

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLVIII - SUPPLEMENTO DOSSIER 3/2017

TAVOLA ROTONDA

L'ATTO MEDICO: CHIARIAMO. LA PROPOSTA DI LEGGE DELL'ON. D'INCECCO

8 OTTOBRE 2016
DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna,
Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna

Coordinano: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Piza



BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE

Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE

Abbate dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Publicazione mensile

Poste Italiane Spa -

Spedizione in abbonamento postale 70% -
CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna

n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi
ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:

Renografica - Bologna

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

TAVOLA ROTONDA

L'ATTO MEDICO: CHIARIAMO. LA PROPOSTA DI LEGGE DELL'ON. D'INCECCO

8 OTTOBRE 2016 DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna,
Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna

Coordinano: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza

- | | |
|-------------|---|
| 8:30 | Saluto del Dott. Pizza, Presidente OMCeO Bologna |
| 8:45 | Prof. Ivan Cavicchi, Docente Scuola di Medicina, Tor Vergata, Roma |
| 9:00 | On.le Vittoria D'Incecco: PERCHÉ LA PROPOSTA |
| 9:30 | Dott. Raimondo Ibba, Componente Comitato Centrale,
Presidente OMCeO Cagliari |
| 10:00-10:20 | Dott. Piero Muzzetto, Presidente OMCeO di Parma |
| 10:20-10:40 | Dott. Roberto Carlo Rossi, Presidente OMCeO di Milano |
| 10:40-11:00 | COFFEE BREAK |
| 11:00-11:20 | Prof. Luca Benci, Giurista, Firenze |
| 11:20-11:40 | Prof. Mauro Barni, Docente di Medicina Legale, Università Di Siena |
| 11:40-12:00 | Prof. Luigi Bolondi, Ordinario Medicina Interna, Università di Bologna |
| 12:00-12:30 | DISCUSSIONE
(Dott. Giuseppe Lavra, Presidente OMCeO di Roma,
Dott. Antonio Ciofani, Direttore UOC Nefrologia e Dialisi Ospedale
Spirito Santo - Pescara) |
| 13:00-13:30 | Discussione |
| 13:30-14:00 | Conclusioni: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza |
| 14:00 | Lunch |

Bologna, 8 ottobre 2016

DOTT. PIZZA: La mia presenza è di semplice coordinatore perché gli uomini che dovranno esprimere opinioni sono qui al tavolo e attediamo anche le vostre proposte. Do la parola al Dott. Cavicchi per l'introduzione poi seguirà l'onorevole D'Incecco.

Una comunicazione di servizio: se volete intervenire c'è un microfono che gira date il vostro nome per la Segreteria che deve sbobinare la registrazione. Chi ha bisogno di una certificazione di presenza basta che uscendo lo chieda alla segreteria.

PROF. CAVICCHI: Buongiorno, io mi esprimo subito sulla proposta di legge D'Incecco ritendendola come dire un punto fermo indispensabile in una situazione fluida, problematica, con molte incertezze, cioè laddove io vedo come dire una situazione incerta, stabilire un punto di riferimento politicamente importante indipendente dai contenuti. Il solo fatto di presentare un disegno di legge che definisca quello che viene definito atto medico in questa cosa è già un punto importante. La cosa che volevo dire stavo pensando stamattina appunto, ma in fin dei conti stiamo discutendo oggi quello che per noi è sempre stato indiscutibile. Questa è la novità. Noi dovremmo scandalizzarci per certi versi perché la novità è che non ci scandalizziamo più. Nel senso che discutiamo del ruolo e professione del medico, siamo entrati tra virgolette dentro un regime che da per scontato che una cosa deve modificarsi e questo ci deve far pensare. Ecco perché dico che stiamo discutendo l'indiscutibile. Quando dico questo non faccio una affermazione apologetica credetemi, però davvero fino a non molto tempo fa nessuno si sarebbe di sarebbe sognato di fare un convegno sull'atto medico per cui c'è da chiedersi perché lo facciamo e cosa c'è dietro

e cosa significa cosa indica implica. Il medico non ha mai avuto il problema di definire l'atto medico perché atto medico e medico non sono separabili come spiegherò, però oggi è costretto a discutere. Questa è la prima connotazione la scenda permettetemi di citarvi volti sapete che io pubblicato un libro gratuito perché mi interessava sollevare una discussione che si chiama la questione Medica. Non ve la faccio lunga chi vuole se la scarica su quotidiano sanità. La questione medica in essenza che cosa è. È un insieme di problemi diversi che vanno dal blocco dei salari al tutte le questione di disorganizzazione, tanti problemi di tipi diversi che nel loro insieme costituiscono la questione. È come dire la messa in discussione di un'identità di un ruolo è la messa in discussione di una funzione financo questa è la questione medica. Ed è la questione del nostro tempo e su questo dobbiamo discutere. Io voglio anche spiegarvi che a parte esser amico di Giancarlo Piza e di questo Ordine, per cui sono contento di tronare qui, in questa sala questi giorni hanno avuto la gentilezza di ospitare i primi vagiti dei miei libri.

Io voglio dire che il mio impegno per difendere ridefinire la professione del medico non è un intendo corporativo, ma perché io sono convinto che il medico è la vera grande garanzia per un malato. Nel senso che se viene meno questa professione viene meno una garanzia perché nel genoma della professione ci sono doveri deontologie obblighi che obbligano il medico a curare il proprio malato secondo un paio di principi che vorrei ricordare che oggi sono in discussione. E sono i principi alla base di quella che è la medicina Ippocratica perché noi stiamo esercitando questa. Questi due principi sono fondamentali il primo curare il malato secondo le sue necessità e il secondo curare il malato in autonomia perché le necessità che sono complessità per esse-

re lette e governate hanno bisogno di un' autonomia le complessità di un, malato per quanto noi facciamo non stanno tutte dentro ad una evidenza scientifica non stanno dentro una linea guida, noi facciamo degli sforzi per dotarci di punto di riferimento, scarto di tipo scientifico, ma la complessità reale rimane fuori. E il bravo medico usa la sua autonomia per recuperare lo scarto che c'è fra lo standard e il malato reale. Se tu gli togli l'autonomia tu gli impedisce di usarla per governare uno scarto e questo va a determinare un danno al paziente. Con la genomica e non solo è esplosa il problema della singolarità del malato per cui per quanti sforzi noi facciamo di mettere dentro la malattia in parametri definitivi qualcosa rimane fuori. Io ho appena pubblicato un libro che si chiama *IL CANCRO NON È UN CARIL-LON* e la cosa che abbiamo sottolineato è il navigare a vista, un medico spesso naviga a vista nell'interesse del malato fra virgolette. Quando può usare quello che ha ma quando non può deve fare l'interesse del malato. Ecco insistito dire che la questione medica per me è una questione sociale e non professionale, qui entra in ballo la difesa e la tutela dell'interesse del malato. Ora questo perché lo dico, perché da un po' di anni noi abbiamo questa professione che è sotto attacco, non tanto secondo me perché ha dei medici dichiarati esistono delle condizioni avverse, difficili, degli interessi conflittuali, esistono professione che entrano per prendersi competenze. Quindi diciamo che negli ultimi tempi la professione è come dire in una brutta posizione da una parte che è fatta di essere semplice da una parte prende sberle dalla società ed è una società che non esita a portarti in tribunale e qui nasce il contenzioso legale.

Dovremo sfilarci da questo posizione scomoda. Ora noi siamo in un regime di definanziamento, cioè abbiamo una politica che ha deciso che il sistema sa-

nitario pubblico sia definanziato un po' alla volta ogni anno. Il trucco è di dare qualcosina in più ogni anno ma sempre meno di quello che ci servirebbe. Cosa vuol dire che non è solo questo, la cosa che mi stupisce e che nessuno lo metta in evidenza che se questo è il trucco finanziario è una strategia di decrescita del sistema stesso perché alla fine del percorso la sanità deve calare di un punto e mezzo due rispetto al PIL. Come se noi fossimo un'eccedenza uno spreco e non facessimo parte della ricchezza economica del paese. Quando io sostengo che la salute è un valore aggiunto che contribuisce a costruire la ricchezza di un paese -. Io non ho mai visto un paese povero ricco. I paesi in buona salute sono ricchi. Quindi è un danno enorme. Noi siamo in un regime dove siamo definanziati con astuzia. Renzi dice ti aumento i soldi alla sanità: perché l'altro anno ci hanno dato 111 miliardi questo 113 ancora non si sa vedremo. Qualcosa in più, è vero, ci da ma è sempre qualcosa in meno a quello che è il reale fabbisogno e comunque la spesa nel giro di pochi anni dovrà calare in rapporto al Pil. Si dichiara che il nostro lavoro è un disvalore rispetto alla ricchezza economica. Perché vi ho accennato questo perché se le cose non cambiano questo sistema pubblico è destinato ad essere negato. Se non cambiano le condizioni, io vi prego di immaginare come si accentueranno le contraddizioni professionali, non è che andranno meglio ma andranno peggio le cose. E i segni che io vedo mi confermano questa mia visione un po' pessimistica. Quello che vedo è che dopo aver attaccato gli organigrammi, il blocco del turn over etc etc vedo un crollo del costo del personale al 22 % sono dati del ministero dell'Economia. Ora avere il 22 % in meno in un sistema il cui vero capitale è la professionalità voi capite che noi diamo un taglio alla qualità del sistema. E la cosa che io vedo e che mi preoccupa molto e

come sai Giancarlo sono intervenuto a più riprese quello che io ho chiamato il RISCHIO DELLA MEDICINA AMMINISTRATA. È semplicemente la tentazione da parte dello stato di contenere i consumi sanitari controllando gli atti dei medici. Amministrando gli atti dei medici con le linee guide, protocolli, limiti insomma. Voi sapete che questo rischio perché è un rischio più quanto mette in discussione i principi della medicina ippocratica, le chiama in causa, impatta su quella che alcuni di voi chiama no l'arte della medicina. Io non voglio essere curato da un medico evidenziatore anche se le evidenze scientifiche le usano io vorrei un bel e clinico fatto bene che sappia ragionare dedurre dal cose interagire con un contesto che sappia interagire con un direttore generale con un bilancio ostile. Io vorrei un medico più bravo non meno bravo e il medico meno bravo è il medico che molti auspicano a partire dal ministero della Salute, la macchina banale.

Quando una roba costa 3 miliardi e su quella roba metti solo 800 milioni io vi sfido a trovare l'appropriatezza. Questo è il punto quindi secondo me il problema dell'appropriatezza è aperto. E qui lo distinguo dal problema dall'adeguatezza. Un medico appropriato segue le regole problema tecnico scientifiche ma il medico adeguato non è uno che segue le regole ma che è coerente con la complessità del malato che ha davanti. Essere adeguati come soggetti professionali rispetto a delle complessità.

È chiaro che noi dobbiamo mischiare le due cose e qui finisco introducendo la questione dell'atto medico dell'On D'Incecco. Ne ho parlato in un articolo dove io sostenevo che non fosse possibile definire atto medico senza definire la gente perché secondo me l'atto rappresenta la gente. Io non posso definirlo a prescindere dal medico quindi il problema che ho è definire il medico. Ma perché tengo

a questa posizione che rimarco con forza, perché se io accetto la separazione fra atto medico e medico cado nella logica della medicina amministrata ed io questo non lo vorrei mai. Quindi dobbiamo tenere uniti la definizione dell'atto con la definizione della gente e a questo proposito voglio richiamare un documento che avete trovato oggi qui che considera importante. Prima di tutto perché non è stato facile scriverlo è il documento conclusivo della 5 conferenza sulla professione fatta a Rimini quindi un documento FNOMCEO. Fa il punto sulla professione. Dalla conferenza al documento sono passati 5 mesi non è stato facile. In questo documento c'è un punto che mi sento di sostenere e condividere senza condizioni. Il punto è che c'è un capitolo apposito LA DIFESA DELLA PROFESSIONE. Il punto è di difendere la professione non tanto a partire da una apologia critica o da un ritorno al passato di come eravamo etc etc. ma di difendere la professione in maniera dinamica, intelligente rispondendo colpo su colpo alla questione medica, quindi rispondendo all'ostilità del limite economico rispondendo alle conflittualità con le altre professioni rispondendo ad organizzazioni del lavoro che ahimè sono ferme come imbalsamate nel tempo. Noi siamo ancora il settore più terrorizzato che si possa immaginare. Quindi in questo documento vi sono veramente delle acquisizioni dei punti sofferti perché non è facile per nessuno cambiare e mettersi in discussione. Pensate a grande categorie storicamente determinate e formate. È facile dire che bisogna ripensare la facoltà di Medicina ma è una impresa quasi impossibile. Devi rifare la testa dei professori prima di tutto poi devi rifare i programmi poi devi mettere nei programmi tutta la problematica reale... non è facile. Nel documento però si dice di ripensare alla formazione di nuovi medici.... apre degli spazi di ricerca e secondo me

di grande interesse. Perché qui e chiudo davvero, oggi come dimostrano un po' anche la parabola o la metafora della natura biologistica se tutto cambia e tu resti invariante rischi di metterci la pelle se tutto cambia e tu resti fermo come dicono i raffinati entri in una situazione di regressività. Ecco la sfida che noi abbiamo accettato e che è alla base di questo convegno. È possibile ribadire dei principi fondamentali di definizione della professione pur dentro un contesto in cambiamento pur dentro un contesto in movimento o non proprio amico o amicale. La risposta è sì è il primo esempio e proprio il disegno di legge di Vittoria D'Incecco. Come dicevo il suo valore, a parte il merito dei contenuti, è come dire aver messo un palletto e aver detto a tutti noi la professione non siamo disposti a svenderla. Noi la vogliamo difendere per difenderla siamo disposti anche a cambiare laddove è necessario. Io mi fermo qui. Grazie
Pizza: ringrazio il Prof. Cavicchi e cedo la parola ad una donna coraggiosa. Coraggiosa perché si muove controcorrente all'interno di una corrente del pensiero politico italiano. L'onorevole D'Incecco p anche un medico quindi ha potuto vivere in prima persona le contraddizioni del medico a seguito delle modifiche che si intende imporre. L'ho invitata perché questa è la donna che fa per noi.

ON.LE D'INCECCO: Grazie a te Presidente, per aver organizzato questa riunione, per avermi invitata e per darmi l'occasione di essere in questo luogo istituzionale rappresentato dall'Ordine dei medici. Sono onorata di essere qui tra tutti questi Presidenti, i veri Presidenti e non quelli nominati. Sono onorata anche della presenza di Cavicchi che sin dall'inizio ha sostenuto la mia proposta e si è attivato per far capire che noi non volevamo nulla di strano, ma solo fare chiarezza sui compiti di chi fa cosa e, quindi, sulle re-

sponsabilità. Mi sento a casa perché siete stati così accoglienti e solidali rispetto a questa mia proposta di legge "contrastata", come hai detto tu. Vorrei solo portare a termine questo mio impegno senza più equivoci, perché un equivoco c'è stato: io credo che il problema sia legato al comma 566. Sembra di perdere tempo a ribadire un concetto che è invece naturale: noi siamo laureati in medicina e la laurea ci ha dato l'autorizzazione ad esercitare la nostra professione. Noi rivendichiamo qualcosa di cui in realtà non dovremmo nemmeno discutere, perché è nostro diritto e anche dovere pensare alla salute del malato e della persona sana. Con la prevenzione, infatti, scongiuriamo il rischio dell'insorgenza di alcune patologie e con la cura cerchiamo di migliorare, se possibile guarire, uno stato patologico. Pertanto, voglio dire che alcune funzioni sono proprie nostre e quindi non dobbiamo giustificarci di nulla. Piuttosto bisogna fare chiarezza e dire agli operatori sanitari: va bene, ci piace che vi specializzate perché insieme a voi vogliamo ottenere risultati più efficaci ed efficienti. Poi ognuno faccia la sua parte, ognuno di noi non può e non deve svolgere le funzioni degli altri. Non poterlo fare significa non averne le competenze, perché ognuno nel suo ruolo segue un percorso di studi diverso che non è solo quello dei laureati in medicina. Sono fermamente convinta della mia proposta di legge e vi racconto da dove è nata. La mia iniziativa prende spunto dal comma 566, che è stato scritto male. Il legislatore parla di compiti del professionista specialista, ma non parla dei nostri compiti di base, come se si potesse farli eseguire anche da un'altra figura. Si parla di percorsi formativi, ma non specificano che non servono a sostituire l'attività del medico. Il comma 566 è spuntato all'ultimo momento al Senato e quindi non è stato possibile correggerlo. Sono certa che non è stato fatto in mala-

fedele, ma così come è stato scritto sembra quasi una forzatura. Questo ha generato malumore nei medici che nei singoli territori hanno organizzato convegni sul tema. Io ho avuto modo di partecipare a quello organizzato a Pescara dal dottor Antonio Ciofani, dirigente responsabile Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Pescara, con la presenza del dottor Nicola Grimaldi, segretario del sindacato Snam di Pescara, e del sostituto procuratore generale presso la Corte di Cassazione, Pasquale Fimiani. Nel corso dell'incontro Fimiani ha spiegato come la giurisprudenza si avvicina al contenzioso avendo come punto di riferimento solo gli articoli del codice deontologico perché non esiste una legge in materia. Mi è venuta quindi l'idea di proporre una legge per colmare questa lacuna. La mia proposta sull'atto medico trasforma norme di autodisciplina in vere e proprie norme giuridiche con l'obiettivo di fare chiarezza nella definizione delle funzioni e delle responsabilità del medico per permettere, anche in vista della riorganizzazione di un nuovo modello innovativo della sanità previsto dal Patto per la salute, un lavoro multidisciplinare in chiarezza e trasparenza di tutte le professioni sanitarie con la ridefinizione delle relazioni interprofessionali nel rispetto reciproco degli ambiti di competenza ed evidenziando le rispettive peculiarità. Inizialmente è stata accolta molto bene perché dodici deputati hanno aderito con la loro firma e non sono deputati qualsiasi, sono tutti parlamentari di peso. Il problema è arrivato quando sono iniziati i primi malumori da parte delle professioni sanitarie. In passato c'era armonia tra i medici e le varie professioni e quello che mi dispiace è che ora invece non è più così. La finalità della mia proposta di legge è proprio quello di far rivivere questa sintonia perché in questo modo si riesce meglio a raggiungere l'obiettivo finale che è

quello della migliore cura per il paziente. La proposta non ha avuto, purtroppo, il favore del mio partito, ma io non mi sono sentita di ritirarla perché penso che sia un'iniziativa non solo giusta ma anche necessaria. La mia autonomia di pensiero mi spinge a continuare perché penso che essere in politica debba servire a dare le risposte utili a risolvere i problemi delle persone. Non mi importa di non ricevere incarichi di potere perché la mia professione di medico mi dà già tante gratificazioni, certo non avere incarichi di potere significa anche non poter decidere in prima persona cose importanti e necessarie. La proposta è stata inizialmente inserita nel ddl sulla responsabilità medica, ma quando il testo è stato definito mi sono accorta che non vi era stato inserito neanche il concetto dell'atto medico. Ho chiesto allora di estrapolare la proposta dal ddl e di farla seguire l'iter naturale. Attualmente il testo sull'atto medico non è stato ancora calendarizzato in Commissione Affari Sociali e rischia di rimanere in un cassetto. Io credo che voi possiate essere la forza che convinca la politica che, in questo momento in cui si sta discutendo della proposta di legge sulle professioni sanitarie, è necessario definire i compiti e le funzioni della classe medica e della componente sanitaria che la affianca. Oggi io qui vi chiedo di aiutarmi a riconsiderare la proposta di legge in modo da fare chiarezza senza creare equivoci, magari interloquendo con i Presidenti delle professioni sanitarie. Se riusciamo insieme a raggiungere un equilibrio, questa legge potrà andare avanti. Vi ringrazio veramente di avermi invitata e di continuare a farmi sentire la vostra vicinanza. Sono a vostra disposizione.

DOTT. PIZZA: Grazie Vittoria come dicevo un medico coraggioso che siede in un luogo pericoloso. La capogruppo di cui pubblicamente Vittoria parla ma che

omette di nominarla è l'onorevole Lenzi che definisce l'ordine dei Medici di Bologna il più reazionario di Italia. Questa è la definizione. Adesso io credo vedremo alla fine del dibattito cosa salterà fuori ma sono molto contento che qui ci sia il dott. Raimondo Ibba Presidente dell'Ordine dei Medici di Cagliari che non è qui in veste di Presidente di Ordine ma come plenipotenziario della Presidente della FNOMCeO Dott.ssa Chersevani che non è potuta venire ma verrà la prossima settimana che ci sarà un altro incontro sulle professioni sanitarie sempre con il Dott. Cavicchi forse anche il Dott. Benci che definisco il mio più stimabile nemico, che ha fatto anche interventi di rilievo su *Quotidiano Sanità* ai quali abbiamo anche risposto.

Ora credo che sia giusto che il dott. Bolondi già Preside della Facoltà di Medicina di Bologna e stimato docente della nostra università ci dica cosa è un medico e perché il medico merita un trattamento diverso.

PROF. LUIGI BOLONDI: Innanzitutto, caro Giancarlo, grazie per l'invito. Io non sono esperto di problemi giuridici e normativi, sono un clinico e per tutta la vita ho coltivato la passione per la clinica, che unisco a quella per l'insegnamento, e pertanto cercherò di dire quello che penso sul significato dell'atto medico nella prospettiva del clinico praticante. Inoltre un sentito ringraziamento a Ivan Cavicchi e all'onorevole D'Incecco, donna coraggiosa e medico coraggioso, come del resto tutti i medici dovrebbero essere. Il medico titubante fa la piaga puzzolente. Cavicchi e D'Incecco hanno già detto tutto quello che secondo me è rilevante ed io cercherò solo di aggiungere qualche elemento di meditazione. In effetti, la domanda chiave è quella che ha posto Cavicchi "perché siamo qui a parlare di qualcosa che è ovvio, l'atto medico?". Noi

sappiamo che questo "atto" discende dalla nostra formazione, è quello che, come medici, abbiamo sempre fatto e che costituisce il nocciolo della nostra professione: non dovremmo pertanto stare a discutere qualcosa che è implicito nella parola "medico". Il problema però è che oggi i medici hanno la sensazione che questo atto medico e in genere questa nostra professione sia sotto attacco. Da parte di chi e perché? Questo è il primo punto che dovremmo chiarire. Come clinico, in tutta la mia vita professionale, ma soprattutto in questi ultimi anni, ho visto che intorno alla nostra professione sta montando un interesse crescente: tutti si vogliono occupare di quello che fanno i medici. Tutti i giorni sentiamo filosofi, economisti, giuristi, manager, persino letterati, che ci dicono quello che dobbiamo fare. Se voi ci pensate, non esiste nessuna altra professione verso la quale una tale pletora di personaggi mostra tanta attenzione e dà istruzioni su che cosa si deve fare. Questo non capita certo agli ingegneri, ai magistrati, agli insegnanti ecc. A nessun altro professionista.

ON.LE D'INCECCO: Non solo, poi hanno una diffidenza nei nostri confronti ed una invidia che già io lo vedo nella mia commissione sanità. I medici vengono visti come nemici

PROF. LUIGI BOLONDI: Ribadisco: non esiste nessuna professione alla quale tante altre figure professionali e politiche vogliono dettare le regole. Perché? Sicuramente perché noi ci occupiamo del bene più prezioso, che è la salute, ma forse anche per altri motivi. L'invidia è una parola forte, ma io ci ho pensato: in realtà tutti vorrebbero fare i medici, perché la nostra è la professione più completa, più ricca di soddisfazioni, quella che unisce il sapere scientifico a quello umanistico; e poi perché conferisce una qual sorta di "potere"

(quello di decidere sulla salute). In realtà, se ci pensate, noi medici siamo soli: noi dovremmo trovare degli alleati in questa battaglia per la difesa del medico e del suo operato, cioè dell'atto medico, cioè l'essenza della nostra professione. Questi alleati non possono che essere tutti i cittadini e i pazienti che hanno a cuore la gestione corretta della loro salute. Nella nostra esperienza professionale si percepisce chiaramente come il cittadino ed il paziente sia molto attento, oggi più che in passato, alla scelta del medico, a trovare cioè la persona più competente per il problema che lo affligge. Pertanto, secondo me, il punto forte a difesa dei medici noi lo dobbiamo trovare nei cittadini. Se noi chiediamo a un qualunque paziente con problemi clinici, qualunque essi siano, se preferisce essere curato da un medico o da un infermiere, cioè da chi devono essere effettuate le scelte terapeutiche, penso che nessuno abbia dubbi su quale potrà essere la risposta. Un altro punto forte, e questo è un punto sostanziale per la difesa della nostra professione e dell'atto medico in quanto tale, è la formazione. Essendo stato Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia ed essendo docente da tanti anni posso affermare con certezza che la formazione del medico ancora oggi, pur con tutti difetti, è qualcosa di unico e certamente non esiste nessuna altro percorso formativo così lungo e così complesso che possa essere paragonato a quello del medico. Questo la gente lo deve sapere, perché non sono solo i 6 anni di corso, la specializzazione e tutto il percorso pratico professionalizzante che oggi è codificato ed obbligatorio. I nostri studenti frequentano per anni le strutture sanitarie come nessun'altra figura di operatore sanitario. Certo che, come è stato detto, anche l'università e i prof universitari hanno delle pecche perché in tutta questa situazione delle lauree delle professioni sanitarie, che si è venuta a svilup-

pare e ad accrescere in questi ultimi anni, noi medici, in particolare noi professori universitari, abbiamo creato qualche difficoltà interpretativa e qualche complicazione. Perché di fatto i docenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie sono in gran parte medici e quindi questi docenti vanno ad insegnare ai corsi di fisioterapia, corsi di infermieristica, corsi di ostetricia etc inculcando dei concetti e delle aspettative professionali "mediche" a coloro che fanno questa formazione. Questa è una mia impressione personale, che ho maturato negli anni di esperienza della presidenza della Scuola. La necessità di differenziare chiaramente gli obiettivi della formazione che viene fatta nei corsi di laurea delle professioni sanitarie rispetto a quella del corso di laurea in medicina e chirurgia è un punto oscuro su cui dovremmo fare chiarezza comunque. Fatte queste premesse, io vorrei fare qualche considerazione su quanto Cavicchi ha già richiamato e che rappresenta il maggiore punto di forza di noi medici, cioè la capacità di interpretare la complessità di ogni quadro clinico di ogni singolo paziente, che costituisce sempre qualcosa di unico. Quando mi chiedono gli studenti: ma cosa è la clinica? Io dico: la clinica è la scienza dell'individuale. Perché la scienza e la conoscenza sono il presupposto teorico, concettuale e cognitivo, che noi abbiamo imparato e che deriva da tutti gli studi, le sperimentazioni, le ricerche etc. Tutto questo "sapere" deve però essere applicato al singolo individuo. Nel momento in cui la conoscenza teorica viene applicata all'individuo, ci sono mille altre variabili da prendere in considerazione, che sono quelle che spesso ci fanno consapevolmente e responsabilmente deviare dalle linee guida. Tra i fenomeni che incidono sulle nostre scelte, oltre alle variegate caratteristiche individuali e alle preferenze dei pazienti, possiamo anche citare: la trasformazione del concetto di

malattia (ogni deviazione dalla cosiddetta “norma”), la pressione della industria farmaceutica con la creazione di nuove malattie e la divulgazione trionfalistica dei successi della medicina, altro problema che porta al consumismo sanitario. Purtroppo, il problema di cui oggi discutiamo, cioè che cosa è l’atto medico e come difenderci da questo ipotetico ma non solo ipotetico attacco a cui l’atto medico (e di conseguenza noi medici) è sottoposto, è qualcosa di cui gran parte dei nostri colleghi non sono, secondo me, perfettamente consci: vivono nella loro routine professionale senza preoccuparsi tanto della peculiarità di quello che stanno facendo e del fatto che questa peculiarità oggi non venga sempre riconosciuta. Molti non se ne curano, e lasciano fare agli infermieri ciò che dovrebbero fare di persona, forse anche perché siamo sempre sotto la pressione di mille diverse incombenze. Comunque, tornando alla peculiarità dell’atto medico, io da internista (ovviamente le specializzazioni sono diverse e ci portano anche ad agire in contesti diversi, in situazioni diverse: per noi internisti il problema che si pone è quello di definire l’iter diagnostico-terapeutico un paziente che arriva in reparto con svariati sintomi ma senza una diagnosi predefinita) ritengo che il primo livello dell’atto medico sia l’individuazione dell’entità e della gravità del problema clinico e il secondo livello, che è ancora più complesso, quello di prendere la decisione personalizzata per ogni singolo caso: qui sta la peculiarità dell’atto medico. Decidere la strategia terapeutica più appropriata per ogni singolo paziente. Tutto questo voi lo sapete bene e sembra una cosa banale per chi fa il medico da 50 anni o anche solo da 10. Ma è una cosa che nessuna delle professioni sanitarie fa o è addestrata a fare. Gli errori da evitare, riconoscere i sintomi guida, la mancata definizione della cronologia, il processo

di generare delle ipotesi che vanno verificate, è qualcosa di veramente peculiare dell’atto medico. E soprattutto questo problema, centrale in ogni atto medico: la capacità o l’incapacità del medico di collegare i dati clinici del paziente con i modelli centrali della malattia. Tutto questo si può tradurre in un concetto già espresso da Cavicchi: la competenza, elemento fondamentale della professione medica. La competenza non è l’erudizione o la capacità tecnica, ma è quella che mette insieme tutte le conoscenze con la capacità di applicarle. Mette insieme il sapere con il saper fare.

Se vogliamo esemplificare, possiamo ricordare che i sintomi e i segni di presentazione delle malattie non sono poi tanti e si possono riassumere in: difficoltà respiratorie, dolore toracico o addominale, disturbi della coscienza, dispnea, cardiopalmo, astenia, edemi, anoressia, ittero prurito Da 20-30 sintomi o segni si arriva a quante malattie? 400-500-1500-2000..? Per cui dal diverso accoppiarsi o combinarsi di questi sintomi si arriva alla diagnosi di malattia. Io dico sempre agli studenti: la stessa presentazione della sincope per esempio, può portare a molte diagnosi diverse. Come presentazioni diverse possono portare alla stessa diagnosi. Noi non dobbiamo stancarci di sottolineare la peculiarità della nostra professione e la necessità di una competenza specifica, che si può acquisire solo con il nostro percorso formativo. Su questo punto il cittadino non può non capire che nessuna delle professioni Sanitarie potrebbe dare questa competenza. C’è chi potrebbe sostenere che oggi le decisioni del medico sono facilitate dalle linee guida che possono influire sulle nostre scelte tenendo conto della peculiarità del paziente. Sulle linee guida e più in generale sulla medicina basata sulle evidenze (EBM) si sono fatte troppo generalizzazioni e semplificazioni. In realtà David Sackett, il padre

della EBM, era una persona che aveva molto meditato le parole che spendeva su questo argomento e già la definizione di EBM, se noi la leggiamo attentamente ci fa pensare: “L’uso consapevole e giudizioso della migliore evidenza scientifica per prendere decisioni sulla salute di ogni singolo paziente”. In questa definizione ci sono alcuni aggettivi che hanno una importanza sostanziale: “giudizioso”, “consapevole” e “singolo”. In questi aggettivi si riassume la peculiarità dell’atto medico, che richiede appunto competenza, esperienza e adeguato percorso formativo.

Come esempio vi presento le linee guida per la diagnosi e la terapia dei tumori del fegato pubblicate dalle Società europea e Americana di epatologia. Sono impostate secondo il modello dell’albero decisionale (il cosiddetto algoritmo) che, attraverso successive ramificazioni, porta alle diverse scelte terapeutiche. L’algoritmo, mediante una serie di semplificazioni cerca di individuare e categorizzare i diversi stadi della malattia e per ciascuno di essi individua una raccomandazione terapeutica. Quando noi cerchiamo di fare classificazioni, di individuare delle categorie, lo facciamo per facilitare il nostro compito: la categoria consente di avvicinarci alle caratteristiche del singolo individuo. Io dico sempre che la migliore classificazione possibile sarebbe quella che fa di ogni individuo una classe. Però, quando cerchiamo di inquadrare in uno stadio o classe o categoria, un gruppo di individui, per forza facciamo delle semplificazioni che non sempre possono essere utili alla scelta individuale. Su queste linee guida, alla cui redazione io personalmente insieme al mio gruppo abbiamo collaborato, e quindi sono da noi molto ben conosciute, abbiamo provato a verificare nella nostra pratica clinica quante volte il paziente veniva trattato secondo le raccomandazioni in esse contenute. I risultati sono stati ab-

bastanza sorprendenti perché a seconda degli stadi della malattia, solo nel 60% circa dei casi abbiamo trattato il paziente secondo le raccomandazioni delle linee guida. Pertanto vi è stata una deviazione dalle linee guida nei 40% circa dei casi. Perché? Forse perché siamo matti, incompetenti? O perché non conosciamo le linee guida? Certamente no: la deviazione c’è stata perché in quel singolo paziente abbiamo ritenuto che ci fossero dei motivi validi per prendere decisioni diverse. Siamo stati “giudiziosi” e “consapevoli” nell’interesse del “singolo” paziente. Va inoltre considerato un altro problema che è rilevante per le scelte del medico: per ogni patologia non esiste una sola linea guida, ma ne esistono numerose, redatte dalle diverse società scientifiche, e possono anche fornire indicazioni non univoche. Per quanto riguarda il nostro esempio, le linee guida sui tumori del fegato, è chiaro che una coincidenza di massima c’è; però, se guardiamo ad esempio le linee guida giapponesi sullo stesso problema, vediamo che sono molto diverse dalle americane e europee in quanto per ogni ramo dell’albero decisionale mettono non una, ma una serie di terapie possibili: cioè i giapponesi sono molto più flessibili rispetto a noi. Per cui anche nella conoscenza teorica delle linee guida bisogna tenere conto della variabilità di indicazioni.

Una deviazione consapevole e motivata dalle linee guida si verifica anche in numerose altre situazioni, ad esempio per lo scompenso cardiaco o per qualsiasi altra patologia che noi andiamo a prendere in considerazione. Questo succede perché le cosiddette evidenze scientifiche, quelle veramente forti, non sono tante e le aree grigie sono molto ampie ancora oggi, e poi anche perché gli studi clinici controllati da cui derivano le evidenze hanno dei limiti in quanto si basano su studi condotti su tematiche con ricadute

economiche e commerciali, che includono solo pazienti con caratteristiche cliniche selezionate che escludono le patologie concomitanti e sono studi condotti in situazioni organizzative e culturali privilegiate. Pertanto l'applicabilità delle linee guida nel mondo reale non sempre è possibile nella totalità dei pazienti perché viene misconosciuta l'individualità: i pazienti inclusi negli studi sono simili ai famosi omini con cappello di Magritte, tutti uguali, mentre quelli del mondo reale sono più simili a quelli di Hieronymus Bosch. David Sackett, che era ben conscio di questi problemi diceva infatti che la applicazione della EBM consiste nell'integrare l'esperienza clinica con la migliore evidenza scientifica disponibile. Ma questo, chi lo può fare? Solo il medico competente. Questi concetti a mio avviso dovrebbero essere diffusi più possibile presso la popolazione. I cittadini, ripeto, sono i nostri alleati perché pretendono che le scelte sulla loro salute siano effettuate da medici competenti, che valutano personalmente i singoli casi e non da personale che agisce solo secondo schemi o procedure precostituite. Purtroppo la carenza di risorse, l'esigenza di tempo e disponibilità all'ascolto, indispensabile per le scelte individuali, potrebbe portare a demandare ad altri quello che noi invece noi saremmo tenuti a fare personalmente, proprio per la eccessiva pressione e mancanza di tempo.

Io ho scritto che l'atto medico significa anche aiutare il paziente ad una scelta scientifica informata adattata alla personalità di ciascuno e comprendere i casi dove sono necessari tempi adeguati e approfondimenti per arrivare alla soluzione giusta, saper cambiare marcia in base alla tipologia del paziente. Non agire schematicamente per tutti i pazienti. La soluzione giusta è quella soluzione che comporterà le maggiori soddisfazioni in caso di successo, ma anche, e questo è veramente

importante, i minori rimpianti in caso di esito non favorevole.

ON.LE D'INCECCO: Non solo poi hanno una diffidenza nei nostri confronti ed una invidia che già io lo vedo nella mia commissione sanità. I medici vengono visti come nemici

DOTT. PIZZA: Grazie Gigi, adesso ritorniamo nell'ambito dopo che il prof. Bolondi ci ha spiegato cosa è l'atto medico. Cosa è un medico. Ne avevamo bisogno perché eravamo stati distratti. Adesso ritorniamo nell'ambito ordinistico e abbiamo due interventi quello del dott. Muzzetto, presidente ordine di Parma poi quello del Dott. Rossi, Presidente Ordine di Milano. E poi avremo l'alter ego della dott. ssa Chersevani Presidente FNOMCEO il dott. Raimondo ibba membro del comitato centrale della Federazione nonché presidente ordine dei medici di cagliari il quale ha giustamente chiesto di poter parlare dopo i due ordinisti minori di età.

PRESIDENTE P. MUZZETTO - PARMA: Quando noi iniziammo il cammino dell'atto medico si partì da una constatazione di fondo: si stava sempre più andando a mettere in discussione quello che è il vero compito del medico e dell'essere medici.

La prima constatazione fatta è che siamo di fronte a una società che ci sta portando a valutare l'aspetto economico sempre più prevalente su qualsiasi altro aspetto-valore. La seconda è che ci siamo trovati di fronte a una riforma sanitaria, che dobbiamo avere il coraggio di definire una non buona o come dicono i detrattori pessima legge, fin dall'inizio. Il tempo lo ha confermato e si parla da tempo, cosa anche da me scritta su Qs, della necessità di una Riforma della Riforma sanitaria. E non solo perché inverte il rapporto di lavoro e gli equilibri fra le professioni

all'interno del sistema, ma perché toglie certezza ai ruoli e insicurezza negli interventi.

Nell'ambito dei rapporti fra professionisti della sanità c'è da considerare un non piccolo passaggio: laddove si entri in un sistema orizzontale, determinato dalla riforma vigente, superando il sistema verticale, voluto dalla precedente riforma, determina per il medico un indubbio minus valoriale in ambito sanitario.

Quello che oggi abbiamo esternato non è solo un desiderio di prevalenza semplice di ruoli e di funzioni bensì una necessità di operare non certo in contrapposizione con le professioni sanitarie, ma piuttosto per raggiungere una sinergia, alla luce di declinati rapporti, chiari già in premessa che non possono però prescindere dalle peculiarità formative, dal ruolo e dalle responsabilità. Perché il vero problema si pone, e si porrà, allorché non si definisca l'Atto medico e cioè che cosa debba fare il medico. Un aspetto che non è descritto da alcuna parte e che non può essere messo in dubbio.

E siamo per di più entrati nella dimensione di lasciare alla Magistratura, cioè la suprema Corte di cassazione, definire gli ambiti dell'agire medico in relazione alle pertinenze universitarie, che derivano dagli studi di medicina e chirurgia. Noi siamo medici in quanto studiamo le materie che sono nel corso di laurea in medicina e chirurgia. E può essere medico chi abbia questa laurea.

Devo ammettere di essere stato forse un po' forte nell'aver sottolineato e combattuto per la professione secondo questi principi, e capisco che certe posizioni si pagano anche al nostro interno. C'è da dire però che abbiamo portato avanti una convinta battaglia sull'Atto medico e, da un certo punto di vista, nell'ultimo Codice Deontologico sono stati riportati alcuni nostri contributi emersi nel percorso di consultazione e nel corso di un

convegno da noi organizzato a Parma sul tema.

Siccome in quell'occasione, nel 2010, avevamo definito l'Atto medico, Pagni mi disse: "Parliamone ma, attenzione, forse in un momento di grande tensione come l'attuale, sarebbe bene magari riproporlo in altra sede".

Ma noi avevamo già declinato compiutamente l'atto medico che contemplava, nell'ambito dei rapporti interprofessionali, la valutazione della posizione del medico rispetto alle professioni sanitarie e alle responsabilità derivate.

A prevalere era la volontà di individuare gli ambiti generali in cui il medico e le professioni sanitarie si sarebbero dovute muovere, ponendo però l'accento non tanto sui particolari dell'agire – non era infatti nostra intenzione formulare un mansionario del medico e degli infermieri –, quanto su quale dovesse essere il ruolo effettivo in ambito sanitario, chiarendo di conseguenza i limiti dell'agire e quelli d'indiscussa collaborazione, senza per questo arrivare al conflitto.

Conflitto, sia chiaro, da noi non voluto e mai voluto. Per i malevoli, forse artatamente attivato.

Oggi stanno venendo fuori alcune tesi a giustificazione del problema se vi sia o meno differenza fra il medico e le altre professioni, frutto di analisi soprattutto sociologica, in cui si sostiene peraltro che i ruoli dividano i rapporti, falsandoli, e se, di conseguenza, l'atto medico, ritenuto da alcuni addirittura inutile o estemporaneo, non debba invece avere motivo di esistere.

A tal proposito rimando ad un articolo pubblicato su *Quotidiano sanità*. In risposta alla valutazione non certo benevola espressa dall'Amico presidente di Firenze, Antonio Panti, sul significato di atto medico, ho inteso ribattere che è invece una cosa ben seria e la sua definizione non può essere trascurata, laddove in

particolare si tratti dei rapporti interprofessionali.

Infatti, la questione ha coinvolto moltissime e autorevoli personalità del mondo medico, scientifico, politico e sindacale. Diverse le tappe traggurdate, dalle consultazioni alle posizioni messe a confronto.

Uno dei primi incontri è stato organizzato a Padova dall'amico Maurizio Benato, con cui abbiamo collaborato, insieme al presidente Lavra – allora vicepresidente di Roma – oltreché dal sottoscritto. Si è ragionato insieme all'allora Presidente della Consulta Chersevani, ai prof. Daniele Rodriguez e Paolo Benciolini, al rappresentante nazionale del sindacato universitario, prof. Violi, e a una folta rappresentanza di società medico scientifiche guidate da Franco Vimercati. E vi era anche il compianto Aldo Pagni, che non ha mancato di offrire un suo sempre elevato contributo.

Ci si è trovati successivamente a Parma con la maggioranza dei segretari nazionali dei sindacati autonomi medici, concordando una posizione comune che trovava contezza nella necessità di inserire l'atto medico nel Codice deontologico e nel lavorare per una Legge in tal senso. Si era nel febbraio 2014.

In questa seconda occasione firmammo a Parma un documento, teso fra l'altro a valorizzare proprio l'agire del medico, anche quale elemento di condizionamento della politica dei rapporti interprofessionali. Un particolare, questo, non certo di secondaria importanza.

E la documentazione dei passi fino ad allora effettuati fu consegnata a tutti i presenti in modello informatico. Il problema che si poneva allora era: quale fosse il significato da assegnare all'atto medico. Certamente non un *atto medico* – chimera dalle 4 effigi.

Il vero problema è stata la mancata volontà di riconoscere il medico, il suo agire e

il suo ruolo e i fatti ci hanno dato ragione in virtù del prevalere di una politica economicistica.

Il che è coerente con una realtà che vuole affermarsi un sistema di livellamento che equipara figure con pertinenze e competenze diseguali il cui valore è diverso a seconda delle competenze e, devo ancora dire, delle responsabilità. Un rapporto dunque fra diseguali cui vogliono affidarsi le medesime funzioni, quando invece queste sono diverse e diversificate. E non possono che essere tali.

Il problema fondamentale a questo punto è quello del valore e dell'uso che si fa delle competenze acquisite nel post laurea e della considerazione delle peculiarità degli studi universitari, che sono differenti e oggi, almeno nelle intenzioni, si vorrebbe fossero invece parificati.

Il che va contro ogni buon senso anche perché le prerogative delle professioni e le specifiche responsabilità non possono non dipendere dai ruoli e delle funzioni espresse in ambito lavorativo, che dunque devono essere riconosciute nelle loro peculiarità.

Rimini ci ha chiamato agli Stati generali della professione e la discussione si è incentrata su un argomento oggi di moda in ambito socio politico: il medico è leader? E la sua è una leadership riconosciuta e da chi?

La nostra posizione è stata espressa in modo chiaro e non possiamo certo pensare che la funzione gli venga riconosciuta dal basso. Il che suonerebbe come una sorta di votazioni alle primarie per la designazione della leadership.

È invece opinione che prevalga il concetto di ruolo, da cui derivino certe funzioni che, a determinate condizioni – e solo a queste – possano essere delegate, con la possibilità di assegnare anche responsabilità mutuate. Ma ciò supera in significato il concetto di leadership solo per funzioni e lo legittima assimilandolo al

binomio ruolo-funzione e responsabilità. Il problema della leadership infatti, anche se possa apparire contraddittorio, trova soluzione proprio nell'individuare le funzioni e gli ambiti di intervento delle varie figure lavorative. È l'eterno dilemma dei nostri giorni. Vale l'aspetto per così dire istituzionale che prevede che, in base alle funzioni assegnate, si delinei il ruolo, ricoperto o da ricoprire, in un certo modo legittimandolo, con ricaduta diretta sulla filiera delle responsabilità che sono a questo punto mutate sulle singole autonomie di scala.

Ne deriva un ulteriore problema che è importante nell'economia del sistema di gestione della salute: la definizione dei singoli ruoli comporta la necessità d'individuare le funzioni correlate a supporto della completezza degli interventi che tutti gli attori della filiera dell'assistenza devono garantire avendone mandato. Con ruolo collaborativo o sussidiario.

Il che va contro, non certo per assurdo, all'attuale visione delle politiche regionali della salute, in cui non sono le professioni sanitarie ad essere la controparte del medico – o almeno non lo sono scientemente nella maggioranza dei casi – ma la stessa organizzazione regionale che ne vuole il ridimensionamento.

Questo in ragione del fatto che il sistema tende a sovvertire gli equilibri, facendosi forte del principio dell'assegnazione e del riconoscimento di performance superiori in ruoli inferiori, largamente utilizzato in ambito aziendale non sanitario. Se questo agire non è dar corso ai conflitti, allora bisognerebbe in tutta onestà intendersi su cosa si fondi il conffigere.

La vera ragione, anche se a mal pensare si fa peccato pur essendo vicini alla verità, è che ci sono giustificazioni per certo verso meno nobili. Tutto è finalizzato alla contrazione delle spese, applicando il task shifting, e a dare coerenza al comma Legge 566/14 cui fa da sponda la proposta di legge sulla Re-

sponsabilità – “fu medica” e ora denominata degli esercenti le professioni sanitarie – ossia di tutti gli operatori medici e non medici, parificati in funzioni e responsabilità, senza che vi sia differenziazione proprio dei ruoli o vi sia in modo equivocabile.

L'autonomia prevista sulla base della bozza dell'accordo Stato Regioni, comunemente detta bozza Proia anche se ora lasciata da parte, si ritrovava in un certo qual senso declinata anche nella 566/14 (logica espressione di una certa parte politica e, come qualcuno afferma, della stessa mano dell'autore della bozza Stato regioni) e si ritiene che segua la logica estensiva che ha ispirato in quest'ultimo ventennio la legge 42/99 e quelle successive sulle professioni sanitarie. L'adagio porta perciò a considerare l'autonomia delle professioni sanitarie per certo verso “assoluta” e rivendicata come indipendenza. E essere indipendenti e senza regole in un settore delicato e nevralgico come la gestione degli interventi per la salute, suona come atto inconsulto ai limiti dell'incomprensibile.

Esponendo in questo modo il rapporto interprofessionale a un confronto di autonomie che potrebbe rasentare l'anarchia, ancor più a fronte a chi sia investito di responsabilità certa, in altre parole di leader riconosciuti per mandato, funzione e responsabilità propria.

Se in ambito sanitario ci si trovasse di fronte a un sistema-quadro di autonomie assolute, si andrebbe peraltro incontro alla piena incomunicabilità che preluderebbe e porterebbe senza dubbio al conflitto interprofessionale. Che è l'azzardo di certe politiche da taluno considerate addirittura illuminate e che hanno portato a una folta saggistica sociologica, contribuendo a dare un colpo di spugna agli attuali valori della sanità italiana che, sebbene al nostro interno troppo spesso criticata, è ancora una delle migliori in campo internazionale.

Analizzando la questione in senso etico e sociale, una simile impostazione di politica della salute, con alla base la *deregulation* non potrà non incidere economicamente sulla spesa delle Regioni, ma dobbiamo aver chiaro il concetto che così facendo non diamo certo un buon servizio al cittadino e non tuteliamo nemmeno la sua salute. Lo dicemmo nel maggio 2010, e lo andiamo a dire ancor oggi.

Neanche è una buona politica quella che preveda lo sdoganamento delle autonomie delle professioni sanitarie col solo fine di farla diventare strumento attivo per la progressiva sostituzione del medico in alcune incombenze, con la scusa che sono considerate minori e di poco rilievo. A non essere condiviso è il concetto che quanto si faccia corrisponda non tanto alle competenze acquisite con gli studi universitari, ovvero al piano formativo specifico, quanto all'applicazione di algoritmi procedurali, trasformando la clinica in assistenza, la cura espressione di procedure e non frutto di una complessa valutazione critica e competente del medico, che nessuna procedura può certo prevedere.

Come non tutto ciò che riguarda diagnosi, prescrizione, cura e prognosi può essere ricondotto all'assistenza infermieristica, perché anche questo giustificerebbe una sorta di atipico e non auspicabile riduzionismo nel proceduralismo sfrenato.

La politica della salute si sta sempre più connotando come una detrazione di prestazioni dal paniere della salute, per cui il cittadino in un modo e nell'altro dovrà sempre più provvedere di tasca propria. È in questa logica di impoverimento del cittadino medio e di quello meno abbiente, perseguita dal nuovo welfare strisciante, che si giustifica il fatto che 11 milioni di italiani non riescono a curarsi. E ciò non è fantasia, ma semplice constatazione di dati di fatto.

Il vero problema è che non possiamo

accettare che si costruisca una figura di medico surrogato al posto del medico-medico, che suona come la negazione dell'essere e dell'agire in buon senso e soprattutto in modo coerente per la difesa della salute. E nel parlare in questo caso di valore morale delle scelte si vuole esprimere proprio un valore di grado superiore, riconosciuto e condiviso dalla collettività, perché riferito al bene supremo della salute.

È necessario avere ben chiaro questo concetto. Se non si riporta il discorso della relazione interprofessionale ad una dimensione di rapporti incentrati sui valori e sulle differenze, riconosciute e gestite in modo armonico, ne conseguirà un sistema attivato di conflitti. Per questo motivo è più che mai necessario tracciare gli ambiti d'azione delle professioni, attraverso i ruoli e le funzioni insieme alla cascata delle responsabilità.

Chiunque parli del passato, recente e meno recente, come esempio di diffusa e costante conflittualità dice delle imprecisioni: i conflitti nascono ora, dalla conquista di spazi e di considerazione, ma è fuori luogo pensare che allo stato attuale si possa con un colpo di spugna cancellare cultura, preparazione e oggettività medica, a seguito dell'applicazione del sacro verbo della scienza regionale. Instillando il germe del potere che si può ottenere con l'annientamento obbligato del medico.

Secondo cui i tempi sono maturi per continuare a incidere sulla dominanza medica, attraverso il moltiplicarsi delle specializzazioni, con l'uso di proceduralismi da parte delle professioni sanitarie come PDTA e Linee Guida in risposta agli alti costi sanitari e soprattutto alla continua richiesta di salute che porta il cittadino a trasformare i suoi desideri in forti aspettative di salute. Che poi diventano pretese e diritto crescente.

Quale dunque il sistema per riequilibrare

i rapporti e per omogeneizzare gli interventi in sanità?

L'attuale legge di riforma ha determinato un rapporto fra le professioni di tipo orizzontale, in cui si equivalgono le figure in un sistema di rapporti egualitari e d'integrazione, il cui significato è che tutti arrivano a fare tutto, non essendovi differenze se non formali e con in palio il concetto di leadership, quale superamento del cosiddetto rapporto gerarchico, verticale e verticistico, che aveva invece connotato la riforma precedente e i rapporti fra medici e altre professioni. Questo è il significato neanche troppo recondito, che sottintende tutto l'iter legislativo sopramenzionato.

La soluzione del problema delle competenze – *considerando improponibile e screditante il voler comparare le competenze più avanzate in altri ruoli assegnate dalle Regioni al personale infermieristico, attraverso corsi di 3-6 mesi dopo tre anni di laurea contrapposti alla formazione universitaria e post universitaria del medico di oltre 11 anni* – passa attraverso una riformulazione dei percorsi formativi che, partendo dalla formazione specifica, porti al conseguimento di specifiche competenze e altrettanto specifiche responsabilità. Questo è stato sostenuto in Consiglio nazionale della Fnomceo e presentato al Ministero dell'Università attraverso il sottosegretario Faraone.

Il filo conduttore è riconoscere le differenze e soprattutto crescere nelle differenze, trovando nella chiarezza spazio per un rapporto armonico interprofessionale.

Questo significa che dobbiamo entrare in una dinamica diversa in cui si deve arrivare ad uniformare gli insegnamenti nella facoltà di Medicina e Chirurgia e del corso di studi di scienze infermieristiche e delle altre professioni sanitarie.

Il vero problema è che dobbiamo porre rimedio agli errori commessi, e dobbiamo anche chiederci dove si collochi il medico

di oggi nella scala dei valori dicendo chiaramente che su ciò non si arretra e allo stesso modo ci si oppone fortemente ad ogni possibile politica d'arretramento da chiunque proposta.

Occorre ragionare con buon senso cercando la soluzione alle tensioni multi professionali e si deve avere il coraggio di dire che necessita trovare il sistema di correggere gli errori e le posizioni improduttive.

Ma dobbiamo anche capire una cosa, come diceva Churchill, che se noi qualche volta cadiamo nella verità non dobbiamo pensare che la soluzione migliore sia perseguire con indifferenza per la nostra strada pensando che sia l'unica giusta.

Allora, di fronte alla soluzione del problema dei rapporti fra le professioni è opportuno ragionare e agire per cercare di modificare quanto la politica, o meglio certa politica, stia facendo. Personalmente l'ho scritto su *Quotidiano Sanità*, indicando gli aspetti negativi e non condivisibili della proposta di legge sulla responsabilità – nata con il collega *on.le Vargiu*, allora presidente della Commissione Affari Sociali e Salute della Camera, che la presentò come *responsabilità medica oggi diventata responsabilità degli esercenti la professione sanitaria* – che appare piuttosto sottintendere un tentativo nemmeno tanto velato di parificazione delle differenze. All'insegna del tutti insieme appassionatamente.

La storia dei lavori parlamentari c'insegna – e *l'on.le d'Incecco* potrebbe smentirmi se dicessi cose non vere – che in Commissione XII della Camera in varie occasioni durante la discussione della proposta di legge, un componente di maggioranza avrebbe espressamente operato per far cancellare il termine “medico” da tutto il testo. È vero?

Perché dire medico suonava quasi offensivo, ma per chi? e allora dove sta il vero problema? È che la legge sulla responsabilità medica, che esordiva in prima

stesura post Vargiu con la declinazione dell'atto sanitario, che andava o sostituire quell'atto medico formulato dalla collega D'Incecco, e che è stato spalmato concettualmente sull'onda del comma legge 566/14 e verrà aggiornata secondo i principi dell'accordo Stato regioni già citato, di fatto distorcendo equilibri e gli ambiti delle professioni. O meglio soprattutto la professione medica, eliminando in modo subdolo quelli che sono i limiti delle competenze e delle reali funzioni delle professioni sanitarie. E questo è un problema. Un grosso problema, purtroppo sottovalutato.

Come un problema è il riduzionismo e la proceduralizzazione della medicina, attraverso l'innaturale e azzardato utilizzo delle linee guida e dei protocolli, applicati per legge e per legge imposti come *conditio sine qua non* comportamentale, che sono ampiamente rappresentati nella proposta di Legge rivalizzando, dopo averla lungamente rianimata, la data per defunta Legge Balduzzi, tanto distruttiva quanto inapplicabile. Le linee guida sono raccomandazioni nient'altro che dotte raccomandazioni, dobbiamo avere il coraggio di dirlo e pretendere che le si considerino in modo estensivo e li si utilizzino in modo improprio quale strumento massificante le professioni, medica e sanitarie.

IN CONCLUSIONE occorre avere il coraggio di rivedere criteri e pretese di supposta autonomia. Indipendenza delle professioni sanitarie diversa da quella autonomia si scala che, invece, occorre perché si arrivi ad un sistema adulto di rapporti interprofessionali. Abbiamo comunque le nostre responsabilità e il tutto non può prescindere da una seria programmazione della sanità richiamando le nostre Regioni all'ortodossia. Ora troppo sbilanciate in senso economicistico e sicuramente poco etico. E non è certo solo una questione medica.

DOTT. ROSSI: Io propongo solo alcune brevi riflessioni, più che altro legate all'aspetto deontologico. Poi non sono così erudito come Piero..... Intanto buongiorno a tutti. È già stato detto che il pensare di poter fare un convegno sull'atto medico è pazzesco, nel senso che noi ci troviamo a dover riflettere su noi stessi, su una cosa che è praticamente conaturata con la nostra professione da sempre, di fatto. Una delle cose sulla quale chiacchiero spesso con Ivan è quella relativa al fatto che a mio modo di vedere (ma forse, in realtà, diciamo la stessa cosa), in realtà, la professione medica non è cambiata da 2000 anni a questa parte. Nel senso che c'era e c'è un rapporto asimmetrico di una persona che sta male di una che la può in qualche modo aiutare. Altrettanto folle è mettere per iscritto che cosa è e cosa fa una professione, nel senso che in nessuno sano di mente penserebbe fosse necessario fare una roba di questo genere. Purtroppo oggi noi ci troviamo a dover riflettere sulla necessità di mettere in legge una cosa di questo genere. Io vi dico subito sono favorevole, andatevi a leggere il breve excursus storico filosofico che fa l'Onorevole D'Incecco, che è anche una Collega, come sappiamo. È una cosa estremamente succinta, perché ovviamente viene fatta come presentazione della legge, ma secondo me, lì dentro, è già scritto tutto e devo dire che proprio leggendo la premessa uno potrebbe essere portato a pensare che una legge di questo genere sia totalmente pleonastica. Invece purtroppo oggi siamo al punto che questa legge non è inutile ma è anche davvero auspicabile. Intanto è auspicabile per una ragione semplice: io ritengo una follia ancora più folle che il codice deontologico debba dire che cosa è un medico. È come se a me chiedessero se sono un bravo presidente di ordine: io, ovviamente, sono convinto di essere un eccezionale presidente di Ordine! Ancora più critica-

bile, so perfettamente che Piero non c'entra, in realtà lui partiva da posizioni molto apprezzabili e condivisibili, ma altrettanto folle è come è stato scritto l'articolo tre del codice del 2014. Io non ho bisogno di farmi dire dall'Università che cosa faccio e chi sono; non solo non ne ho bisogno, ma non lo devo proprio fare, nel senso che la deontologia è un'altra cosa, il codice deontologico è un'altra cosa dal corso di studi e dal curriculum formativo universitario. Jeremy Bentham rifletteva sul fatto che le leggi servono a definire e circoscrivere un corretto comportamento pubblico; poi ci sono delle norme che fanno parte di una buona reputazione ciascuno di noi nella propria sfera privata e però queste norme sono altrettanto importanti delle leggi. Quindi, all'interno di un circolo di professionisti è importante che costoro abbiano un codice comportamentale comune. Non vi devo citare il buon Emmanuel per dirvi che lui faceva la distinzione fra gli atti legali e atti morali, dove, mi dispiace per gli avvocati presenti, le azioni legali sono veramente tristi, sono quei comportamenti che uno tiene per rispettare le leggi: non è quello il problema. Naturalmente, lui credeva che la legge morale fosse un apriori per ciascun uomo (mi sono sempre chiesto se avesse conosciuto i serial killer del nostro tempo... sarebbe stato interessante sapere che elucubrazione avrebbe tirato fuori). Voglio dire: la moralità e la professionalità di un medico si misurano in un altro modo che parametrando al piano di studi universitario! Ma quell'articolo 3, dice una cosa ancora peggiore, più grave: fa riferimento addirittura al fatto che un buon medico deve piegarsi alle norme organizzative regionali. Ora adesso non voglio rivangare il mito di Antigone, però il giuramento professionale che c'era prima e che ancora seguiamo a Milano, concludeva con una frase fondamentale di difficile attuazione ma come

dire imprescindibile per il comportamento di un buon medico e cioè il medico deve rispettare la legge MA se messo di fronte al dissidio fra legge e deontologia deve scegliere la deontologia. Questo purtroppo è stato cassato dal nuovo giuramento; non nel nostro: c'è ancora e ne sono orgoglioso. Perché è una affermazione gravida di conseguenze: grazie al cielo queste cose capitano pochissime volte nella vita ma capitano. Pensate al tema delle linee guida e tutto quello che ne consegue. Adesso dico una cosa un po' triste: di nuovo l'ho sentito dire dal Professore. Siamo un po' colpevoli di questa situazione, su questo non c'è dubbio perché acciambellarsi come un gatto nella posizione più comoda e dormicchiare è la cosa più semplice da fare nella nostra vita, perché seguire le linee guida non costa fatica, perché non porsi dubbi è facile, perché curare la gente senza rompersi le scatole è semplice, perché pensare che sia un po' demodé che il medico possa essere considerato uno scienziato è comodo. Potrei andare avanti per ore a parlare di questo..... adagiarsi sulle cose senza mettersi in discussione. Perché poi questo è il vero punto. Pensate solo ad un altro esempio: al fatto che il corso per diventare MMG debba diventare una specialità. Tutti sanno che l'università va coinvolta e le stesse regioni non vogliono più tenerne l'esclusiva. In realtà, la verità semplice è che in questo momento l'insegnamento della medicina generale è in mano ad una serie di persone che a torto o ragione, per merito o no, insegnano senza passano delle verifiche. Questo è il punto, non si mettono in discussione, quindi è più semplice conservare il potere in questo modo. E molto più facile piuttosto che iscrivere questa cosa all'interno di un percorso universitario dove peraltro le regioni contano lo stesso, e ci mancherebbe altro non fosse così. E via così nel senso che questo mettersi in gioco del

medico vale anche rispetto al singolo professionista: quando io sentivo dire “va beh insomma vengono in studio e mi chiedono sempre di misurare la pressione o di fare questo e quello ed io non ho più voglia di farlo, non è mio compito” noi abbiamo perso un pezzettino di arte medica. Insomma quando si mette il cervello all’ammasso ovviamente si regredisce, ma la regressione non deve essere misurata mi permetto di lanciarti questa provocazione, caro Ivan, sulla non rispondenza all’avanzare dei tempi dei sistemi professionali propugnati dai medici e sul fatto che i medici stessi siano o abbiano un comportamento professionale “regressivo”. Bisogna invece trovare il modo di incarnare il rapporto medico paziente classico, che sempre vi è stato ed è fisiologico che ci sia e che continui ad esserci così come è, all’interno di un mondo e di un modello che evidentemente ha continui cambiamenti ed evoluzioni, compresi i rapporti con le altre professioni. La cosa che mi lascia esterrefatto è che gli stessi infermieri, la stessa dottoressa Mangiacavalli, persona assolutamente deliziosa, mille volte ti dice che l’atto diagnostico e terapeutico a loro non interessa. Quindi mi chiedo, chi ha scritto il famigerato comma 566? Tutti hanno detto “io non sono stato”.... E allora è apparso da solo? Certo, porsi dei dubbi ed avere un atteggiamento critico costa fatica, richiede che ci si metta in discussione continuamente. Ward Moore ha scritto dei bei racconti di fantascienza: uno è ambientato in società distonica del futuro dove comandano i medici. È una società terribile, dove si seguono solo linee guida, dove tu puoi girare solo se hai un passaporto sanitario in regola! In questa società terrificante, con questa dittatura incredibile, nessuno mette più in discussione se stesso, cioè il progresso scientifico si arresta. Le linee guida sono la morte, la fine e l’arresto del progresso scientifi-

co. Se voi guardate i quadri dell’800, il medico era sempre ritratto come un signore elegante e vestito in un certo modo (indice anche del fatto che guadagnavano di più!), all’interno di studi sontuosi, con scrivanie pregiate e soprattutto con libri in abbondanza. Oggi io posso fare il medico di medicina generale con un pc. Io sono al pc per scrivere e mi devo girare a guardare il paziente ed è drammatico: il mio primo riferimento è drammaticamente il pc. Voglio dire questo è un primo problema, noi dobbiamo smetterla di mettere il cervello all’ammasso in sintesi. Dobbiamo metterci in testa, e questo è il mio auspicio, che siano solo uno strumento. I fondatori IBM mai si sarebbero sognati di pensare che quello non era altro che un fonendoscopio un po’ più evoluto. Quindi, ritornando al nostro articolo tre del nuovo codice deontologico, se voi confondete l’atto medico con il rispetto delle linee guida, questo è nuovamente un problema davvero importante, perché ci allontana moltissimo da quello che noi possiamo fare tutti i giorni nel contatto con la gente. Dopo però non meravigliamoci che altre professioni mangino spazi ai medici, perché se noi mettiamo il cervello all’ammasso in questo modo, favoriamo i politici e i funzionari che sono contenti di questo. Se non ci ribelliamo mai da questo punto di vista è logico che poi succede quello che sta succedendo adesso. Quindi, per concludere, credo che sia davvero auspicabile che questa legge sia approvata: oltre tutto ha il pregio di essere quello che di solito le leggi non sono cioè chiara, breve e molto diretta. Speriamo che vada avanti e io cercherò in tutti i modi di favorire questo percorso. Grazie.

DOTT. PIZZA: Grazie Roberto adesso è il momento della voce del Centro della Federazione, il Dott. Raimondo Ibba qui in rappresentanza della FNOMCeO.

DOTT. IBBA: Buongiorno a tutti, oggi non è certamente una giornata facile. E per questo, per cercare di portare a casa quello che devo. Devo chiedere alla Presidenza di essere autorizzato ad articolare questo mio intervento in tre parti.

Una come dire di premesse, una di definizione del perimetro e un'altra di riferimento specifico sul tema, sull'occasione più che sul tema, sul caso che oggi ci porta a Bologna. Cercherò di fare questo con un come nel gioco dell'oca che dove si torna indietro. Perché è già stato detto tutto e voglio soltanto provare a ricostruire come dire con un percorso nostro, mio, della Federazione e comunque offrirlo all'uditorio, a Giancarlo, a Ivan. A Ivan che sta diventando sempre più nel corso degli anni un punto di riferimento e costruttore di leadership.

Non solo non sto giocando fuori casa ma dico anche che non sono venuto a difendere un fortino. Però è anche la Sede dove ci dobbiamo dire le cose che ci dobbiamo dire e che ci deve essere pure uno spazio, una Sede dove quello che ci dobbiamo dire ce lo diciamo. Perché se ci facciamo vedere imprigionare un po' dalle probabilmente non ci comprendiamo a fondo e continuiamo a rischiare di pensare di avere opinione diametralmente opposte o almeno diverse quando invece queste a mio giudizio non esistono o possono non esistere. Quindi sono qui per ascoltare, per ragionare, per proporre, per condividere e per ricercare un minimo comune denominatore che possa consentire a questa professione che oggi è distinta non dico divisa ma distinta in due parti, di trovare quell'elemento di congiunzione che credo sia invece utile a tutti. Mi pare che sia un modo giusto questo per costruire ponti dal momento che non siamo capaci di separare le acque. Per cui credo fiduciosamente che uno sforzo congiunto possa consentire almeno di avviare un processo

di ricomposizione e di riavvicinamento fra le due parti distinte a patto che nessuno dei due abusi di un eventuale posizione di supremazia e che nessuno si faccia tentare da ipotesi penalizzanti nei confronti della troppa arte. Allora io credo che per parlare di atto medico ma così come di qualunque altra cosa ma questo l'ha già detto Ivan, mi fa piacere riprenderlo perché forse lo esprime in un altro modo ma il concetto è lo stesso. Di qualunque noi dobbiamo parlare non possiamo parlarne in maniera enucleata e sottratta al sistema all'interno della quale si trova ma siccome dobbiamo ragionarla valutarla in tutta la sua completezza perché Piero, che persona dotta perché ha fatto il Liceo in Sardegna, e anche Carlo Roberto Rossi pur essendo Milanese ha rivelato di essere persona dotta e questo non è un fatto diffuso. Io non farò citazioni storico filosofiche lo giuro, dobbiamo vedere se a monte dell'opinione che possiamo avere sull'atto medico su qualunque altra questione abbiamo o possiamo avere la stessa idea di medico che prevediamo per il futuro, la stessa idea di sanità che prevediamo per il futuro e se nei confronti di queste possiamo avere lo stesso atteggiamento come dire strategico e lo stesso percorso tattico eventualmente per arrivare a delle posizioni che siano condivise, perché queste sono le precondizioni necessarie affinché noi possiamo pensare di costruire insieme ma anche di garantirci il futuro insieme. Allora anche questo lo voglio dire, stiamo parlando dell'ovvio perché parlare di atto medico è parlare della ovvietà. Io sono personalmente convinto che le leggi dovrebbero normare ciò che non è ovvio ma questo non è un Paese che è ovvio e quindi norma anche le cose che sono ovvie. E quindi la necessità che noi abbiamo di proteggere il perimetro della professione del medico non è un fatto di tutela corporativa della professione. Sia chiaro se c'è qualcuno che lavora nella stampa che la corporazio-

ne dei medici non esiste più almeno dal 1978 e chi ancora la utilizza è gentilmente di cessare. Allora siccome non è corporazione ma quello che noi facciamo lo facciamo nell'interesse del sistema, lo facciamo nell'interesse del sistema paese, lo facciamo nell'interesse delle persone, nei confronti delle quali abbiamo l'obbligo di tutela della salute e di garanzia della loro qualità di vita, e quarto beh lo facciamo anche per noi, perché noi non è che siamo soggetto estraneo in questo sistema. Siamo persone normali che vivono in una società normale che ritengono di avere i diritti e doveri che hanno gli altri componenti che hanno le altre società. Quindi facciamo parte a pieno titolo di questa società e pertanto riteniamo di esserne anche beneficiari, concorrendo per alcuni nostri aspetti.

Allora il problema, se non ci fosse stato l'attacco frontale, se non ci fosse stato l'assalto alla diligenza probabilmente non avremo problema ma questo assalto che parte da lontano non è che parte dal comma 566 o dalla Senatrice Silvestro, che è soltanto più ringhiosa rispetto agli altri ma un po' più mordace, ma non è che sia una cosa ... allora quale è il problema. Io non lo vedo con tanta semplicità con la quale è stato esposto ma molto più sofisticata, molto più fine, più sottile da parte degli indiani che assaltano la diligenza. Allora come dice l'attuale Presidente del Collegio degli Infermieri "a noi la diagnosi e la cura non interessano "e io sono d'accordo con loro, perché ciò che porta il medico davanti al magistrato è la diagnosi e la cura e figuriamoci se questi si vogliono prendere il rischio di finire davanti ad un magistrato. La cura, la diagnosi, la terapia noi la lasciamo ai medici ma quello che chiediamo non è la sottrazione della diagnosi e della terapia, è la titolarità a competere nei ruoli di dirigenza sul piano organizzativo, sul piano gestionale e sul piano delle gestione

delle risorse, che assume una posizione di dominus anche rispetto alla funzione tecnica del medico tecnicamente intesa. È questo un aspetto estremamente più pericoloso perché in realtà a loro interessa avere il livello come dire contrattuale, il conseguente livello retributivo e possibilmente il minimo di rognà possibile che siano conseguenti senza toccare il beneficio economico e il beneficio stipendiale. Allora tutto questo si basa su uno svilimento della cultura medica oggi corrente, nella semplicità culturale generale del paese.

Perché tutti sono convinti che per fare una attività di direttore di distretto, o di servizio territoriale o anche di dipartimento in certi casi sia sufficiente una così diluita e generica competenza, come quella che non ha il medico che ha fatto 6 anni di medicina, 5 anni di specializzazione e chissà cosa sa. Ma basta anche quello che hanno insegnato a noi infermieri, che poi alla fine abbiamo avuto gli stessi docenti che avete avuto voi medici, voi medici laureati e specializzati.

Quindi questo è a mio giudizio la gravità del comma 566 che naturalmente significa Io non ho nessun interesse a garantire la salute del singolo paziente al quale applico la singola cultura medica del mio libro di medicina interna perché malati tutti uguali. Tutti quelli che hanno epatiti a b c è uguale per tutti. Peccato però che gli ammalati siano tutti diversi. Allora è naturale che da questo punto di vista se io sono infermiere e sono convinto che non c'è bisogno di questa alta specialità, di questa alta competenza scientifica perché oggi governare la sanità ha una logica separata rispetto alla competenza clinico medica ma io perché io infermiere non ci devo pensare, perché non ci posso aspirare. È un diritto aspirare mica ho diritto di andare a operare un diritto è sono uguale, non devo mica fare io la prescrizione della chemio.

DOTT. PIZZA: ho invitato il Prof. Benci perché ha fortemente criticato la posizione dell'Ordine dei Medici di Bologna. E quando gli ho fatto vedere la sede del Consiglio Direttivo: mi ha detto: "Ah è qui che si prendono le decisioni che mettono....la professione in tutta Italia. Gli è scappato detto questo.

Noi pensiamo che lì si prendono decisioni che mettono a norma cose che sono fuori: è una visione un po' diversa. Adesso lei ha tutto il tempo che vuole – non oltre la mezz'ora – ovviamente per dirci quello che ritiene importante. Grazie di essere qui comunque.

PROF. BENCI: Sono io che ringrazio voi. Innanzitutto Buongiorno a tutti. A me dispiace che non ci sia il Prof. Barni che inizialmente doveva esserci.

Dott. Pizza: Il Prof. Barni ha mandato una lettera. Il primo ad essere dispiaciuto è proprio lui ma in questo momento ha un problema di salute, tant'è vero che non sono certo che possa partecipare anche al Convegno della settimana prossima.

Prof. Benci: noi gli facciamo i nostri più affettuosi auguri. Con il Prof. Barni tanti anni fa avevamo fatto un'iniziativa in cui si doveva discutere del rapporto all'interno delle professioni e soprattutto del rapporto interno di responsabilità tant'è vero che quasi 20 anni fa avevamo fatto questa iniziativa in cui simulavamo processi penali nell'equipe sanitaria tra medici e infermieri. È una iniziativa che è andata avanti per qualche anno. Interessante perché tutta la miglior medicina legale per esempio l'Italia era presente, qualcuno prima ha citato il Prof. Rodriguez, c'era il Prof. Barni, il Prof. Finesti che ora è a Roma. Insomma ci siamo dilettrati sul problema della interprofessionalità e della responsabilità di equipe. Nella medicina legale si cita sempre d'obbligo in questo tipo di Francesco Introna che sarebbe lo zio dei quello che ha fatto adesso

la perizia sul caso Cucchi, l'ultima delle perizie sul caso cucchi. È interessante perché negli anni 50 Francesco Introna scriveva un libro complessivo sulla responsabilità professionale dell'esercizio delle arti sanitarie. E ce li metteva tutti dentro dicendo: è oramai tempo, era il 1955, quello che sarebbe diventato il più famoso medico legale d'Italia nei decenni successivi scrissebèh! è ora di parlare della responsabilità di tutti gli esercenti le arti sanitarie.

Se io penso alle polemiche che ci sono state sugli esercenti le professioni sanitarie nel disegno di legge Gelli, 50 anni dopo dico che la visione di Introna e di Franchini che era il suo mentore all'epoca era molto avanti anche ma oggi sarebbe ancora indietro probabilmente perché questa visione in un qualche modo viene ancora rifiutata.

Il invitato di pietra è questo.

Allora dichiaro subito che sul comma 566 io sono assolutamente d'accordo sul fatto che sia stato scritto male in una sede non opportuna e se lo evitano era assolutamente meglio.

Io non so chi l'ha scritto perché veramente hanno negato tutti di averlo scritto. Poi però c'è un Parlamento che l'ha votato e l'ha votato – ora non vorrei mettere il dito sulla piaga – anche l'allora Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. Ed è stato votato anche dagli altri Parlamentari dalla maggioranza suppongo ed anche dall'On.le D'Incecco però perché la legge di stabilita anche se fare il parlamentare è scomodo deve votare. Questo è evidente. Questa legge era destinata – io l'ho scritto tra i primi – a essere inapplicata, perché prevede un meccanismo di concertazione che ovviamente può essere bloccato, basta non concertare. La prima parte contiene una sorta di definizione di attività medica spostandola verso l'alto.

Allora da sempre la giurisprudenza sul-

l'atto medico e sulle professioni in generale ci dice quali possono essere gli atti specifici ed esclusivi di quella professione quelli intoccabili poi ci sono gli ambiti comuni che ovviamente ci sono in tutte le professioni. E qui il legislatore per la prima volta e lo fa malamente ci dice che sono atti complessi e specialistici di prevenzione diagnosi cura e terapia, e rimanda poi successivamente a un atto concertativo che verosimilmente non ci sarà mai.

Qualcuno ha citato anche le leggi precedenti sulle professioni sanitarie su cui c'è attenzione. Perché nel 99 ne hanno fatto una, quasi inapplicata; nel 2000 ne hanno fatto un'altra totalmente inapplicata nel 2006 ne hanno fatta un'altra totalmente inapplicata basti ricordare ad esempio che la seconda parte di quella legge prevede l'istituzione di Ordini professionali nelle professioni sanitarie e non ci sono. Oggi 2006 la legge c'è ma non ci sono gli Ordini. Qui da un certo punto di vista c'è da domandarsi nel dibattito che c'è anche in questa settimana in virtù della scadenza referendaria se il problema sono le leggi o la loro applicazione perché qui non ne applicano una. Il decreto Balduzzi che riguarda la sanità che è di 4 anni fa e che prevedeva una serie di step applicativi a distanza di 4 anni un niente è stato fatto. Ma medico di famiglia aperto 24 ore su 24 sette giorni su 7 si sta ragionando o adesso di queste storie e a distanza di 4 anni altro che il bicameralismo perfetto. Qui c'è un problema di Governo più che di Parlamento tanto per capirsi.

La legge il comma 566 va avanti e la preoccupazione che ho sentito oggi è stato una preoccupazione molto forte in relazione al problema della responsabilità. Cioè fanno le leggi, le professioni sanitarie che sono troppe, perché 22 profili devono essere ricondotte ad una maggiore unitarietà perché negli anni 90 diceva qualcuno che all'interno del Ministero

c'era un ufficio che era chiamato "profilificio", cioè 10 persone andavano lì e si facevano il proprio profilo professionale. Poi con tutti i problemi che ci sono stati però c'è stata un'evoluzione professionale. Voi lavorate in strutture complesse, in organizzazioni complesse in cui il medico è una parte del sistema non è il tutto del sistema.

Rispetto alla all'esercizio singolo del medico di un tempo l'esercizio nelle grandi strutture comporta ovviamente una ridefinizione delle regole del gioco questo è evidente, anche perché sono passati molti anni. Cosa è successo in questi anni. Ma è vero che ricordo le vecchie abitudini talvolta di alcune frasi di alcuni vecchi primari che dicevano: "si fa così perché tanto rispondo io". No perché la via gerarchica in realtà era molto forte. Ed era parzialmente vero la riforma ospedaliera degli anni 60 poneva il primario che si chiamava così perché era primo ed era un primo clinico si imponeva anche sugli aiuti e sugli assistenti che non avevano il diritto neanche il diritto professionale ad un nome vero e proprio. Io di lavoro faccio l'aiuto..... che lavoro è l'aiuto? Perché era fortemente gerarchizzato. Ma allora è così vero che il medico risponde, anche del fatto dei "collaboratori"? In questi anni no...in questi anni le questioni sono cambiate, la giurisprudenza è cambiata. Vi porto due o tre esempi: più evidenti tenendo conto dell'altro aspetto. Che se l'atto è medico o tu fai il medico punto e basta.

Non esiste la delega sulle attività mediche. Questo deve essere chiaro e preciso è veramente una forte sgrammaticatura, l'attività medica la fa il medico. Punto. Poi c'è stato Se tutto quello che è accaduto in questo tempo il 118 qui siamo nel luogo dello scandalo sul 118 peraltro io dico che a me piacerebbe. Io ho tentato in tutti i modi – lo confesso – di venire in possesso delle motivazioni di sospensione. Ma

io credo che nei sotterfugi la trasparenza di un ordine di medici professionale che dice sanzioniamo sia poi anche un dovere, visto che si parli di enti pubblici, rendere pubblico e trasparente la sanzione della motivazione, poi si può discutere, cioè tutta comunità professionale potrebbe discutere di questo aspetto e non solo la comunità professionale.

L'ex preside della facoltà di medicina ha detto una cosa oggi che mi ha colpito e che mi sono appuntato perché ha detto: " guardate che tutti parlano di medicina e del ruolo dei medici tutti coloro che non sono medici. Io non avrei paura della contaminazioni fra saperi e non è vero che sono solo i medici ad essere invasi.

La costituzione viene spiegata anche dai comici. Voglio dire dei comici si esprimono sulla costituzione e parlano se è buona o meno buona. Voglio dire una contaminazione tra ruoli in realtà c'è: 118 è triage è una attività medica la stanno facendo impropriamente gli infermieri. È stato citato il see and treat toscano mi sono un po' fischiate le orecchie una mezza paginetta della delibera sul see and treat toscano l'ho scritta io. Ma voglio dire e resiste ancora. Attenzione l'ho scritta io e mi è stata chiesto in modo esplicito dal Presidente della Federazione Regionale della Toscana Dott. Antonio Panti.

Gli esami delle ostetriche cioè la gravidanza...le ostetriche possono prescrivere gli esami della gravidanza fisiologica? Allora era stato detto io mi rileggo la direttiva europea interessante Amedeo Bianco io disse io sono stati tra quelli che ho aggiunto due paroline per far togliere il tutor la normativa poi è cambiata recentemente, è stata rimessa un po' a posto però non arrivano gli atti applicativi.... ci vuole per forza un mediconon ci vuole un medico. Attenzione alla medicalizzazione del tutto. C'è chi ha citato un termine dalla sociologia statunitense se attenzione la dominanza medica che è esista so-

prattutto in passato ha comportato anche una dominanza della medicalizzazioni di tutti gli atti sanitari.

E la medicalizzazione non ha provocato sempre cose buone. Siamo il Paese in Europa, tanto per capirsi, che ha il record europeo di parti cesarei.

Stavamo diventando primi al mondo perché siamo secondi, ci batteva il Brasile con la presidenza Lula si è fatto un processo che si è andato verso il basso su questa situazione stavamo diventando campioni del mondoscatto di reni.....ci batte il Messico. Siamo sempre secondi. Ma questo è un problema: che differenza c'è tra partorire a Roma parto cesareo 45% e partorire a Parigi cesareo al 15%?. È che a Roma la donna che in tutto il percorso nascita si trova sempre non l'ostetrica – anche quando è fisiologico – solo quando è fisiologico dovrebbe trovarselo – ma si trova davanti sempre solo un medico chirurgo che alla fine forselo dice il Ministero: il percorso nascita è l'eccessiva medicalizzazione alle origini del fenomeno dei parti cesarei aumentati in modo esponenziale negli ultimi 20/30 anni. Quello dei parti cesarei sarebbe un'emergenza nazionale, sono dati fuori controllo.

E probabilmente non possono essere risolte all'interno della stessa cultura, quella medicalizzata, che ha creato questo fenomeno. Non si può invocare il problema della medicina difensiva. Negli Stati Uniti è peggio che qua ma il numero dei parti cesarei è decisamente più basso. L'accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche c'è un grosso contenzioso tra fisiatri e fisioterapisti. Il problema degli ospedali. .senza dolore e quindi la decisione di sedare il dolore senza la previa visita medica e la valutazione medica.

Io abito nella Regione Toscana dove gli ospedali senza dolore sono sostanzialmente tutti oggi. Quindi al triage ci sono determinati protocolli dove il dolore vie-

ne sedato direttamente dall'infermiere del triage. Fanno male..... fanno bene, questa è un po' la situazione di oggi.

Ma il medico risponde degli operatori degli atti degli altri? Guardate la responsabilità di equipe teorizzata intorno agli atti 60 è stata una responsabilità che nasce nel contesto giurisprudenziale non c'è una legge. Il nostro codice penale del 1930 parla del singolo ed è lo stesso errore che fanno i codici deontologici quando vanno sul singolo, il medico, l'infermiere il fisioterapista pare che tutti voi lavoriate in splendida solitudine.

Non è così nessuno oggi lavoro più da solo. Lavorano tutti in modo stracollegato. Il codice deontologico è stato presentato in quale iniziativa del prof. Benciolini.

Il Prof. Benciolini 15 anni fa propone un codice deontologico unitario di tutte gli esercenti le professioni sanitarie. Inascoltato. Ma era una visione avanti. Una visione il problema che forse aver tutti questi codici deontologici tra contraddittori fra di loro forse contraddittori non è una buona cosa. 30 anni si diceva guarda nell'osservazione della...la responsabilità è quella gerarchica è il capo che decide non si nasconde non si nasconde dietro i suoi ed è lui che risponde. Era l'impostazione della Legge Mariotti sul primario.

Il primo operatore e il primario in generale rispondeva di tutto quello che veniva fatto da lui o da quello che veniva posto in sua presenza anche non da lui.

Tutti rispondevano con quella che era una logica aberrante. Questo vuole dire che nell'ordinamento giuridico italiano e questo non è possibile perché ci sono dei contrasti, nell'ordinamento giuridico italiano si vs a dire che qualcuno agisce irresponsabilmente, non risponde dei propri atti, contrasta con gli elementi minimi concetti generali di un diritto penale moderno.

Questo non è possibile: non solo si crea-

no i presupposti pericolosi di un organizzazione di lavoro deresponsabilizzante. Pericolosi: Io agisco ma risponde qualcun altro e io non agisco con la diretta concentrazione.

Da un giorno all'altro no, ma nel giro di qualche decennio è arrivato il principio di affidamento. Ognuno risponde di quello che fa.

Si fida di quello che fanno gli altri all'interno dell'organizzazione e deve intervenire – interessante – se vedi l'errore. A quel punto non c'è più il principio dell'affidamento.

Vediamo un po' di giurisprudenza recente. Mi piace molto questa. È successo un po' tempo fa reparto di chirurgia: anamnesi, in questa anamnesi una paziente avverte il medico di essere allergica alla penicillina. Il medico finisce l'anamnesi compila la scheda unica di terapia e prescrive la penicillina. La prescrive. Era presente il coordinatore infermieristico del reparto. Il giorno dopo la pz perché l'antibiotico profilassi andava fatta in sala operatore direttamente il giorno dell'intervento, un infermiere della sala operatoria la somministra causando la morte del paziente in pochissimi secondi.

Risponde ovviamente il medico prescrittore – ci mancherebbe – È un atto soggetto a prescrizione medico e l'antibiotico profilassi per via endovenosa ma ha risposto per omicidio colposo anche il coordinatore infermieristico e perché ha risposto? L'errore è del medico. Per la mancata segnalazione dell'errore medico perché non vale più il principio dell'affidamento. Ti fidi, ma se vedi l'errore devi intervenire e devi intervenire è vero che l'antibiotico profilassi e quindi presuppone una prescrizione medica è vero. Ma ci dice la Corte di Cassazione e quindi parte un parte un rapporto di collaborazione con il medico la Cassazione ci dice: "questo rapporto di collaborazione deve essere dato dall'infermiere verso il medi-

co in termini critici altrimenti condivide la responsabilità”

E poi va avanti e ci dice una cosa che la dice lunga sul rapporto tra giurisprudenza e diritto positivo cioè e leggi. Cioè a fronte dice la Cassazione il coordinatore dopo nuova verifica o dopo controllo della documentazione aveva l'obbligo di sottoporre a nuova verifica e più controllo della documentazione omettere tale segnalazione significa violare le regole imposte dall'arte infermieristica. Ci sono almeno 4 leggi che parlano di professioni sanitarie la Corte di Cassazione non se ne fa neanche una.

E parla di arte. Non cita neanche una norma. Dice tu dovevi accorgerti dell'errore perché non vale il principio di affidamento, perché tutti gli esercenti le professioni sanitarie hanno un fine principale superiore a tutti.

Il diritto alla salute e l'integrità del paziente che viene tutelato anche in questo modo. Guardate che stiamo parlando di un infermiere che ha risposto per un errore del medico. Non stiamo parlando di qualche cosa di diverso. Un'altra recente sentenza interessante una cosa accaduta all'unità coronarica di Livorno c'era un problema tra la vecchia e la nuova unità coronarica a un certo punto insommac'è un problema di formazione una nuova telemetria di cui nessuno riusciva a districarsi di organizzazione del reparto perché cambiava fisicamente l'organizzazione dell'unità coronarica. Sotto il processo va il primario e vengono accolte le tesi difensive del primario. La tesi difensiva era: “io primario o come si chiama adesso non rispondo della formazione degli infermieri perché questa è una loro prerogativa della loro autonomia professionale. Poi la Corte di Cassazione dice una cosa interessante. Dice guardate le unità coronariche che sono luoghi dove di fatto c'è un infermiere di fronte a dei monitor fa diagnosi. Cosa ci fa un infer-

mieri di fronte a dei monitor in un'unità coronarica da 30 anni a questa parte? Si può dire che deve fare diagnosi, deve rilevare anomalie del tracciato? La Corte di Cassazione ci dice: Le UTIC sono nate alla fine degli anni 60 e sono caratterizzate dadi degenza ...diretta e continua da parte del personale infermieristico in grado di intervenire autonomamente e immediatamente alla comparsa di un'aritmia minacciosa e in questi contesti l'infermiere in un qualche modo agisce da medico: suprema Corte di Cassazione. È una cosa anche senza la presenza del medico se non ci fosse autonomia non esisterebbe l'unità coronarica. Non esisterebbe e probabilmente non esisterebberoperché a fronte dell'autonomia c'è la responsabilità.

Il caso Lembo è un altro caso interessante. C'è stato un errore nella prescrizione di un medico al Policlinico di Palermo dove uno specializzando ha scritto 90 invece di 9 mg di farmaco antineoplastico? Un infermiere che prepara telefona al medico specializzato chiedendogli lumi di conferma della giustezza della prescrizione, arriva questa cosa in reparto viene somministrato, l'errore è del medico. Sono stati condannati tutti infermieri peraltro, una pena record per l'infermiere che ha preparato e per quella che ha somministrato a fronte dell'errore medico. Sono stati condannati a 4 anni in primo grado, una pena record. Per che cosa? Perché non si sono accorte dell'errore medico e dovevano intervenire sul problema, ma veramente si risponde di una certa situazione. Sala operatoria. La Corte di Cassazione dice attenzione in determinate situazioni i componenti d'equipe diventano in questi casi un gruppo di professionisti sostanzialmente valenti paritetici. Cioè siamo sicuri che il disegno di legge dell'On.le D'Incecco recepisca la giurisprudenza. A me non risulta. Io con queste cose ci campo la famiglia. Tutto

per capirsi a me non risulta ci sono diversi orientamenti oggi, la giurisprudenza è andata avanti. È andata avanti perché la politica da questo punto di vista latita. Ma adesso si dice la politica dice un po' di cose. Io sono rimasto molto stupito per esempio dall'ultima versione del codice di deontologica medica.

È un arroccamento verso determinate situazioni tentando di normare in un contesto come quello deontologico dove in realtà queste cose non dovrebbero essere normate. La deontologia dovrebbe in realtà occuparsi di altro e non specificare cose che appartengono di fatto alla legislazione perché quella è una sorta di invasione di campo. Qualcuno ha detto la deontologia nel confronto nello scontro tra deontologia e la norma deve prevalere la deontologia. La deontologia non può essere contro la legge. Non si può fare una cosa del genere. È fuori...è un sovvertimento, una categoria professionale che prevale sulla legge di carattere generale. Guardate che non ha diritto di cittadinanza in un ordinamento giuridico moderno una cosa del genere.

Questa parte della legge dell'On. D'Incecco c'è una definizione molto ampia – guardate se venisse approvata- ci sarebbe la paralisi della fase organizzativa nelle strutture sanitarie.

Questo è chiaro: ci sarà la paralisi. L'atto medico, l'onestà del medico riecheggia molto nel codice di deontologia medica e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e prescrizione. Non ci siamo.

O l'atto è medico o non lo è per capirsi anni fa uscì questo libro: "professione dentista abusivo" lo conoscete tutti il dentista abusivo. Prendi l'odontotecnico che fa cose che non deve fare. Se passasse il disegno di legge dell'On. Le D'Incecco allora sarebbe l'odontotecnico lo potrebbe fare. Invece no. O l'atto è medico e allora sono abilitati i medici oppure non si può fare.

Al medico sono attribuiti la titolarità di tutte le situazioni relative alla salute del paziente ed è troppo ampio perché ci sono altre 22 professioni che oggi non spariscono come qualcuno giustamente ha detto. Quale è il problema? Il problema in generale è la cultura dell'isolamento, la mancanza del lavoro d'equipe, la mancanza di consapevolezza che oggi i sistemi sanitari sono complessi e non si può ragionare con gli occhiali del passato, perché con gli occhiali del passato si rischia di avere una realtà deformata.

La professione medica è sotto attacco? Assolutamente sì, ma mica dagli infermieri, ma scherziamo...è stato detto, la Lorenzin con il decreto appropriatezza, il defianziamento, il problema delle linee guida su cui sono assolutamente d'accordo che burocratizza ed impone l'agire medico. A me non piace quel principio dell'etica medica tradizionale di carattere ippocratico. Il medico agisce in scienza e coscienza su cui si sono fatte molte schifezze e si sono giustificate molte situazioni che a oggi non sono giustificate, peraltro diciamolo basta parlare di Ippocrate. Ippocrate era un pessimo medico, era più un erborista che un medico, non voleva il consenso delle persone, aveva un'impostazione paternalistica, per carità di Dio! Lasciamolo e consegniamolo alla storia. Ma basta con Ippocrate dopo 2.500 anni si può anche voltare pagina. Poi io ...finisco con una nota leggerezza....siccome sono stato invidioso del Dott. Muzzetto e di tutti i suoi riferimenti, ho cercato nel computer cosa potevo inserire come 'ultima diapositiva perché mi era venuta un po' di ansia, e l'ho trovata. Ho trovato una via di Firenze vicina all'ex Ospedale psichiatrico di San salvi è intitolato ad uno psichiatra. Sono andato a vedermi nello stradario di Firenze chi fosse questo psichiatra e con questo in modo leggero concludo il tutto dicendo Vincenzo Chiarugi, laureato in medicina all'Università

di Pisa fece pratica all'Ospedale Santa Maria Nuova nel 1780 ottenne la matricola (abilitazione) per l'esercizio della professione. Nel 1782 fu nominato medico astante dell'Arcispedale e a pochi mesi dalla nomina fu promosso infermiere. Medico addetto all'assistenza dei malati. Con questo finisco e mi dichiaro a disposizione.

DOTT. CAVICCHI: supponi di riscrivere il Disegno di Legge di Vittoria: come lo riscriveresti?

DOTT. LUCA BENCI: Sono d'accordo con quello è stato il mio Prof. di diritto penale prof. Mantovani il teorico e anche pratico della sentenza massimo, cioè il Prof. Mantovani è stato quello che in Italia sostanzialmente in via giurisprudenza ha fatto introdurre il c.d. consenso informato che poi si è sviluppato male, ma questo è un altro discorso. Il Prof. Mantovani invocava il sonno del legislatore cioè fanno troppe leggi, le scrivono male...attenzione introdurre un'altra legge che può passare soltanto sullo stile blitz 566, perché altrimenti non passa, perché questo è evidente. Cioè o il mondo professionale si mette tutto intorno ad un tavolo e inizia a condividere e trovare in un qualche modo un accordo o pensare che una professione contro un'altra che tenta, quello che è stato fatto nei codici deontologici di allargamento alle situazioni non abbia, non solo diritto di cittadinanza ma alcun diritto di passare. Io non credo che ci possa essere una definizione generale di atto medico – come è stato detto – perché non la troviamo. Una definizione generale di atto medico – oggi non la troviamo. Che sia il mondo professionale attraverso altre situazioni a definirle queste situazioni altrimenti è evidente che o la politica non ci riuscirà o la giurisprudenza e ci sta riuscendo sarà quella che tratterà la strada, perché que-

sto è oramai evidente e siccome la giurisprudenza non può permettere esenzioni da responsabilità condanna anche gli altri all'interno dell'equipe. Quindi legittimandoli anche, spesso dicendo cose anche molto molto discutibili ma all'interno di un silenzio totalmente generale. Io non credo che possa essere riscritto un testo di legge sull'attività medica perché sarebbe estremamente scivoloso e pericoloso.

Io ho scritto un articolaccio contro il Dott. Pizza e quando mi ha chiamato ero un po' perplesso e devo essere sincero che ho apprezzato molto questo invito e non so quanti lo avrebbero fatto a fronte di un attacco argomentato sul suo operato. Quindi lo ringrazio e non è un ringraziamento formale.

DOTT. PIZZA: io ho definito il Prof. Benci il mio miglior nemico. Quando dico migliore dico che esprime dei concetti che non condivido ma erano concetti. Grazie. Ora il Dott. Nobili esprimerà alcuni concetti che sono stati discussi dalla Commissione Medicina Legale del nostro Ordine.

DOTT. NOBILI: il mio intervento sarà breve e un po' burocratico forse un po' noioso però il mio compito è quello di illustrare il lavoro della Commissione Medicina Legale di questo Ordine che è stata incaricata a suo tempo di verificare la esattezza, la congruità dal punto di vista prettamente medico legale di un parere che era stato chiesto dall'Assessorato della Regione Emilia Romagna a tre colleghi medico legali i quali avevano per l'appunto esteso un documento ufficiale della Regione Emilia Romagna relativo al trattamento con farmaci con manovre di emergenza da parte degli infermieri dell'emergenza territoriale.

Quindi tutto ciò riferisce alla delicatissima questione dei medici che hanno

firmato ordini di servizio in base ai quali gli infermieri potevano effettuare determinate manovre salva vita con tutte le conseguenze che ci sono state che sono state anche oggetto di dibattito a più livelli. Allora la Commissione ha analizzato ponderatamente crediamo questo documento e siamo arrivati sostanzialmente a questa conclusione.

Il documento sostiene che gli ordini di servizio che consentivano questa attività agli infermieri fossero assolutamente legittimi. In quanto supportati anche da recenti documenti interdisciplinari diffusi dalle due recenti società scientifiche italiane sulla emergenza urgenza che sono la SIMEU E....Le procedure prevedevano sostanzialmente la possibilità di intervenire con manovre salvavita anche con il trattamento di farmaci allo stesso scopo utilizzati. Sostenevano sempre i colleghi incaricati dall'Assessorato regionale Emilia Romagna che ciò fosse legittimo in forza della legislazione internazionale e regionale in forza di quella che è la specifica formazione, lo specifico addestramento e dall'acquisizione in clinical competent parte di tutti i professionisti operanti nel servizio sanitario in questo caso professionisti infermieri si intende evidentemente, i quali peraltro sono soggetti ad apposito training periodico. E richiama come ponte normativo anche il decreto ministeriale del 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera emanata dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze.

A rinforzo dell'assunta legittimità di tutto questo rilevavano anche che nel sistema messo in atto da questa Regione sarebbe costantemente garantita la possibilità di contatto telematico tra infermieri del 118 e i medici di dipartimento di emergenza/urgenza per condividere situazioni che

richiedano una diagnosi tempestiva e di particolari manovre salvavita.

Questo quindi poteva essere possibile a detta di questi colleghi senza comportare alcuna diagnosi alla cieca. Anche su questa "diagnosi alla cieca", la diagnosi esiste diagnosi alla cieca e diagnosi non alla cieca? Non posso fare a meno di rammentare che fa parte del documento ufficiale però è un commento che mi sento di fare ecco ...Arrivo al punto delle conclusioni di carattere medico legale non possono essere da noi condivise per diversi motivi e cercherò di sintetizzarli. Non è condivisibile quando si sostiene a proposito della determinazione delle competenze proprie della professione infermieristica che i colleghi medico legali ritrovano i principi per la rideterminazione dei principi delle competenze della professione infermieristica nei criteri minimi previsti dall'articolo 1 della legge 42 del 1999. L'articolo 1 primo comma della legge 251 del 2000, in cui si tratta dei profili professionali dell'ordinamento universitario formativo post base e dei codici deontologici delle professioni sanitarie.

In realtà i profili professionali sono una cosa e altra sono poi dopo la possibilità di intervenire in un campo di azione prevalentemente medico. A nostro avviso nell'ambito di queste norme che ho appena citato, invece l'elemento determinante è invece una....veramente discrimine se si vuole andare a leggere la legge intellettuale è una frase che è determinante perché dice che tutto è possibile determinati, cioè sono possibili competenze degli infermieri devono sottostare a cose. Fatte salve le competenze previste per la professione mediche. Questo è il punto cruciale al momento. Non è condivisibile altro aspetto riportato nel parere riferito dall'Assessorato regionale che le competenze proprie della professione infermieristica devono trovare il limite negativo debbano trovare errori nelle competenze

del medico dicono loro non è sempre vero perché sostengono l'esercizio sella medicina ma si attaglia a mansionari medico che di atto infermieristico. Questo è vero però partiamo sempre dal presupposto che c'è un enunciato che per noi è cruciale e che ha anche un valore medico legale che è quella frase"fatte salve le competenze...." Un altro punto al quale fanno riferimento i medici legali della regione è l'analogia che loro richiamano con quello che accade nei P.S. nel servizio di triage. Nel triage sappiamo tutti che attività delicatissima preziosissima insostituibile gli infermieri però fanno un'altra cosa, non fanno diagnosi. Cioè nei servizi di triage agli infermieri è richiesto un parere specialmente sul grado di urgenza con cui approntare l'intervento medico.

Cioè loro devono semplicemente dare una categorizzazione in termini di presunta emergenza e si fermano lì e quindi devono smistare. Il triage cos'è: uno smistamento al medico al quale compete la funzione e dico anche la responsabilità della diagnosi e di impostare poi una strategia terapeutica.

Quindi c'è una grossa differenza tra quello che succede nel triage che dal nostro punto di vista medico legale è plausibile e quello invece loro pretenderebbero di esportare sic et simpliciter nel campo dell'operatività effettuata sui mezzi di Pronto soccorso. Tant'è che anche dal punto di vista della responsabilità civile e penale agli infermieri in questi casi può essere tutt'al più imputato il fatto di aver commesso un difetto interpretativo sulla gravità ma non certo una imputazione relativa ad una diagnosi sbagliata o una terapia sbagliata. Ecco altro e arrivo rapidamente verso la conclusione, i colleghi medico legali ad un certo punto sostengono che ai sensi dell'art. 1 della richiamata legge 2249 nulla osta che alla professione infermieristica possa essere unite competenze mediche a condizione

che il medico possa continuare ad esercitare. Questo sembra paradossale, cioè si dice: "voi state tranquilli che anche voi potete continuare ad esercitare ". Grazie. Quindi la diagnosi al momento in mancanza di una legge che auspicabilmente possa chiarire cose che al momento non sono ancora definite in modo categorico e tassativo da questo punto di vista io invece sono favorevole e sono assolutamente il lavoro dell'on D'Incecco ha tutta la mia approvazione e spero che vada avanti e che insista perché al momento effettivamente dobbiamo adattarci a tutta una serie di sentenze della corte di cassazione che però lasciano poi il tempo che trovano, cioè arrivano fino a un punto e poi basta.

Finisco con un riferimento al codice di deontologia medica sancisce all'art. 3 in modo inequivoco che la diagnosi ai fini preventivi, terapeutici è una diretta esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità. Ora mi si permetta – io ho ascoltato con grande attenzione l'intervento del Prof. Benci e me ne complimento in diretta, però Ippocrate sarà di 2.550 anni fa ma il codice è del 2014.

Quindi non dobbiamo andare tanto a ritroso per ritrovare i principi etici che ... adesso parlo dal Consigliere dell'Ordine che da membro della Commissione Medico legale.

DOTT. PIZZA: posso dire che la lettura attente del parere di cui avete ...da parte mia è un fatto crudele ma anche per nell'ambito disciplinare avevamo già troppi fronti aperti.

DOTT. LAVRA: Grazie dell'invito e grazie anche del coraggio del titolo e del coraggio della collega D'Incecco. Mi verrebbe da esprimere qualche osservazione sull'intervento del Prof. Benci ma non lo vedo più.

Alla fine del secolo scorso, in qualche modo, abbiamo chiuso determinate questioni, anche se fino alla metà degli anni 90 i nostri infermieri venivano considerati normativamente in una funzione “ancillare”. È stato veramente disdicevole che per così lungo tempo sia stata sostenuta una tale funzione assurda e anche offensiva. Tuttavia, lo ha ricordato molto bene prima il dott. Raimondo Ibba, noi medici non siamo corporativi almeno dal 1978, quindi dalla legge 833. Pertanto, se questi sono i fatti, non si capisce perché noi oggi stiamo qui. Invece purtroppo stanno accadendo delle cose strane, e qui la battuta al Prof. Benci debbo farla: cosa significa che Lei è perfettamente d'accordo con noi sulla questione del comma 566 ma poi cita le sentenze che tenderebbero a voler dimostrare che tutti i soggetti che operano nelle equipe sono paritetici? Pertanto, come ci regoliamo per arrivare a sintesi ed assumere decisioni cliniche diagnostiche terapeutiche? Procediamo a votazione paritetica? Cosa significa la sentenza Lembo su quella disgraziata somministrazione di penicillina ai fini di quanto dovremmo dirimere in termini di competenze? Potrei citare il caso di un collega cui il tecnico ha moltiplicato per 10 il dosaggio della propria prescrizione di radioterapia. Il paziente è deceduto ma la responsabilità è ricaduta interamente sul collega. Non sono le sentenze che possono aiutarci a fare chiarezza sulle specifiche competenze professionali tra operatori sanitari. Vi pregherei di osservare questa diapositiva perché non si tratta di atto medico sì o atto medico no. Il nocciolo della questione è la competenza centrale del medico e non l'atto medico. La competenza del medico è quella che si chiama diagnosi. La diagnosi non è una cosa buttata lì, la diagnosi significa diagnosi differenziale, significa valutazione diagnostica stadiante, significa fare riferimento ad uno scibile nosologico,

significa fare sintesi di sintomi, segni ed esami clinici, significa essere specificamente formati a questo scopo. Come ha magistralmente piegato il Professore Bolondi. Aggiungerei che non tutti i medici declinano la propria professione in ambito strettamente clinico. Ci sono gli epidemiologici, ci sono i medici legali, ci sono gli igienisti e tanti medici che agiscono da medici ma il cui soggetto d'interesse non è necessariamente rivolto alla singola persona fisica. Le loro valutazioni di tipo diagnostico sono rivolte a contesti collettivi o fatti d'interesse medico per le quali è necessaria una cultura e una formazione professionale medica. Su questo bisogna intendersi o noi qui stiamo nella logica che sosteneva il dott. Amedeo Bianco quando, nel febbraio del 2014, dovetti scrivergli una lettera in cui, gli ricordavo l'orientamento unanime delle organizzazioni sindacali mediche sulla opportunità di definire l'atto medico. Infatti allora il dott. Bianco teorizzava che era assurdo definire l'atto medico perché la professione medica stava oramai diventando sovrapponibile alla professione infermieristica anche nelle competenze (una sorta di ibridismo). Ma c'è da chiedersi se in tutto il mondo si è perso di vista chi ha determinate competenze e chi ne ha altre. Mentre noi saremmo già arrivati alle equipe multi professionali paritetiche con competenze sovrapposte ed indistinte. Cioè stiamo diventando una fusione, una specie di “miscela” di professioni e di cervelli? Ma il paziente ha ancora bisogno o no di avere una referenza certa in relazione alle varie fasi dei processi di cura? Se un magistrato chiede ad un medico legale una relazione ha bisogno o no che questo ci metta la firma oppure ci mette la firma una equipe multi professionale. La responsabilità dei vari atti, nell'ambito delle diverse fasi dei processi di cura, devono essere identificabili con chiarezza o no? Le scelte e le decisioni devono es-

sere assunte con chiarezza o no? Ma noi vogliamo avere rispetto delle persone che hanno un problema di salute o no?

Anche noi purtroppo, nel nostro cammino verso la vecchiaia, potremo avere problemi di salute a causa della riserva funzionale degli organi che tende a svanire. Quindi, se la condizione di malattia ci riguarda tutti indistintamente, ma perché dobbiamo puntare al caos. Perché stiamo qui a parlare di questa roba? Forse perché abbiamo avuto la vicenda di un Presidente della FNOMCeO affascinato da una visione per la quale oramai non esistevano più le diverse competenze professionali ma quelle situazioni strane e confuse? Sono convinto della buona fede del dott. Amedeo Bianco, ma perseguiva un qualche cosa, lo dico con molto rispetto, oggettivamente strana. Ancora oggi non riesco a Immaginare come si potesse pretendere di sfidare il pensiero e le radicate convinzioni di circa 400.000 medici.

E allora è vero che tutti parlano e discutono della medicina e del mondo medico, ma quello che diceva prima il Prof. Bolondi non voleva certo significare che competeva a chiunque di dare indicazioni alla professione medica, caro Prof. Benici. Mi chiedo se sia mai possibile che altri dicano ai medici ciò essi devono fare? Non si può mettere in discussione il percorso di formazione che rimane un fatto centrale. Le performance di cui parlava il Prof. Piero Muzzetto sono le performance superiori che vanno tradotte in termini di responsabilità di servizio. Non è vero che non sia possibile tradurre l'atto medico in una definizione. Ne abbiamo almeno due o tre versioni valide che includono anche le competenze non cliniche del medico. Coloro che negano le possibilità che si possa definire l'atto medico lo fanno perché sono ancora pervasi da queste idee strane. Ancora continuo a chiedermi: ma chi l'ha scritto il comma 566?

All'inizio del secolo in corso è stato de-

ciso che esiste un'unica dirigenza delle professioni sanitarie e poi si è visto che fine ha fatto la categoria medica e la professione medica, nell'ambito della dipendenza del SSN.

Abbiamo subito contratti collettivi identici nell'ambito di professioni diverse: il personale l'amministrativo ha lo stesso contratto dei medici che lavorano in corsia, che fanno le guardie notturne, che vanno in camera operatoria, che curano i malati assumendone le responsabilità del processo clinico; le organizzazioni sindacali sono state ridotte a un ruolo di guardoni, private di poteri contrattuali reali e relegate nelle contrattazioni decentrate – il secondo pilastro della contrattazione – a subire la prepotenza dei “padroncini” delle Aziende Sanitarie. Questo “sistema” ha ridotto il SSN ad un “campo” in cui si esercita il potere fine a se stesso. Non si venga a raccontare che ciò che oggi galleggia nel nostro Paese sia politica. Tutto questo è solo un uso brutto del potere, tant'è che questa politica se ne è intossicata, basta osservare quale sia il livello di fiducia dei cittadini verso questa politica. Noi qui ci chiediamo: “ma perché stiamo qui a parlare”. Io credo che noi stiamo qui a parlare di queste cose perché in queste vicende hanno agito in modo molto incisivo personaggi come Antonio Panti o la Senatrice Silvestro che hanno voluto, come dire, vagheggiare questa sorta di ideologia. Credo anche di sapere chi si è prestato a fare il fattorino al Ministero della Salute, creandoci il “problemone” del comma 566 che ora è legge dello Stato. Questa legge, nonostante la contestazione nei confronti del Ministro alla Conferenza di Rimini, è ancora legge dello Stato. L'assurdo di questa legge è che è impossibile valutare ex ante cosa è semplice e cosa è complesso. La diagnosi la fai dopo che hai valutato, non la puoi fare prima. Quindi le diagnosi e le cure semplici che vagheggia il 566 non esisto-

no in natura. Quindi giocare contro la natura significa immaginare di trasformare il mondo su basi surreali. Quindi tutto sta accadendo in modo irreali, per cortesia Prof. Benci, lei che è una persona molto onesta intellettualmente, la prego ragioni un po' anche con noi piuttosto che continuare, come dire, a innamorarsi del pensiero di Antonio Panti che noi conosciamo bene, anzi io sono un estimatore delle capacità di azione del dott. Panti, pur non condividendo il suo pensiero.

Voglio fare un riferimento reale e concreto: ieri mattina mi chiama il Direttore di Dipartimento di un'area chirurgica del mio Ospedale il quale era disperato per il clima operativo che si è creato. Mi diceva che era costretto subire che si mettesse in discussione le liste operatorie dei vari reparti da parte dei componenti del comparto dell'equipe (paritetiche) i quali pretendono di entrare nel merito delle diagnosi e delle indicazioni. A proposito di diagnosi, qualcuno qui ha parlato di cambiare marcia riferendosi alla dinamicità dei quadri clinici e della necessità di aggiornare le valutazioni diagnostiche. Bene questo Direttore di Dipartimento nonché Primario era disperato in quanto, a causa del clima che si sta creando, non riesce ad esercitare le proprie competenze. Un altro di esempio di pochi giorni fa: un infermiere (peraltro bravo) del mio Reparto, mentre accettava nottetempo un paziente dal DEA contestava al medico il fatto che non avesse praticato la trasfusione al paziente prima dell'assegnazione dal DEA al Reparto. Ho dovuto spiegare a questo infermiere che non ha titolo per contestare al medico la propria valutazione diagnostica.

Oggi succedendo tutto ciò perché si è creato questo clima operativo che sta andando avanti da diverso tempo. Ma voi pensate che saremo in grado di governare gli Ospedali in queste condizioni fino a lungo? O riusciamo a mettere le cose a

posto oppure non andiamo avanti. Chi ne fa le spese? Il paziente, specie quello più socialmente debole.

Coloro che hanno creato strumentalmente questo clima pretendono anche di insegnarci cosa dovrebbero essere i famosi ospedali per intensità di cura e come noi medici dobbiamo lavorare. A me sembra invece che ci sia un altro tema che è quello degli Ospedali fondati sull'appropriatezza del percorso del paziente. Infatti come sapete tutti, specie nella realtà meno evolute o più involute quale è il Lazio, tanto per essere chiari, l'appropriatezza del percorso dei malati non c'è affatto, per cui negli Ospedali per acuti si è costretti a farsi carico di ciò che non viene fatto nell'ambito delle inesistenti cure primarie. Dobbiamo dirlo a chiare lettere: le cure primarie non le abbiamo mai realizzate, di fatto non esistono! Questo è ciò che manca non le invenzioni strumentali degli Ospedali per intensità di cura o la pariteticità delle equipe multi professionali. La pariteticità è certamente condivisibile in termini di "pari dignità professionale" ma non certo di "pari responsabilità professionale".

Grazie.

Intervento di Antonio Ciofani

L'idea di allestire la bozza di una legge che definisse la funzione medico-chirurgica e di scrivere ciò che poi sarebbe diventata la Proposta di Legge n. 2988, presentata il 25 marzo 2015 dall'on. Vittoria D'Incecco e altri 11 deputati del PD (gli on.li Capone, Carloni, Casati, Dell'Aringa, Giulietti, Incerti, Iori, Magorno, Oliverio, Preziosi, Venittelli), nasce come risposta ad un bellicoso intervento ufficiale di chiamata alle armi in maggio 2013 della senatrice Silvestro, che, comunque, continua su questa linea imperterrita a tutt'oggi, unico caso al mondo di promozione della figura dell'infermiere con attacchi furibondi ai medici:

“È finita la stagione dell'autoreferenzialità basata sulla mitologia della centralità e primazia del medico! è necessario un cambio di marcia! ci dicano in cosa consiste l'atto medico e su quali basi giuridiche, disciplinari, formative, si sostengono certe posizioni professionali”.

Visto che nessuno rispose, soprattutto non lo fece l'allora presidente della FNOMCeO e senatore Amedeo Bianco (perchè non lo fece? ...) ed era il periodo del singolare tentativo di alcuni di abolire il termine universale “paziente”, formammo un gruppo di lavoro che per il 28 marzo 2014 organizzò a Pescara il Convegno a carattere nazionale “L'Atto Medico” al fine di trattare specificamente la professione medico-chirurgica. Ovviamente nel massimo rispetto delle 22 professioni sanitarie che semplicemente non erano oggetto del tema.

Si trattava di analizzare la realtà delle cose sotto le varie e complesse angolazioni per arrivare poi ad una sintesi. Le 4 relazioni, cioè le quattro angolazioni da noi individuate, furono: **profili storici**, relatore prof. Giuseppe Armocida, presidente della Società Italiana di Storia della Medicina; **profili giuridici e giurisprudenziali**, dott. Pasquale Fimiani, sostituto Procuratore Generale presso la Corte di Cassazione; **profili etico-deontologici**, dr.ssa Roberta Chersevani, allora presidente OMCeO di Gorizia e coordinatore della Commissione Deontologica Nazionale; **contesto europeo**, dr. Salvatore Ramuscello, vice presidente UEMS - **Unione Europea Medici Specialisti**, primario chirurgo a Chioggia.

Anche sotto stimolo dell'on. Vittoria D'Incecco, nostra collega, concittadina ed amica, presente al convegno, “interprete” parlamentare della necessità di chiarezza normativa in questa materia, allestimo nei mesi successivi la bozza della legge, composta da una relazione storico-giuridico-deontologica e da un articolato di

legge di 3 articoli, il cui articolo 1, il principale, non è altro che la definizione ufficiale di Atto Medico deliberato il 25 aprile 2013 a Bruxelles dalla UEMS.

Questa è composta da Ordini dei Medici e Associazioni Mediche di 37 Paesi Europei comprese Turchia, Israele, Armenia e Georgia; il presidente è l'oncologo chirurgo polacco Krajewski, segretario generale l'anestesista inglese Borman, vice presidenti: l'intensivista svedese Hjemquist, il chirurgo italiano Ramuscello, il diabetologo di Praga Skrha, il chirurgo trapiantologo di Londra Papalois; tesoriere l'odontoiatra italiano Berchicci e delegato ai rapporti l'internista sloveno Zlatko Fras.

Riporto la definizione in lingua italiana dell'UEMS, che è l'articolo 1 della Proposta di Legge: “ *L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione.*”

Dunque non frutto di quei cattivoni nostalgici dei medici italiani, ma di un consesso che riunisce i medici di tutti i Paesi europei e alcuni Ordini del medio oriente e Asia occidentale; e ho motivo di ritenere che anche i Colleghi degli altri Continenti del pianeta si riconoscano nella citata definizione, “core” della Proposta di Legge italiana.

Ma, per tornare in casa nostra,, nonostante gli scomposti attacchi a ripetizione della senatrice Silvestro che recentemente ha affermato che “ i medici sono in una crisi fortissima a vantaggio degli infermieri” (ma cosa dice! cosa significa! È lecito? è il caso di fare un esposto al Presidente del Senato Pietro Grasso?) e il lavorio di qualcuno dietro le quinte del

ministero, anche il ministro Lorenzin è in linea con questa naturale ed universale accezione del ruolo del medico: all'ultimo Congresso della FIMMG ha dichiarato “..è il medico che decide cosa bisogna fare”, sintetizzando sia quanto espresso dalla FNOMCeO relativamente alla leadership funzionale del medico-chirurgo nell'équipe, sia lo spirito e l'intento di chiarezza della Proposta di Legge sull'Atto Medico, sia la definizione dell'Unione Europea Medici Specialisti.

D'altronde molti dimenticano, compreso Luca Benci che nel suo intervento ha affermato che non esistono più i capi delle équipes in sanità, che la legge italiana sancisce molto chiaramente e giustamente la leadership medico-chirurgica: questo è l'articolo 15 comma 6 DLgs 502/92, ribadito integralmente lo scorso anno nell'articolo 11 della legge 124/2015 (legge Madia di riforma della P.A.)

“Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione”.

Vorrei però anche citare 2 emblematiche sentenze su questo tema della funzione e ruolo del medico-chirurgo, che non è poi cambiato così tanto nel corso dei secoli; una è della Corte Costituzionale, il giudice delle leggi:

“Non è di norma il legislatore a dover stabilire quali sono le pratiche ammesse, con quali limiti

e a quali condizioni poiché **la pratica dell'arte medica** si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali che sono in continua evoluzione. La **regola di fondo di questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico che con il consenso del paziente opera le scelte** professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a sua disposizione”. È una risposta alla senatrice Silvestro e a chi ci accusa di essere autoreferenziali: lo dobbiamo essere! altrimenti veniamo perseguiti se le cose non vanno per il verso giusto!

L'altra è della 4ª Sezione della Cassazione Penale:

“... una volta effettuata la scelta, **il medico deve restare vigile osservatore dell'evolversi della situazione** in modo da poter subito intervenire ove dovessero emergere concreti sintomi e far ritenere non appropriata, nello specifico, la scelta operata e necessario un aggiustamento di rotta o proprio una inversione. Qui la Cassazione ci dice che l'assistenza non è scindibile dalla clinica, è sempre il medico infatti che DEVE restare osservatore dopo le scelte terapeutiche fatte ed eventualmente cambiarle.

Insomma, le Magistrature superiori italiane hanno ben chiaro il ruolo del medico ma senza una legge ad hoc sull'atto medico, su ciò di cui i medici-chirurghi rispondono, c'è il rischio che in Italia perdurerà la consuetudine tipica del diritto anglosassone basata sul “case law” legge basata sul singolo caso e sullo “stare decisis”, l'attenersi cioè nei processi a quanto sentenziato in precedenza. Vogliamo che continuino a decidere i magistrati volta per volta? I quali comunque in verità hanno sempre rimarcato in sentenza, la responsabilità ed il ruolo in primis del medico per tutto ciò che accade al malato, ma molto spesso a nostre spese e consolidando de facto una giurisprudenza per noi “a doppio taglio”.

Oggi il naturale ruolo e la stessa specificità professionale del medico-chirurgo ven-

gono messi in discussione perché danno fastidio e li si vuole svuotare camuffando non disinteressatamente questa volontà con il cosiddetto “cambiamento” del ruolo del medico e con la necessità di “rivederlo” o “ripensarlo”.

Come ha detto in precedenza il prof. Bolondi, nessuna categoria professionale ha tanti soggetti esterni che dicono di cosa deve occuparsi come quella dei medici negli ultimi tempi!

Ma per tornare ai profili storici della nostra professione, il giurista Luca Benci ci ha detto un’ora fa che è ora di dire basta con questo Ippocrate; francamente mi viene da sorridere per questa ridicola pretesa (dove può arrivare l’astio verso i medici!); è come dire basta a Dante Alighieri come padre della lingua italiana o a Galileo Galilei padre della scienza contemporanea, o dire stop allo studio del diritto romano nelle facoltà di giurisprudenza di tutto il pianeta, etc. etc.

E allora vorrei ribadire la figura di Ippocrate, ma con un pensiero ai tanti medici della storia cui dobbiamo i risultati della medicina di oggi, da Galeno ad Avicenna, al Morgagni, a Robert Koch, a Fleming, a George Papanicolaou, quello del *pap test*, a Kolff, inventore del rene artificiale (dialisi), alla nostra Montalcini, a Barnard e all’epoca della medicina dei trapianti. In particolare Ippocrate:

- Rivoluzionò il concetto di medicina prima associata alla teurgia e alla filosofia
- Insegnò ad affrontare razionalmente le manifestazioni morbose
- È l’inventore della **cartella clinica**
- È il fondatore della scienza medica conferendole per la prima volta carattere autonomo
- Insegnò lo studio sistematico delle conoscenze mediche (*Corpus Hippocraticum*)
- **Stabilì la medicina come professione**
- Pose i fondamenti dell’etica medica con il suo “**Giuramento**”, tradotto in tutte le lingue e tuttora valido a livello internazionale.

Ma perché prendersela anche con Ippocrate? Forse perché è ancora attuale? E perché da un po’ di tempo in Italia dà così fastidio la parola medico? Nel progetto di legge in itinere sulla responsabilità medica e sanitaria non compaiono mai le parole medico e chirurgo, ed emerge un chiaro sostanziale tentativo di omologazione della professione di medico-chirurgo con le 22 professioni sanitarie; significa qualcosa?

E allora vale la pena ricordare che questa parola viene dal latino *medēre* che significa curare, che la radice *med* ha lo stesso significato in tutte le lingue principali e a sua volta viene dal greco *médōmai* (curare), da 25 secoli.

Grazie per l’attenzione e grazie a Giancarlo Pizza e all’Omceo di Bologna per questo Convegno.

DOTT. PIERALLI: Ho la necessità di dire due parole rispetto alla questione del 118 essendo a livello sindacale uno dei rappresentanti dei medici convenzionati del maggior sindacato rappresentativo.

La questione del 118 è importante perché è stata citata ma probabilmente con una mappa di conoscenza degli avvenimenti diversa da quella che era poi la reale critica. Ho sentito il collega parlare appunto delle procedure salvavita. Nessun medico, men che meno i medici dell’emergenza dell’Emilia Romagna hanno mai contestato le procedure salvavita date agli infermieri. Hanno contestato derivate invece delle procedure infermieristiche quando queste diventavano sostitutive dell’intervento medico in toto. Abbiamo avuto casi limiti in cui città sono state divise a metà i cittadini che abitano a est in caso di emergenza hanno il medico i cittadini che abitano a ovest solo un infermiere senza che fosse prevista la possibilità dell’intervento medico nell’altra area. Diciamo che non c’è stata una problematica sul fatto di chi fa cosa in uno stato di necessità in

cui il valore principale da tutelare è la vita del paziente, ma modalità organizzative che anche complici interpretazioni un po' strumentali della normativa hanno di fatto totalmente demansionato addirittura rimuovendo i medici dai servizi di emergenza.

E quindi quello che la legislazione prevedeva essere un'azione anticipatoria e integrativa dove si doveva tutelare la vita del paziente nella fase acuta nell'attesa dell'arrivo del medico in realtà si era trasformato totalmente in un cambio totalmente il tipo di assistenza: vi procedo tutto per cui ogni paziente di qualunque età, sesso, peso, altezza riceveva sempre terapie standardizzate che potevano anche non essere specificatamente idonee su quel tipo di caso. Questo è un aspetto importante perché per come la vedo le équipes devono lavorare ma questo non significa che le équipes debba uniformare e appiattare i profili professionali, le équipes devono collaborare, la leadership ci sono almeno venti parole diverse, le leadership devono interagire nel sistema in funzione della competenza specifica di ogni soggetto sulla attività da svolgere. Nel momento in cui io tendo ad automatizzare il trattamento clinico di un paziente è chiaro che rischio in realtà di non fare o di non tutelare il bene principale per cui mi sentivo di fare questa precisazione perché il caso 118 probabilmente in questa Regione è stato la punta dell'iceberg di un processo che però non vede solo aspetti etici o deontologici ma anche spesso aspetti organizzativi. E la riprova della bontà dell'intervento degli Ordini della Regione Emilia Romagna sta nel fatto che nella revisione che la Regione ha fatto delle procedure il 70% di quello che veniva fatto è stato cancellato e il rimanente 30% rivisto. Quindi evidentemente un punto – come dire – di ragione c'è stato perché viceversa sarebbe stato rimasto tutto immutato.

DOTT. ROSSI: voglio solo focalizzarmi sul dissidio tra orme etiche e deontologiche e legge, perché è sempre bello avere un confronto di idee. Credo davvero che sia un punto centrale importante, anche a futura memoria. Io sono un povero ignorante non sono certo a livello non sono al livello di un professore universitario come il Prof. Benci. Tuttavia, mi permetto di osservare che la materia non si può liquidare come ha fatto lui. È una cosa che affonda le sue radici nella storia e che non banalizzerei tanto. Senza scomodare il mito di Antigone, parlare del possibile dissidio tra deontologia e legge vuole semplicemente dire che nel momento in cui un professionista è di fronte ad una scelta difficile e non sa cosa fare, la sua scelta deve essere soprattutto di carattere deontologico. Non lo dico solo io, lo dice appunto una parte della cultura classica, da Sofocle al Principe di Homburg, che deve decidere tra disobbedire ad un ordine (la Legge, appunto) e far vincere la guerra. Egli sceglie di pagare personalmente con la vita per aver disobbedito al comandante, ma di far vincere il suo esercito e quindi la sua patria. È una scelta che corrisponde ad un alto impegno morale, capisce professore, non è mica tanto una banalità. Quindi, per carità, si può sbefeggiare Ippocrate, Sofocle e Von Kleist: a questo punto mi ci metto dentro anche io, perché magari passo un bel week end!

PROF. BRILLANTI: un minuto solo un commento di questo tipo. Si parla di atto medico. Giustamente il Prof. Cavicchi dice che se definisco l'atto devo anche innanzitutto definire la gente. La gente è definito dal nostro ordinamento di studi, quindi se esiste il medico, dovrebbe esistere necessariamente anche l'atto medico e non vedo perché l'atto medico non possa essere definito e normato. Quello che io ho apprezzato dell'intervento del Prof. Benci che è molto pun-

tuale perché purtroppo quando ci sono vuoti la giurisprudenza è quella che fa testo. Non vorrei confondere lo stato di necessità con la consuetudine, cioè che nello stato di necessità si possa intervenire a qualunque livello. L'omissione di soccorso è anche del cittadino non infermiere; quindi attenzione. Quindi l'atto medico se anche non sei medico ma sei in uno stato di necessità e lo sai fare, lo devi fare. Quello che secondo me rischia di creare questa discussione se non si trova un accordo è che il disegno è quello di depotenziare sempre più il SSN. Questo vuol dire di rendere lo stato di necessità, la consuetudine quotidiana e quindi avere già il precedente che ti giustifica, il demandare perché si crea artificiosamente uno stato di necessità che non dovrebbe sussistere.

Vogliamo stare insieme con i giuristi e difendere la creazione di uno stato di necessità o no?

DOTT. MUZZETTO (intervento in discussione)

A parte le considerazioni di fondo su cui v'è convergenza, sia riguardo quanto detto dall'on.le D'Incecco, sia dall'amico Lavra, volevo aggiungere un commento di costume all'affermazione, piacevole, fatta dal Prof. Benci richiamandomi alla sua bella diapositiva che ci ha fatto vedere. Mi verrebbe da dire che allora si capisce perché quella della fissa sul medico infermiere o infermiere medico sia diventata un'abitudine proprio fiorentina, Una visione del medico bifronte, un Giano delle modernità.

La seconda cosa che vorrei precisare è che in una situazione come questa io ho una sensazione, e una paura, che non si vadano a considerare gli aspetti positivi che abbiamo introdotto nel Codice Deontologico, non senza battaglie anche forti in seno alla Consulta. Battaglie condotte personalmente e da due dei presenti a

questo tavolo. Il problema fondamentale è che noi per ogni articolo, dei 79 elaborati, abbiamo rivisto attentamente i contenuti e il significato di certi enunciati; e anche riguardo le professioni sanitarie nell'art.66 e in particolare il rapporto medico- professioni sanitarie è stato visto nell'ambito della collaborazione e in modo costruttivo, passaggio assolutamente assente nel codice infermieristico, in cui il termine medico non solo è assente ma mai considerato nell'ottica della collaborazione e delle funzioni diversificate. Ciò mi ricorda il passaggio in commissione XII quando una parlamentare di questa regione imponeva, come detto nella mia relazione, l'abolizione in qualsiasi passaggio del sostantivo medico.. Quindi, quando dicono che sono i medici ad essere ostili o vogliono differenziarsi, mi pare che sia una affermazione per lo meno non corretta e non rispondente a verità. Che ci sia un vizio di forma appare evidente, come è evidente un vizio di memoria e della stessa sostanza delle cose. Tornando alle esperienze citate dei rapporti ardui fra professioni e in particolare all'abitudine fiorentina prima citata, mi si consenta di affermare prima di terminare che quando fu fatta la prima delibera regionale toscana sul *see and treat*, in cui si riconoscevano avanzate competenze di prestazioni mediche semplici – come i cerusici barbieri del 1200 veneto – si peccò d'imprudenza, visto che a ragion veduta dalla prima delibera che prevedeva un numero elevato, se non ricordo male 130 attività o giù di lì, si passò a ridurle fino a un quarto, e, approssimativamente, le varie attività effettuate dagli infermieri nella seconda delibera passarono a circa, mi corregga il prof Benci, a poco più di una trentina giù di lì. E tutto ciò lascia alla libera interpretazione sul valore di certe avance regionali e la loro reale percorribilità, trattandosi di acquisizione di responsabilità di cui si deve magari anche

risponderne in campo civile penale se le cose andassero male. E laddove le responsabilità, soggettiva ed oggettiva, non si possano contrattare.

PROF. BENCI: Io, forse qualcuno lo ricorderà ho partecipato alla prima conferenza nazionale della professione medica che era quella di Fiuggi. E in una sessione che era coordinata da Luigi Arru, nel rapporto professioni, etc. ad un certo punto un medico che mi si presentò – non mi ricordo come si chiamava è un primario di chirurgia toracica. Andavano i ginecologi, parlando delle ostetriche dicevano: ci rubano il lavoro, questo mi guarda e mi dice: io faccio il chirurgo toracico, poi qualcuno dice....ma gli infermieri ci rubano il lavoro e questo dice: ma io faccio il chirurgo toracico. Poi arrivarono i nutrizionisti e parlavano delle dietiste e ci rubano il lavoro....e lui ma io faccio il chirurgo toracico. Domanda: ma un medico ha veramente paura degli infermieri? Ma stiamo scherzando? cioè i pericoli non vengono mica da lì. I pericoli sono tutt'altra cosa. Cioè l'invasione delle competenze non vanno mica sulle attività elevate? Guardate il 566 è una cavolata, questo lo sappiamo tutti. Ma il 566 non dice poi una cosa bruttissima di per sé. Perché alla fine sull'aspetto posiziona il medico sull'altro e quando qualcuno qui dentro ha detto: accettiamo la sfida che è quella delle competenze, sulla sfida delle competenze, lo sappiamo tutti non c'è gara vince il medico. È evidente. Poi è ovvio che nei processi di professionalizzazione ce lo insegnano i sociologi le situazioni verso l'alto, via via che uno si professionalizza, rosicchia competenze a quello sopra e quello sopra si riposiziona verso l'alto, ma questa è la storia. Ultimissima cosa: triage e 118 sono nati in questa Regione, cioè non che sono nati spinti dagli infermieri. Il triage qualcuno mi dica se sbaglio, ho un certo numero di anni mi ricordo bene è stato

portato in Italia in forma strutturata a Bologna all'Ospedale Maggiore e a Reggio Emilia dal Dott. Baldi

DOTT. PIZZA: non ero presidente dell'Ordine allora

PROF. BENCI: però lui era nella Federazione degli Ordini, cioè è un medico che ha portato....

ON.LE D'INCECCO: Mi alzo perché voglio rendere omaggio a questa professionalità, a questa onestà intellettuale e a questo contributo veramente costruttivo che mi avete dato tutti voi. Vi ringrazio. Sono anche un po' emozionata e, come ho detto all'inizio, entrare qui in una sede istituzionale con tutti questi Presidenti, veri Presidenti, votati dagli iscritti per merito, mi ha veramente onorata. Voi avete parlato di coraggio da parte mia. Non è coraggio è il senso di responsabilità che una persona assume quando viene votata. In questo momento sono una rappresentante istituzionale della sanità ed è proprio in questo ruolo che io ho sentito il bisogno di affiancarmi ai medici e proporre questo disegno di legge.

I triage...lo sa il Prof. Benci, che ringrazio ancora più di tutti gli altri per aver detto quello che ha detto e perché mi ha dato degli spunti per correggere il disegno di legge. Vi racconto cosa mi è successo. Una volta stavo prestando servizio in Pronto Soccorso e quel giorno sono arrivate tre precordialgie. I pazienti sono entrati in ordine di arrivo per cui il terzo, che aveva un infarto in atto, è entrato dopo un'ora e mezza. Questo dimostra l'importanza del triage.

Un'altra cosa volevo dire relativamente alla questione dell'appropriatezza, iniziativa che sta mettendo in grave difficoltà le famiglie perché c'è un aumento spropositato dei ticket, e parlo riguardo alla mia regione, e molte prestazioni non vengo-

no più convenzionate. Io sono un medico di base e quando scrivo una ricetta su un foglio bianco il paziente diventa pallido perché già sa che dovrà pagare il medicinale. Molte persone non hanno i soldi necessari per potersi curare e, molto spesso, rinunciano alle cure.

PROF. BENCI: ma il Parlamento può farlo, noi no.

ON.LE D'INCECCO: Proprio per questo continuerò nella mia attività parlamentare fino a che ne avrò modo. Poi volevo rispondere al collega non per giustificare i medici che a volte sembrano trascurare i pazienti, ma per ribadire che l'apparente diminuita attenzione verso la persona da parte di alcuni medici è dovuta a volte all'eccessiva burocrazia a cui siamo sottoposti. Durante l'esame degli emendamenti sulla proposta di legge sulla responsabilità professionale medica, ho avuto anche difficoltà a far capire che le stesse Linee guida indicate dal Ministero, pur utili, non devono avere la caratteristica di rigidità perché potrebbero essere dannose per un malato che presenta una complessità di patologie particolare. Prof. Benci la ringrazio delle critiche che mi rivolge perché sono costruttive.

Io sono soddisfatta della mia proposta, però sono disponibile a cambiare il testo, se proprio si deve fare. Datemi dei consigli e definiamo effettivamente per bene i compiti di ognuno e cominciamo a vivere sereni e tranquilli perché è in gioco la salute delle persone.

Vi ringrazio tutti di cuore.

PROF. IVAN CAVICCHI: La prima cosa che voglio dire è che questo dibattito mi è parso particolarmente interessante e particolarmente utile. Cioè non c'è stato un intervento che non abbia dato un contributo. Questo mi ha colpito molto perché in genere nei dibattiti – io ne faccio molti

– in genere non tutti i contributi hanno dei valori aggiunti; questa volta credo di aver trovato un valore aggiunto dappertutto. E quindi mi complimento con Giancarlo che ha voluto organizzare questa cosa. E particolarmente utile perché lo ricordo – lo diceva Giancarlo in apertura – fra una settimana ci sarà un altro appuntamento ugualmente importante dove finalmente medici ed infermieri si confronteranno nei massimi livelli della loro rappresentanza perché ci sarà la Chersevani e la Mangiacavalli. Quindi mi pare di capire che oggi ci siamo in una qualche maniera preparati a quell'incontro che mi pare una cosa molto utile. La terza cosa che voglio dire al mio amico Luca ho apprezzato moltissimo e lo stimo molto perché è bravissimo perché ha un'onesta intellettuale e venire qui a dire le cose che ha detto secondo me non è da tutti. Quindi vi prego di sottolineare questo valore. Però voglio offrire una definizione: definire che cosa è la medicina. La nostra attuale medicina, è una medicina ippocratica da 2000 anni che all'incirca verso la fine dell'ottocento si organizza in modo scientifico, cioè in senso positivista, e che allo stato attuale come dire è ancora vicina a quell'idea di scienza e che secondo me necessita di essere ripensata. Ma questo non vuol dire negare i principi dell'ippocratismo e negare alcuni valori del negativismo. Per esempio tutti hanno citato Bolondi che mi ha colpito moltissimo, perché – a parte l'onesta di ammettere – le mie linee guida funzionano solo al 60% non è da tutti. Ma lui ha anche detto sostanzialmente una cosa sulla quale io mi sto sbattendo la testa da molti anni che le nostre evidenze scientifiche che sono tutte sperimentali perché noi facciamo medicina sperimentale tutte positiviste cominciano a fare acqua rispetto alla complessità che dobbiamo gestire. E io sono davvero onesto anzi me la cavo con una battuta tra me. Tra tanti io sono anche quello che

dice che bisogna ripensare alla formazione ma per sintetizzare, perché io ripenserei alla formazione del medico. Semplice – ho scritto libri su questo. Semplice perché oggi fare il medico è molto più difficile di ieri e oggi gestire il malato è molto più complesso di ieri. La complessità che oggi il medico deve governare non è insegnata all'Università. Bisogna insegnarli qualche cosa in più che io sintetizzo in un concetto semplice. Riparto di nuovo da vittoria ...avete visto insomma la conclusione che io ho trovato splendida, si è liberata di un rospo

Però lei ha vissuto sulla propria pelle un conflitto tra interessi che ha le ha creato delle difficoltà e però con i quali dobbiamo fare i conti come diceva il nostro amico Mondino. La cosa mi ha colpito molto. Fatemi dire una cosa che anch'io ho un rispetto qua. La dico perché mi trovo ospite dell'Ordine di Bologna, cioè un po' a casa mia oramai per le tante frequentazioni perché c'è un rapporto di amicizia. Io credo che a monte – ve lo dico come mi viene – a monte dei grandi problemi che sono sorti con il 566 con le competenze avanzate, con le grandi ambiguità sul ruolo del medico, ci sia un problema di autonomia della professione dalla politica. Fino a quando la Fnomceo in modo particolare sarà condizionata dalla politica, sarà condizionata da interessi diversi da quelli professionali.

Perché non credo di capire quale sia la razionalità di favorire il 566, ostacolare l'atto medico se non oltre logica che io rispetto ma non è la logica dell'ordinistica. Anzi vi dirò di più tanto per non escludere nessuno a mente del 566 in realtà c'è io l'ho denunciata pubblicamente, perché quando io vedo il Presidente dei collegi, la Silvestro ex fino a un certo punto perché gli ex continuano a fare i Presidenti, basta mettere dei pupazzetti qua e là la cosa funziona e ci siamo capiti. Quando chiedo questa signora deve usare il riscat-

to degli infermieri rispetto ai medici, il riscatto, io vedo in questo un'implicazione ideologica.

Perché io parlo di riscatto, quindi di implicazione ideologica che mi sembra di capire che la Mangiacavalli non ha. Speriamo che sia così e lo vedremo...Per una ragione molto semplice. Gli infermieri, lo citava qualcuno, nel 99 hanno avuto una legge che ridefinisce il loro profilo professionale ed invece riconosce loro un'autonomia professionale e addirittura – mi è piaciuta la battuta – delle professioni perisanitarie che ha fatto Mondino me la sono segnata – Ma soprattutto quella legge 42 loro non solo riconoscono alla professione infermieristica una autonomia il che non è una discontinuità di poco conto a proposito Giuseppe di ancillarità no? Perché mettono in discussione una forma storica di cooperazione tra formazione, una forma storica basata sulla ausiliarità.

Ora non è che tu metti in discussione una forma storica di cooperazione tra professioni in maniera unilaterale. Se è una forma storica di cooperazione ti metti d'accordo con tutte le professioni che insistono su quella forma storica. Cioè se la relazione è tra me e il medico non posso decidere solo io di cambiare la relazione, mi devo mettere d'accordo con il medico. Questo è il passo che dobbiamo fare la prossima settimana convincerli ad entrare in questa logica. Quindi voglio dire cosa è successo per la legge 42? Ora la legge 42 qui richiamo un passaggio che facevi tu Luca. Io sono convinto che le norme valgono quel che valgono, compresa la sua. Ma che una norma non è mai il punto finale di un processo per me è il punto iniziale di un processo. È inutile che tu scriva nella legge che sei autonomo, poi devi tradurre questa autonomia come? In organizzazione del lavoro, in relazioni professionali, in modalità, cioè deve cominciare appena appena a fare il

percorso, anche l'atto medico è uguale. Noi dobbiamo scrivere da qualche parte delle cose, ma dobbiamo sapere che non è il punto finale, è il punto iniziale lo dovremo poi tradurre? Cosa è successo nel caso degli infermieri che questo percorso, questa è la critica storica che io faccio loro e vi prego di credermi l'ho fatta sempre pubblicamente.

La loro responsabilità è di non avere saputo tradurre questa 42, questo concetto di autonomia professionale in intese in accordi in nuove organizzazioni del lavoro. Cosa è venuto fuori? Che alla fine il loro gioco si "sfasciato" cosa gli rimaneva da fare? Fregare un po' di terra all'orto del vicino. La 566 tentava di definire i confini, se non mi posso allargare sopra, mi allargo di qua o mi allargo di là. Come mi allargo? Frego un po' di terra....A proposito degli orti ti ricordi l'art. che avevo scritto frego un po' di terra al mio vicino, gli frego un po' di competenza. Allora questo è sbagliato e quindi glielo dobbiamo dire che questo è sbagliato.

Allora per arrivare in pratica al nocciolo e voglio richiamare alcuni passaggi che ho sentito e che davvero mi sono molto piaciuti, per esempio quello di Bolondi lui si chiedeva ma perché tutti vogliono insegnare ai medici a fare i medici. Aveva ragione, coglieva un aspetto paradossale perché non lo fanno con gli ingegneri, con i geometri, perché se la prendono con noi? Io ho risposto un po' diverse dalle sue perché secondo me il medico piaccia o non piaccia ha un ruolo strategico rispetto a tante cose: è ingombrante perché vedi Roberto quando io difendo la tua autonomia professionale, ma la tua autonomia professionale confligge automaticamente con l'autonomia del Direttore Generale, con l' "autonomia" di certi limiti economici perché la tua autonomia professionale arriva addirittura a mettere in discussione certe linee guida sull'appropriatezza perché in ragione della tua

autonomia professionale dice. ...no amico mio, per il danno del mio malato, io devo comportarmi così. Per cui dai giù all'untore, cioè il medico oggi, a me colpisce quello che è avvenuto in America. In America ... che è avvenuto che Obama ha bisogno di recuperare un po' di soldi, vuole ridurre i consumi, si mette d'accordo con i medici che accettano di ridurre i consumi ma Obama ha capito che i consumi non si abbassano se non si passa dai medici. Questo è il punto: noi dobbiamo fare di questa strategicità un punto di forza.

Quindi è vero tutti si occupano dei medici ma i medici – voglio dire – hanno il valore che hanno. Perché danno fastidio? Perché si vogliono amministrare? Io ho scritto un pezzo, mi ha colpito una lettera firmata sottoscritta da 33 medici del Veneto, scritta all'allora Assessorato alla Sanità. Questi 33 medici di famiglia hanno ricevuto, 197 circolari in un anno. Ma come è possibile fare il medico così, 157 circolari, dico basta fateci fare il nostro mestiere in scienza e coscienza. Quindi Muzzetto ha posto un problema – secondo me – centrale, perché lui ha posto il problema del ruolo.

Che cosa è il ruolo? Il ruolo è molto diverso dalla funzione, ed è molto diverso da una mansione, ed è molto diverso dalla competenza. Il ruolo è qualche cosa di più. Ma il discorso del ruolo mi tocca particolarmente perché è su questo terreno che sicuramente che possiamo trovare una mediazione con gli altri ruoli perché ogni ruolo si basa su una corrispondenza. Cioè tu non puoi dire che sei un padre se non hai un figlio. Cioè i ruoli sono definiti dalle relazioni con altri ruoli.

Lui ha posto un problema fondamentale, non puoi definire il ruolo del medico se non in rapporto ad altri ruoli. Quindi il terreno di confronto di incontro è di capire i ruoli come si devono ridefinire nel terzo millennio perché nel frattempo

sono passati un po' di anni, e quindi riaggancio Mondino al documento conclusivo sulla V Conferenza delle professioni perché lì di fatto si pone il problema di ridefinire il ruolo.

Vi preannuncio una roba sulla quale spero che incontrerò il vostro interesse. Fra poco uscirà – non dico i punti di riferimento – una proposta di codice deontologico nuovo che è tutto incentrato sul ruolo a partire dal fatto che nessun ruolo che per fare davvero integrazione, per fare davvero multidisciplinarietà, la cosa che serve è la chiarezza nel ruolo. Ha ragione Piero: se tu non fai chiarezza nel ruolo la multidisciplinarietà è un baraccone. Per cui è fondamentale e questo credo che sia un terreno importante. Roberto Rossi ha posto una questione che vorrei riprendere che è quella della deontologia. Io concordo con lui anzi addirittura sono un pochino più estremista nel senso che da molto tempo mi sono convinto che una professione che è "minacciata" nella sua identità deve usare una deontologica forte per ridefinire l'identità. Cioè noi siamo abituati a combattere per i nostri diritti, oggi siamo costretti a combattere per i nostri doveri perché i doveri sono quelli che definiscono la tua identità. Per fare questo ci vuole una deontologia completamente diversa da questa. Piero non aggiungiamo parole. Io so che tu l'hai criticata come me. Però è la deontologia che noi abbiamo è anacronistica.

Io dico sempre alla Chersevani, lei non mi vuole ascoltare, ma guarda che il problema quando tu contesti l'appropriatezza ce l'hai in casa. Perché quando tu fai delle norme deontologiche che sono contaminate dall'economicismo, parlo degli artt. sull'uso ottimale delle risorse, parlo della sua dissennata battaglia contraria, ma noi perché facciamo questa battaglia, perché diceva non posso accettare che la mia deontologica sia contaminata dall'economicismo. Cioè la deontologia che è

una figlia dell'etica e quindi della morale deve avere un'autonomia. Se la deontologia non è autonoma non è deontologia.

Questo è il punto. Infine vorrei riprendere il discorso che faceva Ibba che mi ha molto colpito. A parte il mazzetto dei foglietti che mi ricordava vecchi relatori di grande fama, che mi ha molto intenerito come dicevo prima nessuno usa più siamo rimasti io e te ad usare ...a parte questo. Lui ha fatto un intervento giustamente molto politico, molto tagliato sul politico e l'ha fatto come dire richiamandoci innanzitutto a fare i conti con i contesti con i quali reagiamo. Ora noi abbiamo il finanziamento – se riesco a riassumere il pensiero di Mondino – ma questo definanziamento non è fatto perché Renzi è cattivo. Vi dico subito che io il definanziamento lo combatto come avete potuto leggere, però non possa negare che esista una stagnazione economica, una deflazione economica, un disavanzo che cresce, un 'Europa che rompe le scatole, per cui capisco insomma chi fa quel mestiere è difficile. Ma lui ha posto un altro problema. Ha detto benissimo, non è che noi neghiamo questo: vogliamo farci i conti, ma per farci i conti come ci facciamo i conti e da qui viene fuori il discorso di ridefinire il ruolo del medico, di definirlo in avanti perché oggi il medico non è più chiamato solo a produrre salute. Oggi il medico deve produrre salute e costare poco. Deve produrre salute e non andare in Tribunale, ecco il salto di complessità che c'è stato. Noi questa sfida la dobbiamo accettare, anzi io ne sono così convinto che penso che addirittura questa sfida meriti "Un cambiamento" profondo. Cioè nulla? ...cambiamento profondo, cambiamento riformatore, molte cose non le dovremmo un po'...

DOTT. PIZZA: ma quanti foglietti hai...

PROF. IVAN CAVICCHI: sono documenti. Chiudo subito. Lui diceva alla fine ri-

baltiamo il rapporto tra medicina e PIL – medicina ed economia ed io accetto di buon grado questa cosa e devo dire che con pur un po' di fumosità. l'ultimo documento delle conferenza sulla professione credo che diano qualche dritta in questa direzione.

Veniamo al mio amico Luca e alla mia amica Vittoria. Veniamo cioè al punto che mi interessa di più. Lei ha fatto questo disegno di legge, praticamente dobbiamo decidere che fare pragmaticamente questo è il punto vero. Ora Luca io credo di aver interpretato così quando Vittoria con l'aiuto di Antonio se non sbaglio hanno scritto questa cosa. Non era tanto la loro intenzione quella di scrivere una cosa tautologica che era già stata scritta. Ma era quella di controbilanciare un attacco alla professione gestito sul piano normativo perché il comma 566 voi ve lo siete scordato ma era un comma di una legge di stabilità, non era il comma di una legge ordinaria. Cioè questi hanno tentato di mettere una bandierina sostanzialmente, di dire – guardate – qua dobbiamo controbilanciare, sapendo bene che scrivevano anche delle ovvietà. Ora il contesto è cambiato, il 566 non si sa che fine ha fatto, ha fatto la fine ingloriosa che io e te avevamo predetto, perché guardate quando si scrivono male le norme come in quel caso diventano auto immuni, in qualche modo, cioè ...perché l'applicazione del 566 creava talmente tanti casini sia in casa dei medici, sia in casa degli infermieri che quella furbastra della Lorenzin si è guardata bene dal gestire la norma, l'ha semplicemente evitata, quindi lasciando marcire la situazione. Anzi voglio dire una roba, quando tu chiedi a Giancarlo io volevo capire le motivazioni delle sospensioni. Io ti posso rispondere, perché ho vissuto in diretta questa fase. Lui non pubblicava le sospensioni per una ragione – lo posso dire perché ero testimone, per una ragione politica posso dire nel

senso che lui sperava che qualcuno venisse a più miti consigli per gestirla la situazione e non voleva esasperarla, sperando di fare un accordo sperava di trovare un interlocutore al quale Non l'hanno voluto fare l'accordo per cui è marcita la situazione e adesso sentiamo le cose che diceva lui che sono cose gravissime, ma stiamo scherzando chiusa la parentesi.

Allora questo atto medico che facciamo? Allora secondo me ma si sono prima consultato prima con Vittoria, presentarlo tout court tale e quale secondo me non sarebbe intelligente. Lo dovremmo ripresentare ma ripensare nel senso di metterlo dentro ad un contesto per evitare "certe critiche" certe debolezze ma soprattutto perché questo è il suo problema per favorirne il percorso parlamentare perché se non costruiamo un minimo di alleanza facciamo testimonianza no vittoria questo è il punto vero. Quindi io credo che la cosa debba essere ripresa, ripensata a partire da Bologna, quindi a partire da questo dibattito che ci ha dato molti input quindi secondo me va rifatto, perché da una parte abbiamo bisogno ancora di controbilanciare comunque perché poi guardate il 566 è morto dal punto di vista formale però è rispuntato da un'altra parte, perché quando io vado a vedere la proposta che fa l'IPASVI di frammentare le professioni infermieristica in tante specializzazioni...beh non vedo altro che la traduzione della semplicità della complessità fatta in un altro modo.

Quindi il problema sussiste e secondo me Vittoria farebbe bene a rappresentare il suo disegno di legge. Dobbiamo essere così bravi da tarare questa volta in modo congruo al contesto, in modo tale che sia un contributo alla chiarezza del problema e non un ostacolo.

Quindi permettetemi di complimentarmi con tutti perché stamattina il dibattito è stato davvero di qualità e davvero utile.

Vi ringrazio molto.

