

Quando sopravviene un'emergenza ci si mobilita tutti, facendo fronte comune per scongiurare il pericolo: questa almeno è la nostra aspettativa ingenua. Sappiamo invece, per esperienza, che proprio in quelle situazioni emergono le contrapposizioni e i conflitti più profondi. È quanto avviene, impietosamente, anche quando l'emergenza si chiama malattia. E il lavoro della cura conosce, non meno di altri ambiti, sgradevoli conflittualità. Nel suo recente libro *Con cura*, il medico e scrittore americano Atul Gawande osserva: «La medicina è una professione faticosa, non tanto perché è difficile curare le malattie, quanto perché è difficile lavorare con altri esseri umani in circostanze solo parzialmente in nostro controllo». L'affermazione fa riferimento a due livelli di difficoltà: quelle che nascono in generale quando il compito comune è suddiviso tra diverse persone e quelle relative al controllo parziale della situazione, ossia alla mancanza di potere. Entrambi gli aspetti, non nuovi in assoluto, sono senz'altro acuiti dalla pratica medica dei nostri giorni.

La cura delle malattie è più che mai un'attività che si svolge al plurale. Più persone sono coinvolte nello stesso lavoro terapeutico. Come in ogni altro ambiente di lavoro, possono scattare idiosincrasie e incompatibilità personali; stili diversi di organizzazione del lavoro possono scontrarsi anche quando non ci sia dolo o malizia da nessuna delle parti. Ci sono modi personali per affrontare divergenze e conflitti: la testimonianza di Albino Fascendini potrebbe essere moltiplicata per quante sono le persone che lavorano sul palcoscenico della cura.

Ma non basta: la cura è un'attività al plurale perché affidata a diverse professioni. La ricostruzione storica dello sviluppo delle occupazioni sanitarie che ha fatto Willem Tousijn nel libro *Il sistema delle occupazioni sanitarie* è molto eloquente. Alla metà dell'Ottocento le attività di cura erano distribuite su tre professioni: medici, farmacisti e ostetriche. Per tutta la metà del Novecento le occupazioni sono cinque: medici, infermieri e ausiliari costituiscono la gerarchia ospedaliera, mentre farmacisti e ostetriche operavano fuori dell'ospedale. Lo scenario attuale è molto diverso, nella descrizione di Tousijn: «in tutti i Paesi avanzati il numero delle occupazioni sanitarie che in qualche modo è possibile individuare come esistenti si aggira intorno alla trentina, ma l'esistenza di alcune è contestata da altre [...]. Oltre a essere cresciute di numero, le occupazioni sanitarie sono cresciute enormemente di dimensioni: in Italia alcune di esse contano oggi centinaia di migliaia di praticanti (medici, infermieri), altre hanno raggiunto le decine di migliaia [...]. Le relazioni tra tutte queste occupazioni, da sempre conflittuali, si sono fatte complesse e tali da configurare un vero e proprio sistema occupazionale con caratteristiche che lo rendono, per molti versi, unico nel mondo del lavoro».

Alcuni conflitti sono dunque radicati nella divisione del lavoro. Il superamento del principio gerarchico e il passaggio al lavoro in equipe è avvenuto più in teoria che in pratica. Il cambiamento è troppo recente e non si è ancora tradotto in modelli universalmente condivisi. Anche la strategia di prevenzione dei conflitti attraverso una delimitazione previa dei compiti delle professioni, per quanto ragionevole, incontra grandi difficoltà a tradursi in pratica, come ci documenta l'accurata ricostruzione di Roberto Polillo del tenta-

tivo di stabilire, a tavolino, il profilo delle competenze professionali.

Una forte accelerazione delle contrapposizioni ha avuto luogo nel contesto della conflittualità giudiziaria esplosa negli ultimi anni nel nostro Paese. Lo scenario è tutt'altro che rassicurante. Messa sotto accusa, sistematicamente sospettata, ridotta al ruolo di capri espiatori delle inefficienze di ordine politico e amministrativo, i professionisti sanitari sono tentati di far fronte comune passando alla medicina difensiva. Quando i conflitti si spostano nei tribunali, reali o immaginati, la preoccupazione per il bene del paziente tende a lasciare il posto alla ricerca di sicurezza da parte del professionista. Il successo dell'iniziativa riportata da Luca Benci testimonia il fascino che esercita su medici e infermieri il modello della risoluzione dei conflitti affidata al diritto, interpretato dalla magistratura. Anche se è importante dar voce ai cittadini e alle loro ragioni di scontento, come documenta Stefano Inglese, la strada della contrapposizione frontale è pericolosa. Benché i professionisti mostrino per lo più nervi saldi e rifiutino di far propria la logica dell'azione-reazione (*à la guerre comme à la guerre*), come racconta Paolo Gangemi, è comunque infausta la trasposizione dei conflitti sanitari in tribunale. Non è questa la composizione dei conflitti auspicata.

Numerose e interessanti sono le proposte di composizione dei conflitti in sanità presenti nel dossier di questo numero. Gestire i conflitti, in sanità non meno che in altri ambiti della vita sociale, può dare origine a una professione apposita, delineata da Anja Corinne Baukloh in apertura del dossier. Dall'uso più consapevole della comunicazione, descritto da Grazia Colombo e Roberto Mordacci, al ricorso ai mediatori culturali raccontato da Mauro Palazzi, le risorse non mancano. Ma la via maestra per disinnescare i conflitti in sanità passa attraverso una redistribuzione del potere. In passato il potere decisionale, saldamente nelle mani del medico, gli conferiva una totale capacità di controllo; al malato non era dovuta l'informazione, riservata ai familiari. La modifica del Codice deontologico dei medici italiani che ha introdotto l'obbligo dell'informazione al paziente stesso e ha relegato i congiunti in un ruolo subalterno alla centralità della persona interessata risale appena al 1995. Molti dei conflitti che costituiscono dei nodi nel tessuto quotidiano della cura vanno ricondotti a questo cambiamento. Non tutti i professionisti sanitari condividono le strategie finalizzate all'informazione o al coinvolgimento del paziente nelle scelte che lo riguardano. Per converso, non tutte le famiglie sono allineate con il cambiamento che nasce dal riconoscere il diritto all'autodeterminazione delle persone. A fronte dei pochi casi che arrivano a essere dibattuti in pubblico – come è avvenuto nelle tristi vicende di Piergiorgio Welby, Giovanni Nuvoli ed Eluana Englaro – sono numerosissime le situazioni che danno origine a conflitti tra operatori sanitari, e tra loro e i familiari: informare o non informare? Chi informare? Condividere o no le scelte terapeutiche con il paziente? Rispettare le decisioni della persona in trattamento quando il sanitario non le condivide? Sono tutti capitoli di una conflittualità che non era neppure immaginabile nel vecchio modello culturale.

Conflitti di questo genere non sono oggetto di scandalo. Bisogna piuttosto serenamente accettare che non esiste un consenso unanime su quale sia la cura giusta. Anche le differenti percezioni professionali sono rilevanti: il diverso sguardo di medici e infermieri, che

valutano diversamente ciò che è appropriato per i singoli malati, aiuta a esplicitare la complessità delle vicende personali. Le opinioni divergenti devono poter essere espresse e confrontate. La composizione di queste diverse valutazioni assomiglierà più ai bilanciamenti che tengono in vita i sistemi complessi che alle rigide conclusioni alle quali si perviene quando, invece della pratica dell'ascolto delle diverse ragioni, delle mediazioni e dei necessari compromessi, ci si nasconde dietro obbligatorietà imposte per legge.

Le esplorazioni delle diverse possibilità di composizione dei conflitti sono utilmente completate dal caso clinico proposto. Una decisione complessa, che riguarda misure di sostegno vitale per una persona orientata a mettere dei limiti a ciò che la medicina potrebbe fare per lei (una tipica situazione in cui il prolungamento della vita sarebbe ottenuto a un prezzo che il malato ritiene sproporzionato), viene presa mediante una composizione di interventi delle diverse parti in causa. Ricorrendo alla figura giuridica dell'amministratore di sostegno, si assicura un percorso delle scelte future al sicuro da strappi e da decisioni improvvisate. Il potere, distribuito su diversi soggetti, può condurre a una maggiore condivisione. Non è detto che avere solo un parziale controllo sulle circostanze che accompagnano lo scenario del processo di cura sia un male: purché a tutti coloro ai quali spetta sia offerta l'opportunità di far valere il proprio parziale potere e di assumersi la responsabilità per l'esercizio di questo potere. Questa è una pratica della medicina che si discosta da quella che abbiamo ereditato dal passato. Accettare i conflitti e ridistribuire il potere per comporli: è la sfida con cui si deve misurare la medicina del nostro tempo.○

Sandro Spinsanti

