

Definire l'atto medico

Dal presente al futuro della professione

di Bruno Zuccarelli

Abstract: L'articolo esamina l'evoluzione dell'atto medico dall'autorità tradizionale del medico verso una *leadership* collaborativa nell'era digitale. Partendo da una cornice etico-deontologica, confronta medicina orientata al corpo con approcci olistici, valorizza la relazione medico-paziente su piano orizzontale e analizza il ruolo dell'IA e delle tecnologie nel prendersi cura. Propone una definizione normativa dell'atto medico e richiama l'aggiornamento del codice deontologico, ponendo il paziente al centro dell'azione sanitaria.

Introduzione

Sofocle ci ricorda che «Per chi sta male, una sola notte è un tempo infinito; per chi sta bene il giorno giunge troppo presto» (fr. 64 Radt). Questo è l'aforisma che tutti i medici dovrebbero tenere presente partendo dalla premessa che tutti noi siamo satelliti sinergici di un sole che è il paziente.

C'era una volta il medico, uomo e professionista rispettato e rispettoso la cui professione era da tutti considerata e da lui medesimo stimata una “vocazione”; sembra un atteggiamento paternalistico forse, ma al medico questo chiedevano i pazienti e la

società. Il medico era l'unico decisore della salute e della malattia, aveva la piena responsabilità delle cure e aveva l'ultima parola sulle decisioni da prendere, un vero *deus ex machina* accettato da tutti perché consapevoli che si sarebbe comportato come il buon padre di famiglia.

Nella vita professionale ordinaria i problemi erano “semplici” per il medico, il quale poteva ispirarsi nella propria azione all'etica del *Giuramento* di Ippocrate o poteva seguire gli esempi dei grandi clinici o dei medici Santi (*ipse dixit!*).

Il medico si prendeva cura non solo della salute del corpo, ma anche quella dello spirito e dell'intero contesto familiare e sociale in cui il paziente si collocava, insomma aveva una visione olistica, anche perché aveva ricevuto una formazione umanistica e nella maggior parte dei casi aveva fatto studi classici.

1. La svolta della medicina contemporanea

Negli ultimi anni il quadro è cambiato, siamo passati dal medico autoritario e autorevole al medico strozzato dal tempario medico, dove l'obiettivo principale è l'efficienza con il risparmio economico, con scenari interessanti e stimolanti come la tele-medicina e la sanità digitale, ma anche inquietanti quali il “collega Google” e l'intelligenza artificiale.

Il ruolo del medico è quello di un leader che non può abiurare a questa funzione nel processo di salute, quindi deve essere un punto di riferimento che, forte della sua autorevolezza e non autorità, porta coloro che collaborano con lui a scelte comuni condividendone gli obiettivi.

È ineludibile lavorare in un team di competenze diverse e integrate con un programma di un'autonomia dei livelli nelle com-

plexità di organizzazione, dove autonomia non va interpretata come anarchia ma come sinergia di saperi differenti che vanno *in unicum*.

L'autorevolezza del medico è quella faticosamente raggiunta sul campo dopo anni di studio e di esperienze che lo indirizzano a una formazione continua e innovativa che ognuno porta dietro nella sua giornata di lavoro, sia quando indossa il camice bianco sia quando è in borghese e qualcuno lo interpella: il medico è sempre lui al di fuori di orari, degli schemi e ambiti. Il medico deve convincersi della necessità di tornare a un impegno sociale che nel tempo è scemato, non può prescindere dal calarsi in questo ruolo per comprendere e assorbire l'ambiente del paziente e quindi interfacciarsi con la funzione di umanità e non di macchina che immagazzina nozioni ed elabora conseguentemente diagnosi e terapie.

Con l'avvento della medicina contemporanea ci si è dimenticati che l'uomo non è solo *soma* (corpo), non è solo un insieme di organi e funzioni vitali, ma è anche molto altro. Proprio in virtù di questa premessa sbagliata ritengo fondamentale scegliere tra la medicina considerata disciplina solamente scientifica e che si sta occupando solo del corpo e la filosofia con disciplina umanistica per eccellenza il cui cuore è proprio l'umano nella sua globalità. Karl Jaspers, filosofo e psichiatra tedesco, è stato tra i primi a denunciare quelli che per lui sono i limiti del metodo tecnico-scientifico: la medicina spiega i fatti senza comprenderne il significato o senza indagare il senso più profondo del lavoro del medico.

2. Dalla specializzazione all'umanizzazione

La specializzazione della professionalità medica è un fatto irreversibile, continua ad accrescere il sapere e l'abilità tecnica, a

rendere le metodiche sono sempre più affinate, nell'ambizione o meglio nella pretesa di avere tutto sotto controllo, dimenticando che l'umano non è pianificabile, non può essere ingabbiato in rigidi schematismi.

Quello che stiamo attraversando è un passaggio epocale, quello da una medicina che interviene nei momenti critici di una persona, con risultati chiari, misurabili e quasi sempre risolutivi, a una medicina olistica riaffermata dalle trasformazioni sociali in atto, legata all'invecchiamento della popolazione e al dilagare delle malattie croniche.

In questa prospettiva può essere utile recuperare una celebre distinzione fatta da Platone nelle *Leggi* (857c-d), fra il medico degli schiavi e il medico che cura i liberi, per descrivere due modi diversi di lavorare e concepire l'atto medico dando un giudizio etico netto di queste due deontologie. Il medico degli schiavi, e "schiavo" lui stesso è quel professionista privo di una conoscenza approfondita e completa della natura del corpo umano e delle interazioni di questo con le leggi del cosmo, passa da un malato a un altro, dà prescrizioni senza rendere conto di quello che fa; il fine di questo medico è di tipo economico e per questo si sposta sempre alla ricerca di nuovi pazienti da curare: diviene così schiavo di quelli che sono a tutti gli effetti dei semplici clienti a cui offrire una prestazione al fine di chiedere un compenso; non fornendo spiegazioni ai suoi pazienti, non si dilunga nelle indicazioni terapeutiche, ma si limita a imporre la terapia con «l'alterigia di un tiranno» (queste le parole di Platone). Il medico libero al contrario esibisce competenze e impiega metodi dai quali pare invece privo lo schiavo, egli è il detentore di un sapere scientifico raffinato, di un sapere fare specializzato, e di un sapere essere che lo pone su un piano moralmente superiore. Egli indaga le patologie a partire dal principio, ovvero

ricercando le cause più profonde e secondo natura, ed educa il paziente al suo stesso sapere.

3. La relazione medico-paziente e formazione universitaria

Bisogna ripensare alla relazione tra medico e paziente che viene ancora insegnata nelle nostre università, che è di tipo “verticale”, con un medico che sta sopra e un paziente che sta sotto, perché i tempi sono cambiati; il paziente oggi è più informato (anche se non sempre in modo corretto), quindi bisogna andare verso una relazione di cura che avviene su un piano orizzontale, più paritario. Una delle ragioni per cui ad esempio le cure alternative hanno successo sta proprio nel fatto che puntano sull'aspetto relazionale.

Gregory Bateson (1976) ha sostenuto che “la relazione viene prima, precede” nel senso che l'essere vivente è prima di tutto in relazione e dipendente dall'altro; come il vivente non può chiudersi costitutivamente nell'egoismo, così il medico non deve fuggire dalla relazione per favorire una logica di tipo prestazionale.

È necessario pensare a una forma di apprendimento diversa da quella tipica dell'accademia, verso il recupero del dialogo socratico, caratterizzato dall'alternarsi di proposte e confutazioni, per arrivare a una riflessione approfondita e condivisa sulle esperienze: il modello dialogico socratico riafferma un modello di conoscenza basata sul processo della ricerca attiva, che crea un luogo di apprendimento collaborativo nelle organizzazioni sanitarie. In questo percorso va inserito il rapporto fra il medico e la macchina.

4. Il rapporto uomo-macchina

Un timore molto diffuso oggi è che la macchina possa soppiantare l'uomo: l'automazione, l'informatizzazione, la robotizzazione e l'IA rischiano di marginalizzare il ruolo umano nei processi produttivi, sociali e perfino in quelli culturali.

Questa non è solo una rivoluzione tecnologica ma una vera sfida antropologica; se da una parte l'IA offre potenzialità computazionali infinite, dall'altro interroga in modo profondo la natura della relazione ovvero il *to care* (prendersi cura) che va ben oltre il *to cure* (curare). Il prendersi cura è affrontare le fragilità con interventi che si realizzano nel curare una persona nella sua totalità corporea, psichica e spirituale.

L'IA analizza moli enormi di dati per identificare *pattern* statistici, questo può dare una diagnosi con estrema precisione ma non può spiegarle nel senso umano; il prendersi cura dà un senso di prossimità e ci dà la possibilità di interpretare il vissuto del paziente, di comprendere le paure e la speranza, su cui si fonda il vero rapporto di fiducia tra medico e paziente, che significa fidarsi e affidarsi.

L'IA è certamente capace di suggerire trattamenti personalizzati, ma spetta sempre al medico la responsabilità di discernere in senso etico. Ogni anno nel mondo 2,6 milioni di persone muoiono a causa di diagnosi sbagliate; è impossibile per un medico conoscere e trattare tanti casi, per questo l'IA può fornire un aiuto più che valido, può analizzare dati biologici, chimici e clinici e supportare la pratica clinica, ma l'IA non è una tecnologia sostitutiva dell'uomo, ma è uno strumento specializzato e dipendente dal contesto.

Per questo ci deve essere una trasformazione radicale della formazione e del ruolo del medico, che non sarà sostituito dall'au-

tomazione ma diventerà esperto della validazione clinica degli strumenti digitali. L'IA, a fronte di un'efficienza ineguagliabile, potrebbe, infatti, provocare un impoverimento della relazione di cura con conseguenti esiti peggiori in termini di benessere globale.

Bisogna bilanciare, dunque, l'elaborazione algoritmica dei dati con il sapere relazionale e il discernimento etico del medico; la macchina conosce l'ingegnosa pratica ma non (ancora) l'intelligenza intuitiva e creativa.

Su questo il dibattito etico, bioetico e deontologico deve coinvolgere non solo i medici ma tutti gli attori della complessa organizzazione sanitaria, filosofi compresi, intorno alla riflessione sulla natura stessa dell'uomo, esplicitando la visione antropologica aggiornata che una cultura possiede in una certa epoca e in un certo luogo.

Conclusioni

E allora quale atto e ruolo medico? Intorno a questa domanda qualche indicazione è venuta dal *position paper* presentato nel Convegno organizzato dall'OMCeO di Parma nel 2021 (OMCeO Pr 2022).

Premesso che la normativa non affida specifiche prestazioni al medico se non per prestazioni quali il consenso informato, la certificazione, la diagnosi e la prognosi, dove però si è aperta una competizione con le altre professioni sanitarie; il ruolo che deriva da una specifica formazione si fonda su competenze reali, acquisite e non soltanto curriculari, coerenti con lo sviluppo della scienza e della tecnica in un'esperienza selettiva che la nostra epoca impone.

Il medico non deve abdicare al suo ruolo nella filiera della salute per competenza specifica e per presupposti etici e deontologici con dei risultati che provengano da un lavoro collegiale fondato sulla

collaborazione multiprofessionale con il riconoscimento dei ruoli e delle funzioni e rispetto delle autonomie individuali che ne ispirano il comportamento.

Una definizione normativa dell'atto medico è ormai ineludibile; il medico è chiamato a esercitare la sua *leadership* nel sistema di cura e assistenza, nel riconoscimento della responsabilità clinica del percorso nella sua complessità fino agli esiti, che passa attraverso il governo clinico e il consenso alla cura.

Bisogna riconoscere il ruolo del medico come responsabile unico del percorso clinico del paziente e nello stesso tempo evitare che ogni decisione unilaterale amministrativa vada a incidere sugli ambiti di professionalità peculiari del suo essere e del suo agire.

La professione del medico deve sottendere, oltre il possesso di specifiche competenze, il rapporto fiduciario binario, basato sul consenso, sulla conoscenza e sull'esperienza del medico cui compete il curare e il tutelare la salute secondo un principio di responsabilità inderogabile e di garanzia nei confronti dei cittadini e dello Stato.

Dobbiamo aggiornare il nostro Codice deontologico (FNOMCeO 2014) per poi ipotizzare e quindi concretizzare un iter legislativo, nella premessa che ognuno di noi dovrebbe ricordare quello che diceva Bacone: «la scienza non deve esser passiva contemplazione, ma deve servire alla vita, bisogna tendere non al profitto, ma al vantaggio generale dell'umanità».

Riferimenti bibliografici

Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, <https://portale.fnomceo>.

it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.

OMCeO Pr (2022), Ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatri di Parma, *Atti del Convegno "Atto e ruolo medico dieci anni dopo. Aspetti professionali, etici e deontologici*, Parma 19 novembre 2021, in «Parma Medica», 1, <https://www.omceopr.it/wp-content/uploads/2022/09/Atto-e-ruolo-Medico-2021.pdf>.

Platone (2005), *Leggi*, BUR, Milano.

Radt S. (ed.) (1977), *Tragicorum Graecorum Fragmenta*, vol. IV, *Sophocles*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.