

## Il medico della mutua e il suo sapere sanitario

Dopo aver pubblicato nel 2019 *Medici e Medicina durante il Fascismo*, Giorgio Cosmacini ha dato ora alle stampe la storia della medicina mutualistica, quella della riforma durata dal 1943 (creazione della mutua) al 1978 (istituzione del Ssn), trentacinque anni di una nuova forma di medicina sul territorio. E già nel titolo *Il medico della mutua. Storia di una istituzione e di un mestiere* definisce il contesto in cui si è svolta questa riforma: in quanto istituzione la sua attività è stata condizionata dal susseguirsi di interventi legislativi e normativi; in quanto mestiere del medico si è realizzata non solo coi progressi scientifici e tecnologici, ma anche per il mutamento epidemiologico e demografico, dello sviluppo economico e dei consumi, delle modificazioni dei comportamenti e delle condizioni di vita della popolazione. La storia di una professione diventa storia economica, politica, culturale e sociale. Cosmacini ne è consapevole e già nella Premessa dichiara di seguire una metodologia storiografica precisa, al di fuori della medicina. Si comporta come uno storico, nella ricerca dei fatti e dei documenti, e quindi i suoi giudizi, le sue valutazioni non sono dovuti alla passione del medico, ma come conseguenza dei dati enunciati.

Cosmacini inizia con uno sguardo retrospettivo, ricordando che dalle lotte operaie di fine Ottocento era partita la richiesta di protezione della salute: già nel 1919, in un momento di rivolta dei lavoratori,

alcuni medici avevano redatto una “Richiesta di assicurazione contro le Malattie” affermando: *“Perché questa opera gigantesca e mirabile possa essere compiuta, occorre che le classi lavoratrici vedano in essa una conquista che è nata dalla loro forza politica. Occorre che la difendano da ogni inquinamento burocratico. Devono vedervi soprattutto uno strumento di difesa della loro salute, uno strumento di rivendicazione del più solenne dei diritti, il diritto alla vita, una leva formidabile per cancellare dal mondo la più odiosa delle ingiustizie, la inferiorità del lavoratore dinanzi alla malattia e alla morte.”*

Cosmacini ricorda che all’indomani della rivoluzione d’ottobre in Russia del 1917, il Governo dei Soviet varò il primo modello al mondo di copertura sanitaria universale, che venne poi ripreso in Gran Bretagna nel 1942 col modello universalistico di Beveridge: un sistema sanitario che copra l’intera popolazione, finanziato dalla fiscalità generale, ugualitario nella erogazione gratuita delle prestazioni sanitarie. Che sono poi i principi del nostro Servizio sanitario nazionale, varato nel 1978.

Durante il fascismo, la sanità era *“nelle pieghe di una organizzazione inefficiente, farraginoso, condizionata da interessi di autoconservazione e contaminata da affari talora non leciti”* (tutto documentato nel primo libro). Condizione che aveva prodotto un diffuso malessere nella popolazione, ma anche nella categoria dei medici. Ed è così che nel gennaio del 1943, con un

governo ormai agonizzante, viene istituita la riforma “Ente mutualità fascista”, continuata dopo la fine della guerra nell’Inam, l’Istituto nazionale per l’assicurazione contro le malattie.

Il medico della mutua doveva essere un cardine del nuovo sistema, perché la medicina territoriale costituisce la prima porta di accesso della cura del malato: nel territorio si curano le persone, negli ospedali solo alcune malattie. La riforma trovò l’opposizione della medicina accademica, di quella medicina di vertice gelosa dei propri privilegi. Gli investimenti maggiori seguirono una visione *ospedalecentrica*, che collocava l’ospedale al centro di aggiornamenti scientifici e tecnici. Il medico del territorio venne ridotto a una *sottospecie* dello specialista, detentore della *vera scienza medica*. La medicina generale fu degradata a generica, il medico della mutua a un medico di seria B. Così anche nella percezione popolare il mutualista veniva visto come un *compilatore di ricette*, dispensatore di *prescrizioni ipertrofiche* e a caccia di assistiti.

**Il medico della mutua doveva essere un cardine del nuovo sistema, perché la medicina territoriale costituisce la prima porta di accesso della cura del malato: nel territorio si curano le persone, negli ospedali solo alcune malattie.**

Nell’ultimo capitolo “A proposito della riforma sanitaria” (istituzione nel 1978-1980 del Ssn): *“la riforma fu un fatto positivo, ma il suo spirito informatore, che rispondeva a criteri di razionalità economica e di equità sociale venne spesso tradito negli anni seguenti in seguito al cattivo funzionamento di molte Usl e agli episodi di lottizzazione verificatisi all’interno di questi organismi, divenuti spesso centri di potere clientelare”*.

In questo libro Cosmacini indaga una funzione e un processo, carichi di aspettative deluse, compie una critica, da medico e da storico, e lascia intravedere una prognosi orientata al futuro:

*“Il medico del Servizio sanitario nazionale, operoso in ambulatorio e nel territorio, ha ereditato, suo malgrado, la disattenzione e la disaffezione per il proprio sapere sanitario pressoché costantemente dimostrate da parte delle istituzioni detentrici del potere politico. Oggi sono numerose le perorazioni da parte dei detentori di quello stesso potere (o di loro emuli portavoce e portaborse) che propongono riforme della sanità pubblica ambulatoriale e territoriale da essi stessi disattese in passato. Nell’ascoltarli, senza udire mai un cenno di autocritica e tanto meno di mea culpa, l’autore di questo libro, in cui si ripensa il passato, mette in guardia pensando al futuro.”*

**Giuliano Bono**

Medico di medicina generale di Torino



## LESSICO DI BIOETICA

# Competenza

Termine proprio della letteratura sul consenso informato, esso indica uno dei requisiti richiesti per rendere il consenso una pratica di valore legale in un dato contesto culturale, quello occidentale, e corrisponde al bisogno di scriminare chi può essere coinvolto in questa pratica e chi no, da chi il consenso va ricercato e per chi, invece, serve individuare un vicario. L’attestazione del possesso di “competenza” conferisce il diritto di autodeterminarsi compiendo scelte volontarie e rende il consenso “efficace”.

Termine polisemico a cui è attribuita una moltitudine di significati, e dunque rispetto al quale regna una certa confusione semantica, anche dovuta all’uso interdisciplinare che del termine si fa. Nella lingua italiana la sua comprensione è resa più difficoltosa dalla doppia traduzione che di norma riceve il termine inglese “competence”: in alcuni casi esso è tradotto con “capacità”, in altri con “competenza”, a volte significando la stessa cosa, a volte significando cose diverse. Nei contesti sanitari il termine “competence” significa “capacità”, il suo significato coincide con quello di “competenza”, ma la capacità a cui si fa riferimento non è la generale capacità giuridica contemplata nel Codice civile italiano, ossia l’attitudine di ogni persona fisica a essere titolare di diritti e doveri che ne fa un soggetto giuridico (art. 1). Né è la capacità indicata dal Codice penale italiano quale prima condizione per la valutazione di imputabilità di un soggetto e di colpevolezza di un’azione (o di un’omissione), ossia la capacità di intendere e volere (art. 85). Non è nemmeno la più generale capacità di azione umana, alla quale si riferiscono le

attribuzioni morale e giuridica di responsabilità, ma un’altra, più specifica e task-oriented, richiesta nei vari setting sanitari. Se in tutti i contesti in cui il termine “capacità” è usato adeguatamente significa “abilità a eseguire un compito”, la capacità a cui qui si fa riferimento, quale requisito del consenso informato come pratica, è specificamente quella “decisionale” (*decision-making capacity*), definita come la capacità dei pazienti di prendere le proprie decisioni sanitarie, in particolare le decisioni di autorizzare o rifiutare trattamenti sanitari.

La competenza è quindi l’attributo individuale usato come parametro per discriminare chi è titolare del diritto di dare il consenso e chi non lo è, e che si ritiene debba quindi essere tutelato dalle possibili conseguenze nocive delle sue scelte, attribuendo a un decisore sostitutivo la facoltà di autorizzare trattamenti sanitari sul suo corpo. Si è giudicati capaci di fornire tale autorizzazione rispetto a un metro di misura di natura legale/psichiatrica, il quale determina quali siano le caratteristiche o le abilità individuali che concorrono a definire la competenza umana, caratteristiche o abilità che l’individuo sottoposto a valutazione deve dare prova di possedere. La determinazione di competenza può essere fattuale o presuntiva. La prima comprende una sorta di esame, esplicito o implicito, del paziente rispetto ad alcuni standard prestabiliti. In questo caso, affinché si possa decidere per sé, bisogna dimostrare di possedere determinate abilità individuali (alcune capacità cognitive e logiche). La seconda, invece, è una convenzione che assume le vesti di postulato morale. Essa stabilisce una norma che consente ad alcuni individui, gli adulti – e non ad altri, i minori d’età – di essere ritenuti competenti per legge, a meno che non diano prova del contrario.