblico, sarà seguita da un periodo (anni '60 e '70) caratterizzato da una forte domanda di innovazione che sfocerà nell'istituzione del Ssn. Il periodo compreso fra l'inizio degli anni '60 e l'attuazione del Ssn (1978) sia per lo sviluppo sia economico (il miracolo economico), sia per le scoperte mediche e farmacologiche, sarà definito come la "rivoluzione del benessere" proprio da uno storico della medicina<sup>6</sup>. Sono gli anni della Vespa, della Lambretta<sup>4</sup>, ma anche dell'esplosione della "tecno medicina"<sup>6</sup>; si registrano nuovi farmaci: sulfamidici, antibiotici, psicofarmaci, sieri e vaccini, ma scoppia anche lo scandalo del talidomide che produsse tra gli 8.000 e i 10.000 episodi di focomelia<sup>15</sup>.

Si passa così da un sistema occupazionale meritocratico ad un modello universalistico a regolazione pubblica<sup>32</sup>. Il deficit delle mutue nei confronti degli ospedali, viene stimato in circa 4.000 miliardi di lire. Fra i diversi fattori che spingono al passaggio verso il Ssn vi sono proprio le difficoltà finanziarie in cui versano le casse mutue<sup>33</sup>.

Come abbiamo detto il boom economico degli anni Sessanta e i movimenti per la salute, nonché la piena occupazione portano a progettare un modello di salute di tipo universalistico e teoricamente gratuito, il Servizio sanitario nazionale, ma che viene implementato negli anni successivi (fine anni '70 e inizio '80) alla crisi petrolifera del 1973, che avrà un forte impatto sia sull'economia nazionale che internazionale.

Alla base della legge 833/78 si era creato un sistema in cui Regioni e Unità sanitarie locali potevano spendere a piacimento e lo Stato era comunque tenuto a ripianare il debito<sup>17</sup>. I finanziamenti alle Usl e alle Regioni avvenivano sulla base della spesa storica e il ripiano delle spese avveniva a piè di lista, inoltre non vi erano meccanismi sostanziali di responsabilizzazione dei livelli periferici rispetto al controllo della spesa sanitaria.

Ciò che pesava sulla spesa sanitaria era però, ancora una volta, la distorsione clientelare. Così come scrive Cosmacini<sup>6</sup>: "Dalla distorsione clientelare e partitica del sistema deriva una spinta sinergica a una spesa incontrollata. Questa doppia spinta deviante porta al fatto che alle somme erogate non corrispondono i risultati ottenuti. Anzi si aggravano i difetti preesistenti" (p. 333).

Un quadro critico sul piano economico che si cerca di migliorare con l'introduzione di forme di restrizione della spesa sanitaria, limitando la domanda e agendo sull'offerta dei servizi, attraverso una quota di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, di cui alla TABELLA 3 troviamo un esempio, proprio a partire dall'istituzione del Ssn che si fondava sul principio teorico di servizi universalistici e gratuiti<sup>32</sup>. Quadro che pone le premesse per la riforma aziendalistica.

Gli anni Novanta sono stati interessati da nuove sfide, derivanti dal crescere dei vincoli di compatibilità economico-finanziaria, dalla necessità di nuove formule di governo della sanità come l'aziendalizzazione e del decentramento delle responsabilità politiche del Ssn, dalla spesa sanitaria e dal suo costante incremento che diventa una questione importante. Il fabbisogno in sanità<sup>6</sup> è di oltre 63.000 miliardi, con un deficit di 2.600 miliardi rispetto alle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, un buco che si aggiunge agli oltre 14.000 miliardi accumulati in debiti nel biennio 1987-1988.

Nel periodo 1992-1993 l'Italia si caratterizza per una fase di recessione economica, che coincide per quanto riguarda la sanità con l'introduzione dei decreti 502/92 e 517/93. Il fattore decisivo, ancora una volta, che spinge verso una nuova riforma è la grave crisi economica finanziaria in cui è precipitato il paese, a cui si rende necessario far fronte per consentire all'Italia di rientrare nei parametri del Trattato di Maastricht. Ovviamente va ricordato che in quel periodo gli scandali e le corruzioni in sanità raggiunsero un livello e una capillarizzazione mai immaginata<sup>15</sup>.

Con questi provvedimenti si persegue l'obiettivo della responsabilizzazione delle Regioni sul versante delle spese, l'assegnazione delle risorse avviene in parte sulla base del Fondo sanitario nazionale (Fsn). L'ammontare di quanto spettava alle Regioni fu definito dalla legge finanziaria, in base alla quota capitaria ponderata e corretta per tener conto di fattori come la percentuale di interventi sulla popolazione. Anche il rimborso agli istituti di ricovero viene modificato e determinato dalle Regioni su base tariffaria e in relazione ai giorni di degenza e non più a piè di lista. Con i Drg (*Diagnosis Related Groups*) si introducono per ogni malattia standard predefiniti che stabiliscono la durata della degenza e il prezzo che le Asl debbono versare al fornitore per la prestazione sanitaria erogata, al fine di limitare la spesa ospedaliera.

Una nuova modalità regolativa è così introdotta ponendo particolare attenzione ai rapporti microeconomici tra i soggetti produttori dei servizi e gli erogatori al fine di creare meccanismi di competizione tra i soggetti produttori, perseguendo una logica organizzativa di "razionalità limitata" in cui sono le specificità locali che debbono individuare soluzioni finalizzate al contenimento dei costi<sup>26</sup> a carattere competitivo anche se controllate (*managed competition*). Le Asl furono obbligate a chiudere il bilancio annuale in pareggio, ciò nonostante la spesa sanitaria continua a crescere, come si evince dai dati e dalle figure seguenti.

L'approvazione del decreto 229/99, che ha, fra gli altri, anche l'obiettivo di contenimento dei costi, si muove nella linea di rafforzare, sia il ruolo locale della programmazione, sia le forme di collaborazione e concertazione fra i diversi soggetti stimolando il passaggio dalla *managed competition* alla *managed cooperation*.

TABELLA 3

## EVOLUZIONE NUMERO ASSISTITI, SPESA SANITARIA E PIL PRIMA DELL'ISTITUZIONE DEL SSN (1952 - 1978)

1978	INTRODUZIONE dei provvedimenti a carico dell'assistito o ticket sul prezzo di vendita dei farmaci non compresi nel Prontuario Terapeutico. LIMITAZIONE alla propaganda e alla pubblicità sui farmaci.
1981	AUMENTO del ticket sui farmaci; prima esenzione in base al reddito. DISCIPLINA dell'attività di informazione scientifica sui farmaci.
1982	INTRODUZIONE del ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. FISSAZIONE di un limite massimo al numero di "pezzi" prescrivibili per ricetta. ISTITUZIONE dei protocolli relativi ai mezzi di diagnostica strumentale e ai mezzi terapeutici. ISTITUZIONE di controlli sistematici sulle prescrizioni farmaceutiche. SOSPENSIONE di alcune prestazioni integrative.
1983	REVISIONE del Prontuario Terapeutico. AUMENTO del ticket sui farmaci. AUMENTO del ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. INTRODUZIONE del ticket sulle ricette mediche. INTRODUZIONE di verifiche a campione da parte delle Usl sulle autocertificazioni a fini di esenzione. INTRODUZIONE di indagini a campione con frequenza annuale da parte delle Usl sulle prescrizioni farmaceutiche dei medici convenzionati. MIGLIORAMENTO dei flussi informativi tra medici e Usl e introduzione di ricettari unici standardizzati. LIMITAZIONE all'esecuzione di prestazioni di diagnostica specialistica ad alto costo.
1984	REVISIONE sulla normativa sui ticket (esenzione in base al rischio). AUMENTO del ticket sulle ricette mediche.
1986	AUMENTO del ticket sui farmaci. AUMENTO del ticket sulle ricette mediche. AUMENTO del ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. INTRODUZIONE del ticket sulle visite specialistiche. REVISIONE della normativa sulle esenzioni.

FONTE: Ferrera, Zincone 1986 *op cit.*

Con l'introduzione del federalismo fiscale (decreto legislativo 56/2000) e con la stipula del Patto di Stabilità vi è un impegno diretto del livello locale sul controllo della spesa sanitaria, infatti le Regioni e gli Enti Locali sono obbligati alla riduzione del disavanzo per parte corrente. Il Patto<sup>17</sup> aveva definito come obbligo per le Regioni la valutazione del disavanzo della parte corrente pari allo 0,1% del Pil. Come è stato fatto notare se le scelte improntate al rigore e al risanamento in sanità che hanno caratterizzato la parte centrale degli anni novanta, all'inizio del decennio successivo (2000) è partita l'inversione di tendenza con un aumento dell'incidenza sul Pil della spesa per la sanità pubblica a carico del Ssn, passando dal 6% circa del 2000 ad un incremento costante<sup>25</sup> fino al 6,7% del 2007. Più recentemente la Ragioneria dello Stato ha sottolineato che senza correzioni di rotta l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria è destinata ad aumentare fino a raggiungere l'8,6% nel 2050.

Sul piano del contenimento della spesa sanitaria l'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, riveste particolare importanza perché lo Stato s'impegna ad aumentare le risorse nazionali per la sanità dando, nello stesso tempo, via libera alla progressiva delega alle Regioni della gestione della spesa e dell'organizzazione della sanità (personale, assistenza farmaceutica, assetto delle aziende ospedaliere). Le Regioni, inoltre, sono sottoposte ad un tetto per la spesa farmaceutica e allo slittamento della prevista abolizione del ticket relativo alla diagnostica. Le Regioni poi sono impegnate a introdurre strumenti di verifica sull'andamento della spesa e a tenere sotto controllo la domanda sanitaria, anche ricorrendo a misure fiscali aggiuntive, oltre che erogare le prestazioni stabilite dai Lea.

L'approvazione delle legge 405/2001 vincola, inoltre, le Regioni a contenere la spesa sanitaria oltre limiti specifici per il triennio 2002-2004, al fine di rispettare gli obblighi comunitari previsti dal Patto di Stabilità<sup>17</sup>.

Ciò nonostante tra il 2007 e il 2008 riemerge prepotentemente<sup>18</sup> la questione della spesa sanitaria, l'indebitamento di Asl e Aziende Ospedaliere supera i 51 miliardi. Il peso della spesa sanitaria sulla spesa regionale complessiva è passato dall'80% (2005) all'83,5% (2007).

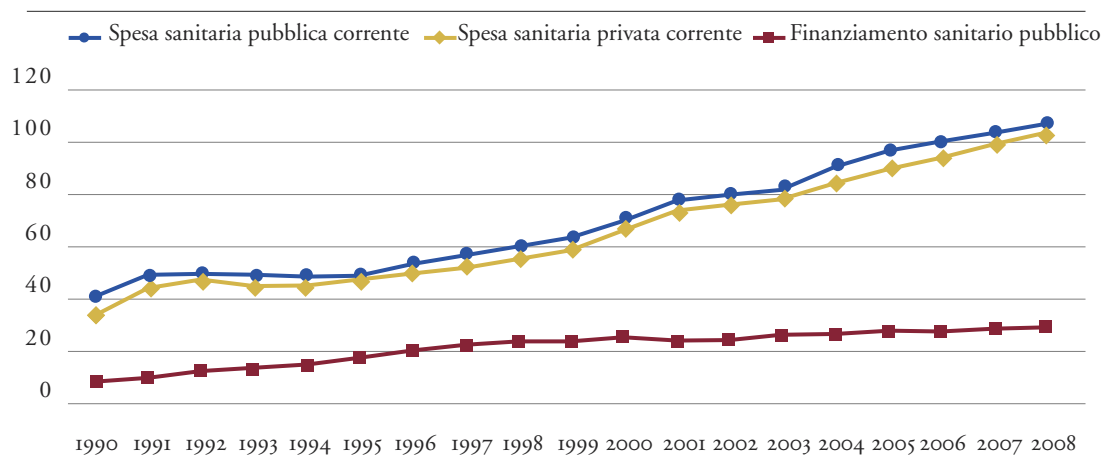
Dalla FIGURA 2 emerge come la spesa sanitaria in Italia abbia avuto dal 1990 al 2008 una crescita costante indipendentemente che questa sia pubblica o privata. Incremento che pone in luce come le diverse azioni volte proprio al contenimento della stessa non riescano a raggiungere a pieno l'obiettivo. Va ricordato che dopo il 1992 si verifica anche un parziale effetto di sostituzione tra spesa pubblica e privata, dovuta alle politiche restrittive sulla spesa pubblica.

I dati Ocse evidenziano, nella maggior parte dei paesi membri, un rallentamento della dinamica delle spese sanitarie nel corso dei primi anni del Duemila e, in particolare, dopo il 2003: il tasso di incremento annuo medio dei paesi Ocse pas-

sa dal 7,2% del 2001 al 3,1% del 2006. In parallelo la crescita tendenziale dell'attività economica ha quindi dato luogo ad una stabilizzazione della quota dei redditi nazionali dedicata alla sanità, specialmente negli ultimi anni. In media, la quota si è stabilizzata intorno all'8,9% nel 2006, pur con una forte variabilità tra singoli paesi: il livello massimo, oltre il 15%, continua a registrarsi negli Stati Uniti, seguiti da Francia, Svizzera e Germania che dedicano alla sanità circa l'11% del proprio Pil, all'estremo opposto si collocano i paesi economicamente meno sviluppati quali il Messico e la Turchia, che vi dedicano intorno al 6%. La realtà italiana risulta essere in posizione mediana, in ambito Ocse, con riferimento alla quota di Pil assorbita dalla spesa sanitaria totale, mentre in termini di crescita reale si registra una evoluzione significativamente più controllata. I valori della spesa pro capite media italiana confermano questo trend: anche se si amplia il periodo di riferimento al 1990, gli incrementi rilevati sono nettamente inferiori a quelli rilevati altrove e, nel 2006, il dato italiano è decisamente inferiore al dato medio dell'Ocse (2.614 rispetto a 2.824 dollari Usa normalizzati rispetto al potere di acquisto). La situazione della spesa sanitaria italiana nel complesso sembrerebbe non allarmante secondo il governo italiano. Tuttavia, considerata l'elevata quota di spesa sanitaria pubblica (pari in Italia, secondo i dati Ocse, al 77% nel 2007, rispetto al 79% del 1990 e al 72,5% del 2000), l'evoluzione della spesa sanitaria nel nostro paese rappresenta un'area di attenzione politica, sia per le implicazioni sulla gestione del debito pubblico, sia per gli impegni assunti in ambito europeo con il Patto di Stabilità.

FIGURA 2

SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA (IN MILIARDI DI EURO),  
ANNI 1990 – 2008



FONTE: nostra elaborazione su dati *Relazione generale sulla Situazione Economica del Paese*.



TABELLA 4

ANDAMENTO DI SPESA, FINANZIAMENTO, DISAVANZO E PIL  
(IN MILIARDI DI EURO). ANNI 1992-2008

ANNO	SPESA	FINANZIAMENTO	DISAVANZO	PIL	SPESA %PIL	FINANZ %PIL	DISAVANZO %PIL
1992	49,637	48,049	-1,588	783,774	6,33%	6,13%	-0,20%
1993	48,939	45,376	-3,563	807,362	6,06%	5,62%	-0,44%
1994	49,041	45,179	-3,862	853,911	5,74%	5,29%	-0,45%
1995	48,465	47,427	-1,038	923,052	5,25%	5,14%	-0,11%
1996	52,585	50,438	-2,147	982,443	5,35%	5,13%	-0,22%
1997	57,014	51,975	-5,039	1.026,285	5,56%	5,06%	-0,49%
1998	59,640	55,065	-4,575	1.073,019	5,56%	5,13%	-0,43%
1999	63,134	59,404	-3,730	1.107,994	5,70%	5,36%	-0,34%
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,548	6,02%	5,74%	-0,28%
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24%	5,90%	-0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	-0,22%
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,2%	6,0%	-0,17%
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,5%	6,1%	-0,42%
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,8%	6,4%	-0,40%
2006	99,167	94,985	-4,183	1.475,401	6,7%	6,4%	-0,28%
2007	102,724	95,551	-3,286	1.535,540	6,7%	6,5%	-0,21%
2008	106,650	103,447	-3,202	1.572,243	6,8%	6,6%	-0,20%

FONTE: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV 2009

Analizzando i dati contenuti nella tabella 4 possiamo rilevare come dal 1992 al 2008 sia la spesa che il finanziamento siano comunque aumentati.

Analizzando invece il dato in relazione alla percentuale del Pil notiamo come nell'arco di tempo considerato l'incremento è di circa 0,5 punti percentuali, con una flessione della spesa alla fine degli anni '90 in corrispondenza all'introduzione dei Dlgs di riduzione e razionalizzazione della spesa.

## 6. I SISTEMI SANITARI REGIONALI

Se fino ad ora abbiamo visto come le diverse riforme, che si sono succedute nel tempo, abbiano alla loro origine anche il contenimento della spesa sanitaria, cercheremo ora di considerare come il processo di regionalizzazione della sanità e la

sua strutturazione in differenti modelli organizzativi incida o meno sull'andamento della spesa stessa.

La riforma del titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001) ha rafforzato la responsabilità regionale in materia sanitaria, tale consolidamento è stato accompagnato da nuovi criteri di finanziamento e di responsabilizzazione, con la compartecipazione delle stesse Regioni alla spesa sanitaria.

La regionalizzazione della sanità, che da un punto di vista operativo decolla all'inizio del primo decennio dell'attuale secolo e coincide con l'esigenza sempre più urgente da parte del livello centrale di controllare la spesa sanitaria regionale, introduce vincoli di bilancio. Da qui la necessità di arrivare ad un patto fra governo centrale e Regioni affinché l'aiuto finanziario dello Stato nei confronti delle Regioni, che hanno accumulato un deficit, comporti da parte di queste ultime l'introduzione di piani che evitino disavanzi anche ricorrendo all'incremento della fiscalità regionale con i co-pagamenti<sup>26</sup>.

La regionalizzazione della materia sanitaria e la nascita dei Servizi sanitari regionali costituisce un cambiamento forte non solo per il Ssn ma anche per le amministrazioni regionali, poiché uno dei principali settori di policy in cui le competenze sono state trasferite alle Regioni è costituito dalla sanità. Un lento processo che inizia già negli anni Settanta anche se la regionalizzazione si concretizza, come detto, più recentemente. La gestione dei servizi sanitari, per le Regioni, costituisce uno dei compiti più rilevanti, almeno sul piano finanziario, basti pensare che ad esso sono dedicati circa due terzi del budget regionale; l'80% delle risorse stanziate nei bilanci regionali<sup>21</sup> infatti, sono dedicate a questo settore. Ricordiamo che negli ultimi anni ammontano a circa 100 milioni di euro le spese di funzionamento dei Ssr. Tale nuovo ruolo regionale si è attuato a partire dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso con l'approvazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 che hanno comportato per le Regioni un nuovo assetto istituzionale in materia sanitaria, all'interno di una cornice di regole nazionali finalizzate ad introdurre nel Ssn meccanismi di concorrenza tra le organizzazioni sanitarie e all'interno di queste, metodi e tecniche di gestione tipiche delle imprese private<sup>21</sup>.

La regionalizzazione, in Italia come altrove, si è intrecciata con i processi di aziendalizzazione del Ssn e con l'adozione della cosiddetta "concorrenza amministrata"<sup>7</sup> successivamente evoluta verso forme di "cooperazione amministrativa"<sup>13, 35</sup>. Tale processo che sostanzialmente è consistito in un trasferimento di poteri sull'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, all'interno di una cornice normativa nazionale e che non è ancora completamente definita<sup>21</sup>, ha originato, come diremo, processi differenziati con veri e propri modelli di governance dei Ssr. Secondo alcuni autori<sup>17</sup> tale scelta è guidata dalla convinzione che livelli di go-

verno sub-nazionali, più responsabili fiscalmente, potessero contenere i costi di un settore interessato da forti pressioni espansive, da un lato, dall'altro dalla grande visibilità pubblica della sanità.

Si origina così una polarizzazione dell'idea in cui lo Stato considera la sanità sempre più come onerosa (sia sul piano economico che politico) mentre le Regioni la considerano un'opportunità, almeno sul piano dei consensi politici.

Nel trasferimento delle competenze sanitarie alle Regioni la politica sanitaria nazionale è definita in modo negoziale tra lo Stato e le Regioni e si svolge prevalentemente in seno alla Conferenza Stato-Regioni.

Sono condivisi così fra livello centrale e livello regionale i poteri legislativi, mentre alle Regioni competono i poteri di gestione e organizzazione dei Ssr.

La persistenza del debito in sanità, la presenza di scandali<sup>18</sup> e l'uso improprio delle competenze in sanità, la stessa riforma del titolo V della Costituzione, hanno visto una maggior presenza della politica sanitaria concertata<sup>22</sup> proprio attraverso "Patti" e "Accordi" sottoscritti in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Fra le altre funzioni la Conferenza Stato-Regioni è responsabile per l'assegnazione delle risorse finanziarie ad ogni Regione mediante un processo di negoziazione sulla base delle spese previste. I fondi sono assegnati con un meccanismo ponderato pro capite, una parte è anche attribuita a investimenti infrastrutturali e tecnologici e a specifici progetti di sviluppo.

Compete però alle singole Regioni stabilire l'assetto organizzativo e regolativo dei propri Servizi sanitari regionali, ciò è possibile perché la legislazione approvata nel corso del 1992 e del 1993 introduceva sia il managerialismo, sia la concorrenza nel Ssn. Autonomia che determina esiti diversi nella configurazione dell'offerta e nella regolazione.

Per quanto riguarda l'offerta, le Regioni potevano scegliere fra un forte grado di integrazione fra le funzioni di finanziamento e produzione, mantenendole entrambe all'interno dell'Asl, oppure potevano separare le due funzioni, mantenendo la prima in capo all'Asl e attribuendo la seconda alle Aziende Ospedaliere, che riuniscono le strutture di produzione dei servizi scorporate dalle Asl<sup>21</sup>.

Il sistema sanitario italiano, a fianco del pubblico, contempla una serie di produttori privati accreditati sia profit che non-profit. Tutte le Regioni, inoltre, hanno previsto tetti di spesa a carico del Ssn e i cittadini possono scegliere liberamente la struttura a cui rivolgersi fra quelle accreditate o pubbliche.

Sulla base di queste ed altre variabili in letteratura<sup>11, 20, 21</sup> sono stati individuati tre modelli di governance dei Ssr:

- modello competitivo, che si fonda sulla competizione tra le organizzazioni sanitarie, tipico della Regione Lombardia;
- modello cooperativo o integrato fra le diverse organizzazioni sanitarie e che ri-

troviamo fra le Regioni centro settentrionali e quelle del Nord Est le quali si rifanno ad una programmazione negoziata;

- modello residuale-incrementale in cui sono ancora, in buona misura, i tradizionali modelli burocratici di governo a gestire i sistemi, ciò si verifica in particolare nelle Regioni meridionali.

All'interno di questi modelli selezioniamo ora alcuni Ssr rappresentativi di quelli idealtipici. Per il primo la Regione Lombardia, per il secondo la Regione Emilia Romagna e per il terzo la Regione Campania. In questi tre diversi sistemi, esemplificativi delle differenti realtà regionali, considereremo, secondo un approccio comparato, come e se il modello organizzativo pesi e condizioni l'andamento della spesa in sanità, se vi siano modalità di spesa riconducibili alla tipologia sopra elencata o se vi siano elementi di differenziazione e specificità non dipendenti dai modelli citati.

### 6.1. IL MODELLO LOMBARDO

La Regione Lombardia, già a partire dal 1996, ha optato per un modello di servizio sanitario orientato alla separazione tra acquirenti e fornitori, ispirandosi al modello inglese. Nascono così le Aziende Ospedaliere. La Lombardia ha creato 29 Aosp che oltre agli ospedali hanno assorbito anche la maggior parte dei servizi specialistici ambulatoriali, e le Asl che sempre di più dovrebbero essere incaricate della sola funzione di Programmazione, Acquisto e Controllo (Pac). Un sistema, dunque, orientato a valorizzare il regime di concorrenza tra produttori pubblici e privati, posti sostanzialmente in condizioni di parità. È stato ampliato, nel tempo, il numero di soggetti accreditati. All'interno di questo modello viene dedicata particolare enfasi alla libera scelta della struttura di cura da parte del cittadino, e sono premiati gli erogatori che sono in grado di attrarre il maggior numero di pazienti (*money follow the patients*).

Più recentemente la Regione Lombardia ha rivisitato il suo sistema<sup>21</sup> limitando il numero delle strutture accreditate ed ha introdotto accordi contrattuali tra Asl e singoli erogatori, con tetti di spesa definiti per singolo erogatore, come accade nelle altre Regioni italiane e, in particolare, in quelle riconducibili al modello integrativo. In questo modo, la Regione ha attenuato i meccanismi competitivi pur confermando l'orientamento generale alla liberalizzazione e alla "privatizzazione" del sistema.

### 6.2. IL MODELLO EMILIANO ROMAGNOLO

La Regione Emilia Romagna può essere ricondotta al modello di Ssr basato sui principi della cooperazione e della integrazione, per alcuni aspetti virtuale, tra le diverse organizzazioni sanitarie, un sistema che si fonda sulla costruzione di reti

di offerta di servizi (configurazione integrata), nel quale ogni struttura costituisce un nodo essenziale della rete stessa, pur in un rapporto di complementarità con gli altri nodi<sup>21</sup>. Ciò anche al fine di ridurre le ridondanze di servizi ed anche per una maggior appropriatezza clinica e una razionalizzazione delle risorse.

In questo tipo di sistema risulta fondamentale il ruolo giocato dalla programmazione regionale e territoriale. Seguendo la logica di razionalizzazione dell'offerta e di contenimento della spesa, è stato scelto di costituire un numero limitato di Aziende Ospedaliere<sup>20, 11</sup>. Lo spazio attribuito ai produttori privati nel sistema pubblico viene regolato, rendendolo il più possibile funzionale agli obiettivi della programmazione pubblica. Infatti questa Regione assieme alla Regione Toscana ha scelto di porre un limite a tale libertà, in particolare per quanto riguarda la scelta dei fornitori privati.

Questo modello presenta due varianti, la prima enfatizza il ruolo della programmazione negoziata (Toscana, Emilia-Romagna), la seconda attribuisce minore importanza alla concertazione e alla negoziazione territoriale affidandosi maggiormente alla programmazione regionale (Veneto).

Proprio seguendo il modello della programmazione negoziata sono fortemente coinvolte le organizzazioni pubbliche e private, sia a livello locale che regionale.

### 6.3. IL MODELLO CAMPANO

La Regione Campania, al pari delle altre Regioni meridionali, si caratterizza per aver optato per un modello poco definito e che oscilla, o ha oscillato per un lungo tempo, fra quello della concorrenza e quello dell'integrazione. Una ricerca<sup>11</sup> ha definito tale modello burocratico, in quanto si affida prevalentemente a modelli burocratici di tipo gerarchico, con scarsi meccanismi di programmazione e controllo manageriale, nonché per l'assenza di accordi contrattuali.

Secondo alcuni autori<sup>21</sup> lo spazio attribuito alla concorrenza in questo modello sembra essere più che il frutto di chiari ragionamenti e di una scelta deliberata, il risultato di disfunzionamento di meccanismi che in altri contesti riuscirebbero a limitare o a neutralizzare questi effetti.

Le Regioni, che afferiscono a questo modello, sono attualmente interessate da un forte debito e da relativi piani di rientro concordati con il governo. Probabilmente proprio questo elemento sta contribuendo in modo rilevante, negli ultimi anni, ad orientare le Regioni verso l'adozione di meccanismi integrativi, vicini a quelli tipici del secondo modello considerato, in quanto ritenuti più idonei ad interventi di razionalizzazione e di contenimento della spesa.

I modelli descritti presentano, indipendentemente dalla loro tipologia organizzativa e gestionale, trend di spesa in crescita, pur con alcune differenze, anche se negli ultimi anni vi è una convergenza, almeno su alcuni elementi, verso un mo-

dello basato sulla cooperazione, in particolare da parte della Regione Lombardia, pur mantenendo il suo sistema di “particolare mercato di regolazione orientata”, così come da parte dalle Regioni del Centro Sud che hanno sviluppato come le alte Regioni del Centro Nord e del Nord Est, accordi istituzionali e soluzioni organizzative.

Tale scelta è riconducibile alla preoccupazione per la crescita della spesa e alla necessità della riduzione del debito pubblico<sup>22</sup>.

Il modello d'integrazione sanitaria sembra rispondere meglio alla necessità di razionalizzazione e offrire maggiori garanzie rispetto al controllo dei costi.

Ricerche<sup>11</sup> sembrano però evidenziare che più che i modelli regolativi ciò che influisce sono la “tradizione amministrativa”, la “forza della burocrazia territoriale” e i “fattori socio economici”.

Il deficit in sanità si concentra in Campania, Sicilia, Lazio tutte Regioni che afferiscono al modello di Ssr burocratico. Queste sono anche le Regioni con la più alta spesa privata.

Allo stato attuale sono stati attivati piani di recupero in ben sette Regioni, di cui 6 nel Centro-Sud (Campania, Campania, Lazio, Sicilia, Abruzzo, Molise) più la Liguria. Particolarmente critiche sono le situazioni di Lazio, Calabria e Campania.

L'attenzione alle questioni finanziarie sembra lasciare in secondo piano tutti gli altri aspetti. Permane la debolezza dei sistemi di monitoraggio e di valutazione, così come le forme di controllo contabile, che sarebbero invece utili per il miglioramento delle performance organizzative e la qualità dei servizi<sup>22</sup>.

Mettiamo ora a confronto le tre Regioni considerate in relazione ad alcune variabili di spesa sanitaria.

Osservando i grafici della FIGURA 3 possiamo notare, nel quadrante alto di sinistra, come la Regione Lombardia rispetto alle tre Regioni considerate presenti valori di spesa pubblica nettamente superiori alle altre Regioni infatti nel 2000 presenta valori pari a 10.341 contro 4.897 della Regione Emilia Romagna e 6.636 della Regione Campania. Scarto che cresce nell'arco di tempo considerato fino a raggiungere nel 2006 valori pari a 15.243 contro 7.166 in Emilia Romagna e 9.505 in Campania. In tutte le Regioni si riscontra una minima riduzione della spesa tra il 2002 e il 2003. Sembra così emergere che il modello di cooperazione integrato, tipico della Regione Emilia Romagna, presenti una situazione di maggior controllo ed attenzione alla spesa sanitaria.

La Regione Campania presenta, invece, percentuali superiori per tutto il periodo storico preso in esame. Per quanto riguarda la spesa sanitaria a carico delle famiglie nelle tre Regioni analizzate possiamo notare come la Regione Emilia Romagna presenti la spesa più alta (2000: 554; 2006: 625) seguita a brevissima

FIGURA 3

SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE, % SPESA PUBBLICA SU SPESA TOTALE E % SPESA SANITARIA TOTALE RISPETTO AL PIL E SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE (PROCAPITE). ANNI 2000 – 2006

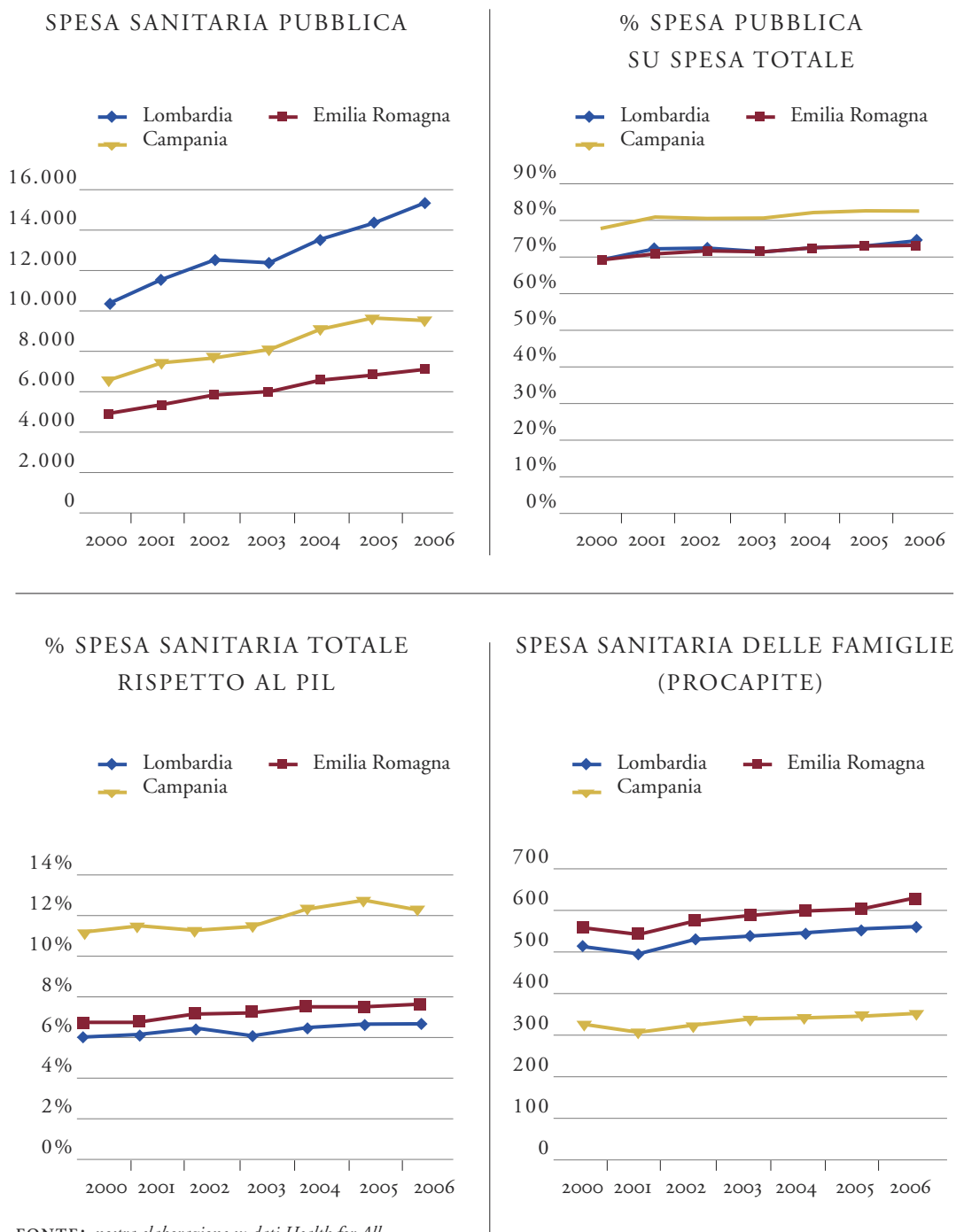
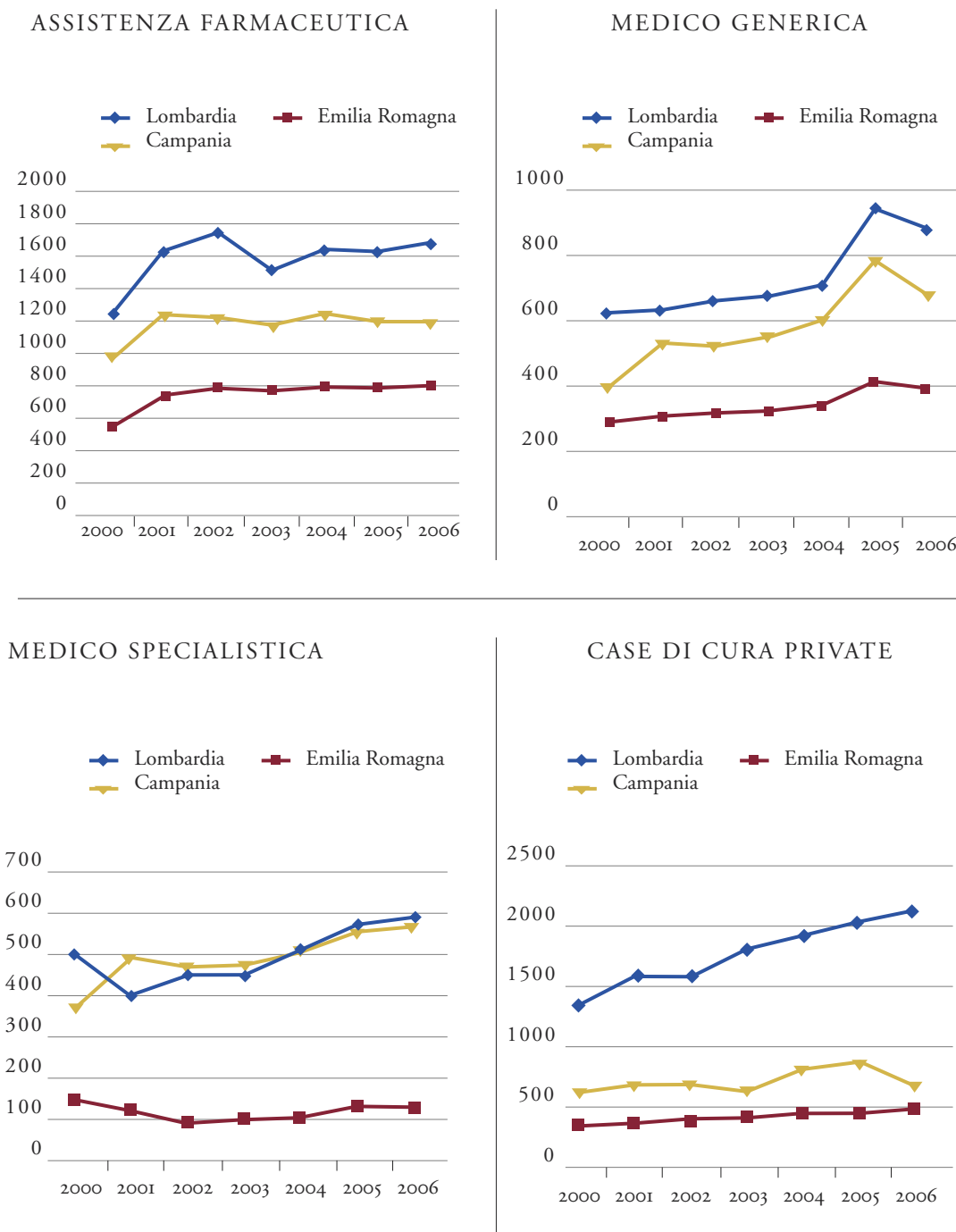




FIGURA 4

SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE IN CONVENZIONE PER ASSISTENZA FARMACEUTICA, ASSISTENZA MEDICO GENERICA, MEDICO SPECIALISTICA E PER CASE DI CURA PRIVATE . ANNI 2000 – 2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health for All

distanza dalla Lombardia (2000: 515; 2006: 559).

Interessante invece la posizione della Campania con una spesa per famiglia nettamente inferiore alle altre due regioni. Analizzando la spesa percentuale totale rispetto al Pil emerge come Lombardia ed Emilia Romagna presentino tra loro valori molto simili, che si posizionano mediamente intorno al 6,35% per la Lombardia e al 7,27% per l'Emilia Romagna. In Campania invece la media è pari all'11,78% negli anni osservati.

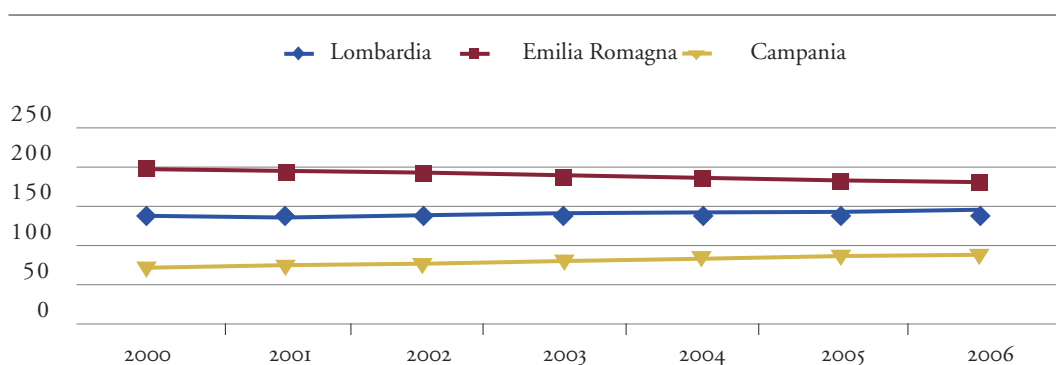
Se invece consideriamo i grafici in FIGURA 4 relativi ad alcune prestazioni di base e specialistiche, possiamo rilevare che è la Regione Emilia Romagna ad essere più virtuosa, quasi che l'integrazione dei servizi e il loro coordinamento pesi positivamente sull'accesso a prestazioni di base e specialistiche.

Analizzando la spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica notiamo come la Regione Lombardia abbia una spesa maggiore, oltre il doppio in alcuni anni di quella della Regione Emilia Romagna, con una riduzione tra il 2002 e il 2003.

Interessante il dato della spesa per l'assistenza medico generica dove riscontriamo in tutte le Regioni, anche se con valori differenti (Lombardia: +239; Campania +187; Emilia Romagna +83), un picco significativo tra il 2004 e il 2005. Per quanto riguarda la medicina specialistica la Regione Lombardia e la Campania hanno valori sovrapponibili negli ultimi anni. Spicca il dato relativo alle strutture private della Regione Lombardia coerentemente con il modello organizzativo adottato. Anche se consideriamo i dati relativi al consumo di prodotti per la salute e l'indice di invecchiamento della popolazione nelle tre Regioni da noi considerate non emergono forti differenze se non in relazione alla Regione Emilia Romagna in cui ad una popolazione anziana corrisponde un alto uso di farmaci e di accertamenti diagnostici.

FIGURA 5

## INDICE DI INVECCHIAMENTO. ANNI 2000-2006

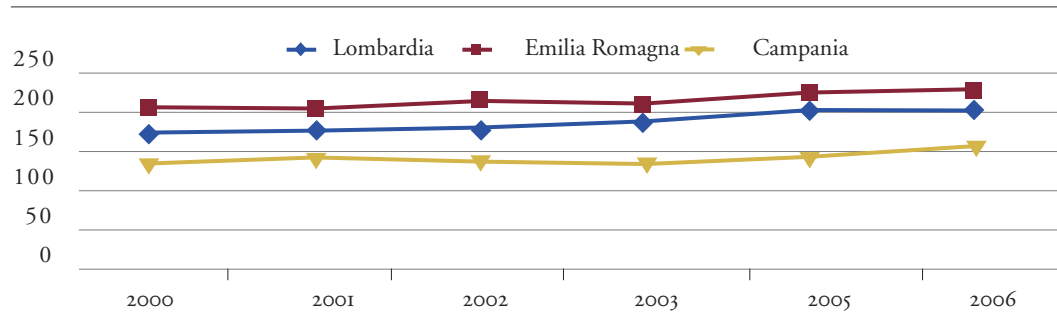


FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

## L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

FIGURA 6

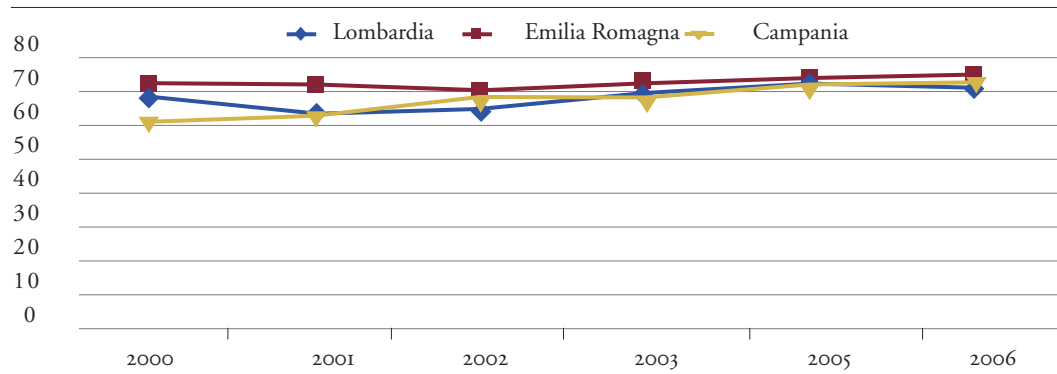
### TASSO CONSUMO DI FARMACI. ANNI 2000-2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

FIGURA 7

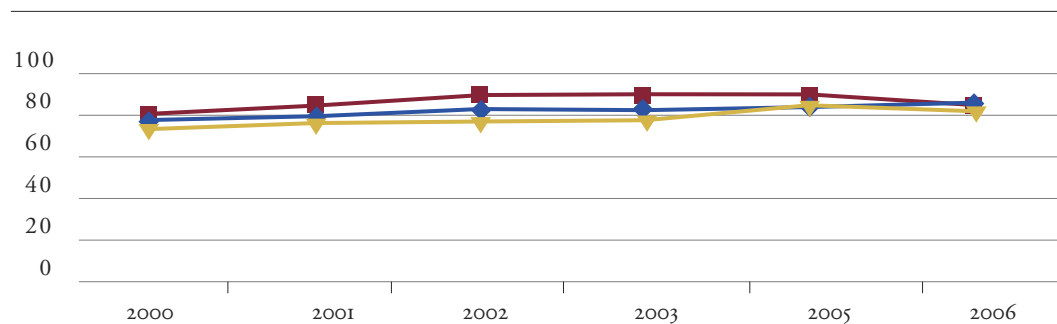
### TASSO CONSUMO FARMACI E CLASSE D'ETÀ 65-74 ANNI. ANNI 2000-2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

FIGURA 8

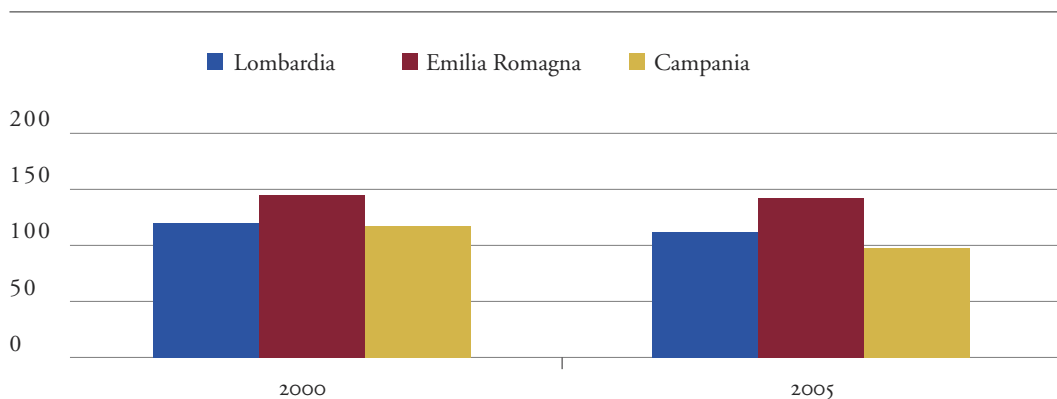
### TASSO CONSUMO FARMACI CLASSE D'ETÀ 75 + ANNI. ANNI 2000-2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

FIGURA 9

## TASSO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI. ANNI 2000E 2005



FONTE: *nostra elaborazione su dati Health For All*

## 7. CONCLUSIONI

Le riforme che nel tempo sono state introdotte nel sistema per la salute avevano l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria, ciò nonostante l'incremento è stato progressivo nel tempo.

L'obiettivo del contenimento dei costi che stava alla base di ogni riforma sanitaria, indipendentemente dal modello organizzativo sotteso non è stato raggiunto. La crescita continua della spesa è una criticità di forte preoccupazione per la politica sanitaria come abbiamo visto. Secondo alcuni autori<sup>22</sup> la politica di contenimento dei costi non è tanto determinata dalla spesa sanitaria elevata, relativamente bassa per gli standard internazionali, ma è determinata dall'enorme debito pubblico, uno dei più alti dell'Unione Europea.

Di fatto anche i livelli regionali di spesa sono aumentati nel corso di tutto il periodo compreso anche il 2007 e il 2008. Incremento presente anche nelle Regioni in difficoltà finanziaria come Abruzzo, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia.

Pur in presenza di alcune differenze, in termini di costi in relazione ai diversi modelli regionali e in relazione al tipo di spesa, la sostanza non cambia.

Il controllo della spesa sanitaria e il suo costante incremento restano dunque aspetti nodali indipendentemente dal modello organizzativo sia del Ssn prima che dei Ssr poi, ma anche dai tentativi e dalle forme di contenimento adottate.

Le forme di controllo diretto e indiretto, per il contenimento della spesa sanitaria, appaiono essere insufficienti, si apre così il problema del coinvolgimento del cittadino quale soggetto sempre più competente che può diventare un attore strategico sia per la domanda che per il consumo del bene salute<sup>12, 8</sup>.

Se poi guardiamo al quadro nosologico e alle sue trasformazioni appare ovvio che la prevenzione rappresenta una leva di forza per il contenimento dei costi della salute, così come risulterà strategico agire in modo sempre più puntuale sui prescrittori e sulle prestazioni e ricoveri impropri.

L'andamento in crescita della spesa sanitaria sembra anche attraversare indenne le diverse crisi economiche, che nel tempo si sono succedute nel nostro Paese.

Per quanto concerne la crisi attuale che ha investito il mondo sembra pesare non tanto sul contenimento della spesa generale in sanità ma piuttosto sulle singole persone e sulle famiglie. Sono gli individui a ridurre la domanda di prestazioni indipendentemente dal bisogno effettivo, come già la letteratura ha mostrato per gli individui che in presenza di risorse limitate debbono decidere come utilizzarle e il bene salute passa sempre in secondo piano<sup>14</sup>, dato che anche recenti ricerche evidenziano<sup>24</sup>.

Secondo tali studi, gli italiani pur ancora in buona salute stanno risentendo su questo piano dei colpi inferti dalla crisi economica di questi ultimi anni, in particolare le fasce più deboli di popolazione anziana e donne. “Sotto il peso della scarsa disponibilità economica si spegne il sorriso degli italiani, infatti il ricorso alle cure odontoiatriche, quasi sempre a carico delle famiglie, è stato un lusso che solo poco più di una famiglia su tre si è potuta permettere (39,7%). Anche a tavola gli italiani sembrano essere costretti a fare economia, la dieta mediterranea diventata troppo costosa da seguire, consumano così poca frutta e verdura, solo il 5% degli italiani mangia le 5 porzioni raccomandate al dì, sommando questo dato al fatto che solo un italiano su cinque pratica sport abbiamo che un italiano su tre è sovrappeso. Si rileva poi un trend nazionale in forte aumento del consumo di farmaci antidepressivi che è salito del 310% (si è triplicato) dal 2000 al 2008. Impennata dei consumi che in parte è legata all'aumento dei casi di depressione e ad una maggior attenzione al disagio psichico, ma che è anche figlia di un aumentato disagio sociale difficilmente quantificabile, che potrebbe a sua volta essere stato spinto dalla crisi economica”, recita letteralmente il rapporto sopra citato (p. 2). Un nodo complesso e fortemente intrecciato e irrisolto, che in parte sembra non avere soluzioni, quello dell'economicità del sistema sanitario, ma anche quello dell'economia in relazione allo stato di salute e di malattia. Il rapporto di reciprocità fra queste dimensioni sembra essere una costante cruciale nel tempo, e le riforme che si sono succedute, sempre motivate anche da questioni economiche, risultano essere misure insufficienti per il contenimento della spesa in sanità e per il superamento delle disuguaglianze in salute, riconducibili proprio a differenze reddituali e di status.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Maria Pia Amato, Gianfranco Siracusa, Emilio Portaccio, *Costi di malattia: una revisione degli studi europei e nordamericani*, Springer Science and Business Media 2005.
2. Mildred Blaxter, *Class, time and biography*, in Simon J. Williams, Jonathan Gabe, Michael Calnan, (eds), *Health, medicine, and society*, Routledge, London 2000.
3. Giovanni Cavina, *L'influenza epidemica attraverso i secoli*, Pozza, Roma 1958.
4. Maria Cacioppo, Mara Tognetti Bordogna, *Il racconto del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano 2008.
5. Mario Cardano, Giuseppe Costa, *Classi sociali e salute*, in *Quaderni di Sociologia*, n.17, 1998, pp. 86 -121.
6. Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari 1994.
7. Alain Enthoven, *Reflections on the management of the National Health Service*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
8. Maurizio Ferrera, Giovanna Zincone, *La salute che noi pensiamo*, Il Mulino, Bologna 1986.
9. Maurizio Ferrera, *Crescita da domanda e crescita da offerta*, in *Rivista italiana di Scienza Politica*, n. 2, 1982, pp. 207-231.
10. Fondazione Zole, *La comunicazione della salute*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
11. Formez, *I sistemi di governance dei servizi sanitari*, in *Quaderni Formez* n. 57, 2007.
12. Marco Ingrosso (a cura di), *La salute comunicata*, Franco Angeli, Milano 2008.
13. Donald Light, *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and lessons from the British Experience*, in *The Milbank Quarterly* 1997, n.3, pp. 297-341.
14. Katia Lurbe i Puerto, *Mujeres de origen extracomunitario, nuevas usuarias de los servicios de salud reproductiva*, in Carlota Solè, Lluís Flaquer, *International Migration*, Rowman & Allanheld, Totowa 2005.
15. Saverio Luzzi, *Salute e Sanità nell'Italia Repubblicana*, Ed. Donzelli, Roma 2004.
16. Gavino Maciocco, *Politica, Salute e Sistemi Sanitari*, in *Politiche Sanitarie*, n. 4, 2003, pp. 133-152.
17. Franca Maino, *Servizio Sanitario Nazionale. Un cantiere ancora aperto fra regionalizzazione e impatto dell'Europa*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4, 2004, pp. 73-82.
18. Franca Maino, *Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa malasanità e politicizzazione*, in Gianfranco Baldini, Anna Cento Bull (a cura di), *Politica in Italia*, Il Mulino, Bologna 2009, pp.241-60.
19. Vittorio Mapelli, *Il Sistema Sanitario Italiano*, Il Mulino, Bologna 1999.
20. Vittorio Mapelli, *Tre riforme sanitarie e ventun modelli regionali*, in Luigi Bernardi (a cura di), *La finanza pubblica in Italia. Rapporto 2000*, Il Mulino, Bologna 2000, pp. 299-344.

21. Stefano Neri, *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 2008, n. 3, pp. 97-114.
22. Stefano Neri, *Lo sviluppo delle politiche sanitarie e la nuova governance del Ssn in Italia*, paper presentato alla 7 Conferenza Espanet 2009, Urbino 2009.
23. *OECD Health Data 2009*, OECD, Paris, 2009.
24. *Osservatorio sulla salute nelle Regioni, Rapporto Osserva Salute 2009*, cicl. 2009.
25. Fabio Pammoli, Nicola C. Salerno, *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna 2008.
26. Emmanuele Pavolini, Giovanna Vicarelli, *La performance del sistema sanitario italiano nel periodo della regionalizzazione*, paper presentato alla 7 Conferenza Espanet 2009, Urbino 2009.
27. Domenico Preti, *La questione ospedaliera nell'Italia Fascista (1922-1940)*, in *Storia d'Italia, Annali 7*, Malattia e Medicina, Einaudi, Torino 1984.
28. Roberto Polillo, *La spesa sanitaria: proposte per un nuovo patto tra Stato e Regioni*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4, 2004, pp. 87-132.
29. Simone Sarti, Mario Lucchini, Mara Tognetti Bordogna, *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in Andrea Brandolini, Chiara Saraceno, Antonio Schizzerotto (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Il Mulino, Bologna 2009.
30. Peter Saunders, *Social class and stratification*, Routledge, London 1990.
31. Vittorio Sironi, Mara Tognetti Bordogna, *La politique du médicament en Italie: histoire et perspectives*, in *Revue Sociologie Santé*, n. 30, 2009, pp. 65-81.
32. Mara Tognetti Bordogna, *Lineamenti di politica sociale*, Franco Angeli, Milano 1998.
33. Federico Toth, *La politiche sanitarie, modelli a confronto*, Laterza, Bari 2009.
34. Giovanna Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, Il Mulino, Bologna 1997.
35. Giovanna Vicarelli, *La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei*, in *Politiche Sanitarie*, n. 3, 2002, pp.64-92.
36. Alan WARDE, *Introduction to the sociology of consumption*, in *Sociology*, vol. 24, n. 1, 1990, pp. 328-353.
37. Richard Wilkinson, Michael Marmott (eds), *Social determinants of health: the solid facts*, Who, Copenhagen 2003.
38. *WHO European Health for All Database*, WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/HFADB>, Copenhagen, 2010.



#### SANDRO SPINSANTI

Laureato in Psicologia (Università di Roma “La Sapienza”) e in Teologia (Pontificia Università Lateranense) con specializzazione in Teologia morale (Accademia Alfonsiana). Ha insegnato Etica medica nella facoltà di Medicina dell’Università Cattolica di Roma e Bioetica nell’Università di Firenze. Ha diretto il Centro internazionale studi famiglia (Milano) e il Dipartimento di scienze umane dell’Ospedale Fatebenefratelli all’isola Tiberina (Roma). Ha fondato e dirige l’Istituto Giano per Medical Humanities e il Management in sanità (Roma). È stato componente del Comitato nazionale per la bioetica. Ha fondato e diretto la rivista *L’Arco di Giano*. Attualmente dirige la rivista *Janus. Medicina: cultura, culture*.

# Etica medica e bioetica in cento anni di professione

SANDRO SPINSANTI

## 1. DALL'ETICA MEDICA ALLA BIOETICA: EVOLUZIONE O RIVOLUZIONE?

L'etica non è mai stata assente nella lunga storia culturale della medicina. I professionisti della cura non potevano evitare di confrontarsi con l'interrogativo della "buona" medicina, contrapposta a quella che doveva essere qualificata come "cattiva". La continuità del modello ideale costituito dall'etica medica è uno dei tratti più spettacolari di tutta la civiltà occidentale. La medicina stessa è cambiata più volte, e radicalmente: i modelli teorici per spiegare i fatti patologici e gli interventi terapeutici rivolti alla riconquista della salute si sono evoluti nel tempo, mentre i comportamenti attesi dal "buon medico" (e corrispettivamente dal "buon paziente") sono rimasti immutati. Fino a un'epoca molto recente, quando abbiamo dovuto registrare un cambiamento spettacolare. Fino alle ultime decadi del XX secolo l'etica medica era ancora sostanzialmente uguale a quella che era stata tramandata dai secoli precedenti. La transizione è stata vissuta in presa diretta dalla maggior parte dei professionisti e dei cittadini che erano adulti allo spirare del XX secolo: dalla tradizionale etica medica siamo passati a un altro sistema di regole con cui valutare la qualità morale dei comportamenti messi in atto nelle relazioni di cura. Per sottolineare il cambiamento, chiamiamo "bioetica" il nuovo sistema di regole.

A esemplificare il cambiamento chiediamo soccorso alla *fiction*, rievocando la sce-

na che si svolge tra il medico personale di un personaggio e il figlio di questi, in un celebre film. L'anziano genitore è appena tornato a casa da un soggiorno di sei settimane in una clinica, dove si è recato per accertamenti. L'accompagna l'annuncio trionfale da parte della moglie, che ha avuto la comunicazione dal medico: l'operazione esplorativa ha dimostrato che non ha niente, solo un piccolo spasmo al colon. Più gioioso di tutti è il diretto interessato, che festeggia in quel giorno 65 anni: "Mi hanno detto che vivrò. C'è un milione di sensazioni che voglio ancora provare. Tutte voglio gustarle!".

Ma il medico confida, in privato, al figlio minore un'altra verità. Il referto è di segno del tutto opposto: è un tumore maligno ed è inoperabile. Non c'è speranza. Quando il giovane contrappone le buone notizie diffuse dal medico stesso, questi non esita a riconoscere: "Bugie. Ho mentito. Anche a lui ho mentito. Etica professionale". Alla timida protesta del figlio: "È giusto illuderlo così?", il medico non dà risposta. Il richiamo dell'etica professionale è risuonato come una sanzione superiore, senza appello, che non permette di mettere in discussione il comportamento del medico. Qualcuno avrà riconosciuto il riferimento letterario: si tratta del dramma di Tennessee Williams *La gatta sul tetto che scotta*, del 1955, trasportata nel 1958 in un film celebre, con Paul Newman ed Elisabeth Taylor nei ruoli principali. Le coordinate cronologiche sono importanti. Per quanto siano trascorsi appena una cinquantina d'anni, le norme comportamentali alle quali si fa riferimento suonano del tutto arcaiche, estranee alla cultura attuale. Ai nostri giorni, nessuno potrebbe riproporle con la tranquilla sicurezza che esibisce il medico nel dramma di Williams. E non solo negli Stati Uniti: anche nella più conservatrice Europa le regole che sovrintendono al rapporto tra medici e pazienti, e i loro familiari, sono cambiate in modo irreversibile. L'etica professionale dei medici non prescrive più la menzogna come espressione della *pietas* del sanitario nei confronti del malato su cui incombe una diagnosi a prognosi infausta, né i costumi sociali attribuiscono ai familiari il compito di gestire l'informazione al posto della persona interessata, quali diretti interlocutori del medico. Queste regole del gioco sono franate, a dispetto della loro secolare tenuta nel tempo: nel giro di pochi anni sono state riscritte, delineando un nuovo profilo di diritti e doveri tra le parti coinvolte. Si tratta di un cambiamento a cui siamo inclini ad attribuire il carattere di una rivoluzione, più che di un progresso lineare. La trasformazione che è avvenuta non è stata solo repentina nel tempo ma anche radicale nel modo di concepire i rapporti tra chi eroga professionalmente cure e chi le riceve. Potremmo illustrare anche questa radicalità rivoluzionaria del cambiamento appoggiandoci a un prodotto letterario: la novella *Rip van Winkle* dello scrittore americano Washington Irving. Apparso nel 1819, il racconto aveva come protagonista un colono della Nuova Inghilterra. Di temperamento vagabondo, va a cacciare nelle Catskill Mountains di New York. Incontra degli strani abitanti della foresta che

gli danno da bere un liquore. Beve e si addormenta. Quando si sveglia torna al villaggio nativo, ma non lo riconosce più: la moglie è morta, la figlia bambina si è sposata... Rip aveva dormito vent'anni! La *pointe* del racconto, che l'ha reso molto popolare in America, è costituita dal momento in cui avviene il lungo sonno di Rip. Lo scrittore lo colloca a ridosso dell'indipendenza degli Stati Uniti. Quando Rip si addormenta, era ancora suddito dell'Inghilterra; quando si sveglia era già avvenuta, nel 1776, la sollevazione che dava origine al nuovo stato democratico e federale. Forzando appena l'analogia, possiamo dire che ciò che ha avuto luogo nell'ambito dei rapporti medico-paziente non è dissimile da quella clamorosa trasformazione politica. Chi si svegliasse dopo un sonno di vent'anni – o, più realisticamente, chi fosse vissuto per questo tempo in missione in Africa, senza rapporti quotidiani con le trasformazioni culturali che stavano avendo luogo nelle società occidentali – troverebbe, come Rip van Winkle, un mondo sanitario tutto diverso: alla monarchia ha fatto seguito un tessuto repubblicano, il paternalismo è stato sostituito da rapporti egualitari, le regole etiche che riguardano l'informazione sono state riformulate. Potremmo drammatizzare il cambiamento immaginando un Rip van Winkle del nostro tempo che, ricoverato in ospedale per un intervento, si vedesse sottoposto un modulo di consenso informato da firmare. Avrebbe tutte le ragioni per domandarsi che cosa è avvenuto durante il sonno. Ma non meno stupiti sono i nostri concittadini che, in un periodo di tempo non superiore al sonno attribuito al personaggio letterario, hanno vissuto la trasformazione di rapporti consolidati nel tempo. Il cambiamento in corso riguarda tutti: i professionisti sanitari, i cittadini nel ruolo di pazienti, i loro familiari.

## 2. INFORMAZIONE E CONSENSO

La teorizzazione del nuovo modello di medicina è stata il compito storico del movimento della bioetica. Ha avuto origine negli anni '70 in ambito anglosassone, ma si è rapidamente diffusa anche nei paesi di cultura latina. La transizione nella pratica è ancora in corso e sta avvenendo non senza equivoci e conflitti. Una traccia affidabile del cambiamento in atto è costituita dalle revisioni alle quali i medici italiani hanno sottoposto il loro Codice deontologico negli ultimi decenni. Puntualmente, a ogni tappa della riflessione degli Ordini professionali sulle norme che devono regolare l'esercizio della professione troviamo l'eco del cambiamento che stava avvenendo nella società e a cui la bioetica dava voce. A cominciare dalle questioni relative all'informazione (il medico è tenuto a informare della diagnosi e della prognosi, dei trattamenti alternativi, dei rispettivi benefici e rischi? A chi va data l'informazione?) e al consenso ai trattamenti (è corretto presumere che il paziente accetti quanto il medico ha previsto per il suo bene, oppure va chiesto un consenso esplicito?). Il punto di partenza è efficacemente esplicitato dal Codice deontologi-

co del 1978, che riflette l'etica medica tradizionale. Il consenso del paziente è presente (capo III), ma è previsto restrittivamente solo per atti medici che comportino un rischio; se poi il paziente rifiuta gli interventi proposti, il medico "deve chiedere il rilascio di una dichiarazione liberatoria da parte dell'interessato o dei suoi familiari" (art. 39). Il consenso gravita quindi nell'orbita di una medicina difensiva. Il problema principale è tuttavia costituito dal fatto che l'informazione è a discrezione del medico; e in ogni caso è destinata più ai familiari che al paziente:

"Una prognosi grave o infausta può essere tenuta nascosta al malato, ma non alla famiglia" (art. 30).

Un consenso senza un'informazione adeguata non incide minimamente nel paradigma paternalistico, secondo il quale è il medico che decide se è opportuno che il malato sia informato di ciò che costituisce la realtà della sua malattia. Secondo il modello ideale del paternalismo, era dovere del medico valutare se fosse un bene per il malato essere informato, oppure se non era più vantaggioso per lui essere tenuto all'oscuro. La volontà del malato non aveva rilevanza, né giuridica né morale; tanto meno si parlava di un suo diritto a essere informato e a partecipare alle scelte terapeutiche. L'orientamento non è cambiato nella revisione del Codice datata 1989. L'informazione al paziente è ancora un *optional* e la famiglia è considerata l'interlocutore privilegiato del medico:

"Il medico può valutare opportunità di tenere nascosta al malato e di attenuare una prognosi grave e infausta, la quale dovrà essere comunque comunicata ai congiunti" (art. 39).

La transizione dalla "famiglia" ai "congiunti" è stata deliberata. Anche in Italia, infatti, l'immagine tradizionale della famiglia, in cui le relazioni esistenti di fatto rispecchiano sostanzialmente ciò che risulta all'ufficio di stato civile, stava cedendo il passo a situazioni più mobili e irregolari. La nuova formulazione permetteva di equiparare alla famiglia anche un convivente, ovvero chiunque avesse un rapporto significativo con il malato. L'impianto rimaneva tuttavia lo stesso: il vero interlocutore del medico era il familiare, o congiunto, non la persona malata.

Sia il Codice del 1978 che quello del decennio successivo menzionano la volontà dal paziente:

"In ogni caso la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispirerà il proprio comportamento" (1978, art. 30).

Nella versione del 1989 questa volontà viene più enfatizzata, perché si specifica che "deve rappresentare per il medico elemento determinante al quale ispirare il proprio comportamento" (art. 39). Tuttavia non si tratta di una vera adesione al principio del-

l'autonomia del malato, tant'è vero che il ruolo della famiglia non viene attenuato ma piuttosto accentuato: il medico deve comunicare diagnosi e prognosi ai congiunti, anche quando ha deciso di non informare la persona malata; questa appare essere la prassi routinaria nei casi di prognosi grave o infausta.

Si intravede sullo sfondo l'*ethos* di quella struttura familiare che la ricerca antropologica ha chiamato familismo: il gruppo familiare conta più dell'individuo. In compenso di questa cessione di diritti, il malato acquisisce il privilegio di essere protetto dai mali che si abbattono su di lui. Questo comporta meccanismi di controllo sociale che orientano le scelte degli individui e dei gruppi. Particolarmente nelle situazioni di crisi, come è al massimo grado una malattia a prognosi infausta, la regia delle decisioni viene sottratta all'individuo e assunta dal gruppo familiare.

L'innovazione – o piuttosto il cambiamento radicale – è intervenuta con la redazione del Codice deontologico del 1995. Un intero paragrafo, l'articolo 29, esplicita il comportamento che il medico deve tenere nell'informare il paziente, il quale appare come il diretto interlocutore del sanitario e l'unico titolare delle notizie di diagnosi e prognosi che lo riguardano. Va esplicitato che solo con la redazione del Codice del 1995 appare il concetto di consenso informato, che era estraneo alla deontologia medica tradizionale (articolo 31). L'informazione alla famiglia (articolo 30) recede sullo sfondo, o piuttosto è condizionata dalla volontà del malato di coinvolgere i suoi congiunti. Viene quindi delegittimata la prassi tradizionale, che affidava a questi ultimi il giudizio di opportunità se informare o no il paziente stesso.

La successiva revisione del Codice, datata 1998, introduce un ulteriore giro di vite nell'informazione rivolta ad altre persone diverse dal paziente stesso, in quanto recepisce le norme introdotte nel frattempo che regolano la privacy (legge 675/1996: *Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*). In accordo con la nuova prospettiva, anche le persone più vicine affettivamente al paziente vengono considerate terze parti rispetto al medico e al malato.

Nello stesso Art. 31 l'informazione a terzi: L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri. In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

L'evoluzione delle regole comportamentali proposte dai Codici deontologici medici circa l'informazione, il consenso e il coinvolgimento della famiglia fa emergere due modelli ideali: uno centrato sull'individuo e rivolto a tutelare la sua autonomia, l'altro orientato alla persona nella sua dimensione relazionale e preoccupato di promuovere la solidarietà. Il modello individualista-autonomista è il più recente. In contesti culturali nei quali la priorità è data ai vincoli interpersonali (famiglia e comunità come soggetti che prendono le decisioni) il diritto dell'individuo di essere informato e

di decidere diventa dirompente rispetto al modello della tradizione.

Lo spostarsi del pendolo verso l'autonomia non ha l'aria di essere un'oscillazione dovuta alla moda: la cultura della modernità sente che è giusto non privare l'individuo delle informazioni che fanno di lui un soggetto, e non solo un oggetto di cure premurose. L'autonomia pone un limite al paternalismo medico e tutela l'individuo dalle intrusioni della famiglia. Questa può essere una realtà agglutinante, che si sovrappone all'individuo. Quando il medico prende le decisioni con il consenso della famiglia, scavalcando la volontà della persona malata, rischia di colludere con i familiari, ai danni del paziente. Nei casi peggiori possiamo ipotizzare situazioni in cui i familiari hanno interessi a decisioni cliniche che prevedono un accorciamento della speranza di vita del malato (per un testamento, un'eredità ecc.). Sono casi di rilevanza giudiziaria: l'etica è assente.

Più insidiosi sono i casi in cui la famiglia cerca un'alleanza strategica col medico che tagli fuori il malato dall'informazione non per motivi volgarmente utilitaristici o addirittura criminali, ma ispirata da ragioni nobili. Sono le situazioni in cui la famiglia fa quadrato attorno a colui su cui incombe una prognosi infausta per risparmiargli sofferenze morali. La famiglia sceglie, d'accordo con il medico, di sottrarre l'informazione al paziente per il suo bene, ossia per evitargli uno shock.

Una rappresentazione di situazioni che la gestione delle informazioni da parte dei familiari potrebbe creare è fornita dal film *Goodbye Lenin*, del regista tedesco Wolfgang Becker (2002). Protagonista è una signora di Berlino est. A seguito di un arresto cardiaco, cade in coma, dal quale si risveglia dopo in un certo tempo. Tra le raccomandazioni che i medici danno ai familiari prima di portarla a casa, c'è quella di evitarle ogni forte emozione, che potrebbe procurare un nuovo infarto. Ora, mentre la paziente era in coma, è avvenuto il crollo del muro e la caduta del regime comunista; e la signora era una fervente militante comunista, convinta della superiorità del sistema di vita socialista su quello di mercato proprio delle democrazie occidentali. L'impegno dei familiari si concentrerà nel tenerle nascosto l'evento. Le creano un mondo artificiale, con mille stratagemmi. Arrivano perfino a proiettarle falsi telegiornali, creati appositamente, con i protagonisti del passato regime. Con la complicità, più o meno consapevole, della protagonista, l'inganno funziona: riesce a morire senza rendersi conto della fine dei suoi ideali. Sotto il velo leggero della commedia, riconosciamo molte situazioni paradossali create dall'imperativo di proteggere, con la complicità della famiglia, il malato dalle verità scomode. In questo modo, però, non solo viene sottratta all'individuo la possibilità di confrontarsi consapevolmente con il proprio destino, se questa è la sua preferenza, e di prendere le decisioni opportune in tempo utile. Ciò che è peggio, la protezione che la famiglia crea attorno al malato per tenere lontane le cattive notizie lo isola dai familiari stessi che sanno e minaccia di murarlo in una solitudine emotiva e relazionale. Benché motivata dalla volontà di pren-



dersi cura del proprio congiunto, una iperprotezione di questo genere si rivela ambigua e controproducente. La congiura del silenzio, che vede alleati sanitari e familiari, era legittimata dalle norme deontologiche in vigore fino al 1989. Il modello fatto proprio dalle versioni più recenti del Codice deontologico autorizza il medico, quando le famiglie adottano strategie che privano il malato della sua autonomia, a osare di affrontare la disapprovazione della famiglia, per tutelare il diritto del malato a gestire la propria vita. Il progressivo riconoscimento del ruolo che spetta alla volontà della persona malata trova un riscontro nelle successive modifiche del Codice relativamente alla volontà del paziente che abbia perduto la facoltà di esprimersi. Nella versione del 1995 la volontà del paziente relativamente ai trattamenti medici è riconosciuta, ma con restrizioni:

“La volontà del paziente, liberamente e attualmente espressa, deve informare il comportamento del medico, entro i limiti della potestà, della dignità e della libertà professionale” (art. 29).

Non è solo la libertà professionale del medico che limita la volontà del malato; ancor più la condiziona il fatto che deve essere “attualmente” espressa: così le volontà precedenti alla perdita della capacità non sono da considerare come vincolanti. Sappiamo come la clausola dell’“attualità” della volontà espressa dal malato sia stata utilizzata in situazioni in cui era chiara la volontà precedente, dopo che la progressione della malattia aveva posto il paziente in una condizione di incapacità (per es. per trasfondere Testimoni di Geova che avevano escluso la trasfusione, quando la progressione della malattia li avesse resi incapaci di esprimersi: la volontà precedente non veniva più considerata attuale).

Nella versione del 1998 è stata introdotta una attenuazione del modello paternalistico duro, secondo il quale, nel caso di un paziente attualmente incapace, è il medico che decide “in scienza e coscienza”:

“Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, in caso di pericolo grave di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso” (art. 34).

La doppia negazione (non può non tener conto...) esprime con imbarazzo la resistenza ad accedere pienamente al modello centrato sul riconoscimento dell’autonomia personale. L’esitazione sarà superata nella redazione del Codice del 2006:

“Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato” (art. 38).

I medici italiani hanno fatto propria l’indicazione contenuta nella Convenzione eu-

ropea sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Oviedo, 1997; la Convenzione è stata ratificata dal Parlamento italiano con la legge n. 145, il 28 marzo 2001) che dà valore vincolante alle direttive anticipate:

“I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente, che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà, saranno tenuti in considerazione” (art. 9).

Con un disegno progressivo e coerente, il Codice deontologico ha attribuito un crescente valore etico alla volontà della persona di ricevere un trattamento; ancor più, ha evidenziato che un processo informativo è il presupposto indispensabile perché si possa parlare di consenso informato. Il rispetto dell'autonomia personale è stato esteso anche nelle situazioni alle quali al medico risultino valori e preferenze precedentemente espresse, anche se il paziente non è attualmente in grado di farle valere. Informazione e consenso sono diventati il pilone portante del nuovo modello di etica in medicina.

### 3. LE BUONE DECISIONI IN MEDICINA, OVVERO LE TRASLOCAZIONI DEL POTERE

Iscrivere l'informazione e il consenso nella definizione della buona medicina destabilizza la relazione terapeutica tradizionale che si estende, praticamente, dalla medicina ippocratica fino allo spirare del XX secolo. Nel giro di pochi decenni quel rapporto stabile è entrato in fibrillazione e si è rapidamente sfaldato. La transizione verso i nuovi modelli è ancora in corso; mentre la teorizzazione è solida, la pratica fa fatica ad adeguarsi. Il cambiamento della relazione, essendo saldamente radicato nella cultura, ha bisogno di un tempo molto maggiore di quello richiesto dalla riscrittura delle regole formali. Al momento non è possibile prevedere la fisionomia che il rapporto tra sanitari e cittadini è destinato ad assumere nel prossimo futuro. Le difficoltà attuali non autorizzano una idealizzazione del passato. Forme conflittuali nella relazione terapeutica sono sempre esistite, tanto che lo storico della medicina Edward Shorter ha potuto titolare un saggio dedicato al tema come: *La tormentata storia del rapporto medico paziente*. Ma le tensioni che caratterizzano la fase odierna di transizione hanno ragioni profonde e strutturali; non sono tutte interne alla medicina e soprattutto sono largamente indipendenti dai comportamenti dei singoli. Per dirlo con le parole di Shorter: “Il fatto che tra i medici e i pazienti divampi uno scontro senza precedenti non ha nulla a che fare con i vizi e le virtù private. I medici non sono né “brutali”, né “avidì”, così come i pazienti non sono né “stupidi” né “isterici”. Le origini del conflitto sono da ricercare piuttosto nelle ben più profonde forze storiche di cui sono inconsapevoli gli uni e gli altri”<sup>1</sup>.

L'invito a superare una lettura moralistica dei conflitti così frequenti oggi in medici-

na ci induce a cercare una causa più ampia che spieghi il malessere. La traslocazione del potere in medicina è appunto la faglia profonda che, muovendosi, ha provocato eventi catastrofici in superficie. La questione del potere è centrale nell'analisi del rapporto tra medici e malati. L'esercizio della medicina presuppone il riconoscimento al medico del potere di curare; nel tempo, tuttavia, questo potere ha cambiato forma ed espressioni. Ha subito "traslocazioni" (mutuando un termine dalla genetica che, mentre connota il potere come patrimonio ereditario dell'arte medica, rimanda a possibili espressioni fenotipiche molto diverse le une dalle altre). Nel modello tradizionale, che a ragione è chiamato ippocratico, il medico esercita sul malato un potere esplicito, senza complessi di colpa e senza bisogno di giustificazioni. Il potere si regge intrinsecamente sulla finalità che lo ispira: è esercitato per il bene del malato. A illustrazione di questo modello Giorgio Cosmacini cita Rodrigo De Castro, un medico del XVII secolo, che nel suo trattato *Medicus politicus* arriva ad affermare: "Il medico governa il corpo umano, così come il sovrano governa lo Stato e Dio governa il mondo"<sup>2</sup>. Si tratta di un potere assoluto, in cui chi sta in posizione dominante (*one up*) determina in modo autoreferenziale che cosa è autorizzato a fare a beneficio di chi sta in posizione dominata (*one down*). Nel caso specifico della medicina, il medico stabilisce la diagnosi, indica l'opportuna terapia e la esegue senza bisogno di informare il malato e senza necessità di ottenere un serio consenso, se non quello implicito nell'affidamento fiduciale. Nessun dovere esplicito gli richiede di dar conto al malato, né della diagnosi, né della terapia prescritta. Obblighi di informazione e di coinvolgimento nelle scelte sussistono invece nei confronti dei familiari del paziente, che sono i veri interlocutori del medico e sottoscrivono con lui l'"alleanza terapeutica". Questo modello, che costituiva la spina dorsale dell'etica medica, è stato in vigore in Occidente ininterrottamente per 25 secoli. La buona medicina poteva – doveva – interrogarsi se le decisioni prese "in scienza e coscienza" fossero giustificate dalle conoscenze mediche e se fossero davvero orientate al miglior interesse del malato; ma non richiedeva al medico di includere le preferenze del paziente tra gli elementi che determinavano le decisioni. La volontà stessa del paziente era, al limite, irrilevante, qualora il medico fosse in grado di far valere il suo punto di vista, cui veniva riconosciuto il peso della competenza professionale.

La "modernizzazione" della medicina, avvenuta nell'arco temporale di pochi decenni del XX secolo, ha messo in crisi il modello tradizionale del potere medico. Le radici del cambiamento di paradigma affondano nella rivendicazione di un potere di autodeterminazione da parte dell'individuo sulle decisioni che riguardano il suo corpo. Si tratta di quella "uscita da una minorità indebita", indicata da Kant in un celebre scritto del 1784 come il segno distintivo dell'entrata nei tempi nuovi<sup>3</sup>. In medicina il cambiamento è stato registrato due secoli dopo la sua teorizzazione e con molto ritardo rispetto ad altri ambiti della vita; ma alla fine ha avuto luogo.

Il nuovo scenario autorizza a immaginare una medicina esercitata in un contesto plurale: se non di pratiche terapeutiche (vedi la questione delle medicine complementari che comportano concezioni antropologiche diverse da quelle che sottostanno alla medicina accademica), sicuramente di orizzonti etici e di valutazioni morali. La possibilità che i giudizi del medico e del paziente su ciò che è bene/opportuno/auspicabile fare possano divergere non è più un'evenienza remota, ma un'ipotesi frequente; compresa la possibilità che la divergenza etica possa anche diventare conflitto. Il conflitto più difficile da analizzare e da risolvere non è quello tra pazienti e "cattivi" medici (o, inversamente, tra medici e "cattivi" pazienti, in quanto chiedono prestazioni mediche proibite dalla legge o condannate dall'etica), bensì il conflitto tra operatori sanitari e cittadini che gravitano in mondi morali diversi e ispirano il proprio comportamento a valori ideali contrapposti.

Nel Codice deontologico si è espressa la preoccupazione costante di non proporre lo scioglimento del possibile conflitto in termini di prevaricazione di uno dei contendenti sull'altro: né il medico sul paziente, ma neppure il paziente sul medico. Nel Codice del 1978 le fattispecie considerate erano ancora interventi piuttosto rari e di carattere estremo (si prevede che il medico possa rifiutare la propria opera "nel caso di sterilizzazione, aborto o interventi di plastica": art. 28). Successivamente (Codice del 1999 e del 1998, art. 19) è stata introdotta una limitazione al rifiuto dell'opera professionale del medico: che "questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita". Infine, nella versione del 2006, art. 22 "Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica", si raccomanda al medico, nel caso di un rifiuto di opera che contrasti con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, di "fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento". Lo scenario della relazione acquista sempre più il profilo di una alleanza terapeutica, all'interno della quale sono chiamati a confrontarsi due soggetti autonomi, che hanno sguardi diversi sulla decisione da prendere (competenza scientifico-clinica il medico, interessi vitali ed esistenziali il malato) e possono anche giungere a giudizi morali argomentati in contrasto tra di loro. Malgrado le differenze, possono parlarsi, confrontarsi, elaborare posizioni condivise, o magari dissociate: sempre, tuttavia, nel rispetto della reciproca autonomia come soggetti morali. Le decisioni cliniche non possono più essere imposte, ma devono essere condivise; analogamente, le scelte etiche vanno concordate, senza escludere la possibilità di onorevoli compromessi.

#### 4. CONFLITTO DI INTERESSI O PLURALITÀ DI ESIGENZE ETICHE?

Il recente Codice di deontologia dei medici italiani, approvato nel dicembre 2006, contiene un articolo dedicato al "conflitto d'interesse", corredato di una linea-guida per l'applicazione. Seguendo questa indicazione, ci confrontiamo con un ulteriore cambiamento intervenuto nell'etica in medicina.

La descrizione del conflitto è contenuta nell'art. 30: "riguarda aspetti economici e non, e si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici e nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la Pubblica Amministrazione". Le linee guida applicative dettano poi norme specifiche riguardanti, rispettivamente, la ricerca scientifica, l'aggiornamento e formazione e la prescrizione di farmaci. L'interesse primario del medico – afferma il Codice – non deve essere "indebitamente influenzato da un interesse secondario". La definizione di conflitto di interesse coincide ampiamente con quella già proposta da Marco Bobbio, secondo il quale si ha conflitto di interesse quando ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute del paziente o la veridicità dei risultati di una ricerca o l'oggettività della prestazione di un'informazione) tende a essere indebitamente influenzata da un interesse secondario (guadagno economico, vantaggio personale)<sup>4</sup>.

Nel modello ideale di buona medicina che ci è stato lasciato in eredità dalla tradizione gli interessi del medico e quelli del paziente erano allineati e confluenti. Il medico era idealmente rappresentato come un professionista "disinteressato". La coscienza del medico – chiamato, secondo la formula standardizzata, a prendere le decisioni "in scienza e coscienza" – era la migliore garante che il corso delle cose fosse rivolto per garantire il bene del paziente; a questi era richiesto di affidarsi al medico con fiducia. Soprattutto la tradizione della medicina liberale si è fatta paladina di questa strutturazione dei rapporti, coprendo con il manto della deontologia professionale ogni scenario di conflitto e tendendo a escludere, come una ingerenza indebita, ogni intervento di terze parti nel rapporto medico-paziente, compresa la presenza stessa dello Stato con il suo Servizio sanitario.

L'ostilità degli Ordini professionali dei medici alle modalità socializzate di assistenza sanitaria, in nome del modello liberale, è riscontrabile in molti Paesi. Quando le assicurazioni obbligatorie di malattia si sono diffuse come forma di copertura, i medici si sono opposti a quello che veniva definito "pagamento di terze parti". È esemplare, in tale senso, la posizione dell'American Medical Association, che negli anni '30 del Novecento si opponeva all'assicurazione sanitaria nazionale: sosteneva che l'interferenza pubblica attraverso i sistemi assicurativi era chiaramente contraria agli interessi del paziente, difesi dall'etica medica tradizionale.

Ai nostri giorni il conflitto di interessi non è più un'ipotesi impronunciabile per descrivere ciò che avviene nell'ambito della medicina. Anche il Comitato nazionale per la Bioetica ha prodotto un documento che prende in considerazione un ampio ventaglio di conflitti ai quali sono esposti sia il medico ricercatore che il clinico<sup>5</sup>. L'inventario delle situazioni nelle quali possiamo identificare possibili conflitti è molto ampio: il conflitto può riguardare il rapporto tra ricerca e pratica clinica (gli obblighi

dei ricercatori nei confronti del progetto di ricerca possono confliggere con i loro obblighi nei confronti dei singoli pazienti), tra didattica e terapia (l'uso dei pazienti per l'apprendimento degli studenti di medicina contrasta con il diritto del paziente di essere informato sull'abilità di chi interviene su di lui), tra sanità pubblica e medicina privata, tra gli interessi aziende farmaceutiche e quelli di una medicina che si propone di evitare pericolosi abusi consumistici dei farmaci. Infine, quasi sinonimo di conflitto di interessi in quanto tale, c'è l'incidenza del sistema di compensazione dell'attività del medico o di finanziamento degli ospedali. È sicuramente apprezzabile lo sforzo del Codice deontologico di portare chiarezza in un ambito della professionalità medica tra i più discussi della nostra società. Sembra, tuttavia, che questa prima formulazione dei conflitti di interesse presenti nella professione del medico sia ancora tentennante. L'incertezza emerge se confrontiamo l'art. 30 del Codice, dedicato tematicamente al "conflitto di interesse", con l'art. 6, che delinea la qualità professionale del medico. L'art. 30 lascia intendere che l'interesse del medico sia uno solo: la salute, appunto, dei cittadini. Ciò che può entrare in conflitto con quell'interesse, così come viene esplicitato nelle linee-guida applicative, ha un carattere contingente. L'art. 6, invece, presenta una realtà ben più complessa. Per essere un "buon medico", il professionista non può limitarsi a fornire le migliori cure al malato che ne ha bisogno, così come le identifica la "scienza" medica oggi, ma deve contestualmente promuovere la capacità della persona di partecipare alle scelte che lo riguardano e tutelare l'accesso ai servizi sanitari dei più svantaggiati:

"Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse. Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure" (art. 6).

La formulazione del Codice è ricalcata sulla "Carta della professionalità medica", promossa dalla European Federation of Internal Medicine e dall'American Board of Internal Medicine, pubblicata congiuntamente da *Lancet* e dagli *Annals of Internal Medicine* nel 2002<sup>6</sup>. Nel descrivere le responsabilità dei medici la Carta fa riferimento ai tre principi fondamentali evidenziati dal movimento della bioetica: il principio della centralità del benessere dei pazienti, il principio dell'autonomia dei pazienti e il principio della giustizia sociale. In questa ottica il nuovo profilo della responsabilità professionale richiede di misurarsi non con un solo parametro – il bene del paziente – bensì con tre; né si può definire un buon esercizio della professione medica quello in cui il sanitario non abbia a cuore la promozione di tutti e tre questi obiettivi. Gli interessi del medico – dai quali non può prescindere la buona medicina – si estendono dalla somministrazione delle cure efficaci alla preoccupazione per un'equa allocazio-



ne delle risorse, passando per l'*empowerment* del cittadino. Gli interessi, perciò, sono plurali; l'idea che uno – la salute del malato – sia prioritario e gli altri vengano in seconda linea non trova giustificazione in questa visione. Il medico deve fare il bene del malato, ma deve farlo nel modo giusto – rispettando la sua autonomia – senza dimenticare i suoi doveri di assistenza nei confronti di tutti quelli che hanno diritto e bisogno, promuovendo sistemi sanitari equi. Questi interessi potrebbero essere idealmente allineati, ma realisticamente possiamo immaginarli in conflitto. Il conflitto di interessi, così formulato, ha un carattere non contingente ma necessario.

In questa prospettiva bisogna ripensare anche alla conflittualità tra gli interessi. La parola "conflitto" ha una connotazione per lo più negativa; sta a significare una situazione indesiderabile, che si dovrebbe prevenire o quanto meno risolvere, eliminando i conflitti. Ma se gli interessi sono plurali, è ipotizzabile che possano scontrarsi tra di loro. Anzi, il conflitto dovrà essere previsto come la regola, piuttosto che come l'eccezione. E la saggezza consisterà non nel neutralizzare qualcuno dei legittimi interessi, ma nel comporli tra di loro, con soluzioni creative.

Le linee guida allegate al Codice deontologico del 2006 hanno di mira regole per impedire conflitti di interesse contingenti nell'ambito della sperimentazione, della formazione dei medici e della prescrizione di farmaci. Auspichiamo che siano efficaci. Ci sentiamo invece ancora al capolinea per quanto riguarda sussidi per affrontare i conflitti necessari, che sono quelli che oppongono i medici non all'industria – come nei casi menzionati – ma ai cittadini e ai manager. Potrebbero forse essere di aiuto i comitati per l'etica clinica. In alcune regioni italiane – per es. il Veneto e la Toscana – è stata deliberata la loro creazione e promosso il loro intervento allo scopo di esplicitare i problemi etici che si presentano nella pratica della medicina ed eventualmente offrire un aiuto per comporre situazioni conflittuali. Ma avremmo bisogno di conoscere più esperienze positive in questo ambito.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1 Edward Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, tr. it. Feltrinelli, Milano 1986, p. 10.
- 2 Giorgio Cosmacini, *Medicina e mondo ebraico. Dalla Bibbia al secolo dei ghetti*, Laterza, Roma-Bari 2001, p. 137 s.
- 3 Immanuel Kant, *Risposta alla domanda: che cos'è l'Illuminismo?* In *Scritti politici e di filosofia della storia e del diritto*, Utet, Torino 1975, pp. 141-149.
- 4 Marco Bobbio, *Giuro di esercitare la professione medica in libertà e indipendenza*, Einaudi, Torino 2004.
- 5 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Conflitti d'interessi nella ricerca biomedica e nella pratica clinica*, 2006.
- 6 *Carta della professionalità medica*, in *Janus* n. 6, estate 2002, pp. 96-102.



#### ARMANDO MUZZI

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

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

#### AUGUSTO PANÀ

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

# Il rapporto duale e la Medicina Sociale

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

ARMANDO MUZZI E AUGUSTO PANÀ

## 1. “REINVENTARE” IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

“Attuare in modo utile e opportuno quanto si presenti come frutto dell’immaginazione o della riflessione” è, secondo il Dizionario della lingua italiana Devoto-Oli, il significato di “inventare”. È arrivato il momento di “reinventare” il rapporto duale – medico-paziente – per millenni stabilmente alla base della pratica medica perché si sono manifestati inequivocabili segni di insoddisfazione e malcontento da ambedue le parti in causa. Il rapporto medico-paziente<sup>1</sup> non è stato a volte idilliaco, ma da singoli episodi di contrasto si è ora venuta a creare una situazione sistemica, comune in tutti i paesi economicamente avanzati. Si è ampliata la distanza tra ciò che i pazienti chiedono e ciò che i medici forniscono; i pazienti denunciano malesseri, percepiti come cambiamenti del loro stato di benessere e di funzionalità sociale, mentre i medici sono abituati a diagnosticare e trattare malattie.

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

---

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

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

È un momento critico per il futuro della professione medica in quanto deve tenere testa a sfide senza precedenti dovute ai sostanziali cambiamenti di aspettative dei pazienti, dei decisori politici e dei gestori delle organizzazioni (manager). I medici rimangono "professionisti" ma appare superata l'immagine tradizionale di ciò che significa in pratica – un medico disinteressato e altruista<sup>2</sup>, con elevato spirito di servizio, in possesso di conoscenze e competenze uniche, autonomo nelle scelte, animato dal costante impegno di recuperare la salute dei propri pazienti. Mentre i singoli medici possono godere della massima fiducia, è la professione nel suo insieme che deve dimostrare di fare esclusivamente l'interesse dei pazienti e di appagare i mutati desideri della società. Per difendere e rafforzare la fiducia nella professione, i medici devono sempre comportarsi nella pratica all'altezza di quanto ci si attende da essi.

Non è questa la sede per approfondire il contenuto della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente, che è difficile da catalogare e descrivere dettagliatamente in quanto l'incontro tra due personalità, la relazione di fiducia e di stima "reciproca" che si può instaurare dipende da molti fattori ben studiati dalla sociologia e dalla psicologia<sup>3</sup>. Interessa di più mettere in risalto che, a parte il fatto che i pazienti dovrebbero essere indirizzati ad usare meglio il tempo che trascorrono con i medici ed i medici dovrebbero continuare a affinare la loro abilità di comunicare con i pazienti, né i medici né i pazienti hanno bisogno di cambiare sostanzialmente il loro ruolo mentre andrebbero modificate le pressioni ed i condizionamenti del contesto organizzativo entro cui ha luogo l'incontro medico-paziente. Si tenterà quindi di esporre i cambiamenti del mondo sanitario avvenuti nel XXI secolo che hanno maggiormente inciso sull'incontro medico-paziente, ed in particolare sul comportamento professionale dei medici.

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

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

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

nitaria (assicurazioni obbligatorie, servizio sanitario nazionale), che si sono intromessi come “terzo pagante” in quello che prima era un rapporto privato medico-paziente. Ancora oggi, questi sistemi si basano su un tacito “contratto sociale”, mai pubblicamente reso noto, tra Stato, professione e cittadini: lo Stato garantisce l’accesso a tutti i cittadini e stabilisce le risorse per l’intero sistema sanitario (non solo il Servizio sanitario nazionale); la professione si assume la responsabilità di erogare l’assistenza entro i limiti delle risorse disponibili e di rispettare gli standard clinici che ritiene più validi<sup>4</sup>; i cittadini accettano il diritto all’assistenza deciso dallo Stato, gli standard fissati dalla professione e pagano le tasse per finanziare il sistema. In pratica lo Stato concede alla professione una grande autonomia e controllo sul proprio operato e, in cambio, i medici accettano il suo diritto di fissare la quantità di risorse per la sanità e di determinare le linee di politica sanitaria. Ne consegue che i medici possono prendere decisioni sulle priorità di trattare i singoli pazienti e i politici non entrano nel merito di queste decisioni. Questo “Patto”, o meglio “collusione”, non poteva durare perché sono intervenuti una serie di fenomeni, tra loro collegati, che sono stati enunciati sotto forma di “transizioni” (*megatrend*) e che hanno creato una situazione altamente complessa ed instabile ed in continua evoluzione.

## 2. RUOLO DELLA MEDICINA DI SANITÀ PUBBLICA

Sono numerose le cause che stanno contribuendo a modificare il rapporto medico-paziente (in termini di Sanità pubblica sarebbe meglio generalizzare parlando di rapporto tra categorie di medici e categorie di pazienti), cause che meritano di essere conosciute per tentare di trovare adeguate soluzioni che soddisfino i due contraenti del rapporto. Lo studio di queste cause è stato negli ultimi anni uno dei principali impegni della Medicina di Sanità pubblica<sup>5</sup>. I medici di Sanità pubblica si stanno attivamente dedicando allo studio scientifico dei sistemi di servizi sanitari, ed a raccogliere informazioni ed evidenze, consultando la letteratura e rivolgendosi agli esperti, per creare le migliori condizioni di funzionamento dei sistemi sanitari, ivi compreso il rapporto medico-paziente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Infatti lo studio scientifico dei sistemi dei servizi sanitari, pur prendendo diversi nomi (*Health practices research*, *Health services research*, *Health systems research*), riconosce nella Epidemiologia – la disciplina investigativa della Medicina di Sanità pubblica – il più importante sostegno conoscitivo, facendo riferimento non solo alle metodologie epidemiologiche per eseguire le ricerche (epistemologia) ma anche alla modalità di intendere ed interpretare la materia trattata (ontologia). Lo studio scientifico del sistema dei servizi sanitari riguarda non solo il modo di finanziare, organizzare, gestire ed erogare i servizi sanitari ma soprattutto come queste funzioni sono correlate tra loro e quali sono gli effetti sulla salute degli individui e delle popolazioni. Purtroppo sono ancora insufficienti questi studi per la complessità, la variabilità e la difformità delle ricerche sistematiche quantitative e qualitative sui diversi temi di politica sanitaria, gestione delle aziende sanitarie ed etica sanitaria<sup>7</sup>.

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

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

---

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

TAVOLA I

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

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



ne sistemica” si rischia di non capire il proprio ruolo e di reagire disordinatamente, specialmente quando si ricevono impulsi apparentemente “incomprensibili”. La mancata conoscenza di cosa si pretende dalla loro attività provoca negli operatori sanitari una perdita di fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità professionali<sup>8</sup>. Si tratta di un compito non facile in quanto il sistema dei servizi sanitari è sempre più un organismo guidato da scelte contraddittorie e spesso corrotte: è instabile, confuso e disperatamente in cerca di un sistema nervoso centrale che può aiutare ad affrontare razionalmente la complessità della moderna medicina.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riferire sulla transizione assistenziale sanitaria e la transizione politico-amministrativa significa analizzare i tentativi di trovare soluzioni tecniche a problemi profondamente etici, in particolare di giustizia sociale<sup>9</sup> alla cui base vi è il perenne conflitto tra diritti individuali all'assistenza e responsabilità dello stato a provvedere. La teoria evolutiva di origine darwiniana, com'è noto, prevede che l'ordine biologico naturale è basato sulla selezione naturale e sulla sopravvivenza dei più forti. Le norme etiche, la dottrina dei diritti umani e la istituzione di sistemi di protezione esprimono il rifiuto dell'ordine biologico, una ribellione contro le leggi della natura. L'uomo sociale entra in conflitto con l'uomo biologico. Il sistema sanitario, costruito dall'uomo sociale a favore dell'uomo biologico, può essere definito “il fiore all'occhiello” del *welfare state* o Stato del benessere.

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

## TAVOLA 2

## CARATTERISTICHE DELLA MODERNA ASSISTENZA SANITARIA

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

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

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

mercio è stato da Davidoff definito un “mostruoso ibrido”<sup>10</sup>.

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

#### 4. “DISTILLATO” DELLE TRANSIZIONI

“Distillando” i numerosi e complessi argomenti rappresentati dalle varie forme di transizione, si possono tratteggiare alcune importanti caratteristiche della moderna assistenza sanitaria. La professione medica dovrebbe tener conto di queste caratteristiche per adeguare prima il modo di ragionare e poi di agire dei suoi membri (*cf.* TAVOLA 2). L'analisi della moderna assistenza sanitaria sarà sempre incompleta perché non può tener conto di quanto avverrà in futuro in campo biomedico. Ci sono tutte le premesse per ipotizzare la disponibilità di sempre più potenti strumenti per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie. Medici e pazienti si troveranno ad agire in condizioni completamente diverse, sia per quanto riguarda il loro rapporto diretto che per circostanze esterne. Saranno diverse le aspettative di mantenimento in salute, di guarigione e di morte<sup>11</sup>, come pure le decisio-

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

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

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

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

---

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



molti sono gli ostacoli frapposti al consenso informato che, in realtà, è un obiettivo “ideale” da perseguire<sup>13</sup>.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

mento assunte dall'organizzazione, con modalità più implicite che esplicite<sup>19</sup>, che però lasciano l'ultima decisione al medico stesso. L'allungamento dei tempi di attesa, il fenomeno delle dimissioni forzate, le limitazioni delle prescrizioni farmaceutiche e l'indisponibilità di alcuni servizi sono tra le manifestazioni più evidenti del razionamento dei servizi e delle prestazioni. Questi fenomeni possono mettere a dura prova la professionalità dei medici sia in senso tecnico (ricorso a un ridotto numero di prestazioni diagnostico-terapeutiche o a farmaci sostitutivi) e sia in senso etico (ricorso al pagamento diretto delle prestazioni intra ed extramoenia, dirottamento verso strutture, anche private, in possesso di idonee attrezzature)<sup>20</sup>.

I professionisti svolgono la loro attività apparentemente in piena libertà e autonomia, assumendosi la responsabilità finale del risultato, ma in verità si tratta di una libertà condizionata quando non vigilata. Si conosce ancora poco di queste decisioni "a letto del malato" in quanto non è noto se i medici siano pronti ad accettare e realizzare il razionamento, né se preferiscano un razionamento esplicito fatto con regole fisse o uno implicito che consente una discrezionalità nelle singole decisioni. Un terzo caso delle relazioni tra medici e organizzazioni nelle quali lavorano riguarda il frequente e più tangibile dissidio, in parte correlato al precedente fenomeno del razionamento, con le decisioni dei gestori/amministratori (manager) delle organizzazioni sanitarie. Alla base di questo dissidio non c'è solo una diversità di ruolo ma, più spesso, sostanziali differenze culturali (cfr. tavola 3). Con l'azienda, l'amministrazione riguardosa nei confronti dei medici viene sostituita da una occhiuta<sup>21</sup> gestione, con una spiccata attenzione ai costi dell'assistenza. Oltre che monitorare il numero di pazienti visitati ed il tempo trascorso con i pazienti i manager si spingono a sindacare le decisioni cliniche. Tutto ciò ha causato un rapporto difficile e problematico tra manager e medici in quanto i primi vengono sollecitati ad aumentare la produttività, anche se a scapito della qualità; i secondi ad avvertire i morsi della limitatezza delle risorse e ad affrontare le sempre maggiori richieste dei pazienti. Medici e manager vivono l'ambiguità dell'aumento della produzione, missione di ogni azienda, con il contenimento della spesa, missione di ogni servizio pubblico. Ven-

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

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

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

gono proposti quindi incentivi ai medici tendenti a ridurre la domanda di prestazioni o quanto meno, a funzionare da vaglio (*gatekeeper role*) delle richieste dei pazienti. Per evitare gli inconvenienti legati alla “rivalità” tra medici e manager si possono intraprendere tre tipi di azioni: trasformare i dirigenti medici in manager<sup>22</sup>; rendere i manager più sensibili alle esigenze cliniche; o fare in modo che ogni decisione venga presa congiuntamente dai medici e dai manager (tentativi di “governo clinico”)<sup>23</sup>.

TAVOLA 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I medici devono tendere, con l'aiuto dei manager, a migliorare le loro attitudini alla leadership in quanto tendono a considerare la squadra (*team*) a loro servizio e guardano con sospetto chi si comporta da leader<sup>24</sup>.

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

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

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

Medici e manager sono accomunati nella lotta agli sprechi ma si trovano in difficoltà ad affrontare fenomeni quali la medicina difensiva e la medicina consumistica, principalmente per conflitto di interessi<sup>25</sup>. La medicina difensiva può essere sia di tipo aggiuntivo cioè prescrivere delle prestazioni in eccesso esclusivamente al fine di tutelare il medico e/o l'azienda contro il rischio di azioni legali e non nell'interesse del paziente, e sia di tipo sottrattivo cioè non prescrivere e non eseguire delle prestazioni sanitarie più complesse e difficili che hanno un certo rischio di complicazioni e quindi, indirettamente di essere nel caso denunciati: molto meno considerata, ma probabilmente più insidiosa e pericolosa. Il problema è tanto più grave quanto più i comportamenti difensivi sono diffusi e, quindi, rischiano di diventare lo standard di riferimento per la pratica clinica o per giudicare l'incapacità professionale in sede legale. Il timore delle azioni legali è una "spia del difficile rapporto medico-paziente" e le conseguenze sulla spesa sanitaria sono dupplici: aumenta il numero delle prestazioni erogate e aumenta il costo delle coperture assicurative che i medici sottoscrivono per tutelarsi contro il rischio di azioni legali. Quando il costo delle cure è sopportato da un "terzo pagante" (nel nostro caso il Servizio sanitario nazionale), il medico non ha alcun incentivo a evitare prescrizioni non necessarie. Anzi, il sovra utilizzo di prestazioni ha lo scopo di documentare la diligenza, la capacità professionale e gli approfondimenti clinici adottati dal medico nella cura del paziente. Di qui l'enfasi sulla medicina difensiva e l'inappropriatezza di molti consumi sanitari. In molte realtà organizzative si sta manifestando un forte impegno della categoria medica sia per limitare l'inappropriatezza delle prestazioni, che sottrae preziose risorse al sistema sanitario, e sia nel campo della riduzione degli errori in sanità, di grande attualità nel duplice interesse per i pazienti e per gli stessi medici. Il rafforzamento del potere decisionale (*empowerment*) dei cittadini nei riguardi della tutela e potenziamento della salute, per i sani, e della scelta del tratta-

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

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

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

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

mento terapeutico, per i malati, può degenerare in medicina consumistica. L'empowerment del paziente è una strategia che attraverso l'educazione sanitaria e la promozione dei comportamenti favorevoli alla salute fornisce alle persone gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori per il loro benessere, riducendo così le disuguaglianze culturali e sociali. È quindi una sorta di "terapia informativa" che punta a ridurre, nel limite del possibile, l'asimmetria di conoscenze tra il medico ed il paziente. Se però non si accompagna ad una corretta informazione, tendente anche a ridimensionare aspettative irrealistiche, si assiste – anche in questo caso – a consumi crescenti di prestazioni sanitarie, spesso inappropriate, in gran parte indotte dall'influente e purtroppo efficace dei mass media e del marketing sanitario. La medicina difensiva e la medicina consumistica, mettendo in crisi la stessa sopravvivenza dei sistemi sanitari pubblici, sono diventati uno dei principali campi di studio e applicazione della Medicina di Sanità pubblica. Gli studi mirano ad approfondire sia l'appropriatezza "tecnica" di specifici interventi o procedure (con la finalità di verificare se una determinata procedura o intervento sia stata eseguita su un soggetto per il quale i benefici attesi erano superiori agli eventuali effetti avversi) e sia l'appropriatezza dell'erogazione dei servizi (con la finalità di verificare se una determinata procedura o intervento sia stata eseguita nei tempi e luoghi più adatti). L'applicazione si manifesta gestendo vari strumenti di corretta informazione a tutti coloro che hanno interessi nel sistema di servizi sanitari (*stakeholder*) per un uso corretto e parsimonioso delle risorse sanitarie, in primo luogo per salvaguardare la sicurezza dei pazienti e poi per non gravare con spese evitabili i bilanci sanitari. Il condizionamento attribuibile all'organizzazione sanitaria si manifesta macroscopicamente nelle disuguaglianze di salute e di assistenza sanitaria tra gruppi di popolazione ed all'interno degli stessi gruppi, costantemente rilevate dalla Medicina di Sanità pubblica. La salute, nel "villaggio globale"<sup>26</sup>, è determinata più dal livello di istruzione ed educazione della gente, che può influire sulla possibilità di prendere decisioni informate sulle proprie scelte di vita, che dalla distribuzione dei servizi sanitari. Anzi, secondo i critici più severi<sup>27</sup>, i progressi scientifici e tecnologici della medicina possono aumentare le aspettative della gente di ottenere dai servizi sanitari non solo salute ma benessere e felicità. Senza una chiara percezione del fenomeno si può giungere ad erodere la responsabilità individuale, a rinforzare la

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

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

TAVOLA 4

“REINVENZIONE” DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

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

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

6. “REINVENZIONE” DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

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



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

Forse, se un secolo fa la medicina fosse stata riconosciuta più come scienza che come arte, in modo simile a quanto avvenuto per la matematica o la chimica, si sarebbero sviluppati due percorsi separati per la teoria e per la pratica. Questo non è avvenuto e, di conseguenza, l’istruzione medica si è concentrata sul desiderio di guadagnare conoscenze scientifiche e capacità tecniche, più che sulla necessità di acquisire la capacità di trattare con individui malati e/o sani. Continua la confusione tra la Scienza medica e la pratica di una Medicina scientifica, ed a farne le spese è proprio il rapporto medico-paziente. Il progresso della medicina contemporanea è strettamente connesso, sul versante del sapere, allo sviluppo di differenti discipline, dalla biologia alla chimica, dall’elettronica alla fisica, e da molteplici tecnologie; il progresso dell’arte medica, invece, è strettamente connesso con le doti umane di coloro che si dedicano alla salute del paziente, traducendo quelle conoscenze in prassi. Anche se il 70-80% dei cittadini ritiene che la medicina sia una scienza esatta, la medicina non lo è e la pratica medica lo è ancor meno. Infatti, alle incompletezze della “scienza” medica<sup>28</sup> – la medicina contemporanea si trova oggi, come sempre, a dover affrontare malattie di cui non conosce ancora la causa – bisogna aggiungere le carenze conoscitive ed applicative dei professionisti che esercitano la professione. Le ricerche sulla variabilità delle pratiche mediche dimostrano che le proposte diagnostiche o terapeutiche per risolvere un dato problema di salute possono variare in funzione di un gran numero di fattori ed, in particolare, del medico che è stato consultato. Eppure diritti e doveri dei medici e dei pazienti sono inalienabili e necessari alla pratica medica che deve essere supportata da valide prove scientifiche, da conosciuti principi deontologici professionali e da solidi precetti etici. Di certo attualmente l’assistenza sanitaria richiede un corpo innovativo di conoscenze e di capacità. Non solo le manifestazioni di malattia sono diverse (abbondanza di comorbosità) ma la loro gestione varia a seconda dell’ambiente socio-economico. Il medico deve diventare un “agente sociale” capace di mobilitare le risorse messe a disposizione dal sistema di welfare (in primis assistenza sanitaria ed assistenza sociale), tener conto dell’intero mondo che circonda il paziente, saper valutare le capacità funzionali del paziente ancor prima di quelle somatiche. Ancora più in dettaglio, alla categoria medica viene richiesto di assumersi una responsabilità sociale, rispondendo non solo ai dettami della etica medica e della bioetica (beneficio per

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



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

## 7. CONCLUSIONI

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

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

Il mancato appagamento di queste ultime aspettative mina la fiducia della gente nell'assistenza sanitaria che di solito viene identificata dal pubblico con l'operato dei medici in quanto fornitori (*provider*) di questo servizio. Non essendo facile fare una distinzione tra medico, un professionista che riconosce antiche origini<sup>29</sup>, e "fornitore" di assistenza in nome e per conto di organizzazioni sanitarie (stato o assicurazioni), la categoria medica paga per i disordini organizzativi. E non è altrettanto agevole l'attribuzione di responsabilità alla organizzazione o alla categoria dei medici. Spesso in nome del "proprio dovere" per adesione a regole interne all'organizzazione, spesso non scritte, si dimentica la compassione verso il malato. La cieca obbedienza al dovere può indurre chiunque ad agire senza riflettere, così da non essere più capace di distinguere tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Per tutti questi motivi si giustifica il grande impegno dei medici di sanità pubblica profuso per comprendere i fenomeni che creano e muovono queste situazioni e per contribuire direttamente, ove possibile, alla organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

---

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



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

**PAOLO BENCIOLINI**

Professore di Medicina legale presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Padova dal 1971 al 2008, ha svolto docenza per lo stesso insegnamento anche presso la Facoltà di Medicina e chirurgia. Direttore del Master in Clinical Risk Management dell'Università di Padova (2005-2008). È stato membro del Comitato nazionale per la Bioetica e presidente del Comitato di Bioetica della Regione Veneto.

# La deontologia. Dai Galatei ai Codici deontologici

PAOLO BENCIOLINI

## ALCUNE PREMESSE

L'oggetto principale di questo contributo è chiaramente costituito dalla riflessione sui Codici deontologici, così come sono venuti a configurarsi nell'arco di ormai quasi 110 anni, un tempo che inizia dunque prima della costituzione degli Ordini dei Medici. Ma l'invito formulatomi dai responsabili della Federazione suggerisce di estendere a ritroso l'attenzione anche agli spunti di carattere deontologico contenuti in interessanti e peculiari scritti (riconducibili al termine di "Galatei") che hanno preceduto i Codici stessi. Questa opportunità di spaziare in una visione più ampia aiuta al tempo stesso a seguire l'evoluzione della deontologia nei diversi momenti storici e a poterne ricercare i principi costanti, senza escludere – a priori – la possibilità di riscontrare il riproporsi, a distanza anche di secoli, di preoccupazioni ed esigenze che potrebbero apparire esclusive dell'attuale vita professionale.

Sembra, inoltre, opportuno premettere alla trattazione del tema due precisazioni. La prima riguarda la necessaria distinzione tra Deontologia e Codici deontologici. Se è vero che un codice traduce in norme codificate le linee della riflessione deontologica, occorre evidenziare come non esista identità concettuale tra Deontologia professionale e Codice deontologico. Le norme del Codice, per quanto articolate ed estese, non possono esaurire le caratteristiche proprie della rifles-

sione deontologica. Come ben illustra l'articolo 2 del Codice oggi in vigore (2006) i comportamenti che vanno puniti con le sanzioni disciplinari di competenza dell'Ordine professionale non sono limitati a quelli fissati dal Codice di deontologia medica ma "qualunque azione od omissione comunque disdicevole al decoro o al corretto esercizio della professione". I Codici deontologici rimangono quindi espressione di una previsione formale di comportamenti professionali (di volta in volta da perseguire o da sanzionare) e questo spiega anche perché, a differenza della riflessione deontologica (che è propria del campo dottrinale e che evolve – a seconda dei contributi – secondo modalità proprie, ma sostanzialmente senza soluzioni di continuità), i Codici possono subire frequenti revisioni, espressione dell'avvertita esigenza di una loro maggiore aderenza alle vicende della concreta attività professionale. Intervengono, inoltre, fattori estrinseci quali l'evoluzione legislativa, i contributi della giurisprudenza (oggi, poi, particolarmente attenti alla dimensione deontologica) e l'insorgere e lo svilupparsi, negli ultimi cinquant'anni, della Bioetica: tutti fattori che hanno opportunamente stimolato, e stimolano tuttora, riflessioni deontologiche aggiornate che possono tradursi, ma in tempi e con modalità diverse, in termini di codificazione.

La seconda precisazione attiene, appunto, ai rapporti tra la Deontologia medica e, da un lato, le norme giuridiche, dall'altro i contributi della Bioetica. Ricordiamo come anche il *Giuramento professionale* che precede l'ultima versione del Codice (2006) abbia ribadito, confermandone interamente e coraggiosamente il principio, una scelta forse scarsamente considerata sia a livello dottrinale che nelle situazioni professionali concrete. Nel proclamare l'impegno di "prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza, secondo scienza e coscienza", il medico giura di osservare le norme deontologiche e quelle giuridiche ma, per queste ultime, solo quelle "che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione". Viene dunque riaffermato il primato della coscienza etica e, nel caso particolare, dei principi deontologici fondamentali che regolano e ispirano la professione medica. Questo non significa, ovviamente, ipotizzare un'abituale contrapposizione tra deontologia e norme giuridiche (il cui valore risulta spesso richiamato e confermato dalla codificazione deontologica), ma più semplicemente riconoscere la persistente attualità del concetto introdotto da Jeremy Bentham, che nell'usare per la prima volta il termine "deontologia", la definiva come "la parte delle nostre azioni alla quale il diritto positivo lascia il campo libero".

Per quanto poi riguarda i rapporti tra Deontologia e Bioetica, sembra ormai sostanzialmente superata, nell'ambiente medico ed ordinistico, una duplice, contrapposta, tentazione: da un lato quella di rifiutare i contributi della Bioetica perché espressione di scienze e pensatori estranei al mondo medico, dall'altro di fare coincidere l'ambito, la metodologia e le finalità della Bioetica con quelli pro-

pri della Deontologia. Come sarà più oltre richiamato, nel commentare le ultime edizioni del Codice deontologico, i contributi della riflessione bioetica animano oggi in misura altamente significativa la Deontologia delle diverse professioni sanitarie e risultano con evidenza nella formulazione dei rispettivi Codici deontologici. Condividiamo la considerazione espressa recentemente da Pagni: “Il Codice deontologico è un insieme di regole di Bioetica pratica”, pur ritenendo doveroso ricordare la distinzione (sul piano culturale, metodologico e istituzionale) tra la Deontologia professionale e la Bioetica. Quest’ultima, infatti, si basa su un confronto pluridisciplinare, che non rimane circoscritto all’ambito di una categoria professionale e nemmeno all’area delle professioni sanitarie e si propone di identificare, con riguardo alle grandi questioni etiche, ma anche alle concrete problematiche della clinica e della sperimentazione, il maggior livello possibile di etica condivisa.

### I “GALATEI”: “ANTENATI” DEI CODICI DEONTOLOGICI

Nelle sue approfondite analisi dei “Galatei medici”, Massimo Baldini afferma che “i Galatei dei medici e degli ammalati del Settecento e dell’Ottocento sono gli antenati più prossimi dei Codici di Deontologia Medica” ed osserva che “non tener conto della dimensione storica della deontologia medica equivale a fare del recentissimo Codice (nell’ultima versione il testo si riferisce al Codice del 2006, ndr) un testo lunare”. E aggiunge: “siffatti Galatei costituirono un tentativo di fondare il rapporto tra medici e pazienti sulla fiducia e sul reciproco rispetto, superando diffidenze e calunnie, lagnanze e accuse di impostura. I Galatei, nel loro piccolo, contribuirono alla diffusione della medicalizzazione e al superamento dell’analfabetismo sanitario; essi, inoltre, favorirono la creazione, intorno ai medici, di un diffuso consenso sociale”. Il modello etico offerto dai Galatei “condensava doti e qualità professionali universalmente valide”, l’immagine del medico veniva così a delinarsi: “un uomo colto, ma non presuntuoso, rispettoso, ma non servile, disponibile, ma non adulatore (...) con un comportamento non appariscente e saggiamente condotto”.

Il tema dei “Galatei medici” non costituisce propriamente oggetto del presente contributo – e del resto viene preso in considerazione anche nella parallela riflessione di Donatella Lippi dedicata al “giuramento medico” – ma fornisce un interessante spunto per interrogarsi sugli elementi comuni e differenziali fra i “Galatei” e i “Codici”.

La cospicua produzione letteraria di quel periodo storico, che può essere ricondotta alla tipologia dei “Galatei”, appare caratterizzata da diverse finalità e funzioni, tra loro, di volta in volta, diversamente gerarchizzate, che Baldini così richiama: a) *funzione apologetico-propagandistica*, giustificata dalla necessità di far



riconquistare credibilità al medico, figura circondata di diffidenze e sospetto, di ostilità e rifiuto, esaltandone meriti e sacrifici; b) *funzione di coscientizzazione della classe medica*, allo scopo di chiamare a raccolta i medici nella difesa unanime del valore dell'importanza della loro arte; c) *funzione polemica contro i ciarlatani* e i ciarlatanismo medico, vale a dire non solo nei confronti di “faccendieri pratici”, ma anche contro quei colleghi i cui atteggiamenti e le cui pratiche erano troppo prossime a quelle dei ciarlatani; d) *funzione polemica contro i detrattori*, fra i quali venivano annoverati non solo i “filosofi e poeti” ma anche gli ammalati e i loro familiari che li accusavano spesso di “calunniose imputazioni”; e) *funzione deontologica*, poichè negli anni a cavallo fra il Settecento e l'Ottocento – osserva sempre Baldini – gli studi medici subirono profonde modificazioni; “Nella nuova sintesi, l'abilità manuale al letto del malato, prima delegata ad una gerarchia di inferiori, assumeva nuova veste e importanza” e si rendeva dunque necessario, anche per l'ingresso nella professione medica di persone che non potendo attingere insegnamenti alla tradizione familiare necessitavano di un'attenta educazione sul piano etico e deontologico, precisare lo Statuto Deontologico della professione nella convinzione (Dechambre) che “la dignità dell'arte medica e i doveri del medico sono tra loro strettamente correlati”; f) *funzione metodologica*: gli autori dei Galatei medici si preoccuparono di ribadire consigli metodologici elementari, che vertevano sul modo di interrogare i malati, di raccogliere le loro storie cliniche, di prescrivere i farmaci; g) *funzione educativa degli utenti*: alcuni Galatei vennero espressamente indirizzati ai pazienti, al fine di ottenere la loro collaborazione, il loro consenso per indirizzare le loro scelte verso il “dotto filantropo medico” e non già verso “l'empirico impostore”; pur essendo rivolti ai pazienti, questi scritti avevano anche la finalità di richiamare i medici ad un comportamento corretto, perché – osserva Baldini – l'opinione degli estensori era che “il pubblico, educato adeguatamente, fuggirà ai medicastri e agli avventurieri della medicina, non sarà inosservante, coadiuverà il medico nel reperimento dei dati anamnestici, creerà, infine, quel consenso sociale di cui la professione medica aveva bisogno”.

Nella più recente rassegna curata da Massimo Baldini in collaborazione con Antonello Malavasi (*I galatei del medico e del paziente: da Ippocrate al codice deontologico*, 2008) vengono presentati cinque tra i Galatei più celebri dati alle stampe fra il 1791 e il 1853. Tra essi va ricordato il *Galateo dei medici* del dottor Giuseppe Pasta, laureato in medicina a Padova e divenuto poi medico ospedaliero a Bergamo, testo stampato a Bergamo nel 1791, a Padova nel 1821 e a Venezia nel 1829. Al Galateo di Pasta Introna ha dedicato una approfondita attenzione, facendone oggetto di un apposito editoriale sulla *Rivista Italiana di Medicina Legale* (1997) e richiamandolo poi ulteriormente in un successivo editoriale sulla

stessa rivista, dedicato a *I cento anni del Codice deontologico* (2005). Ritiene Introna che il *Galateo dei medici* di Giuseppe Pasta costituisca “un esempio di correttezza deontologica e di esperienza medica maturata con il quotidiano contatto con gli ammalati” e che “nel linguaggio fiorito di oltre 200 anni fa Pasta ha anticipato quelle che sono la deontologia e l’etica medica che ha sviluppato i principi ippocratici”.

Richiamando le considerazioni proposte nelle premesse, quest’ultima annotazione di Introna può essere condivisa nella misura in cui – come già è stato osservato da Baldini – i *Galatei* vengano intesi come *corpus* di riflessioni sul corretto comportamento professionale (tecnico, ma prima ancora etico) del singolo medico, senza tuttavia poter essere inquadrati nell’ambito di veri e propri “Codici”, almeno secondo il significato che attualmente si attribuisce loro.

Una diversa connotazione, che acquista in questa sede non solo interesse ma anche (singolare) attualità, caratterizza il volume intitolato *Saggio di un metodo per formare dei buoni medici* stampato nel 1808 a Padova, il cui autore, Leonardo Bordonì, medico veneto, si sofferma sull’esigenza di regolamentare il comportamento dei medici e definirne la responsabilità. Egli invoca l’intervento del legislatore nei confronti di professionisti che “non dovrebbero essere lasciati soli a se stessi”, perché il medico è “un uomo che in mezzo alla società esercita un potere senza limiti, che viene ciecamente obbedito e senza appellazione, che sovraneamente decide della felicità dello Stato in un ben regolato governo”, perché “di una facoltà così illimitata non potesse mai abusare o almeno non la potesse amministrare malamente”. L’intervento del legislatore dovrà “sottoporre la medicina, e quelli che la esercitano, ad una disciplina severa e giusta; combinare nelle sue leggi i progressi dell’arte, facilitando l’istruzione, e stabilendo la necessità del rendimento di conto, stabilendo la responsabilità dei medici o sottomettendoli alla vigilanza attiva di giudici dotti ed imparziali”, facendo così “finalmente gli interessi dei medici stessi, separandoli dalla massa dei ciarlatani e assicurando a questo ministro rispettabile la giusta considerazione che merita...”.

### I PRIMI CODICI (ORDINISTICI) DI DEONTOLOGIA MEDICA

La storia del Codice Deontologico dei medici inizia nel 1903 con il *Codice di Etica e Deontologia* dell’Ordine dei Medici di Sassari, approvato dall’assemblea degli iscritti il 26 marzo 1903. Come ricorda Rossella Procino, i medici di Sassari erano allora riuniti in libera associazione, pertanto le norme che ebbero a darsi non assumevano una rilevanza pubblicistica. Infatti, solo nel 1910, con l’approvazione della Legge Istitutiva degli Ordini, gli Ordini assunsero la veste giuridica di Ente di diritto pubblico. L’iniziativa dei medici di Sassari assume dunque una valenza ancor più significativa, come espressione di un’esigenza che na-

sceva dall'esperienza professionale e richiedeva regole condivise di comportamento. Un'analogha iniziativa, seppur successiva alla Legge del 1910, venne assunta nel 1912 dall'Ordine dei Medici di Torino, sulla cui base venne successivamente elaborato, il *Codice deontologico unificato* del 1924. Ricorda Procino che "questo Codice è spesso citato quale punto di partenza del percorso deontologico medico in Italia". Sempre per iniziativa dell'Ordine dei Medici di Torino si procederà successivamente ad un'ulteriore unificazione di tutte le regole sparse, compilate senza collegamento tra loro, dei singoli Ordini dei Medici Italiani. Questo testo (datato Torino 31 dicembre 1947) verrà portato a conoscenza di tutti i medici italiani per iniziativa della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (da poco costituita sulla base del decreto n. 233/1946) mediante la sua pubblicazione su più numeri successivi del giornale "*Federazione Medica*" nel corso del 1948, ponendolo a base di un referendum in vista della redazione di un codice deontologico nazionale (Introna).

A queste iniziative ordinistiche, che caratterizzano la prima metà del secolo XX (ricordiamo che gli ordini professionali furono poi soppressi dal fascismo nel 1938), dedichiamo di seguito un sintetico richiamo.

Rispetto alla impostazione dei "Galatei", il Codice dell'Ordine di Sassari risulta assolutamente innovativo per almeno due motivi. Come esattamente osserva Introna (che al Codice di Sassari ha dedicato un ampio commento nel 2005), questo Codice si differenzia dalle precedenti pubblicazioni per il fatto di non costituire più l'espressione del pensiero di singoli medici, essendo riconosciuto tale dal gruppo professionale operante in quella sede. Aggiungiamo (si tratta forse di un aspetto implicito, ma che sembra opportuno enfatizzare) l'assoluta novità dell'elaborazione collegiale del testo, con precisa assunzione di autonoma e democratica responsabilità. In secondo luogo si tratta di uno strumento di autoregolamentazione della categoria professionale, che non solo propone modelli comportamentali, ma impone il rispetto delle regole. L'articolo 49 del Codice prevede, infatti, sanzioni disciplinari nei confronti degli iscritti, che vanno dall' ammonizione alla censura, alla sospensione, all'espulsione, sanzioni che si troveranno poi sostanzialmente invariate nella previsione della Legge Istitutiva degli Ordini.

Ricordiamo che il testo risultava diviso in tre capitoli: uno sui doveri e sui diritti dei sanitari verso il pubblico, uno sui doveri verso i colleghi e il terzo sui provvedimenti disciplinari. In merito, osserva Procino che tale tripartizione non considera "il paziente". Si tratta di un'opportuna precisazione che peraltro va ridimensionata – a parere di chi scrive – da un'analisi dei temi contenuti nel I capitolo che, pur non facendo riferimento al "paziente", prende in analitica considerazione i principali doveri nei confronti di quel "pubblico" nel quale rientrano

anche i “pazienti” (e gli altri potenziali destinatari dell’attività sanitaria). Infatti, i temi considerati nel I capitolo riguardano, in particolare, il segreto professionale, l’informazione nei casi con prognosi sfavorevole, il consenso.

Sono questi temi fondamentali, tutti attinenti alla relazione fiduciaria medico-paziente e che, nella loro formulazione e nella collocazione all’interno del Codice, dimostrano una sensibilità deontologica di particolare rilievo e tuttora di evidente attualità. Il tema del segreto professionale è collocato al primo posto nell’articolazione del Codice, in ossequio alla tradizione medica che ai tempi di Ippocrate attribuiva a tale dovere il fondamentale ruolo di garantire la fiducia del paziente. Il tema dell’informazione è, almeno apparentemente, circoscritto ai casi di malattie con prognosi sfavorevole: l’indicazione deontologica era circoscritta al dovere del medico di informare la famiglia, mentre nulla si diceva dell’eventuale necessità di informare il paziente (art. 3). Tuttavia, il successivo articolo 4 è formulato in termini che stupiscono per la loro modernità: “non intraprenderà alcun atto operatorio senza aver prima ottenuto il consenso dell’ammalato o delle persone dalle quali esso dipende, se è minore o civilmente incapace”. L’unica eccezione prevista dal Codice sassarese è quella del caso d’urgenza, per il quale esiste peraltro l’indicazione di condividere (se possibile) la responsabilità della scelta con un collega. Osserva Procino che, pur senza l’ampiezza di significato che ha assunto il principio del consenso oggi, l’Ordine di Sassari “sembra voler assumere una posizione di maggiore apertura rispetto alla elaborazione dello stesso principio che si affermava in seguito”.

Se dunque rileggiamo l’articolo 3 in tema di “informazione” alla luce della chiara affermazione del diritto del paziente ad esprimere il proprio consenso, si può ricavare (anche se in maniera implicita) l’indispensabile esigenza deontologica di garantire al paziente il diritto di esprimere il proprio consenso dopo avergli assicurato un’adeguata informazione.

Ai rapporti tra i colleghi viene dedicata, nel Codice di Sassari, un’ampia e dettagliata articolazione che comprende una serie di temi certamente non privi di attualità ancor oggi: il problema della “concorrenza sleale”, l’obbligo di evitare di lasciar trapelare opinioni discordanti rispetto ad altri colleghi, le norme relative ai rapporti fra colleghi nel campo delle consulenze (tema quest’ultimo che, secondo Introna, è successivamente andato incontro ad una progressiva perdita di importanza). Di qualche interesse può essere il richiamo alla definizione di medico specialista contenuta nell’articolo 31 che, oltre alla particolare competenza in una branca della medicina e della chirurgia, richiedeva la rinuncia ad esercitare in tutte le altre branche dell’arte medica. Interesse assume anche il contenuto dell’art. 43 che, a parere di Introna, sembra prospettare un’ipotesi simile al “confitto di interessi”.

Il *Codice di Etica e Deontologia* dell'ordine di Sassari comprende 50 articoli. Più breve risulta il testo del *Codice Deontologico unificato*, elaborato dall'Ordine di Torino, così come riportato nel *Trattato di Medicina Legale* di Romanese e Carrara (Utet 1937) che tiene conto "delle modificazioni derivanti dalla soppressione degli Ordini di Medici". La sua articolazione prevede i seguenti titoli: "Doveri sociali in genere", "Segreto professionale", "Certificati medici", "Doveri di classe", "Consulto medico", "Medici specialisti e medici di enti pubblici e privati", "Doveri verso gli altri sanitari", "Altri eventuali doveri", per complessivi 37 articoli. Il lettore non può non rilevare una sorta di arretramento rispetto al Codice sassarese. In particolare, manca uno specifico articolo in materia di consenso, così come non risulta esplicitamente affrontata la questione relativa alla comunicazione tra medico e paziente. L'impostazione generale del Codice è chiaramente dominata da una visione tipicamente "paternalistica", la cui espressione più esplicita è contenuta nell'articolo 7 che così si esprime "il medico deve prestare all'ammalato ogni sua attenta e assidua cura. Egli è perciò il solo giudice del numero delle visite da farsi all'ammalato e il suo giudizio dipende dall'entità della malattia, dalla sua acuzia o cronicità e dalle eventuali scusabili esigenze del malato e della sua famiglia". Colpisce, in particolare, questa aggettivazione rispetto alle possibili richieste del malato ("scusabili"). In considerazione di tali evenienze l'articolo prosegue "consegue da ciò che lo zelo eccessivo del curante, quando si manifesta con esuberante prestazione delle visite, è da riprovare". Al medico è poi chiesto (art. 3) di non dimenticare "che l'ammalato ha spesso bisogno della cura psichica come quella del corpo".

Procino rileva che in questo Codice sono rinvenibili esempi di allineamento della capacità decisionale del paziente a quella della famiglia in vari contesti: oltre al già richiamato articolo 7, vengono indicati, ad esempio, l'articolo 15 (relativo all'assistenza del malato una volta superata la fase d'urgenza) che fa riferimento alla designazione da parte "del malato stesso o della famiglia" e l'articolo 25, relativo a consulti medici nel quale è previsto che "il medico curante non può rifiutarsi al desiderio del malato o della famiglia di consultare altro medico".

La maggior parte degli articoli rimane dedicata ai rapporti tra i colleghi che sono oggetto di tre successive sezioni: quella relativa ai "Doveri di classe", quella concernente il "Consulto medico" e quella attinente il tema "Medici specialisti e medici di enti pubblici e privati". Sembra dunque chiaramente prevalere l'attenzione ai problemi interni alla categoria, minuziosamente esplicitata nelle più diverse situazioni operative.

Di indubbio interesse risulta la sezione dedicata ai "Doveri verso gli altri sanitari": l'articolo 35 stabilisce il dovere di "astenersi da qualunque atto che possa recare nocimento al decoro e agli interessi degli altri sanitari" (indicati come: "far-

macisti, levatrici”) e di “evitare di intromettersi comunque in atti di competenza delle altre professioni sanitarie”. Il successivo articolo 36 prende in considerazione i problemi deontologici di quello che è definibile come “comparaggio” in relazione ai rapporti fra medico e farmacista, fra medico e levatrice ed anche “fra medico e medico”.

Riteniamo di dover includere in questo paragrafo anche l’analisi del testo emanato dall’Ordine di Medici di Torino il 31 dicembre 1947, anche se successivo alla ricostituzione degli ordini (1946). Infatti, pur con le rilevanti innovazioni, non solo relative al numero degli articoli ma anche, e soprattutto, al loro contenuto, questo Codice ha in comune con i precedenti il fatto di essere elaborato all’interno di un singolo ordine provinciale.

Il Codice comprende 110 articoli distribuiti secondo una partizione che verrà sostanzialmente mantenuta in tutte le versioni successivamente elaborate a livello nazionale. Le richiamiamo di seguito: I) Doveri generali dei medici, II) Rapporti dei medici tra loro, III) Rapporti tra medico e cliente, IV) Della pubblicità, V) Rapporti dei medici con altre categorie di sanitari, VI) Rapporti dei medici con Enti Pubblici, VII) Rapporti dei medici con Enti Privati. Richiamiamo di seguito alcune delle indicazioni più significative sotto il profilo deontologico. Il Codice inizia collocando al primo posto tra i doveri generali del medico quello di “astenersi, anche all’infuori dell’esercizio della sua professione, da qualsiasi atto che possa portare discredito della professione stessa”, estendendo quindi le analoghe considerazioni che il Codice di Sassari aveva circoscritto al dovere del segreto. Su questo tema è interessante rilevare quanto prevede l’articolo 7: “Non s’intende violato il segreto quando, anche all’insaputa del malato, se ne faccia parte a scopo di consulto ad altro medico...”, inoltre (anticipando quanto sarà previsto solo a partire dal Codice del 1995) che la rivelazione del segreto possa essere permessa “quando essa è assolutamente necessaria per evitare un danno considerevole al cliente o ad altri e quando lo stesso fine non possa essere raggiunto per altra via” (art. 9). Anche questo Codice dedica ampio spazio (33 articoli) ai rapporti dei medici tra loro. Tale attenzione sembra indicativa di un’elevata conflittualità e dell’esigenza di regolamentare la casistica relativa.

La particolare attenzione al paziente trova qui un riscontro anche formale nel titolo relativo alla terza parte (“Rapporti tra medico e cliente”). Ritroviamo la formulazione del Codice sassarese relativa al preliminare dovere di ricevere il consenso dall’ammalato (art. 60) prima di “intraprendere alcun atto operativo”. Ritroviamo anche il riconoscimento della liceità deontologica di nascondere all’ammalato “un prognostico grave” o un “prognostico fatale”, ma in quest’ultimo caso subentra il dovere di comunicarlo alla famiglia. Tuttavia, il “malato” sembra assumere un ruolo di maggior importanza in quanto gli viene attribuita la possi-



bilità di “proibire la rivelazione o designare una persona alla quale essa debba essere comunicata”. Il valore della volontà del paziente appare anche da altre norme codificate come quella relativa ai casi di “aborto terapeutico” per i quali si prevede che “se l’ammalata, opportunamente prevenuta della gravità del suo caso, rifiuta l’intervento, il medico deve rispettare tale volontà liberamente espressa” (art. 62). D’altra parte, l’autonomia decisionale del medico viene riconosciuta laddove si afferma che “il malato e la sua famiglia non possono imporre al medico metodi di cure non accettati, né prestazioni speciali che egli ritenga non necessarie” (art. 53). Come già richiamato, il Codice dell’Ordine di Torino introduce per la prima volta un’apposita sezione dedicata ai “rapporti dei medici con altre categorie di sanitari”, anche se prevalgono i temi relativi a forme di collaborazione non corrette (compreso il “prestanomismo”). Tuttavia, va richiamato l’art. 82 che, pur nella sua formulazione in termini negativi, richiede che “il medico, nell’esercizio della sua professione, deve astenersi da qualunque atto che possa recare nocimento al decoro e agli interessi degli appartenenti ad altre categorie di sanitari e deve evitare di intromettersi comunque in atti di competenza delle altre professioni sanitarie rispettandone sempre la loro indipendenza”.

#### I CODICI (NAZIONALI) DI DEONTOLOGIA MEDICA DOPO LA RICOSTITUZIONE DEGLI ORDINI E LA ISTITUZIONE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE (FNOM)

Come è noto, gli Ordini professionali vennero soppressi dal fascismo nel 1935. La legge istitutiva degli Ordini dei Medici Chirurghi e della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici risale al Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato n. 233 del 13 settembre 1946. Come già ricordato, due anni dopo (1948) la Federazione porta a conoscenza di tutti i medici, attraverso la pubblicazione in più numeri di *Federazione Medica*, il Codice Deontologico dell’Ordine di Torino, in vista della redazione di un Codice Deontologico Nazionale. Nel 1953 la Federazione nomina una commissione per la redazione del Codice Deontologico nazionale presieduta da Cesare Frugoni. L’anno successivo la Fnom porta a conoscenza dei medici italiani, mediante l’integrale pubblicazione su *Federazione Medica*, il testo del *Codice di Deontologia Medica* noto a tutti come “Codice Frugoni”, che entra in vigore nel 1958.

Le successive versioni del Codice sono state approvate il 7 gennaio 1978, il 15 luglio 1989, il 24-25 giugno 1995, il 2-3 ottobre 1998 e, da ultimo, il 16 dicembre 2006. Nell’arco, quindi, di poco più di cinquant’anni si sono succedute sette edizioni caratterizzate da una progressiva abbreviazione dei tempi intermedi: 20 anni tra l’edizione del 1958 e quella del 1978, 11 per l’edizione del 1989, 6 per quella del 1995 e poco più di 3 per giungere al testo approvato nel 1998.



Un'inversione della precedente tendenza ha caratterizzato invece l'emanazione del Codice del 2006 (8 anni).

Accenniamo sinteticamente alle caratteristiche più evidenti delle diverse edizioni del Codice, richiamando anche le principali innovazioni legislative di volta in volta intervenute e in grado di influenzare o, addirittura, di provocare le rispettive modificazioni, nonché i temi che la riflessione bioetica veniva in quegli anni proponendo e che sono stati oggetto di considerazione da parte dei compilatori delle diverse edizioni.

### IL CODICE DEL 1958

Il Codice del 1958, prima versione – come detto – a livello nazionale, comprende 99 articoli e inizia con alcune affermazioni di carattere generale (qui intitolate “Fondamenti”, che nelle versioni successive corrispondono al “Giuramento”) e che, come tali, si propongono di sintetizzare i principi deontologici più rilevanti. Segue la distinzione tra “Doveri generali del medico”, “Rapporto fra medici”, “Rapporti fra medico e paziente”, “Deontologia e pubblicità”, “Rapporti dei medici con altre categorie di sanitari” ed infine “Rapporti dei medici con Enti Pubblici e Privati”. Il Codice, elaborato in un periodo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, si sofferma nel considerare i problemi della “Medicina Previdenziale ed Assicurativa”, della “Assistenza Mutualistica”, dei nuovi rapporti con Enti Pubblici e Privati, aspetti tutti che si affiancano alla tradizionale impostazione relativa all'attività libero-professionale.

In tema di “segreto professionale” ritroviamo la previsione della “trasmissione del segreto” che è “consentita verso enti od autorità secondo legali convenzioni o nell'interesse del malato”. Non ritroviamo, invece, la previsione di una deroga all'obbligo del segreto in caso di pericolo per la salute di terzi: l'art. 10 circoscrive, infatti, l'impegno del medico, in caso di malattia trasmissibile, a “disporre i provvedimenti profilattici necessari per evitare il contagio” con la raccomandazione di “stimolare il senso di responsabilità del malato”. Anche questa edizione del Codice dedica particolare ampiezza di trattazione al tema del “Rapporti tra medici” (27 articoli). Più sviluppato che in passato è il tema del “Rapporti fra medico e paziente” (25 articoli), anche se una parte di essi riguarda in realtà i temi del consulto, o comunque della collaborazione con altri medici.

Per quanto più specificamente riguarda i rapporti con il paziente, ritroviamo sostanzialmente invariata l'impostazione del Codice torinese, rispetto alla quale segnaliamo le seguenti novità. L'articolo 47 recita “dal momento nel quale il medico assume la cura di un infermo, suo scopo essenziale deve essere la conservazione della vita: neppure l'azione diretta al sollievo della sofferenza può contrastare a tale principio”. È solo da osservare che tale affermazione sembra contra-

stare con la liceità etica (all'epoca già pienamente riconosciuta) del cosiddetto "principio del duplice effetto". Nell'ambito dell'articolo 49 si afferma che "qualora Enti Pubblici o Privati impongano restrizioni nei mezzi diagnostici o terapeutici che il medico ritenga, nel caso particolare, indispensabili, deve darne immediata comunicazione al Consiglio dell'Ordine": una prospettiva di chiamata in causa dell'Ordine che potrebbe essere opportunamente richiamata anche oggi. L'articolo 68 fa riferimento alla "dicotomia" relativa ai rapporti fra medico curante e consulente specialista e ai rapporti con istituti, laboratori diagnostici e terapeutici, dichiarandone il divieto. È solo il caso di accennare (ma la precisazione sembra importante) la conferma delle indicazioni contenute nei precedenti Codici sia in tema di informazione e comunicazione di prognosi di particolare gravità, sia in tema di consenso. Su quest'ultimo aspetto l'art. 55 aggiunge "in caso di mancato consenso, se l'intervento è ritenuto indispensabile, egli chiederà possibilmente un consulto; comunque dichiarazione scritta che comprovi il rifiuto".

L'apposita sezione dedicata al tema della "Deontologia e pubblicità" evidenzia la crescente attenzione ai temi della pubblicità sanitaria.

In ordine ai rapporti dei medici con altre categorie di sanitari, l'articolo 73 precisa "il medico nell'esercizio della sua professione deve attenersi al principio del reciproco rispetto con le altre categorie sanitarie...", con un'opportuna inversione in termini positivi delle indicazioni del Codice torinese.

#### IL CODICE DEL 1978

Il 1978 è l'anno di importanti interventi legislativi in campo sanitario: la riforma psichiatrica, comprendente anche i trattamenti sanitari obbligatori (Legge 180), le norme sulla tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194) e, nel dicembre, la riforma sanitaria con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. La nuova versione del *Codice di Deontologia Medica* viene approvata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici il 7 gennaio 1978, prima cioè di tali importanti innovazioni legislative e, tuttavia, la sua lettura consente di cogliere l'emergere dei temi che verranno successivamente normati dal legislatore. Il Codice è composto da 100 articoli ed è preceduto dal Giuramento.

In tema di consenso del paziente agli atti sanitari, nel ribadire l'impostazione del precedente Codice (art. 55), il testo dell'articolo 39 appare lievemente modificato nell'ipotesi di rifiuto, per la quale si prevede "il rilascio di una dichiarazione liberatoria da parte dell'interessato o dei suoi familiari". Il tema del consenso è esteso alla sperimentazione, nel qual caso (art. 43) si precisa che "la sperimentazione sull'uomo è sempre subordinata al consenso dell'avente diritto. Il consen-

so deve essere espresso liberamente e possibilmente per iscritto, con piena consapevolezza e dopo che il soggetto sia stato informato dal medico, sulla natura, sulle finalità della sperimentazione e sui rischi ad essa inerenti”. Di particolare rilievo risulta l’inciso, in tema sempre di sperimentazione sull’uomo, con il quale si afferma che la stessa “deve essere ispirata ad un alto senso di responsabilità da parte del medico e si deve svolgere nel rispetto assoluto dei diritti della persona”. Il tema del consenso è ripreso anche dall’articolo 52, relativo al rifiuto di un prigioniero di nutrirsi e nel quale si precisa “il medico, il quale giudichi che egli è in condizione di rendersi coscientemente conto delle conseguenze del proprio rifiuto, non deve assumere l’iniziativa, né partecipare a manovre coattive di nutrizione artificiale”. L’importanza della valutazione in ordine alla “capacità del prigioniero di rendersi coscientemente conto delle conseguenze del rifiuto di nutrirsi” viene evidenziata dal dovere di rivolgersi, per la conferma, ad un secondo medico.

In tema di informazione al paziente rimane la possibilità di tenere nascosta al malato una “prognosi grave o infausta” con il contestuale impegno di rivelarla alla famiglia, ma viene anche confermata l’indicazione del precedente codice (che, come detto, appare in qualche modo contraddittoria) per la quale “in ogni caso, la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispirerà il suo comportamento”.

In evidente (ed esplicita) relazione con la previsione del riconoscimento giuridico dell’interruzione volontaria della gravidanza (già prospettata da una fondamentale sentenza della Corte Costituzionale del 1975) viene introdotta nel Codice Deontologico una norma relativa a quella che oggi viene chiamata “clausola di coscienza”: l’articolo 28 così si esprime “qualora al medico vengano richiesti interventi che contrastino con il suo convincimento clinico o che discordino con la sua coscienza, come nel caso di sterilizzazione, aborto o interventi di plastica, egli può rifiutare la propria opera pur nel rispetto della volontà del paziente”. Significativa appare la collocazione dei “rapporti con il paziente” prima di quella che riguarda i “rapporti con i colleghi”, con un’importante inversione rispetto all’impostazione tradizionale precedente.

Nella previsione dell’istituzione del Servizio sanitario nazionale viene accentuata l’attenzione su aspetti professionali connessi con la tutela sociale della malattia.

### IL CODICE DEL 1989

A distanza di 11 anni del precedente, il Codice del 1989 contiene numerose innovazioni che risentono da un lato delle problematiche connesse alle già richiamate importanti riforme in ambito sanitario e dall’altro dell’avvio della riflessione bioetica. In un’appassionata presentazione delle nuove prospettive di codifi-

cazione, Mauro Barni (*Il Medico d'Italia*, 27 gennaio 1989) denuncia “la crescente insufficienza delle vecchie norme deontologiche a fornire risposte adeguate a nuovi problemi, specie a quelli imposti allo scienziato, al medico, nel trovarsi ormai sulla soglia dei grandi misteri della vita, della morte e del dolore” ed afferma l’esigenza di “realizzare una nuova alleanza fra medicina e società, cui più non basta la garanzia ippocratica, cui occorre invece un linguaggio piano e sereno, fortemente ancorato alla norma giuridica...”. Giustamente Barni richiama l’importanza non solo dei problemi “di frontiera come quello dell’accanimento terapeutico, della capillare informazione del paziente” ma evidenzia come “le nuove norme si distinguono per una ben diversa impostazione metodologica e concettuale che sposta il discorso sui doveri della matrice tecnico-solidaristica a quella del rapporto aprioristicamente rispettoso dei diritti della persona cui non son seconde la libertà e la dignità alla salvaguardia stessa della salute”. Come si vede, cominciano ad essere richiamati in maniera più esplicita gli stessi principi fondamentali della Costituzione, con riferimento da un lato ai “diritti inviolabili dell’uomo” e dall’altro, più specificamente, alla tutela della salute come “diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività”.

Il Codice (composto da 107 articoli) dopo le disposizioni generali e i “Compiti e doveri generali del medico” conferma la collocazione del tema relativo ai “Rapporti con il paziente” al titolo III.

Viene per la prima volta introdotto il riferimento al “cosiddetto accanimento diagnostico-terapeutico” (art. 20). Viene mantenuto (art. 27) il diritto al rifiuto della propria opera “qualora venga richiesto di interventi sanitari che contrastino con la sua coscienza” con l’ulteriore ipotesi che tale contrasto riguardi “il suo convincimento clinico” e con l’esclusione dei casi nei quali l’opera “sia immediatamente necessaria per salvare la vita del paziente”. Come si vede, si tratta di una norma più ampia rispetto alla precedente e che non contiene alcun riferimento a situazioni specifiche (nel precedente Codice identificate, sia pure a titolo esemplificativo, con la sterilizzazione, l’aborto o gli interventi di plastica). Un apposito “capo” è dedicato all’assistenza ai bambini, agli anziani e agli handicappati, con l’impegno a tutelarli qualora l’ambiente (familiare e non) “non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute”.

Particolare rilievo assumono le norme relative all’informazione e al consenso che assumono una configurazione tuttora sostanzialmente ripresa nella codificazione deontologica. È solo il caso di rilevare l’importanza della distinzione fra questi due momenti, le accurate indicazioni in ordine alle modalità di informazione del paziente e il valore determinante della volontà dello stesso nell’accogliere o rifiutare le proposte del medico. Va in proposito richiamata la tassativa indicazione dell’art. 40: “in ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di

intendere e di volere, il medico è tenuto alla desistenza da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente”. In tema di informazione, precisa che “il medico potrà valutare, segnatamente in rapporto con la reattività del paziente, l’opportunità di non rivelare al malato o di attenuare una prognosi grave o infausta”, modificando (sia pure parzialmente) l’impostazione dei precedenti Codici. Va poi richiamato l’articolo 44 che si riferisce ai casi di “malattia e prognosi sicuramente infausta e pervenuta alla fase terminale”. In tali situazioni “il medico, nel rispetto della volontà del paziente, potrà limitare la sua opera all’assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendogli trattamenti appropriati e conservando, per quanto possibile, la qualità di una vita che si spegne”.

L’avvio dell’esperienza dei trapianti, regolata normativamente da una legge del 1975, trova precisi riferimenti deontologici nello stesso articolo 44 (che tratta anche del sostegno vitale) e nell’articolo 45 (che richiama la normativa relativa all’accertamento della morte).

In riferimento alle norme introdotte dalla Legge 194/78, viene riconosciuta la liceità per il medico di intervenire nell’interruzione volontaria della gravidanza e la sua facoltà di esprimere l’obiezione di coscienza nei termini (e con i limiti) previsti dalla legge stessa. Anche in relazione ai contributi della riflessione bioetica, compare nella normativa deontologica il primo riferimento alla “fecondazione artificiale in vitro” (art. 47). Le nuove norme relative alla “buona pratica clinica” e alla sperimentazione trovano risonanza nell’articolo 52 che richiama anche le garanzie offerte da “apposite commissioni etico-scientifiche”.

Nell’ambito del titolo IV relativo al “Rapporti con i colleghi” per la prima volta vengono introdotte norme deontologiche concernenti i “compiti e funzioni medico-legali”. Il consolidarsi del Servizio sanitario nazionale giustifica l’introduzione di un apposito titolo (VI) che contiene distinte indicazioni relative al medico a rapporto d’impiego e a quello a rapporto di convenzione. Gli ultimi articoli del Codice considerano, anche in questo caso per la prima volta, i temi della tossicodipendenza e della medicina dello sport.

#### IL CODICE DEL 1995

Il *Codice di Deontologia Medica* del 1995 è composto da 92 articoli e conserva la struttura distinta in sei titoli. Le più rilevanti innovazioni rispetto al testo precedente riguardano i temi del consenso, dell’informazione, della fecondazione assistita, delle pratiche alternative, ma soprattutto il tema del segreto professionale.

Iniziando da quest’ultimo, va rilevato come l’edizione 1995 ha segnato una radicale innovazione nei principi deontologici relativi al dovere di mantenere il se-

greto professionale. Viene, infatti, riconosciuta la legittimità di una scelta da parte del medico di decidere, nel caso concreto, a favore della rivelazione del segreto “allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi”. Si è trattato di una precisa e coraggiosa opzione a favore del primato della coscienza, una scelta quindi tipicamente etica da affidarsi alla meditata valutazione del medico nella situazione particolare. Si tratta di una scelta che risulta espressione della riflessione bioetica di quegli anni, sollecitata in particolare dal problema Aids, e che aveva assunto un indirizzo prevalente a favore di questo orientamento.

Una seconda, pure rilevante, innovazione contenuta nel Codice del 1995 attiene ad un più preciso riconoscimento dell'autonomia del paziente che presuppone un'adeguata informazione. Viene affermato, infatti, il diritto del paziente alla conoscenza delle condizioni in cui si trova con l'opportuna raccomandazione che “le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona devono essere fornite con prudenza, utilizzando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza”.

L'accentuata attenzione al tema del consenso (per la prima volta indicato come “consenso informato”) risente indubbiamente dell'innovativa clamorosa svolta della giurisprudenza che, pochi anni prima, aveva portato alla definitiva condanna di un medico per omicidio preterintenzionale a seguito della morte di un paziente connessa con inadeguato trattamento chirurgico, al quale lo stesso paziente aveva negato il consenso.

Le innovazioni giuridiche in tema di pubblicità sanitaria, di tossicodipendenza e di sperimentazione trovano una puntuale corrispondenza in articoli del Codice. In ordine alla problematica dei trapianti, in precedenza circoscritta agli aspetti relativi al prelievo da cadavere, si aggiunge l'attenzione al prelievo di tessuti e organi da soggetto vivente. Tra gli argomenti richiamati anche dalla riflessione bioetica di quel periodo si accentua l'attenzione ai temi della sessualità e della fecondazione assistita (in questo caso con l'esplicita finalità di fornire ai medici indicazioni operative, perdurando la carenza di norme legislative in merito) e si introduce il tema degli interventi sul genoma e sul concepito. Si affronta esplicitamente il tema delle “pratiche alternative”, in precedenza più genericamente circoscritto alla questione “terapie scientificamente infondate”. Viene introdotto, anche in questo caso per la prima volta, un apposito capitolo relativo ai “Rapporti con le altre categorie sanitarie”. Peculiare attenzione viene dedicata ai problemi dell'accanimento terapeutico (per la prima volta inseriti a livello del “Giuramento”) e dell'eutanasia.

Un'ulteriore innovazione del Codice attiene alla previsione di un apposito capo relativo agli aspetti deontologici della “medicina legale”. L'articolo 75, in parti-



colare, precisa che “la specifica attività degli esperti del settore medico-legale nell’ambito giudiziario trova la sua delineazione, la sua peculiarità deontologica e, contestualmente, la sua definizione di responsabilità, nell’impegno ritualmente assunto davanti al Giudice di bene e fedelmente operare per la ricerca della verità”. Scorrendo il Codice del 1995 si possono registrare alcune modifiche terminologiche, solo apparentemente secondarie. L’articolo 3 relativo ai “Compiti del medico” per la prima volta richiama la definizione di “salute” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, sia pure con una visione doppiamente riduttiva: l’incomprensibile richiamo alla “accezione biologica” e il mancato riferimento al “benessere relazionale”. L’articolo 5 (relativo ai “Fini dell’attività professionale”) aggiunge ai precedenti riferimenti alle “conoscenze scientifiche” anche quello ai “valori etici fondamentali” (in precedenza il medico era invitato a ispirarsi “alla propria coscienza”). L’articolo 17 (“Rispetto dei diritti del paziente”) introduce il richiamo ai “diritti fondamentali della persona”.

Il Codice del 1995 è caratterizzato anche per aver attribuito ad ogni articolo un titolo. Il tema relativo ad interventi che contrastino con la coscienza o con il convincimento del medico (vedi in particolare art. 27 precedente Codice) trova qui un’esplicita formulazione all’articolo 19 nel seguente titolo “Obiezione di coscienza-rifiuto opera professionale”. Come già detto compare per la prima volta il termine “consenso informato” (titolo dell’art. 31) anche se nel testo dell’articolo si parla (ad avviso di chi scrive, opportunamente) solo in termini di “consenso”.

### IL CODICE DEL 1998

Il brevissimo intervallo di tempo intercorso dall’entrata in vigore dell’edizione del Codice 1995 e l’approvazione dell’edizione 1998 si giustifica con il sopravvenire di rilevanti innovazioni normative e l’accentuarsi di problemi di carattere etico o specificamente bioetico. Analizzando il testo si coglie il riferimento alle norme nel frattempo approvate: la Legge n. 675/96 sulla riservatezza, la normativa concernente la cosiddetta “Multiterapia di Bella” e i decreti sulla sperimentazione e l’istituzione dei Comitati Etici. Va anche ricordata la normativa approvata con Legge 578/93 sull’accertamento e la certificazione della morte, contenente (per la prima volta nella legislazione italiana) la definizione di “morte”. Sul versante dei riferimenti bioetici, appare evidente l’influenza che ha esercitato la Convenzione Europea per la Protezione dei Diritti dell’Uomo e la Biomedicina, approvata dal Consiglio d’Europa nel 1996 e sottoscritta anche dall’Italia a Oviedo nel 1997.

Il Codice del 1998, si caratterizza per la sostituzione del tradizionale termine “paziente” con quello di “cittadino”. Si tratta di una scelta indubbiamente positiva



in termini di riconoscimento della dignità dell'interlocutore del medico e non solo perché potrebbe non essere persona malata.

Il Codice comprende 79 articoli e conserva la ripartizione dei precedenti (ai "Rapporti con il cittadino" è dedicato il titolo III).

Scorrendone gli aspetti più rilevanti, è possibile esprimere i seguenti rilievi. La definizione di "salute" (art. 3) è stata ora depurata dall'improprio riferimento alla "accezione biologica". In tema di segreto professionale (art. 9) la giustificazione della rivelazione in caso di "urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato" esige la "previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali".

La vicenda legata alla "Multiterapia di Bella" ha comportato l'introduzione nell'articolo 12 ("Prescrizione e trattamento terapeutico") ha indotto al recepimento della normativa di legge relativa alla facoltà del medico di impiegare farmaci "off label" previo il "consenso scritto del paziente debitamente informato" e la verifica documentale della "efficacia e tollerabilità" del farmaco.

Innovativa è la trattazione del tema relativo alle "pratiche non convenzionali" (art. 13) che vengono infatti per la prima volta riconosciute come compatibili con "la potestà di scelta" del medico "nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale".

Nella considerazione dei casi in cui prestazioni contrastino con la coscienza o il convincimento clinico del medico, il titolo (art. 19) viene formulato con "Rifiuto d'opera professionale", senza quindi esplicitarlo in termini di "obiezione di coscienza".

In tema di consenso si osserva una singolare inversione della terminologia impiegata, rispetto al Codice precedente: il titolo è "Acquisizione del consenso", mentre nel testo compare il termine "consenso informato".

Viene confermato (come nelle due precedenti edizioni del Codice) il dovere del medico di "desistere" dagli atti diagnostici e curativi in caso di "documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere". Sempre in tema di espressione di volontà, l'articolo 34 (opportunosamente intitolato "Autonomia del cittadino") echeggia quanto indicato dall'articolo 9 della Convenzione di Oviedo nei seguenti termini "il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso". Ugualmente, e con riferimento all'articolo 6 della medesima convenzione, si dichiara l'obbligo del medico "di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione...". La definizione di morte introdotta dalla Legge 578/93 viene richiamata testualmente dall'articolo 37, che peraltro non contiene le indicazioni del Codice precedente, che opportunamente prevedevano "la

possibilità di prosecuzione del sostegno vitale anche oltre la morte accertata secondo le modalità di legge, al fine di mantenere in attività organi destinati a trapianto e per il tempo strettamente necessario”. L’articolo 44 introduce il tema dei “test genetici predittivi”. In tema di “ricerca biomedica e sperimentazione sull’uomo” (art. 46) viene recepita la normativa che prevede il “preventivo assenso da parte di un Comitato Etico indipendente”.

La trattazione della problematica deontologica relativa al così detto “sciopero della fame” trova nell’articolo 51 (intitolato “Rifiuto consapevole di nutrirsi”) un’importante innovazione in quanto non più circoscritto alla figura del detenuto ed esteso a qualunque “persona sana di mente che rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi”.

L’articolo 68 (“Rapporto con altre professioni sanitarie”) introduce per la prima volta una prospettiva di collaborazione in termini positivi, non circoscritta cioè solo al divieto di determinati “accordi diretti o indiretti” (che pure rimane), che viene espressa con la seguente formulazione: “nell’interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali”.

Per la prima volta compare il titolo “Tutela della salute collettiva” al quale sono dedicati gli ultimi articoli del Codice, che impegnano il medico “a partecipare all’attività e ai programmi di tutela della salute nell’interesse della collettività” e, in relazione ai dipendenti da sostanze di abuso, a collaborare “con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio”.

### IL CODICE DEL 2006

Il 16 dicembre 2006 veniva approvato il testo del *Codice di Deontologia Medica* tuttora vigente. La sua articolazione conferma la distinzione in titoli presente nelle precedenti versioni, il numero degli articoli è di 75 con alcune interessanti innovazioni. In primo luogo una *Disposizione finale* che impegna gli ordini provinciali a recepire il Codice e a garantirne il rispetto delle norme, consegnando il testo ai singoli iscritti e a “tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica”. Al testo del Codice sono inoltre allegati due linee guida inerenti rispettivamente all’applicazione degli articoli (55, 56, 57) relativi alla pubblicità dell’informazione sanitaria e dell’articolo 30 relativo al conflitto di interesse.

La lettura del testo del Codice testimonia un processo di approfondita riflessione, riconducibile anche all’intervallo di tempo (8 anni) trascorso dopo la pubblicazione del testo precedente. Cercando, anche in questo caso, di richiamare le innovazioni normative e le indicazioni emergenti dalla riflessione bioetica nel frat-

tempo intervenuta, ricordiamo, sinteticamente e in successione cronologica, le nuove norme sulla pubblicità sanitaria, la Legge n. 91 relativa ai trapianti di tessuti e di organi, nonché il Decreto Legislativo n. 135 concernente il trattamento dei dati sulla riservatezza (tutte emanate nel 1999), la Legge di ratifica della Convenzione di Oviedo (n. 145/2001), le leggi sull'amministrazione di sostegno e sulla procreazione medicalmente assistita (del 2004), le nuove norme sulle professioni sanitarie. Sul fronte delle riflessioni bioetiche grande attenzione hanno suscitato le vicende relative a Piergiorgio Welby e ad Eluana Englaro. Come si vedrà nell'analisi di alcuni articoli, il testo del Codice esprime anche una nuova sensibilità sui temi della "Giustizia sociale".

Tre sono le indicazioni deontologiche caratterizzate da assoluta novità rispetto ai testi precedenti. La prima attiene alla tutela dell'ambiente "quale fondamentale determinante della salute dei cittadini" con la quale l'articolo 5 formula importanti indicazioni deontologiche ad integrazione di quanto era stato indicato nel Codice precedente (art. 77) in ordine alla partecipazione dei medici ai programmi di tutela della salute. La seconda (art. 6) inserisce per la prima volta nelle indicazioni deontologiche l'attenzione alla "efficacia delle cure" e la contestuale esigenza di tenere conto "dell'uso appropriato delle risorse". La terza (art. 14) è dedicata al tema della "Sicurezza del paziente" e alla "Prevenzione del rischio clinico". Il dovere del medico è quello di "garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria alla prevenzione e gestione del rischio clinico", il che comporta anche la "rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure". Si introduce così una nuova dimensione dell'impegno professionale (e della relativa formazione) finalizzato a "comprendere le cause di un evento avverso e mettere in atto i comportamenti necessari per evitarne la ripetizione". In tema di consenso appare meglio articolata la disposizione che consente al medico di derogare "quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso" o anche "in caso di diniego dell'interessato". Una rilevante (anche se forse non da tutti percepita) innovazione è stata introdotta nell'articolo 16 in tema di "Accanimento diagnostico-terapeutico". Il medico è tenuto ad astenersi da tali comportamenti non solo in considerazione di riscontri oggettivi di futilità, ma "anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse". Questa impostazione appare del tutto coerente con l'attuale orientamento giurisprudenziale (anche in sede costituzionale) che valorizza l'autodeterminazione in tema di scelte relative alla propria salute.

Per quanto riguarda il consenso (che non viene più indicato con la formula "consenso informato"), particolare importanza assume – in relazione ai noti fatti ve-

rificatisi in questi anni – la conferma della disposizione dell’articolo 35 secondo la quale “in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona”. Una formulazione più adeguata è stata introdotta in tema di “Direttive anticipate” (art. 38) nei termini seguenti “il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato” (nel precedente Codice il testo era così formulato “non può non tenere conto...”). Rientra nelle indicazioni del Codice relative al consenso l’importante aggiunta in ordine alla “Cartella clinica” (art. 26) che prevede il dovere di registrare sulla cartella clinica “i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente...”. Sempre in ordine al consenso, viene opportunamente richiamato (art. 37) il ruolo attribuito dalla legge all’ “amministratore di sostegno”.

Le indicazioni deontologiche relative alla “Fecondazione assistita” (art. 44) tengono conto dell’intervenuta approvazione della Legge n. 40/04 (anche in materia di obiezione di coscienza), senza peraltro discostarsi sensibilmente dal testo del precedente Codice (art. 42), a conferma della corretta impostazione delle indicazioni deontologiche anche prima – e a prescindere dalla relativa impostazione ideologica – dell’intervento del legislatore.

La trattazione del codice relativa alla “Attività medico-legale”, già presente nelle precedenti tre edizioni, ha registrato una rilevante modificazione, alla quale hanno costruttivamente contribuito le meditate proposte elaborate da un gruppo di docenti della disciplina. Particolare attenzione viene dedicata (art. 62) alla complessità delle problematiche medico-legali in tema di responsabilità professionale e al ruolo (e ai limiti legati alle evidenze scientifiche) delle consulenze di parte. Per tutti gli incarichi con finalità medico-legali viene affermato il dovere di subordinare l’accettazione degli stessi “alla sussistenza di un’adeguata competenza medico-legale e scientifica”.

Le indicazioni deontologiche relative al “Rapporto con le altre professioni sanitarie” (art. 66) vengono proposte in termini più adeguati e costruttivi, in relazione alla comune finalità della tutela della salute: “il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale”.

#### IL CAMMINO DEL CODICE DEONTOLOGICO DAL PATERNALISMO MEDICO ALLA CONDIVISIONE DEI PRINCIPI COSTITUZIONALI

Chi ha avuto la preziosa opportunità di ripercorrere le tappe della codificazione deontologica, dalle prime iniziative di alcuni Ordini fino ad oggi (ma esaminan-

do, a ritroso, anche i “Galatei” dei secoli precedenti), non può sottrarsi all’esigenza di proporre, al termine dell’analisi delle diverse tappe, una – pur breve – riflessione complessiva.

Si potrebbe scegliere la via – già adottata in altra sede – di svolgere un’analisi comparativa sull’evoluzione sviluppatasi attorno ad alcuni temi di fondamentale rilevanza deontologica, come il segreto, il consenso, l’informazione, i rapporti tra i colleghi. Sembra, tuttavia, preferibile scegliere una diversa (e impegnativa) prospettiva: inquadrare questi stessi temi (assieme ad altri più recentemente emersi) entro la cornice dei principi contemplati dalla Costituzione in relazione alle problematiche che sono proprie dell’esercizio della professione medica (e, in più in generale, delle diverse professioni sanitarie).

Quale cammino, dunque? Quali le tappe più rilevanti di avvicinamento e di consapevole condivisione dei principi contenuti nella Costituzione della Repubblica Italiana? Anche: quale percorso rimane ancora da compiere?

Il riferimento obbligato è ovviamente identificabile nell’articolo 32 della Costituzione che peraltro – come ormai pacificamente acquisito – va letto alla luce dell’articolo 13 e dei principi fondamentali enunciati dagli articoli 2 e 3.

Procederemo, necessariamente, per spunti sintetici.

Innanzitutto, il riferimento al diritto dell’individuo alla tutela della salute, proclamato dal 1° comma dell’articolo 32 della Costituzione. Come si è avuto modo di rilevare, l’articolo 3 del Codice 1995, nel definire i “compiti del medico” annovera tra essi “la difesa e il rispetto della vita, della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza...”. Lo stesso articolo, più oltre, si preoccupa di definire il concetto di salute che richiama solo parzialmente la definizione contenuta nell’atto costitutivo dell’Oms, poi meglio riformulato nelle due edizioni successive del Codice, ma ancor oggi circoscritto alle sole dimensioni fisica e psichica, tralasciando dunque quella relazionale, non solo esplicitamente contenuta nella definizione della Oms (1946), ma ribadita anche nella dichiarazione dello stesso organismo ad Alma Ata, nel 1978. Non si vede perché ai medici non venga riconosciuto un ruolo importante (ovviamente non esclusivo) nel prendersi cura delle relazioni interpersonali, sia sotto il profilo degli interventi in situazioni di malattia che sotto quello della promozione di un maggior “benessere”.

Lo stesso 1° comma dell’articolo 32 Cost. richiama l’“interesse della collettività” alla tutela della salute. Questo aspetto è stato opportunamente introdotto nei codici. L’articolo 87 del Codice 1995 afferma il dovere del medico di “partecipare all’attività e ai programmi previsti dalla legge ai fini della tutela della salute, nell’interesse della società”. Più aderente alla terminologia della norma costituzionale è la formula adottata dal Codice 1998 che, all’articolo 77, afferma il dovere del medico di partecipare “all’attività e ai programmi di tutela della salute nel-

l'interesse della collettività". Un evidente salto di qualità caratterizza la scelta del Codice 2006 che colloca questo dovere deontologico tra i primi articoli, nell'ambito delle norme relative alla "Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente" con la seguente articolata (e pienamente corrispondente ai principi costituzionali) espressione: "il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva".

Il 2° comma dell'articolo 32 Cost. stabilisce il divieto di obbligare a trattamenti sanitari. Si tratta della giustificazione costituzionale del principio del consenso, poi esplicitata in termini positivi dalla Legge 833/78. A tale principio fanno riferimento le formulazioni codicistiche sviluppatesi, in particolare, a partire dall'edizione 1995. Su questo punto è tuttavia significativo il riscontro della presenza del medesimo principio già nel Codice sassarese.

Le diverse edizioni del Codice hanno progressivamente precisato, in termini anche pedagogicamente adeguati, l'importanza della preventiva informazione, separando l'espressione conclusiva della volontà del paziente dal precedente, fondamentale, processo relazionale-informativo. Anche a questo proposito occorre ricordare la modernità del Codice sassarese.

Sempre il 2° comma dell'articolo 32 Cost. afferma il dovere di rispettare la "persona umana" anche nei casi di trattamenti sanitari obbligatori. Tale riferimento non è presente nelle norme deontologiche di volta in volta formulate in tema di trattamenti sanitari obbligatori, ma opportunamente è contenuto nell'articolo introduttivo delle diverse edizioni dei Codici che, nel definire i "doveri del medico", lo richiama al "rispetto della libertà e della dignità della persona umana". Le ultime due edizioni del Codice, nel prendere in considerazione il tema della "autonomia del cittadino" ribadiscono, anche sotto tale profilo, il dovere del medico di "agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia" della persona. Quest'ultimo richiamo consente di introdurre un'ulteriore considerazione. Come è stato più sopra ricordato, il termine di "paziente", al quale facevano riferimento i precedenti Codici, a partire dall'edizione del 1998 è stato sostituito con quello di "cittadino". Sono senz'altro da condividere le motivazioni all'epoca espresse nelle diverse sedi, volte da un lato ad indicare come il medico non abbia come interlocutori solo persone ammalate e ad attribuire ad esse, in ogni caso, la dignità che deriva dai "diritti fondamentali della persona" (art. 17). Ma proprio il ricorso al termine "persona" (ripreso testualmente nell'art. 20 del Codice 2006) consente di evidenziare i limiti del concetto di "cittadino" che inevitabilmente richiama solo una parte (anche se di gran lunga più numerosa) dei possibili interlocutori del medico. La necessità di un'ulteriore, più adeguata terminologia appare oggi particolarmente evidente nel momento in cui il fenomeno immigra-



rio determina con crescente frequenza la possibilità che si presentino al medico anche persone prive della “cittadinanza”. Del resto, il riduttivo impiego del termine “cittadino” appare in evidente contrasto con l’art. 3 del Codice Deontologico tuttora vigente che, con palese richiamo al “principio fondamentale” dell’articolo 3 della Costituzione, afferma solennemente che al medico non sono consentite “discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia...”.

Il deciso intervento della Federazione dinnanzi alle concrete prospettive di introdurre nella recente normativa sulla così detta “sicurezza” il dovere di segnalazione di propri pazienti per i quali si potesse configurare l’ipotesi del “reato di clandestinità” rende ulteriormente evidente ed urgente – a parere di chi scrive – la sostituzione del termine “cittadino” con altro più adeguato (il richiamo ai diritti fondamentali della “persona” costituisce, già dal 1998, un prezioso ed appropriato suggerimento).

Il diritto alla tutela della salute di ogni persona giustifica la rilevante innovazione in tema di segreto professionale introdotta nel Codice a partire dall’edizione 1995. La salute di terzi assume così una importanza maggiore rispetto al pur fondamentale (e da sempre presente in tutte le indicazioni deontologiche) diritto del paziente alla tutela del segreto da parte del medico (e di ogni altro professionista).

L’attuale lettura dell’articolo 32 alla luce del diritto alla “libertà personale” proclamato dell’articolo 13 della Costituzione sta facendo emergere ulteriori motivi a favore della giustificazione dell’autonomia e dell’autodeterminazione di ogni persona, anche nelle scelte concernenti la propria salute. Numerosi sono, a questo proposito, le consonanti affermazioni contenute nelle più recenti edizioni del Codice di Deontologia Medica. Per limitarci al testo del 2006, ricordiamo in tema di consenso (art. 35) il dovere del medico, “in presenza di documentato rifiuto di persona capace”, di “desistere in ogni caso dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona” e (nello stesso articolo) nei confronti del paziente incapace di “tenere conto delle precedenti volontà del paziente”. Su entrambi gli aspetti ora indicati (autonomia e direttive anticipate) si sofferma, in termini chiari e dettagliati, l’intero art. 38. Ulteriore espressione del rispetto dell’autonomia del paziente è rinvenibile nella norma (sostanzialmente invariata da diverse edizioni) relativa al rifiuto dell’interlocutore del medico (in questo caso, significativamente, indicato come “persona”) di nutrirsi. Non può mancare, su questo punto, l’ulteriore richiamo alla norma deontologica in tema di “accanimento terapeutico”, dal quale il medico è tenuto ad astenersi, “anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse” (art. 16).



I medici sono riconosciuti dall'Ordinamento (anche alla luce dell'art. 33 Cost.) come professionisti qualificati (ed indispensabili) per la tutela della salute. Il dovere di operare per la cura delle malattie e la promozione di una maggior salute discende indubbiamente dallo stesso articolo 32 che afferma il diritto di ogni individuo e l'interesse della collettività, ma va letto anche in relazione a quel principio che la Costituzione definisce "fondamentale" enunciato dell'articolo 2 della Costituzione nei termini seguenti: "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo... e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale". Il ruolo professionale assegnato ai medici (e a tutti gli operatori sanitari) è dunque quello di contribuire ad adempiere, a nome dell'organizzazione sociale, agli "inderogabili doveri" di tutela della salute.

Questo richiamo al principio costituzionale dell'articolo 2 della Costituzione per quanto attiene ai doveri dei medici meriterebbe un adeguato approfondimento in sede deontologica. A parere di chi scrive sarebbe ormai maturo il tempo per rivedere il titolo IV del Codice ("Rapporti con i colleghi") in termini profondamente rinnovati e che vadano al di là delle semplici questioni tradizionali del rapporto tra curante e consulente, tra curante e medico ospedaliero, ecc. Ricordiamo come al rapporto tra i medici i primi Codici dedicassero gran parte degli articoli, espressione, come si è detto, di una diffusa conflittualità. Prendiamo atto, positivamente, della progressiva riduzione del numero degli articoli che nelle ultime edizioni del Codice è passato da 21 (1995) a 10 (1998), fino agli attuali 7 articoli. Manca, tuttavia, la prospettiva dell'integrazione non solo tra i singoli medici, ma anche nell'ambito della medesima équipe (con i rilevanti problemi del così detto "affidamento") e tra équipes diverse. Anche il titolo V dovrebbe essere rivisto ed opportunamente rinnovato, con riferimento al "Rapporto con le altre professioni sanitarie", in considerazione anche delle numerose professioni sanitarie non mediche alle quali si accede oggi con laurea universitaria, che si sono dotate del rispettivo Codice Deontologico e che propongono problemi nuovi e complessi sia in ordine alla identificazione delle loro competenze, sia nella relazione con le altre professioni e, in particolare, con quella medica. La prospettiva di un Codice comune (o, quantomeno, di parti comuni dei rispettivi Codici Deontologici) andrebbe opportunamente considerata.

Ma è ormai tempo di considerare anche il rapporto e l'indispensabile integrazione (culturale e operativa) con gli operatori sociali, nella consapevolezza che la tutela e la promozione della salute non possono essere affidate ai soli operatori sanitari.

Un'ultima considerazione va dedicata al ruolo e alle prospettive della riflessione deontologica. Negli ultimi 20 anni si è assistito ad una pregevole produzione di

commenti ad ogni nuova edizione del Codice di Deontologia Medica. Questi contributi hanno indubbiamente aiutato a rendere più vivo il dibattito sul ruolo e i contenuti del Codice nella duplice funzione che ad esso deve essere riconosciuta: indicare gli opportuni riferimenti (anche se non tassativi) per la valutazione della responsabilità disciplinare e delineare con frequenti opportuni aggiornamenti l'orientamento della Deontologia Medica dinnanzi ai problemi (vecchi e soprattutto nuovi) e alle responsabilità che il progresso scientifico e tecnologico e la maggior consapevolezza, nella popolazione, dei diritti umani propongono. In questi stessi anni – come rileva Fiori – anche la più attenta dottrina giuridica ha attribuito alle norme deontologiche un ruolo di determinazione e di specificazione di principi e di clausole generali dell'ordinamento giuridico. Le più recenti edizioni del Codice hanno suscitato un interesse crescente e stimolato pregevoli commenti tra i giuristi. Dal canto suo la giurisprudenza della Cassazione, in una fondamentale sentenza delle Sezioni Unite del 2002 (relativa alla valenza giuridica del Codice Deontologico Forense) ha definito le norme deontologiche: “vere e proprie regole giuridiche vincolanti nell'ambito dell'ordinamento di categoria”.

Ma poiché ci stiamo qui soffermando sulla rilevanza delle norme deontologiche in relazione ai principi costituzionali, ricordiamo che la Corte Costituzionale ha in diverse successive sentenze riconosciuto l'importanza e l'autorevolezza della “normativa elaborata dagli organismi professionali in campo di Deontologia Medica”. Da ultimo, con la sentenza n. 438/2008 (efficacemente richiamata da Barni) la normativa deontologica viene definita come “destinata a concretare, sul terreno del diritto positivo, le regole che costituiscono il prescrizionale per il medico, la cui inosservanza è fonte di responsabilità non necessariamente di tipo penale”. Del tutto favorevolmente devono essere quindi considerati gli interventi ed i pronunciamenti che in questi anni gli organismi istituzionalmente deputati a formulare indicazioni deontologiche hanno elaborato. Intendiamo riferirci, in particolare, al “manifesto di Padova sul multiculturalismo in medicina e sanità” (2007) e, da ultimo, al documento di Terni sul tema delle “dichiarazioni anticipate di trattamento” (2009). Da questo secondo documento traiamo, a conclusione del presente contributo, le efficaci e fondamentali affermazioni di carattere generale con le quali si sottolinea come “le previsioni del Codice di deontologia abbiano specifica forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e a legittimare le decisioni scaturite dall'insostituibile confronto tra curante e paziente” rivendicando “l'autonomia e la responsabilità del medico come garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti siano accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza e solidarietà”.

**BIBLIOGRAFIA**

- AA.VV., *Codice deontologico commentato*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2007.
- Baldini M., *Dai Galatei medici al Codice Deontologico*, in *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nel cinquantenario della ricostituzione (1946-1996)*, 1996, p. 87.
- Baldini M., Malavasi A., *I Galatei del medico e del paziente. Da Ippocrate al Codice Deontologico*, Viviani 2008.
- Barni M. (a cura di), Bioetica, *Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico*, Giuffrè 1999.
- Barni M., *Un Codice deontologico di chiara sostanza medico-legale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 29, 543, 2007.
- Barni M., *Auspici e prospettive di autogoverno deontologico*, in *Professione e Clinical Governance*, 16, 11, 2009.
- Barni M., *Dall'atto medico al testamento biologico; la rivincita della deontologia*, in *Riv. It. Med. Leg.* 31, 825, 2009.
- Bellelli A., *Codice di deontologia medica e tutela del paziente*, in *Riv. Dir. Civ.*, II, 579, 1955.
- Benciolini P., *Il diritto alla salute*, in *Pace, diritti dell'uomo, diritti dei popoli*, 2, 45, 1988.
- Benciolini P., *Il Codice di deontologia medica e la normativa italiana*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), 1999, p. 87.
- Benciolini P., *Aspetti deontologici della relazione medico-infermiere*, in *Riv. Diritto Professioni Sanitarie*, 3, 155, 2000.
- Benciolini P., *50 anni di deontologia medica*, in Bompiani A., *Formare un buon medico*, Franco Angeli 2006, p. 178.
- Benciolini P., *Attività medico-legale* (commento agli artt. 62 e 63 del Codice del 2006), in AA.VV., *Codice deontologico commentato*, C.G. Edizioni Medico Scientifiche 2007, p. 104.
- Benciolini P., *La responsabilità professionale del medico-legale: tra norme giuridiche, riferimenti deontologici e prassi operative*, in *Trattato di Medicina legale e scienze affini* (diretto da G. Giusti), Cedam 2009, p. 1179.
- Calcagni C., Cecchi R., *Deontologia medica. Dalla deontologia ippocratica alla Bioetica*, SEU 2008.
- Comporti G.D., *La deontologia medica nelle prospettive della pluralità degli ordinamenti giuridici*, *Riv. It. Med. Leg.*, 24, 863, 2002.
- Carrasco De Paula I., *Deontologia medica. Quale ruolo nell'era delle biotecnologie*, *Riv. It. Med. Leg.*, 31, 865, 2009.
- Documento di Pontignano (Siena, 5-6 febbraio 1999), in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 219.
- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, *Commentario al Codice di Deontologia medica*, 1955.
- Fineschi V., Marzi A., Mazzeo E., Dell'erba A., Manna P., *Il nuovo Codice di deontologia medica*, Giuffrè 1991.
- Fineschi V. (a cura di), *Il codice di deontologia medica*, Giuffrè 1996.
- Fiori A., Marchetti D., *Medicina legale della responsabilità medica. Nuovi profili*, Giuffrè 2009.
- Iadecola G., *Il Codice Deontologico del Medico*, Cedam 1995.
- Iadecola G., *Le norme della deontologia medica: rilevanza giuridica e autonomia di disciplina*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 29, 551, 2007.
- Introna F., Tantalo M., Colafigli A., *Il Codice di deontologia medica del 1995 commentato con leggi e documenti*, Giuffrè 1996.
- Introna F., *Il medico e le regole di buona creanza, ovvero il Galateo dei Medici* ("Galateo dei Medici" del dott. Pasta, Tipografia della Minerva, Padova 1821), *Riv. It. Med. Leg.*, 19, 833, 1997.
- Introna F., *I cento anni del Codice Deontologico*, *Riv. It. Med. Leg.*, 27, 951, 2005.
- Norelli G.A., Dell'Osso G., *Codice Deontologico e Deontologia Medica*, Giuffrè 1980.
- Paci A., *Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale medico*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico*, (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 103.
- Paci P., *Luci ed ombre del codice di deontologia medica*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 25.
- Pagni A., *Il codice deontologico e la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*, in *Bioetica, Deontologia e Diritto per un nuovo Codice professionale del Medico* (a cura di M. Barni), Giuffrè 1999, p. 3.
- Pagni A., *Il codice deontologico nell'epoca della tecnologia, della bioetica e della democrazia*, in *Professione e Clinical Governance*, 17, 3, 2009.
- Procino R., *I codici deontologici in Italia. Il percorso di una evoluzione*, in *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nel cinquantenario della ricostituzione (1946-1996)*, 1996, p. 107.

#### DONATELLA LIPPI

Professore associato di Storia della Medicina, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze. È Direttore del Centro di Facoltà di Medical Humanities e vicepresidente della Società Italiana di Storia della Medicina. Giornalista pubblicista, collabora regolarmente col *Sole24Ore Sanità*, con la rubrica *Evidence Based History of Medicine*. Visiting Professor in Università europee e americane, è autore di circa 250 pubblicazioni, tra cui numerose monografie e articoli pubblicati su riviste internazionali. È responsabile del *Progetto Medici* per l'Ateneo fiorentino.

# Tra necessità e consuetudine: per una storia del Giuramento medico

DONATELLA LIPPI

*E fu temuto  
sulla polve degli avi il giuramento*  
Ugo Foscolo

I linguisti hanno spesso cercato di definire la differenza fra il linguaggio umano e quello animale. Il linguaggio delle api, ad esempio, codice di segnali fisso, il cui contenuto è definito una volta per tutte, è stato contrapposto alla lingua umana, che si declina in una morfologia e si lascia analizzare in morfemi e fonemi, la cui combinazione permette una “potenzialità di comunicazione virtualmente infinita”. Eppure, la specificità del linguaggio umano, rispetto a quello animale, non può risiedere soltanto nelle peculiarità dello strumento, che il procedimento analitico può evidenziare anche in un linguaggio animale; questa differenza risiede nel fatto che l’uomo ha trasformato la lingua nella sua potenza specifica, ha messo in gioco nel linguaggio la sua stessa natura<sup>1</sup>.

Nelle teogonie e nelle cosmogonie del passato, la “parola” ha un’importanza determinante, raggiungendo nel concetto di *logos/verbo* la sua massima espressione. Il vivente, che si è scoperto “parlante”, è artefice e, nello stesso tempo, responsabile delle sue parole e, votandosi al *logos*, si autodefinisce come depositario di un

linguaggio. Nel momento in cui si distinguono e si articolano insieme vita e linguaggio, azioni e parole, si esalta il carattere più alto della nostra umanità: l'elemento decisivo, che rende il linguaggio umano peculiare non è, quindi, nella sua duttilità strumentale, ma nella relazione etica che si stabilisce fra il parlante e la sua lingua, in base alla quale l'uomo assume e fa propria la parola, in un nesso di significato e significato. L'uomo, che accetta di confrontare la sua lingua alle sue azioni, si mette in gioco e questa è la prima promessa, la prima *sacratio*, con cui si legano insieme, in un nesso etico, le parole, le cose e i comportamenti: è una sorta di patto, di giuramento, che va inteso, in questa prospettiva, come un vero e proprio operatore "antropogenetico". Religione e diritto hanno poi tecnicizzato questa esperienza antropogenetica della parola nel giuramento e nella maledizione come istituzioni storiche, in senso tecnico, in un gioco continuo di divisione e di opposizione, in un incontro tra *religio* e *ius*, da cui scaturirà il fiorire di una intera giurisprudenza.

In via generale, infatti, il giuramento, nella sua configurazione tradizionale, si presenta come un atto concluso in termini solenni ed a "struttura triadica", che implica il coinvolgimento di tre soggetti: colui che giura, che invoca la potenza sovrumana e si rivolge alla parte ricevente; la divinità, che funge da alto testimone; il soggetto – individuo o comunità – che riceve il giuramento.

*Est enim ius iurandum adfirmatio religiosa; quod autem ad firmante quasi deo teste promiseris, id tenendum est* (Cic. De off. 3.104).

Nel giuramento, quindi, si verifica una compenetrazione di elemento umano e di elemento sovrumano, tanto che questa istituzione valica l'ambito del diritto, per coinvolgere quel *continuum* magico-religioso-giuridico, che è caratteristica delle civiltà antiche: attraverso la progressiva laicizzazione di questa istituzione, si assiste poi, progressivamente, al suo utilizzo in ambito secolare, pubblico e privatistico.

Non è un caso che non esista, nelle lingue indoeuropee, un termine comune, che si riferisca a questa nozione e la discrepanza tra l'estensione del giuramento a tutte le civiltà del passato e la mancanza di una forma lessicale condivisa sembrano poter essere spiegabile con il suo carattere di "rito che garantisce e sacralizza un'affermazione".

Mentre, quindi, l'intenzione è sempre la stessa e consiste nell'attribuire un valore speciale alla propria affermazione, la forma può essere suscettibile di variazioni. Il diritto romano, ad esempio, contemplava una profonda differenza tra il termine *sacramentum*, la consacrazione agli dèi, la cui trasgressione avrebbe comportato la loro vendetta, e l'espressione *iurare*, che consisteva nella ripetizione di una formula e che necessitava di due soggetti: il primo di questi avrebbe pronunciato la formula (*ius*) e il secondo avrebbe compiuto l'azione di *iurare*, cioè

di ripeterla.

Le origini di questa prassi affondano le loro radici in epoche antichissime e si articolano in situazioni e contesti estremamente diversificati.

In questo percorso, però, sembra esistere una sorta di cesura: Paolo Prodi, infatti, apriva la sua storia del “sacramento del potere” con la constatazione che noi rappresentiamo, oggi, le prime generazioni che vivono nella collettività senza il vincolo del giuramento, senza, cioè, quel nesso che, attraverso il giuramento, univa, in un rapporto etico e non solo cognitivo, l'uomo alla sua lingua: da qui, la continua necessità, del nostro mondo, di formulare dispositivi legislativi<sup>2</sup>.

Non è, quindi, strano che si torni oggi a parlare della necessità di un giuramento, da parte di tutti i dipendenti del pubblico impiego, per i quali si annuncia che, al momento dell'assunzione, dovranno prestare un giuramento di fedeltà alla Repubblica, come prevede il collegato alla Finanziaria 2010 e come già fanno alcune categorie: per i medici, questo potrebbe essere il secondo giuramento, che verrebbe a sommarsi a quello professionale, la cui storia viene fatta tradizionalmente risalire al cosiddetto “Giuramento di Ippocrate”. In alcuni casi, potrebbe essere il terzo.

*Non prendan li mortali il voto a ciancia*  
(Dante, Par. V, 64)

L'importanza che riveste oggi il cosiddetto giuramento di Ippocrate o le dichiarazioni moderne che da esso hanno avuto origine, continuerà probabilmente a essere oggetto di dibattito fra gli studiosi: l'elemento che caratterizza questo dibattito, avviato in un passato molto lontano, è la mancanza di un confronto diretto tra coloro che si sono occupati dell'argomento. Filologi, medici, storici della medicina, bioeticisti, giuristi si sono confrontati con questo testo, che ha da sempre esercitato un fascino particolare, per il messaggio di cui sembra essere portatore e per quello spirito di appartenenza, che ha da sempre unito la classe medica. Ognuna di queste categorie, però, ha sempre privilegiato il proprio settore: i filologi hanno curato le edizioni e la *traditio* del testo; i medici hanno riflettuto sulla sua attuale validità; gli storici della medicina ne hanno fatto uno strumento per la ricostruzione della medicina ippocratica; i bioeticisti hanno focalizzato il loro apporto sull'analisi dei valori umani e morali; i giuristi hanno analizzato le sue implicazioni professionali.

Ne è scaturita una produzione quantitativamente molto consistente, ma spesso scoordinata e parziale, non sempre suffragata dalle conoscenze delle problematiche, che emergono a seconda di come si affronti lo studio di questo scritto<sup>3</sup>.

Qualunque riflessione, invece, non può prescindere da una considerazione criti-



ca e consapevole del contesto e del contenuto di questo documento, che costituisce una tappa fondamentale nella formulazione del rapporto paternalistico tra medico e malato.

Allo stesso modo, non si può eludere il confronto con gli altri testi a contenuto etico che, nel quadro dell'esercizio della medicina ippocratica, sono individuabili all'interno del *Corpus* e che hanno contribuito a fare di Ippocrate l'antesignano di un rapporto particolare che lega medico e paziente: tra tutti gli scritti con questo carattere, quello che ha riscosso maggiore fama, però, è il cosiddetto Giuramento, che apre una questione estremamente interessante, in quanto ancora oggi i neo-medici sono chiamati, spesso, a giurare sulla base di questo testo, che propone grandi problemi interpretativi e che, proprio per l'assunto metodologico tra passato della medicina e il suo esercizio attuale, deve essere necessariamente riconsiderato.

La validità del Giuramento, infatti, è stata discussa ed argomentata soprattutto in tempi recenti, da parte del mondo medico, che ha contribuito ad una sua idealizzazione, rendendolo un documento di etica medica atemporale; la ricerca del *milieu* culturale a cui questo scritto appartiene rappresenta un argomento ancora attuale, in quanto è innegabile che, all'interno del *Corpus*, il Giuramento occupi un posto estremamente peculiare, mostrando anche delle palesi contraddizioni con altre opere del *Corpus* stesso.

Già nel I secolo d. C., il Giuramento viene citato da numerosi Autori, da Scribonio Largo, a Erotiano, che lo attribuiscono implicitamente a Ippocrate, a Sorano di Efeso: in realtà, la datazione stessa del documento è controversa e non può essere considerata totalmente affidabile la presunta allusione delle *Thesmoforiazouse* di Aristofane, in cui si fa riferimento a un giuramento della "comunità di Ippocrate", data l'omonimia con un Ippocrate ateniese, citato in un'altra opera del grande commediografo, le *Nuvole*.

Le ricerche di Karl Deichgräber e Ludwig Edelstein hanno messo in crisi la lettura tradizionale del testo, polarizzando le varie interpretazioni tra la figura di un ideale "medico apollineo" e quella di un "medico pitagorico", dando vita ad una produzione di letteratura secondaria sull'argomento estremamente feconda, che, in questi ultimi anni, si è ulteriormente arricchita, proprio per le istanze di carattere etico e deontologico che la Medicina di oggi propone<sup>4</sup>.

### IL "GIURAMENTO DI IPPOCRATE"

Nell'esame del documento è di primaria importanza una sua suddivisione in paragrafi, che consenta di isolare la parte introduttiva e quella conclusiva (vedi testo), tipiche del giuramento solenne; nella introduzione sono citati due termini, ὄρκος, giuramento, e ξυγγραφή, impegno, stabilendo tra essi un preciso rap-

porto di forma e contenuto, per cui il giuramento, ὄρκος, è il contenitore formale e strutturale di una ξυγγραφή, che ne specifica il contenuto<sup>5</sup>.

Da un punto di vista tipologico, si ripropone lo schema di una promessa solenne, pronunciata davanti alle divinità, a cui si fa appello come testimoni. Igea e Panacea diventano quindi simbolo delle due possibilità operative su cui poteva indirizzarsi la scienza medica degli Antichi, igiene e terapia, e, chiamate a testimoni dell'esecuzione della promessa, in senso positivo o negativo, vengono evocate in nome di una responsabilità che non implica conseguenze giuridiche, né esclusivamente morali: è la *doxa* del medico, la sua autorevolezza, ad essere irrimediabilmente inficiata in caso di inadempienza.

La suddivisione della parte centrale del testo diventa, invece, più soggettiva, in quanto è possibile dare maggiore o minore rilevanza ad elementi diversi; la interpretazione più accreditata, alla luce degli ultimi studi, contempla una suddivisione in quattro grandi sezioni: *Introduzione*, ξυγγραφή, θεραπεία, *Conclusione* e, all'interno della θεραπεία, cinque scansioni: una iniziale tripartizione in regime di vita-farmacologia-chirurgia, dove quest'ultima sembra segnare una frattura nel ritmo intellettuale del Giuramento, cui seguono, simmetricamente, la parte dedicata alla visita domiciliare ed al segreto.

La funzione della δίαιτα è quella di regolare la vita del paziente, per evitare il male e promuovere la salute, perchè senza la salute fisica non è possibile nemmeno il bene morale, per cui la δίαιτα viene a promuovere anche la δόξα, la giustizia intesa in senso socratico, come adattamento all'ordine della natura, fisica e morale.

Le malattie non curabili con la δίαιτα necessitavano del φάρμακον, che era capace di curare l'infermità e di procurare la morte di persone sane: da qui, l'interdizione di provocare la morte, con farmaci, di adulti o feti, in modo da mantenere la vita e l'arte "casta e pura".

Se il criterio di giustizia era strettamente legato alla δίαιτα, al regime di vita, qui si ha un principio di santità in senso socratico, di ciò che è gradito alla divinità ed è legato al concetto di φάρμακον, con il suo significato medico, tecnico, di utilizzazione dei prodotti naturali, che necessitano della purezza del medico, perchè le virtù, le δυνάμεις del farmaco sono manifestazioni della δύναμις divina; la nozione di δίαιτα non aveva implicazioni religiose, ma ora si esige la virtù religiosa per antonomasia, la santità.

Ordine giusto ed ordine santo sono riscontrabili simmetricamente nei paragrafi relativi alla visita domiciliare ed al segreto; nel primo di questi, si sottolinea la volontà di "rifuggire da ogni sospetto di ingiustizia", mentre, nel secondo, l'espressione ἄρρητα, cosa sacra, riconduce al principio della santità.

L'interpretazione tradizionale del Giuramento aveva sottolineato la volontà di sal-

vaguardare la vita da parte del medico ippocratico, astenendosi dal somministrare farmaci o pessari abortivi e dalla pratica chirurgica: se la proibizione della eutanasia e dell'aborto ben si sposavano con problematiche ben identificabili, tanto da non richiedere un approfondimento interpretativo, l'interdizione dall'esercizio chirurgico ha sempre rappresentato una difficoltà, in quanto non erano facilmente evidenziabili le sue conseguenze negative a livello ideologico.

Intendere il passo come una generale proibizione della chirurgia contrasta con quanto sostenuto altrove nel *Corpus*, dove vengono menzionati vari tipi di interventi; qualora l'interdizione sia limitata alla litotomia, è difficile sostenere che questa implicasse la castrazione del paziente, tanto da essere, appunto, proibita. Anche eutanasia ed aborto suscitano un interessante dibattito, in quanto si oppongono, in parte, a quanto sostenuto altrove nel *Corpus*, ma, soprattutto, ad un uso comunemente invalso nel mondo greco, dove non esisteva una precisa regolamentazione in proposito.

Edelstein aveva costruito la sua teoria proprio avvalendosi della coincidenza di queste tre interdizioni con la dottrina pitagorica, mentre, nella sua salvaguardia della vita umana, aveva contribuito a creare la figura di un "medico apollineo", in cui calare l'ethos di tutta la classe medica, anche in tempi recenti.

Per questo era stato sottolineato come non si tratti di un documento esemplificatorio di una *Durchschnittethik*, di una etica media, quanto dell'espressione di una casta nobile e patrizia; molte delle affermazioni, a questo proposito, appaiono estremamente discutibili: paternità, datazione e contenuti sollevano ancora oggi molti dubbi, ma la recente rilettura in chiave etica ha permesso una riconsiderazione originale dell'opera stessa, sottolineando il suo carattere religioso-sacerdotale, permeato da un marcato paternalismo.

L'aspetto religioso dell'opera viene ad essere confermato dal ritrovamento: in un'iscrizione venuta alla luce a Filadelfia, in Lidia, in un santuario dedicato alla dea Agditis, del I secolo a.C., sono espressi gli stessi principi del Giuramento; l'esame delle prospettive etiche del mondo classico, pertanto, non è risolutivo per rintracciare in una determinata dottrina filosofica una matrice ideale univoca del Giuramento<sup>6</sup>.

Una recente spiegazione del Giuramento sottolinea, invece, il carattere indoeuropeo di questo testo, interpretato come espressione di un movimento di reazione al declino della professione medica, avvenuto nella società greca tra V e IV secolo a. C., quando si era reso necessario richiamare al rispetto di reciprocità e condivisione<sup>7</sup>.

È, quindi, verosimile sostenere che si trattasse dell'espressione di un movimento elitario, collocabile tra V e IV secolo, con una forza, però, limitata, soprattutto per quanto riguarda le proibizioni imposte, che non dovevano essere vincolanti,

se non per una parte molto ridotta dei medici, a cui spettava un potere discrezionale soggettivo.

Componente religiosa ed influenza pitagorica sono le ideologie più vicine all'ispirazione del Giuramento, che deve la sua *fortuna* alla Cristianità, i cui principi morali coincidevano con gli assunti del Giuramento stesso: resta, inoltre, di importanza fondamentale la collocazione del testo nella prassi didattica del tempo.

Con l'avvento della civiltà urbana, l'insegnamento medico si era organizzato, infatti, all'interno della città, ma perpetuava la tipologia familiare ed aristocratica dell'età precedente, in quanto mancavano un insegnamento istituzionalizzato e dei titoli che autorizzassero all'esercizio della professione; anche lo stesso Ippocrate aveva avuto la sua formazione all'interno della famiglia degli Asclepiadi di Cos e, a sua volta, aveva iniziato all'arte medica i figli Tessalo e Dracone.

Successivamente, l'insegnamento si aprì anche a membri esterni alla famiglia: molto probabilmente, le garanzie che il maestro esigeva erano riassunte nel testo di quel Giuramento, che doveva essere stipulato nel momento in cui un adepto veniva accolto nella cerchia dei discepoli: da questo punto di vista, appare come l'espressione dell'apertura della scuola medica originariamente familiare anche ad altri membri.

Questo sistema, del resto, non era peculiare di Cos, ma anche di Cnido: il primato di Cos e Cnido cominciò, però, progressivamente a decadere, nel corso del IV secolo, quando alle piccole città si sostituirono i grandi regni ellenistici e le loro rispettive capitali, come Alessandria e Pergamo.

#### NON HABEBO SOCIETATEM CUM ALIQUO APOTHECARIO

Nei primi secoli del Medioevo, la trasmissione del Giuramento al mondo occidentale diventa complessa. Molti frammenti del Giuramento sono venuti alla luce in alcuni manoscritti latini: citazioni indirette sono reperibili relativamente a Gregorio di Nazianzo, che riferisce come suo fratello Cesario si fosse rifiutato, da cristiano, di pronunciare il Giuramento di Ippocrate ad Alessandria, dove aveva studiato Medicina; anche San Girolamo, in una lettera a Nepotiano, un ex-soldato che aveva intrapreso la carriera ecclesiastica, fornisce dei suggerimenti di comportamento, che riflettono l'eco del Giuramento.

In realtà, dall'esame dei trattati del *Corpus* e della loro *traditio*, emerge come il Giuramento rivestisse un ruolo marginale nello sviluppo del pensiero e della pratica medica di questo periodo.

La *fortuna* del Giuramento, trasmesso al mondo medievale, è, invece, provata dalla crescente diffusione di testi, che propongono uno schema apparentemente analogo, pur nella difformità dei contenuti, adeguati al diverso contesto.

Appartiene a questa serie di testi il *Giuramento di Asaph*, inserito alla fine del *Libro di Asaph il medico*, probabilmente da identificare con Asaph ben Berachyahu, un medico ebreo forse originario della Siria, vissuto tra il III e il VII secolo d. C..

Differente nell'impostazione, la *Pregghiera quotidiana del medico*, di autore sconosciuto, è difficilmente collocabile anche dal punto di vista cronologico, anche se attribuita a Mosè Maimonide (1135-1204).

Una parafrasi in ebraico del Giuramento di Ippocrate, invece, attestata in un manoscritto del XV secolo, di autore anonimo, redatto dallo scriba Dosa ben Joseph, non ripropone la formula del giuramento vero e proprio, ma allude al patto e ne ribadisce i contenuti, per quanto con alcune modifiche e integrazioni: aiuto al sofferente, divieto dell'uso di veleni, proibizione dell'aborto e di abuso sessuale nei confronti della moglie/figlia/serva del malato e importanza del segreto professionale costituiscono punti di contatto con la tradizione ippocratica. Il testo in questione, però, omette qualunque riferimento alla trasmissione del sapere in linea familiare, specificando una notazione in merito alla remunerazione economica, che è estranea alla versione greca: altri elementi, più pertinenti all'ambito della condotta di vita del medico, acquistano particolare importanza per la comprensione di questo testo, come il richiamo a prestare la stessa cura a tutti i sofferenti, senza distinzione di classe, il dovere di mantenere una condotta irreprensibile, l'obbligo dell'aggiornamento e dello studio continuo. Nessun riferimento, invece, viene fatto alla litotomia, così come le clausole finali risultano cassate<sup>8</sup>.

L'insieme di queste varianti e di queste interpolazioni conferma come, con l'avvento delle religioni monoteiste e il risveglio delle responsabilità sociali nell'arte sanitaria, la tradizione ippocratica venisse recuperata e arricchita, però, di spunti maggiormente confacenti alla sensibilità coeva.

Due avvenimenti nel corso del Medioevo comportano, infatti, una novità fondamentale: la nascita delle Università e l'affermazione della figura del chirurgo. Durante i secoli del Basso Medioevo, nel momento in cui i monaci e i religiosi non erano più erogatori di assistenza medica, in quanto, con la nascita delle Università, si accreditava un professionista laico, *doctus atque peritus*, alcuni testi segnalavano il carattere che la Medicina, come professione, andava progressivamente assumendo, unitamente al comportamento che il medico avrebbe dovuto assumere nei confronti del malato.

All'interno del *Flos Medicinae*, che fa parte della raccolta anonima di versi nota come *Regimen Sanitatis Salernitanum*, stratificatosi nel corso di alcuni secoli, si enunciavano le regole, gli atteggiamenti e le forme dell'apparato esteriore, che avrebbero garantito il successo del professionista, mettendolo in guardia dalla

concorrenza del ciarlatano, “ignorante, non abilitato”. A Salerno si era formato anche Egidio di Corbeil, uno dei medici francesi più famosi tra XII e XIII secolo, autore di un testo, *De laudibus et virtutibus compositorum medicaminum*, in cui richiamava il medico al rispetto di un comportamento irreprensibile nei confronti del malato: riguardo all'onorario, Egidio proponeva al medico di differenziare le sue prestazioni, a seconda dello status del paziente, senza venir meno ai suoi obblighi verso i poveri e alla gratitudine verso Dio. Numerosi autori richiamavano, ancora, a sapere e onestà, tra i doveri morali degli addetti a una professione, che, da *donum Dei*, si stava consolidando in modo autonomo e presentava innegabili meriti di eccellenza.

In realtà, l'atteggiamento paternalistico che caratterizzava il medico e che, progressivamente, si estende anche al chirurgo, viene ribadito in modo deciso: Henry de Mondeville (1260-1320) inaugura un *topos* che sarà molto frequente inseguito, descrivendo, infatti, il “buon malato” e sottolineando come i pazienti debbano “ubbidire ai chirurghi in tutto ciò che riguarda la cura delle loro malattie; non devono opporsi alle loro operazioni o ai loro consigli, anche perché ciò è sgradito ai chirurghi e li rende indifferenti, e l'operazione diventa pericolosa”.

Nelle *Constitutiones Regni Siciliae* elaborate alla corte di Federico II, si osserva che il medico avrebbe dovuto giurare di “seguire le norme della curia”, astenendosi dal costituire società con i farmacisti. Sia i medici sia gli speciali avrebbero dovuto prestare il giuramento di sottostare al controllo messo in atto dall'autorità statale, grazie all'opera di due ispettori preparati e degni di fede, di nomina imperiale.

Anche nello *Statuto dei medici e degli speciali in Venezia* scritto nell'anno 1258, era prevista la prassi di un giuramento del medico, pronunciato sui “Vangeli santi di Dio”, in cui, oltre al richiamo all'onestà, era previsto l'obbligo di assumere la cura di un malato, solo dopo aver accertato che questi avesse assunto i sacramenti.

### GLI STATUTA

Questa necessità veniva nuovamente ribadita dopo il Concilio di Trento, nel 1566, nella costituzione emanata dal Pontefice Pio V, che prescriveva che “tutti i medici, ogni volta che siano chiamati per curare infermi che giaceranno a letto, gli abbino d'avvisare che si confessino”: il mancato adempimento a questa norma implicava rigorose sanzioni e al suo rispetto era necessario ottemperare attraverso un giuramento, nel momento in cui lo studente si addottorava.

Dovevano prestare giuramento anche coloro che si iscrivevano per la prima volta alla Corporazione dei Medici e Speciali, a Firenze, mentre due formule di giuramento, una per i dottorandi ed una per il protomedico, erano previste negli



*Statuta Romani Collegii Physicorum, nuper reformata*, del 1595.

A prescindere dalla diffusione del Giuramento, nel Rinascimento furono scritte numerose opere relative all'etica medica, dalla *Introductorium sive ianua ad omne opus practicum* (c.1440) di Cristoforo Barzizza di Bergamo, lettore a Padova, agli aforismi inseriti da Alessandro Benedetti nelle *Collectiones medicinae* (c.1493), fino all'opera di Gabriele Zerbi *De cautelis medicorum* (1495)<sup>9</sup>.

Numerosi testi apparvero anche nella seconda metà del XVI secolo e agli inizi del Seicento: tra questi, il trattato *De optimo medico*, di Joannes Siccus (1551) e l'opera *De Christiana ac tuta medendi ratione* di Giovanni Battista Codronchi (1591), il *Medicus politicus* (1614) del portoghese Rodrigo de Castro e le *Quaestiones medico-legales* (1621-1651) di Paolo Zacchia.

Questi scritti, in realtà, possono essere considerati documenti di eccezionale importanza per la comprensione delle concezioni etiche e deontologiche del medico durante i secoli del Rinascimento, riproponendo spunti dell'etica ippocratica, contestualizzati e declinati secondo la sensibilità del tempo.

Dopo che l'approccio filologico, che caratterizza gli *Studia Humanitatis* rinascimentali, aveva recuperato il Giuramento, inserendolo all'interno del dibattito sulla figura storica di Ippocrate, nel processo di costituzione del *Corpus Hippocraticum*, la sua influenza diventa, infatti, molto più sensibile, tanto che ben quattro versioni del testo greco vennero diffuse e ciascuna con una specifica *traditio* dei manoscritti: il *Textus Receptus*, che è la versione più diffusa; una versione poetica in esametri; un giuramento "cristiano"; una sorta di giuramento derivato da un papiro del III secolo d.C..

Una prima traduzione latina venne prodotta a Napoli tra il 1308 e il 1345 da Nicolò Di Theoprepos da Reggio; la seconda venne realizzata da Nicolò Perotti nel 1454; una versione in esametri latini è opera di Giovan Francesco Lombardo, di Napoli, mentre, nel 1480, Andrea Brenta sosteneva che la sua traduzione fosse stata condotta su un manoscritto originale, conservato presso la Biblioteca Vaticana.

Con la diffusione della stampa, anche il Giuramento conobbe una divulgazione più ampia e più regolare, in appendice alle edizioni delle opere ippocratiche, ma è solo nel XVI secolo che guadagnò una posizione veramente significativa, tanto da generare i commenti di Erasmo da Rotterdam (1499), Paracelso (1539), Thomas Linacre (1538), François Rabelais (1543): parallelamente alle edizioni del testo, si moltiplicavano, infatti, anche i commenti, a riprova del nesso tra la affermazione della professione medica e la necessità di un testo, in cui identificarsi come categoria<sup>10</sup>.

La prima data certa in cui il Giuramento venne pronunciato in un contesto accademico è il 1508: nella Facoltà medica di Wittenberg, Martin Pollich von Mel-



lerstadt, che ne era rettore e docente, utilizzò buona parte del formulario ippocratico e così avvenne a Basilea nel 1570, dove venne adottata una versione, che sostituiva “Apollo medico ed Asclepio” con la Trinità, secondo una prassi che rimase in vigore fino al 1868.

A Heidelberg era compito del rettore garantire di adeguarsi ai dettami del Giuramento, mentre a Jena, fino al 1785, erano chiamati a pronunciarlo gli studenti, nel momento dell’immatricolazione. Se fu la Germania lo sfondo di questo rinascita dell’interesse verso il Giuramento, perché proprio qui il fervore degli studi classici, in questo periodo, era particolarmente attivo e vivace, anche in Gran Bretagna il dibattito sull’utilizzo del Giuramento era molto sentito.

Tra la fine del Medioevo e l’inizio dell’Età moderna, quando la Medicina si era costituita come professione, infatti, strutturandosi come un “monopolio” legale e di esercizio, l’aspetto corporativo si era venuto consolidando in forme diverse dalle tradizionali *Gilden* o *Zünfte*, che, secondo la terminologia di Max Weber, indicavano le corporazioni di mercanti e di produttori. Si erano sviluppate, infatti, istituzioni diverse, come il *Royal College of Physicians* di Londra, fondato per volontà di Enrico VIII, per garantire la liceità dell’esercizio della Medicina: con questa forma associativa, non veniva a definirsi una nuova professione medica, ma si instaurava la sua fase burocratica, forte di un “corpo” perfettamente costituito e positivamente privilegiato.

Il dibattito sul Giuramento si rivelava, comunque, sempre molto attuale: nel 1771, John Morgan, durante il conferimento del primo dottorato in Medicina al College di Philadelphia, rimarcava come, nonostante il Giuramento ippocratico fosse adottato in numerose Scuole e Università, la “sua” istituzione non ne facesse alcun uso, in nome della libertà e dell’autonomia del medico. In realtà, la *Sponsio*, in molti contesti, incorporava soltanto alcuni passi del testo originale e, dal 1750 in poi, soprattutto in Germania, dove si svilupparono molte forme di Giuramento, le parole ippocratiche rimanevano soltanto un’eco lontana.

A Montpellier, a partire dal 1804, il dottorando avrebbe dovuto recitare il Giuramento ippocratico in latino, davanti a un busto di Ippocrate, promettendo di essere fedele alle leggi degli uomini e all’onore della professione. Questo esempio venne poi seguito anche da Parigi e da Strasburgo. Nel momento in cui il pensiero liberale aveva affermato la inapplicabilità del monopolio medico, infatti, i medici avevano intuito la chiara necessità di difendere questa posizione, fondata su un atteggiamento paternalistico, ormai consueto: i pazienti non possono giudicare razionalmente le capacità del medico, in quanto non hanno le conoscenze adeguate. Per questo, devono affidarsi al criterio della liceità ed è la stessa professione medica, che viene chiamata a esercitare una forma di autocontrollo competente e collegiale. Dall’*optimus medicus* della tradizione classica, si passava, al-

lora, alla figura del *medicus politicus*, prudente ed educato, rappresentante non dell'etica del suo gruppo, ma di quella etichetta che Thomas Percival (1807) riassumerà nelle forme più moderne dell'antico *medicus gratosus*, la cui eredità era ancora visibile nel *National System of Medical Morals* della *American Medical Association*, nel 1847.

La pubblicazione da parte di Émile Littré del *Corpus Hippocraticum* nella sua integrità riaprì la strada alla riconsiderazione ed alla diffusione del Giuramento: se Benjamin Rush, nel 1806, richiamava i suoi studenti a fare tesoro dell'eredità ippocratica nel loro agire quotidiano, nel 1853, in un incontro della *American Medical Association*, venne proposta l'adozione del Giuramento, che, però, non venne accolta.

In realtà, proprio in quegli anni, le medicine “non ortodosse”, in particolare l'omeopatia, stavano lanciando una campagna di durissimi attacchi al codice, che venne, quindi, revisionato ed abbreviato<sup>11</sup>.

Nonostante la progressiva emancipazione dell'etica medica americana dal paternalismo, il Giuramento veniva usato, tra 1850 e 1880, per la cerimonia di Laurea in molte Università, suscitando non poche polemiche, in quanto era considerato, da alcuni, pleonastico e ridondante e, da altri, invece, un utile *memorandum* nella quotidianità dell'esercizio della professione. A Londra, intanto, si levava la voce di John Round, del Battersea General Hospital, che sosteneva come, a causa del Giuramento ippocratico, si giungeva al paradosso che un veterinario potesse guadagnare più di un medico, in quanto svincolato degli obblighi del Giuramento: proseguiva, inoltre, mettendo in guardia i medici dal vincolarsi con questa forma di impegno, che era senza alcun dubbio un ostacolo all'incremento dei loro guadagni<sup>12</sup>.

Alcune indagini, svolte negli anni 1928, 1965, 1970, 1982, 1991 e 1994 nelle Università americane, hanno dimostrato come l'interesse per il Giuramento di Ippocrate e verso altre forme di giuramento medico sia notevolmente cresciuto, probabilmente proprio per le istanze bioetiche sollevate dalle conquiste della Medicina e per il cambiamento della compagine sociale. Se nel 1965, su 97 Scuole, 69 usavano un giuramento medico, nel 1977, su 128, lo usavano in 108 e, nel 1989, erano salite a 119, 60 delle quali “affermavano” di usare il Giuramento ippocratico. In particolare, in anni recenti, nelle Università americane è stata istituita la *White Coat Ceremony*, che ha luogo il primo giorno del cosiddetto *Freshman Year*: durante la cerimonia, ogni *Freshman* riceve dal Preside una toga bianca, interpretata come simbolo della Medicina. I *Freshman* poi devono alzarsi e recitare un giuramento, che, in molti casi è considerato il *Physician's Oath of Hippocrates*, ma che, in realtà, ne ripropone solo il nome, essendo stato rinnovato nei contenuti, in forma “politicamente corretta”<sup>13</sup>.

Da una parte, quindi, l'aspetto celebrativo e formale mantiene un certo fascino; dall'altra, il richiamo al cosiddetto giuramento ippocratico sembra, in molti casi, offrire una risposta a quei dilemmi che, in passato, non erano sentiti come tali, proponendosi, oggi, come punto di riferimento, in assenza di un univoco valore religioso corrispondente.

Un'ulteriore motivazione può essere individuata nella professionalizzazione implicita nel giuramento, che esclude tutte le categorie *altre*, e nel senso di appartenenza e solidarietà che unisce gli adepti ad uno stesso sodalizio<sup>14</sup>. Le dichiarazioni, infatti, gettano ponti, per avvicinare i professionisti, sempre più lontani, ciascuno chiuso nella propria specialità: non hanno valore legale, sono assolutamente anacronistiche, ma sono diventate un simbolo metastorico, a cui il pubblico dei non-medici guarda in modo ancipite, considerando il giuramento il segno di una chiusura di classe, oppure apprezzando la portata etica dei suoi assunti<sup>15</sup>.

L'autore del Giuramento "di Ippocrate", in realtà, gettò le basi per lo sviluppo dell'etica medica, ma oggi una rivisitazione della formula diventa assolutamente ineludibile, nello spirito e nei valori, al di là di una fraseologia inappropriata, che non può servire e ispirare i medici di oggi.

#### DAL GIURAMENTO, AI GALATEI, AL CODICE DEONTOLOGICO

Repertori e rassegne di giuramenti medici e dichiarazioni, promesse solenni e impegni si sono, pertanto, succeduti nel corso del tempo, a dimostrazione della esigenza della classe medica di riconoscersi e identificarsi in un testo ideale di riferimento<sup>16</sup>.

A questo tipo di responsabilità, si è poi aggiunta, in tempi recenti, la formulazione del Codice Deontologico della professione medica, che apparve per la prima volta, in Italia, nel 1903, con il *Codice di Etica e Deontologia*, redatto dal Consiglio dell'Ordine dei medici di Sassari; a quell'epoca, l'Ordine dei medici non possedeva ancora la veste giuridica di ente di diritto pubblico, qualifica che acquistò solo nel 1910, con la legge istitutiva degli Ordini professionali. Già dal 1880, in realtà, gli Ordini dei medici avevano assunto tale denominazione, pur mantenendo la natura di associazioni volontarie e private, elaborando, attraverso le riflessioni di singoli professionisti, precise teorie in merito al corretto svolgimento della professione, soprattutto per contenere le continue critiche avanzate dal comune sentire contro i medici stessi.

La caratteristica fondamentale e senza precedenti di questo primo *corpus* autonormativo sardo, quindi, non risiede soltanto nella sua capacità di sistematizzazione, ma soprattutto nel carattere sanzionatorio delle sue disposizioni, dal momento che non si limitava a proporre dei comportamenti, ma ne imponeva il ri-

spetto. Il Codice sardo prevedeva, infatti, una sezione dedicata ai doveri e ai diritti dei sanitari verso il pubblico, una focalizzata sui doveri dei professionisti verso i colleghi e una riservata ai provvedimenti disciplinari nei casi di inadempienza. Il Codice di Sassari fu, in ordine di tempo, seguito da quello di Torino, nel 1912, e poi da numerosi altri, che ne seguirono il modello sistematico ed ideologico, per arrivare poi alla formulazione del Codice Deontologico attuale, la cui stesura risale al 2006.

Le motivazioni, che hanno portato alla formulazione di un Codice Deontologico, si intrecciano, ma solo in parte, con l'atteggiamento concettuale, che ha giustificato la prassi del Giuramento e i precedenti più diretti possono essere individuati, in una certa misura, in quella produzione letteraria, tipica del XIX secolo, che proponeva un determinato modello comportamentale del medico, indicando le modalità della sua condotta, in un approccio molto più sensibile ai dettami dell'etichetta, che non ad assunti etico-deontologici.

Il contesto in cui si verifica l'affermazione di questo genere letterario è quello della società italiana ed europea, tra Settecento e Ottocento.

Non a caso risale a questi anni, ma sarà un fenomeno ancora più vistoso in seguito, la produzione di una serie di memorie, prolusioni accademiche e galatei, in cui veniva raccolta la precettistica finalizzata a disegnare i contorni del medico e del paziente ideali, nei loro rapporti interpersonali e nei confronti della società.

La situazione, all'interno dei diversi Stati era, infatti, estremamente differenziata: la Corte asburgica, in particolare, proponeva un modello di relazioni esemplare. All'interno della Corte di Vienna, come nel Granducato di Toscana, questi rapporti, infatti, erano regolati in modo estremamente preciso e controllati dal puntiglioso rispetto di un regolamento, finalizzato anche ad assicurare il funzionamento del complesso apparato sanitario, considerato garanzia principale della sanità dello Stato e del singolo, in una sorta di estensione di una *medizinische Polizeilizei*, indicativa, contemporaneamente, delle aspettative, delle abitudini e dei diversi ruoli all'interno della relazione clinica del tempo.

La riforma degli studi medici, attuata nel Settecento in alcuni Stati, aveva creato, infatti, dei percorsi formativi, che rappresentavano anche la legittimazione del comportamento di incontrastata beneficialità del medico nei confronti del malato, riconoscendo chiaramente il medico, depositario di quel sapere accademico ufficiale, che lo distingueva da *empirici* e *ciarlatani*, e, per questo, fornito della massima autorità.

Questo atteggiamento di assoluto paternalismo del medico nei confronti del malato, può veramente essere il segnale importante della trasformazione della medicina, che avveniva in quegli anni e che si riverberava in quei testi apologetico-

propagandistici, di poco successivi, volti a rinsaldare l'immagine del professionista, esaltandone meriti, competenze e qualità.

Antesignani di quella letteratura che, nel giro di pochi anni, avrebbe dominato l'etichetta professionale del medico, i testi elaborati nel Settecento rappresentano una chiave di lettura particolare del rapporto medico-paziente e confermano come, mentre la medicina costruiva il suo sapere, il medico conquistava e consolidava il suo status.

La diffusione di questi testi negli Stati preunitari, in Italia, è ben rappresentata: scrivono un *Galateo* destinato ai medici il bergamasco Giuseppe Pasta (1791) e Luigi Petrini di Chieti (1824), a Milano Roberto Sava (1845) e Giuseppe De Filippi (1839) e, a Padova, Ferdinando Coletti (1853); redige, invece, un *Galateo* per gli ammalati il trevigiano Salvatore Mandruzzato (1821)<sup>17</sup>. Questa letteratura, variamente articolata anche sotto forma di trattati, lezioni inaugurali, catechismi e prolusioni accademiche, era finalizzata a far risaltare le qualità del medico ideale. Tali scritti ebbero toni diversi, ma traspariva costantemente la rappresentazione di una classe medica in cerca di una identità, compromessa dal ciarlatanismo, fiaccata da controversie intestine, bersaglio della irrisione popolare o dello scetticismo dei colti e, tuttavia, cosciente dell'urgenza di superare le opposizioni dottrinarie, per conformare la pratica a modelli unificanti, dimostrando e imponendo la dignità della categoria, contro l'esercizio abusivo della professione. Il paradigma generalizzante del "dover essere", proposto dai galatei, infatti, mirava a obiettivi ben precisi: molti di questi testi, colmi di encomi nei confronti dell'operato dei medici, avevano una finalità prevalentemente apologetico-propagandistica, tendendo a rinnovare la fiducia nelle capacità della classe medica, che era circondata da sfiducia e sospetto, avversione e rifiuto.

Si cercava di ottenere una legittimazione da parte dello Stato e degli utenti, per far riconquistare autorevolezza al medico, elogiandone meriti e sacrifici. Dato questo clima di generale diffidenza, i medici stessi erano profondamente demotivati e la professione risultava impaludata in controversie settarie: per questo, iniziarono a circolare testi, finalizzati a potenziare una rinnovata autoconsiderazione della classe medica, attraverso la fiducia nelle conquiste della scienza e del progresso. Ancora agli inizi dell'Ottocento, inoltre, la professione medica era compromessa dalla concorrenza di ciarlatani e impostori, contro i quali sono indirizzati molti di questi scritti, con una chiara funzione polemica contro l'abusivismo nell'esercizio dell'arte sanitaria. Contro i detrattori dei medici, vengono pubblicati, quindi, numerosi testi, volti a difendere l'intera classe dai suoi denigratori. A questo complesso di documenti a carattere difensivo, si aggiungevano quelli più autonormativi, che proponevano modelli di riferimento comportamentale, dal punto di vista deontologico e metodologico: negli anni tra Settecento e Ot-

tocento, gli studi medici furono caratterizzati da profonde modificazioni. Superata la contrapposizione tra medico-filosofo e chirurgo, nella unificazione della componente teorica con quella pratica, si rivalutava l'atto clinico, al letto del malato. Nello stesso tempo, diventava possibile accedere alle Facoltà di Medicina anche a nuovi strati della popolazione, membri del ceto medio e di quella piccola borghesia, che avrebbe costituito una classe professionale importante nel futuro Stato liberale. Nei confronti di questi *homines novi*, che non potevano contare su una tradizione familiare nella professione, si rendeva indispensabile fornire una educazione mirata e precisa, dal punto di vista etico e deontologico, ma anche metodologico. In molti di questi scritti, infatti, vengono forniti suggerimenti metodologici basilari, che andavano dal modo di raccogliere l'anamnesi e di interrogare i malati alle indicazioni per la prescrizione dei farmaci.

Questo atteggiamento educativo nei confronti dei medici si estendeva anche ai malati, nel momento in cui strati sempre più ampi della società iniziavano a rivolgersi al professionista accreditato: nei riguardi di questi nuovi pazienti, i medici stessi scrissero dei manuali di comportamento, in modo da fornire le regole per un corretto rapporto con il professionista della salute.

#### DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Come già successo in America, anche l'Europa si doveva confrontare con la necessità di principi di riferimento di etica – e deontologia – medica, che solo nel 1987 hanno trovato una prima esposizione alla *Conferencia International de Ordenes Médicas* di Madrid.

Su questo piano, quindi, il paternalismo era da tempo avviato a trascolorare. A partire dagli inizi del Novecento, inoltre, era diventato comune il termine “deontologia” applicato alla medicina, in un accostamento proposto da Maximilien Isidor Simon, nella sua opera *Déontologie médicale*, nel 1845: questo concetto venne divulgato proprio attraverso il *Codice di etica e deontologia* dell'Ordine dei medici della provincia di Sassari, che venne approvato dall'assemblea dell'Ordine il 26 marzo 1903. Nel corso del Novecento, la “carta dei doveri” attraversò i momenti fondamentali dell'evoluzione della scienza medica e della professione: la transizione dalla “piccola medicina” alla “grande medicina” può essere considerata l'elemento determinante di questo processo. Il grande sviluppo tecnologico, che ha prodotto innegabili conseguenze positive, e la nascita di specializzazioni sempre più raffinate, ma circoscritte, hanno modificato il rapporto tra il medico e il malato<sup>18</sup>.

Da una parte, il medico viene accusato di essere una sorta di appendice dello strumento, a cui affida spesso un ruolo esclusivo nella diagnosi, assumendo un atteggiamento di passività teorica. Al rischio del progressivo declino della logica



medica, si è accompagnata, inoltre, la proliferazione delle specializzazioni che, pur garantendo una acquisizione sempre più precisa delle conoscenze, minano l'organicità e l'unitarietà della prospettiva.

Questo passaggio dalla "piccola medicina" alla "grande medicina", attraverso la sempre maggiore specializzazione dei professionisti, ha avuto, quindi, effetti importanti anche sul ruolo occupato dal medico nella società e sui suoi obblighi e doveri. Nel momento in cui il sapere medico si è sviluppato ed arricchito, i problemi di ordine etico e deontologico si sono, infatti, moltiplicati, proponendo dilemmi sempre più complessi: i progressi avvenuti nelle discipline bio-mediche hanno, in effetti, rinnovato la riflessione in campo etico e deontologico. Le scanzioni istituzionali, di cui i medici sono stati protagonisti nel corso del Novecento, si riflettono inevitabilmente in questo dibattito: il 10 luglio 1910 erano stati istituiti gli Ordini provinciali dei medici, fondati su scala nazionale, e nel 1912 veniva abbozzato un Codice unificato, elaborato poi nel 1924. Delegittimati gli Ordini nei primi anni del Regime e soppressi nel 1935, il dibattito si consuma nei congressi delle Società scientifiche, per poi tornare ad essere rinnovato negli Ordini, ricostituiti nel settembre 1946: la "carta dei doveri" elaborata nel 1924 necessitava di essere rivista integralmente e la Federazione affidò questo compito al clinico medico di Roma Cesare Frugoni, non a caso presidente della Società Italiana di Medicina Interna. All'indomani della seconda Guerra Mondiale, veniva approvata dall'Assemblea generale dell'Associazione Medica Mondiale a Ginevra, nel 1948, e rivista vent'anni dopo all'Assemblea riunita a Sidney, una *Dichiarazione di devozione ai fini umanitari della Medicina*, in esplicito riferimento e contrasto, rispetto ai crimini commessi durante il conflitto. Nel 1958, anno in cui in Italia è istituito il Ministero della Sanità, veniva approvato anche il testo della nuova "carta dei doveri", in cui il medico era richiamato a quei principi di comportamento, che devono essere ispirati a "scienza e coscienza".

Anche il Codice Deontologico, come il Giuramento, si evolve, quindi, registrando le innovazioni che si producono nel mondo della Medicina e della Scienza, fino alla formulazione, sviluppata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici, nel 2006. Le modifiche apportate evidenziano la volontà di eludere i rischi del paternalismo, anche attraverso la terminologia, utilizzando il termine "cittadino", "persona assistita", "malato", per richiamare ai principi universali di riferimento. Alla introduzione del criterio di uso appropriato delle risorse economiche, che risponde all'obiettivo di redistribuzione delle risorse nell'interesse dell'intera collettività, nell'ottica di un principio di qualità dell'assistenza, è stata aggiunta la richiesta di assunzione del consenso scritto del paziente, in caso di prescrizione di farmaci non ancora autorizzati al commercio o per indicazioni non previste dalla scheda tecnica, purché l'efficacia dei farmaci stessi sia scientificamente do-



cumentata. Comparaggio e pubblicità diventano oggetto di specifica attenzione, così come la comunicazione preventiva dell'onorario professionale e il rispetto della tariffa massima prevista dai singoli Ordini. Il ruolo di vigilanza deontologica più ampio attribuito al presidente dell'Ordine appare basato su un rapporto fiduciario più stretto tra l'istituzione e gli iscritti, in nome di un principio di collaborazione, che va al di là del rapporto professionale, per ribadire il nesso interno alla categoria.

### I GIURAMENTI DI OGGI

Collegata alle disposizioni del Codice Deontologico, la versione rinnovata del Giuramento assume una particolare valenza, al fine di sensibilizzare i professionisti a una conoscenza profonda della normativa, anche attraverso il recupero della tradizione. Anche il testo del Giuramento richiama ai principi enunciati nel Codice, proponendosi come una solenne promessa, da assumere nel momento in cui il professionista si accinga ad iscriversi all'Ordine professionale e ad esercitare la professione.

È ancora aperto il dibattito relativo alla opportunità di usare un giuramento professionale, considerato, da alcuni, una promessa solenne, da pronunciare in un momento ufficiale quale la Laurea in Medicina e Chirurgia: questa operazione costituisce, *de facto*, una comunità morale, un gruppo di persone unite da un ideale comune e deve rappresentare anche una sorta di garanzia per la società. Il giuramento, inoltre, sembra mettere in secondo piano l'interesse personale ed è un *reminder* della continuità di una professione, le cui radici sono molto antiche<sup>19</sup>.

L'indagine, che è stata condotta a questo proposito da chi scrive nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia attivi in Italia nell'Anno Accademico 2009-2010, ha messo in luce una situazione relativamente diversificata\*.

La rassegna, che potrà essere suscettibile di approfondimenti mirati e di integrazioni, è stata condotta su tutti i Corsi di Laurea, ma due casi (Università del Molise e Università di Salerno) non sono stati computati, in quanto l'attivazione è troppo recente (I-IV anno) e il percorso formativo non è stato ancora completato. Il brevissimo questionario proposto prevedeva tre sole domande: la prima aveva un carattere estremamente generico, in quanto veniva richiesto soltanto se fosse previsto l'uso di un giuramento nel Corso di Laurea. Solo avendo risposto affermativamente a questa domanda, veniva sollecitata la risposta alle due domande successive, che chiedevano rispettivamente il tipo di giuramento usato (Ippocrate; Fnomceo; altro) e il momento in cui venisse pronunciato.

I risultati dell'indagine, espressi nei relativi grafici, confermano il generalizzato uso del giuramento "ippocratico", utilizzato al termine del percorso formativo,

\* Ringrazio tutti i Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia in Italia e i loro collaboratori, per aver aderito alla realizzazione dell'indagine.

durante la cerimonia di Laurea, anche se, talvolta, le risposte non sono sembrate particolarmente convinte (credo/forse/?). I referenti di sei Corsi di Laurea hanno voluto segnalare l'uso del Giuramento "di Ippocrate" durante la cerimonia di iscrizione all'Ordine.

Di contro a questa procedura, che ribadisce il fascino ancora esercitato da questo testo, per quanto non giudicato nella sua realtà profonda, ma solo nel suo valore più estrinseco, il giuramento proposto dalla Fnomceo, che viene utilizzato nel momento dell'iscrizione all'Ordine professionale e che rappresenta la soluzione più idonea, risulta praticato, nel Corso di Laurea, soltanto da una minoranza. I dati raccolti, comunque, per quanto disomogenei, vengono a confermare un interesse ancora ampiamente condiviso verso questa forma di impegno, ma sollecitano, nello stesso tempo, insieme al recupero della motivazione profonda, una valutazione critica, nel quadro di una riflessione etico-professionale, che trova nella Storia i suoi limiti e i suoi valori più alti.

GRAFICO 1

USO DEL GIURAMENTO NEL CORSO DI LAUREA  
IN MEDICINA E CHIRURGIA

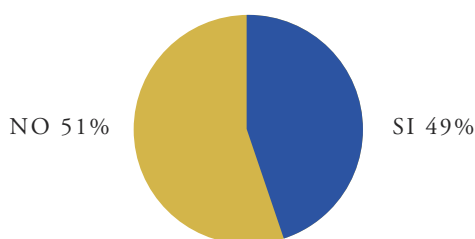


GRAFICO 2

USO DEL GIURAMENTO "DI IPPOCRATE" / FNOMCEO / ALTRO

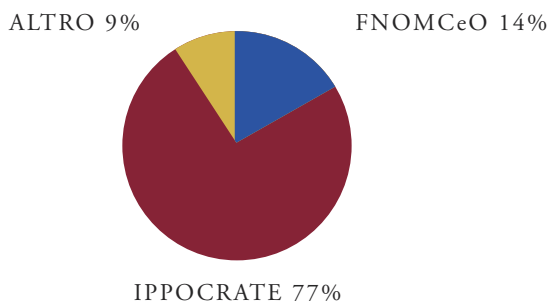
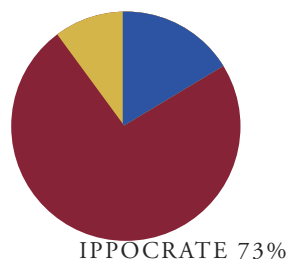


GRAFICO 3

MOMENTO IN CUI IL GIURAMENTO “DI IPPOCRATE” VIENE UTILIZZATO NEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

ALTRO 11% FNOMCeO 16%



GIURAMENTO FNOMCEO

CONSAPEVOLE DELL'IMPORTANZA E DELLA SOLENNITÀ DELL'ATTO CHE COMPIO E DELL'IMPEGNO CHE ASSUMO, GIURO

- DI ESERCITARE la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;
- DI PERSEGUIRE la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- DI CURARE ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;
- DI NON COMPIERE mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;
- DI ASTENERMI da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;
- DI PROMUOVERE l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica;
- DI ATTENERMI nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- DI METTERE le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina;
- DI AFFIDARE la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza e alle mie doti morali;
- DI EVITARE, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- DI RISPETTARE i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;

- DI RISPETTARE e facilitare il diritto alla libera scelta del medico;
- DI PRESTARE assistenza d'urgenza a chi ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'autorità competente;
- DI OSSERVARE il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato;
- DI PRESTARE, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.

#### GIURAMENTO "DI IPPOCRATE"\*\*\*

---

Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dei tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di quest'arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò loro quest'arte se essi desiderano apprenderla; di rendere partecipe dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli ed i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze ed il mio giudizio; mi asterrò dal recare danno ed offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di tale attività. In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati e mi asterrò da ogni offesa o danno volontario, e, fra l'altro, da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.

Di ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio, sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario che sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili. E a me dunque che adempio un tale giuramento e non lo calpesto sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato dagli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro.

\*\*\*Da LIPPI D., BALDINI M., *La Medicina. Gli uomini, le teorie, Bologna, II ed. 2006*

## BIBLIOGRAFIA

- 1 E. Benveniste, *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, II (1969) trad. it., Torino 1976
- 2 P. Prodi, *Il sacramento del potere. Il giuramento politico nella storia costituzionale dell'Occidente*, Bologna 1992
- 3 B. C. Bende *The Hippocratic oath*, in *BMJ* 1994, 309, pp. 953;  
P. Carrick, *Medical ethics in antiquity*, Dordrecht-Boston-Lancaster 1985;  
R. Crawshaw, *The Hippocratic oath*, in *BMJ* 1994, 309, pp. 952;  
W. H. S. Jones, *The doctor oath*, Cambridge 1924;  
L. Keränen, *The Hippocratic Oath*, in *Journ. Med. Hum.* 2001, 22, pp. 55-68;  
C. Lichtenthaler, *Der Eid des Hippocrates*, Köln 1984;  
D. Lippi, *Il Cosiddetto "Giuramento di Ippocrate"*, in *Medicina nei Secoli*, 1993, V.3, pp. 329-343;  
I. Loudon, *The Hippocratic oath*, in *BMJ* 1994, 309, pp. 414;  
H. Markel, *'I swear by Apollo' - On taking the Hippocratic oath*, in *N. Eng. J. Med.* 2004, 350, pp. 20;  
S. H. Miles, *The Hippocratic oath and the Ethics of Medicine*, New York 2004;  
S. Spinsanti, *L'ethos ippocratico*, *Medicina e morale*, 1982, pp. 144-159
- 4 K. Deichgräber, *Die ärztliche Standsethik des Hippocratischen Eides, Quellen und Studien zur Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin*, 1932, 3, pp. 29-49;  
L. Edelstein, *The Hippocratic oath: text, translation and interpretation*, in *Suppl. Bull. Hist. Med.* 1943, 1, pp. 3-63;  
Idem, *The Hippocratic oath*, in *Bull. Hist. Med.* 1956, 30, pp. 391-41
- 5 D. Gracia, *Fundamentos de Bioética*, Madrid 1989
- 6 C. Singer, *An Early Parallel to the Hippocratic Oath*, pp. 177-180
- 7 M. Bedolla, *The oath of the Hippocratic physician as an indo-european formula*, Università Pontificia Regina Apostolorum, 2002
- 8 S. Kottek, J. O. Leibowitz, B. Richler, *A Hebrew Paraphrase of the Hippocratic Oath*, in *Medical History* 1978, 22, pp. 438-445
- 9 P. Pioreschi, *Medical Ethics During the Renaissance*, in *Turk. Klin. J. Med. Ethics* 2007, 15, pp. 125-133
- 10 L. M. Davey, *The Oath of Hippocrates: an Historical Review*, in *Neurosurgery* 2001, 49(3), pp. 554-566
- 11 V. Nutton, *What's in an oath?*, in *J. R. Coll. Physicians Lond.* 1995, 29(6), pp. 518-524
- 12 R. Crawshaw, *Cautionary note on reforming medical oaths*, in *Bull. Med. Ethics* 1997, 133, pp. 13-14;  
Idem, *Swearing medical oaths*, in *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med. Soc.* 2003, 66(1), pp. 33-35;  
R. Crawshaw, C. Link, *Evolution of Form and Circumstances in Medical Oaths*, in *West. J. Med.* 1996, 164, pp. 452-456;  
J. Fabre, *Hip, Hip, Hippocrates: extracts from The Hippocratic Doctor*, in *BMJ* 1997, 315, pp. 1669-74;  
A. Fabrin, A. Hasman, K. Kristensen, R. L. Isager, S. HolM, *Do doctors know the content of the Hippocratic Oath and other medical oaths and declarations?*, in *Bull. Med. Ethics* 2000, 154, pp. 13-16;  
R. Gillon, *White coat ceremonies for new medical students*, in *J. Med. Ethics* 2000, 26, pp. 834;  
C. Ham, K.G.M.N. Alberti, *The medical profession, the public, and the government*, in *BMJ* 2002, 324, pp. 838-842;  
B. Hurwitz, R. Richardson, *Swearing to care: the resurgence in medical Oaths*, in *BMJ* 1997, 315, pp. 1671-1674;  
F. Jotterand, *The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic Between Past Ideals and Present Reality?*, in *Journal of Medicine and Philosophy* 2005, 30, pp.107-128;  
Medical Professionalism Project. *Medical professionalism in the new millennium: a physicians char-*

- ter, in *Lancet* 2002, 359, pp. 520-522;
- 13 D. Lippi, G. F. Gensini, A. A. Conti, *Charter on medical professionalism: putting the charter into practice*, in *Ann. Intern. Med.* 2003 138, pp. 852-853;  
 E. H. Loewy, *Oaths for Physicians – Necessary Protection or Elaborate Hoax?*, in *Med. Gen. Med.* 2007, 9(1), pp. 7;  
 J. J. Meffert, *“I swear!” Physicians oaths and their current relevance*, in *Clin. in Dermat.* 2009, 27, pp. 411-415
- 14 C. Smith Dale, *The Hippocratic Oath and Modern Medicine*, in *Journ. Hist. Med. All. Sciences* 1996, 51, pp. 484-500;  
 K. Sritharan, G. Russell, Z. Fritz, D. Wong, M. Rollin, J. Dunning, P. Morgan, C. Sheehan, *Medical oaths and declarations*, in *BMJ* 2001, 323, pp. 1440-1441;  
 D. P. Sulmasy, *What is an oath and why should a physician swear one?*, in *Theor. Med. Bioeth.* 1999, 20, pp. 329-346;  
 H. M. Swick, C. S. Bryan, L. D. Longo, *Beyond the physician charter: reflections on medical professionalism*, in *Perspect. Biol. Med.* 2006, 49(2), pp. 263-275;  
 H. E. Westerveld, J. W. Briet, E. S. Houwaart, J. Legemaate, Th. J. A. M. Meerman, E. J. Breetvelt, E. Van Der Wall, *Dutch medical oath*, in *The Netherland Journal of Medicine*, 2005, 63 ( 9), pp. 368-371
- 15 R. D. Orr, N. Pang, E. Pellegrino, M. Siegler, *Use of the Hippocratic oath: a review of twentieth century practice and a content analysis of oaths administered in medical schools in the US and Canada in 1993*, in *J. Clin. Ethics* 1997, 8, pp. 377-378;  
 E. Pellegrino, *Professional codes*, in J. Sugarman, D. Sulmasy Ed., *Methods in medical ethics*, Washington DC, 2001, pp. 80-87;  
 Idem, *Medical commencement oaths: shards of a fractured myth, or seeds of hope against a dispiriting future?*, in *MJA* 2002, 176 (3), pp. 99;  
 S. Ponce De León, *Recognition of international ethic codes by physicians and biomedical investigators. Are we prepared for the 21st century challenges?*, in *Rev. Invest. Clin.* 2004, 56(4), p. 522-527;  
 W. Qidwai, *The Hippocratic oath: has it cease to be relevant?*, in *J. Pak. Med. Assoc.* 2004, 54(4), pp.229-231;  
 A. M. Rancich, M. L. Perez, C. Morales, R. J. Gelpi, *Beneficence, Justice, and Lifelong Learning Expressed in Medical Oaths*, in *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2005, 25 (3) pp. 211-220;  
 J.Revill, M. R. Dando, *A Hippocratic oath for life sciences*, *EMBO Reports* 2006, 7, pp. 555-560;  
 J. Rütten, *Receptions of the Hippocratic Oath*, in *Journ. Hist. Med. All. Scienc.* 1996, 51, pp. 456-483
- 16 C. Schubert, R. Scholl, *The Hippocratic Oath: how many covenants, how many oaths?*, in *Medizin-hist. J.*, 2005, 40(3-4), pp. 247-273
- 17 *I Galatei del medico e del paziente, Da Ippocrate al Codice Deontologico*, a cura di M. Baldini e A. Malavasi, Roma 2005
- 18 M. Baldini, *Dai Galatei Medici al Codice deontologico*, in *Medicina Pontina*, 32.1, 2010, pp. 63-70;  
 R. Procino, *I Codici deontologici in Italia - Il percorso di una evoluzione*, in *ivi* pp. 71-79
- 19 Si veda *Sole24Ore Sanità*, 26 giugno 2007

### GIORGIO COSMACINI

Medico, laureato in filosofia, libero docente in radiologia. Già primario radiologo nel Policlinico Universitario di Milano, è attualmente docente di filosofia della scienza e storia della medicina nella Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università Vita-Salute del San Raffaele e docente di storia del pensiero medico nella Facoltà di filosofia della stessa università. È socio onorario delle Società di Igiene e di Antropologia Medica e membro del direttivo scientifico di numerose associazioni e riviste di cultura. Autore di numerosi volumi dedicati alla storia della medicina, nel 2010 ha dato alle stampe *Testamento biologico*.



# Paradigmi di medicina e modelli di sanità nell'Italia del Novecento

GIORGIO COSMACINI

1.

La storiografia della medicina moderno-contemporanea – una storiografia che ne esplori sia le scienze di base, sia la pratica professionale e il contesto socio-culturale – affonda le proprie radici teoriche nello storicismo tardo-ottocentesco che, alle soglie del XX secolo, mirò a fare della storia una scienza, in particolare una “scienza idiografica” contrapposta o giustapposta alla “scienze nomotetiche” o della natura. La distinzione risale al filosofo e storico Wilhelm Windelband (1848-1915); ma fu il filosofo e storico Wilhelm Dilthey (1833-1911), appartenente alla medesima scuola di pensiero, colui che “inventò”, per così dire, le “scienze umane”, comprensive di un universo conoscitivo etichettato anche con altri nomi: scienze dello spirito, scienze della cultura, scienze storico-sociali, sociologia, antropologia e via dicendo.

Le *scienze* – sia quelle *naturali*, sia quelle *umane* – comprendono aree di sapere che, non diversamente dai continenti geografici, hanno una loro “deriva” che le porta a spostarsi, a mutare, ad assumere forme o fasi nuove, di evoluzione o di assestamento. Ciò appare tanto più vero per l’area di un sapere – quello medico – che si colloca a cavaliere tra i due grandi gruppi di scienze, trattandosi di un *sapere naturalistico*, articolato nei tanti settori propri delle varie “scienze della natura”, e insieme *umanistico*, strutturato come “scienza dell’uomo”, nella fattispe-

cie come conoscenza e comprensione dell'uomo sano-malato, contemplante il suo oggetto in termini non settoriali, ma globali: l'organismo somato-psichico, l'individuo psico-sociale, la persona umana.

Questo sapere è consapevole del fatto che la materia delle proprie costruzioni razionali è un sapere "di confine", la cui caratteristica peculiare è proprio lo sconfinamento, l'intersezione e il reciproco arricchimento tra le scienze della natura, la prassi "basata" su tali scienze (dette appunto "di base") e la conoscenza-comprensione del contesto in continua evoluzione al quale le scienze e la prassi si applicano.

Il *sapere medico*, inoltre, è altrettanto consapevole che il metodo privilegiato di approccio a una realtà che è oggetto sia delle scienze naturali sia delle scienze umane è un *metodo* per certi aspetti di *riduzione*, quale storicamente ha prevalso nelle scienze del primo gruppo, e per altri aspetti di *integrazione*, cioè propenso a integrare gli elementi conoscitivi riferiti ai livelli di organizzazione inferiori con gli elementi conoscitivi riferiti ai livelli di organizzazione più alti.

Secondo un modo di vedere che oggi riceve sempre maggiori consensi nei campi della metodologia e dell'epistemologia, la varie forme di *analisi*, sono viste disporsi secondo una gerarchia relativamente unitaria di livelli di conoscenza, che salgono da un gradino fisico-chimico a uno cellulare, a uno di tessuti e di organi, ad altri di organismo e di popolazione, fino a livelli più elevati, di analisi psicologica, sociologica, antropologica, in vista di una sintesi unificante globale.

Tale metodo di approccio alla realtà umana secondo vari livelli di conoscenza ha dato in medicina grandi prove. Si pensi, da un lato, ai grandi acquisti conoscitivi ottenuti attraverso la riduzione della biologia alla fisica-chimica e, più in generale, tramite la riduzione dei fenomeni di livello superiore a quelli di livello inferiore: l'attività cardiocircolatoria come meccanica, la respirazione come ossidazione, la patologia come patologia cellulare o microbica, l'eredità come trasmissione di geni.

Si pensi, d'altro lato, gli altrettanto grandi acquisti conoscitivi della non-riduzione, quale ai è affermata nei campi della teoria dell'evoluzione, del mendelismo, del pavlovismo, della teoria dei sistemi e, più recentemente, dell'epidemiologia. Quest'ultima non isola una causa, ma individua più fattori di rischio che agiscono su di un piano probabilistico a diversi livelli di organizzazione. Essa impone alla medicina di affiancare allo sforzo della riduzione quello della integrazione, due metodi che debbono essere considerati non più o non tanto antitetici, quanto complementari.

Un esempio può valere a confermarlo. Dopo che la ricerca ha passato molti anni a verificare l'ipotesi monocausale del cancro, fortemente condizionata dall'idea meccanicistica di cercare e trovare il guasto dentro la macchina organica avaria-

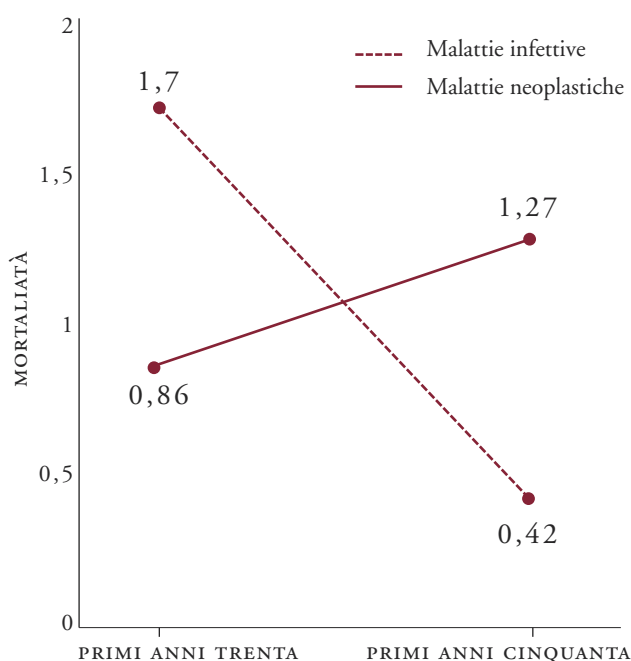
ta, oggi essa è decisamente orientata a considerare le malattie tumorali come il prodotto di una serie di fattori disposti a vari livelli di interazione, da quello molecolare a quello ambientale.

2.

Nei decenni centrali del Novecento la patologia va incontro a una *svolta epidemiologica* di grande rilevanza. Nel diagramma della mortalità, la linea discendente delle malattie infettive incrocia la linea ascendente della malattie metaboliche-degenerative in un punto cruciale, di svolta. Le malattie dell'uomo cambiano volto: a quelle infettive, sradicate dagli antibiotici protagonisti di una vera *rivoluzione terapeutica*, subentrano l'aterosclerosi con le sue complicanze (trombosi coronariche e cerebrovascolari) e i tumori con le loro molte varietà. Eponimi o prototipi delle malattie cardiovascolari e tumorali, "infarto" e "cancro" sono, a metà Novecento, le malattie del presente subentrate alle malattie del passato.

La rivoluzione farmacoterapica è un evento fortemente positivo in un clima di fiducia e di certezze. Due certezze, l'una di vecchia data, l'altra di recente acquisizione, fanno spicco su tutte: la certezza eziologica, circa gli agenti biologici causali delle malattie debellate, e la certezza terapeutica, circa i farmaci che le debellano. Ambedue queste certezze muovono dalla concezione dualistica della malattia riportata in auge dagli antibiotici: qui l'organismo sano, là il microrganismo patogeno, qui l'agente infettante, là il farmaco anti-infettivo risanatore. Sullo sfondo di tale concezione, supportata in primo piano dai farmaci, tendono a entrare in dissolvenza altre forme di rimedio, altri mezzi di cura. Tende a dissolversi la considerazione o cognizione dell'importanza eziopatogenetica dei fattori socio-economici. Sfuma, nell'ottica medica, la percezione di cause e concause quali il tipo di alimentazione, il modo di lavoro, il rischio della fabbrica, l'igiene della città. Stenta a delinearsi, nella stessa ottica, la visione dei nuovi *fattori di rischio* responsabili di malattie tutt'altro che debellate, anzi addirittura in crescita. Tuttavia la transizione dalle vecchie alle nuove epidemie sottintende il passaggio

## SVOLTA EPIDEMIOLOGICA



FONTE: G. Cosmacini, Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea, Laterza Roma Bari 1994

dalla causalità monofattoriale di questo o quell'agente eziologico infettante (il bacillo della tubercolosi, il plasmodio della malaria, la spirocheta della sifilide) alla causalità multifattoriale dei fattori di rischio insieme convergenti del determinare questa o quella affezione cardiovascolare o tumorale. L'antica idea di causa pretende d'essere sostituita dal moderno concetto di fattore di rischio. La svolta epidemiologica della patologia e infatti tutt'uno con la *svolta epistemologica* dell'epidemiologia.

Nel panorama medico-sanitario della seconda metà del Novecento si configura un *nuovo paradigma di malattia* che fa riferimento ai comportamenti, agli stili di vita e ai condizionamenti ambientali non meno che ai fattori genetici, biologici, biomolecolari. Con maggiore inerzia si configura altresì un *nuovo paradigma di medicina*. Quest'ultima – s'è detto – è anche scienza dell'uomo: in quanto tale, essa è un'antropologia. "Antropologia medica" è una categoria definitoria che non soltanto ha l'accezione propria dell'antropologia culturale (di un confronto, pure su salute e malattia, tra culture diverse e distanti), ma anche ha l'intenzione, più o meno unanimamente condivisa, di una visione dell'uomo assistito, sano o malato, volta compensare un'ottica con prevalente o preponderante attenzione alle scienze naturali. Da qui l'esigenza, più o meno avvertita, di un paradigma di medicina aggiornato, *duale e plurale*, che da un lato non allenti il rapporto antropologico interpersonale tra il medico e il paziente e dall'altro non recida il legame antropologico relazionale tra i medici, gli assistiti e la società di cui, gli uni e gli altri, sono parte integrante e spesso determinante. L'esigenza è quella di una *svolta antropologico-medica* consensuale alle due svolte anzidette. Mentre le scienze naturali di base, sempre più approfondite dalla ricerca scientifica e sempre più allargate dall'applicazione tecnologica, consentono una maggiore approssimazione alla realtà fisiopatologica della malattia e sovente la riparazione delle disfunzioni nocive, l'antropologia medica, ove non sia distanziata o distaccata, consente una maggiore approssimazione alla realtà umana e interumana del malato, valorizzando la soggettività di quest'ultimo, non meno importante dell'oggettivazione delle sue condizioni morbose.

### 3.

La seconda metà del Novecento, inaugurata in medicina dalla rivoluzione terapeutica degli antibiotici, è segnata anche dall'approdo di quella che gli storici chiamano *seconda rivoluzione biologica* (la "prima" essendo la rivoluzione metodologica ed epistemologica compiuta dalla iatrosica galileiana). Tale biologia rivoluzionaria, principiata a metà Ottocento coi nomi di Louis Pasteur (teoria dei germi), Rudolf Virchow (patologia cellulare) e Claude Bernard (medicina sperimentale), è approdata, dopo la descrizione strutturale del Dna da parte di James

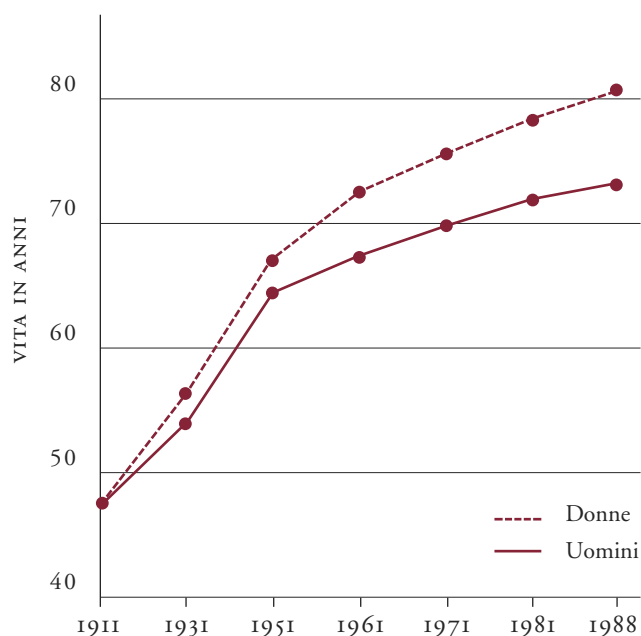
Watson e Francis Crick (*Nature* 25 aprile 1953), all'avvento delle *biotecnologie*, nonché, dopo l'ingresso in medicina dell'elettronica e dell'informatica, al decollo delle *tecnologie biomediche*.

Nel campo biotecnologico l'avanzamento delle ricerche ha favorito l'imporsi del *paradigma fisico-chimico* come modello esplicativo sia della riproduzione cellulare, attraverso i geni collocati nei cromosomi, sia dell'informazione che tali geni trasmettono e sulla quale si basa il riprodursi della vita. Si parla di "rivoluzione copernicana" della medicina, nasce la *medicina molecolare*. Quest'ultima è detta occuparsi "a fondo" dell'uomo sano-malato nel senso che ne disegna il profilo genetico per poi trarre dalla "carta d'identità genetica" le informazioni relative ai suoi geni, ai pregi e difetti di questi e alle loro capacità o incapacità di utilizzare vantaggiosamente le eventuali correzioni dei loro "vizi d'origine". Si prospetta la

sostituzione dei geni viziati o malati con una loro copia sana. Si tratta di puntare su una terapia genica fondata su manipolazioni che aggiungano geni estranei contando sulla loro capacità di contenere, contrastare o annullare gli effetti nocivi dei cosiddetti "geni deleteri" o "geni del male".

Grazie alle biotecnologie, la *rivoluzione anagrafica* che nel corso del XX secolo si è realizzata nel quasi *raddoppio della speranza di vita alla nascita* (passata da poco più di 40 anni a poco meno di 80) trae dalla medicina anche l'assicurazione o la promessa di un corpo umano ancor più longevo di quello attuale, peraltro con organi e tessuti sempre più attempati; ma a questo proposito la medicina promette di essere anche "rigenerativa", capace di interventi non più "straordinari", ma "ordinari", che potranno di volta in volta sostituire gli organi logorati da questa o quella malattia o semplicemente usurati dall'inarrestabile volgere degli anni. Per attuare tutto ciò, e per farlo su larga scala onde non creare disuguaglianze intollerabili nel campo della salute, è necessario disporre di tessuti in quantità e varietà sufficienti, il che non può essere realizzato se non attraverso "cellule staminali" più o meno totipotenti, in grado di fornire pezzi di ricambio alla mac-

#### SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA. ITALIA. 1911-1988



FONTE: C. La Vecchia Tendenze nella salute degli italiani nel corso del secolo

china organica per il programmato “ringiovanimento”.

Siamo di nuovo, da un lato, alle manipolazioni dell'ingegneria genetica; e siamo, dall'altro, agli sviluppi più avanzati delle tecnologie biomediche, decollate a partire dagli anni Settanta del Novecento. Il *computer* ha rivoluzionato la fabbrica, l'ufficio, la casa; perché mai non avrebbe dovuto rivoluzionare l'ospedale, la clinica, il laboratorio, l'ambulatorio? Emblematica, la tac (tomografia assiale computerizzata) ha introdotto nelle cose e nelle parole della medicina l'elemento di novità, la “macchina intelligente” che ha segnato un'ulteriore, decisiva immissione di intelligenza artificiale nello strumentano del medico, pur non sostituendo l'intelligenza naturale e culturale di quest'ultimo.

La *rivoluzione (bio)tecnologica* ha scosso la società, la cultura, la medicina nei paesi a modernizzazione avanzata. In campo chirurgico, dopo la trapiantologia, annovera, tra l'altro, le protesi vascolari (e ossee), gli impianti di pace-maker, le pompe infusorie della chemioterapia, i cateteri peridurali della terapia antidolore. Tutto questo apparato terapeutico non esaurisce o esaudisce, peraltro, tutto quanto il bisogno di cura del paziente cardiopatico, del malato di cancro, dell'uomo terminale. In tale contesto di alta tecnologia è importante, come e forse più che in passato, la figura del medico curante, mediatore unificante fra la tecnica con le sue procedure e l'uomo con le sue necessità.

Anche in campo farmaco terapeutico, la rivoluzione annovera farmaci sempre nuovi, più sicuri ed efficaci, somministrati anche con sistemi tecnologicamente sofisticati (cerotti transdermici, capsule a rilascio controllato) od ottenuti mediante interventi della tecnica sulla natura vivente (produzione in laboratorio di “organismi geneticamente modificati”). Anche in tale contesto la figura del medico curante ha una importanza primaria, in quanto impedisce al paziente di commettere un grave errore: quello di credere di poter compensare la perdita di fiducia nel proprio “medico di fiducia” con il fideismo, creduto vicariante, nel farmaco “guaritore”. Non va dimenticato che spesso è il medico la prima e la miglior medicina. Nell'ambito della tecnologia più avanzata, si è oggi giunti alle *nanotecnologie* comprendenti microtrapianti, protesi miniaturizzate, interventi guidati da “nano vettori” o “nanosonde” che assumono la funzione nuovissima di “inviati speciali”, esploratori delle parti più interne e minute dell'intero corpo umano. È lecito chiedersi: le diagnosi sempre più mirate e precise e le terapie sempre più perfezionate e specializzate consentono alla medicina il salto epistemologico da *tèchne* perennemente ippocratica ad avveniristica scienza esatta?

#### 4.

È tradizione medica consolidata richiamarsi periodicamente alla *tèchne* ippocratica quale *terminus a quo* della medicina occidentale e *terminus ad quem* di ogni

ripensamento attuale della professione medica. Il termine è greco-antico, traslato sovente – per assonanza ma impropriamente – in “tecnica” o “tecnologia”. L’originaria *tèchne iatriké* o “arte medica” aveva una sua struttura metodologica ed epistemologica, teoretica ed etica, articolata nel dialogo, nella maieutica della memoria (anamnesi), nella semeiotica sensoriale (sguardo e tocco), nella prassi al letto dell’ammalato (clinica) e in una concezione generale della natura, ivi compresa la natura umana, che era insieme cosmologica (ambientale) e antropologica (umorale e temperamentale, somatica e psichica), quest’ultima ispirata da un *éthos* ancorato allo *iusiurandum* (norma deontologica, patto giuridico, dettato morale): il “giuramento di Ippocrate”.

Quella *tèchne* originaria era dunque un’attività non neutra, globale (onnicomprensiva e onnipervasiva), strutturalmente diversa dalla tecnica o tecnologia odierna che per statuto è neutra, settoriale (specificata e specialistica). Con riferimento a tale distinzione, la medicina, dagli anni Cinquanta del Novecento in poi (ma, a ben vedere, anche da prima), ha conosciuto un cambiamento strutturale – scientifico, tecnico, etico, pratico – tanto complessivo quanto radicale, manifestato nei suoi tanti modi d’essere relazionali: con la società, la mentalità, le istituzioni, lo Stato e, beninteso, anzitutto con il paziente. Dalla “ricostruzione post-bellica” (ma anche dal ventennio compreso tra le due guerre mondiali) fino ai giorni nostri, due processi di trasformazione tanto complessi quanto profondi hanno investito la professione medica: da un lato la *tecnologizzazione* della medicina, dall’altro la sua *socializzazione*.

La tecnologizzazione ha contribuito ad accrescere e ad arricchire il matrimonio di efficienza ed efficacia della medicina, nel contempo inserendo tra medico e paziente l’apparato strumentale e professionale della specializzazione e della super-specializzazione. La socializzazione ha interagito portando la relazione “privata” tra medico e paziente nell’ampio campo della dimensione “pubblica”, nel contempo inserendo come terza presenza – collettrice della domanda ed erogatrice dell’offerta di salute – la società civile e lo Stato.

Il *duplice* processo è stato ed è anche un *doppio progresso*. La tecnologizzazione della medicina, ispirata a criteri di scientificità o quanto meno di applicazione della scienza alla tecnica e da questa alla pratica professionale, ha portato o mirato alla promozione di quest’ultima dall’empirismo ed eclettismo ancora presenti nella prima metà del Novecento a una tecnoprassi rigorosa, uniformata e protocollare. La socializzazione della medicina, ispirata a criteri di equità sociale o quanto meno di uguaglianza dei cittadini di fronte alla malattia, ha portato o mirato alla promozione della salute per tutti, a partire dai più aventi bisogno, cioè dei più fragili per condizioni naturali e dei più deboli per condizioni sociali.

Il progresso tecnologico, con uno svolgimento secondo proporzione prima arit-



metica e infine esponenziale, culmina – come s'è visto – in un'approfondita penetrazione diagnostico-terapeutica nella fisiopatologia dell'organismo umano. Il progresso sociale, prima con una crescente espansione della mutualità e poi con un'adeguata riforma della sanità approda – come si vedrà – alla instaurazione del servizio sanitario pubblico e agli aggiustamenti ulteriori delle leggi e delle norme che lo regolano.

Il duplice approdo non è stato privo d'incidenti di percorso e non è privo d'inconvenienti attuali. Oggi la professione medica fa i conti con una crisi interna – di crescita come quella puberale, o presenile come quella climaterica? – nel cui ambito il medico talora o spesso vede nel paziente non tanto una *totalità*, cioè un organismo complesso un'unità psicosomatica, un soggetto umano implicato in situazioni patogene, quanto piuttosto una *somma* oggettuale di organi, dei quali alcuni malati e altri no; e nel cui ambito il malato, in speculare simmetria, talora o spesso vede nel medico non tanto un punto di riferimento *generale* per i suoi problemi di salute quanto piuttosto un punto di smistamento verso questo o quell'esperto *speciale*, quali appunto i vari specialisti, d'apparato (come i cardiologi), di patologia (come gli oncologi), di metodo (come i radiologi).

Fermo restando il valore insostituibile della *medicina specialistica*, viene altrettanto fermamente ribadito che la *medicina generale* esercitata dal medico “generalista” – così detto per differenziarlo dal medico “specialista” senza svalutarlo a “generico” – è una medicina fondamentale, fatta di prestazioni che hanno un connotato saliente: quello di corrispondere ai bisogni e ai diritti dell'assistito, gli uni e gli altri appartenenti alla “civiltà dell'uomo”, cui la “civiltà della macchina” dev'essere finalizzata e non sostituita.

Gli assistiti di oggi, diversamente dai loro simili di mezzo secolo fa, sanno che la medicina, generale e specialistica, mette a loro disposizione grandi risorse, che essi caricano di legittime attese e anche di giuste pretese, fondate le une sul bisogno, le altre sul diritto. Essi, talora o sovente, ritengono che i bisogni e i diritti possano e debbano essere esauditi tutti all'interno di una tecnologia di adeguato livello; al contrario, non poche attese e pretese possono e debbono trovare soddisfazione all'interno di un'antropologia relazionale di livello altrettanto adeguato, cioè all'interno di un rapporto che l'odierna crisi professionale rischia d'impovertire.

Il rischio di depauperamento è tanto maggiore quanto più si è arricchita la consapevolezza, da parte degli assistiti, del diritto di sapere attraverso l'informazione e di porre attraverso il *consenso* l'autonomia del proprio ruolo, basata su di una nuova e diversa fisionomia identitaria.

5.

C'è peraltro da rilevare che la popolazione degli assistiti, come è proprio degli insiemi multipli e complessi, non è omogenea e riducibile a uno stereotipo. Accanto ai *nuovi pazienti* che pretendono un'informazione esaustiva, associata all'esigenza di una partecipazione decisionale, o che propendono per una decisione completamente autonoma, dopo debita informazione, esistono tuttora *pazienti d'antico regime* – si passi l'espressione – che all'informazione attribuiscono un'importanza tutto sommato marginale, preferendo dare al medico la delega di decidere per il meglio.

Ogni medico d'ambulatorio e di territorio sa quel che chiedono gli assistiti: taluni vogliono capire, sapere; talaltri vogliono invece non sapere, ignorare; taluni pazienti cercano il medico, talaltri lo fuggono; taluni vogliono essere riconosciuti malati, anche se forse propriamente non lo sono, talaltri rifiutano invece, anche ostinatamente, di riconoscere e accettare la propria fragilità; c'è chi è esigente, "impaziente", e chi, invece, si fa scrupolo di non disturbare il dottore, proprio come il "paziente" di cinquant'anni fa o di ancor più antica memoria, condizionato dalla figura extra-ordinaria di un medico altalenante tra paternalismo e autoritarismo.

È questo l'universo dei "pazienti" e degli "impazienti" che riassume e compendia l'evoluzione novecentesca degli assistiti, con i quali si confronta oggi quotidianamente, sul campo, la professione medica. È un universo composito dove domina, consapevole o inconscia, svelata o celata, l'esigenza umana di non essere lasciati soli e di trovare assistenza (*ad-sistere* significa "stare continuativamente accanto") in quei momenti cruciali dell'esistenza che sono le malattie, le disabilità, le fragilità, le paure. In tali momenti la figure di riferimento non è solo quella di un tecnico, ma quella di un professionista completo, capace non soltanto di sapere e di fare, ma pure di comprendere e di condividere.

Essere medico, oggi, significa, tra l'altro, esercitare una professione meno semplice che in passato. Oggi vuoi dire anche corrispondere alla richiesta impegnativa di mediare tra la macchina e l'uomo, subordinando l'una all'altro e senza interrompere mai il rapporto interumano tra medico e paziente che la macchina, inserita fra i due, di fatto sospende come una sorta di diaframma. Vuol dire evitare che i segnali forniti dalla macchina stessa – dati di laboratorio e bioimmagini – rimangano cifre e simulacri senza diventare parametri della realtà umana che a essi è sottesa. Solo una costante afferenza all'umanità del paziente, da un lato, e, dall'altro, al "medico della persona", generalista o specialista ch'egli sia, preserva la professione dal rischio che una tecnologia positivamente applicata favorisca un'antropologia negativamente gestita.

Un approccio medico prevalentemente o esclusivamente riservato alla realtà fi-

siopatologica, settoriale o particellare, dell'individuo – espressa in termini morfofunzionali, biochimici, biomolecolari – porta a privilegiarne le componenti somatiche, organiche, fisico-chimiche a scapito di quelle personali psicologiche e antropologiche. La rinuncia, a essere anche psicologo riduce il paziente a somatologo e riduce la professione a tecnica del corpo scisso. Consensualmente la rinuncia ad approfondire la condizione antropologico-sociale dei propri assistiti comporta l'ipertrofia *ex vacuo* degli aspetti tecnici rispetto a quelli relazionali.

Oggi il paziente è portato sovente a credere negli esami e a confidare nei farmaci che il medico prescrive più che nelle visite e nelle cure che il medico effettua. Talora le cure del medico si riducono alle terapie assecondanti “il desiderio di assumere medicinali”, peculiare “caratteristica che distingue l'uomo dagli animali”, come ebbe ad affermare con ironia il grande clinico statunitense William Osler (1849-1919) prevedendo nel 1913 con largo anticipo il futuro consumismo farmaceutico e aggiungendo che “è proprio questo uno dei maggiori ostacoli contro cui dobbiamo lottare”.

Nelle parole di Osler è presagita l'ambiguità oggi esistente tra il farmaco come efficace e insostituibile presidio terapeutico, talora o spesso “salvavita”, e il farmaco come prodotto d'industria e oggetto di commercio, soggiacente alle leggi del mercato e del profitto economico. Il consumismo odierno coinvolge non solo i farmaci, ma anche gli anzidetti esami di laboratorio e radiologici, tra l'altro contribuendo a dilatare la spesa sanitaria nell'ottica di una ideologia produttivistica che peraltro non produce salute.

Contro tale consumismo, preconizzando il destino Dei *medici futuri* in un “discorso” con tale titolo pubblicato sulla rivista *Il Policlinico* nel 1920, metteva in guardia il maggior clinico medico italiano del primo Novecento, Augusto Murri (1841- 1932); e a lui faceva eco trentacinque anni dopo il maggior clinico medico italiano di metà Novecento, Cesare Frugoni (1841-1978), stigmatizzando il fatto “che il malato viene a noi recando sulle braccia montagne di radiografie e di reperti di laboratorio”.

Il rischio era che, diceva Frugoni, “tra la coscienza e la sensibilità del medico si interponga il fattore inanimato di innumerevoli menti che, mentre sono di immensa utilità pratica agli aspetti della diagnosi, diminuiscono i contatti fra curanti e pazienti”. Il retrospettivo flash-back illumina sulla situazione prospettica odierna e induce a riflettere su questo dato di fatto; che l'innovazione tecnologica in medicina ha lo scopo non di aumentare la produttività della tecnica, ma di accrescere la produzione di salute e il soddisfacimento dei bisogni umani. Perciò la cultura di supporto deve essere più ampia della sola cultura tecnologica; deve essere ampliata a una cultura antropologica della salute, adeguata a una realtà tanto tecnologicamente avanzata quanto umanamente e socialmente complessa.

6.

L'impennata conoscitiva e operativa delle bioscienze, con le loro ripercussioni in medicina, porta a riflettere non solo sugli aspetti tecnici di tale avanzamento, con i vantaggi e i rischi correlati, ma anche sulle inferenze etico-pratiche nella professione, cioè sulle implicazioni di questa pure nel campo etico-sociale.

Si è visto sussistere il rischio che l'apparato tecnico inserito nel rapporto interumano interferisca a sfavore nella qualità del rapporto; non diversamente si veda la sussistenza del rischio simmetrico che l'inserzione nel rapporto dello Stato, o della sua versione privato-sociale, lasci spazio al burocratismo e al consumismo sanitario. Inoltre si constati come il permanere a lungo di una "cultura della malattia", considerante la salute a partire dalla sua negazione – come "assenza di malattia" –, abbia consegnato in passato la sanità a un perdurante *modello di assicurazione contro le malattie* e abbia ostacolato l'emergere nel presente di una "cultura della salute" considerante invece quest'ultima in positivo – come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale" – conformemente al *modello di prevenzione e promozione della salute* elaborato dall'Organizzazione mondiale della Sanità nel 1948, dopo la ritrovata pace planetaria.

Trent'anni dopo, nel 1978, la legge 833 del 23 dicembre ha istituito il servizio sanitario nazionale sostitutivo del sistema assicurativo preesistente. Con un altro flash-back retrospettivo si può rivedere tale preesistente sistema, vantato negli anni Trenta del Novecento come "modernizzazione corporativa", nella sua realizzazione sotto forma di mutue aziendali e di categoria, sorte dalla contribuzioni paritetiche di lavoratori e datori di lavoro.

Era proprio questa struttura paritetica, celebrata come metodo o *modello corporativo* di collaborazione sociale, a dare ambiguità a un sistema che presentava, quali contraddizioni tra il dire e il fare, molte pecche: una lenta evoluzione, elogiata, come processo graduale favorito da saggezza politica; una complicazione macroscopica, elogiata come coerenza di parti giustapposte; una disomogeneità strutturale e funzionale, elogiata come variata risposta ai diversi bisogni delle varie categorie di lavoratori; una frammentazione particellare, elogiata come calibrato adattamento alle tante particolarità del paese. Questo sistema lento, complicato, disomogeneo, frammentato faceva sì che nell'Italia degli anni Trenta ogni provincia, ogni zona, ogni ambiente di lavoro, ogni spazio familiare avesse una propria particolare realtà assicurativo-assistenziale, in pochi luoghi privilegiata e in moltissimi disastata, e inoltre con un terzo dei cittadini "scoperti", privi cioè di ogni forma di assicurazione e di assistenza.

Ciascuna realtà aveva il suo apparato tecnico, i suoi quadri burocratici, i suoi costi di gestione, i suoi gradi di efficienza, i suoi livelli di efficacia. Era, con le debite eccezioni, un coacervo di organismi perlopiù disfunzionanti, finalizzati più

spesso ad automantenersi che a erogare prestazioni: una congerie di centri di potere, concorrenziali fra loro e talora segnati da abusi e da sperperi. Il tutto era tale da dar luogo al tentativo, operato in *articulo mortis* dal fascismo, di fondere le diverse gestioni in un unico ente, istituito nel gennaio 1943, divenuto poi l'Istituto Nazionale Assicurazione Malattie.

La citata legge del 1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, ha inteso operare un netto stacco e un decisivo salto di qualità. L'inadeguatezza del sistema precedente, caratterizzato da dispersione di strutture, da difformità di prestazioni, da sperequazioni sociali, protrattesi in forma viziosa anche negli anni postbellici della "ricostruzione" e del "miracolo economico", richiedevano da tempo tale innovazione. E il nuovo, da realizzarsi nelle neostrutture previste e auspicabilmente con il concorso di medici nuovi, era ciò che si riteneva avviato con la istituzione del nuovo servizio.

Il *modello multifunzionale* ispiratore del nuovo servizio era chiaramente enunciato dalle legge istitutiva, facente riferimento "alla promozione, al mantenimento e al ricupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualianza dei cittadini": un modello e un impegno degni di un paese civilmente avanzato. Non è un caso che entrambi coincidessero con un momento alto della cultura sanitaria internazionale, essendo la legge varata tre mesi dopo le conclusioni della Conferenza di Alma-Ata (6-12 settembre 1978) convocata congiuntamente dall'Unicef e dall'Organizzazione Mondiale della sanità.

## 7.

La legge di  *riforma sanitaria* ha ricevuto il massimo, quasi unanime, consenso politico e parlamentare. Ha ottenuto un consenso plebiscitario da parte del "paese reale" desideroso di uscire dal sistema delle mutue. Essa ha iscritto il "progetto sanità", cioè la salvaguardia del diritto dei cittadini alla tutela della salute, in una "ipotesi di società" basata su principi di equità sociale. Tuttavia la sua importanza, per quanto largamente condivisa, non ha coinciso con il suo successo.

Tra le varie e non poche motivazioni, qui si fa cenno, anche con intento autocritico, a quelle inerenti al mondo medico. Ai medici è riservato un ruolo molto importante nell'attuazione della riforma. Essi ne sono gli operatori primari, sono i primi ordinatori della spesa sanitaria. Anche o soprattutto da essi dipendono i costi della sanità in esami e medicinali. Loro è il colpito di dimostrare che i procedimenti di diagnosi e terapia vanno correlati ai fattori di salute, secondo nuovi protocolli in grado di portare congiuntamente a un miglioramento della salute e a uno sgravio della spesa.

Molti sono i medici coinvolti solo attraverso una burocratizzazione espansa del

loro operare; in non pochi si manifesta una presa di distanza dal servizio sanitario nazionale. Quest'ultimo, a chi si fa interprete dell'opinione pubblica nel criticare la sua risposta spesso carente alla domanda di efficienza ed efficacia, appare disegnato in base a una concezione astrattamente egualitaria, tipica degli anni Settanta. Peraltro, se nell'Italia che cambia ogni rilucente medaglia ha il suo rovescio, è vero anche il contrario: la "riforma sanitaria" è socialmente più equa, eticamente più giusta e praticamente migliore della pre-riforma.

Il decennio successivo è teatro di grandi cambiamenti, non solo nella tecnologia – come s'è visto –, ma anche nello Stato e nel mercato. "Meno Stato e più mercato" è uno degli slogan dominanti. Il clima ideologico tende, con molte buone ragioni, a mettere in stato d'accusa le degenerazioni nefaste della riforma; tende altresì, con ragioni meno buone, a demonizzare la riforma in se medesima. Tende a far gettar via, con l'acqua sporca della lottizzazione amministrativa e gestionale di molte unità sanitarie locali, il prodotto di un concepimento lindo, disceso da istanze etico-sociali ed etico-mediche sacrosante.

Un altro degli slogan dominanti nello scorcio del Novecento è che "la salute non ha prezzo, ma la sanità ha il suo costo". Due sono le concezioni che a questo punto si fronteggiano. L'una è quella di coloro che sostengono la necessità di un ritorno allo spirito riformatore originario, addossando le inefficienze e gli sprechi all'incompleta o distorta applicazione dei contenuti programmatici della legge di riforma. L'altra è la concezione di quanti sostengono invece che un servizio sociale come quello sanitario non dev'essere oggetto di monopolio pubblico, onde evitare i guasti già sperimentati, ma deve dare ampio spazio al privato e alla sussidiarietà che esso può offrire.

Alle soglie del Duemila, dove si conclude il presente saggio retrospettivo, il problema dei problemi appare quello di contenere i "conti della spesa" in una sanità stretta nella forbice congiunturale di una tecnologia medica sempre più costosa ed espansa e di risorse economiche sempre più ingessate e ristrette. La questione della limitatezza di tali risorse s'è fatta cruciale. A fronte di interventi biomedici sempre più onerosi e complessi, tali da non avere talora più limiti, stanno risorse limitate al punto che si rende indispensabile e doveroso chiedersi e dire quali sono i modi e i mezzi più efficienti ed efficaci per utilizzarle, e come possono essere ripartite secondo equità onde evitare l'insorgere di inaccettabili squilibri distributivi.

Alle soglie del Novecento, donde ha preso avvio questo excursus sommario, Benedetto Croce, nell'ambito della sua "tetralogia dello spirito", scrisse il libro *Filosofia, della pratica*, pubblicato nel 1909, che può valere anche per la pratica medica con riferimento al sottotitolo: *economica ed etica*. È il binomio di una problematica, fattasi critica, che influisce e influirà sugli orientamenti della medici-



na, sui dibattiti della bioetica e sulle scelte della politica. È anche la duplice faccia di una stessa pregiata moneta da investire nella promozione della salute individuale e collettiva.

8.

Per continuare nella metafora, si può dire che una moneta di tal pregio ha caratterizzato gli investimenti che gli Ordini dei Medici hanno fatto nei cento anni della loro storia istituzionale. Preceduti da lunga e travagliata gestazione, gli Ordini nacquero nel clima di costruzione materiale e morale dell'Italia del Novecento, interpreti della binomiale parola d'ordine d'allora: scienza e umanità. Sensibili a un'istanza di "medicina sociale", i medici considerarono la loro funzione in seno alla società legata non solo al loro sapere e al loro fare scientifico-tecnico, ma anche al loro dovere di elevarsi dall'impegno contro l'*illegalità*, a legittima difesa dei propri interessi e diritti, all'impegno contro l'*immoralità*, a nobile difesa e patrocinio dei ceti meno abbienti, più malati e più deboli, e a salvaguardia degli interessi sanitari dell'intera popolazione.

Un codice deontologico unificato, cioè condiviso da tutti gli Ordini, fu abbozzato già nel 1912, ma il comune impegno poi si arenò nelle secche della delegittimazione ordinistica, tant'è che nel 1929 gli organi dirigenti degli Ordini cessarono di essere espressione di libere elezioni democratiche per essere nominati dall'autorità politica, finché questa decise di sopprimere gli Ordini stessi, assorbiti dai sindacati di regime.

Passata, dieci anni dopo, la bufera della guerra, i soppressi Ordini provinciali furono ricostituiti. Essi si ripromisero il recupero il potenziamento delle istanze originarie. Ma il nuovo Codice deontologico unificato, noto come "Codice Frugoni" dal nome del clinico medico presidente della commissione incaricata di redigerlo, fu approvato non prima del 1958, in tarda sincronia con la tardiva istituzione in Italia del Ministero della Sanità.

Una nuova parola d'ordine binomiale – *scienza e coscienza* – precedeva l'enunciazione di due concetti fondamentali: il primo è che "il rapporto fra il medico e il malato è essenzialmente fondato sulla fiducia"; il secondo è che "la tutela della salute collettiva impegna l'opera del medico come quella della salute individuale e secondo gli stessi principi".

Il "Codice Frugoni" venne in seguito più volte rivisto e aggiornato finché un nuovo testo, varato il 15 luglio 1989 in tempi di bioetica ormai consolidata, formulava nuovi enunciati – o nuove parole d'ordine – quali il *consenso valido*, il dovere dell'*informazione nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche* e l'*assistenza ai morenti*. Il "consenso informato", le "istanze etiche di fine vita" e tutte le altre nate e nascenti via via dall'avanzamento delle biotecnologie e delle tec-



nologie biomediche venivano demandate a una commissione permanente, insediata allo scopo di apportare con tempestività adeguate variazioni alla normativa deontologica.

L'ulteriore svolgimento esula dalla storia del Novecento ed entra nella cronaca più recente, aperto a recepire temi e problemi di crescente attualità come il rischio, la responsabilità, la multiculturalità, la comunicazione, la formazione, la medicina sempre più declinata al femminile. Non sono più parole d'ordine, ma impegni programmatici ben precisi.

#### BIBLIOGRAFIA

Giorgio Cosmacini, *Medicina e sanità nel ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla seconda guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1989.

Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari 1994.

Giorgio Cosmacini, *Sanità*, in *Dizionario storico dell'Italia unita*, a cura di Bruno Bongiovanni e Nicola Tranfaglia, Laterza, Roma-Bari 1996.

Giorgio Cosmacini, *Malattia e sanità*, in *Guida all'Italia contemporanea*, diretta da Massimo Firpo, Nicola Tranfaglia, Pier Giorgio Zunino, III. *Politica e Società*, Garzanti, Milano 1998.

Giorgio Cosmacini, *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Cortina, Milano 2000.

### VITO CAGLI

Medico. Specialista in Medicina Interna e in Igiene e Tecnica Ospedaliera. Libero docente in Malattie Infettive e in Semeiotica medica. Già direttore del Centro per lo studio e la cura dell'Iipertensione arteriosa e delle malattie renali del Policlinico Umberto I di Roma. Già professore a contratto nelle Scuole di specializzazione per Medici di laboratorio e di Nefrologia dell'Università "La Sapienza" di Roma. Accademico lancisiano. "Premio Musatti" per il contributo alla psicoanalisi dato da non psicoanalisti (2001).

# La formazione medica fino alla tabella XVIII

VITO CAGLI

Già dai suoi primi passi la medicina è stata al tempo stesso esercizio dell'arte di curare, investigazione della natura e trasmissione delle proprie acquisizioni mediante l'insegnamento. Limitandoci al mondo greco, da cui principalmente origina la civiltà dell'Occidente, possiamo constatare come questo insegnamento già dagli albori abbia preso forme differenti. Talora esso fu parte delle attività di un santuario, come accadde in quelli collegati al culto di Asclepio, introdotto ad Atene nel 429 a.C, ma di molto precedente. In altri casi le conoscenze vennero trasmesse da un maestro agli allievi, come nel caso della medicina legata alla filosofia, a cominciare da Talete (VI secolo a.C.). Oppure fu l'esperienza vissuta accanto ad un medico a formare i nuovi adepti: Ippocrate (n. 460 o 459 a.C.- m. 375 o 355 a.C.) e i suoi discepoli ne sono un eccellente esempio.

Comunque, il sapere acquisito dalla tradizione, dalla costruzione teoretica o dall'esperienza veniva in qualche modo trasmesso, anche se dovevano passare molti secoli prima che la formazione dei medici si strutturasse intorno a programmi di studio e a ordinamenti ben definiti. Il nostro breve excursus sulla formazione dei medici parte proprio dall'epoca in cui una tale strutturazione ha preso forma.

## IL PERIODO MEDIEVALE

Non aveva neppure un nome; se ne ignoravano le cause; non se ne conosceva ri-

medio alcuno: tale era la peste che sconvolse l'Europa a partire dal gennaio del 1348.

A piedi nudi e vestiti di sacco, coperti di cenere, singhiozzando, pregando, strappandosi i capelli, portandosi dietro candele e reliquie, talvolta con una corda al collo oppure percotendosi con sferze, i penitenti andavano per le strade implorando la misericordia della Vergine e dei santi. I medici che lottavano con l'evidenza non riuscivano a sfuggire al frasario dell'astrologia, alla quale ritenevano che tutta la fisiologia umana fosse soggetta. [...]

Nell'ottobre del 1348 Filippo VI chiese alla facoltà di medicina dell'Università di Parigi una relazione sulla malattia che sembrava minacciare la sopravvivenza della specie umana. Dopo oculata valutazione, con tesi, antitesi e prove, i dottori si pronunciarono per una triplice congiunzione di Saturno, Giove e Marte nel quarantesimo grado dell'Acquario, verificatasi, si diceva, nel marzo del 1345<sup>1</sup>.

Così, nel terrore, vivevano le popolazioni colpite dal flagello, mentre lo stesso Papa non poteva far altro che supplicare, l'angelo che domina la mole di Castel Sant'Angelo, levando verso di lui le braccia.

E i medici? Chi erano e come formati?

Il medico è il «fisico-filosofo», un intellettuale, un uomo di lettere e di letture, preparato da un biennio di studi sugli Analitici secondi e sulle opere naturalistiche di Aristotele, formato da un triennio di studi sugli Aforismi di Ippocrate, sull'*Ars parva* di Galeno, sul Canone di Avicenna, e infine laureato in «filosofia e medicina». Egli è il depositario della scienza codificata che lascia la tecnica al lavoratore manuale, al chirurgo, a chi maneggia con perizia e destrezza lancette, coltelli e cauteri. Per conferire la laurea taluni Collegi medici universitari richiedono addirittura l'impegno giurato di non mai operare cum ferro et igne<sup>2</sup>.

E tuttavia l'università di Bologna, sin dai suoi inizi, dette spazio all'insegnamento della chirurgia contribuendo in tal modo alla progressiva crescita culturale e alla maggiore autonomia professionale dei chirurghi, considerati per molto tempo una sorta di lavoratori manuali<sup>3</sup>. Bologna, insieme a Parigi e a Montpellier era una delle tre università che avevano un' assoluta predominanza nella formazione dei medici<sup>4</sup>. Le università, intese come *studia generalia*<sup>5</sup>, erano cominciate a sorgere a Bologna e a Parigi nel XII secolo, mentre in Inghilterra esse si costituirono, a Oxford e poi a Cambridge, soltanto agli inizi del XIII secolo, come fu per quella di Padova. A Salerno, però, esisteva sin dalla metà dell'XI secolo una Scuola di medicina che a partire dal 1231, con il riordinamento degli studi operato da Federico II di Svevia, venne designata come unica università di medicina del

Regno, mentre già nel 1224 lo stesso Federico aveva fondato l'Università di Napoli, nella cui Costituzione si legge tra l'altro che:

Poiché non si può mai sapere di scienza medica se prima non si sappia alquanto di logica, stabiliamo che nessuno studi scienza medica se prima non studi almeno per un triennio scienza logica. Dopo il triennio, se vorrà, proceda allo studio della medicina, nel quale studi per un quinquennio, e così pure apprenda la chirurgia, la quale è parte della medicina, nel tempo predetto; dopo di che, e non prima, gli si conceda licenza di praticare, previo esame secondo modalità della curia e assolutamente avendo ottenuto testimonianza magistrale in suo favore sul predetto periodo di studio<sup>6</sup>.

A Bologna nel XII secolo vi erano insegnamenti privati di medicina che si tenevano nelle case dei professori, i quali erano pagati dagli stessi studenti; l'insegnamento consisteva nella lettura e nel commento dei testi; il corso aveva la durata di quattro anni, ridotti a tre per chi avesse preventivamente compiuto gli studi del *trivio* e del *quadrivio*<sup>7</sup>, che comprendevano rispettivamente: grammatica, retorica e dialettica; aritmetica, geometria, astronomia e musica<sup>8</sup>. Nel 1253 papa Innocenzo IV approvò gli statuti che gli studenti si erano autonomamente dati, e questo provvedimento, che aveva riguardato all'inizio esclusivamente gli scolari di diritto, fu esteso nel 1316 agli studenti artisti\*: nasceva così l'*Universitas Artistarum*<sup>9</sup>.

Soltanto dopo aver frequentato corsi di logica e di filosofia naturale si era ammessi all'insegnamento della medicina, che si svolgeva attraverso la *lectio*, la *disputatio*, l'*expositio*, i *dubia* e *quaestio*. Caratteristica saliente dell'università di Bologna era la stretta relazione tra lo studio della medicina e quello della filosofia, rafforzata dal fatto che in quella università:

È stata evidenziata più volte, infatti, la presenza di interessi filosofici in medici della cerchia di Taddeo degli Alderotti, non solo circoscritti alla filosofia naturale, ma anche alla morale; oltre a questi medici-logici e medici-filosofi morali, come Bartolomeo da Varignana, ci sono medici che si sono impegnati nel dibattito filosofico contemporaneo, assimilando i capisaldi del pensiero logico, come Tommaso del Garbo<sup>10</sup>.

Altro elemento caratterizzante era il rilievo conferito alla *quaestio* e alla *quaestio* disputata, in cui i problemi venivano discussi al modo di una controversia tra *respondens* e *opponentes* cui seguiva la *determinatio* che era la versione fornita dal

\* Ne facevano parte quelli di medicina, filosofia, aritmetica, astronomia, logica, retorica e grammatica e dal 1316 anche di teologia (cfr. [www.unibo.it](http://www.unibo.it) Portale Ateneo. La nostra storia).

professore<sup>11</sup>. Nei secoli XIV e XV vanno annoverati tra i metodi di insegnamento la *repetitio*, in cui i giovani insegnanti (*repetitores*) spiegavano agli studenti ciò che il magister aveva detto a lezione. Negli statuti dell'università bolognese del 1405 era indicato l'obbligo – esplicitamente soltanto per l'insegnamento di logica o per lezioni particolari (*extraordinarie*) – di discutere una questione per ogni lezione<sup>12</sup>. Ma quali erano i contenuti degli insegnamenti che venivano impartiti ai futuri medici nelle scuole e nelle università medievali?

Scrivendo Salvatore De Renzi a proposito della Scuola Salernitana:

Volendo dar notizia delle dottrine professate dalla Scuola Salernitana fino al decimoterzo secolo, io non mi occuperò di quella parte che riguarda l'arte, la quale distinguendo le malattie e ricercandone i rimedi, si occupa di fatti veduti e di ricette, opere de' sensi dell'esperienza e della tradizione, che può essere uniforme in diversi luoghi e in diverse Scuole. Mi occuperò bensì de' principi generali, della scienza propriamente detta, della filosofia e delle credenze del tempo [...] per mostrare da ultimo quanta uniformità vi sia fra le dottrine fisiologiche professate da' medici Salernitani e quelle ridotte a formola filosofica da S. Tommaso. [...] E qui conviene ricordare un'altra volta, che questi principii non si trovano esattamente in Galeno [...] ma si trovano bensì adottati nella letteratura medica greco-latina posteriore a Galeno [...] surta nelle Scuole Cristiane anteriori al periodo Arabico; alle quali, come si è detto, si riattacca la Scuola Salernitana<sup>13</sup>.

Insomma, si era fermi a Galeno, quantunque riveduto e corretto sulla scorta dei suoi continuatori, ma soprattutto della filosofia di Tommaso.

A Bologna, nella seconda metà del XIII secolo, Taddeo Alderotti includeva nei suoi commenti i temi delle *disputatio*: venivano discussi argomenti di fisiologia e di patologia, le “cose naturali, innaturali e contro natura” secondo i concetti del galenismo, i farmaci e soprattutto la “compleSSIONE” (cioè la mescolanza degli elementi)<sup>14</sup>. Nel BOX 1 è riportato il programma di studio per la laurea in medicina nell'università di Bologna nei secoli XIII e XIV, che si completava con un duplice esame finale, quello privato e quello pubblico:

Il primo aveva funzione di accertare l'effettivo grado di preparazione dello studente attraverso interrogazioni e discussioni, davanti al solo consesso dei docenti: era l'equivalente dell'attuale discussione della tesi di laurea e lo studente riceveva la *licentia*. Il secondo era una cerimonia in parte solenne, in parte festaiola, in cui lo studente, già licenziato svolgeva una dissertazione su tema pre-stabilito, presenti non solo i maestri, ma anche pubblico, autorità, parenti ed amici: la conseguenza era il conferimento del titolo dottorale<sup>15</sup>.

BOX I

CATTEDRE E TESTI PER LA LAUREA IN MEDICINA NEI SECOLI XIII E XIV<sup>16</sup>

ANNO I

PRIMA LETTURA ANTIMERIDIANA: Avicenna: *Canone* (primo libro, prima fen\*, escluso l'anatomia; seconda fen, escluso i capitoli sulla natura delle stagioni; terza fen, i capitoli sulla necessità della morte, sulle malattie infantili, sulla dieta, sul regime dell'acqua e del vino e del sonno e della veglia)

SECONDA LETTURA ANTIMERIDIANA: Galeno: *De differentiis februm*, *De complexionibus*, *De malicia complexionis*, *De simplicibus medicina* (escluso il sesto capitolo), *De diebus criticis* (primo libro)

LETTURA POMERIDIANA: Avicenna: *Canone* (quarto libro, seconda fen secondo libro); Galeno: *De interioribus* (escluso il quarto libro); *De diebus criticis* (secondo libro); Ippocrate: *Aforismi* (escluso settima parte); Maimonide: *De regime sanitatis*

ANNO II

PRIMA LETTURA ANTIMERIDIANA: Galeno: *Liber Tegni*; Ippocrate: *De ratione victus in morbis acutis*, *Prognostici*; Avicenna: *De viribus cordis*.

SECONDA LETTURA ANTIMERIDIANA: Avicenna: *De accidenti et morbo*, *De crisi*; Galeno: *De diebus criticis* (terzo libro), *Methodus Medendi*, *De utilitate respiratione*; *De Tabes*

PRIMA LETTURA POMERIDIANA: come il mattino

SECONDA LETTURA POMERIDIANA: come il mattino

ANNO III

PRIMA LETTURA ANTIMERIDIANA: Ippocrate: *Aforismi* (escluso la settima parte); Galeno: *De Methodo Medendi*

SECONDA LETTURA ANTIMERIDIANA: Ippocrate: *Terapeutica* (dal sesto al dodicesimo capitolo); Averroè: *Colliget*; Galeno: *De virtutibus Naturalibus*, *De diebus criticis* (secondo libro)

PRIMA LETTURA POMERIDIANA: i testi commentati nella I lettura del mattino del II anno

SECONDA LETTURA POMERIDIANA: i testi commentati nella II lettura del mattino del II anno

ANNO IV

PRIMA LETTURA ANTIMERIDIANA: Avicenna: *Canone* (gli argomenti trattati nella I lettura del mattino del I anno)

SECONDA LETTURA ANTIMERIDIANA: Avicenna: *Canone* (gli argomenti trattati nella lettura pomeridiana del I anno)

PRIMA LETTURA POMERIDIANA: i testi commentati nella I lettura del mattino del III anno

SECONDA LETTURA POMERIDIANA: i testi commentati nella II lettura del mattino del III anno

NOTA: Nell'antico ordinamento il termine «Letture» sta per «Cattedre»

\* «Fen» era la denominazione delle sezioni che compongono un libro.



Fino al '300 lo sguardo della facoltà medica bolognese era tutto volto al passato, all'eredità di Galeno, più che a quella di Ippocrate, ma, comunque, senza aperture al futuro. Queste vennero con Mondino de' Liuzzi che, a distanza di mille anni dal periodo ellenistico, in cui erano stati inaugurati da medici come Erofilo ed Erasistrato<sup>17</sup>, riprendeva gli studi di anatomia tramite la dissezione su cadaveri umani.

Le prime dissezioni furono praticate da Mondino nel gennaio 1315, come è chiaramente detto nel capitolo del suo libro, nel quale parla dell'anatomia dell'utero. Quanti siano stati i cadaveri sezionati da Mondino non è possibile precisare: certo molto più che due o tre come supposero alcuni storici, dal momento che Guido di Chauliac, che fu studente a Bologna, parlando di sezioni anatomiche afferma che Mondino le faceva *multoties* [spesso]. Quantunque nel suo insegnamento egli si attenga strettamente all'anatomia galenica, pure gli spetta il merito incontestabile di aver per il primo introdotto l'insegnamento sistematico dell'anatomia negli studi medici. È da Mondino in poi che si incomincia, dapprima solo nelle Università italiane, a praticare dissezioni anatomiche, ed è appunto per assistere a queste lezioni che da tutto il mondo accorrono gli scolari nelle Università italiane<sup>18</sup>.

Nonostante gli studi anatomici la medicina medievale restava tragicamente povera di mezzi terapeutici e in questo i medici non potevano dirsi molto differenti dai guaritori empirici. Per distinguersi da costoro conveniva ai medici, come ha ben sottolineato Mottura:

continuare a seguire ed esaltare una cultura filosofica nella quale gli apprendimenti di ordine naturale dovessero studiosamente inquadrarsi. La dogmatica ippocratico-galenica trasmessa in lingua latina, la frequenza dell'università, l'apprendistato presso anziani di autorità riconosciuta, l'adozione di un modo di vivere, di parlare, di vestire propri di un ceto socialmente riverito erano mezzi per giustificare e ribadire certe barriere che si riconoscevano sempre più opportune e che ebbero grande gioco, durante tutto il medioevo e ben oltre, per costituire i medici di fatto in associazioni chiuse, che sempre più cercarono di istituzionalizzarsi ufficialmente in Collegi, ai quali si accedeva preferibilmente per cooptazione<sup>19</sup>.

L'influenza dominante delle scuole di medicina italiane (Salerno, Bologna e Padova) e di quelle francesi (Parigi e Montpellier), rispetto a quelle inglesi (Oxford e Cambridge) furono in larga misura dovute al fatto che in queste ultime agli studenti era consentito, una volta laureati, di iscriversi a corsi di aree diverse, probabilmente perché molti non erano realmente interessati a divenire medici, mentre chi lo era per davvero si rivolgeva alle università italiane o francesi<sup>20</sup>.

### RINASCIMENTO E RIVOLUZIONE SCIENTIFICA

Il '500 è il secolo del risveglio, dei cambiamenti, è il secolo in cui arti e scienze prendono nuovo vigore, assumono nuovi paradigmi. Preceduto da quel periodo definito "Umanesimo", in cui l'uomo viene riportato al centro di ogni riflessione attraverso la riscoperta della cultura classica, il XVI secolo ci introduce nell'era moderna anche con le grandi scoperte geografiche che allargano enormemente i confini del mondo fino allora conosciuto.

Alle soglie del Rinascimento i programmi universitari per gli studenti in medicina erano ancora dominati da insegnamenti teorici somministrati *ex cathedra*.

Col nuovo secolo possiamo registrare subito un'importante innovazione nel campo dell'insegnamento della medicina. Giovan Battista da Monte (*Montanus*, 1498-1552), critico verso il metodo di insegnamento mediante la *compositio*, che sillogisticamente avrebbe dovuto condurre il discente dalla conoscenza del noto a quella dell'ignoto, sottolinea l'utilità di una procedura analitica (la *resolutio*) e inserisce in questa un nuovo elemento: l'investigazione diretta che lo studente deve compiere sul malato, al fine di controllare quanto, attraverso l'esposizione della dottrina tratta dai testi, gli è stato insegnato *ex cathedra*<sup>21</sup>. Scriverà a questo proposito Rasori più di due secoli dopo:

L'Università di Padova, o, per meglio dire, l'Ospitale di S. Francesco, fondato nella città stessa nel 1408, ebbe una scuola clinica assai prima dell'epoca creduta dagli storici di quella Università. [...] Io però trovo che G.B. Montano faceva in quello Spedale una vera Scuola Clinica sin dal 1543, se non forse prima. [...] Che poi Montano facesse una Scuola avente propriamente la forma di insegnamento convenevole ad una Clinica, cioè a dire che fosse una pratica istruzione al letto dell'ammalato sui vari casi che si offrivano alla giornata, quest'è ciò che si può dimostrare al di fuori d'ogni dubbio, da quanto si ricava da alcune delle opere pubblicate<sup>22</sup>.

In quel torno di tempo e fino alla metà del '600 l'insegnamento clinico al letto del malato si diffonde in molte università straniere come Vienna, Edimburgo e Leyda<sup>23</sup>, ma ancora nella seconda metà del '500 nell'università di Roma i programmi restavano quelli di vecchio stampo (BOX 2).

BOX 2

## PROGRAMMI DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA, SECONDA METÀ DEL '500

Da Pazzini A.<sup>24</sup>, con alcune omissioni

## ORDINI GENERALI DEGLI STUDI

manoscritti dall'arcibidello Alessio Lorenzani. Anno 1570-1571

MANE HORA XIIIJ  
*Medicus extraord.*  
*De pulsibus et urinis*

*Chirurgus pract.*

HORA XV  
*Medici ordinarij Practici*  
*Art. Med. Gal.*

VESPERI HORA XX  
*Medicus extraordinarius primam*  
*p.i. Avicенаe*

HORA XXI  
*Medici pract. primam 4.ti Can.*  
*Avicенаe de febr.*

HORA XXII  
*Diebus Festis in simplicibus*  
*medicamentis*

Come si vede vi erano tre lezioni mattutine e tre pomeridiane in cui venivano insegnati l'esame del polso e delle urine, le dottrine di Galeno e di Avicenna, le febbri e la botanica (i "semplici", quali componenti dei medicinali). Quanto all'anatomia, avrebbe dovuto essere insegnata dal chirurgo ma, annota l'arcibidello\*, il titolare, Menalbo Brancalupo, rifiutava di farlo e, oltre a ciò era anche ignorante in fatto di lingua latina; del resto fino al 1539 la chirurgia non faceva parte degli insegnamenti impartiti agli studenti di medicina all'università di Roma, mentre si insegnava e si praticava negli ospedali.

Sempre a Roma, nel 1574, Papa Gregorio XIII istituiva una nuova figura di professore di medicina, equivalente al nostro "Liberio Docente", un insegnante che doveva essersi laureato a Roma da almeno 22 anni, che veniva retribuito con 25 scudi all'anno e che doveva affiancare il titolare ufficiale dell'insegnamento<sup>25</sup>.

Eppure in quel 1543 che segna, con la pubblicazione del *De revolutionibus orbium coelestium* di Copernico, la data convenzionale per l'inizio della "Rivoluzione scientifica", Vesalio (Andreas Vesal 1514-1564) aveva dato alle stampe il *De humani corporis fabrica*, primo fondamentale testo dell'anatomia umana moderna.

Si può dire pertanto che il Rinascimento porta con sé nello studio della medicina un'anatomia ormai distaccata da quella di Galeno e l'esigenza di un'educazione dei futuri medici al letto del malato. Quest'ultimo aspetto e quello dell'eser-

\* Funzionario creato nel '500 da Leone X con il compito di tenere il registro degli studenti, accompagnare i professori in aula, segnare le assenze di questi ultimi e multarli se negligenti (Pazzini A., cit., v.I, p. 33).

cizio chirurgico, con le ambigue relazioni intrattenute lungo molti secoli fra medicina e chirurgia, pongono anche sul tappeto un problema, dibattuto fino ai giorni nostri: quello dei rispettivi ruoli di università ed ospedali nella formazione dei medici. Ma, come scrive Giorgio Cosmacini:

la vera incognita storiografica ed epistemologica, è questa: perché a metà del Cinquecento, dalla compresenza a Padova della pratica medica di Montano, innovatore del metodo clinico, e della pratica settoria di Vesalio, innovatore del metodo anatomico, non si innesca la rivoluzione anatomo-clinica di cui lo stesso Vesalio si è fatto annunciatore?<sup>26</sup>

La risposta che ci appare come la più accettabile è che un lungo passato di insegnamento cattedratico aveva “ingessato” ciascuna disciplina al punto tale da impedirle di comunicare con le altre. E tuttavia ha ben ragione Cosmacini di segnalare, poco dopo la citazione sopra riportata, come Antonio Benivieni, a Firenze, avesse redatto un’opera (pubblicata postuma nel 1507) dove sono raccolti una ventina di casi il cui quadro clinico è integrato dal reperto autoptico, preludio, forse inconsapevole del metodo anatomo clinico. Lampi, dunque, che si accendono qua e là, zone d’ombra che avvolgono alcuni luoghi e alcuni momenti, senza che sia ancora possibile creare degli standard scientifici diffusi e condivisi.

#### DAL SECOLO DEI LUMI AL POSITIVISMO OTTOCENTESCO

Il secolo dei lumi, l’Illuminismo: in filosofia è il secolo in cui la ragione umana rivendica la sua autonomia e il suo primato, la scienza si sviluppa e branche fino ad allora trascurate come la biologia, la chimica, la geologia si sviluppano rigo- gliosamente; l’*Encyclopédie*, pubblicata a Parigi a metà del secolo, ne riassume il pensiero e gli orientamenti. E la medicina?

Nel 1718 Scipione Maffei indirizzava a Vittorio Amedeo II di Savoia un *Parere sul migliore ordinamento della R. Università di Torino* in cui rivolgeva critiche pungenti ai metodi d’insegnamento ancora seguiti, e con riferimento alla facoltà di medicina scriveva<sup>27</sup>:

Non basta per essere di questa schiera (cioè “di coloro che per medicare” ecc.\*) l’allontanarsi dalle nenie dei quattro umori, e l’esporsi a moderne dottrine; perché molti son che si distinguono in Cattedra, ma non al letto, e che dopo ragionamenti dottissimi levano affatto il vino, ordinan gemme e non si rifilano di purgare e di levar sangue.

\* Si riferisce ai medici che si piccano d’essere aperti alle teorie nuove d’oltralpe.

La proposta di Maffei era quella di una cattedra di Medicina Teorica e una di Medicina Pratica ed anche una di Medicina Neoterica: “intendendo con questo nome i sistemi di coloro che nel medicare cercarono di rendersi superiori a’ pregiudizi volgari”. Un richiamo forte a svecchiare, ma soprattutto a fondare la formazione professionale anche su un controllo della teoria con la pratica.

Nell’insegnamento e nella professione due istituzioni erano rilevanti: l’università, come per il passato, ma anche il Collegio professionale. La prima conferiva il titolo di laurea (precluso alle donne); la seconda esercitava il controllo sulle licenze che regolavano le attività sanitarie e avevano anche un ruolo nella concessione della laurea che era, al tempo stesso, titolo di abilitazione professionale\*. A Ferrara, per esempio, prima della riforma del 1771, tutti gli appartenenti al Collegio avevano diritto a una lettura universitaria e il Collegio esercitava un controllo sul conferimento della laurea, prerequisite per la successiva istruzione pratica che si compiva presso un professore membro del Collegio. Dopo la riforma di cui sopra, promossa dal papa Clemente XIV, i requisiti necessari per iscriversi all’università erano l’appartenenza alla religione cattolica (Ferrara faceva parte dello Stato Pontificio), non aver subito processi e aver compiuto gli studi di grammatica e “umanità”; il corso di laurea di quattro anni comprendeva centosessanta lezioni annuali della durata di un’ora e mezza, ciascuna ripartita in dettare, spiegare e conferenza; era anche richiesta almeno una “disputa” di fronte ai professori, sulla materia scelta per la laurea<sup>28</sup>. Uno schema non molto dissimile da quello medievale.

Sotto il profilo scientifico, il XVIII secolo è stato per la medicina il secolo dei Sistemi<sup>29</sup>. In Italia un tardo-sistematico come Giovanni Rasori (1766-1837), propugnatore della teoria dello stimolo e controstimolo, tenne il 14 luglio 1808 la prolusione al corso di clinica medica nell’ospedale militare di Milano. In questa prolusione, intitolata *Sul metodo degli studj medici*<sup>30</sup>, Rasori, dopo un lungo excursus sul passato, a partire dai Greci, giunge a individuare quello che considera un grave errore e a formulare una sua proposta. L’errore sarebbe stato quello di aver introdotto l’anatomia e soprattutto la fisiologia\*\* all’inizio del programma di studi, cosicché:

Se aridi rami furon essi, ed il fatto storico non può impugnarsi, tali furono non per se stessi ma perché si errò ne’metodi di coltivarli collo studio e coll’insegnamento; perché si crearono divisioni dove l’oggetto non ne ammette; perché

\* Un secolo più tardi Augusto Murri dopo la laurea sostenne a Firenze il 23 novembre 1864 l’esame per ottenere «il grado di laureato in medicina» (Scandellari C. *Augusto Murri, clinico medico*, Relazione letta al *Convegno su Augusto Murri medico ed epistemologo*, Fermo 2 maggio 1994), che altrove viene riferito come la «cosiddetta matricola» (Silvagni L. *Nel centenario della nascita di Augusto Murri*. *Bullettino delle scienze mediche* 1942; n° 2, estratto, p. 10.).

\*\* La contrarietà all’insegnamento dell’anatomia era legata al fatto che gli anatomici si sarebbero lasciati andare ai «vaniloqui di certa fisiologia metafisica» (p. 319).

si restrinse la sfera della comprensione dell'intelletto ov' il maggior uopo si è d'estenderla; e perché finalmente si capovolse a tal segno l'ordine dell'insegnamento da incominciarlo appunto là dove ragion voleva che si finisse.

Di qui la proposta che gli insegnamenti dell'anatomia umana normale e patologica e dell'anatomia degli animali aprissero il corso degli studi medici, e che subito dopo:

L'alunno introdotto nella clinica incominci primamente ad addestrare i sensi all'osservazione, a quel modo appunto come il gran Naturalista Francese [si allude a Buffon] propose che chi si dà allo studio della Storia Naturale abbia ad incominciare dal frequentare un gabinetto, e andar via via osservandone gli oggetti senz'aver pur letto libri analoghi, e senz'essersi procurata in altro modo alcuna preliminare istruzione.

Dunque, metodo induttivo da svilupparsi con l'osservazione dei malati negli ospedali, in modo tale da evitare "la non mai abbastanza spregevole ma comune distinzione di medico teorico e medico pratico".

Rasori con le sue impostazioni cliniche e didattiche chiude il Settecento, molto più di quanto non apra all'Ottocento. Quasi contemporaneo di Rasori, Pierre Cabanis (1757-1808), apre invece al futuro, molto più di quanto non guardi al passato. Cabanis vede con chiarezza la crisi della medicina sia come scienza sia come insegnamento e si sforza di trovare soluzioni. La prima di queste, fondamentale, è quella di richiedere l'istituzione di quella che, per usare un termine dei giorni nostri, si definisce la cartella clinica, dove il medico dovrebbe indicare "l'età del malato, il suo temperamento, il paese che abita, la sua professione, le malattie che ha già avuto, i suoi gusti i suoi costumi"<sup>31</sup>. Lo stesso Cabanis suggeriva poi soluzioni che, adottate almeno parzialmente in seguito, avrebbero connotato lo statuto di professione liberale della medicina, quale si è conservato fino al XX secolo. La legge emersa da queste indicazioni nell'anno XI del calendario rivoluzionario\* prevedeva:

Nel corpo medico una gerarchia a due livelli: i dottori in chirurgia e in medicina diplomati in una delle sei scuole. [...] I dottori subiranno, dopo quattro esami (anatomia e fisiologia; patologia e nosografia; materie mediche; igiene e medicina legale) una prova clinica interna o esterna, a seconda che vogliano essere medici o chirurghi. Per gli ufficiali sanitari, che somministreranno "le cure più ordinarie", studieranno nelle scuole durante solo tre anni; questo però non è in-

---

\* Corrispondente al 1801 del calendario gregoriano

dispensabile; basterà loro attestare cinque anni di pratica negli ospedali civili e militari, o sei anni come scolari e assistenti privati di un dottore<sup>32</sup>.

La figura del medico tuttavia restava ancora impigliata, nei primi anni dell'Ottocento, in concetti e in comportamenti professionali che non riuscivano a prendere le distanze dal passato. Ne sono una testimonianza i galatei per i medici, che si proponevano sia una "funzione apologetico propagandistica" (restituire credibilità ai medici), sia una "funzione di coscientizzazione della classe medica" (contrastare il diffuso senso di scoraggiamento), sia una "funzione polemica contro i ciarlatani e contro i detrattori", sia una "funzione deontologica e metodologica", sia, infine, anche una "funzione educativa degli utenti"<sup>33</sup>.

Entrando a pieno nel XIX secolo molte cose cambiano<sup>34</sup>. Cambia la medicina, dove le impostazioni di Bernard e di Virchow rivoluzionano fisiologia e patologia e dove le scoperte di Pasteur e di Koch dischiudono un nuovo mondo, mentre con i sieri e i vaccini si apre la strada a terapie efficaci; cambia anche la chirurgia in quanto l'introduzione dell'anestesia e dell'asepsi modifica profondamente le possibilità di intervento; si accumulano nuove acquisizioni, si moltiplicano le conoscenze e tutto questo comporta crescenti problemi per la formazione dei medici.

La facoltà di medicina dell'università di Bologna comprendeva a partire dalla fine del 1803 dodici cattedre: Storia Naturale, Botanica, Chimica Generale, Chimica Farmaceutica, Notomia Umana, Notomia Comparata, Fisiologia (le due ultime con un unico docente), Istituzioni Chirurgiche ed Arte Ostetrica, Patologia e Medicina Legale, Materia Medica-Terapeutica-Igiene, Clinica Medica, Clinica Chirurgica. I corsi di laurea erano due: medicina e chirurgia; c'era inoltre un corso di diploma in farmacia. Per la laurea in medicina (come per quella di chirurgia) il corso aveva la durata di cinque anni, di cui il primo era dedicato a Elementi di Geometria e Algebra, Eloquenza Italiana e Latina, Analisi delle Idee, Lingua e Letteratura Greca e si concludeva con un esame per l'ammissione al secondo anno, da cui erano esentati gli allievi provenienti dai licei del Regno.

Dopo la costituzione del Regno d'Italia (1861), con il R.D. 14/9/1862 venne promulgato il nuovo Regolamento per la facoltà di medicina, con cui veniva a cessare la separazione dell'insegnamento della medicina e della chirurgia, istituendosi per entrambe un unico corso di laurea<sup>35</sup>.

Già l'ordinamento didattico che faceva parte della riforma napoleonica, era stato profondamente innovativo rispetto a quello dei secoli XVI-XVIII che prevedeva tre anni dedicati a un corso propedeutico di filosofia e quattro anni dedicati agli studi medici, comprendenti ancora le letture di Galeno, Avicenna e Maimonide<sup>36</sup>. Ora si avvertiva ancora di più il desiderio di mettersi al passo con una



fase di espansione scientifica cui si accompagnava il diffondersi della filosofia positivista, anche se non sarebbero mancati tra i professori universitari di medicina esempi di neo-hegheismo\* e tanto meno di quel clericalismo che connota alcuni aspetti della riforma Casati del 1859. Con l'articolo 106 di questa riforma infatti, oltre a sancire la possibilità che i docenti universitari potessero anche essere nominati direttamente dal ministro, veniva stabilito che essi potevano essere revocati per "aver coll'insegnamento o cogli scritti impugnato le verità sulle quali riposa l'ordine religioso e morale, o tentato di scalzare i principi e le garantigie che sono stati posti a fondamento dello stato"<sup>37</sup>.

Dopo il 1861, e fino al 1915, le venti sedi italiane abilitate a conferire la laurea in Medicina e Chirurgia\*\* tesero a omologare il programma degli studi medici: vennero soppressi alcuni corsi come, ad esempio, Storia della medicina, venne introdotta l'Anatomia Patologica, mentre la Medicina teorica venne trasformata in Patologia speciale medica. Il regolamento del 1876 prevedeva per la laurea in Medicina e Chirurgia sei anni di corso con il superamento di 17 esami obbligatori di cui quattro attinenti a discipline scientifiche (Chimica – Botanica – Zoologia, Anatomia e Fisiologia comparate – Fisica sperimentale) e tredici più strettamente medici<sup>38</sup>. Si perse così l'impronta umanistica precedente, mentre l'insegnamento della medicina assumeva quel carattere esclusivamente naturalistico che conserverà fino all'introduzione della tabella XVIII e alle sue ulteriori versioni. Il 19 gennaio del 1876 Augusto Murri lesse nella Regia Università di Bologna la sua prolusione al corso di Clinica Medica. L'atmosfera in cui ciò avvenne non era delle più favorevoli al nuovo insegnante, come racconta uno studente di allora. Luigi Concato, benché amatissimo dagli allievi, preferendo Padova a Bologna aveva lasciato vacante la cattedra di Clinica medica di questa università.

Bisognava ribellarsi e subito alla dispotica imposizione ministeriale [la nomina di Murri per decreto]. Non si doveva fare le pecore. E così un po' alla volta dalle discussioni s'incominciò a scivolare nelle insolenze; né ci si poté frenare. [...] La tensione tra gli studenti era giunta al suo limite estremo, ma, dopo il memorabile mattino in cui il Concato ci salutò e ci baciò tutti e tutti piangemmo, parve che il partito di coloro che volevano coi fischi perpetuare la tradizione della scuola bolognese avesse assicurato il sopravvento. E fu allora che il prof. Loreta [Clinico chirurgo della facoltà], in uno slancio del suo cuore nobilissimo, ci chiamò a sé e ci parlò come un padre. "Figliuoli, ci disse, non precipitate. Io conosco il Murri, l'ho visto al letto dei malati, vi assicuro che è valentissimo. Ne sarete contenti"<sup>39</sup>.

\* È il caso di Angelo Camillo de Meis (1817-1891) professore di Storia della medicina a Bologna dal 1865 al 1891

\*\* 16 università statali, l'Istituto Superiore di Firenze, 3 università libere

E, “in un silenzio che aveva aspetto e sostanza di ostilità”<sup>40</sup>. Murri parlò e la fine della sua lezione fu coronata da “un applauso nutrito, prolungato [...] Di fischiare nessuno ebbe l’audacia”<sup>41</sup>. Cosa disse Augusto Murri in quella memorabile prolusione, che ancora oggi ci pare, per tanti versi, da meditare? Nel box 3 ne riportiamo alcuni tra i passi più attinenti alla materia che stiamo trattando.

A distanza di trentun anni da quella prolusione, Murri, tornando all’insegnamento nella Clinica bolognese, dopo una interruzione di più di due anni, legata a gravi traversie famigliari, in due splendide lezioni<sup>42</sup> poneva quale obiettivo fondamentale dell’insegnamento clinico, che egli riteneva essere il più importante, quello di formare buoni medici pratici. Ciò che gli appariva necessario a questo fine era che i suoi allievi divenissero capaci di applicare nel modo migliore il già noto ai singoli casi clinici e a questo fine era dell’opinione che fosse di fondamentale importanza centrare l’insegnamento sul metodo, sulla logica e sulla critica. La pura raccolta di dati attraverso l’esame del malato – pur indispensabile e da effettuarsi con il massimo scrupolo – non poteva infatti bastare di per sé a condurre il medico fino ad una diagnosi esatta.

A conclusione di una tavola rotonda sull’attualità di Murri, Giuseppe Giunchi affermava nel 1972:

Egli [Murri] si è preoccupato di fare un insegnamento idoneo creare dei buoni medici, intendendo con questo termine non soltanto buoni tecnici, ma uomini intellettualmente maturi e moralmente impegnati, capaci di lavorare per una società che egli accettò quale era, pur rilevandone con sottile ironia aspetti irrazionali e deficienze morali<sup>43</sup>.

L’impostazione didattica di Murri non ricevette grandi consensi. Fu però un suo allievo, Alberto Rovighi, titolare della Cattedra di Patologia Medica dell’Università di Bologna, ad ottenere che la denominazione della cattedra divenisse *Patologia Speciale Medica e Propedeutica Clinica*, quale insegnamento che “deve servire come studio preparatorio alla Clinica Generale, [e] deve abituare alla razionale interpretazione dei fenomeni”<sup>44</sup>.

Non c’erano tuttavia soltanto problemi relativi ai fini e ai metodi dell’insegnamento clinico; c’erano altresì problemi organizzativi, di strutture e di personale ed è interessante notare quale potesse essere il punto di vista di un docente universitario di medicina sul finire dell’Ottocento e quali le sue proposte, azzardate alcune, anticipatrici altre (BOX 4).

## BOX 3

DALLA PROLUZIONE AL CORSO DI CLINICA MEDICA, LETTA IL 19 GENNAIO 1876 NELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA DAL PROF. AUGUSTO MURRI<sup>45</sup>.

---

Se ad altri talenta di considerare la Clinica antica come un mucchio di rovine ignobili e per noi inutili, sia pur concesso a me di venerarla invece come la modesta ma solida casipola di industrie antenate, all'intorno e al di sopra della quale gli attivi e fortunati nipoti seppero elevare il superbo edificio, di cui siamo ora ammirati. E ciò dicendo io non credo di meritare l'accusa di infelice archeologo, che di leggieri mi sarebbe lanciata da tutti quei tali, che burbanzosamente credono il massimo del progresso consistere nell'oblio dell'antico. (p. 8)

La Clinica da principio quasi sola vide più tardi nascersi e crescersi intorno tante sorelle minori, ma così rigogliose che ben presto poterono prestare ad essa appoggi validissimi: la Fisica, la Chimica, l'Anatomia normale, l'Anatomia patologica, La Fisiologia, la Patologia sperimentale tutte arricchirono di molte ed utili nozioni il Clinico. (p.15)

È una delle maggiori glorie d'Italia ed in specie di queste provincie ove nacque il Morgagni, d'aver aggiunto alla osservazione dei caratteri eziologici, semiologici e terapeutici delle malattie anche l'osservazione importantissima dei caratteri anatomici di essa i quali, come quelli che sono in più diretta attinenza coll'intimo processo morboso, costituiscono una delle più utili conquiste della medicina. Non sarebbe tuttavia esatto il dire che essi soli formano oggi la base della Clinica. (pp.15-6)

[Il Clinico] da un lato osservava le cause ed i sintomi della malattia, vedeva l'effetto dei rimedii; dall'altro conosceva dall'Anatomia patologica la sede della malattia ed i caratteri chimico-morfologici delle lesioni degli organi; ma quale relazione esistesse tra quei fatti e questi eragli quasi completamente occulto. Ebbene, la Fisiologia ha chiarito in molta parte questa relazione. (p. 16)

La interpretazione fisiologica è congetturale fino a tanto che la relazione da essa indicata non sia sperimentalmente stabilita: la Patologia sperimentale mette appunto al cimento la verità di queste relazioni. (p. 17)

La clinica come io l'intendo ha due compiti ben diversi: il primo è di dare alla società medici che sappiano conoscere e curare le umane infermità, e nelle future lezioni vedremo quale sia il metodo acconcio per riuscirci. Ma quest'ufficio non deve oggi essere il solo; la Clinica deve essere anche un laboratorio scientifico: l'Anatomico, il Fisiologo, il Patologo ci danno il frutto delle loro fatiche, ma noi dobbiamo esaminarlo, purificarlo, farne uso, e poi rinviarlo ad essi o modificato o accresciuto o semplicemente avvalorato dalla nostra esperienza. Noi dobbiamo ricevere da essi, ma dobbiamo anche dare, dobbiamo dipendere da loro, ma non vivere la vita del parassita. È in Clinica, solamente in Clinica che si forma la vera scienza clinica. (pp. 26-7)

Io voglio dirvelo con le parole di uno straniero [...] voi comprendete che io parlo

di Virchow. “È abbastanza istruttivo” egli dice, ma io aggiungo è pur molto doloroso, “il vedere che una Nazione che per tanti secoli, anzi per decine di secoli aveva percorso la sua via di svolgimento, una Nazione che aveva in sé un germe imperituro di coltura, come l’Italia, la quale al tempo delle repubbliche ha prodotto tante cose straordinarie in ogni ramo dell’umano sapere, abbia poi retroceduto di secolo in secolo, così che oggi, meno poche eccezioni certamente splendide, la sua letteratura scientifica offre quelle forme scolastiche, quella infruttuosa erudizione che troviamo negli scritti dei tedeschi del 15° e 16° secolo”. (p.28)

Bisogna che i nostri laboratorii si popolino di giovani che abbiano fede in sé e nel metodo sperimentale. (p 30)

---

Né meno interessante ci pare la testimonianza di uno studente di medicina immatricolatosi nell’università di Genova nell’anno accademico 1887-88. Dai suoi ricordi (BOX 5) traiamo informazioni sull’insegnamento delle diverse materie che, salvo per la presenza allora della botanica e dell’anatomia comparata, era praticamente lo stesso di quello ancora vigente a metà del XX secolo; possiamo altresì avere un’idea di quale fosse la serietà dell’insegnamento e il coinvolgimento pratico degli studenti, favorito dal ristretto numero dei discenti e dall’impegno dei docenti.

### IL NOVECENTO

Il nuovo secolo segna l’inizio di un mutamento culturale che subirà una forte accelerazione dopo la fine del secondo conflitto mondiale e che è stato determinato principalmente da due fatti. Il primo consiste nel cambiamento di orientamento della cultura medica italiana che, già ampiamente tributaria di quella francese e soprattutto di quella di lingua tedesca, prese come nuovo punto di riferimento quella di lingua inglese. L’università tedesca, orientata ad una forte preparazione scientifico-culturale aveva, a parere di Abraham Flexner, raggiunto il suo apogeo nel 1910, mentre all’inizio del secolo le università americane si erano rinnovate profondamente e si erano date come obiettivo quello di fornire un insegnamento capace di assicurare l’assimilazione delle nozioni e la capacità di metterle in pratica<sup>46</sup>. Un rapporto della fondazione Carnegie del 1910 sulle facoltà di medicina negli Stati Uniti e nel Canada consente di rilevare come già il primo anno potesse essere dedicato all’anatomia e alla fisiologia, in quanto l’insegnamento della fisica, della chimica e della biologia era demandato all’istruzione pre-universitaria; il secondo anno comprendeva i corsi di patologia farmacologia e semeiotica, mentre il terzo e il quarto anno erano dedicati alle materie cliniche e alla pratica in ospedale, sia pure con alcune differenze tra le diverse sedi universitarie<sup>47</sup>.

## BOX 4

DALLA LETTERA DEL PROF. COMM FRANCESCO MAGNI\* ALL'ONOR. PROF. FERDINANDO PALASCIANO SENATORE DEL REGNO<sup>48</sup>.

---

Gli studi clinici devono esser fatti in Spedali speciali, che oltre a condizioni igieniche richieste per uno Spedale, abbiano pur anche le condizioni che si esigono per una scuola [...] L'Ospedale clinico deve accogliere le diverse cliniche assicurandone la rispettiva indipendenza ed igiene; o almeno le diverse cliniche devono trovarsi ravvicinate quanto è possibile, perché esse non sono che una sezione di una medesima scuola. (p.8)

Il lavoro pratico dei giovani nelle scuole dovrebbe essere più che favorito, obbligatorio; ed il tempo per un lavoro di tanta efficacia didattica potrebbe guadagnarsi sospendendo gli insegnamenti di quelle materie, le quali possono con eguale utilità studiarsi dagli stessi giovani anche senza la guida del maestro, nei libri speciali e nelle ore e nelle epoche in cui non fossero occupati nelle scuole. Non tutto d'altronde può insegnarsi, né tutto anzi deve insegnarsi ufficialmente. Ometterei quindi l'insegnamento della patologia chirurgica, come pure quello della medica; imperocché questi insegnamenti non hanno veramente una materia propria di studio, ma debbono derivarla dalla patologia così detta generale. (pp. 11-2)

La scuola medica adunque si costituirebbe di tre scuole; quella anatomica formata dall'anatomia umana normale e patologica; quella fisiologica formata dalla fisiologia normale o fisiologia propriamente detta, dalla fisiologia patologica o patologia generale e dalla istologia ed embriologia; finalmente quella clinica formata dalla clinica medica, chirurgica, oculistica, ostetrica, sifilitico-cutanea, alienazioni mentali e forme nervose. (p. 13)

Però le dotazioni delle cattedre che, a mio avviso, dovrebbero, a misura che restano vacanti, essere soppresse, vorrei che rimanessero a vantaggio della facoltà alla quale appartennero, sia per provvedere alla dotazione di qualche nuovo insegnamento che il progresso della scienza ha dimostrato oramai necessario, come quello sopraindicato della istologia ed embriologia, sia per migliorare le dotazioni delle biblioteche speciali e dei laboratori. (p.15)

Nella mia proposta di riforme della Facoltà Medica pubblicata nel 1870 all'occasione in cui poteva *ex novo* riformarsi la facoltà medica di Roma, feci rilevare l'importanza che avrebbero dovuto avere gli aiuti. Gli aiuti adesso rendono un servizio molto limitato. Io proponevo allora di associarli all'insegnamento sia per completare corsi che non potessero essere esauriti dal Professore; sia per dare quell'istruzione sussidiaria che agevolasse il compito del Professore; sia per guidare i giovani in quella parte tecnica che serve alla diagnostica; sia infine per ripetere quelle parti che più interessano e che restano abitualmente più difficili ad intendersi e a ritenersi, che a nulla val senza lo ritenere avere inteso.

---

\* Francesco Magni (1828-1887) fu il primo titolare della cattedra di clinica oculistica istituita nell'università di Roma nel 1871. Sembra tuttavia che a Roma non abbia mai insegnato, ma che si sia subito trasferito nell'università di Bologna. Nel 1876 fu nominato Senatore del Regno. Le notizie su di lui sono tratte da Pazzini A., v.II, p. 504.

BOX 5

GLI STUDI UNIVERSITARI DI MEDICINA NELL'UNIVERSITÀ DI GENOVA SUL FINIRE DELL'OTTOCENTO NEI RICORDI DEL DOTTOR RIDOLFO DE ANDREIS<sup>49</sup>.

---

Nel primo anno [1887-88] eravamo circa una cinquantina ed avevamo perciò modo di studiare bene, specialmente se animati da una buona volontà e dal desiderio d' imparare. Le materie erano fisica, chimica, botanica, zoologia ed anatomia comparata, la quale ultima costituiva con l'anatomia descrittiva normale un corso biennale. (p.23)

In second'anno avevamo due esami biennali: anatomia comparata e zoologia, oltre a quello di anatomia umana normale descrittiva che era classificata biennale ma che la maggior parte degli studenti rimandava al terzo anno. Noi però, residenti in città, anche durante le vacanze, avevamo l'opportunità di fare numerose esercitazioni sul cadavere e quindi decidemmo di presentarci a tale esame alla fine del secondo anno. (pp.23-4)

Nel terzo anno avevamo tre insegnamenti importanti: la fisiologia, la patologia e la materia medica o farmacologia. Liberatomi del grave peso dell'esame di anatomia, entrai quale allievo interno nel Gabinetto di fisiologia, per occupare utilmente il mio tempo. Insegnava tale materia Giulio Fano [...]. La cattedra di patologia generale (materia biennale) era tenuta nel primo dal prof. Gaetano Salvioli [...] gli succedette il prof. Griffino [...] avemmo un corso aggiornato sulla patologia generale, che in quel momento trovava in contrasto la patologia cellulare di Virchow (*omnis cellula a cellula*) e quella batteriologica da poco nata in seguito alle scoperte di Pasteur. [...] La materia medica era insegnata da un giovane professore incaricato: il prof. Favilli. (pp. 25-7)

Il quarto anno ci metteva finalmente a contatto col malato. [...] L'insegnamento della propedeutica e della patologia speciale medica era affidata al prof. Queirolo [...] la semeiotica ci veniva insegnata dal prof. Livierato. [...] Entrai come allievo interno alla Clinica medica; qui venni adibito alle ricerche cliniche di laboratorio che si eseguivano in stanzette prospicienti il cortile dell'ospedale. Inoltre accompagnavo l'assistente nelle sue visite di corsia. [...] [Il prof. Edoardo Maragliano, direttore dell'Istituto] dedicava gran parte della sua attività alla clinica, facendo lezione tutti i giorni dalle 8 alle 9 e mezza; esigeva che si frequentassero le lezioni e per questo faceva spessissimo l'appello [...] dopo la lezione faceva la visita nelle corsie ed ogni studente doveva presentare la storia del malato che gli era stato affidato. [...] Due volte alla settimana faceva lezione sui malati dell'ambulatorio che venivano presentati da uno studente, il quale doveva fare la diagnosi e prescrivere la cura. [...] Settimanalmente faceva una conferenza clinica su qualche argomento di attualità. (pp.28-30)

Il quinto anno si presentava con numerose materie importanti: continuando a frequentare la clinica medica, avevamo in più la frequenza alle lezioni di clinica chirurgica. [...] L'insegnamento che ci teneva più impegnati era quello della clinica ostetrico-ginecologica. [...] Altra materia importante era l'anatomia patologica [...] e come se

ciò non bastasse avevamo medicina operatoria e operazioni sul cadavere [...] In ultimo avevamo il corso di igiene, da due anni soltanto staccato da quello di medicina legale. [...] Durante il quinto anno potei riempire quella che era una notevole lacuna del nostro insegnamento: la pediatria. Le malattie dei bambini facevano parte della clinica medica generale; solo due anni più tardi fu istituito un corso di pediatria, tenuto per primo dal prof. Iemma. (pp. 32-3)

Il sesto anno era dedicato alla frequenza delle cliniche medica, chirurgica, psichiatrica, dermosifilopatica ed oculistica; in più eravi il corso di medicina legale. Contemporaneamente al mio internato in clinica medica, frequentavo con assiduità le lezioni e preparavo il lavoro per la tesi di laurea.

---

Il secondo fatto fu l'invasione tecnologica della medicina<sup>50</sup> che fece nascere le specializzazioni mediche e, come scriveva Murri sin dal 1922, comportò la conseguenza che "un clinico generale sarà sempre più raro"<sup>51</sup>.

Restava sul tappeto il problema della preparazione pratica degli studenti di medicina. Nel 1921 veniva depositata la relazione della Commissione presieduta dal professor Giuseppe Cirincione\*, istituita per esaminare la difficile situazione finanziaria del Policlinico Umberto I di Roma. Da tale relazione emergeva la difficoltà di assicurare sufficienti esercitazioni pratiche ai circa 750 studenti che frequentavano gli undici Istituti Clinici del Policlinico (Clinica Chirurgica, Medica, Ostetrica, Oculistica, Dermosifilopatica, Pediatrica, Traumatologica, Radiologica, Odontoiatrica, Patologia Medica e Patologia Chirurgica). Si suggeriva pertanto l'acquisizione all'Università dei padiglioni ospedalieri e l'unicità di gestione, provvedimenti che avrebbero consentito di garantire un numero di malati sufficiente per la formazione pratica degli studenti e anche un consistente risparmio sulle spese di gestione<sup>52</sup>. Dovevano passare sessant'anni perché questa proposta fosse attuata; ma intanto la popolazione studentesca era enormemente cresciuta e i risultati non sono stati certo quelli previsti da Cirincione.

Il 12 gennaio 1932, insediandosi nella cattedra di Clinica medica dell'università di Roma, Cesare Frugoni rivendicava la scientificità della disciplina che era stato chiamato ad insegnare ed affermava:

Di fronte agli allievi, di fronte a voi, studenti carissimi, nettamente dichiariamo le nostre finalità pratiche, sempre naturalmente inquadrata nella preparazione scientifica e sui solidi fondamenti della biologia e dell'anatomia patologica, che è materia quanto mai viva e rischiaratrice.

---

\* Giuseppe Cirincione (1863-1929), Clinico oculista di Roma dal 1909 al 1926; fu deputato al Parlamento e senatore. (Pazzini A, cit., v. II, p. 477)



[...] Rigido programma scientifico quindi, ma a finalità squisitamente pratiche, poiché solo così una clinica medica risponde alla sua missione<sup>53</sup>.

È evidente la preoccupazione di non distaccarsi da quella tradizione che vedeva l'università come centro di ricerca e di diffusione del sapere distinguendola nettamente da una scuola d'arte e mestieri. Ma è anche evidente, d'altra parte, il riconoscimento della necessità di dare una formazione pratica a chi poi avrebbe dovuto esercitare la professione medica.

La stessa duplicità di orientamenti e di intenti notiamo quasi trent'anni dopo in un altro clinico medico, Luigi Villa, titolare della cattedra di Milano. Scriveva Villa<sup>54</sup>:

Ritengo che, fermo restando di massima l'attuale modello culturale degli studi preclinici, si imponga il dovere di dare un decisivo sviluppo alla fase clinico-pratica finale con criteri improntati al buon senso e anche con provvedimenti coraggiosamente innovatori.

E quali erano questi “provvedimenti coraggiosamente innovatori”? Villa lo chiarisce poco più avanti. Si trattava di affidare “agli ambienti sanitari, che dessero garanzie sotto ogni riguardo [...] lo sviluppo controllato, esteso e intensivo dell'attività clinica”. Insomma la soluzione tante volte proposta, sia prima (come abbiamo visto) che dopo queste parole, di coinvolgere i grandi ospedali nella formazione dei medici; una soluzione mai adottata per le resistenze degli stessi ambienti universitari, resistenze che sono del resto evidenti nelle affermazioni di Villa che né qui né più avanti scrive mai la parola “ospedali”! Due altri ostacoli individua ancora Villa per una buona preparazione dei medici: la pleora studentesca e l'avvento della medicina mutualistica, responsabile quest'ultima di aver costretto a “una prestazione la cui prassi si scosta sensibilmente dal miglior esercizio della medicina”. E conclude Villa su quest'ultimo aspetto:

Eccoci arrivati al punto cruciale: le università dovrebbero preoccuparsi di preparare medici idonei a questa medicina nuova, a questa “medicina pratica”, rapida, spicciativa, più impressionistica che conoscitiva e ragionativa. Ma è veramente miserevole e inconsistente il concetto di “praticità” che si adombra in questa opinione dominante.

Con ben altra apertura in quegli stessi anni, il medesimo problema era discusso da Enrico Poli\* che richiamava la necessità di uno spazio maggiore all'insegna-

---

\* Di formazione universitaria, primario medico dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano.

mento al letto del malato rispetto a quello riservato alle lezioni frontali, senza trascurare l'importanza delle discussioni in piccoli gruppi sui casi clinici, dell'insegnamento sui malati di ambulatorio e di una formazione critico-metodologica<sup>55</sup>. Il problema era se mai come realizzare questi obiettivi in un contesto in cui si doveva registrare una crescita dai circa 4.000 iscritti alle facoltà mediche italiane al principio del '900 agli oltre 30.000 degli anni '50. In un tale contesto non era certo facile assicurare una sufficiente formazione pratica nei sei anni di corso universitario. Infatti, un'inchiesta condotta nella prima metà degli anni '50 su 595 medici rivelava come quasi il 95% degli interrogati ritenesse l'ordinamento degli studi troppo inclinato alla teoria e riportava le opinioni espresse da una ricerca compiuta in quegli anni dalla rivista *Il Mulino*, secondo cui sarebbe stato opportuno restringere gli anni di insegnamento vero e proprio a cinque per riservare almeno un anno alla frequenza obbligatoria dei diversi reparti di un ospedale di prima o di seconda categoria<sup>56</sup>.

Il curriculum di uno studente in medicina a partire dalla fine degli anni Venti del Novecento quasi senza modifiche fino all'introduzione della tabella XVIII (1988-89) era quello riportato nel BOX 6.

Non poteva comunque esserci dubbio sul fatto che la generalità dei neolaureati nella prima metà del Novecento uscisse dal corso universitario con una preparazione pratica inadeguata. Bisogna anche aggiungere che il problema non era – o non era soltanto – quello dell'eccessivo affollamento delle sedi universitarie. Basta a provarlo quanto Augusto Murri, scrisse della sua esperienza di medico condotto negli anni '60 dell'Ottocento: “uscito dalla scuola e balestrato su per gli Appennini conobbi ben presto quanto pochi de' miei maestri mi erano stati benefici”<sup>57</sup>.

È chiaro a tutti – o almeno dovrebbe esserlo – che un'adeguata preparazione pratica non può essere acquisita se non con un tirocinio post-laurea di almeno due anni da svolgersi in ospedale con mansioni retribuite di assistente, prima di essere ammessi a sostenere l'esame per l'abilitazione alla professione.

Anche per le scuole di specializzazione si pone il problema di assicurare una sufficiente preparazione tecnico-pratica, quale può ottenersi soltanto se gli specializzandi, con crescente grado di autonomia, rapportato al procedere dei loro studi e della loro esperienza, sono coinvolti attivamente nel lavoro di un grande ospedale, piuttosto che in quello di cliniche ridotte spesso oggi a pochi letti di degenza.

BOX 6

ELENCO DEGLI ESAMI DA SUPERARE PER LA LAUREA IN MEDICINA NELL'UNIVERSITÀ DI ROMA (ANNI 1945-50)

---

FONTE: Esperienza di chi scrive; *cf.* anche Pazzini A.<sup>58</sup>.

I ANNO

Fisica, Chimica, Biologia e Zoologia generale (compresa Biologia delle razze tra il 1938 e il 1945\*).

II ANNO

Anatomia umana normale (biennale).

III ANNO

Fisiologia umana (biennale), Patologia Generale (biennale).

IV ANNO

Patologia medica (biennale), Patologia chirurgica (biennale), Clinica otorinolaringoiatria, Farmacologia.

V ANNO

Istituzioni di Istologia patologica (colloquio), Anatomia e istologia patologica (biennale), Igiene, Clinica oculistica, Clinica dermosifilopatica, Clinica odontoiatrica, Clinica delle malattie nervose e mentali.

VI ANNO

Clinica medica (biennale), Clinica chirurgica (biennale), Clinica ostetrico-ginecologica, Clinica pediatrica, Medicina legale e delle assicurazioni, Clinica ortopedica (complementare obbligatorio).

In totale 21 esami da superare obbligatoriamente, più 3 complementari, di cui uno – Clinica ortopedica – era peraltro obbligatorio e gli altri erano a scelta, ma con alcuni fortemente raccomandati, in quanto propedeutici ad altri corsi, come Istologia ed embriologia (per l'Anatomia) Chimica biologica (per la Fisiologia), Semeiotica medica (per la Patologia medica).

Vi erano poi alcune esercitazioni pratiche in piccoli gruppi per alcuni insegnamenti e la possibilità, per chi avesse conseguito buoni risultati negli esami, dell'internato negli istituti clinici, unica opportunità reale per acquisire una sufficiente preparazione pratica. A partire dall'anno accademico 1952-53 altri esami divennero obbligatori: Chimica biologica, Microbiologia, Radiologia. In tal modo il numero delle materie fondamentali obbligatorie passò da 21 a 24, a cui andavano comunque aggiunte per adire alla discussione della tesi di laurea tre materie complementari, tra cui veniva ancora annoverata la Clinica ortopedica, peraltro obbligatoria.

---

\* Nell'università di Bologna era tra i complementari al II anno (*cf.* Tab. 12, pp. 108 in Bernabeo R.A., D'Antuono G., cit.)

Si ripropone dunque il problema dell'inserimento dei grandi ospedali nella formazione dei medici, problema vecchio di secoli, come abbiamo visto, e mai davvero affrontato. Venne invece la tabella XVIII, ma questo argomento sarà trattato in un successivo capitolo.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Tuchman B.W., *Uno specchio lontano: un secolo di avventure e di calamità, il Trecento*, trad. it. Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1979, pp. 126-7.
- 2 Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, Editori Laterza, Roma-Bari 1987, p. 32.
- 3 Raspadori F., *Il periodo umanistico*, in Bernabeo R.A., D'Antuono G. (a cura di), *La Scuola Medica di Bologna: settecento anni di storia*, Firma Libri, Bologna 1988, pp. 49-64, in particolare p. 55.
- 4 Jacquard D., *La scolastica medica*, in Grmek M.D., *Storia del pensiero medico occidentale: I antichità e medioevo*, Editori Laterza, Roma-Bari 1993, p. 277.
- 5 Calogero G., *Università*, in *Enciclopedia italiana, Istituto della Enciclopedia Italiana*, Roma 1937, v. XXXIV, pp. 722-29, in particolare p. 723.
- 6 Citato in Mottura G., *Il giuramento di Ippocrate: i doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986, p.51.
- 7 Maragi M., *Dalle scuole private alla università artistarum*, in Bernabeo R.A., D'Antuono G. (a cura di), cit., pp. 29- 49, in particolare pp. 31 e 36.
- 8 Le Goff J., *Il Medioevo: alle origini dell'identità europea*, tr. it. Editori Laterza, Roma-Bari 2008, p. 75.
- 9 Maragi M, cit., pp. 32-3.
- 10 Lippi D. *Il Medioevo*, in Lippi D., Baldini M., *La medicina: gli uomini e le teorie*, Clueb, Bologna, 2006, p. 102.
- 11 Ivi, p. 103.
- 12 Bozzetti D., Lambertini R., Tabarroni A., *Tradizione testuale e insegnamento nell'Università di Medicina e Arti di Bologna dei secoli XIV e XV*, Clueb, Bologna 1995, v. 1. [www.cisui.unibo.it](http://www.cisui.unibo.it)
- 13 De Renzi S., *Storia documentata della Scuola Medica di Salerno*, ristampa anastatica della seconda edizione, Napoli 1857, Ripostes Edizioni, s.l.e. 2004, pp. 481, 489-90.
- 14 Jacquard D., cit, p. 280.
- 15 Maragi M., cit., p. 38
- 16 Maragi M., cit., p. 47.
- 17 Russo L., *La rivoluzione dimenticata: il pensiero scientifico greco e la scienza moderna*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 169-200.

- 18 Castiglioni A., *Storia della medicina*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1948, v. I, p. 296.
- 19 Mottura G., cit., p. 60.
- 20 Bullough V.L., *The development of medicine as a profession: the contribution of the medieval university to modern medicine*, Karger, Basel 1966, p. 81.
- 21 Cosmacini G., cit., pp. 78-9.
- 22 Rasori G., *Sul metodo degli studj medici, Prolusione letta aprendosi il corso di Clinica Medica nello Spedale Militare di Milano il 14 luglio 1808*, in *Opuscoli di medicina clinica*, pp. 291-328, Pirotta, Milano 1830, in particolare la nota alla pagina 319.
- 23 Cagli V., *La visita medica e l'insegnamento clinico tra passato e presente*, in *Medicina nei Secoli: arte e scienza*, 1993;5:195-214.
- 24 Pazzini A., *La storia della facoltà medica di Roma*, Istituto di Storia della Medicina della Università, Roma 1961, v. II, p. 579.
- 25 Guarini G., *Storia della Medicina Interna nell'Università di Roma "La Sapienza"*, 1303-1953, p. 49.
- 26 Cosmacini G., cit., p. 85.
- 27 La Penna A., *Università e istruzione pubblica*, in *Storia D'Italia*, Einaudi, Torino 1973, v.5\*\* Documenti, p. 1767.
- 28 Bredasola M., *La riforma della medicina nella Ferrara di fine del Settecento*, in *Annali di storia delle università italiane*, Cisui, 2004, v. 8. [www.cisui.unibo.it](http://www.cisui.unibo.it)
- 29 Cagli V. *Elogio del metodo clinico*. Armando Editore, Roma 1997, pp. 30-2.
- 30 Rasori G., cit. pp. 311-12, 317, 320.
- 31 Cabanis P., *Observations sur les hôpitaux*, Paris 1790, cit., in *Moravia S. Medicina ed epistemologia nel giovane Cabanis, introduzione a Cabanis: le certezze della medicina*, tr.it. Editori Laterza, Roma-Bari 1974, p. XII.
- 32 Foucault M., *Nascita della clinica: il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, tr.it. Einaudi, Torino 1969, pp. 98-9.
- 33 Baldini M, Malavasi A., *I galatei del medico e del paziente: da Ippocrate al Codice Deontologico*, Viviani Editore, Roma 2005, pp. 9-20.
- 34 Cfr. Busacchi V., *Storia della medicina*, Cappelli, Bologna 1951, pp. 270-74.
- 35 Arieti S., *Le riforme istituzionali*, in *Bernabeo R.A., D'Antuono G.* (a cura di), cit., pp. 87-115, in particolare pp. 90, 104-5.
- 36 Raspadori F., *Dal Rinascimento alla crisi barocca*, in *Bernabeo R.A., D'Antuono G.*, cit., pp. 65-75, in particolare p. 75.
- 37 Ragionieri E., *La storia politica e sociale*, in *Storia d'Italia: dall'Unità a oggi*, Einaudi, Torino 1976, v. 4\*\*\*, p. 1698.
- 38 Dröscher A., *Le facoltà medico-chirurgiche italiane (1860-1915): repertorio delle cattedre e degli stabilimenti annessi, dei docenti, dei liberi docenti e del personale scienti-*

- fico*, Clueb, Bologna 2002, p. 24.
- 39 Citato in Manetti D., *Augusto Murri*, Soc. An. Editrice "La Voce", Firenze 1923, pp. 54-5 e seg.
- 40 Cfr Cagli V., *Elogio del metodo clinico.*, cit., p.61.
- 41 Manetti D., cit., pp. 55-6.
- 42 Murri A., *Il pensiero scientifico e didattico della Clinica Medica bolognese. Prima e seconda conferenza ristampate*, in *Quattro lezioni e una perizia: il problema del metodo in medicina*, Zanichelli, Bologna 1972.
- 43 Giunchi G., in *Murri, oggi: un bilancio metodologico*, Tavola rotonda svoltasi il 5 giugno 1972 e pubblicata in allegato a Murri A., *Il pensiero scientifico e didattico della Clinica Medica bolognese.*, cit.
- 44 D'Antuono C., Cipolla C., *La clinica e la patologia medica*, in Bernabeo R.A., D'Antuono G. (a cura di), cit., pp. 177-83, in particolare pp.181-2.
- 45 Murri A., *Prolusione al Corso di Clinica medica*, Zanichelli, Bologna 1876.
- 46 Poli E., *Metodologia medica: principi di logica e pratica clinica*, Rizzoli, Milano 1965, pp. 196-202 e note.
- 47 Flexner A., *Medical education in the United States and Canada (1910)*, General Books, s.l.e. 2009, pp. 68, 101.
- 48 Magni F., *Sull'ordinamento della facoltà medica, Letta nella seduta del 28 Agosto 1879 della Società Medico-chirurgica di Bologna*, in *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*, Serie VI. Vol. VI, 1879. (estratto).
- 49 De Andreis R., *Oltre mezzo secolo di vita professionale e nova et vetera: appunti di un medico ottuagenario*, Ente Sagre musicali soviorese, Monterosso al mare 1978.
- 50 Cagli V., *La Crisi della diagnosi: cosa è mutato nel concetto e nella procedura della diagnosi medica*, Armando Editore, Roma 2007, pp. 39-50.
- 51 Murri A., *Dei medici futuri*, Policlinico. Sez. Med 1922; v. 28 (estratto), p. 24.
- 52 Stroppiana L. (a cura di), *Il Policlinico Umberto I di Roma*, Università degli Studi, Roma 1980, pp. 52-3.
- 53 Frugoni C., *L'essenza e gli obbiettivi dell'insegnamento clinico*, Policlinico Sez. Prat. 1932;39: 125-33.
- 54 Villa L., *Il medico e i suoi problemi*, Longanesi, Milano 1961, pp.166, 168, 184-95, 196-7.
- 55 Poli E., cit., pp. 206-7, 209-10, 214.
- 56 Mannucci C., Pozzani S., Spaltro E, Trentini G., *La crisi della medicina: inchiesta sulla professione medica*, Casa Editrice Nuova Mercurio, Milano 1959, pp. 27-30.
- 57 Murri A., *Il medico pratico*, Zanichelli, Bologna 1914, p. 7.
- 58 A. Pazzini, cit., v. I, pp. 88-92.

#### FRANCESCO DAMMACCO

Prorettore dal 2000 dell'Università di Bari. La sua carriera universitaria si è svolta presso l'Istituto di clinica medica di Bari a partire dal 1976. Nel 1980 ha assunto la direzione dell'Istituto di Patologia Medica dell'Università di Bari. Dal 1996 al 2000 ha diretto il Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia umana. Autore di numerosissime pubblicazioni scientifiche, nel 1989 ha pubblicato *Immunologia in medicina* (2 voll., Edi-Ermes). È redattore capo della rivista *Clinical and Experimental Medicine* e membro della Società italiana di Immunologia e Immunologia Clinica e dell'American Association of Immunologists.

Attualmente è presidente del Collegio nazionale dei docenti di Medicina Interna.

#### GIOVANNI DANIELI

Professore di Medicina Interna. Già direttore dell'Istituto di Clinica Medica dell'Università di Ancona. Benemerito della Cultura e della Scienza. Past president della Conferenza permanente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Segretario Onorario della Conferenza permanente per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Presidente dell'Accademia medico-chirurgica del Piceno. Direttore dei periodici *Medicina e Chirurgia*, *Lettere dalla Facoltà*, *Bollettino ColMed/09*.



# La formazione del medico dalla tabella XVIII ai nostri giorni

FRANCESCO DAMMACCO E GIOVANNI DANIELI

Per quasi cinquant'anni l'Ordinamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha seguito senza modifiche rilevanti le norme codificate dal Regio Decreto 4 giugno 1938, n.1269 (Regolamento Studenti) che comprendeva tra l'altro una Tabella, denominata Tabella XVIII, nella quale erano elencati i ventuno esami fondamentali e i tre complementari che costituivano l'intero piano di studi e la loro distribuzione nei sei anni di corso.

Nella seconda metà degli anni '80, e quindi circa cinquanta anni più tardi, anche sulla spinta di nuove tendenze culturali che si affacciavano in Europa, si sviluppò un vivace dibattito nel mondo accademico che portò alla elaborazione ed alla conseguente applicazione di un nuovo Ordinamento didattico (Decreto del Presidente della Repubblica n. 95/1986)<sup>1</sup>. A tale dibattito dettero un importante contributo, in termini di progettazione e pianificazione della formazione medica, sia le singole Facoltà che la Conferenza permanente dei Presidi e quella dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. Si giunse così – parzialmente nel 1987 e globalmente l'anno successivo – all'applicazione nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Paese di quella che convenzionalmente venne definita la “nuova Tabella XVIII”, caratterizzata da una serie di importanti innovazioni tra le quali meritano di essere ricordate<sup>2</sup>:

- adozione del numero programmato e conseguente concorso per la selezione

- dei candidati; questa modalità poneva termine alla illimitata possibilità di accesso (indipendentemente dalla tipologia del Diploma di scuola media superiore) prevista dal decreto Codignola, che aveva determinato un numero esorbitante di iscrizioni (ad esempio, oltre 20.000 studenti nel solo 1971!);
- introduzione dell'insegnamento di tipo attivo, basato sull'istituzione della "didattica tutoriale";
  - definizione preliminare degli obiettivi didattici che ciascun corso di insegnamento consente di conseguire;
  - confluenza di più insegnamenti a costituire raggruppamenti più ampi ed articolati, denominati "corsi integrati";
  - istituzione di esami accorpatisi, con l'intento di ridurre il numero delle verifiche di profitto;
  - tempo pieno per lo studente, scandito dal numero di ore attribuito ad ogni disciplina e quindi ad ogni corso integrato;
  - abolizione degli insegnamenti complementari e conseguente piena utilizzazione di tutti i Docenti nella programmazione didattica della Facoltà;
  - suddivisione dei corsi in semestri, a ciascuno dei quali segue il corrispondente esame, in maniera da favorire – almeno nelle intenzioni – un rapporto ottimale, anche dal punto di vista temporale, tra insegnamento, apprendimento e valutazione.

Nonostante questo nuovo Ordinamento fosse stato proposto con l'intento di realizzare un profondo rinnovamento nella formazione del medico, i risultati conseguiti furono tuttavia largamente inferiori a quelli attesi. Si registrò ad esempio un incremento, anziché una riduzione, del numero degli studenti fuori corso e la percentuale dei giovani che conseguivano la laurea in sei anni rimase grosso modo invariata intorno al 20-25% degli iscritti, ben lungi quindi dalla media europea che era del 90% di studenti che si laureavano al termine dei regolamentari sei anni di corso.

Altrettanto deludente fu la constatazione che la nuova Tabella non era riuscita a modificare i comportamenti dei docenti, forse anche per una loro scarsa adesione al progetto. Nella maggior parte dei casi, infatti, rimasero inespresse la definizione qualitativa e quantitativa degli obiettivi specifici di apprendimento su cui si basava la nuova riforma, la fusione delle discipline nei corsi integrati e di questi nelle aree didattico-formative, nonché le connessioni tra scienze di base e scienze cliniche, sempre auspicate e mai realizzate. L'accorpamento degli esami si risolse nella somma delle singole discipline, senza sostanziali variazioni nel loro numero eccessivo e nei loro contenuti per lo più nozionistici, riferiti ad ambiti disciplinari ristretti e quasi mai valutati con criteri obiettivi e riproducibili<sup>3</sup>. Il rigido ancoraggio alla suddivisione oraria della Tabella comportò infine un ecces-

so delle ore di didattica formale, svolta in gran parte con lezioni accademiche tradizionali.

La consapevolezza di questi limiti e gli adempimenti resi obbligatori dall'avvento della Legge 19/11/1990 n.341<sup>4</sup>, sollecitati dalla pubblicazione delle *Recommendations on Undergraduate Medical Education*<sup>5</sup> (Utrecht, Ottobre 1983), e della *Dichiarazione di Edimburgo*<sup>6</sup> indussero la Conferenza dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea, magistralmente guidata da Luigi Frati, a intraprendere un lavoro di revisione della nuova Tabella XVIII, al fine di consentire un'applicazione più efficace dei principi pedagogici innovativi che avevano fin dagli inizi ispirato il nuovo ordinamento degli studi. La proposta di revisione<sup>7</sup> venne esaminata da una Commissione ministeriale presieduta dal professor Nicola Dioguardi, alla quale era stato demandato il compito di preparare il documento finale di riordino dell'Ordinamento. Tale proposta apparve nella *Gazzetta Ufficiale* n. 255 del 30/10/1996<sup>8</sup>.

I principi pedagogici che avevano trovato spazio nel nuovo Ordinamento didattico dei Corsi di Laurea in Medicina furono in parte ripresi dal *Regolamento recante norme per l'Autonomia Didattica degli Atenei*<sup>9</sup>, pubblicato come Decreto Ministeriale n. 509 nella *Gazzetta Ufficiale* del 4 gennaio 2000. Benché l'obiettivo del Regolamento fosse quello di promuovere una armonizzazione della formazione medica in Italia con quella degli altri Paesi europei, di fatto esso realizzava una terza riforma degli studi medici nello spazio di quindici anni.

Due erano i capisaldi che caratterizzavano il D.M. n. 509: l'autonomia e la flessibilità. Il Regolamento si limitava ad indicare esclusivamente i principi essenziali di ogni ordinamento, lasciando alle singole Facoltà ed alle loro strutture didattiche la piena libertà di organizzare il percorso formativo secondo le peculiarità e le esigenze di sede.

Una caratteristica essenziale del Regolamento sull'autonomia, che certamente rappresentò una forte innovazione rispetto al passato, fu l'impostazione dell'organizzazione didattica intesa a soddisfare prioritariamente le esigenze dello studente, ponendo quest'ultimo al centro del processo educativo. Si realizzava in tal modo una profonda svolta innovativa, grazie alla quale la tradizionale formazione *teacher-centered* si trasformava in una moderna educazione *student-centered*.

Ciò comportò la definizione preliminare e puntuale dei contenuti dell'apprendimento sotto forma di obiettivi didattici specifici, che andarono a sostituire in modo ben più efficace i tradizionali programmi d'insegnamento: questi ultimi, infatti, sancivano ciò che i docenti intendevano insegnare, mentre l'insegnamento per obiettivi indicava chiaramente i risultati che lo studente doveva raggiungere nelle successive fasi della sua formazione e le competenze reali sulle quali sarebbe stato valutato. Un altro elemento fortemente innovativo fu rappresentato

dalla nuova interpretazione dei cosiddetti crediti formativi, che da allora non indicarono più il numero di ore di didattica, per lo più svolta sotto forma di lezioni, attribuite ad ogni disciplina o corso di insegnamento, bensì come lavoro dello studente espresso in ore, ossia il tempo necessario per poter assimilare e conseguire gli obiettivi propri di un determinato insegnamento.

La traduzione del Regolamento nel *Decreto d'Area per la Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia* prevedeva che oltre la metà del tempo/lavoro dello studente (non meno di 4.500 ore su 9.000) fosse riservato allo studio individuale, durante il quale il Discente organizzava, in risposta alle esigenze culturali personali, la propria preparazione senza la presenza fisica dei Docenti. Tutto ciò richiedeva l'acquisizione dell'abilità a ricercare in modo autonomo le conoscenze necessarie a costruire il proprio sapere, capacità che dovevano fare dello Studente un *learner for life* in tutto il suo cammino professionale. Il Regolamento prevedeva inoltre che per il raggiungimento di questa abilità lo studente fosse seguito, durante la sua formazione, da due figure di tutore: a) il tutor consigliere, che per tutto il corso degli studi rappresenterà il riferimento personale del Discente per qualsiasi problema relativo alla propria formazione; b) il *tutor docente*, impegnato nella didattica interattiva con funzioni di facilitatore dell'apprendimento e non di trasmettitore di conoscenze.

La realizzazione di una didattica incentrata sul discente trovò piena corrispondenza nella organizzazione del *curriculum*, che vide la scomparsa delle discipline e la loro sostituzione con i compiti didattici affidati ai singoli docenti. L'affidamento viene effettuato all'inizio di ogni anno accademico, tenendo conto della competenza didattica e scientifica di ogni docente, certificata dalla sua appartenenza ad un determinato settore scientifico-disciplinare.

In sostanza, in un sistema nel quale l'attività dei docenti è al servizio dell'apprendimento degli studenti e tale apprendimento è finalizzato alla formazione culturale e professionale e quindi all'acquisizione armonica di conoscenze, competenze, abilità e comportamenti, non è più il singolo docente a stabilire in totale autonomia i contenuti, i modi e i tempi del proprio insegnamento. Al contrario, è la collegialità dei docenti, meglio se supportata da consulenze pedagogiche adeguate, a definire analiticamente i contenuti dell'apprendimento attinenti ai vari ambiti disciplinari (cioè gli obiettivi didattici specifici), a stabilire la loro aggregazione razionale e funzionale in corsi integrati di insegnamento e ad affidare per competenza ai singoli docenti l'espletamento di precisi compiti didattici, organicamente armonizzati nel *curriculum* complessivo che realizza la *mission* di ogni Corso di Laurea.

Appare quindi evidente come la definizione degli obiettivi sia la *conditio sine qua non* per l'identificazione dei contenuti essenziali e irrinunciabili sia dell'ap-

prendimento che dell'insegnamento, cioè del cosiddetto *core curriculum*, che stabilisce il repertorio dei saperi minimi essenziali che lo studente dovrà acquisire nel Corso di Laurea. Il *core curriculum*<sup>10-11</sup> è pertanto diventato uno strumento utilissimo per i Docenti, ai quali fornisce l'opportunità di definire i contenuti del proprio insegnamento, evitando ridondanze ed omissioni, ed è altrettanto utile per i discenti che – disponendo di una guida sicura – possono organizzare il proprio apprendimento non soltanto ai fini della preparazione degli esami del Corso di Laurea, ma anche per le prove che dovranno superare successivamente, l'Esame di Stato di abilitazione professionale e l'accesso alle Scuole di Specializzazione.

Tra le altre innovazioni apportate dal Decreto Ministeriale n. 509, deve essere anche menzionata l'introduzione dell'Attività Didattica Elettiva (300 crediti sui 1.000 totali previsti dal Corso di Laurea di allora), che portò al superamento dell'antica e ormai anacronistica distinzione tra materie fondamentali e complementari, spostando ancora una volta tutta l'attenzione dal docente e dalla disciplina al discente e alle sue esigenze.

L'attività elettiva personalizza il *curriculum* dello Studente, consentendogli da una parte di approfondire quei temi che più sono congeniali ai suoi interessi culturali e dall'altra di sondare le caratteristiche di possibili scelte professionali future. Essa permette inoltre lo snellimento dei contenuti del *core curriculum*, limitati a quanto sia ritenuto irrinunciabile per la formazione iniziale di un medico non specialista. L'attività elettiva permette infine ai docenti con competenze disciplinari più specialistiche, impropriamente definite "marginali", di dare il proprio prezioso contributo alla formazione dei futuri medici, oltre tutto rispondendo – sia pure in tempi ristretti – alle esigenze spontanee e all'interesse autentico di una parte degli studenti.

L'attività didattica elettiva è per lo più costituita da corsi "monografici", che possono essere realizzati (se necessario) con lezioni formali ma, più utilmente, in ragione della loro natura e della loro destinazione a un numero ridotto di Studenti, con forme di didattica interattiva, seminariale o a piccoli gruppi. Potendo gli studenti esercitare una libera scelta secondo criteri individuali di utilità, alle Facoltà compete il compito di preparare una gamma ampia e polimorfa di corsi elettivi propri di ciascun Corso di Laurea, ma anche pluridisciplinari e multiprofessionali perché possano contemporaneamente giovare anche studenti appartenenti a Corsi di Laurea differenti.

Tra le possibili scelte elettive, vanno annoverati per la loro indubbia utilità anche brevi periodi di internato (1-3 settimane) presso strutture cliniche o laboratori di ricerca. L'internato può infatti consentire allo studente di perseguire particolari obiettivi didattici partecipando a lavori di ricerca o frequentando reparti clini-

ci, sale operatorie, strutture diagnostiche ed acquisendo crediti formativi.

Come già detto, i crediti rappresentano il numero di ore di lavoro richieste allo studente per conseguire gli obiettivi propri di ciascun momento formativo. Un credito equivale a 25 ore di “tempo-studente”; ad ogni corso viene assegnato un numero di crediti che indica il tempo necessario per l’apprendimento dei suoi contenuti. Almeno teoricamente, i crediti attribuiti ad un corso di insegnamento dovrebbero corrispondere alla somma dei crediti propri degli obiettivi didattici che vi confluiscono; la loro acquisizione è attestata dal superamento della prova di esame.

Per la Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, ora denominata Laurea Magistrale, occorre acquisire 360 crediti, equivalenti a 9.000 ore di impegno complessivo dello studente, pari a 1.500 ore per anno per 6 anni. Il Regolamento pone tuttavia alcune delimitazioni: almeno il 50% del monte ore deve essere riservato allo studio individuale, che viene quindi considerato parte integrante dell’orario accademico; 1.500 ore sono dedicate all’attività formativa professionalizzante, istituita dal D.M. n. 509, che comprende l’insieme delle attività svolte dallo studente in ambito clinico a partire dal terzo anno di corso sino alla laurea, per acquisire le abilità gestuali, relazionali ma anche metodologiche necessarie alla futura professione. Le restanti 3.000 ore sono distribuite tra le attività formative del *core curriculum* (distinte in attività di base, caratterizzanti e integrative) e le attività elettive, finalizzate alla preparazione della tesi, all’acquisizione di una lingua straniera e ad altre attività (informatica, tirocini pratici, ecc.).

Le attività proprie del *core curriculum* si realizzano con tutte le metodologie didattiche utili, scelte in stretta relazione al tipo di obiettivo da conseguire: lezioni *ex cathedra*, ma anche e soprattutto metodologie interattive quali la didattica tutoriale e i seminari interdisciplinari. Questi ultimi rappresentano forme di insegnamento integrato sia in senso orizzontale (tra più corsi dello stesso anno), sia verticale (tra corsi di anni successivi)<sup>12</sup>, istituite allo scopo di fornire una visione unitaria di conoscenze multidisciplinari.

L’attivazione di modalità didattiche interattive, l’affermazione della didattica elettiva che spesso le utilizza, nonché la valorizzazione della didattica tecnico-pratica<sup>13</sup> e dell’attività formativa professionalizzante<sup>14</sup> (60 crediti, ossia 1.500 ore, ad essa riservate) hanno efficacemente ridimensionato il tempo dedicato alle lezioni *ex cathedra*, definite anche formali o frontali, per la posizione che il docente ha nei confronti dei discenti. Pertanto, mentre fino a non molto tempo fa le lezioni *ex cathedra* erano la forma di gran lunga prevalente, se non unica, dell’insegnamento nelle nostre Facoltà, oggi esse rappresentano non più di un terzo dell’intera attività didattica. Esse risultano comunque sempre molto utili non solo per il loro contenuto e il valore formativo, ma anche per la possibilità che offro-



no di poter essere erogate, tramite l'*e-learning*<sup>15</sup>, ad una classe molto più ampia di studenti.

Viene valutata ogni forma di didattica impartita. L'Ordinamento ribadisce infatti che "l'efficienza didattica del Corso di Laurea è sottoposta con frequenza almeno triennale a verifica qualitativa". Il principio ha trovato applicazione nella costituzione dei nuclei di valutazione di Ateneo, nonché nelle numerose attività di verifica svolte da ogni Facoltà con inchieste, censimenti, interviste e, più di recente, con l'applicazione del *Progress Test*<sup>16</sup> e del programma di *site visit di valutazione tra pari*<sup>17</sup> volute da Andrea Lenzi e realizzate dai Presidenti del Corso di Laurea in tutte le sedi Universitarie in due tornate, nel 2006 e nel 2008.

Pochi anni dopo la pubblicazione del D.M. n. 509, con il D.M. n. 270 del 22 ottobre 2004<sup>18-19</sup> fu istituita la Laurea Magistrale per i Corsi di Laurea come Medicina e Chirurgia, che è a ciclo unico e dura sei anni. Il Decreto apportava alcune innovazioni, sempre nell'ottica di adeguare la formazione dei professionisti della salute al modello europeo<sup>20</sup>, che solo marginalmente hanno interessato le Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Paese in quanto le novità dell'ordinamento erano state già recepite nelle tre successive tabelle prima citate: la nuova tabella XVIII del 1986; la tabella XVIII bis del 1987 e la tabella XVIII ter del 1996. Tra tali innovazioni, meritano di essere ricordate: a) la conferma del numero massimo di 36 Corsi Integrati e quindi di esami in cui si articola il Corso di Laurea; b) una più razionale distribuzione dei crediti; c) l'attivazione di nuovi ambiti quali Medicina delle attività motorie e del benessere; Inglese scientifico e abilità linguistiche, informatiche e relazionali; pedagogia medica, tecnologie avanzate e a distanza di informazione e comunicazione; *Scienze Umane*, politiche della salute e management. Già da questi titoli si comprende come il nuovo Ordinamento, attivato quest'anno in tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Paese, abbia tenuto in ampia considerazione le nuove tendenze della formazione medica, finalizzata a risolvere i problemi di salute dei cittadini.

È stato inserito inoltre un ambito formativo dedicato alla Medicina di Comunità, comprendente i settori scientifico-disciplinari della Medicina Interna e di Malattie Infettive, Medicina Fisica e Riabilitativa, Pediatria, Igiene e ciò coerentemente con la missione del Corso di Laurea, che tende a formare un medico con una cultura biomedico-psico-sociale,<sup>21</sup> un medico "che possieda una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia, con una sua educazione orientata alla comunità ed al territorio e fondamentalmente alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute, e con una cultura umanistica nei suoi risvolti di interesse medico".

L'aderenza a questo principio comporta la necessità di una formazione, opportunamente guidata, parzialmente svolta nel territorio<sup>22</sup> tra ambulatori di Medi-



cina Generale e Distretti e con la piena partecipazione dei Medici attivi in queste strutture, nonché una distribuzione nei sei anni di Corso dell'insegnamento delle Scienze Umane.

Nell'ambito della revisione degli ordinamenti didattici, passando dal pre- al post-Laurea, di grande rilievo deve essere considerato il "Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" preparato da un Comitato Nazionale presieduto dal professor Aldo Pinchera, approvato dal Cun e pubblicato sulla G.U. n. 258 del 5 novembre 2005<sup>23</sup>. Il nuovo percorso formativo delle Scuole prevede, tra tante significative innovazioni, anche l'istituzione del Tronco Comune, un periodo di formazione di oltre un anno condiviso da tutti gli Specializzandi delle diverse Scuole afferenti alla stessa area. Il Tronco Comune costituisce, in pratica, l'insieme dei saperi essenziali che tutti i medici in formazione specialistica devono possedere, quale che sia la loro Scuola di appartenenza. Consta di 81 crediti, di cui 21 riservati all'Attività Didattica Formale e 60 all'Attività Formativa Professionalizzante, crediti che si acquisiscono mediante la partecipazione alle attività cliniche di Medicina Interna e Chirurgia generale nonché delle Medicine specialistiche, del Pronto Soccorso e dei Servizi sanitari, secondo un calendario che prevede la rotazione degli studenti, soprattutto nel primo anno, nelle varie strutture cliniche e nei servizi.

L'introduzione del Tronco Comune è rimasta pressoché del tutto disattesa nei primi anni, per una sorta di resistenza passiva da parte dei Collegi dei Docenti delle varie Scuole ad attuare una modifica oggettivamente sostanziale nell'organizzazione didattica, anche in ragione delle notevoli diversità esistenti tra Scuole afferenti a Facoltà mediche di grandi, medie e piccole dimensioni numeriche. Un importante contributo al superamento di questa fase di stallo è stato apportato dal Collegio dei Docenti di Medicina Interna, che ha elaborato un dettagliato progetto organizzativo di Tronco Comune<sup>24</sup>, utilizzato come modello di riferimento anche dalle Scuole di Specializzazione dell'Area chirurgica e dei Servizi. Per oltre 900 anni le Facoltà di Medicina hanno formato un'unica figura professionale, il medico, il "dottore" per antonomasia. A questo si è affiancata nell'ultimo secolo dapprima la figura del medico specialista e poi quella del laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Negli ultimi venti anni sono stati inoltre attivati i Dottorati di Ricerca, i Corsi di Laurea triennali e quelli di Laurea Specialistica delle Professioni Sanitarie (spesso decentrate in più sedi), nonché i Corsi di Laurea in Biotecnologie e in Scienze motorie<sup>25</sup>. Tali innovazioni hanno determinato la presenza nelle Facoltà di più coorti di Studenti nonché alcuni problemi collegati, quali il numero non sempre sufficiente di Docenti e gli spazi didattici non sempre adeguati per il loro addestramento. Anche da questa realtà è scaturito

ta l'esigenza di una didattica multiprofessionale, realizzata per Studenti di più Corsi di Laurea su temi di interesse comune, quali ad esempio la storia e la filosofia della Medicina, l'antropologia, l'etica e la deontologia professionale, il *management* sanitario. Questa nuova realtà didattica permette di far incontrare, colloquiare su argomenti condivisi ed interagire operativamente professionisti con competenze diversificate, ma destinati ad una futura collaborazione ed integrazione. L'inizio di questa consuetudine già negli anni dell'Università ha l'indubitabile merito di addestrare gli studenti al lavoro di squadra, coerentemente con una nuova concezione dell'assistenza, che vede il problema clinico affrontato e risolto non da un solo operatore, ma da una *équipe* di professionisti, ciascuno dei quali fornisce il suo specifico contributo alla risoluzione del problema, pur conservando la propria autonomia decisionale e la propria responsabilità.

I profondi cambiamenti intervenuti nella formazione del medico sono stati il risultato dei nuovi Ordinamenti europei e di quelli che si sono succeduti in Italia, ma soprattutto di un modo nuovo di sentire la medicina nel contesto di una società che cambia. Si può al proposito affermare che gli Ordinamenti hanno avvertito questa necessità di cambiamento e l'esigenza di adeguarsi alle nuove esigenze dei cittadini.

Esigenze di oggettività e di razionalità, innanzitutto, che portano la medicina a basarsi essenzialmente sui dati acquisiti con metodo sperimentale: si giustifica in tal modo la grande espansione negli ultimi venti anni della "Medicina Basata sulle Evidenze" (Ebm: *Evidence Based Medicine*)<sup>26</sup>. Il presupposto fondamentale della Ebm, infatti, è che il medico, e con lui qualsiasi altro professionista della salute, nel formulare una diagnosi o una prognosi e nel prescrivere o nel somministrare una terapia, deve certamente utilizzare le proprie conoscenze ed esperienze, ma sempre – quando ciò sia possibile – tener conto delle evidenze o meglio delle prove di efficacia scaturite dalla ricerca clinica internazionale, oggi prontamente disponibili grazie allo sviluppo telematico. In altri termini, la risoluzione di un problema clinico deve sempre essere incentrata sull'ascolto accurato della persona/paziente, sull'osservazione approfondita e sul ragionamento, ma questi strumenti perenni del metodo clinico debbono essere integrati dagli adempimenti richiesti dalla Ebm, vale a dire la formulazione nei vari momenti dell'iter decisionale di quesiti diagnostici, prognostici e terapeutici che il caso evoca, la ricerca di risposte affidabili attraverso la raccolta delle evidenze o prove scientifiche e infine, la valutazione critica di tali prove ed il loro adattamento al caso in esame. Dalla Ebm sono derivate la Ebn (*Evidence Based Nursing*), la Ebme (*Evidence Based Medical Education*): la prima propone anche per la professione infermieristica la ricerca delle evidenze quale presupposto del processo decisionale; la seconda, di significato più specificamente pedagogico, sottopone alla ricerca delle pro-

ve di efficacia la scelta delle metodologie didattiche idonee per l'acquisizione di differenti obiettivi di apprendimento.<sup>27</sup>

Rientra in questa visione anche l'attenzione rivolta all'insegnamento del *Management sanitario*, cioè all'acquisizione di una competenza decisionale coerente con il buon utilizzo delle risorse disponibili. La necessità di questa formazione è particolarmente avvertita in un momento in cui lo sviluppo delle scoperte scientifiche e tecnologiche ha reso estesamente disponibili complesse e raffinate, ma anche costose, tecniche di indagine diagnostica e nuovi straordinari mezzi terapeutici, i quali comportano ovviamente un incremento progressivo dei costi sanitari. Da ciò l'esigenza di perseguire la razionalizzazione della spesa, anche e soprattutto attraverso un'accurata e prolungata educazione dei futuri professionisti della salute ai principi dell'economia sanitaria.

Meritano infine di essere menzionate le *Scienze Umane*<sup>28</sup>, che hanno avuto largo spazio nei *curricula* di tutti i Corsi di Laurea della Facoltà. Si ritiene infatti irrinunciabile questo forte *imprinting* nella formazione di tutti i professionisti della salute, che si richiama all'esigenza di un nuovo umanesimo, cioè alla necessità di ritrovare o riscoprire nell'esercizio nobile della medicina la dimensione umana e i suoi valori.

Si tratta insomma di una insopprimibile esigenza etica, che ritroviamo peraltro pienamente espressa nelle raccomandazioni dell'*Advisory Committee on Medical Training* dell'Unione Europea<sup>5</sup>, secondo le quali componenti primarie dei *curricula* devono essere conoscenze, abilità, attitudini (*knowledges, skills, attitudes*), ma anche *values*, i valori che ogni professionista della salute deve costantemente inserire nella sua opera quotidiana e quindi nella sua preparazione. Sotto questo aspetto, l'umanizzazione della medicina rappresenta probabilmente l'innovazione più significativa della nuova riforma.

È tuttavia doveroso, in chiusura, chiedersi se, alla luce delle ultime normative, ma anche della loro eterogenea applicazione nella diversità dei contesti economici e sociali che contraddistinguono le aree geografiche nelle quali si collocano le diverse sedi universitarie, la formazione delle nuove leve di Medici possa considerarsi adeguata e consona alla realtà del nostro Paese ed alla sua integrazione nel sistema europeo. Benché la complessità di un processo formativo impostato su basi innovative richieda ovviamente tempi non brevi per la sua completa attuazione, concordiamo con la proposta formulata dalla Commissione Fnomceo per la formazione universitaria di istituire una *Consulta Nazionale per la Formazione in Medicina* che, agendo da attento osservatorio e con la collaborazione di tutti i responsabili istituzionali della formazione medica (Ministeri dell'Università e della Salute, Conferenze dei Rettori e dei Presidi delle Facoltà, Conferenze Permanenti dei Corsi di Laurea in Medicina e delle Professioni Sanitarie, Con-

ferenza Stato-Regioni e la stessa Fnomceo), svolga un ruolo cruciale di accurato monitoraggio dei processi formativi e di valutazione critica dei relativi risultati. La medicina, come e più di altre professioni, è in continuo divenire. Di conseguenza, anche i processi formativi dovranno necessariamente adeguarsi ai bisogni emergenti di salute, a più efficienti modelli assistenziali e di riorganizzazione sanitaria, alle problematiche dell'invecchiamento. Del pari indispensabili per assicurare una formazione adeguata delle nuove generazioni saranno l'attivazione di rigorosi processi per il reclutamento (con scadenze predefinite e rispettate) di docenti adeguatamente preparati alle nuove sfide e l'ormai improcrastinabile potenziamento della ricerca di base e traslazionale, vero e proprio volano di sviluppo dei Paesi scientificamente più avanzati.

Appunto la consapevolezza dei profondi mutamenti dello stato di salute dei cittadini e quindi la necessità di adeguare la formazione del medico ai nuovi bisogni di salute della popolazione hanno indotto il Collegio dei Docenti di Medicina Interna e la Società Italiana di Medicina Interna a costituire una Commissione mista, che ha molto recentemente (aprile 2010) elaborato un corposo documento<sup>29</sup> sul percorso formativo di Medicina Interna, che ha ovvie ricadute sulla formazione complessiva dello Studente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Rimandando il lettore interessato alla lettura del documento, troppo lungo ed articolato per poter essere anche per sommi capi sintetizzato in questa sede, ci limitiamo a ricordare i principali obiettivi proposti dalla Commissione: a) mettere gli studenti, fin dal primo anno, in grado di percepire la *mission* del Corso di Laurea, che è quella di imparare ad essere medico e a fare il medico; b) ribadire nel docente la responsabilità dell'acquisizione della competenza medica da parte degli studenti attraverso una chiara individuazione di obiettivi educativi, raggiungibili con metodi appropriati; c) definire fin dall'inizio del Corso di Laurea i criteri di valutazione dell'efficienza, dei risultati e della preparazione degli Studenti; d) adottare un unico metodo di approccio sistemico ai problemi di salute del paziente e perseguire obiettivi educativi differenziati e gradualmente distribuiti negli anni; e) valorizzare la conoscenza dei bisogni primari di salute del singolo malato e delle modalità di risposta medica a tali bisogni, che si esprimono globalmente nelle cosiddette Cure Primarie, demandandone l'apprendimento alle strutture assistenziali del territorio.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 D.P.R. n. 95 del 28.02.1986, G.U. N. 83 del 10.04.1986.
- 2 Pinchera A., *Nuovo ordinamento didattico: considerazioni per un adattamento della Tabella XVIII alla luce dell'esperienza acquisita*, in *Med Chir*: 9, 309-310, 1994.
- 3 Frati L., *Modifiche alla Tabella XVIII. I criteri ispiratori*, in *Med Chir* 9, 301-302 1994.
- 4 Legge 19 novembre 1990 n. 341, G.U. n. 274 del 23.11.1990.
- 5 *Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education*. Commission of the European Communities. Advisory Committee on Medical Teaching, in *Med Chir* 8, 239-243, 1993.
- 6 *The changing Medical Profession*. Recommendations, in *Med Chir*: 9, 394, 1994.
- 7 *Conferenza Permanente Presidenti Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia*. Proposta di modifica della Tabella XVIII, in *Med Chir* 8, 292-297, 1993.
- 8 Coggi et al., *Guida all'applicazione del nuovo Ordinamento didattico*, in *Med Chir* 12, 3-134, 1996.
- 9 D.M. 3 novembre 1999 n. 509, G.U. 4 gennaio 2000 n. 2.
- 10 Vettore L, Gaddi A, Tommasi A, *Core Curriculum del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia*, in *Med Chir* 30, 1143, 1198, 2005.
- 11 Gaudio E, Vettore L., *Il core curriculum, una sfida pedagogica*, in *Med Chir* 40-41, 1694 -1697, 2007.
- 12 Gallo P. et al., *L'integrazione "verticale" delle conoscenze e delle competenze nella formazione professionale dei medici*, in *Med Chir* 43, 1851-1861 2008.
- 13 Gallo P., *Le prove di valutazione nei Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina: imparare a scegliere in una cassetta di attrezzi piena di strumenti diversi*, in *Med Chir* 28, 1074-1076, 2005.
- 14 Casacchia M. et al., *Le attività didattiche professionalizzanti*, in *Med Chir* 47, 2058-2063, 2009.
- 15 Lenzi A. et al., *E-learning in Medicina, applicabilità e sperimentazioni*, in *Med Chir* 29, 1119-1121, 2005.
- 16 Tenore A., *Il Progress Test, strumento di valutazione dell'insegnamento/apprendimento nelle Facoltà di Medicina*, in *Med Chir* 44, 1879-1890, 2008.
- 17 Lenzi A. Luccarini S, Danieli G., *On site visit di valutazione tra pari*, in *Med Chir* 29, 1125-1127, 2005.
- 18 D.M. 22 ottobre 2004 n. 270, G.U. n. 266 del 12.11.2004.
- 19 Lenzi A. et al., *Una proposta unitaria della Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia per il RaD – D.M. 170/04*, in *Med Chir* 43, 1816-1836, 2008.
- 20 Lenzi A., *Manifesto di Intenti – triennio 2009-2011*, in *Med Chir* 46, 1968-1969, 2009.

- 21 Famigliari G, Falaschi P, Vecchione A., *La nuova laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia e la formazione di un medico con cultura biomedico-psico-sociale*, in *Med Chir* 16, 591-596, 2001.
- 22 Carulli N, Becchi M.A., *L'insegnamento delle cure primarie nel C.d.L.*, in *Bollettino MED/09*, 1, 2-8, 2005:
- 23 *Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria* (D.M. 18/2005) G.U. 5/11/2005.
- 24 Realdi G., Danieli G., Dammacco F.: *Il percorso formativo del Tronco Comune per le Scuole di Specializzazione dell'Area medica*, in *Bollettino MED/09*, 3, 1-36, 2008.
- 25 Frati L., *Formazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia: le diverse professionalità*, in *Med Chir* 43 1837-1840, 2008.
- 26 Evidence Based Medicine Working Group, *Evidence Based Medicine. A New approach to teaching the practice of medicine*, JAMA 268, 2420-2425, 1992.
- 27 Binetti P., De Marinis M.L., *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*, SEU Roma 2002.
- 28 Danieli G. (a cura di), *Scienze Umane in Medicina*, Il lavoro editoriale, Ancona 2008.
- 29 COL/MED 09- SIMI, *Il percorso formativo in Medicina Interna del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia*, in corso di stampa su *Bollettino Med* 09, 4, 2010.

# Odontoiatria: la sfida dell'integrazione

VALERIO BRUCOLI

*Presidente della Commissione degli iscritti  
all'Albo degli Odontoiatri di Milano.*

*Componente del Comitato Centrale della Fnomceo*

Cento anni, uno sull'altro, dalla nascita degli Ordini dei Medici italiani, un pressante invito a riflettere, sia dal punto di vista scientifico che culturale, su un secolo di evoluzione del pensiero medico e odontoiatrico. Un tempo infinito se pensiamo a quell'altra evoluzione, vertiginosa, della tecnologia, soprattutto nel campo delle comunicazioni. Se questa ha permesso di mettere in contatto luoghi e persone (con le relative culture) in modo prima impensabile, bisogna anche dire che questo progresso non si è sempre accompagnato ad una evoluzione altrettanto vertiginosa dell'animo umano. Mi riferisco a quella "etica del rispetto" tutt'altro che scontata in una società in cui impera una globalizzazione basata sull'interesse economico.

È una riflessione generale che è significativo riferire all'odontoiatria, una specialità medica che nel tempo è diventata professione autonoma, soprattutto per spinte culturali esterne al nostro Paese, e che è esercitata quasi del tutto in forma libero professionale e quindi esposta alle implacabili leggi del libero mercato.

Che l'odontoiatria, in quanto professione autonoma, sia un'espressione della cultura anglosassone è evidente: se già nella prima metà dell'Ottocento esisteva un corso di laurea negli Stati Uniti da noi si è arrivati ad istituirlo solo trent'anni fa, dopo un lungo braccio di ferro con le autorità comunitarie. Resistenza che è continuata nel tempo, se pensiamo che a tutt'oggi l'integrazione della figura del-



l'odontoiatra nel panorama sanitario italiano non è ancora stata risolta in tutte le sue sfaccettature.

Una resistenza che evidenzia come la sempre maggior necessità di interazioni richiesta dal mercato mondiale non rispetti dovutamente altri tipi di interazioni, a partire da quelle etiche e culturali. Un problema che sta alla base di tanti squilibri e che è forse la ragione prima della crisi che stiamo vivendo.

Un problema che però è anche una sfida che, se vinta, può farci crescere: nel nostro caso la sfida da vincere è quella di far convivere le ragioni di una professione che ha costi alti con le necessità di tutela della salute. Questioni difficili da conciliare, in cui l'inganno è sempre dietro l'angolo e basta un niente per sovvertire l'ordine dei valori: si pensi al "sottocosto" che può diventare "sottoqualità", alla cura che può essere soppiantata dalla prestazione a tempo, alla relazione terapeutica che può trasformarsi in relazione d'affari.

Quello che serve è un faro, un punto di riferimento costante: ecco allora che si torna ai cento anni di vita degli Ordini dei Medici Italiani, cento anni il cui senso più profondo è riassunto nella custodia (ragionata attraverso i successivi aggiornamenti) di un Giuramento Professionale e di un Codice Deontologico che rappresentano la vera ragione della loro esistenza. La missione che dalla società è stata affidata agli Ordini si può riassumere in: "lo strumento/scienza e lo strumento/economia devono essere sempre guidati dalla mano della coscienza". Una mano che si rifà ad un cuore di principi che, soli, impediscono alla "etica del rispetto" di scivolare nel relativismo.

Tradotto significa garantire il rapporto di fiducia, la libera scelta del medico curante, l'indipendenza dell'esercizio in scienza e coscienza. In mancanza avremo l'aumento dei contenziosi, della medicina difensiva, della malasana, cioè la progressiva estinzione della categoria dei medici e l'avvento di quella dei tecnici sanitari.

Un discorso, questo, che merita di essere puntualizzato con il ricordo di tappe importanti come la riforma sanitaria del 1978, la sua rivisitazione del 1992 che ha introdotto l'aziendalizzazione, il Trattato Europeo del 1999 che ha trasformato la professione medica da attività intellettuale in attività d'impresa, fino alla recente introduzione nelle teorie economiche del concetto di etica. Passaggio importante quest'ultimo, perché qualcuno si sta accorgendo che l'obiettivo è l'uomo e il suo ben-essere, o (ancora di più) il suo essere, un essere che sia in equilibrio verso sé e gli altri per formare una società armonica.

Da questo punto di vista i principi fondanti della Medicina, quelli risalenti non a cento anni fa, ma a millenni fa, ci testimoniano della sostanziale immutabilità dei bisogni delle persone che, ovunque siano nate, hanno la caratteristica comune di volere attenzione, soprattutto quando non stanno bene.

A fronte di ciò bisogna prendere atto anche di altre questioni che nel corso di questi cento anni sono mutate drasticamente: ad esempio che la condivisione dei problemi è, più che tra professionisti con la stessa formazione, tra professionisti che condividono lo stesso modo di esercitare la professione (cioè se dipendenti, convenzionati o liberi professionisti, seppur uniti, anche se per versi diversi, dalla propria parte di responsabilità etico/deontologica nei confronti di tutti cittadini).

Quindi modi diversi di rapportarsi con la società (a cui si aggiungano differenti filosofie di sviluppo tra diversi Paesi) che generano sensibilità diverse (a loro volta evolute nel tempo) nell'affrontare determinati problemi come ad esempio la pubblicità, i conflitti di interessi che si possono avere con i terzi paganti o con i datori di lavoro (cioè se la nostra prima responsabilità è verso il paziente o verso chi ci consente di lavorare), la privacy (che a volte da strumento per migliorare la convivenza diventa questione fine a se stessa), il consenso informato (che da dovuta informazione molte volte si trasforma in documento di tutela), e così via. Sensibilità diverse che noi riteniamo debbano essere intese come complementari (e non come contrapposte), come risorse che ci permetteranno di delineare un grande quadro che, partendo dai comportamenti deontologici, ci porterà inevitabilmente a parlare dei principi etici ad essi sottesi e della loro valenza in una società che per questo ci deve vedere sempre più coinvolti.

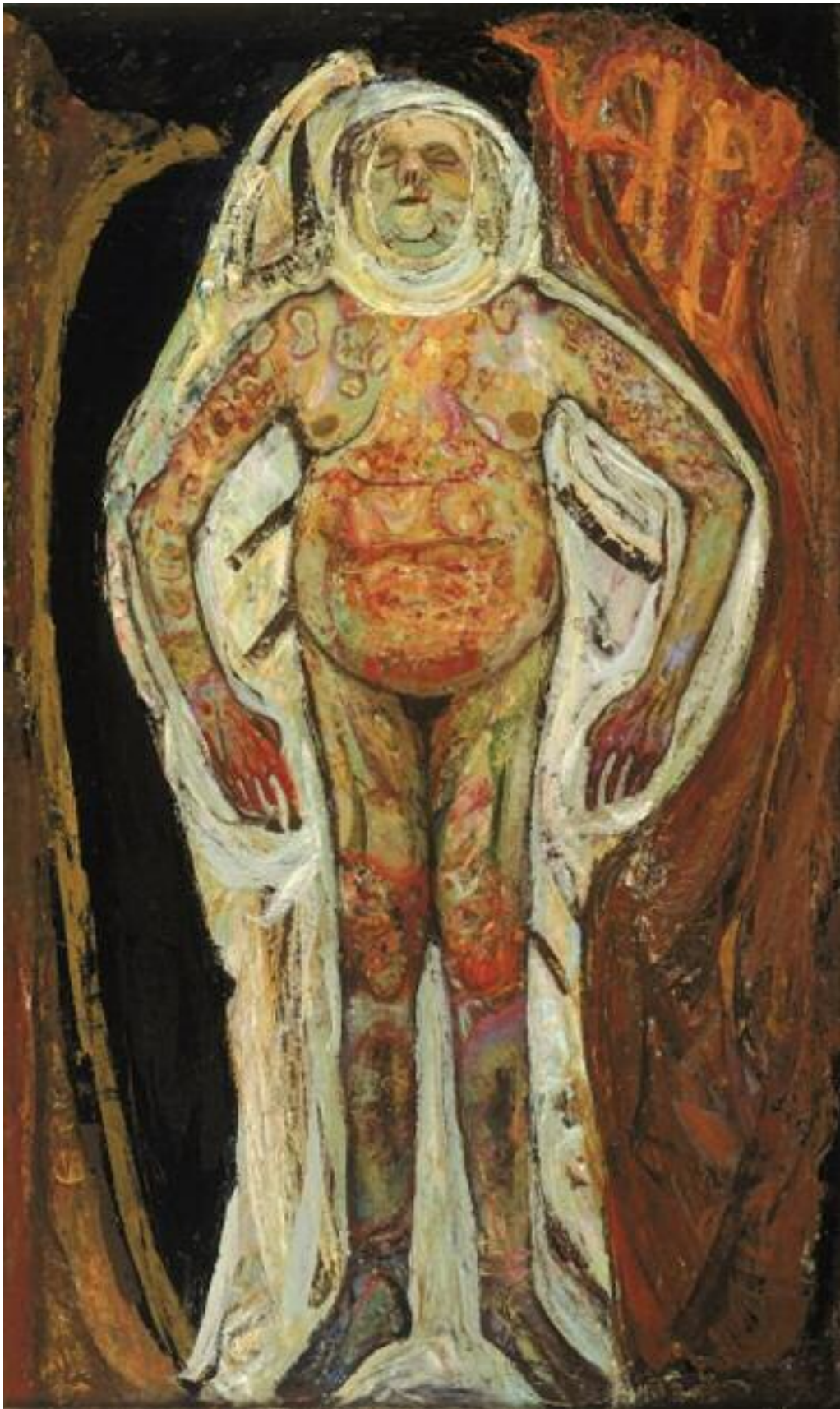
Una riflessione sul nostro ruolo sociale che nel tempo è molto cambiato, da fare nel suo aspetto dinamico per individuare soluzioni per il futuro di una professione in crisi perché è in crisi la società. Da questo punto di vista la soluzione dei problemi odontoiatrici potrebbe allora anche rappresentare, per assurdo e nel suo piccolo, la risposta a problemi di ben più ampia portata.

La stessa storia dell'istituzione in Italia del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria nel 1980 può essere un utile insegnamento: sotto la spinta delle direttive comunitarie subito si evidenziò lo scontro tra una concezione di odontoiatria basata sulla "tecnica e pratica" svincolata dalle tradizioni mediche (in cui è centrale l'atto tecnico, la prestazione) contrapposta ad una figura inserita nella tradizione medica e stomatologia della odontoiatria stessa (in cui è centrale il paziente ed il prendersene cura). Di fatto prevalse questa visione e la legge 14 luglio 1985, n. 409 (istituiva della professione di odontoiatra) creò un Albo degli Odontoiatri nell'ambito dell'Ordine dei Medici. In pratica due Albi professionali che convivono in un unico ordinamento: a questo proposito sono state istituite le Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri come Organi collegiali, dotate di specifiche competenze istituzionali, all'interno della tradizionale struttura degli Ordini dei Medici e della Federazione Nazionale.

La successiva normativa comunitaria e italiana ha poi affermato la necessità di

iscriversi all'Albo degli Odontoiatri per chi volesse esercitare l'odontoiatria. Importante sottolineare ancora una volta la centralità del Codice Deontologico (inteso non come una sorta di legislazione penale, ma come modello positivo a cui ispirare i propri comportamenti), soprattutto per alcuni aspetti particolari connessi all'esercizio della professione odontoiatrica e che nella nuova normativa hanno indubbiamente contribuito a rendere più attuali le nostre regole etiche. Tutto ciò permette di chiarire come le professioni medica e odontoiatrica siano professioni intellettuali ed abbiano come *mission* la tutela della salute e l'assistenza ai pazienti, in contrasto con chi vorrebbe inquadrarle tra le attività di impresa e le aziende. Nessuno nega che anche nell'ambito delle professioni intellettuali esistano elementi di carattere economico, ma ci sono evidenti diversità rispetto all'attività imprenditoriale in cui è prioritaria la ricerca del profitto. Nel nostro caso il punto di riferimento deve essere la tutela della salute, anche laddove questo non porti utile economico.

Decisive saranno le giuste ragioni con cui percorreremo questa strada: per questo abbiamo deciso di farle approfondire con un approccio multidisciplinare dal dottor Miranda alla luce della crisi attuale, alla luce di cento anni di vita degli Ordine dei Medici e del relativo Codice Deontologico, proiettando il passato nel presente per dargli una prospettiva futura.



Hyman Bloom *Corpo di donna*  
1945, olio su tela, *The Jewish Museum, New York*

#### NICK SANDRO MIRANDA

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

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

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

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

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

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

NICK SANDRO MIRANDA

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

Tzvetan Todorov

## 1. INTRODUZIONE

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

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



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

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

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

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

---

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

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



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

Il sociologo Ivan Cavicchi scrive:

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

Si può affermare che a perdere è tutta la società.

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

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

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

## 2. LE QUATTRO DOMANDE CHIAVE

### 2.1 QUAL È IL FINE PRIMARIO

#### DEL COMPORTAMENTO UMANO?

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

concetto nella famosa frase:

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## 2.2 PERCHÉ LA SCELTA DI ESSERE MEDICI DENTISTI?

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

### 2.2.1 RUOLO PROFESSIONALE

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

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

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

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

### 2.2.2 RUOLO ARTIGIANALE

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

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

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

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

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

### 2.2.3 RUOLO IMPRENDITORIALE

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

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

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

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

### 2.2.3.1 L'ECONOMICISMO NELLA SANITÀ

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. CONFLITTI E CONTENZIOSI MEDICO LEGALI

#### 3.1 MOTIVI DELLA LITIGIOSITÀ

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2 MEDICINA DIFENSIVISTICA

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

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

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

### 3.3 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

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

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

#### 3.4 MEDICINA PRAGMATISTA E PARADIGMATICA

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

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

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

### 3.5 MEDICALIZZAZIONE

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

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

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

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

---

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

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

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

#### 4. DISCUSSIONE

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

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

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

---

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5. CONCLUSIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## RINGRAZIAMENTI

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

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

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

Graziano Conti  
Luciano Fattori  
Arcangelo Lacagnina  
Vito Sileo

## GRUPPO DI LAVORO *AREA DELLA COMUNICAZIONE*

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

# Indice

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

Finito di stampare nel mese di giugno 2010  
dalla Tipolitografia Petruzzi