

ATTI - "Etica e Management in Sanità"



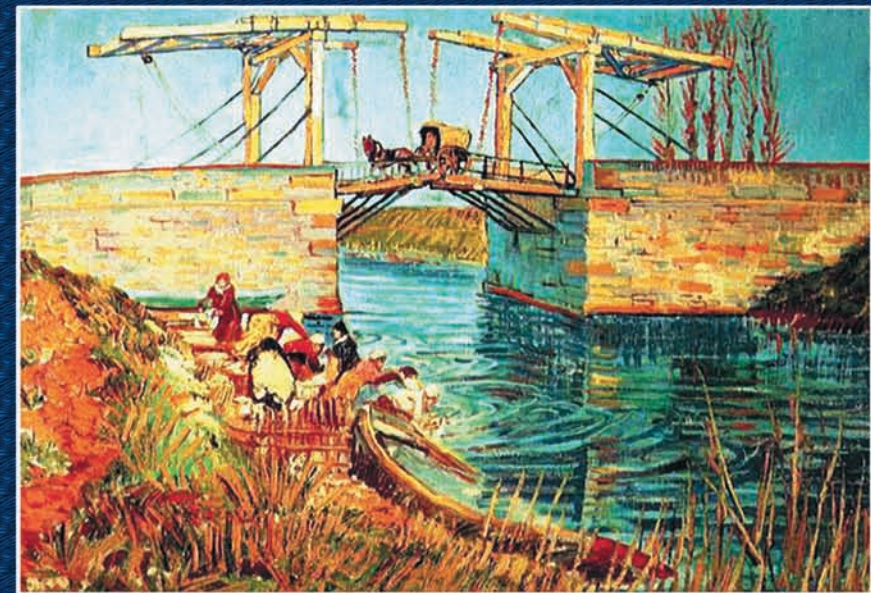
Assessorato Regionale per la Sanità  
Assessore PROF. E. CITTADINI  
Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Regionale  
Dirigente Generale DOTT. A. MIRA



Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone"  
Direttore Generale DOTT. G. PECORARO



Con il patrocinio della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
dell'Università degli Studi di Palermo  
Preside Prof. A.E. CARDINALE



Corso di Formazione e Aggiornamento in  
**ETICA e MANAGEMENT in SANITÀ**

**4<sup>a</sup>**  
edizione

**ATTI**

A CURA DI  
**RENATO MALTA**

ISBN 978-88-97284-0-93



9 788897 284093

PALERMO  
24 Maggio  
26 Novembre

2004







CORSO DI FORMAZIONE  
E AGGIORNAMENTO IN  
"ETICA E MANAGEMENT IN SANITÀ"

4<sup>a</sup> EDIZIONE

**ATTI**

A cura di  
*Renato Malta*

PALERMO  
24 MAGGIO – 26 NOVEMBRE 2004



Assessorato Regionale per la Sanità  
Assessore PROF. E. CITTADINI  
Dipartimento Ossservatorio Epidemiologico Regionale  
Dirigente Generale DOTT. A. MIRA



Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone"  
Direttore Generale DOTT. G. PECORARO



Con il patrocinio della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
dell'Università degli Studi di Palermo  
Preside Prof. A. E. CARDINALE

## SI RINGRAZIANO

- *Dott. Antonio Mira, Dirigente Generale Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Assessorato Regionale della Sanità.*
- *Dott.ssa Teresa Vaiarelli, Ufficio 3 Formazione, Dipartimento Osservatorio Epidemiologico, Assessorato Regionale della Sanità.*
- *Tutors d'Aula: signor Giovanni Di Paola e signora Angela Velardita.*
- *Segreteria del Corso: signora Antonella Nicolosi e signora Agata Donatella Li Mandri.*

ISBN 978-88-97284-0-93

Finito di stampare Aprile 2007

Tipografia: Compostampa di Michele Savasta - pa

Stampa: Puntografica S.R.L - pa

## INDICE

Obiettivi - Destinatari	pag.	V
Elenco Docenti	»	VI
Prefazione - Prof. S. MANSUETO	»	XI
Presentazione - Prof. A. SALERNO	»	XIII
Lettera ai Corsisti - Dott. R. MALTA	»	XVII
M. AFFRONTI		
Gestione Sanitaria del Cittadino extracomunitario	»	1
P. BINETTI		
Aspetti etici e modelli di Management	»	11
A. E. CARDINALE		
Bioetica e Radiologia: un modello possibile tra necessità e immaginario	»	35
G. CORSELLO		
Diagnosi genetica pre- e post-natale: clinica ed etica	»	43
G. CORSELLO		
Aspetti di etica e management nelle UTIN ed intorno alla rianimazione neonatale	»	53
N. D'ALESSANDRO		
Farmacoutilizzazione nell'AOUP "P. Giaccone" e l'attività dell'unità operativa di Farmacologia clinica	»	59
P. FOLINO-GALLO		
Impatto dei farmaci sulla salute e principi di farmaco utilizzazione	»	75
A. GALLUZZO		
Disease management del Diabete Mellito	»	87
G.F. GENSINI, A. CONTI		
Qualità assistenziale, comportamenti clinici, outcomes	»	99
S. GERACI		
La medicina delle migrazioni in italia: accoglienza ed organizzazione	»	105

C. GIORDANO		
	Riflessioni sul trapianto di pancreas	» 117
R. LAGALLA		
	Il “Core business” dei Policlinici universitari	» 123
G. LA PAGLIA		
	Sorveglianza sanitaria	» 131
S. LEONE		
	Salute: aspetti etici e pastorali	» 141
R. MALTA		
	Il “Controllo di gestione” nell’esperienza dell’AOUP “P. Giaccone” di Palermo. Argomenti manageriali in prospettiva etica	» 153
S. NOVO, P. ASSENNATO, F. BONURA, G. COPPOLA, E. CORRADO, I. MURATORI, G. NOVO, A. ROTOLO		
	Linee guida nel dolore toracico acuto	» 177
A. PARISI		
	Fondamenti etici della responsabilità	» 201
A. SALERNO		
	Evoluzione degli ordinamenti didattici verso uno standard europeo	» 209
A. SCIALABBA		
	Conoscenza e coscienza	» 217
I. SIVIGLIA		
	La persona	» 233
M.V. TORREGROSSA, S. TRAPANI		
	Management delle sale operatorie	» 237
A. P. VIOLA		
	La relazione come dono gratuito	» 247

## OBIETTIVI E STRUTTURA DEL CORSO

Il Corso, istituito ai sensi del decreto n. 1490 dell'1 agosto 2003 del Dirigente Generale dell'Assessorato per la Sanità della Regione Siciliana – Dipartimento Osservatorio Epidemiologico della Prevenzione e Formazione Permanente e con il patrocinio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo - si è proposto di perseguire l'obiettivo dell'informazione manageriale nella prospettiva dell'istanza etica. Le tematiche sono state articolate sui piani paralleli dell'informazione manageriale e della formazione etica: temi ritenuti inscindibili nell'esercizio delle professioni sanitarie. Il corso della durata di 120 ore è stato suddiviso in otto moduli.

## DESTINATARI E CRITERI DI SELEZIONE

Il Corso è stato destinato a Dirigenti Medici e dei Servizi Amministrativi delle Aziende Sanitarie, Medici di Medicina Generale e Responsabili dei Servizi Socio Sanitari. Il numero massimo di iscritti previsto era 35. Per l'iscrizione si è seguito l'ordine di priorità di presentazione delle domande. Sono prevenute n. 58 istanze di partecipazione. Con delega da parte dell'Autorità competente, si è potuta estendere la partecipazione a tutti.

## CREDITI ECM

La Commissione per l'Educazione Continua in Medicina ha assegnato al presente progetto formativo n° 50 crediti.



## DOCENTI

1. **AFFRONTI** dott. Mario  
Responsabile della Medicina delle Migrazioni, Azienda Ospedaliera  
Universitaria Policlinico “P. Giaccone”, Palermo
2. **ALMASIO** prof. Pier Luigi  
Professore associato di Gastroenterologia, Università degli Studi,  
Palermo
3. **ARMOCIDA** prof. Giuseppe Ottavio  
Presidente della Società Italiana di Storia della Medicina,  
Università di Insubria, Varese
4. **BAVETTA** prof. Sebastiano  
Professore ordinario di Economia Politica, Università degli Studi,  
Palermo
5. **BINETTI** prof. Paola  
Professore ordinario di Storia della Medicina, Campus Biomedico,  
Roma
6. **CANDEH** dott. Nadesh  
Mediatrice culturale, Palermo
7. **CARTABELLOTTA** dott. Antonino  
Direttore Scientifico GIMBE, Palermo
8. **CATANANTI** prof. Cesare  
Direttore Sanitario Policlinico “A. Gemelli”, Roma
9. **CORSELLO** prof. Giovanni  
Professore ordinario di Pediatria, Università degli Studi, Palermo
10. **CRAXI** prof. Antonio  
Professore ordinario di Gastroenterologia, Università degli Studi,  
Palermo
11. **D’ALESSANDRO** prof. Natale  
Professore ordinario di Farmacologia, Università degli Studi,  
Palermo
12. **DE LEO** prof. Giacomo  
Preside v. Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi,  
Palermo
13. **DEL VECCHIO** prof. Mario  
Docente in Economia Aziendale, presso S.D.A. - I.P.A.S., Università  
L. Bocconi, Milano
14. **DIANA** prof. Giuseppe  
Professore ordinario di Chirurgia, Università degli Studi, Palermo
15. **DIELI** prof. Francesco  
Professore Ordinario di Patologia Generale, Università deli Studi,  
Palermo
16. **DI ROSA** dott. Salvatore  
Direttore UO Medicina Interna, Azienda Ospedaliera “Villa Sofia”,  
Palermo
17. **DI RUSCIO** dott. Eugenio  
Direttore Sanitario A.U.S.L. di Rimini

18. FOLINO GALLO dott. Pietro  
Ricercatore Istituto d'Igiene, Università Cattolica del S. Cuore, Roma
19. GALUZZO prof. Aldo  
Professore ordinario di Endocrinologia, Università degli Studi,  
Palermo
20. GENSINI prof. Gian Franco  
Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi,  
Firenze
21. GERACI dott. Salvatore  
Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma
22. GIORDANO prof. Carla,  
Professore associato di Endocrinologia, Università degli Studi,  
Palermo
23. GULOTTA prof. Gaspare  
Professore ordinario di Chirurgia Generale, Università degli Studi,  
Palermo
24. LA BARBERA prof. Daniele  
Professore ordinario di Psichiatria, Università degli Studi, Palermo
25. LAGALLA prof. Roberto  
Professore ordinario di Radiologia, Università degli Studi, Palermo
26. LA PAGLIA prof. Aldo  
Professore associato di Igiene Industriale, Università degli Studi,  
Palermo
27. LEGA prof. Federico  
Docente di Economia Aziendale, presso S.D.A. - I.P.A.S., Università  
L. Bocconi, Milano
28. LENZO dott. Tiziana  
Giornalista de "La Repubblica", Palermo
29. LEONE prof. Salvino,  
Direttore Istituto Siciliano di Bioetica, Palermo
30. LIO prof. Domenico  
Professore associato di Patologia Generale, Università degli Studi,  
Palermo
31. MALTA dott. Renato  
Ricercatore di Storia della Medicina, Università degli Studi,  
Palermo.
32. MANGIONE prof. Salvatore  
Professore ordinario di Anestesia e Rianimazione, Università degli  
Studi, Palermo
33. MARCHETTI dott. Marco  
Responsabile Unità di Valutazione delle Tecnologie, Policlinico  
"A. Gemelli", Roma
34. MAZZETTI dott. Marco  
Servizio di Etnopsichiatria "Terrenuove", Milano
35. MIRTO sig.ra Luciana  
Ispettrice Regionale del Corpo Infermiere Volontarie della Croce  
Rossa Italiana, Palermo.
36. MODICA ALBERTI sig.ra Mimma  
Segretario Regionale di "Cittadinanzattiva", Noto

37. MORGANTE dott. Vincenzo  
Redattore capo TG3, Rai Sicilia, Palermo
38. NOTARBARTOLO prof. Alberto  
Professore ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi,  
Palermo
39. NOVO prof. Salvatore  
Professore ordinario di Cardiologia, Università degli Studi, Palermo
40. PARISI prof. Antonio  
Docente Facoltà Teologica di Sicilia “San Giovanni Evangelista”,  
Palermo
41. PECORARO dott. Giuseppe  
Direttore Generale, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico  
“P. Giaccone”, Palermo
42. PERI prof. Calogero  
Preside v., Facoltà Teologica di Sicilia “San Giovanni Evangelista,  
Palermo
43. PRIVITERA prof. Salvatore  
Direttore Istituto Siciliano di Bioetica, Palermo
44. PROCACCIANTI prof. Paolo  
Professore ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi,  
Palermo
45. RICCIARDI prof. Gualtiero  
Professore ordinario d’Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore,  
Roma
46. SALERNO prof. Alfredo  
Direttore del Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biome-  
diche, Università degli Studi, Palermo.
47. SAVETTIERI prof. Giovanni  
Professore ordinario di Neurologia, Università degli Studi, Palermo
48. SCIALABBA prof. Anna,  
Professore associato di Gastroenterologia, Università degli Studi,  
Palermo
49. SIVIGLIA prof. Ina  
Docente Facoltà Teologica di Sicilia “San Giovanni Evangelista,  
Palermo
50. SORCI prof. Carlo  
Direttore Istituto di Economia Aziendale, Università degli Studi,  
Palermo
51. TORREGROSSA prof. Valeria  
Professore associato d’Igiene, Università degli Studi, Palermo
52. VASSALLO dott. Lorella  
Responsabile Ambulatorio per Cittadini Extracomunitari distretto  
13, ASL 6, Palermo
53. VIOLA prof. Anna Pia,  
Docente Facoltà Teologica di Sicilia “San Giovanni Evangelista,  
Palermo



*Oltre il sapere..., la sapienza:*

*“... suo principio assai sincero  
è il desiderio d'istruzione;  
la cura dell'istruzione è amore;  
l'amore è osservanza delle sue leggi;  
il rispetto delle leggi  
è garanzia d'immortalità...”*

Sap. 17 - 18



## PREFAZIONE

*S. Mansueto*

Direttore del Dipartimento delle Patologie Emergenti  
Università degli Studi Palermo

Ancora una volta Renato Malta ripropone un percorso di studio e di riflessioni che si articolano attorno alle tematiche connesse alla gestione delle risorse in campo sanitario. Qui convergono due grandi componenti, di notevole spessore ambedue, quella economica e quella etica.

Non vi è dubbio che la Sanità ha un costo, che tra l'altro va lievitando nella misura in cui aumentano le prestazioni, le esigenze, ma anche il peso economico del contributo tecnologico. Peraltro non è pensabile responsabilmente di amputare la risposta del sistema, meramente in nome e per conto della strettoia del sistema economico.

Vi si oppongono considerazioni di ordine culturale, sociale, politico e scientifico. Infatti la ricerca nel settore sanitario, proprio in questi ultimi cinquanta anni ha subito un'espansione veramente straordinaria ed esaltante, sia nel settore epidemiologico, che diagnostico e terapeutico. Tutto questo non sarebbe stato possibile se non ci fosse stata la consapevolezza della necessità di un congruo impegno finanziario sia nel settore pubblico che privato. In questo scenario tuttavia sono assolutamente non più procrastinabili una riflessione estemporaneamente etica ed economica. Perché il settore della disponibilità giuridica non può dilatarsi all'infinito, ma non potrebbe neppure sostenere il progressivo aumento della richiesta di indagini sempre più numerose e costose, così come quelle di prestazioni terapeutiche nuove, ma a volte anche di dubbia utilità rispetto al passato. In ciò anche con la complicità dei media i quali contribuiscono ad alimentare questa rete di novità.

Si aggiunga anche, e non è cosa di poco conto, l'espansione della medicina difensiva che costringe il medico a richiedere esami sempre più costosi, e di dubbia utilità, che tra l'altro devono essere ripetuti per capire eventuali ipotetici affioramenti (1-2).



- 1) SCHATNER A., FLETCHER R. H. - *Pearls and Pitfalls in Patient Care: need to revive traditional clinical value*. Am. J. Med. Sc., 327:79-85,2004.
- 2) PSATY B.M., READS C., FURBERG C. D. - *Evidence based medicine: workshop of form and treatment of high blood pressure*. J. Gen. Intern. Med., 2000; 15: 755-6.

In realtà i segni e i sintomi del malessere della Sanità in genere e degli ospedali in particolare sono chiaramente ravvisabili anche in altri indicatori, per esempio negli alti tassi di diagnosi errate (3).

- 3) RIRCH W., SCAFFI C. - *Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras. Report on 400 cases*. Medicine (Baltimore) 1996; 75:29-40.

Nella frequenza delle patologie iatrogeniche (4).

- 4) LARKSHMANAN M. C., HERSHEY C.O., BRESLAM D., *Hospital admission caused by iatrogenic diseases*. Arch Intern. Med., 1986; 146: 71-8.

Nel sempre maggiore ricorso alle medicine alternative (5).

- 5) EISENBERG D. M., KESSLER R.C., FOSTER C. ET AL., *Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, costs and pattern of use*. NEJM, 1993; 328:246-52.
- 6) HOLLAND J.C. *Use of alternative medicine: a marker for distress?* NEJM 1999; 340:1758-9.

È quindi giunto il momento di indicare strategie percorribili per riportare la gestione della sanità entro regole verificabili ed accettabili (7).

- 7) KASSIRER J.P., *Hospitals heal yourselves*. NEJM 1994; 331: 1089-91.

Il corso proposto dal dott. Malta si inserisce in questa filosofia gestionale, ma lo fa chiamando a raccolta i contributi culturali di aree estremamente variegata proprio per una visione globale dei fenomeni in gioco.

Sono così presenti, e li ringraziamo per la loro preziosa collaborazione, illustri Docenti di varia estrazione, cultura e formazione provenienti da Università, Facoltà e Istituzioni diverse, tutti accomunati dal bisogno di dare alle sfaccettature del problema proposte di soluzione economicamente ed eticamente accettabili.

La congruità di questa formula è dimostrata dall'indice di gradimento espresso dai Discenti dai 50 crediti ECM assegnati, il massimo di cui la Commissione può disporre, e dalle richieste di iterazioni.

Il Corso ha un futuro. Che è un bell'auspicio.

## INTRODUZIONE

*A. Salerno*

Direttore del Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche  
Università degli Studi, Palermo

Percorrendo le tematiche trattate nel volume degli atti si coglie l'impegno che attende oggi i dirigenti medici e sanitari, siano essi ospedalieri o del territorio, nel cimentarsi in nuove tematiche che integrano il bagaglio culturale tradizionale fino ad ora posseduto. Sul binario di *etica e management* scorre l'odierno esercizio professionale verso direzioni che vedono attenzioni sia alla propria formazione personale, sia agli strumenti che il sistema mette a disposizione della società e che in essa devono riverberare per l'arricchimento in salute.

Siamo ad una virata importante della nostra Storia della Medicina che ci consente di vedere come la stessa, nel tempo, abbia reclutato nel suo alveo le nuove discipline man mano sorte in ambienti diversi dal proprio, traducendole operativamente secondo gli specifici obiettivi, e coltivandole man mano come patrimonio culturale divenuto poi irrinunciabile, come ha ricordato R. Malta nel suo saluto ai Corsisti. La Medicina, infatti, nel suo percorso storico, ha preso avvio con la riflessione dei filosofi, ha cercato l'aggancio all'umano con le prime scuole degli anatomisti, nel XVI secolo ha fatto proprio il bagaglio culturale della Chimica, e subito dopo della Fisica (XVII secolo) acquisendo il metodo sperimentale di Galilei. Nei secoli successivi altre discipline – Statistica, Epidemiologia, Musica, Informatica – ne hanno arricchito la gamma culturale, offrendole nuove opportunità di esperienze.

Oggi a proporsi sono le tematiche di Economia con le tecniche gestionali dell'organizzazione la cui applicazione non è assolutamente

te libera dalle istanze della Bioetica, e che tutte rappresentano le nuove necessità del bagaglio formativo del XXI secolo.

Suscita favorevole attenzione il taglio dato alle problematiche economiche, intese segnatamente come conseguenza dell'agire morale professionale e non come causa di inefficienze e disservizi. Attraverso questa visione il sistema gestionale ritorna nelle mani decisionali del medico, e su di lui fa perno il management sanitario legato all'uso delle risorse disponibili la cui allocazione nel singolo malato richiede il comportamento professionale eticamente accettabile.

Mantenere i livelli essenziali di assistenza in una realtà che offre metodologie di diagnosi e cura sempre più costose, mentre incrementa progressivamente la richiesta di benessere di una popolazione in cui l'età media cresce rapidamente, è un impegno che può apparire incompatibile con le risorse finanziarie che non possono crescere progressivamente.

Se la medicina ha contribuito ad aggiungere anni alla vita, soprattutto alla medicina oggi si chiede di aggiungere vita agli anni offrendo una pressoché infinita gamma di interventi diagnostico – terapeutici che tendono non soltanto al mantenimento della salute, ma spero anche ad una prospettiva di benessere, un'eterna giovinezza che solo le realtà virtuali possono promettere.

Competenze professionali di altissimo livello negli specifici settori hanno trattato le singole tematiche in forma autonoma e distinta, sì che diventa agevole provocare nel discente quella reazione e riflessione positiva capace di ottenere il risultato formativo sperato.

È bello vedere raccolti in un volume contributi di cardiologi, igienisti, pediatri e neonatologi, e di altri insigni clinici oltre che di filosofi, teologi, bioeticisti e cultori di management, i quali pur rimanendo nel tema della propria specialità, concorrono al risultato unitario di rendere un servizio alla crescita della qualità della formazione della nostra professione.

Mettere assieme esperti di discipline diverse in un momento in cui al medico si richiede qualcosa in più, non solo la conoscenza, ma anche la capacità di gestire la salute, tenendo conto di criteri di sana e parsimoniosa economia, pur senza tralasciare efficacia ed efficienza, è indispensabile per la crescita di quelle capacità manageriali senza le quali si vanificano gli sforzi per un incremento quali-quantitativo degli interventi sanitari a fronte di risorse illimitate.



E ciò è particolarmente importante in una nazione come l'Italia dove l'assistenza sanitaria è un bene sociale disponibile per tutti indipendentemente dalle capacità contributive dei singoli cittadini.

Le pubblicazioni scientifiche che si pongono l'obiettivo di perseguire contemporaneamente ed unitariamente, e con trattazioni separate, *l'etica ed il management* sono ancora pressoché assenti sul mercato, mentre il progetto formativo proposto, giunto ormai alla sua IV edizione e varato con l'autorevole patrocinio della Facoltà Medica, e che il presente lavoro testimonia, rimane una specialità culturale del curatore degli atti, che primariamente ha messo a disposizione di questa Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone", ed ora della comunità scientifica.



## SALUTO E VISION DEL CORSO

*Renato Malta*

Coordinatore Didattico

Innanzitutto ringrazio l'onorevole Assessorato Regionale per la Sanità che, attraverso il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Regionale, ha continuato ad includere tra i suoi programmi il Corso di Formazione in Etica e Management in Sanità, giunto alla sua quarta edizione, in una costante continuità annuale a partire dal 1999.

Doverosa riconoscenza all'amplissimo Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo prof. A. E. Cardinale che, nell'adunanza del Consiglio di Facoltà del 29 settembre 2003, ha concesso il patrocinio a questa iniziativa formativa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone".

In Italia la sanità, ovvero la cura della salute, riconosce oltre le strutture ad alta tecnologia ed elevata complessità assistenziale, altre destinate all'assistenza di tanti pazienti con tematiche cliniche medio – basse, dove i problemi organizzativi di ogni giorno superano in difficoltà quelli assistenziali stessi. L'impegno derivante dalla non adeguata organizzazione rischia a volte di risolversi nella promozione di un gioco al ribasso nell'assistenza al paziente, piuttosto che nel miglioramento del processo gestionale. Tutto sembra tradursi nel fallimento di quella coerenza interna che deve puntare a perseguire la buona organizzazione per erogare la migliore cura. Esito negativo è il mancato adeguamento del processo organizzativo all'obiettivo assistenziale, che può correttamente avvenire ponendo in via esclusiva il paziente al centro dell'universo della sanità.

Una delle cause, anzi la prevalente, a giustificazione della insoddisfazione ed insuccesso nella sanità è indicata nella carenza di finanziamenti economici e nella limitatezza delle risorse. I medici storicamente le



interpretavano essere senza misura, rifiutavano a priori di volersene interessare ed unica loro preoccupazione ed attenzione era rivolta alle questioni cliniche dei pazienti e mai a quelle della struttura: di fatto non esprimevano nessuna responsabilità verso l'uso delle risorse comuni della società, né questa chiedeva loro attivo coinvolgimento. Tuttavia anche in era antecedente il decreto legislativo 502 del 1992 ci si imbatteva nelle insufficienze economiche del sistema che anche allora condizionava lo sviluppo della sanità.

Oggi la gestione delle aziende sanitarie con lo strumento del budget richiede l'arricchimento del bagaglio culturale dei dirigenti medici e non, e lo sviluppo di nuove metodologie di gestione. E' un processo innovativo che non trova la soluzione in una semplicistica formalità burocratico – amministrativa, ma in sostanziali cambiamenti anche nell'approccio agli stessi problemi clinici: la traduzione in risultato positivo può avvenire solo attraverso l'avanzamento del bagaglio culturale unitamente a quello del saper fare.

Il corso, anche nella presente edizione, vuole porre l'attenzione sulla necessità della crescita di un modello organizzativo che faccia propria la tensione all'efficienza, che coltivi gli strumenti utili alla perenne attesa verso l'efficacia assistenziale, i cui risultati potranno raccogliersi se subordinati alla visione orgogliosa della migliore assistenza al paziente.

Il rischio oggi incombente è che l'assistenza al paziente sia rapportata e misurata al livello organizzativo che, se scarsamente sviluppato e non supportato da giusta tensione al miglioramento, si potrebbe risolvere nell'erogazione di un'assistenza livellata sui minimi del plausibile.

Il programma che da cinque anni persegue l'Azienda Policlinico è rivolto alla ricerca della giusta modulazione tra i livelli assistenziali e le risorse congruenti, tra quantità di beni e modalità del loro uso.

Organizzazione ed assistenza oggi rappresentano un binomio obbligato, e vedono nella responsabilità di tutte le parti in causa, medici ed amministratori gestionali, l'opportunità di una traduzione operativa nella possibilità del successo. Ciò presuppone un diverso modo di guardare ai mezzi: ancora oggi in tanti ritengono che il problema sia legato alla *quantità* delle risorse economiche disponibili, mentre invece è fondamentale la *qualità* del loro uso, che non può non essere adeguato od appropriato: la qualità comporta l'assunzione di responsabilità.

Amartya Sen ha sviluppato un modello in cui ha ipotizzato che la fame nel mondo non è legata alla quantità di cibo, ma alla sua insufficiente distribuzione. Oggi bisogna interrogarsi se le difficoltà economiche

della sanità siano legate alla quantità totale degli investimenti piuttosto che alla modalità e qualità del loro utilizzo.

A partire da questa osservazione scaturisce il momento dell'etica, assunta come relazione verso i beni umani al servizio dell'uomo. Un'etica relazionale coinvolgente tutte le parti in causa, medici, politici, amministratori gestionali, ed ognuna di esse chiamata a responsabilità. Affinché questo ultimo termine non sfugga alla possibilità dell'astrattezza, bisogna rifarsi alla sua origine semantica, che vuole significare: *respondeo* a qualcuno di qualcosa. Rispondere al paziente ed alla sua richiesta di salute, alla società per le risorse che impegna, al proprio sistema organizzativo per il personale impegno al buon funzionamento. Il dirigente, sia medico che non, ha da aspirare alla libertà del proprio comportamento nella responsabilità e nella consapevolezza dell'operato.

Ciò di cui ognuno risponde alla società è espresso nella valutazione finale che ogni azione si porta dietro: infatti il giudizio conclusivo di ogni operato non è mai sul piano tecnico o professionale, bensì su quello del comportamento etico complessivo. Nell'ambito specifico degli operatori sanitari, medici e non, subito dopo la valutazione sull'esperienza raccolta attraverso l'espressione della loro professionalità, segue quella definitiva e sintetica di tutto circa il grado di umanità espresso: dove il giudizio sulla "umanità" esprime la modalità di relazione di ciascuno capace di esprimere ciò che è autenticamente umano, in quanto capace di relazione positiva e costruttiva verso l'*altro*: relazione etica che pone di riconoscere nell'*altro* il valore principe della umanità.

Il corso, attraverso le tematiche scelte, vuole proprio puntare al superamento di una visione dell'assistenza sanitaria imperniata sulla necessità quantitativa delle risorse, il che confina molto spesso nella limitatezza delle stesse la giustificazione per eventuali insuccessi ed insufficienze, mentre vuole privilegiare l'attenzione alla qualità del loro uso. E' il momento applicativo che richiama ciascuno al proprio operato responsabile, attraverso il perseguimento di quella prospettiva etica che propone che ciascuno miri alla realizzazione di quel bene concretamente possibile, in quella data circostanza e con gli specifici mezzi fruibili.

Una responsabilità che va invocata non solo nei riguardi dell'assistito, ma verso la società tutta che sopporta l'onere economico e che attende i buoni risultati dal servizio.

Il mio più sentito ringraziamento agli illustri Docenti che hanno accettato di insegnare a questo corso: primariamente a quelli che vengono da lontano, in particolare al prof. Ricciardi, che è stato uno dei

Direttori del “Corso di Formazione in Etica e Management in Sanità” che ho avuto l’opportunità di frequentare presso la Pontificia Università Gregoriana in Roma dal 1995 al 1997. Il caloroso grazie ai professori Armocida, Gensini e Sorci che offrono il loro insegnamento attraverso le Lezioni Magistrali del I° modulo, ai Docenti tutti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Palermo che con la loro adesione hanno reso facile un compito che per me sarebbe stato diversamente impossibile; e ancora ai Docenti di tutte le istituzioni universitarie e non che con la loro prestigiosa partecipazione hanno contribuito alla realizzazione di questa esperienza formativa.

IL PONTE DI LANGLOIS DI V. VAN GOGH  
ED IL CORSO. IN ETICA E MANAGEMENT IN SANITÀ.

Proponiamo ancora una volta la capacità espressiva della bella immagine del Ponte di Langlois di Vincent Van Gogh, piena di luce e colori. Il ponte levatoio a due spalle ci è sembrato utile per richiamare ed affermare la necessaria cooperazione tra l’etica ed il management quando si vogliono raggiungere i migliori risultati nelle attività che hanno come fine l’uomo. Infatti solo quando le due spalle del ponte sono perfettamente allineate è possibile al cavallo transitare, trainando proficuamente il carro con il suo carico. Diversamente lo attendono inevitabilmente il vuoto, o giri lunghi, dispendiosi, inefficienti, inefficaci, infruttuosi (interpretazioni offerte nel I corso di formazione, Palermo 5 novembre – 11 dicembre 1999, e nel II corso di formazione, Palermo 3 novembre – 22 dicembre 2000).

Ma il ponte è anche capace di unire parti distanti tra loro – anche l’etica ed il management lo sono – raccordarle, offrire loro una continuità, superando solchi e fossati, materiali e statuti differenti, ed è necessario per rendere un servizio e consentire un risultato. Lo abbiamo anche scelto per essere una gradevole, serena immagine pittorica (III corso di formazione, Palermo 31 gennaio – 15 maggio 2002).

Oggi ci sembra di osservare che i personaggi raffigurati nell’opera di V. Van Gogh sono impegnati nell’esercizio di semplici attività quotidiane; ognuno attende al lavoro con la compostezza, posatezza e responsabilità proprie di chi è consapevole che il risultato ricade su chi non è immediatamente visibile nella scena: vogliamo cogliere dall’osservazione la chiave di lettura di come un servizio possa e debba essere autenticamente interpretato e vissuto: responsabilmente in funzione dell’altro.

ATTI DEL  
CORSO DI FORMAZIONE  
E AGGIORNAMENTO IN  
"ETICA E MANAGEMENT IN SANITÀ"





Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

## **GESTIONE SANITARIA DEL CITTADINO EXTRACOMUNITARIO**

*M. Affronti*

Responsabile Day-Hospital di Medicina delle Migrazioni dell'A.O.U.  
"P. Giaccone", di Palermo

### **La medicina transculturale**

A causa degli errori e della attuale crisi della Medicina, è giunto il tempo di istaurare un nuovo umanesimo che configuri il giusto rapporto tra medico e malato con al centro, ricomposto nei suoi molti frammenti, l'uomo avvolto amorevolmente dalle delicate attenzioni del medico. Il medico, a sua volta, deve trovare un equilibrio tra la capacità di ascolto competente ed umanizzata e la visita clinica oggi arricchita dai mezzi enormi offerti dalla moderna tecnologia. Non deve stupire che a fare da pista di lancio in questa operazione quasi copernicana possa essere anche la riflessione sulla medicina transculturale in quanto è stato di fatto così almeno negli ambulatori per immigrati degli anni 80' gestiti da volontari, quando ancora la medicina ufficiale parlava di migranti in termini di esotismo e di caccia agli untori di manzoniana memoria e quando nell'incontro sofferto con l'uomo di cultura diversa si riscopriva, il fascino scientifico della medicina clinica nel suo significato di medicina a letto del malato; un malato non più oggetto passivo di studio ma persona e risorsa nella difficile ed affascinante relazione terapeutica.

Nella consapevolezza che l'incontro tra culture sia una opportunità da cogliere, la medicina ha riflettuto e si è interrogata sul senso della multietnicità al suo interno (1). I punti centrali di questa riflessione sono due:

- la consapevolezza che la cultura influenza in maniera sostanziale la tipologia dell'espressione patologica;

- la forza terapeutica della relazione che sembra essere trascurata negli ultimi tempi e che sicuramente influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale, soprattutto in campo multietnico.

Si tratta di riconoscere la biculturalità del migrante, la diversità cioè di formazione del medico occidentale e le condizioni etno-sanitarie peculiari dell'atto migratorio. La formazione del medico occidentale è oggi troppo sbilanciata in senso scientifico nell'ipotesi che come nelle altre attività anche in medicina la verità si possa raggiungere mediante una attenta osservazione: "la medicina basata sulle evidenze" è l'ultima figlia di questa mentalità.

Ciò ha provocato da un lato un approccio col malato di tipo unicamente esplorativo, un rapporto soggetto-oggetto abbastanza delineato e dall'altro la cosiddetta ontologizzazione della malattia, quel pensiero cioè che ha fatto sì che il medico alla fine dialoga non più con i malati ma con le malattie, malgrado le continue e teoriche ammonizioni sul fatto che non esistano le seconde ma solo i primi, cioè i malati.

Ma come si è arrivati a questo punto? Quali fattori hanno determinato la nascita di questo medico interessato alle tecnologie diagnostico-terapeutiche piuttosto che alla centralità dell'uomo malato?

*"Pur col passare dei secoli, resta sempre intatta l'esigenza sapienziale: la ricerca della certezza assoluta che si cela all'occhio penetrante del clinico. Nello scritto ippocratico Antica Medicina, l'autore pone come limite all'arte sanitaria, alla tecné, l'oscurità appannata che si cela dietro ogni presunzione diagnostica. E' la tyché tutto ciò che non riusciamo a capire al paziente e che il prolungarsi degli sforzi diagnostici, semeiologici e clinici riesce ad assottigliare mai, forse, a dissolvere.*

*La grande battaglia tra tecné e tyché, tra arte medica e limite diagnostico, si ripresenta ancora una volta per ciò che si riferisce ai problemi sanitari dei migranti."*

Così Riccardo Colasanti (2) nel 1990 introduceva il suo intervento su "Antropologia Medica e Medicina delle Migrazioni" al I Congresso Internazionale su "Medicina e Migrazioni", sviluppando poi il concetto di una medicina per molti nuova: la medicina transculturale.

## **La I rivoluzione biomedica**

In realtà il grande merito di Ippocrate di Cos è stato quello di introdurre il concetto rivoluzionario che le malattie sono eventi natu-

rali provocati da una alterazione dell'equilibrio organico del corpo e non opera della volontà divina. L'"uomo della medicina", allora rappresentato dal mago-stregone o stregone-sacerdote e considerato l'antenato del medico moderno, perde di importanza: egli agisce con pratiche irrazionali, il nuovo medico si baserà su procedure razionali (3).

Ma poiché la medicina primitiva era sicuramente di una certa efficacia sia per l'oggettiva utilità di alcuni suoi rimedi, sia per gli effetti psicologici provocati nel malato dalle pratiche irrazionali (diceva Jean-Martin Charcot che il miglior medico è quello che sa infondere la speranza più forte nel malato) (4), essa continuò a fiorire come prima nonostante le nuove idee e nonostante il forte antagonismo e la concorrenza dei medici "regolari" ippocratici. (5) Malgrado quindi l'indiscusso merito di avere fondato una nuova medicina cosiddetta ufficiale o laica, alcuni dei suoi obiettivi non furono raggiunti.

Intanto le classi non intellettuali ma anche quelle acculturate continuarono a ricorrere alla medicina primitiva o magico-religiosa che continuò a prosperare praticamente fino al secolo scorso e poi non venne raggiunto neppure l'obiettivo di separare la medicina dalla filosofia.

## **La II rivoluzione biomedica (6)**

È solo nel XIX secolo infatti con la nascita della medicina moderna (Claude Bernard, "Introduction a l'étude de la médecine expérimentale") e con l'introduzione del metodo sperimentale che inizia la separazione vera tra filosofia e medicina ed oggi il loro rapporto è diventato inversamente proporzionale: il tecnicismo esasperato del medico di oggi rende il suo interesse per la filosofia prossimo allo zero (una situazione questa che non era nelle intenzioni dei medici ippocratici che sicuramente erano consapevoli debitori dei filosofi della natura e delle dottrine biologico-mediche delle Scuole filosofiche della Magna Grecia e della Sicilia).

Da allora questa situazione è rimasta sostanzialmente la stessa con pochi mutamenti nelle diverse epoche e con ricorrenti accentuazioni della richiesta di pratiche magiche nei periodi storici di maggiore ansia provocata da crisi politiche, religiose ed economiche. Come nell'antica Grecia anche nella nostra epoca razionale molti malati non ricorrono alla medicina ufficiale o l'abbandonano. In Italia, secondo

stime recenti (7) l'entità del fenomeno è il seguente: circa 650 sette esoteriche o pseudo-religiose molte delle quali hanno scopi curativi; 5.000 sedicenti maghi la cui pubblicità attraverso tutti gli strumenti del media include in modo palese i problemi di salute e le malattie; 5.000 miliardi di fatturato annuo con 25.000 miliardi di evasione fiscale stimata dal 1990 al 1998; e circa 7-8 milioni di cittadini coinvolti.

## **Gli errori della Medicina Moderna**

Evidentemente l'idea che il potere della scienza potesse facilmente vincere la connaturata irrazionalità dell'uomo era sbagliata e del resto dobbiamo riconoscere che la moderna medicina ha commesso diversi errori e tra questi almeno tre vanno ricordati.

Il primo è che la scienza medica non ha frenato e spesso ha persino favorito con troppi proclami trionfalistici e con la colpevole connivenza dei media la nascita del mito impossibile di una medicina infallibile.

Il secondo grave errore della medicina moderna è che troppo spesso la comunicazione tra medico e paziente che è alla base del cosiddetto contratto fiduciario si è modificato in senso negativo. Il rapporto è oggi diventato de-umanizzato in quanto il medico membro della civiltà della tecnologia è troppo occupato ad interrogare le macchine e sempre meno ad ascoltare ciò che il paziente ha da dirgli.

E' noto il dibattito tra medici e filosofi contemporanei (8) sull'opportunità di riportare lo studio della filosofia negli ordinamenti didattici delle facoltà mediche dove si è già iniziato con l'introduzione di corsi di storia della medicina e di filosofia della scienza con lo scopo di ridare al medico quel grado di umanità nel rapporto con i pazienti che la tecnologia esasperata gli ha sottratto.

Il terzo deriva direttamente dall'ideologia medica fondata sull'idea della malattia come fenomeno concretamente misurabile e rappresentabile, osservabile "dall'alto della scienza medica" secondo una nota formula di Claude Bernard (9).

*"Ma la centralità del visibile e del misurabile, si pensi alla retorica dello "sguardo clinico", ed al modello di relazione terapeutica ad esso sotteso, già alla fine degli anni '70 mostra i primi segni di inadeguatezza, le prime incrinature. Di fatto viene prepotentemente alla*



Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

*ribalta il cosiddetto “paradosso valoriale” costituito dal rapporto di cura di tipo bio-medico: il difficile, contraddittorio equilibrio tra oggettività ed empatia tra distacco ed identificazione.*

*Di fatto la medicina contemporanea ha cancellato la globalità della persona a vantaggio della conoscenza approfondita delle singole parti del corpo, tramite un processo di distanziamento e d’oggettivazione tipico della procedura scientifica.*

*La medicina moderna ha definito e separato i fenomeni per controllarli meglio con principi di sapore aristotelico del sapere come analisi distinta di diversi campi della realtà. Come su tali basi epistemologiche si sia poi radicato il cristianesimo che circoscrive nell’anima lo spazio vero del soggetto ed abbia influito il modello anatomo-patologico con la sua oggettivazione della parte malata è storia nota. Ma è importante comprendere come l’intersecarsi di tutti questi tratti – prolungamento delle nostre capacità biologiche in strumenti extracorporei, potenziamento dell’intervento tecnico attraverso la definizione di campi d’intervento specialistici, separazione del soggetto dal suo corpo – abbia costituito un modello globale di pensiero e di comportamento che orienta ancora oggi l’azione biomedica. E’ questo pattern che costringe il medico a dimenticare che quel corpo su cui sta intervenendo è in realtà una persona.*

*La negazione della soggettività espressa dal corpo malato e la riduzione del processo di cura ad un intervento tecnico, svincolato da qualunque implicazione relazionale, non rende conto però del bisogno di ogni gruppo umano di attribuire significati alla realtà e quindi anche alla malattia. Ecco quindi l’altro polo del paradosso terapeutico: guarire significa anche dare delle ragioni al male, operare una circolazione di significati, di parole sulle cause e sulle soluzioni, attivare dei processi di identificazione del gruppo nel disagio del malato. E’ il principio che in un certo senso rafforzava la vecchia semiotica medica che fondata sul contatto – l’imago, il colore, l’odore, la consistenza, ecc. – e sull’incontro diretto e ripetuto con il malato, stabiliva alcune ritualità d’avvicinamento e di conoscenza indispensabili allo stabilimento del rapporto.*

*Nel processo negoziale che di volta in volta s’istaura tra l’oggettività della procedura scientifica e l’empatia, il “disvelamento” del corpo-soggetto si gioca ogni relazione terapeutica.”*

## Il nuovo Paradigma

Oggi quindi siamo senza dubbio in un momento di considerazione cioè di un confronto che si rende necessario tra termini diversi che debbono essere concordati.

Da un lato l'evoluzione della scienza medica tramite lo sviluppo delle discipline di base (dalla biologia molecolare alla genetica) con risultanze positive enormi e sotto gli occhi di tutti, ma anche potenzialmente comportanti un "riduttivismo biologico" ed il pericolo a questo punto intrinseco di rivendicazioni di "autonomia di giudizio". Dall'altro la evoluzione tecnologica comportante enormi possibilità di affinamento diagnostico e terapeutico ma con il pericolo di sfociare in una settorializzazione di tecnicismo tecnologico ed ancora entrambe le condizioni inserentesi in una formazione universitaria che sta privilegiando l'acquisizione per campi separati nonostante la formalistica definizione di "corsi integrati".(10)

Riprendendo le parole di Kuhn (11) questo sistema di valori da lui definito paradigma è entrato in crisi in quanto si è scontrato con l'impossibilità di risolvere determinati problemi ed allora è necessario sulla base di ricerche straordinarie iniziare un nuovo processo che deve giungere a costruire un nuovo quadro entro cui porre le concezioni scientifiche di un determinato settore. Deve nascere cioè un nuovo paradigma si deve compiere una rivoluzione scientifica.

Per applicare le concezioni di Kuhn alla crisi della medicina dovremmo riuscire e determinare quali problemi si dimostrarono insolubili con i mezzi da esso offerti e quali fatti nuovi ne misero in luce l'insufficienza. Nel nostro caso ciò è accaduto negli anni in cui la metodologia ha lasciato il posto alla tecnologia e la medicina ragionata sostituita dall'automatismo diagnostico-strumentale" (12).

E' bene ripercorre le tappe ed i motivi di questa crisi e della crisi in definitiva del metodo clinico.

Il primo aspetto della crisi coincide con lo sviluppo dell'ospedale (13) che diventa una vera e propria macchina per curare riducendo il peso l'importanza ed il carisma del medico e cosa ancora più importante macchina per curare con una articolazione polispecialistica.

Il medico si trasforma così da santone a manager e da grande clinico luminare egli cura e diagnostica sempre più con l'ausilio della "macchina" che si è costruita, di cui è responsabile e a cui conferisce un indirizzo: la clinica universitaria o la divisione ospedaliera.

Un ulteriore aspetto della crisi è legato alla nascita ed allo sviluppo della tecnologia (14) in ambito medico che ha dato sicuramente enormi vantaggi ma ha creato la falsa illusione della possibilità di una diagnosi tecnologica. Si è dimenticato cioè che la macchina può solo dare una valutazione parziale di un fenomeno, è un segno che reclama una interpretazione un processo di significazione e non un semplice passaggio di informazione. Non si tratta di diagnostica di laboratorio, di diagnostica elettrocardiografia o radiologica ma solo e semplicemente di semeiotica cioè di uno studio di quei segni, di quelle comunicazioni significanti che reclamano una interpretazione.

Altro aspetto della crisi è l'avvento di nuovi e sempre più potenti farmaci e di fatto avviene che le possibilità terapeutiche sopravanzano le abilità diagnostiche. (15)

Per cui la *"medicina avanzata tecnologicamente, regredisce intellettualmente; le scorciatoie della diagnosi sono infinite. Viene a mancare il gusto di capire; nasce l'orgoglio di curare: si fa più che non si pensi; il medico pensa meno ma può di più."* (16)

Altro fatto importante è rappresentato dalla considerazione che nel frattempo anche il malato è cambiato passando da oggetto a persona. In passato il problema non si poneva neppure poiché il malato era puro oggetto, non per cattiveria o insensibilità: era la visione positivista che induceva ad oggettivare il più possibile tutto ciò che doveva essere studiato.

Un aspetto che influenza profondamente tutta la medicina dei giorni nostri è la necessità di dare dimostrazione di ciò che si afferma. Come principio sarebbe giusto se non fosse che dietro la facciata dell'esigenza del rispetto del metodo scientifico si cela quello della tutela del medico di fronte al paziente ed alle sue eventuali rivendicazioni sul piano legale; ho sentito di lezioni universitarie in cui il docente di turno parlava del "paziente" come del primo e più grande nemico del medico.

Un ultimo aspetto del problema è quello relativo all'ambito della ricerca nel contesto di una determinata specialità in quanto oggi spesso si misura la credibilità di un medico in base alla sua produzione scientifica e questa è di necessità concentrata il più delle volte su un ristretto argomento di ricerca per cui il rischio è quello di vedere la medicina dal "buco della chiave".(17)

Alla fine cosa resta della medicina vera e del metodo clinico ad essa sottesa?

La visita come incontro. Se il medico togliesse ogni tanto le mani dalle macchine e “toccasse” il malato, lo guardasse e gli parlasse di più, susciterebbe in lui quella nuda e cruda speranza o fede che esalta il suo cosiddetto guaritore interno, ovvero la naturale capacità dell’organismo di combattere la malattia. La Medicina Transculturale cammina in questa direzione perché ha al centro del suo interesse l’uomo persona e non l’uomo macchina.

L’insegnamento della medicina richiede anche di essere trasmesso da una figura credibile, credibile per sapere, per esperienza per contributi di studio ma anche credibile come uomo.

*“Non voglio spedire le macchine al tribunale di Norimberga; costerebbero troppo le spese del processo. Le macchine non si sono moltiplicate secondo i bisogni dell’uomo ma secondo i bisogni della speculazione: questo è il punto essenziale. Non si può confondere una onesta agenzia matrimoniale con una organizzazione di prostituzione. La scienza ha fornito le macchine, la speculazione le ha prostitute, e ne chiede sempre più alla scienza per i bisogni di un appalto che vuole estendere a tutta la terra. Poi è venuto lo Stato moderno a prendere in mano l’affare”.*

*(Georges Bernanos, Aula Magna della Sorbona, febbraio 1947), quasi a segnare la necessità di una scelta morale prima che ideologica, spirituale prima che civile.*

*“Allora si potrebbe immaginare un umanesimo nuovo, con la speranza di veder morire questo nostro medioevo. Col desiderio che in una terra sconosciuta ci sia di nuovo l’uomo al centro della vita. Allora si potrebbe immaginare un neo rinascimento”.*

*(G. Gaber, 2003, “Se ci fosse un uomo”).*

## Bibliografia

- 1) MAZZETTI M., *Il Dialogo Transculturale*, Carrocci Faber Ed., 2004
- 2) COLASANTI R., *Antropologia Medica e Medicina delle Migrazioni*, in Atti II Congresso Internazionale, Medicina e Migrazioni, Traumi e Problemi di Salute Fisica e Mentale in Immigrati e Rifugiati, 41-46, Società e Istituzioni, Roma 1990.
- 3) ACKERKNECHT E.H., *Problems of primitive medicine*. Bull. Hist. Med., 11: 508, 1942
- 4) Ref. 3, pag. 514
- 5) KUDLIEN F., *Early Greek primitive medicine*. Clio medica, 3: 514, 1968

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

- 6) GRMEK M.D., *La vita, le malattie e la storia*. Di Renzo, Roma, 1998
- 7) <http://www.telefonoantiplagio.org>
- 8) CONTI F., MINELLI A. *Gli incontri di scienza e filosofia in Facoltà. Gli interventi ed alcune riflessioni*. Boll. Fac. Med. Chir. Univ. Ancona, 3, 10: 2-15, 2000
- 9) DIASIO N., *L'uomo di vetro e l'uomo velato: la relazione terapeutica con il paziente eteroculturale*. Ann.Ig.; 7: 209-216, 1995
- 10) CAGLI V., *Elogio del Metodo Clinico*. Armando Editore: 10, 1997
- 11) GIORELLO G., *Filosofia della scienza e storia della scienza nella cultura di lingua inglese*, in L. Geymonat, Storia del Pensiero filosofico e scientifico, vol. VII, Milano, Garzanti, cap. 5: 220-231, 1976
- 12) SCANDELLARI C., *Augusto Murri, clinico medico, relazione letta al convegno*, in A. Murri, medico ed epistemologo, Fermo, 1994
- 13) Ref. 10, pag. 77
- 14) Ref. 10, pag.84
- 15) Ref. 10, pag. 88
- 16) Ref. 10, pag. 91
- 17) Ref. 10, pag. 123





## ASPETTI ETICI E MODELLI DI MANAGEMENT

*P. Binetti*

Professore ordinario di Storia della Medicina, Campus Biomedico, Roma

### Introduzione

Il management è una realtà che si è andata affermando negli ultimi decenni, perché i suoi metodi e le sue procedure si sono imposte all'attenzione del mondo del lavoro mano a mano che cresceva il livello di complessità della struttura organizzativa. Senza un management efficace le organizzazioni complesse tendono a diventare caotiche e alla insufficienza dei risultati che si rileva nel contesto socio-professionale si sommano le dinamiche conflittuali interne. La struttura organizzativa appare contraddittoria, confusa sul piano tattico oltre che su quello strategico, incerta nelle sue scelte, proprio per la mancanza di una guida efficace, capace di individuare obiettivi, di selezionare strategie e di perseguirle con determinazione, ma senza rigidità.

Un management efficace produce prima di tutto un apprezzabile grado di ordine e di coerenza nelle dimensioni organizzative, puntando contestualmente allo sviluppo della qualità e della produttività specifica. Non a caso l'efficienza resta uno dei parametri più usati per la valutazione della attività manageriale. Ma l'ordine che rende possibile il raggiungimento di questi obiettivi è soprattutto un ordine di natura etica, in cui si manifesta il rispetto per le competenze individuali, l'integrazione dei ruoli in una progettualità densa di significati, e mai auto-referenziale. Il management assicura la realizzazione dei piani aziendali non solo attraverso i processi di controllo che puntano a verificare il livello di soluzione dei problemi che via via emer-

gono, ma soprattutto attraverso i processi di empowerment che attivano a livello personale e collegiale.

Una delle caratteristiche principali delle organizzazioni moderne è l'interdipendenza delle funzioni, per cui nessuno gode di una completa autonomia ma deve fare un costante riferimento alla pluralità dei compiti indispensabili per raggiungere gli obiettivi istituzionali, alle tecnologie utilizzate, ai sistemi di management e al modello gerarchico. In questo senso il manager da un lato cerca di orientare nella giusta direzione le persone che collaborano con lui e quelle che da lui dipendono, ma dall'altro cerca di motivarle soddisfacendo le loro principali esigenze. Potremmo dire che coltiva un duplice atteggiamento: orientato al compito da un lato e dall'altro orientato alla persona. In questo modo mentre punta al raggiungimento degli obiettivi istituzionali cerca di innescare strategie di empowerment, che diano ad ogni persona la piena soddisfazione di sviluppare il proprio potenziale di capacità mentre collaborano alla piena riuscita degli obiettivi aziendali.

## **Leadership e management**

Quando il management si caratterizza oltre che per una concreta competenza organizzativa anche per una leadership efficace, l'azienda sanitaria non solo riafferma i propri standard di produzione in modo sempre più efficace ed efficiente, ma mette in evidenza anche la propria apertura al cambiamento. Efficienza ed innovazione definiscono i confini di quel vantaggio competitivo che da un lato è espressione di creatività applicata, ma dall'altro mostra una costante attualizzazione della specifica vocazione di servizio di una azienda sanitaria. Mostra infatti di essere capace di assumere il rischio di interpretare nuove sfide, di investire in aspetti innovativi, offrendo alle persone che lavorano opportunità spesso imprevedute e imprevedibili, che mobilitano nuove risorse. La dimensione etica della gestione si esprime necessariamente anche in questa sfida della intelligenza che non si chiude nella soddisfazione dei risultati raggiunti, ma si interroga costantemente su come poterli migliorare. E' una apertura all'innovazione che ha le sue radici nella capacità di ascolto attento ai bisogni emergenti delle persone, che non trovano risposta nelle procedure già standardizzate.

Una buona leadership è in grado di motivare le persone che lavorano in campo sanitario, stimolandole ad assumersi nuove responsabilità personali in un contesto globale, che legge i bisogni di salute in modo sempre più articolato. Lascia che ognuno individui modalità proprie per esprimere le sue esigenze, attraverso linguaggi nuovi, che si sforza di apprendere e di decodificare per non sottrarsi alla responsabilità della relazione di cura in un contesto multietnico e multiculturale. Un buon leader non si fa sorprendere dal cambiamento ma ne intuisce i primi segnali e predispone strumenti e modelli di risposta adeguata. In altri termini non ha bisogno di aggiornarsi perché è sempre al giorno: il suo obiettivo è comunicare agli altri i nuovi modi necessari per elaborare risposte valide ai problemi reali emergenti.

Il cambiamento, assunto come mission specifica dal leader, contiene al suo interno molte richieste che vanno esplicitate e che interpellano in modo diverso le persone, stimolandole a mettersi in gioco. La gestione del cambiamento richiede al leader la capacità di accogliere le diverse risposte-proposte integrandole ex post, proprio per non intorpidire i processi di creatività, che costituiscono un forte fattore motivazionale a livello personale ed istituzionale. La capacità del leader è quella di armonizzare le differenze, di integrare le competenze e di stimolare l'insorgere di nuove forme di leadership, senza timori ma con una ampia visione degli eventi e delle strategie più opportune per governarli.

Leadership e management stanno tra di loro come la flessibilità e l'apertura al cambiamento sta alla professionalità consolidata e corroborata dai risultati. Alla capacità innovativa dell'una corrisponde la prudenza dell'altro, ma l'uno e l'altro debbono convergere nella valorizzazione delle persone impegnate nei vari processi e nelle diverse fasi di ciascun processo. Questa attenzione alle persone rappresenta la istanza etica prevalente del mondo imprenditoriale e si traduce nella capacità di generare nuovi manager e nuovi leader. Un modo di sviluppare leadership consiste nel creare opportunità di sfida per i propri collaboratori, a cominciare dai più giovani. Nel mondo sanitario questa mentalità richiede una profonda attenzione alla ricerca, ma non solo alla ricerca di base o alla ricerca clinica. E' necessario innestare mentalità di ricerca nei processi organizzativi, nei modelli gestionali, nei diversi stili di management, in tutto quel vasto campo di attività che tende a isterilirsi per un approccio burocratico rigido e conformista. Legato ai propri schemi e alle proprie sicurezze, poco

disposto a dar credito e a stimolare leadership, ma fermamente ancorato a modelli manageriali ingessati.

## **Management e formazione**

Lo sviluppo delle competenze per ogni persona e per ogni team, perfino per ogni istituzione, richiede un approccio storico-narrativo, una rivalutazione del perché attualmente possediamo queste competenze, quali avremmo voluto possedere e cosa, almeno apparentemente, non ci ha permesso di acquisirle. Ogni soggetto è sollecitato ad un ampio e sereno processo di auto-riflessione, per potersi porre in modo realistico e costruttivo a lavorare sul suo futuro, sul suo progetto. Il recupero della conoscenza personale in modo consapevole è strumento di riferimento essenziale per chi vuole formare altri. Nello sviluppo delle metacompetenze gioca un ruolo di primo piano la capacità di riconoscere i propri flussi emotivi e di contenerli, senza reprimerli. C'è una mentalità di conquista continua di nuovi spazi di abilità e di conoscenze proprio a livello organizzativo gestionale, secondo una logica di formazione continua che parte dalla esperienza quotidiana a contatto con gli altri. Per questo è necessario dotarsi di uno strumento che consenta in momenti diversi, con risonanza e ricaduta diversa, di poter procedere al bilancio effettivo delle competenze dei propri collaboratori, come momento veritiero per la loro valutazione complessiva e la loro promozione. Una sorta *Evidence based evaluation*: valutazione basata su prove oggettive, che possono essere nello stesso tempo momento di valutazione e di formazione, di cambiamento e di valorizzazione. Valutare per valorizzare, significa amplificare il coefficiente creativo individuale e renderlo disponibile anche per gli altri, con una non indifferente ricaduta sul piano sociale. Anche questa è una delle dimensioni etiche del management: l'obiettività della valutazione e la sua proiezione verso nuovi spazi di realizzazione del sé, selezionati in un'ottica di servizio coerente con i fini istituzionali. In altri termini diagnosi (valutazione) e terapia (intervento positivo), assumono significati diversi in funzione della prognosi: progetto personale radicato nel piano di sviluppo aziendale, ma l'uno e l'altro si sostanziano in un follow up serio e adeguatamente temporizzato.

La filosofia educativa sottesa è molto semplice e parte dal presupposto che il Manager è prima di tutto un Maestro e questo è quanto ci

si aspetta da lui. Il manager come maestro è contestualmente interessato ai risultati dell'azienda e alle persone attraverso cui può raggiungerli. Non separa mai gli uni dagli altri, per cui mentre governa i processi forma le persone e in un caso e nell'altro rivela le sue capacità di cura. C'è una etica della cura che si esprime nell'attenzione alle persone formate ai compiti a cui vengono assegnate, ma c'è anche una cura dei compiti strategici dell'azienda, modellati sulle risorse disponibili offerte dalle persone. Un buon manager in un ospedale potenzierà quelle aree nelle quali dispone di clinici di eccellenza e formerà i suoi clinici in quelle aree che si rivelano prioritarie, per soddisfare i bisogni di salute. La sua capacità di mediazione tra persone e processi punta ad adattare gli uni agli altri, senza sacrificare né talenti né esigenze. L'etica della cura lo porta a prendersi cura contestualmente dei pazienti e dei professionisti che a loro volta si prenderanno cura dei pazienti stessi.

Un Maestro è tale in tanto in quanto riesce a sviluppare nei propri allievi il loro massimo potenziale di sviluppo. Il valore aggiunto che il management presuppone rispetto alla pura funzione docente è la spendibilità immediata della formazione offerta, la sua traduzione in una applicabilità remunerativa, sia sul piano dell'autostima che sul piano economico concreto. Un buon manager, con talento di leader e con stoffa di formatore, potenzia lo sviluppo di competenze dei suoi uomini mettendoli in condizione di esercitarle quando sono ancora incipienti, per rafforzarle e farle fruttare. Oggi questo tipo di processo si chiama comunemente: *empowerment* e sfrutta molto la cosiddetta leadership situazionale, che dà un senso particolare alla convinzione, espressa da molti, che la formazione sia efficace soprattutto quando si dà in atto. Con un chiaro riferimento all'etica della responsabilità che coinvolge reciprocamente chi dirige e chi è diretto nel processo formativo. Perché si dia un reale empowerment infatti la comunicazione deve coinvolgere attivamente sia chi trasmette informazioni, che chi deve attivarsi per informarsi; lega i processi di autonomia allo sviluppo riconosciuto e mirato delle competenze relative. La libertà è sempre e solo espressione di responsabilità e questa si esprime nella competenza, sia a livello individuale che di gruppo. Il team working diventa base e fondamento sia per l'apprendimento che per i relativi programmi di cambiamento. Aumenta così la forza espressiva dei gruppi di lavoro attraverso la loro coesione, la visione prospettica, e l'ampliamento progressivo dei margini di competenza. Permette che

affiorino le diverse forme di leadership naturale e facilitando successivi processi di selezione.

Il riferimento costante e continuo all'acquisizione di nuove competenze mette in evidenza un'etica del lavoro ben fatto, lasciando chiaro al soggetto che a nuovi compiti e nuove responsabilità corrispondono nuovi obblighi formativi per farvi fronte. Essere un buon ricercatore non rende necessariamente buoni direttori di dipartimento, così come essere un buon clinico non rende necessariamente buoni primari. Il nuovo compito organizzativo-gestionale, assegnato sulla presumibile eccellenza mostrata in altre competenze specifiche, più settoriali, esige l'acquisizione di un nuovo profilo di competenze, spesso con carattere più generalista, che impone al soggetto un importante lavoro di ristrutturazione del suo *self professional*. Lavoro che troppo spesso viene sottovalutato o banalizzato, appiattendolo in una operazione di aggiornamento minimalista, spesso solo di natura informativa. Il modello formativo basato sullo sviluppo continuo delle competenze rappresenta uno degli obiettivi su cui oggi più si riflette e su cui più si sta sperimentando.

Inizialmente la competenza era vista solo in una prospettiva cognitivo-comportamentale, poi si è messa l'attenzione sulla dimensione neuro-cognitiva, ma oggi si sta affermando il principio classico dell'Operari sequitur esse, per cui si coglie la stretta relazione tra la formazione caratterologica di base, le qualità stabili dell'animo – le virtù- e i comportamenti del soggetto sia a livello personale che professionale. Sempre di più ci si rende conto di come la complessità della persona sia interamente in gioco nei processi formativi, e nulla resti al di fuori della dinamica di cambiamento che ogni formazione seria presuppone. Esistono aspetti soggettivi ed aspetti intersoggettivi, aspetti oggettivi e aspetti oggettivabili. Lo stesso apprendimento oggi è visto nell'ottica della competenza ad apprendere e lo sviluppo delle competenze si colloca nel modello del lavoro per progetti. Per cui vale anche il reciproco: ogni progetto è una occasione formidabile per sviluppare competenze, sempre che queste siano individuate e si consenta loro di esprimersi e di svilupparsi adeguatamente a livello individuale e collegiale.

Un buon lavoro di formazione dei manager darebbe luogo ad una operazione che complessivamente dovrebbe contribuire a creare quella che alcuni autori moderni chiamano: Salute organizzativa, ovvero la percezione del benessere nel proprio contesto professionale. Ossia il cambiamento di clima che tutti ci attendiamo. Ma dovrebbe successi-



vamente attivare un modello di lavoro strategico per cui il cambiamento nella struttura passa attraverso la formazione e nasce quindi dalla condivisione degli obiettivi e delle prospettive. Non è proposto-imposto per via gerarchica, ma è gradatamente conquistato dalle persone che occupano posti direttivi intermedi, nella loro esposizione diretta al rapporto con i loro collaboratori, giovani e grandi. Obiettivi sostanziali di due tipi:

- la formazione del formatore a livello personale: stile, ma anche arte e tecniche da utilizzare nella formazione del quotidiano, partendo dal presupposto che si tratta di potenziare forme di *experiential learning* attraverso gli strumenti ordinari delle riunioni di area e degli incontri personali col direttore;

- la formazione dei collaboratori, sul modello dello sviluppo delle competenze individuali e di gruppo. Il concetto di competenza integra fortemente gli aspetti cognitivi, con quelli relazionali e organizzativo-gestionali. E' quello che attualmente più si avvicina ad un modello di formazione alle “virtù”.

### **La formazione come “servizio”.**

L'attenzione al rapporto tra management e formazione deve prendere in considerazione non solo il management come formatore, ma anche il management come soggetto che riconosce il suo personale bisogno di formazione, per cui non cerca alibi per sottrarsi. Il Manager esprime la sua stoffa di leader soprattutto quando realisticamente riconosce i suoi bisogni formativi, perché questo significa che ammette i suoi limiti e il suo bisogno degli altri. Si sente uno tra gli altri, con responsabilità concrete nei confronti di quelle persone che in qualche modo dipendono da lui, e di cui si prende cura con prudenza e con realismo, senza per questo abdicare alla sua responsabilità. Due fenomeni infatti coinvolgono, pur in modi diversi, il servizio formativo:<sup>1</sup>

- l'offerta e l'erogazione di servizi formativi risulta particolarmente apprezzata e può essere considerata di maggiore Qualità, se arricchita da *servizi aggiuntivi*, proposti come efficace modalità di *personalizzazione* dei percorsi formativi;

- nel caso della *formazione* in una struttura sanitaria la logica della Qualità Totale richiede una esplicita mentalità di servizio, da fornire tenendo presente che:

- si tratta di un servizio *intangibile e difficilmente quantificabile* nello spazio e nel tempo (anche se è possibile misurare il grado di soddisfazione individuale);

- *i bisogni* sono spesso *potenziali*, espressi solo al momento del contatto, per cui è necessaria capacità di anticipazione e di empatia da parte di chi lo eroga;

- il comportamento umano non è sempre prevedibile, i risultati del servizio sono soggetti allo *scambio relazionale tra i protagonisti*, che si influenzano reciprocamente determinando infinite variabili.

Il manager, aperto alla formazione personale e disposto a favorire in molteplici modi la formazione dei suoi collaboratori, deve essere consapevole del contributo che la formazione stessa può apportare all'Organizzazione, se c'è una reale apertura alle trasformazioni imposte dal cambiamento sociale, e soprattutto se c'è la sensibilità etica necessaria per generare innovazione (rispondendo a bisogni nuovi oltre che a quelli consolidati), ampliando le possibilità di scelta che consentano l'apertura alla partecipazione effettiva del paziente alle decisioni che lo coinvolgono, in una nuova alleanza terapeutica<sup>2</sup>. La recente attenzione data alla *formazione continua*, sollecitata da fenomeni sociali e dalla mutevolezza del mondo del lavoro ha riproposto con maggiore attualità il tema dell'*apprendimento continuo*.<sup>3</sup> In questo contesto la formazione data in una Azienda, sotto l'impulso diretto dei manager responsabili, viene "scoperta" come capace di assolvere a compiti ben più ampi *dell'aggiornamento teorico-pratico*. Alcuni filoni di ricerca evidenziano la strategicità della formazione come veicolo e strumento fondante della cultura, dei valori e della missione aziendale. Una definizione di servizio che riteniamo calzante per evidenziare il ruolo strategico della formazione aziendale è la seguente: "*processo di interscambio finalizzato alla soluzione di problemi, alla soddisfazione dei bisogni e dei desideri di persone singole o collettive e imprese che si attua mediante il trasferimento reciproco di informazioni, conoscenza, abilità, lavoro, appartenenza, sicurezza o la disponibilità ad usare individualmente e temporaneamente beni / strumenti o il trasferimento di risorse naturali*".

La formazione è ambito privilegiato per la *valorizzazione delle potenzialità umane*, "luogo" dove creare sinergie, lavoro di gruppo, solidarietà, attraverso interventi continuativi nel tempo, resi omogenei da un obiettivo unificante: perseguire il miglioramento dell'Organizzazione. Una visione di questo tipo può apparire lontana

dalle esigenze concrete ed operative di una azienda sia pure di tipo universitario. La formazione ha una funzione fondamentale per superare le resistenze al cambiamento, grazie alla sua capacità di coinvolgere in maniera propositiva e collaborativa proprio coloro che da tale cambiamento sono "sconvolti"<sup>4</sup>. Questa visione della formazione focalizza l'attenzione sui processi di *apprendimento organizzativo*, cioè sui meccanismi che permettono la crescita dei flussi delle conoscenze, attraverso le valorizzazioni del know how e dei fenomeni culturali sia interni che esterni all'Azienda. La capacità di *imparare dalla realtà a migliorarsi* realizza una *formazione informale*, differente, nei fondamenti metodologici e cognitivi, dagli schemi tradizionali della lezione d'aula e dal rapporto docente/discente. In un processo di questo tipo prevale l'*imparare facendo*, e diventano fattori decisivi sia il modello organizzativo che la possibilità di *sperimentare concretamente* attività di *governo dei processi*; il che significa trovare concreta occasione per sviluppare il senso di responsabilità, le competenze decisionali, l'autocontrollo e, soprattutto, il saper lavorare in gruppo.

### **Etica del Management e gestione del paziente: bisogni ed aspettative del paziente**

Compito principale di una manager di una azienda sanitaria è creare le condizioni perché i pazienti siano curati meglio, fino ai massimi livelli di eccellenza possibile. Le sue responsabilità sul piano economico e organizzativo gestionale traggono senso e significato solo in questa prospettiva. Ora per aumentare il livello di soddisfazione del paziente occorre riuscire a comprendere in profondità le sue esigenze e documentarle. Ciò permette di pianificare interventi che rispecchiano le informazioni fornite dal paziente, basandole sui suoi *bisogni* e sulle sue *aspettative*. Il paziente giunge in ospedale carico di ansie che riguardano la sua malattia e pieno di aspettative nei confronti del servizio che gli verrà prestato: ansie ed aspettative difficili da individuare. E' più facile sapere di cosa ho bisogno quando sto bene e registro una sensazione di freddo, di fame, di sete....: so che posso scegliere tra le alternative disponibili in base ai miei gusti, ma è più difficile per la stessa persona sapere cosa può scegliere se sta male, dopo un intervento chirurgico, in cui le stesse sensazioni di caldo-freddo, fame-sete, acquistano contorni più sfu-

mati, con una sensazione di malessere diffuso, spesso sintetizzato in una espressione tanto semplice quanto significativa: “Sto male... mi sento male, anche se non so cosa ho.....”. Medico ed infermiere, quando fanno delle ipotesi, suggeriscono dei tentativi ricorrendo ad una proiezione empatica, ricca di comprensione e di condivisione. Il malato si affida al personale medico-infermieristico, perché si fida di lui, anche se non riesce a seguirlo lungo un ragionamento fatto di ipotesi da verificare nel tempo. Per il paziente a volte è difficile valutare i suoi bisogni, le sue aspettative, poiché non conosce le prospettive che gli si presentano e i possibili risultati a medio-lungo termine. La relazione umana di fiducia che il paziente stabilisce con il medico ha il fondamento di una parziale condivisione scientifica, si sviluppa soprattutto nell’ottica di una fiducia personale nella sua disponibilità, nella sua lealtà, nella fedeltà a valori comuni condivisi in modo spesso implicito, ma non per questo meno reale e concreto. La malattia e le circostanze in cui si muove influenzano la sua percezione rispetto alla qualità delle cure che sta ricevendo e condizionano la tipologia delle informazioni da fornirgli.<sup>5</sup>

- il paziente non è in grado di formulare un giudizio adeguato sulla competenza tecnica del personale medico, sia per il diverso livello di competenza specifico che per il suo stato fisico ed emotivo (dimensione oggettiva della relazione: cosa il medico sa e sa fare);
- il paziente viene influenzato da fattori non strettamente tecnici quali le doti interpersonali del medico o la presenza-assenza di attrezzature sofisticate. La percezione che il paziente del contesto relazionale è forte e significativa, intrinsecamente legata al rapporto intersoggettivo (chi è il medico e cosa sa fare);
- il paziente è spesso riluttante a rivelare ciò che veramente pensa, perché si sente in posizione di inferiorità e teme il giudizio del medico su di sé e sulla sua malattia, spesso a causa di precedenti insuccessi nella comunicazione con il medico (chi è il paziente e cosa teme & desidera: dimensione del suo vissuto attuale contestualmente in proiezione di futuro e di passato);
- il paziente non riesce a ricordare esattamente e tempestivamente tutti gli aspetti legati alla sua malattia e al processo di erogazione dei servizi sanitari, tenendo conto della complessità dell’apparato burocratico amministrativo generale (SSN) e di quello specifico della struttura a cui afferisce (il chi è del paziente contemporaneamente legato al vissuto soggettivo della malattia e alla conoscenza oggettiva

del sistema: operazione altamente complessa sotto il profilo psicologico e necessariamente soggetta a possibili distorsioni).

Attualmente è diventato quasi una moda sottoporre al paziente una serie di quesiti per sondarne l'opinione e cogliere attraverso il suo punto di vista la dimensione soggettiva della qualità percepita. Quanti si dedicano a questo compito, nel preparare i questionari o le domande da porre ai pazienti per ottenere informazioni, dovrebbero tenere conto di questi problemi e dovrebbero predisporre accorgimenti atti a ridurre l'impatto di questi fattori. Il paziente in genere ha una doppia tipologia di bisogni e di aspettative: <sup>6</sup>

- una parte legata al trattamento che riceve, e quindi percepita soggettivamente proprio come “paziente”;
- un'altra parte correlata all'insieme dei servizi che tendono a soddisfare i suoi bisogni come persona e non solo come malato, e quindi percepiti dalla persona nella sua globalità.

L'esperienza conferma che i due tipi di bisogni vanno incontro ad una sorta di bilanciamento, per cui mano a mano che il paziente sta meglio cresce il suo livello di vigilanza sulla qualità del servizio e il suo atteggiamento riflette quello di chi pretende determinate prestazioni. Su ognuno di questi aspetti il paziente può fornire al personale medico-infermieristico una serie di dati, che varieranno in funzione della relazione interpersonale che si stabilisce tra di loro. La collaborazione che si stabilisce tra pazienti e professionisti è importante proprio per fare luce su questa piattaforma iniziale di aspettative, che vanno conosciute e condivise, anche in rapporto alle risorse disponibili nel servizio. Vanno messe in discussione anche le reazioni del paziente alle cure e ai diversi servizi che riceve, in modo da definire sempre meglio i contorni della qualità globale che il malato cerca nella sua dimensione personale. Non si tratta solo di fotografare la proiezione interiore che il paziente ha dei suoi bisogni e di quanto è necessario per soddisfarli, ma di attivare una proiezione continua di questi bisogni nel loro dinamismo.<sup>7</sup> Da quando nelle Istituzioni sanitarie è invalsa l'abitudine di valutare i risultati della attività clinica in rapporto alle condizioni di salute oggettivamente e soggettivamente percepite, il punto di vista del paziente sul trattamento clinico ricevuto è considerato sempre più importante.

L'etica della valutazione oggettiva impone che il controllo della qualità percepita dal paziente sia impostato fin dall'inizio del processo e non solo in modo strumentale rispetto ai risultati. Spesso i

pazienti hanno aspettative confuse o poco realistiche e ciò può rendere più difficoltoso il miglioramento del livello di soddisfazione nei confronti dei risultati clinici e delle condizioni di salute percepite. Occorre capire di quali informazioni dispone il paziente e successivamente bisogna stabilire ciò che il paziente deve sapere riguardo al trattamento clinico cui sarà sottoposto e ai probabili risultati. Ciò non solo per ottenere il suo consenso al trattamento, ma per aiutarlo a collaborare al trattamento e per facilitare la sua accettazione dei risultati ottenuti: forse non i migliori in assoluto (il mito della salute integrale), ma spesso i migliori relativamente al contesto e alle risorse disponibili. Il paziente deve quindi essere istruito e informato adeguatamente, anche per rendere più realistiche le sue aspettative e più chiari ed espliciti i suoi bisogni.

Il grado di soddisfazione nei confronti dei risultati ovviamente è influenzato anche dai valori del paziente e da ciò che egli considera importante per la qualità della sua vita. Coinvolgendolo nelle decisioni che caratterizzano il suo trattamento ed aiutandolo a scegliere ciò che più si adatta al suo stile di vita e ai suoi valori, è possibile aumentare il livello di *compliance* e il livello di soddisfazione finale. Il tentativo di migliorare il livello di soddisfazione dei pazienti si estende anche agli aspetti collaterali del trattamento, che riguardano i servizi messi a sua disposizione dalla struttura: mensa, orari, televisione, telefono, aspetti economici, ecc.... In altri termini tutto ciò che riguarda lo stile di vita nella Istituzione a cui si affida. Il livello di informazioni da dare al paziente in rapporto ai suoi bisogni e alle sue aspettative deve coinvolgere anche la sua famiglia, soprattutto in quei casi in cui i vincoli familiari costituiscono una delle risorse più importanti per avviare il trattamento e per mantenerlo dopo in casa.

Il processo di cura passa attraverso una serie di costanti interazioni interpersonali e la risposta del paziente a queste interazioni, unita alla percezione dell'ambiente, degli aspetti gradevoli e delle attrezzature ospedaliere, influenza direttamente la comprensione delle procedure sanitarie, la fiducia e il consenso nei confronti dell'istituzione, e determina il suo livello di collaborazione. La qualità di questa interazione medico-infermiere-paziente, definita come "arte della medicina", condiziona il livello di soddisfazione o di stress nel personale e presenta una ricaduta sui risultati. Se la comunicazione non è buona, le possibilità del medico di fare un buon lavoro e di trattare efficacemente un paziente si riducono in modo netto. La comuni-



cazione del dolore, ad esempio, è l'indicatore più affidabile della sua presenza e della sua intensità.<sup>8</sup> La valutazione appropriata ed il controllo del dolore postoperatorio dipendono proprio dal rapporto interpersonale che si crea tra il personale sanitario, il paziente ed eventualmente i parenti. La personalità del medico e le sue doti comunicative sono considerate dai pazienti un indicatore di qualità: concretamente la quantità di tempo, l'interesse, le spiegazioni ed il grado di partecipazione e comprensione che il medico dimostra.

### **Livelli di aspettative del Paziente**

La qualità del management dipende anche dalla capacità di interpretare correttamente le aspettative del paziente, che possono essere classificate in cinque categorie generali: affidabilità, concretezza, partecipazione, empatia e capacità di infondere fiducia. L'affidabilità riguarda principalmente i risultati del servizio (per esempio il trattamento clinico), mentre le altre quattro categorie riguardano più precisamente il processo del servizio (per esempio l'assistenza). Si può tracciare una scala lungo la quale siano disposti in tre step i diversi livelli di aspettative dei pazienti:

- quelli considerati ovvi e quindi percepiti solo quando mancano;
- quelli ordinari, che i pazienti si aspettano comunque di veder soddisfatti;
- quelli che definiscono il livello di eccellenza, a cui il paziente attribuisce il più ampio margine di soddisfazione.

Tra i requisiti "dati per scontati": la competenza del medico, la disponibilità di attrezzature scientifiche e tecnologiche ed un sistema organizzativo che garantisca che gli esami dei pazienti non vengano smarriti o confusi. L'atteggiamento positivo del paziente non è garantito dal fatto che un ospedale fornisca un servizio adeguato, ma se l'ospedale non riesce a fornire almeno quello il paziente si sente frustrato o arrabbiato. Le caratteristiche date per scontate devono essere assicurate, come premessa indispensabile per la qualità del servizio.

Tra i requisiti ordinariamente "attesi" dal paziente: l'attenzione e l'interesse da parte degli infermieri o la possibilità di incontrare senza difficoltà i propri parenti. Analogamente ai requisiti precedenti, i pazienti si aspettano queste cose ma le considerano come un valore aggiunto. Certamente garantendo anche questi requisiti la struttura

facilita la serenità e la soddisfazione del paziente, aumentano sia pure inconsapevolmente il suo desiderio di collaborare e la sua fiducia nella competenza istituzionale.

Tra i requisiti di eccellenza è compresa la possibilità di un alleggerimento delle pratiche burocratiche al momento del ricovero, un'adeguata disponibilità di tempo da parte del medico o una particolare sollecitudine da parte delle infermiere. Più questo requisito è importante e inatteso, e più il paziente ne sarà positivamente impressionato. Soddisfare i bisogni e le aspettative del paziente non è facile. Un requisito che dieci anni fa veniva considerato estremamente positivo ma inatteso, attualmente può essere dato per scontato.

Il paziente viene favorevolmente impressionato se alcune circostanze del ricovero superano le sue aspettative, mentre viene negativamente impressionato quando la struttura non soddisfa le sue aspettative. Prestazioni molto avanzate o requisiti "positivi e inattesi" determinano impressioni positive mentre i requisiti "attesi" a volte lasciano indifferentemente impressioni positive o negative. I requisiti "dati per scontati" non modificano le percezioni del paziente (per esempio la competenza professionale del medico) oppure hanno impressionato negativamente il paziente (come per esempio il rapporto tra i costi e il valore della prestazione). L'impressione negativa riduce il livello di soddisfazione del paziente più di quanto l'impressione positiva lo aumenti.

Nel definire le priorità per ottenere un miglioramento del servizio le organizzazioni sanitarie devono valutare soprattutto gli elementi che hanno maggiori conseguenze sui risultati, ma tra i risultati deve trovare la giusta collocazione il livello di collaborazione che si riesce a stabilire con il paziente

L'attenzione nei confronti del punto di vista del paziente è da mettere in relazione con il miglioramento continuo di qualità, parte integrante di un nuovo approccio al controllo della qualità totale, sia in campo assistenziale che formativo. Il concetto fondamentale di queste teorie è che l'efficienza dei processi basilari dipende in gran parte dalla attenzione che si presta a coloro a cui il servizio è diretto. Il cliente per eccellenza dei processi formativi universitari è lo studente, mentre il cliente per eccellenza dei processi che riguardano l'organizzazione sanitaria è il paziente.<sup>9</sup>

Studi recenti dimostrano che le organizzazioni che indirizzano i loro sforzi in direzione dei bisogni e delle aspettative dei loro clienti &

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

consumatori specifici, nel nostro caso studenti e pazienti, ottengono in generale risultati migliori, proprio perché chi fornisce il servizio è più consapevole dei loro bisogni e delle loro aspettative.

Perché lo studente ed il paziente, con i loro bisogni e le loro aspettative facciano da filo conduttore del processo formativo e assistenziale è necessario che Docenti e Medici, spesso Docenti-Medici, utilizzino meglio le informazioni da loro fornite. A questo scopo l'organizzazione didattica e quella sanitaria devono attivare un metodo sistematico per raccogliere, valutare e utilizzare le loro informazioni, per migliorare i processi in corso e pianificare i nuovi. Occorre innescare un ciclo virtuoso della qualità, che vada dalla raccolta dei dati al miglioramento dei processi e delle prestazioni didattico-assistenziali. Il ciclo richiede un approccio logico e flessibile, con un linguaggio comune per progettare miglioramenti sistematici. Le fasi più importanti di questo ciclo sono le seguenti:<sup>10</sup>

## **Pianificazione**

Per *pianificazione* si intende la programmazione di un nuovo processo. Finalizzato al raggiungimento di obiettivi specifici mirati ai bisogni e alle aspettative degli studenti e dei pazienti. La decisione di scegliere e pianificare un nuovo processo deve prendere in esame anche la raccolta e l'interpretazione delle informazioni fornite dai pazienti per assicurare che il nuovo processo riesca a soddisfare, o addirittura a superare, bisogni e aspettative

## **Misurazione**

*Misurare* significa raccogliere dati validi e affidabili sul funzionamento di un processo. La necessità di dimostrare l'efficacia e l'efficienza delle strutture richiede la quantificazione delle prestazioni con misure precise delle risorse impiegate e dei risultati ottenuti in termini di formazione degli studenti e di salute dei pazienti. La misurazione è importante in tutte le diverse fasi del miglioramento e riguarda tutti i fattori, anche quelli dei bisogni sociali di salute. Le misurazioni aiutano a stabilire se una strategia di miglioramento ha ottenuto il risultato desiderato.

## Valutazione

In questo ciclo *valutare* significa tradurre i dati raccolti nella tappa precedente in informazioni utilizzate per migliorare le prestazioni. Questa valutazione può assumere diverse forme:

- valutare i dati che riguardano le prestazioni in corso;
- valutare i processi esistenti per capire come vengono espletati;
- valutare gli elementi determinanti delle prestazioni in corso per attivare misure mirate al miglioramento;
- valutare anche i dati riguardanti i bisogni sociali & le risorse organizzative;
- valutare i dati relativi al funzionamento del processo, dopo l'attuazione delle misure di miglioramento.

Le valutazioni devono essere confrontate con dati di riferimento precisi: modelli consolidati ed utilizzati in passato dalla stessa organizzazione, prestazioni di altre organizzazioni raccolte in banche dati, parametri esterni o linee guida pratiche. Un elemento di controllo può essere costituito dagli obiettivi specifici che una struttura si è data. Alcune valutazioni possono essere effettuate solo conoscendo le risorse che determinano il livello delle prestazioni in corso. La valutazione intensiva di un processo dovrebbe concludersi con l'individuazione delle possibilità effettive di migliorare i fattori che determinano il livello delle prestazioni e con la definizione delle priorità d'intervento.

## Miglioramento

*Migliorare* significa attivare interventi appropriati, basati sulla misurazione e sulla valutazione. Consistono nel ripianificare un processo esistente o nel pianificarne uno nuovo, per raggiungere un determinato obiettivo. Interventi efficaci di miglioramento devono essere condotti in modo sistematico e devono essere pianificati e provati prima della loro attuazione. L'attenta misurazione e valutazione costituiscono un aspetto importante della fase di miglioramento.

## Management ed educazione del paziente

Il mutato quadro culturale di riferimento rende imprescindibile avviare una intensa e costante attività di educazione del paziente, per aiutarlo a gestire la propria malattia mantenendo il più elevato livello possibile di functional ability, con un pieno senso psicofisico. Il paziente oggi, grazie alle rete informatica è in grado di acquisire in tempo reale moltissime informazioni sulla sua patologia, sui più aggiornati protocolli disgnostico-terapeutici, può fare uno screening dei centri più qualificati, ecc... ma tutto ciò senza una precisa chiave di lettura e di interpretazione critica dei dati non lo mette in condizione di prendere realmente le decisioni migliori per sé. C'è un rischio di disorientamento con una ricaduta economica non indifferente per lui e per l'intero sistema sanitario: analisi ed accertamenti ripetute, ricoveri duplicati, trattamenti non seguiti... ma anche giornate lavorative perse, distrazione dall'ordinarietà dei compiti professionali, coinvolgimento emotivo dei familiari ed impegno di tempo e risorse da parte loro...

L'attenzione al paziente ai suoi bisogni e alle sue aspettative include anche una specifica attenzione alla sua educazione secondo la logica di un progetto di formazione personalizzato, per il quale sono state indicate otto regole preziose (Adattata da: Wolf *et al.*, 1994):

- una relazione di aiuto è basata in modo incondizionato su un interesse attuale;
- la sofferenza del paziente è reale ed è legittima la sua ragione di richiedere una visita;
- dal punto di vista del paziente ogni sua azione e reazione ha una reale motivazione.
- si può sempre aiutare il paziente (perfino non facendo nulla);
- la responsabilità dell'intervento ricade sulla collaborazione medico-paziente e non su una sola delle due parti.

Il medico ha impegni che esulano dal suo ruolo specifico, e deve tenerne conto. (In questa regola viene esplicitato un problema importante: il medico ha problemi personali e deve avere il tempo per risolverli affinché non invadano il campo professionale, riflettendosi sul rapporto con il paziente).

Il medico sceglie il modo in cui vuole fornire aiuto. (Più in generale: non facciamo tutto ciò che possiamo, ma tutto ciò che scegliamo di fare).

I medici sono solo esseri umani. Corollario: gli errori sono possibili e accettabili.

I progressi della medicina non hanno consentito di eliminare la possibilità dell'inguaribilità, concetto che oltretutto si estende notevolmente se si considera *la guarigione come restitutio ad integrum*. Prescindendo comunque dal termine *guarigione* inteso nella estensione massima del suo spettro semantico, rimangono a tutt'oggi malattie «inguaribili». Inguaribili non vuol dire «incurabili». Il «prendersi cura ha sempre modalità espressive e pragmatiche più estese, più concrete e vive del dare guarigione», anche se dal punto di vista del medico la relazione con un paziente in fase terminale può essere frustrante, portando in sé significati logoranti l'immagine della potenza professionale. E' indubbio che per avere a che fare con un paziente di questo tipo sono necessarie capacità di comunicazione, di progettazione di attività terapeutiche non comuni alle altre patologie. Ciò non vuol dire fare ricorso solo a cure palliative in attesa *dell'exitus*, ma, come sempre nella professione medica, scelta di obiettivi a maggior ragione condivisi con il malato nel rispetto del suo tempo in preparazione alla morte. E' in questo senso che la cura può sempre *esistere*, anche se questo assioma implica l'immagine meno gratificante non tradizionale né tecnicista di un medico più umile, consapevole dei limiti propri della scienza e dell'esistenza umana.

Il ruolo della medicina palliativa dovrebbe dunque non all'opposto dell'inguaribilità, sebbene «il riaffiorare di una mentalità che propone la validità di un approccio palliativo è ancora molto ostacolato da parte di chi è stato educato solo a guarire e non gratifica chi pensa che scopo della medicina sia prolungare ad ogni costo la vita. In più palliativo ha significato e connotati che gli attribuiscono negatività, senso di sconfitta e di abbandono» (Di Mola, 1989).

Un buon management si misura anche dall'attenzione che in una Azienda si presta ai pazienti cosiddetti inguaribili, quelli che appaiono come un peso soprattutto sotto il profilo psicologico degli operatori, che se potessero si sottrarrebbero all'ansia di relazioni sempre più coinvolgenti, in una spirale di sofferenza e di dolore. Un buon manager si prende cura dei suoi operatori, perché questi possano continuare a prendersi cura dei loro pazienti difficili, i famosi pazienti che ad un certo punto diventando pazienti “non responder” sembra rimandare al medico e all'intero servizio una dimensione di fallimento. Diventa necessaria una azione di segno contrario per sostenere gli stessi operatori nella consapevolezza di un lavoro ben atto e ricco di significato.

## Lo sviluppo della scienza e i nuovi bisogni di formazione del manager

In questo contesto culturale si inserisce un certo disorientamento che si nota nella classe medica, ma che coinvolge anche le nuove figure di professionisti che operano in ambito sanitario. La provocazione tecnico-scientifica crea da un lato una rincorsa all'acquisto di strumenti, di oggetti, sostituiti prima ancora che l'utente ne abbia esplorato ed appreso tutta la specifica potenzialità, ma dall'altro evidenzia i limiti di una preparazione culturale che non è in grado di rispondere a queste nuove sollecitazioni. Si tratta di limiti che riguardano non solo la competenza tecnica dell'utente: è dimostrato che in media si utilizza solo un 45% della potenzialità degli strumenti di cui si dispone, ma soprattutto di limiti che si collocano nell'orizzonte di senso di chi crea e usa la tecnologia. Ad esempio le nuove possibilità di intervenire sulla vita in tutte le sue fasi di sviluppo pongono interrogativi che non possono essere contenuti solo nei confini del dibattito tecnico-scientifico, dal momento che investono anche le problematiche di tipo etico, che vi sono connesse. Il quesito etico posto alla tecnica non è una domanda in più, che utenti e fruitori si pongono. Rientra nella dimensione strutturale della tecnica creata, dal momento che per ogni tecnica occorre avere in mente un modello chiavi in mano, in cui le istruzioni per l'uso di un oggetto non possono essere disgiunte dall'oggetto stesso.

Scienza e tecnologia offrono prospettive sempre più audaci, che si muovono nella logica del come fare e che ipotizzano risposte del perché fare, con orizzonti spesso limitati anche sotto il profilo temporale. Ciò che oggi sembra conveniente fare, proprio in quanto la tecnologia offre gli strumenti e stimola la curiosità scientifica, non è detto che in un arco temporale di esperienza, rappresenti un vantaggio effettivo per l'uomo. La bontà di una tecnica è sempre misurata dall'uso che se ne fa, come già aveva sostenuto Platone<sup>11</sup>: *"Non è il falegname che ha fabbricato una spola, che può dire se è una buona spola, ma il tessitore che la usa"*. Secondo il filosofo greco il sapere che presiede l'uso delle cose è superiore al sapere che presiede la produzione delle cose, perché *"A nulla servirebbe un'arte che sapesse trasformare le pietre in oro, se non sapessimo che uso fare dell'oro"* e per analogia *"a nulla servirebbe una scienza che fosse capace di rendere immortali, se non poi non sapessimo che fare dell'immortalità..."*<sup>12</sup>. La superiorità delle Scienze d'uso rispetto alle scienze di produzione secondo Galimberti



dipende dal fatto che evidenziano la ragione per cui le tecniche stesse operano<sup>13</sup>.

Ciò pone importanti problemi di natura formativa, perché alla competenza tecnica del come fare, di natura sostanzialmente tecnico-scientifica, va sempre affiancata la competenza del perché fare, che affonda le sue radici in un sapere di natura filosofica, proprio dell'approccio umanistico. Ma non si tratta di una formazione riservata ad un'élite di esperti, deve diventare una dimensione formativa stabile per ciascuno di noi, posto che nessuno può sottrarsi alle suggestioni della tecnica e alla disponibilità di strumenti che la tecnica crea e ricrea continuamente per ognuno di noi. La formazione all'uso in questa logica ha carattere di priorità anche rispetto alla formazione alla produzione, cosa non sempre evidente per tutti. Un corretto uso non è meno importante di una corretta produzione e non si possono attribuire ai costruttori di tecnologie meriti o colpe che competono ai fruitori delle stesse tecnologie. La tecnica diventa per l'uomo della società attuale una sorta di terapia che gli consente di soddisfare i suoi bisogni e colmare le sue lacune, ma per questo ha bisogno di una corretta definizione dei suoi bisogni, di una prescrizione altrettanto corretta e di una assunzione coerente con i bisogni e la prescrizione ricevuta<sup>14</sup>. Oggi assistiamo invece ad un'overdose di tecnologie che saturano bisogni non espressi e non consentono l'emergere di altri bisogni che si configurano con carattere di urgenza e di eccellenza.

Formarsi all'uso della tecnologia significa ripercorre un itinerario personalizzato delle mie esigenze ed una esplorazione delle risorse disponibili guidata da un occhio esperto non solo di tecniche ma anche di uomini. L'uso della tecnica, per non diventare abuso, deve scaturire da un bisogno consapevole e non dalla prossimità e dalla disponibilità della tecnica stessa. Ossia: mangio non perché ho del cibo a disposizione, ma perché ho fame. Telefono non perché dispongono di un telefonino, ma perché voglio mettermi in contatto con una persona, ecc. Ma tutti sappiamo come oggi accada esattamente il contrario. Accendo la televisione non perché voglio vedere un film ma perché ho il televisore, accendo il computer, non perché debba scrivere, leggere..., ma perché ho il PC sul mio tavolo di lavoro, ecc. C'è un uso compulsivo di certi mezzi, legato non alle mie necessità ma alla loro accessibilità. Solo una formazione di nuova generazione, pensata con categorie diverse, può ribaltare questo paradosso, che vede l'uomo asservito alla tecnica e non il contrario.

La conoscenza scientifica, attualmente riconosciuta come tale dalla comunità accademica, è di natura sperimentale, poiché non si dà altra verità se non quella che risulta dalla sperimentazione tecnica<sup>15</sup>. La conoscenza di alcuni eventi è certa solo quando l'uomo è in grado di riprodurre una serie di elementi in base a tecniche chiaramente oggettivate e descritte. Il valore di un articolo scientifico sta in gran parte nella sua descrizione dei materiali e metodi, perché solo a queste condizioni altri scienziati potranno ottenere dati simili ai suoi, confermandoli o meno. Ma l'interpretazione di questi dati, se da un lato sarà sempre legata alla tecnica utilizzata, non di meno dipenderà dal quadro culturale che lo scienziato si è fatto, attingendo alle sue teorie e alla sua immaginazione. Il limite di una conoscenza rinchiusa nei confini della sperimentabilità era stato già posto da Heidegger<sup>16</sup>, che aveva parlato di pro-vocazione della natura umana, chiamata a dare ragione di sé dalla ragione scientifica, che pretende di esaurire tutto il reale nei confini del razionale. In realtà l'oggettività che la scienza determina è il prodotto di una soggettività, che vuole che le cose stiano davanti a sé, nelle modalità da essa anticipate e predisposte. La pro-vocazione della scienza nella sua presunta oggettività sta nel fatto che è essa stessa frutto di una soggettività che la sollecita a muoversi nei confini posti dalle teorie elaborate dall'uomo grazie anche alla sua immaginazione e dalla sua volontà di potenza<sup>17</sup>.

Destituendo di senso tutto ciò che non rientra nel suo ambito, la razionalità scientifica pone se stessa come orizzonte intrascendibile e così facendo traduce la sua potenza in pre-potenza<sup>18</sup>. Dire che la Scienza si attiene solo ai dati di fatto e che questi dati sono resi possibili dalle tecniche utilizzate, significa dire che la scienza considera vero solo ciò che si dà nelle modalità attese e predisposte dalla tecnica impiegata. In un certo senso si può dire che la scienza controlla attraverso le tecniche utilizzate se la realtà osserva le ipotesi anticipate, ossia se la realtà sottoposta al trattamento di specifiche tecnologie compie con il mandato che le è stato affidato. Heidegger<sup>19</sup> sosteneva che la produzione scientifica si esprime nella oggettivazione delle cose che le fa apparire come oggetti per un soggetto, mentre la produzione tecnica si esprime nella disponibilità delle cose resa possibile dalla loro oggettivazione. Le cose, cioè, sono chiamate (pro-vocazione scientifica) nell'orizzonte della oggettività anticipata dalla scienza, affinché siano disponibili ad ogni richiesta d'impiego (pro-vocazione tecnica) da parte dell'uomo. La Scienza, pensata sia da

Platone che da Aristotele, come condizione per la tecnica, non è mai neutra e innocente, perché è comunque inscritta nella volontà di potenza dell'uomo. Ma non può neppure essere confusa con una delle tante ideologie, perché cresce attraverso processi di falsificazione, resi possibili anche da un preciso sviluppo tecnologico, che smascherano continuamente i suoi errori e la obbligano a ripensare se stessa, mettendosi continuamente in gioco. La dialettica tra Scienza e Tecnica si sostanzia proprio grazie a quella intelligenza immaginativa con cui l'uomo pone nuove teorie e nuovi modelli interpretativi da verificare sul campo, ma nati anche ai margini del campo delle scienze sperimentali.

Esiste un primato della teoria sulla prassi che va costantemente ricordato alle nuove generazioni, non come espressione di gerarchie professionali o peggio ancora come confini entro cui si collocano le classi sociali, ma come dimensione personale di un sapere che scaturisce dalla consapevolezza che una corretta azione tecnica è definita anche sotto il profilo della competenza specifica dalla conoscenza delle leggi universali che regolano la natura umana. Senza una adeguata conoscenza dell'uomo nessuna tecnica è in grado di esprimere pienamente la sua potenzialità, né in fase di produzione né in fase di applicazione.

Oggi viene il dubbio che invece di trovarci davanti ad una medicina che riconosca le sue radici in una scienza per l'uomo, ci si trovi davanti ad una medicina che esprime sudditanza ad una scienza che è sostanzialmente una scienza per la scienza, condizionata dalla tecnica di cui dispone. Anche questa è una sorta di medicina dei desideri: i desideri dello scienziato, che se non sono eticamente orientati, possono finire col subordinare l'uomo agli interrogativi della scienza e alla disponibilità tecnologica. Non è difficile in questo modo ipotizzare una medicina che tradisca il suo mandato istituzionale, la sua finalità terapeutica, assumendo posizioni molto discutibili proprio perché chiusa nei confini di una tecnologia possibile, anche se priva di senso.

Attualmente uno dei nodi cruciali nel dibattito sulla tecnica è il rapporto tra tecnologie e biotecnologie, dal momento che investe contemporaneamente la salute umana, con le sue abitudini di vita, e il contesto sociale, con la sua rete complessa di rapporti politico-economici. Nuovi bisogni di formazione si pongono oggi a tutti, ma ai ricercatori in modo speciale e non possono essere elusi, se non si vuole essere travolti dal paradigma tecnocratico, che impone da un lato i

suoi contenuti e dall'altro le sue leggi e i suoi valori, definendo ritmi e criteri di eccellenza in base ad una dialettica tra etica ed economia non facile da capire e da gestire.

## Bibliografia

- 1) COOPER C. & MIRA M. (1998). *Who should assess medical students' communication skills: their academic teachers or their patients?* Medical Education, vol. 32, n. 4.
- 2) GENN M., HARDEN R.M. (1996). *What is medical education here really like? Suggestions for action research studies of climate of medical education environments.* Medical Teacher; 8(2): 111-124.
- 3) LYNÖE N., SANDLUND M., WESTBERG K. & DUCHEK M. (1998). *Informed consent in clinical training - patient experiences and motives for participating.* Medical Education, vol. 32, n. 5.
- 4) LYNÖE N., SANDLUND M., WESTBERG K. & DUCHEK M. (1998). *Informed consent in clinical training - patient experiences and motives for participating.* Medical Education, vol. 32, n. 5.
- 5) BROCKETT M., GEDDES E.L., WESTMORLAND M. & SALVATORI P. (1996). *Moral development or moral decline? A discussion of ethics education for the health care professions.* Medical Teacher, vol. 19, n. 4.
- 6) CHASTONAY P., BRENNER E., PEEL S. & GUILBERT J.J. (1996). *The need for more efficacy and relevance in medical education.* Medical Education, vol. 30, n. 4.
- 7) COHN J. (1996). *Medical education on violations of human rights: the responsibility of health personnel.* Medical Education, vol. 30, n. 3.
- 8) EDWARDS M.J.J. & ALDOUS I.R. (1996). *Attitudes to and knowledge about elderly people: a comparative analysis of students of Medicine, English and Computer Science and their teachers.* Medical Education, vol. 30, n. 3.
- 9) GASTEL B. AND ROGERS D.E., EDS (1989). *Clinical Education and the Doctor of Tomorrows.* New York. New York Academy of Medicine.
- 10) BIRGEGARD G., LINQUIST U., LJUNGHALL S. (1996). *An intensive course in clinical skills: the uppsala model.* Medical Teacher, 18 (1): 51-56.
- 11) PLATONE, *Cratilo*, 390b.
- 12) PLATONE, *Eutidemo* 288e; 289b.
- 13) GALIMBERTI U., *Psiche e Teche*, Universale economica Feltrinelli, 2003.
- 14) SGRECCIA E., *Il dono della vita*, Vita e Pensiero, Milano, 1987.
- 15) POPPER K., *Congetture e confutazione*, Il mulino, Bologna, 1972.
- 16) HEIDEGGER M., *La questione della tecnica*, in *Saggi e discorsi*, Mursia, Milano, 1976.
- 17) GALIMBERTI U., *Linguaggio e civiltà*, Mursia, Milano, 1977.
- 18) GALIMBERTI U., *Heidegger, Jaspers e il tramonto dell'Occidente*, Il Saggiatore, Milano, 1975.



## **BIOETICA E RADIOLOGIA UN MODELLO POSSIBILE TRA NECESSITÀ E IMMAGINARIO**

*A. E. Cardinale*

Preside Facoltà Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Palermo

### **Introduzione**

Per Bioetica s'intende lo studio sistematico e la ricerca sui problemi etici e sulla condotta umana nel campo della medicina, delle scienze della vita e degli interventi per la cura della salute, valutando la condotta dell'uomo alla luce di valori e principi morali.

Il termine è abbastanza recente, coniato per la prima volta da Van Rensselaer Potter, nel 1971, il quale scrisse un volume dal titolo “Bioethics: bridge to the future”.

In questo lavoro l'autore proponeva di ripristinare i rapporti tra cultura umanistica e scientifica, in specie tra valori morali ed esigenze degli ecosistemi, naturale e umano, acquisendo coscienza dei problemi al confine tra ricerca e società.

La visione olistica dei fenomeni naturali e sociali tenta di superare la cesura tra scienze socio-umane e scienze naturali, con una “nuova alleanza” culturale, di cui è antesignano il Premio Nobel Ilya Prigogyne, rivalutando l'antico concetto di filosofia naturale.

Il progresso scientifico e tecnologico - afferma Prigogyne - stimola il sistema sociale, verificandone la stabilità. In questa ottica non vi può essere alcuna “neutralità assiologia” della scienza.

I problemi che possono sorgere all'interfaccia scienza-società possono essere risolti solo comprendendo la reale complessità dei processi sociali: se questi non sono capiti, la risposta del sistema può essere ultimamente negativa.

Siamo sicuramente in una fase di interessante transizione della storia della scienza, che coinvolge anche la nostra disciplina.

Una visione realistica della situazione esclude la chiusura specialistica della ricerca scientifica e, con essa e per essa, ogni neutralità teoretica, ed implica la presenza del ricercatore al di fuori dei settori di pura specializzazione.

Il rapporto Bioetica-Radiologia è stato fortemente sottovalutato e trascurato, forse perché erroneamente ritenuto meramente teoretico e speculativo.

Per contro questa interfaccia influenza fortemente strutture di relazione e interpenetrazione con: ricerca scientifica, sperimentazione, deontologica, pedagogica, didattica. Elementi tutti che concorrono a delineare il modello della Radiologia di domani.

## **Lineamenti storici e dottrinali**

La Bioetica è un tronco della filosofia morale: il termine etica (da *ετος*, costume, norma di vita) entrò nell'uso propriamente con Aristotele, che con esso intitolò le sue trattazioni di filosofia della pratica.

Poco più tardi lo stoicismo designò con lo stesso aggettivo la terza e suprema parte della filosofia, che, dopo la logica, dottrina della conoscenza, e la fisica, dottrina della realtà, stabiliva come l'uomo si dovesse praticamente comportare rispetto a questa realtà.

Da allora il termine è rimasto acquisito alla filosofia – assimilato con quello di morale – e sta a rappresentare ogni dottrina che si elabori speculativamente intorno al problema del comportamento pratico dell'uomo.

Si distingue dalla “storia del costume”, in quanto quest'ultima descrive le immediate convinzioni pratiche che, di volta in volta, hanno dominato in ambienti umani, senza che questi le facessero oggetto di discussione e giustificazione teorica.

Nella storia dell'uomo l'etica sorge – con Socrate, dopo i sette savi e i presofisti – quando cade la fede nell'esistenza di norme obiettive, dettate da un'autorità o religiosamente imposte, e l'uomo è portato da sé a darsi una legge mediante un'autonoma riflessione sui motivi del suo stesso operare.

L'etica medievale, invece, aveva guardato sempre all'aldilà e aveva orientato ogni sua valutazione di quell'ideale, considerando la vita



presente come semplice preparazione alla vita futura: pertanto le speculazioni concettuali riguardavano i problemi del peccato, della redenzione, della salvezza, della grazia, della provvidenza, che rappresentavano le particolari formulazioni teoriche del problema pratico di quell'ulteriore esistenza.

Fondatore dell'etica moderna è stato Immanuel Kant, per il quale la vera morale è la morale autonoma, onde si segue la legge per la legge, il bene per il bene, prescindendo da ogni immediata inclinazione dell'animo, senza promesse di soddisfazioni o premi mondani o oltremondani.

Il campo di applicazioni dell'etica perviene la coscienza del singolo individuo: non è oggetto di norme codificate e rappresenta un conflitto, tutto interno alla singola coscienza.

L'età contemporanea è, caratteristicamente, tempo di negazioni, problematizzazioni, ripensamenti, rinnegamenti: per cui le dottrine divengono incerte nei loro significati e insieme nelle designazioni.

Nella ricerca dell'oggettività dei valori, oggi la morale continua a essere marcata dal segno di contraddizione e ambiguità, con cui si difende dal dogmatismo delle assolutezze e resiste a tutti i riduzionismi, pur presentandosi chiaramente come realizzazione dell'uomo.

Tuttavia, per eccezione comune, non c'è etica che possa fare a meno di richiedere, per la sua attuazione, rinunce, sacrifici e ascesi civile.

Nel campo delle professioni sanitarie l'etica e la Bioetica si embricano con la deontologia medica, cioè il complesso delle norme che regolano i rapporti del medico con i malati, con i colleghi, con la società, con le autorità, costituendo un corpo di regole “interne” e una omogenea comunità professionale.

Il termine, mutuato dalla filosofia, è abbastanza recente essendo entrato nell'uso da quando Bentham, nel 1834, diede alla sua “Science of morality” il titolo di “Deontology”: per l'autore deontologia era la dottrina utilitaristica dei doveri, da lui elaborata. Successivamente, in senso più generale, il termine fu impiegato per designare trattazioni di determinate classi di doveri, relativi a particolari situazioni sociali, comprendendo la considerazione di quel che deve essere, in antitesi a “ontologico”, cioè la considerazione di quel che è.

Per contro le origini e i concetti della deontologia medica sono antichissimi: le regole morali che debbono imporsi tutti i medici si trovano già riassunte – in termini immortali di stupenda e insuperata alta idealizzazione etica – nel celebre giuramento d' Ippocrate.

Anche nelle culture e nei costumi assai distanti dal nostro mondo, venivano insegnati principi di deontologia: nella medicina indiana con l'Ayur-Veda o "Veda della longevità", di grande attualità; nella "pregghiera e invocazione quotidiana del medico" di Maimonide, medico-filosofo ispano-moresco del 1200, allievo di Averroè – curante del Saladino e della sua corte, per cui fu nominato Nagid, principe – la più alta figura del giudaismo medioevale.

In Italia la deontologia non costituisce branca d'insegnamento, come in altre nazioni, bensì è un ramo della medicina legale.

Grande è il valore di queste obbligazioni di norme e comportamenti, come rileva Papaldo, già presidente della Corte Costituzionale: se si accede all'opinione che le norme del codice deontologico, non essendo questo inserito in una legge dello Stato, sono prive di intrinseco valore giuridico, non si può contestare però che questo valore lo acquistano per il tramite del potere disciplinare. Il codice deontologico, enumerando i più importanti canoni della vita professionale, costituisce una guida che illumina il medico nel suo comportamento e l'organo disciplinare nel suo giudizio.

## **Bioetica e Radiologia**

La Bioetica, nel nostro paese, ha trovato attenzione ritardata e applicazione travagliata. Il fenomeno è dipeso anche dall'antichissimo conflitto, concettuale e pratico, tra morale religiosa e laica: la prima costituita da un sistema assiomatico-deduttivo, quindi contraddistinto da certezze; la seconda con carattere strettamente induttivo, finalizzato all'ottimizzazione delle relazioni tra individui, pertanto con la notazione del dubbio.

Ancora più diradate, per non dire assenti, le interrelazioni tra "Area radiologica" e Bioetica: forse per le connotazioni tecnologiche, erroneamente ritenute predominanti della nostra disciplina.

Per vero la medicina si è storicamente strutturata – come ben evidenzia Cosmacini – su due piani, tecnologico e antropologico, fitti di intersezioni e di rimandi reciproci.

Nell'antica arte sanitaria la tecnologia medica coincideva con l'antropologia: successivamente i due fattori si sono diastasiati e scollati, per l'inserimento progressivamente crescente della strumentazione tecnologica, in massimo grado nella giovane scienza delle immagini

biomediche, ove il sapere stava per trasformarsi esclusivamente in studio di sistemi tecnici.

La presenza, tra medico e paziente, della tecnologia – correttamente intesa e applicata – non è in contrasto con l'antropologia: i suoi requisiti e benefici sono coerenti e importanti per le scienze mediche. Tuttavia la tecnomedicina può divenire rischiosa e deviante, quando i suoi valori oltrepassano quelli antropologici. Questi pericoli sono evidenziati anche dalla più recente letteratura scientifica radiologica anglosassone.

Da qualche tempo in vero, sia in campo nazionale che internazionale, si pone nuova attenzione al rapporto tra l'etica e la nostra disciplina: lo confermano, tra l'altro, un recente editoriale di Viviani apparso in questa rivista [Giornale Italiano di Radiologia] e la conferenza di apertura all'ultimo congresso europeo di Vienna, tenuta dal filosofo Jurgen Mittelstrab di Costanza, dal titolo " Ethics in Science: Substance or Rhetoric?".

Riteniamo che questa connessione possa rappresentare un operoso modello, strutturale e programmatico, per la radiologia del futuro. Perché in accordo con Viviani, nella nostra professione si compongono sia i valori morali che tecnici e il medico-radiologo può essere l'esempio dell'utile e proficua integrazione della scienza del contesto umano, sempre che si usi il progetto tecnico in armonia con il rispetto della personalità umana.

Nella nostra attività professionale la Bioetica investe quotidiani problemi applicativi e di prassi: l'autonomia della persona, il consenso, la protezionistica – e conseguenti adempimenti di ottimizzazione e controlli di qualità – sperimentazioni, tecnologie: problemi che possono trasformarsi in norme e codici e, quindi, trascinano nella radiologia forense e medico-legale.

Ma la Bioetica non si riferisce soltanto all'impatto sull'uomo e sui viventi di nuove tecnologie: essa deve indirizzare anche a un'equanime distribuzione delle risorse sanitarie, con scelte razionali e giuste in campo sanitario, in rapporto alla gestione dei flussi finanziari e alle derivate procedure economiche e amministrative.

Un nodo cruciale è il corretto rapporto tra società scientifico-professionali e industria, tra ricerca e impresa.

Carlo Bernardini correttamente ammonisce sull'attenzione da porre al fenomeno importante, crescente nel tempo, della rimozione dei moventi, che procurano il supporto finanziario alla ricerca.

Per percorrere vie di progresso è necessario diradare le nebbie che offuscano i rapporti tra industrie, imprese, privati, università e ricerca scientifica: con l'obiettivo comune di favorire il fattore efficienza sulla strada della qualità.

Il formarsi di strutture sociali senza precedenti nella storia dell'umanità pone problemi nuovi, anche nel campo della ricerca biomedica, che attendono una risposta qualificata: ancora una volta appare necessario trasmettere, insegnare e divulgare il concetto del metodo e delle regole nel sapere scientifico, con strumenti rigorosi ma dinamici.

Lo "spirito" delle istituzioni scientifiche e professionali deve essere inteso, correttamente, come sentimento di appartenenza a una comunità e non a una corporazione, mantenendo, con l'autonomia, la ricchezza della propria memoria storica: con ambizioni maggiori di quelle attuali le istituzioni pubbliche possono divenire protagoniste di positive avventure intellettuali e sociali.

Al contempo l'impresa – con sfida etica e coraggiosa – deve dimostrarsi capace di raccogliere questa alta progettualità, proponendosi come interlocutore, per attivare le nuove realtà verso traguardi di innovazione e qualità, rendendo coerenti i propri interessi con quelli delle istituzioni e dei ricercatori.

Appare evidente che la cultura della salute è un valore sociale, che implica formazione, a livelli e in ambiti diversi della società.

Si pone, pertanto, il problema di un'etica nella formazione, sia rispetto ai programmi didattici, sia rispetto alle qualità dei formatori, al fine di equilibrare i tre itinerari di elaborazione del sapere: cognitivo, del fare, dell'essere.

Da qui la necessità di una nuova didattica e pedagogia, come rilevato anche in Italia dal "Comitato Nazionale per la Bioetica": saper conoscere, ossia metacoscienza, è pensiero sulle conoscenze, è selezione, raggruppamento, estrapolazione da discipline diverse delle conoscenze, per orientarle pragmaticamente su problemi da risolvere, su bisogni da soddisfare.

Ne deriva che obiettivo di alta valenza è l'acquisizione di una cultura e di competenze, idonee a percepire i valori etici e gli obblighi deontologici presenti – talora conflittuali tra loro – in situazioni concrete, a verificare criticamente le opzioni morali personali, argomentandole sul piano razionale e impegnandole nel dialogo con scelte differenti.

A confronto e a validazione di quanto detto, sovengono le parole dell'antico maestro Cesare Frugoni: “Dalla cattedra, oltre che apprendere scienza, dottrina e pratica, gli studenti devono anche assorbire e compenetrarsi nello spirito e nell'alto contenuto etico che anima la medicina”.

### **Considerazioni conclusive**

La Bioetica ha avuto crescente sviluppo negli ultimi anni e si configura come un vasto e autonomo programma di ricerca pluridisciplinare, fra biomedicina e scienze umane – filosofia morale, diritto, sociologia – in considerazione, anche, che nelle scienze mediche e biofisiche è avvenuta una ristrutturazione assiomatica, che ha spostato verso il basso il limite dell'osservabilità e dell'indifferenza.

Esistono – nella comunità scientifica – due impostazioni concettuali di riferimento alla complessa tematica, diametralmente opposte: quella statistica e immutabile, che collega i massimi quesiti della scienza con la teologia morale; in antitesi, l'esistenzialismo biologico – derivato da Jacques Monod – che asserisce il valore primario e fondante della conoscenza scientifica, invitando l'uomo a prendere atto della sua solitudine nel cosmo, della sua marginalità derivata dal caso e dalla necessità, rispetto a un universo “sordo e indifferente alle sue speranze, come alle sue sofferenze o ai suoi crimini”.

Più accettabile ed equilibrata appare – a nostro avviso, in accordo con M. Pera – una posizione “laica” che nega l'esistenza di un codice morale fisso di riferimento, salvando in questo modo, contro ogni fuga nello scientismo e nella metafisica, il senso della libertà umana e il valore della responsabilità.

Se la ragione fosse perfetta – evidenzia nel merito N. Abbagnano – la ricerca umana non avrebbe nulla da fare. La scienza non sorgerebbe affatto. La situazione che la evoca e la tiene incessantemente in vita è il disordine e il contrasto, che traggono seco il dubbio e il problema.

L'incertezza che regna nella natura e nello scibile umano, riprendendo Tullio Regge, è il nostro margine di libertà. Se tutto fosse prevedibile, non saremmo liberi.

La Bioetica investe fortemente e strutturalmente l'area radiologica, dal punto di vista scientifico, dottrinale, didattico-pedagogico,

prammatico: essa si inserisce come elemento basilare di rigore, nello sforzo concettuale di elaborare “la radiologia come sistema”, nel quadro di una visione unitaria ma pluridisciplinare.

L’approccio bioetico non offre algoritmi risolutivi ma una possibilità ulteriore di riflessione su questioni fondamentali.

Si tratta di un sfida che richiede una nuova per il nostro futuro, ricordando sempre – in medicina e in radiologia – il dettame di Ippocrate: “Aegroti voluntas suprema lex esto”.

## **DIAGNOSI GENETICA PRE- E POST-NATALE: CLINICA ED ETICA**

*G. Corsello*

Professore ordinario di Pediatria, Università degli Studi, Palermo

Il patrimonio genetico dell'uomo è costituito da un insieme di geni (circa 40.000) racchiusi in 46 cromosomi, 23 coppie di cui 22 uguali tra loro (autosomi) ed una distinguibile nel maschio (XY) rispetto alla femmina (XX). Ciascun gene è composto da un numero variabile di triplette di basi azotate, che costituiscono i mattoni di questa complessa intelaiatura a doppia elica che è il DNA.

Il DNA è una struttura estremamente dinamica che va incontro a processi di trascrizione e poi traduzione in proteine, e di duplicazione e di replicazione durante la divisione cellulare. Durante questi processi di trasformazione e di sintesi del DNA sono possibili e frequenti errori nei processi di lettura note come mutazioni.

Le mutazioni sono state nel corso dell'evoluzione uno strumento di adattamento della specie all'ambiente, in quanto hanno contribuito a selezionare individui dotati di variazioni vantaggiose, in grado di resistere meglio all'ambiente. Mutazioni della sequenza di basi del DNA sono naturalmente alla base anche di difetti di struttura di proteine delle cellule che si manifestano come malattie ereditarie (oggi note come monogeniche).

Questi errori di lettura e di sintesi del DNA possono insorgere in modo del tutto casuale durante la divisione cellulare oppure dipendere da fattori ambientali sia prima che dopo la nascita. Mutazioni possono insorgere nelle cellule germinali, note anche con il termine di gameti (spermatozoo nel maschio ed ovocita nella donna), e quindi interessare la globalità delle cellule del nuovo organismo per essere trasmesse alla prole; ovvero insorgere in cellule diverse (somatiche)



ove non inducono alterazioni ereditarie. Le mutazioni coinvolte nello sviluppo di tumori sono esempi di mutazioni somatiche che intervengono spesso in seguito alla esposizione di specifici agenti mutageni.

Il rapporto tra geni e malattie viene oggi riconsiderato alla luce delle conoscenze recentemente acquisite grazie al progresso delle tecnologie realizzatosi nel corso degli ultimi venti anni. La trasmissione ereditaria dei caratteri normali e patologici poteva un tempo essere studiata solo sulla base delle caratteristiche esterne, denominate appunto fenotipiche (connotati clinici, malformazioni, deficit di enzimi, ritardo mentale, difetti sensoriali, ritardi di crescita, anomalie dello sviluppo puberale etc.). Oggi invece in virtù delle possibilità di diagnosi a livello cromosomico o molecolare le alterazioni del patrimonio genetico possono essere studiate anche dal punto di vista “genotipico”, con opportunità diagnostiche molto più accurate ed efficaci anche in epoca prenatale.

Le malattie genetiche possono essere classificate in modo vario, in rapporto alla tipologia ed al livello in cui risiedono le alterazioni stesse. Possiamo infatti identificare:

- aberrazioni cromosomiche, in cui esiste una variazione del numero dei cromosomi (in eccesso o in difetto) oppure una alterazione strutturale di uno o più cromosomi che comporta comunque una modifica del patrimonio genetico individuale;
- difetti monogenici, con meccanismo di trasmissione di tipo mendeliano, che segue cioè le leggi classiche della dominanza, della recessività e della trasmissione legata al cromosoma X;
- malattie multifattoriali, dovute cioè ad una interazione tra predisposizione genetica (poligenica, legata cioè ad un particolare assetto di più geni interagenti) e fattori ambientali che agiscono come elementi scatenanti.

Lo sviluppo tecnologico applicato alle scienze biomediche ha notevolmente contribuito ai progressi recentemente ottenuti nel campo della prevenzione e della identificazione precoce delle malattie genetiche. Il momento fondamentale di ogni intervento di prevenzione è rappresentato dalla consulenza genetica offerta alla famiglia che deve spesso affrontare decisioni impegnative e difficili per cui si impongono informazione adeguata e consapevolezza.

La domanda di consulenza genetica nella popolazione odierna è certamente in sensibile aumento. Ciò in parte è dovuto alla sensibilizzazione avviata dai mass-media e dal fatto che il numero delle patolo-

gie genetiche conosciute e diagnosticabili a livello genotipico è notevolmente cresciuto.

I motivi che inducono oggi a richiedere una consulenza genetica sono numerosi:

- la presenza nella famiglia di uno o più soggetti con una patologia genetica nota o con una patologia malformativa o neurologica non inquadrata;
- la consapevolezza o il sospetto di alterazioni genetiche fenotipicamente silenti (portatore sano di mutazioni recessive, portatore di alterazioni strutturali bilanciate);
- poliabortività nella coppia o problemi di infertilità e sterilità;
- fattori di rischio anamnestico per malattie genetiche (consanguineità, età materna o paterna avanzata).

È comunque la nascita di un neonato con un disordine su base genetica che costituisce il momento di avvio di un complesso iter diagnostico indirizzato verso l'inquadramento nosologico. Anamnesi accurata, analisi del fenotipo e diagnostica orientata sono gli elementi di maggior rilievo in questo percorso diagnostico che riguarda tutte le classi di malattie genetiche.

Nel caso di malattie ereditarie a trasmissione mendeliana (autosomica dominante, autosomica recessiva, X-linked), il calcolo del rischio di insorgenza o di ricorrenza nella prole è semplice e deve essere illustrato alla famiglia insieme con le prospettive di trattamento specifico, recupero funzionale, riabilitazione e con le possibilità di diagnosi preconcezionale o prenatale.

Alcune malattie genetiche ereditarie mostrano una eterogeneità eziologica (determinata da molteplicità di fattori genetici ed ambientali interagenti) e genetica (intervento di meccanismi diversi). In questi casi è spesso arduo formulare un rischio di ricorrenza preciso alla famiglia in sede di consulenza. La individuazione di nuovi meccanismi genetici (disomia uniparentale, imprinting, amplificazione) rappresenta un ulteriore contributo non solo diagnostico ma anche preventivo.

I servizi di consulenza genetica sono oggi una realtà sempre più rappresentata nei paesi occidentali. Il loro numero è cresciuto enormemente negli ultimi 30 anni parallelamente al crescere della domanda di consiglio genetico, sebbene in paesi come l'Italia ed in regioni come la Sicilia esso risulti ancora del tutto insufficiente rispetto ai bisogni di salute e di prevenzione. Alcuni fattori hanno certamen-

te contribuito a questo fenomeno: il miglioramento delle tecniche di indagine citogenetica e molecolare del DNA, l'innalzamento dell'età media di procreazione nei paesi occidentali, la maggiore richiesta e informazione nella società e la disponibilità di diagnosi prenatale sempre più precisa ed affidabile.

La consulenza genetica si basa essenzialmente su un rapporto di comunicazione, informazione e supporto della famiglia, in modo da metterla in condizioni di effettuare la propria scelta in piena libertà e consapevolezza.

La consulenza genetica è, quindi, un processo di istruzione ed informazione che ha per oggetto il rischio di manifestarsi o di ricorrere di una patologia nelle famiglie e le implicazioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche. A tal fine è necessario che il consulente sia in possesso degli strumenti indispensabili per fornire un adeguato consiglio genetico: una diagnosi certa (qualora sia presente un caso indice) ed una buona conoscenza delle implicazioni prognostiche e terapeutiche, del modello di trasmissione della malattia e delle opportunità di diagnosi prenatale.

Nel caso di una coppia che abbia già un figlio affetto da patologia malformativa o genetica, il primo e fondamentale punto di partenza è la corretta formulazione della diagnosi. Ciò avviene sia attraverso un'attenta analisi del fenotipo che attraverso specifiche indagini diagnostiche (citogenetiche, molecolari del DNA, radiologiche, ematochimiche, biochimiche). Risulta evidente, quindi, che la consulenza genetica deve essere offerta solo da quelle strutture che sono anche in grado di offrire gli strumenti diagnostici necessari per una diagnosi accurata. Lo studio diagnostico va eseguito con il massimo della completezza possibile anche nei casi non vitali, per porre le basi di una successiva consulenza alla famiglia.

Talvolta, però, la patologia diagnosticata mostra una eterogeneità etiologica (determinata da fattori ambientali e/o fattori genetici) o una eterogeneità genetica (determinata da due o più diversi meccanismi genetici) e non è possibile formulare un rischio di ricorrenza secondo i modelli classici.

In tali casi ci si può avvalere di metodi empirici meno precisi, quali il rischio di ricorrenza in una data popolazione o ad una determinata età della madre al concepimento. Con il passare degli anni, però, il rapido incremento delle nostre conoscenze ha consentito di svelare alcuni meccanismi di trasmissione delle malattie genetiche

(disomia uniparentale, imprinting, amplificazione e metilazione delle triplette) e così limitare sempre più il numero di condizioni nelle quali non è possibile offrire un consiglio genetico preciso.

Esistono, inoltre, numerose situazioni in cui è utile una consulenza genetica in assenza di soggetti malati nella famiglia e quindi di una diagnosi di riferimento.

La *consanguineità* è, ad esempio, un motivo di consultazione genetica da parte della coppia. E' noto infatti che essa aumenta in modo significativo il rischio di malattie autosomiche recessive nella prole per la maggiore probabilità che due consanguinei hanno rispetto alla popolazione aperta di essere eterozigoti per uno stesso carattere recessivo. Ciò è tanto più rilevante quanto minore è la frequenza del gene nella popolazione.

*Letà materna avanzata* al concepimento è da tempo riconosciuta come uno dei fattori più importanti nel determinare il rischio di insorgenza di sindrome di Down e di altre aberrazioni cromosomiche. Ciò sembra essere legato a numerosi fattori quali l'invecchiamento degli ovociti e la maggiore frequenza di errori (non disgiunzioni, rotture, etc.) durante le divisioni meiotiche.

La *poliabortività* è un altro motivo per cui è spesso richiesta la consulenza genetica da parte delle coppie o dei medici ginecologi interessati al problema. Al di là delle problematiche ginecologiche, immunologiche ed infettive, vi è infatti la possibilità che aberrazioni cromosomiche bilanciate in uno dei partners divengano sbilanciate nel prodotto del concepimento, rendendolo non vitale.

Come già rilevato, uno degli obiettivi più frequentemente richiesti in occasione di consulenza genetica è quello di offrire la diagnosi prenatale alle coppie a rischio.

La diagnosi prenatale è infatti in molti casi l'unica opportunità di "prevenzione" oggi proponibile a coppie o famiglie a rischio di patologia cromosomica o genetica nella prole, verso cui non esistono prospettive terapeutiche efficaci in grado di modificarne la storia naturale. Ai sensi dell' legge 194/78 è l'unica procedura ammissibile solo se comporta rischi documentati per la salute fisica o psichica della madre.

Per classificare e valutare le diverse metodiche di diagnosi prenatale oggi esistenti, si fa riferimento principalmente a due criteri:

- 1) l'epoca gestazionale in cui può o deve essere eseguita;
- 2) il suo grado di invasività per la madre ed il feto, anche in termini di rischio di abortività.

Le metodiche di diagnosi prenatale vere e proprie devono essere distinte dalle indagini di screening prenatale della sindrome di Down o di altri disordini congeniti oggi esistenti ed applicabili.

Le indagini di screening infatti hanno lo scopo di selezionare le gravidanze a rischio per specifiche condizioni che meritano di essere successivamente sottoposte ad indagini diagnostiche prenatali di conferma.

La diagnosi prenatale deve essere considerata un mezzo di prevenzione secondaria delle malattie genetiche, in quanto finalizzata essenzialmente a ridurre il numero di nati con malattie genetiche altamente invalidanti attraverso la interruzione volontaria delle gravidanze risultate positive (impropriamente definito “aborto terapeutico”, solo se esistono le condizioni prescritte dalla legislazione vigente).

L'obbiettivo strategico che, al contrario, la prevenzione delle malattie genetiche deve porsi è quello di impedire ove possibile il concepimento di individui portatori di anomalie genetiche o, in alternativa, il trattamento sostitutivo di geni mutati con altri cosiddetti “normali” (nel contesto di gravidanze da riproduzione artificiale).

Oggi sempre più spesso la diagnosi prenatale, le tecnologie di ricombinazione del DNA e le tecniche di riproduzione artificiale devono essere valutate e messe in atto in una relazione sinergica di integrazione e di cooperazione tra diversi specialisti.

Alle coppie con un rischio elevato per l'insorgenza di malattie genetiche vanno sempre di più offerti non solo una diagnosi certa e precoce ma anche, laddove possibile, un intervento terapeutico selettivo, alternativo alla interruzione volontaria della gravidanza. La terapia genica può consentire in alcuni casi la sostituzione di geni mutati con geni normali. Attraverso la diagnosi preimpianto (effettuata cioè su embrioni fecondati *in vitro* prima del reimpianto in utero) è tecnicamente possibile oggi selezionare embrioni geneticamente indenni da mutazioni note in famiglie con rischio genetico elevato (coppie di eterozigoti per mutazioni autosomiche recessive letali o gravate da handicaps permanenti), procedura in atto vietata dalla legge 40/2004.

Esclusa la diagnosi pre-impianti per i motivi già detti la diagnosi prenatale delle malattie genetiche è oggi affidata a metodiche invasive o non invasive da eseguire nel I e/o nel II trimestre di gestazione.

## **Metodiche non invasive**

### *Ecografia*

Sin dalle settimane iniziali di gestazione, l'ecografia consente una buona visualizzazione dell'embrione e dei suoi annessi, contribuendo a precisarne l'epoca gestazionale, la sede e la modalità dell'impianto, l'eventuale multigeminità con il tipo di placentazione. Nel primo trimestre, tra l'VIII e la X settimana, l'ecografia consente di diagnosticare la presenza di malformazioni maggiori di rilevanza clinica, quali quelle insorte durante la blastogenesi (difetto di chiusura del tubo neurale o della parete addominale, le agenesie renali, i più estesi difetti di riduzione degli arti, le sequenze e le associazioni malformative, le ostecondrodisplasie letali o con più grossolane alterazioni ossee).

Recentemente, mezzi di indagine tecnologicamente più avanzati, quali le sonde endovaginali, hanno ulteriormente ampliato e favorito le opportunità diagnostiche offerte dall'ecografia prenatale soprattutto nel corso del I trimestre, quando l'approccio addominale non è sempre applicabile con successo ed efficacia clinica. Anche nel corso del II trimestre l'ecografia fornisce, con precisione e dettagli, dati sulla struttura, sul volume e sulle dimensioni dei principali organi e apparati clinicamente esplorabili. In particolare, il sistema nervoso centrale, il sistema scheletrico, l'apparato urogenitale e le camere cardiache sono le strutture che consentono una migliore visualizzazione prenatale ecografica in questo periodo della gravidanza.

Nei casi in cui esistono dubbi sulla effettiva conformazione morfostrutturale di un organo, di un apparato o di una intera regione corporea, si rende indispensabile ricorrere ad esami ecografici di "terzo livello", eseguiti cioè in centri specializzati per la diagnosi precisa della patologia malformativa e dei difetti congeniti.

Nel II e poi nel III trimestre di gravidanza, attraverso l'ecografia sono fondamentali le informazioni circa il ritmo di accrescimento intrauterino e la tipologia di un ritardo della crescita fetale (IUGR), sulla presenza di alterazioni dei flussi ematici a livello placentare e dei vasi cordonali e fetali di rilevanza emodinamica (velocimetria Doppler).

Importanti sono anche i dati ottenibili circa lo stato degli annessi fetali e sul volume del liquido amniotico. Oligoidramnios e polidram-

nios possono ad esempio risultare spie di malformazioni rispettivamente genitourinarie (agenesia renale bilaterale, sequenza di Potter) o gastroenteriche (atresie alte).

L'ecografia prenatale può mettere in evidenza segni che evocano la sindrome di Down, per cui si rende comunque necessaria la conferma citogenetica. Si tratta del riscontro di una plica retronucleare, dell'accorciamento del femore in rapporto al diametro biparietale, del canale atrioventricolare per citare i segni più significativi.

### **Indagini su prelievo di sangue materno**

La possibilità di eseguire indagini diagnostiche su sangue materno, per accertare la presenza nel prodotto del concepimento di anomalie genetiche, cromosomiche, monogeniche o multifattoriali, risale ormai a molti anni addietro. Sin dalla fine degli anni '70, infatti, il dosaggio dell'alfa-fetoproteina (AFP) nel siero materno eseguito intorno alla 16° settimana di gestazione ha consentito di sospettare la presenza di difetti del tubo neurale nel prodotto del concepimento (valori superiori a 2,5 MOM). L'AFP è una proteina di sintesi fetale che rappresenta un analogo fetale dell'albumina ed è presente in condizioni normali nel sangue materno con concentrazioni che raggiungono i valori massimi tra la 15° e la 17° settimana di gestazione, per poi decrescere sino ad essere rintracciabile in valori minimi anche in prossimità del parto. L'AFP raggiunge il sangue materno in seguito ad una diffusione transamniotica, per cui i valori nel siero materno dipendono da quelli presenti nel liquido amniotico. In presenza di un difetto di chiusura del tubo neurale o della parete addominale, i valori di AFP nel liquido amniotico e quindi nel sangue materno si elevano in modo rilevante. Altre condizioni, anche fisiologiche, quali la gemellarità possono indurre un aumento dei livelli sierici di AFP.

La diagnosi prenatale di difetti di chiusura del tubo neurale è però oggi essenzialmente affidata alle indagini ecografiche e solo nei casi di dubbio diagnostico può essere utile ricorrere al dosaggio di AFP nel siero materno o ancora meglio nel liquido amniotico, ove possono essere anche dosati l'acetilcolinesterasi o altre componenti di esclusiva origine neurale che assumono un maggior valore diagnostico.

A partire dalla metà degli anni '80, il dosaggio dell'AFP nel sangue materno è diventato un mezzo di screening prenatale anche per



la sindrome di Down, ove i livelli sierici materni sono mediamente più bassi rispetto a quelli della popolazione aperta, in rapporto ad una più scarsa sintesi fetale. Questo test prenatale ha però un valore esclusivamente indicativo ed è oggi valutato in un contesto più ampio, nell'ambito cioè del cosiddetto triplo-test che prende in esame anche i livelli sierici materni di beta-gonadotropina corionica (più elevati nel feto con trisomia 21) e di estriolo non coniugato (ridotti). In presenza di una sicura determinazione dell'epoca gestazionale, di standard di laboratorio adeguati per numerosità di campioni esaminati ed affidabilità dei tests, questo metodo consente di selezionare oltre il 50% (in alcune esperienze sino a due terzi) delle gravidanze con sindrome di Down non a rischio per altri fattori quali età materna avanzata (oltre 35 anni). Il metodo utilizza criteri di elaborazione prevalentemente statistici e correla i valori dei tre parametri con l'età gestazionale. E' importante sottolineare che allo stato attuale questo metodo di screening deve essere proposto ed eseguito solo in donne di età inferiore a 35 anni, in cui il rischio genetico per l'età non richiede di per sé un intervento diagnostico prenatale citogenetico.

In prospettiva le possibilità di indagini genetiche prenatali su sangue materno sono destinate ad aumentare. La presenza infatti di cellule fetali circolanti nel sangue materno sin dalle prime settimane di gestazioni consente l'esecuzione di test genetici quali ad esempio la FISH con sonde di derivazione del cromosoma 21 per la ricerca della sindrome di Down, tecnica già eseguita con successo in alcune realtà e destinata ad ulteriore espansione e perfezionamento.

## **Metodiche invasive**

### *Prelievo dei villi coriali*

È una metodica ormai ben standardizzata dal punto di vista tecnico che è finalizzata al prelievo di piccole isole di tessuto coriale su cui effettuare le indagini genetiche o molecolari. Il prelievo di villi coriali viene eseguito tra la 10° e la 12° settimana di gestazione per via transaddominale ecoguidata (vie alternative transvaginali sono state abbandonate per il maggiore rischio di perdita fetale). Prelievi in epoche più precoci sono oggi sconsigliati per una possibile associazione con l'insorgenza di difetti di riduzione degli arti.

Attraverso il prelievo di villi coriali si può oggi effettuare una diagnosi prenatale sia di malattie cromosomiche che monogeniche per la possibilità di indagini citogenetiche e molecolari sulle cellule prelevate il cui indice mitotico è particolarmente alto.

### *Amniocentesi*

L'amniocentesi è una indagine invasiva che si esegue intorno alla 16° settimana di gestazione attraverso un prelievo ecoguidato di liquido amniotico. E' una metodica che in mani esperte presenta rischi trascurabili di perdita fetale (< 0,5%) e non comporta danni per la salute del feto. Sul liquido amniotico possono essere eseguite indagini biochimiche e citogenetiche (dopo opportuna coltura cellulare). Meno efficace e più prolungato rispetto al prelievo dei villi coriali è lo studio molecolare del DNA, in quanto le cellule prelevate dopo amniocentesi hanno esaurito il loro ciclo vitale e presentano un indice mitotico ridotto. Metodiche di amniocentesi precoce (13°-15° settimana) sono state proposte con l'obbiettivo di offrire una diagnosi genetica in un'epoca utile per una eventuale interruzione della gravidanza.

Benché tradizionalmente si tenda a considerare la diagnosi prenatale una metodica finalizzata alla interruzione della gravidanza nei casi in cui si ha un esito sfavorevole, esistono margini di pensiero per proporre un accertamento diagnostico prenatale anche in coppie che non prevedono l'aborto quale misura di prevenzione in caso di positività dell'esame. Queste coppie infatti possono mettere in atto procedure di programmazione del parto (*timing*, trasferimento della gestante in centri di III livello) e prepararsi dal punto di vista psicologico ad affrontare le problematiche cliniche e relazionali connesse con la nascita di un neonato portatore di alterazioni genetiche. Ciò è oggi sempre più attuale in relazione alla maggiore sicurezza delle diverse metodiche in termini di perdite fetali correlabili con la procedura ed alla possibilità di un intervento terapeutico prenatale (medico o chirurgico) in alcune circostanze. Ricordiamo infine che in coppie con rischio genetico elevato una diagnosi di normalità, statisticamente assai più probabile della diagnosi di malattia, può essere un importante fattore di sicurezza dal punto di vista psicologico, utile ed importante per la prosecuzione della gravidanza.

## **ASPETTI DI ETICA E MANAGEMENT NELLE UTIN ED INTORNO ALLA RIANIMAZIONE NEONATALE**

*G. Corsello*

Professore ordinario, di Pediatria, Università degli Studi, Palermo.

Intorno alla rianimazione neonatale sono aperti un insieme di temi e problemi con implicazioni etiche e medico-legali, che coinvolgono non solo il neonato ed il neonatologo, spesso chiamato a scelte diagnostiche e terapeutiche in situazioni di emergenza, ma anche i genitori, il personale infermieristico ed in senso lato tutta la società. Oggi sempre più spesso i neonatologi dibattono dei risvolti bioetici di procedure ed interventi clinico-assistenziali diretti ai neonati pretermine o di peso molto basso.

Ecco alcuni dei problemi attuali posti sotto forma di interrogativi aperti:

- Qual è oggi il concetto di vitalità?
- Entro quali limiti cronologici e biologici si pone la scelta di avviare o di proseguire la rianimazione di un neonato alla nascita?
- Qual è il limite tra cure adeguate, cure futili ed accanimento terapeutico ?
- L'obiettivo delle cure può essere solo la sopravvivenza ?
- Chi decide per il neonato?

Il concetto di *vitalità del prodotto del concepimento* può essere valutato secondo due punti di vista diversi, ma strettamente collegati: quello cronologico e quello biologico. Sul piano della cronologia, intesa come età gestazionale, la legge fissa alla 28° settimana l'epoca al di sopra della quale un prodotto del concepimento deve essere sempre definito come neonato, se vivo e vitale, e nato morto nel caso contrario. Questo limite è progressivamente sceso nel corso degli anni prima a 26, poi a 25, a 24 ed oggi a 23 settimane, soglia di età gesta-

zionale per cui un prodotto del concepimento può essere vivo e vitale. L'età gestazionale viene oggi considerata un criterio fondamentale per valutare la vitalità. Tuttavia, la definizione dell'età gestazionale basata su criteri cronologici ed ecografici integrati, presenta dei margini di incertezza, anche di alcuni giorni, che possono risultare decisivi sul piano degli indici di sopravvivenza.

Le percentuali di sopravvivenza dei nati VLBW (< 1500 grammi) e ELBW (< 1000 grammi) sono ben diverse da quelle anche solo di dieci anni prima; ma va subito considerato che le percentuali degli esiti neurologici a distanza, motori e sensoriali in primo luogo, in queste categorie di neonati sono un problema di rilevanza clinica e sociale (*tabella 1*).

Tabella 1  
SOPRAVVIVENZA, ESITI ED ETÀ GESTAZIONALE NEI NATI PRETERMINE

Sopravvivenza:					
	Sett.	%		Sett.	%
<i>Età gestazionale</i>	23	10	<i>Esiti (handicap grave: neurologico, sensoriale, respiratorio)</i>	25	20-40
	24	40-60		24	50-70
	25	50-70		23	70-85
	26	70-90			
	27	90			
	28	95			
	34	98			

Oltre al criterio cronologico esiste un approccio diverso alle questioni della vitalità, che è quello biologico e clinico. Secondo la legislazione vigente, il concetto di vitalità coincide con quello della possibilità di vita autonoma del feto. Il problema che si pone è quello di come accertare questa condizione. La giurisprudenza più recente affida al rianimatore la competenza nel giudicare la sussistenza di uno stato di vitalità e quindi la decisione di rianimare oppure no un neonato. Al neonatologo infatti spetta la distinzione tra vere manifestazioni di vitalità del neonato anche estremo pretermine o malformato e singole ed incoordinate attività vitali che non sono espressione di una reale attitudine di quel neonato ad una vita autonoma. Sono quei movimenti afinalistici e poco coordinati, accompagnati da sporadici atti respi-

ratori e contrazioni miocardiche definiti dagli anatomopatologi come “vita residua”. In queste condizioni tentativi estremi di rianimazione possono sfociare in un vero e proprio percorso di accanimento terapeutico e, nel caso che la rianimazione sia avviata, quei soggetti possono diventare del tutto assimilabili sia sul piano biologico-clinico che giuridico agli individui in stato di morte cerebrale mantenuti in vita artificialmente. D’altro canto, una mancata o ritardata rianimazione neonatale in presenza di veri segni di vitalità del neonato o in neonati che rientrano in una area di alta sopravvivenza per caratteristiche cronologiche (oggi > 24 settimane), può configurare un vero e proprio reato contro la persona per omissione di sostegno vitale sino al reato di omicidio colposo.

Se volessimo sintetizzare le questioni esposte sino a questo punto potremmo ipotizzare una bilancia sulla quale cercare un equilibrio, in cui da un lato si collocano le opzioni di rianimazione e di assistenza intensiva sul piano propositivo (il neonatologo interviene, rianima, assiste e garantisce la sopravvivenza di neonati anche in condizioni estreme), dall’altra si pongono i rischi dell’accanimento diagnostico-terapeutico (il neonatologo forza la realtà clinica e biologica e con le sue risorse tecnologiche va oltre i limiti di vitalità di quel neonato, senza alcuna garanzia di sopravvivenza e di qualità della vita).

Sottesi a questi approcci ed atteggiamenti vi sono due modi diversi di concepire l’assistenza a neonati gravemente immaturi. Uno è quello “*orientato alla malattia*”, per certi versi più tradizionale nella nostra cultura medica, in base al quale ciò che conta di più è la sopravvivenza ad ogni costo e per cui l’unica vera sconfitta è la morte, da evitare e combattere con ogni mezzo e pronti ad ogni risultato. L’altro, “*orientato alla persona*”, tiene conto della qualità della vita che viene ritenuta importante tanto quanto la vita stessa. Queste due concezioni in realtà non devono essere considerate alternative e disgiunte, anzi devono essere integrate ed armonizzate al massimo per garantire che la sopravvivenza sia sempre degna della natura umana. Esistono però condizioni, quali quelle della “zona grigia” dei neonati estremi come età gestazionale e come peso, in cui questi concetti possono sul piano pratico risultare divergenti ed anche tra loro mutuamente alternativi.

In sintesi, allo stato attuale possiamo raccomandare le seguenti linee di comportamento:

- nei soggetti con età gestazionale <23 settimane (o con peso < 400 grammi) fornire solo cure compassionevoli (finalizzate ad alleviare la sofferenza);
- nei soggetti di età gestazionale pari a 23 settimane eseguire intubazione e ventilazione solo in presenza di segni di vitalità (battito cardiaco ritmico presente + attività dei muscoli respiratori): se entro alcuni minuti le condizioni migliorano (ripresa del colorito cutaneo, frequenza cardiaca > 100/min) continuare la rianimazione, in caso contrario limitarsi alle cure compassionevoli.

Nei soggetti con età gestazionale di 24 settimane o più intubazione immediata, assistenza ventilatoria e rianimazione cardiocircolatoria, sino ad ulteriore valutazione clinica.

Naturalmente, come già ricordato, spetta al neonatologo valutare lo stato di vitalità di ogni prodotto del concepimento e decidere di procedere con manovre di rianimazione e di assistenza intensiva solo quando a suo giudizio clinico esistono le condizioni minime per considerare presenti possibilità di vita autonoma. Il problema della rianimazione alla nascita si o no riguarda anche altre due categorie di neonati. Una è quella dei neonati con anomalie congenite gravi o con sindromi malformative che non hanno possibilità di recupero sul piano terapeutico, l'altra è quella dei neonati in cui la prognosi a distanza è chiaramente sfavorevole per la presenza di danni irreversibili e destruenti che non sono compatibili con una vita di relazione accettabile e dignitosa.

Un valore importante assume in queste situazioni "estreme" la *comunicazione ai genitori ed il loro grado di coinvolgimento* nelle scelte. E' chiaro che in nessun modo si può pensare di delegare ai genitori una scelta che implica una decisione terapeutica di rianimazione, sia per l'assenza nei genitori di un background culturale che per le condizioni di stress psicologico intenso che vivono in frangenti del genere. Quando possibile è certamente preferibile avviare il processo di comunicazione già prima del parto, in modo da avere un livello di consapevolezza di base già alla nascita. E' vero, comunque, che mentre in alcune realtà si cerca di far partecipare i genitori alle scelte ed alle decisioni, facendo maturare in loro una coscienza del problema e quindi una sua accettazione, in altre si tende ad evitare che i genitori siano coinvolti, soprattutto per non incorrere nel rischio di un dissenso rispetto alle decisioni dei medici. Probabilmente non esiste un approccio valido per tutte le situazioni e per tutti i genitori, non esi-

ste cioè una regola applicabile a tutte le situazioni, ma si deve tenere conto di volta in volta di alcune variabili quali l'età, l'estrazione sociale e religiosa, lo stato emozionale etc, elementi indispensabili per adeguare l'informazione ad ogni persona, alla sua cultura ed alla sua capacità di comprensione in quel momento.

L'esperienza del neonatologo e la sua preparazione umana e professionale hanno un ruolo centrale nel definire la qualità delle informazioni fornite e nell'evitare o minimizzare la divulgazione di informazioni ambigue, improprie o carenti.

### **Bibliografia**

- 1) BURGIO G.R., LANTOS J.D., *Primum non nocere today*. 2<sup>nd</sup> edition. Excerpta Medica, Amsterdam 1998.
- 2) CHERVENAK F.A., MCCULLOUGH L.B. (Eds), *Ethics in perinatal medicine*. Clin Perinatol 30 n°1; 2003.
- 3) FREED G.E., HAGEMAN J.R. (Eds), *Ethical dilemmas in the prenatal, perinatal and neonatal periods*. Clin Perinatol 23 n° 3; 1996.
- 4) JAIN L., KEEMAN W. (Eds). *Resuscitation of the fetus and newborn*. Clin Perinatol 26 n° 3; 1999.
- 5) SINCLAIR J.C., BRACKEN M.B. (Eds), *Effective care of the newborn infant*. Oxford University Press, Oxford 1993.
- 6) TYSON J.E., STOLL B.J., *Evidence-based ethics and the care and outcome of extremely premature infants*. Clin Perinatol 30:363-387; 2003.





## **FARMACOUTILIZZAZIONE NELL'AROUP "P. GIACCONE" E L'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ OPERATIVA DI FARMACOLOGIA CLINICA**

*N. D'Alessandro*

Professore ordinario di Farmacologia, Università degli Studi, Palermo

### **Introduzione**

La "mission" della farmacoeconomia è quella di assicurare che la società impieghi le limitate risorse disponibili per la cura della salute in maniera saggia, onesta ed efficiente. È evidente come nel complesso mondo della sanità, considerazioni di efficacia, rischi, costi, rimborsabilità e aspetti regolatori competano nell'influenzare le decisioni cliniche in un'atmosfera che potrebbe risultare "non perfettamente etica", caratterizzata cioè da ridotta autonomia del medico, relazioni non ottimali tra medico e paziente e conflitto tra gli obiettivi clinici e quelli manageriali.

Una delle risposte a questo è la disponibilità di risorse istituzionali, come Servizi di Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia, che aiutino a superare gli inevitabili conflitti tra le predette forze, permettendo ad una Azienda Ospedaliera di assolvere pienamente agli obiettivi terapeutici, ma contenendo il budget per i farmaci entro limiti ragionevoli. Il programma di tali Servizi dovrebbe tra l'altro prevedere:

- una continua revisione del prontuario;
- la sorveglianza delle abitudini prescrittive;
- la stesura di monografie educazionali e di linee guida, insistendo sull'aspetto delle analisi costo-utilità: tali analisi oggi pongono un maggiore accento sulla dignità degli obiettivi da perseguire, perché includono tra i parametri fondamentali da prendere in considerazione la valutazione della qualità della vita (1, 2);

- la disponibilità di esperti che assistano nelle decisioni prescrittive più problematiche.

In questo articolo vengono brevemente descritte alcune iniziative curate in questo senso dall'Unità Operativa di Farmacologia Clinica dell'AOUP P.Giaccone di Palermo, in accordo alla Direzione Generale e a quella Sanitaria dell'Azienda stessa.

## **Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTORS) e il Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO)**

Il PTORS, entrato in vigore dal 10 febbraio 2004 (DA Sanità Regione Sicilia 2779), è un elenco di medicinali che si ispira al sistema internazionale (Nordic Council of Medicines) di classificazione ATC (Anatomica Terapeutica Chimica). Esso vuole mettere a disposizione del medico una dotazione di composti tale da corrispondere in modo completo alle necessità della terapia farmacologia secondo i migliori criteri attualmente accertati. Sono stati infatti inclusi nel PTORS solo quei medicinali che, secondo le linee generali adottate dalla Commissione Unica del Farmaco, rispondono a requisiti di efficacia terapeutica e di accettabile rapporto beneficio/rischio (medicina basata sulle "forza" delle evidenze o prove). Oltre ai monocomposti, nel PTORS sono presenti alcune associazioni scelte in base alle caratteristiche seguenti:

- provato sinergismo;
- vantaggi in termini di compliance;
- vantaggi in termini economici.

Il PTORS, periodicamente aggiornato, è disponibile sul sito web dell'Assessorato alla Sanità (<http://www.regione.sicilia.it/sanita/>). Scegliendo tra i farmaci del PTORS, le Commissioni Terapeutiche Ospedaliere (CTO) producono un PTO che include i farmaci più appropriati alle esigenze dell'Ospedale. La terapia all'interno dell'Ospedale viene consentita solo con i medicinali del PTO aggiudicati, anche se sono possibili motivate eccezioni, come, per esempio, in caso di medicinale giudicato indispensabile ed insostituibile per un paziente in urgenza. Ai fini dell'acquisto dei farmaci, la Commissione Regionale del Farmaco redattrice del PTORS ha raccomandato che le gare vengano espletate scegliendo preferibilmente un solo farmaco con il più favorevole rapporto beneficio clinico/costo fra quelli di una categoria terapeutica omogenea (ATC 4° livello).

La CTO della nostra Azienda nel corso di una serie di riunioni ha esaminato e adottato il PTORS, proponendo d'altra parte alla Commissione Regionale del Farmaco alcune aggiunte. L'opportunità di tali aggiunte è stata sottolineata da una serie di osservazioni di ritorno, in quanto la CTO ha ritenuto di inviare il PTORS e di chiedere un parere a tutti i Responsabili di Unità Operative. Si può ritenere che adesso la nostra Azienda disponga di uno strumento condiviso ai fini di una razionale, efficace ed economica terapia con farmaci.

## **Il Centro Informazione Medicinali (CIM)**

Il CIM è un servizio indipendente di informazione sul farmaco, che nasce sulla base di una direttiva regionale a cui ha aderito la nostra Azienda. Esso svolge un'attività di consulenza ai medici ospedalieri relativamente a quesiti sulle caratteristiche dei farmaci o sugli approcci terapeutici attualmente applicati al trattamento delle patologie. Il CIM può fornire informazioni sia su richiesta del medico interessato, sia concordate con l'Assessorato Regionale alla Sanità e con la Direzione Sanitaria.

I principi ispiratori del CIM sono numerosi, ma l'obiettivo prioritario è ancora quello di contribuire a realizzare una gestione del farmaco più attenta, migliorando l'appropriatezza delle prescrizioni e favorendo un uso congruo e sicuro dei medicinali, secondo le linee guida internazionali e sulla base della Clinical Evidence.

L'informazione data dal CIM vuole essere il più possibile chiara, indipendente e facilmente trasferibile nella pratica quotidiana (svincolandosi dall'industria farmaceutica che rappresenta ancora oggi la principale, ma "pilotata", fonte di informazione sui farmaci), in modo da ottenere indicazioni di tipo generale o orientate al paziente. In dettaglio, il CIM fornisce dati su:

- indicazioni terapeutiche e controindicazioni di farmaci o trattamenti, con relativi dosaggi e schemi di somministrazione, interazioni e/o incompatibilità conosciute;
- reazioni avverse (ADR), includendo la teratogenicità;
- modalità d'uso in base ai casi clinici (programmi personalizzati secondo le patologie di base e varie condizioni del paziente, quali gravidanza, allattamento, epatopatie, nefropatie, ecc.);

- prescrivibilità (modalità prescrittive in ambiente intra- ed extra-ospedaliero, note CUF, ecc.);
- disponibilità di alternative terapeutiche, eventualmente a più basso costo per pari efficacia, con particolare riferimento ai farmaci generici;
- interferenze dei farmaci con i risultati delle analisi di laboratorio.

Il CIM può anche fornire alla CTO strumenti utili per una corretta stesura e gestione del PTO e per l'allestimento di linee guida diagnostico/terapeutiche (vedi oltre) da adottare in ambito aziendale, preparando materiale informativo e brochure a supporto.

I numeri di telefono del CIM ubicato presso il Servizio di Farmacologia Clinica dell'Azienda sono 091-6553261/6553258, il numero di fax 091-6553249. L'informazione richiesta dal medico dell'Azienda deve pervenire via posta o via fax ai numeri sopra indicati. Deve essere redatta su un apposito modulo (*Fig. 1*).

La risposta ai quesiti richiesti viene fornita nel più breve tempo possibile, per iscritto e previa consultazione di banche dati, tra cui la MICROMEDEX, messa a disposizione dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

### **Uno studio sul consumo dei farmaci antibatterici nell'A.O.U.P "Paolo Giaccone"**

Si parte dalla premessa che nell'ambito delle attività di monitoraggio dei farmaci in commercio, in Italia è stato riscontrato un uso di antibiotici antimicrobici superiore alla media europea. In un recente confronto in tal senso (3), si passava infatti dalle 9 Dosi Definite Die (Defined Daily Dose, DDD; rappresenta la quantità di farmaco necessaria per una giornata di terapia, nell'indicazione principale, nell'adulto) /1000 abitanti die dell'Olanda alle 37/1000 abitanti die della Francia. L'Italia, con 24 DDD/1000 abitanti die, si collocava in una posizione medio-alta.

In aggiunta, uno studio (4) sulla prescrizione nel 2001 in Italia di antibiotici a carico del SSN e soggetti a nota (Note 55, 55 bis e 56 della CUF sulla prescrizione di formulazioni iniettabili, anche in relazione al dato che il largo consumo di tali preparazioni si accompagna a maggior rischio di reazioni avverse e di insorgenza di farmacoresistenza) ha confermato il dato del consumo elevato, mettendo inoltre in eviden-

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

*Fig. 1*  
Scheda per la richiesta d'informazioni al CIM

Al C.I.M. (Centro Informazione Medicinali)  
Responsabile Pror. Natale D'Alessandro  
Unità Operativa di Farmacologia Clinica  
Tel: 091 6553261-3258 Fax: 091 6553249

**Scheda Richiesta Informazioni**

RICHIEDENTE DOTT. \_\_\_\_\_

II. O. \_\_\_\_\_

Data della richiesta (gg/mm/aaaa)      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

CASO CLINICO     Iniziali \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_ Età \_\_\_\_\_

NOME DEL FARMACO \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI SU:

POSOLOGIA \_\_\_\_\_

FARMACOCINETICA \_\_\_\_\_

APPLICAZIONI CLINICHE   

USO TERAPEUTICO \_\_\_\_\_

EFFICACIA COMPARATIVA CON \_\_\_\_\_

PRESCRIVIBILITA' \_\_\_\_\_

STABILITA' \_\_\_\_\_

INTERAZIONI: \_\_\_\_\_

TERATOGENICITA': \_\_\_\_\_

ADR \_\_\_\_\_

EVENTUALI INFORMAZIONI SU UNA PATOLOGIA \_\_\_\_\_

TIMBRO/FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

za come fra le categorie di farmaci maggiormente prescritte, gli antibiotici rappresentino quella con una maggiore variabilità regionale: la media nelle regioni del Nord era di 0,3 DDD/1000 abitanti die, quella delle regioni del centro di 0,8, quella delle regioni del Sud di 1,5. La Sicilia si attestava come una forte consumatrice di antibiotici, sia con nota (1,7 DDD/1000 abitanti die) sia senza nota (31,3 DDD/1000 abitanti die), in questo seconda solo alla Campania. Nello stesso studio (4) veniva commentato come il comportamento riscontrato al Sud non potesse essere spiegato dall'eventuale acquisto privato nelle regioni del Nord, da ragioni demografiche (la popolazione del Sud è più giovane), da una plausibilità epidemiologica in base agli indicatori di malattia, ma con molta probabilità fosse invece da mettere in relazione all'inappropriatezza delle prescrizioni.

Per quanto riguarda l'AOUP P. Giaccone, abbiamo analizzato l'uso nel 2001 di farmaci antibatterici in un campione rappresentativo costituito da 28 reparti (9 di medicina, 10 di chirurgia, 1 di rianimazione ed 1 di ostetricia e ginecologia, per circa 470 posti letto) (5). In accordo alla WHO, il consumo è stato calcolato sulla base di DDD/100 giorni degenza, consentendo di ottenere una stima del numero di pazienti ricoverati esposti a questi agenti (*Tabella 1*).

*Tabella 1*  
Consumo di agenti antibatterici nell'AOUP P. Giaccone (2001)

	DDD x 100 giorni di degenza	% DDD totali (= 70867,75)	Costo x DDD (in Euro)
Cefalosporine II	0,01	0,02	14,44
Cefalosporine III	11,08	21,07	21,84
Cefalosporine IV	0,59	1,13	9,65
Penicilline orali	10,85	20,61	0,37
Penicilline parenterali	10,81	20,55	6,08
Carbapenemici	1,18	2,25	52,49
Chinoloni orali	6,87	13,05	1,94
Chinoloni parenterali	3,27	6,23	22,41
Macrolidi orali	2,49	4,73	1,52
Macrolidi parenterali	0,14	0,27	3,72
Aminoglicosidi	2,38	4,54	4,78
Metronidazolo	0,89	1,69	8,20
Glicopeptidi	0,77	1,47	35,61
Altri	1,22	2,32	5,40



Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

Statistics Methodology (Oslo, Norvegia) ed aggiornate ogni anno. Nell'analisi sono state utilizzate le DDD degli antibatterici per uso sistemico elencate nell'ATC index 2003.

La spesa per farmaci antibatterici è risultata pari all'11,8% della spesa totale per farmaci da parte degli stessi reparti.

Sempre in termini di DDD/100 giorni di degenza le singole molecole più utilizzate sono state:

- Amoxicillina + Acido clavulanico = 7,43;
- Ampicillina + Sulbactam = 6,86;
- Levofloxacinina = 6,03;
- Ceftriaxone = 5,23;
- Amoxicillina = 5,10;
- Ciprofloxacina = 4,10;
- Ceftazidima = 3,20;
- Claritromicina = 2,43;
- Gentamicina = 1,62;
- Cefotaxima = 1,47;
- Piperacillina + Tazobactam = 1,13.

L'analisi ha anche evidenziato le abitudini di impiego nei diversi tipi di reparto, in ambito chirurgico o di medicina (*Tabella 2*).

*Tabella 2*

Consumo di agenti antibatterici nei Reparti di Medicina e di Chirurgia dell'A.O.U.P. "P. Giaccone" (2001)

	Reparti di Medicina		Reparti di Chirurgia	
	DDD x 100 giorni di degenza	% DDD totali (= 27907,98)	DDD x 100 giorni di degenza	% DDD totali (= 22813,65)
Cefalosporine II	0,004	0,008	0,025	0,043
Cefalosporine III	8,51	16,22	17,48	29,81
Cefalosporine IV	0,71	1,36	0,34	0,59
Penicilline orali	8,67	16,53	7,17	12,23
Penicilline par.	8,11	15,47	16,54	28,22
Carbapenemici	0,87	1,67	1,19	2,03
Chinoloni orali	14,68	28,00	1,85	3,10
Chinoloni par.	3,82	7,28	2,95	5,04
Macrolidi orali	2,04	3,90	2,65	4,52
Macrolidi par.	0,14	0,28	0,22	0,38
Aminoglicosidi	2,06	3,92	3,42	5,84
Metronidazolo	0,16	0,31	2,82	4,81
Glicopeptidi	1,48	2,82	0,38	0,65
Altri	1,13	2,16	1,53	2,61

casi ricoverati, si è tenuto conto del Peso Relativo (PR). Il PR è un indicatore associato a ciascun DRG, che evidenzia il rapporto fra il costo medio dello specifico DRG ed il costo medio del caso medio (calcolato su tutti i DRG). I PR italiani, corrispondenti alla decima versione dei DRG, sono riportati nel decreto del Ministero della Sanità del 30 giugno 1997. Il PR medio dei Reparti di Medicina dell'AOUP P. Giaccone è risultato 1,365, quello dei Reparti di Chirurgia 1,315.

I dati ottenuti costituiscono la base per un raffronto, sia con altre Istituzioni, italiane o internazionali (si rimanda, per esempio, al riferimento bibliografico 6), sia con i dati per gli anni successivi della stessa AOUP di Palermo. Essi hanno evidenziato come, non distaccandosi dal comportamento generale riscontrato in Italia e particolarmente in Sicilia (4), il consumo di farmaci antibatterici (per esempio, di cefaloporine di III generazione e di penicilline per via iniettiva) sia elevato nella nostra Azienda, sottolineando la necessità di interventi (per esempio, adozione di linee guida riguardo alla chemiopprofilassi in chirurgia) ai fini di un uso più razionale di tali agenti, ottimizzando il rapporto costo/utilità e contenendo così lo sviluppo di farmacoresistenza batterica e l'insorgenza di reazioni avverse.

## **Le “Linee Guida”**

Secondo una definizione ormai ritenuta classica (7) le linee guida sono “raccomandazioni di comportamento clinico prodotte da un gruppo di lavoro multidisciplinare e basate sulle migliori evidenze scientifiche, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche condizioni cliniche”.

L'adozione di linee guida è ormai considerata indispensabile, in quanto esse offrono alcuni notevoli vantaggi tra cui la riduzione della variabilità dei comportamenti medici al letto del paziente e il miglioramento dell'efficacia della condotta clinica e della qualità delle cure. Esse possono anche concorrere alla risoluzione dei problemi etici, legali o assicurativi che sorgono nell'ambito della medicina.

È anche chiaro che le raccomandazioni della linea guida si applicano ad un paziente medio, non ad un singolo e specifico paziente; rimane compito e responsabilità del medico valutare se un determinato trattamento sia appropriato per un determinato paziente. In tale ottica, possibili aspetti negativi delle linee guida sono: sotto il profilo

clinico, la loro utilizzazione non personalizzata; sotto il profilo medico-legale, il rischio che esse siano strumentalizzate per accusare i medici di condotta colposa, addebitando di non averle seguite, quasi che esse siano tassativamente vincolanti.

Restando all'esempio della chemioprolifassi in chirurgia, in estrema sintesi, questa si applica alla prevenzione dell'infezione di ferite chirurgiche, in particolare in situazioni di chirurgia "contaminata o sporca" (come nella resezione del colon o del retto) in cui il rischio di infezioni della ferita è alto.

La profilassi non è invece raccomandata in situazioni di chirurgia "pulita", con l'eccezione degli interventi neurochirurgici, cardiocirurgici o che prevedano l'inserzione di protesi.

Le linee guida internazionali (8) raccomandano che la chemioprolifassi in chirurgia venga effettuata subito prima della operazione, in modo che l'antibiotico, scelto in base alla sua attività contro i più probabili contaminanti, venga a trovarsi nei tessuti dall'inizio del trauma operatorio e fino al momento della chiusura della ferita. In caso di interventi prolungati può essere opportuno somministrare anche una dose intraoperatoria, ma in genere è inutile e controproducente continuare il trattamento al di là del giorno dell'operazione e una decisione in tal senso dovrebbe essere sempre motivata.

## **La Farmacovigilanza**

Esiste una sottovalutazione della patologia da farmaci, che non riceve l'attenzione che merita. Tuttavia, negli USA (dove vengono condotti studi ad hoc), stime attendibili hanno indicato che le reazioni avverse da farmaci (ADR) rappresentano la quarta-sesta causa di morte in quel Paese. In aggiunta, la gestione delle patologie da farmaci comporterebbe annualmente costi quasi doppi di quelli riferibili a tutta la patologia diabetica.

Le informazioni sulla sicurezza ed efficacia di un farmaco disponibili all'atto della sua immissione in commercio non sono del tutto complete. Gli studi clinici pre-marketing si svolgono, per motivi pratici, su popolazioni di pazienti numericamente contenute e con periodi di follow-up limitati nel tempo; non sono pertanto adatti ad evidenziare reazioni avverse rare, ritardate o da uso protratto. Inoltre tali studi vengono condotti su pazienti selezionati, seguiti in centri specializza-

ti. Questa condizione, definita da “mondo irrealistico”, è molto lontana da quelle che sono le condizioni di uso comune di un nuovo farmaco, che potrà essere utilizzato in soggetti affetti da più patologie contemporaneamente, sottoposti ad altre terapie medicamentose e con differenti abitudini alimentari e voluttuarie. Tutto questo può favorire la comparsa di danni da farmaci, non identificati nelle fasi pre-marketing.

Per tutti questi motivi, si è sentita la necessità di attuare la Farmacovigilanza, i cui obiettivi sono:

- individuare nel più breve tempo possibile nuove, in particolare gravi, reazioni avverse da farmaci recentemente immessi in commercio;
- documentare l'incidenza degli effetti avversi da farmaci;
- valutare la reale utilità di un medicamento, anche sotto il profilo di nuove possibili indicazioni;
- promuovere un modo di prescrivere sempre più razionale (e quindi anche più economico).

La Farmacovigilanza viene attuata ormai universalmente, in primo luogo basandosi sul contributo degli operatori sanitari, che segnalano tempestivamente le loro osservazioni di reazioni avverse clinicamente rilevanti alle autorità competenti. Questo assicura un efficiente monitoraggio, in teoria dell'intera popolazione trattata (9).

In Italia, anche se vi è stata l'emanazione di atti legislativi, il sistema di coordinamento e organizzazione della Farmacovigilanza è stato poco efficiente. Il numero di segnalazioni è stato basso, di gran lunga inferiore a quello di molti altri paesi, con una conseguente dipendenza dall'estero per le informazioni sulla pericolosità di farmaci. Casi recenti, come quello della cerivastatina, sono stati sintomatici della mancanza di un sistema efficiente per controllare la sicurezza dei farmaci dopo l'immissione in commercio. In considerazione di ciò, a partire dal novembre 2001, il Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e della Farmacovigilanza del Ministero della Salute ha dato vita ad una serie di iniziative destinate ad aumentare ed a rendere più rapido il flusso delle informazioni in Farmacovigilanza, attivando in particolare un sistema di acquisizione elettronica delle segnalazioni.

Tale sistema prevede che, attraverso un computer e una password, ciascun servizio farmaceutico di ASL, AO o IRCSS invii le proprie segnalazioni direttamente a Roma.

## **Le novità in Farmacovigilanza**

l’abrogazione delle sanzioni penali in caso di mancata segnalazione da parte dei medici e degli altri operatori sanitari preposti;

la modifica della tipologia delle reazioni avverse da segnalare. In particolare gli operatori sanitari sono tenuti a segnalare tempestivamente, tramite le apposite schede:

- tutte le sospette reazioni gravi e/o inattese di cui vengano a conoscenza nell’ambito della propria attività;
- tutte le sospette reazioni avverse osservate (gravi, non gravi, attese ed inattese) relative ai vaccini ed ai farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo ed inclusi in elenchi pubblicati periodicamente dal Ministero della Salute.

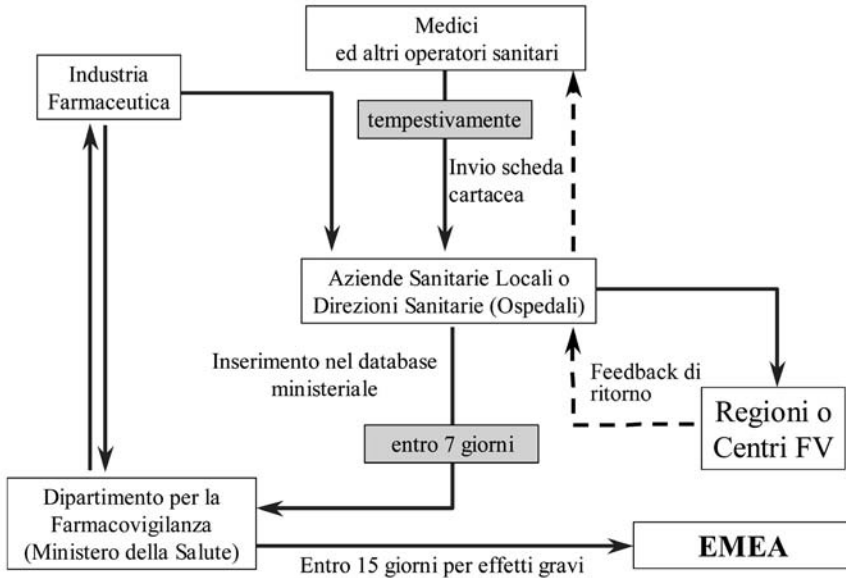
In altre parole, la segnalazione spontanea non deve essere vista come un semplice obbligo burocratico e la nuova normativa ne ha voluto rafforzare la valenza scientifica, culturale e pratica, eliminando le sanzioni penali in caso di omissione e indicando precisamente quali reazioni avverse è utile segnalare.

## **Il progetto regionale**

In tale contesto, la Regione Sicilia (DA Sanità del n. 538 del 16, 04, 2002) ha sviluppato un innovativo “Progetto per l’organizzazione della Farmacovigilanza”, esplicitandone chiaramente gli obiettivi.

Si intende realizzare lo sviluppo di un atteggiamento positivo verso la Farmacovigilanza tra gli operatori sanitari, perché la segnalazione delle reazioni avverse diventi una routine accettata e capita. Oltre a prevedere iniziative per la formazione e l’aggiornamento continuo del personale preposto alla Farmacovigilanza nelle AO e nelle ASL e degli operatori sanitari, il progetto si articola in una struttura piramidale a tre livelli (*Fig. 2*):

Fig. 2  
Schema del sistema di farmacovigilanza in Sicilia



1- Settori farmaceutici delle ASL e farmacie ospedaliere delle AO, dove il responsabile della Farmacovigilanza: a) fornisce le schede di segnalazione delle ADR ai sanitari afferenti; b) raccoglie le schede di segnalazione compilate; c) verifica la completezza dei dati e d) inserisce le schede nel database nazionale.

2- Quattro Centri qualificati, che collaborano con il Centro Regionale di Farmacovigilanza e con il Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e per la Farmacovigilanza del Ministero della Salute. Tali Centri sono:

a) Centro referente per la segnalazione spontanea organizzata, presso il Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università di Messina. Tra i suoi compiti quello di valutare la qualità delle segnalazioni e la loro interpretazione e di inviare un commento sulla reazione avversa osservata a ogni segnalatore tramite il responsabile della Farmacovigilanza nell'ASL o nell'AO.

b) Centro di consulenza ed informazione sugli effetti tossici da farmaci in donne gravide ed in neonati e da erbe medicinali e dai prodotti da esse derivati. E' allocato presso il Dipartimento di Farmacologia Sperimentale e Clinica dell'Università di Catania.

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

c) Centro di consulenza e informazione sugli effetti tossici da farmaci antitumorali e sulle ADR in pazienti neoplastici, allocato presso il Dipartimento di Scienze Farmacologiche (Unità Operativa di Farmacologia Clinica dell'AOUP P. Giaccone) dell'Università di Palermo.

d) Centro di consulenza ed informazione sulle sospette reazioni avverse da vaccini (Vaccinovigilanza), presso l'Assessorato Regionale alla Sanità, Ufficio Speciale.

3- Il Centro di Farmacovigilanza Regionale, inserito nell'Unità Operativa dell'Ispettorato Regionale della Sanità, che mantiene i rapporti con il Ministero della Salute, organizza in collaborazione con il CEFPAS corsi ECM in Farmacovigilanza, sviluppa progetti di Farmacovigilanza complementari alla segnalazione spontanea e coordina tutto il progetto regionale.

Il progetto siciliano di Farmacovigilanza prevede in particolare un "percorso di ritorno", in quanto il responsabile della Farmacovigilanza nell'ASL o nell'AO risponde con un commento all'autore della segnalazione, avvalendosi del supporto scientifico dei Centri referenti. Tale approccio, del resto raccomandato dall'OMS, ha diversi meriti, tra cui quello di contribuire ad una educazione continua e personalizzata degli operatori sanitari, stimolando la creazione di una rete di segnalatori esperti.

## **Alcune cifre**

Nell'anno 2003 si sono avute in Sicilia 303 segnalazioni di sospette ADR, con un tasso di 6,1 segnalazioni per 100.000 abitanti (10). Nello stesso periodo, la media nazionale è stata di 9,3 segnalazioni/100.000 abitanti e la Sicilia si è collocata al 13° posto tra le regioni italiane.

Confrontando con i dati nell'anno precedente, la Sicilia ha migliorato, in quanto nel 2002 era al 15° posto con 5,2 segnalazioni/100.000 abitanti. Il miglioramento è ancora più rilevante, se si considera che nel 2002 il tasso nazionale era stato di 12,3 segnalazioni/100.000 abitanti. In particolare, a fronte di un notevole calo delle segnalazioni in tutta Italia, la Sicilia e la Liguria sono le uniche regioni che nel 2003 hanno aumentato il tasso di segnalazione.

Va detto tenuto presente però, che secondo l'OMS, un sistema di Farmacovigilanza capace di generare i segnali di allarme, richiede



un tasso di segnalazione (gold standard) di almeno 30/100.000 abitanti, numero molto più alto di quello attualmente presente in Sicilia e nell'intera nazione. L'OMS ha stabilito inoltre che, in un sistema di Farmacovigilanza efficace, almeno il 30% delle segnalazioni debba riguardare reazioni avverse gravi. Nel 2003 in Sicilia le segnalazioni di sospette ADR gravi sono state pari al 39,5% del totale e sotto questo profilo il sistema regionale ha risposto ai requisiti. Sempre nel 2003, il tasso di segnalazioni più alto tra le province siciliane è stato in quella di Agrigento (12,9 segnalazioni/100.000 abitanti), mentre la provincia di Palermo è risultata al 5° posto con 5,2 segnalazioni/100.000 abitanti. Nel 2003, il nostro Policlinico Universitario ha contribuito con solo tre segnalazioni. I dati attualmente disponibili per il 2004, mentre da una parte hanno confermato l'efficacia del progetto regionale, in quanto il tasso di segnalazioni in Sicilia è ulteriormente aumentato, hanno anche registrato un'incoraggiante crescita delle segnalazioni (in numero di 23 al 15 dicembre 2004) da parte del Policlinico di Palermo. Un doveroso ringraziamento va agli operatori sanitari che hanno segnalato e al Dr. Agostino Gentile, il responsabile della Farmacovigilanza presso l'AOUP P. Giaccone.

## Conclusioni

Questo articolo ha voluto solo ribadire un concetto anticipabile e condivisibile da tutti: ogni sforzo inteso ad una maggiore razionalizzazione dell'impiego dei farmaci consente un più completo raggiungimento degli obiettivi del paziente, del medico e del manager ed ha anche risvolti positivi in termini economici, contribuendo quindi a che l'atmosfera dell'Azienda sia pienamente "etica".

## Bibliografia

- 1) N. D'ALESSANDRO, *La qualità della vita, nuovo e antico obiettivo degli interventi terapeutici*. Professione. Sanità Pubblica e Medicina Pratica. 1, 32 - 35, 1992.
- 2) P. BENIGNO, N. D'ALESSANDRO. *La farmacologia e l'ammalato*. In *Recentia in Medicina*. Farmacoterapia a cura di B. Bizzi e M. Trabucchi, II edizione, Vol. 1, pag. 14- 26, UTET, Torino, 1997.

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

- 3) O. CARS, S. MOLSTAD, A. MELANDER. Variation in antibiotic use in the European union. *Lancet* 357, 1851- 1853, 2001.
- 4) G. TRAVERSA, C. BIANCHI, R. DA CAS, M. VENEGONI. *L'uso degli antibiotici soggetti a nota in Italia*. Bollettino d'informazione sui farmaci, IX (1-2), 46-51, 2002.
- 5) L. ARGENTO, F. BIONDI, N. D'ALESSANDRO, R. MALTA, G. PECORARO. *Utilizzo degli agenti antibatterici nell'azienda ospedaliera-universitaria "Paolo-Giaccone" di Palermo*. 22° Congresso della Società Italiana di Chemioterapia, Milano 30 novembre- 3 dicembre 2003, abstract pag. 7.
- 6) F. MAZZEO, A. CAPUANO, G. MOTOLA, F. RUSSO, L. BERRINO, F. ROSSI. *Antibiotic use in an Italian university hospital*. *Journal of Chemotherapy* 14, 332-335, 2002.
- 7) Institute of Medicine. *Guidelines for clinical practice: from their development to use*. Washington DC, National Academic Press, 1992.
- 8) *Programma nazionale per le linee guida. Antibioticoprofilassi perioperatoria nell'adulto*, 2003.
- 9) A.P. CAPUTI, G. POLIMENI, N. D'ALESSANDRO. *Gli effetti indesiderati da farmaci (aggiornamento 2003)*. Medicina Clinica. Diagnostica e Terapia, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2003.
- 10) *Ispettorato Regionale Sanitario. Assessorato per la Sanità Regione Sicilia. Farmacovigilanza in Sicilia. Anno 2003*. Report annuale delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci.



## **IMPATTO DEI FARMACI SULLA SALUTE E PRINCIPI DI FARMACO - UTILIZZAZIONE**

*P. Folino-Gallo*

Ricercatore Istituto d'Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma  
Segretario Scientifico Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane  
Presidente Sezione sull'Utilizzo dei Farmaci  
della European Public Health Association (EUPHA)  
Coordinatore del Progetto EURO-MED-STAT della Commissione Europea  
Coordinatore del Progetto EURO-MED-STAT (db) della Commissione Europea  
Membro del Working Party on Health Systems della Commissione Europea

### **1- Impatto dei farmaci sulla salute**

In Italia oltre il 90% delle consultazioni mediche si concludono con la prescrizione di un farmaco. In altri paesi europei i valori sono più bassi ma comunque sempre nell'ordine del 70-80%. Da questo semplice dato emerge la rilevanza che l'utilizzo dei farmaci ha sulla salute degli individui e delle popolazioni, argomento di questa presentazione.

I farmaci esercitano un impatto sulla salute, individuale e collettiva, in almeno quattro differenti modi (benefici, rischi, carico economico ed impatto ambientale) che vengono di seguito illustrati in ulteriore dettaglio.

#### ***1.1 Effetti terapeutici attesi (benefici)***

L'effetto terapeutico atteso (beneficio) è il motivo per il quale il medico prescrive ed il paziente assume un farmaco. Indubbiamente i farmaci sono in grado di determinare un beneficio in quanto sono in

grado di curare una malattia, ritardarne l'evoluzione, impedirne o rallentarne la comparsa o, infine, semplicemente alleviarne i sintomi.

Alcune classi terapeutiche hanno rappresentato un radicale progresso della medicina ed hanno profondamente mutato l'approccio terapeutico a molte malattie.

I farmaci antiulcera hanno trasformato una malattia grave (con complicanze severe) che richiedeva un trattamento chirurgico di gastro resezione in una malattia che attualmente richiede soltanto l'assunzione di una o poche pillole al giorno per un breve periodo di tempo, con un netto miglioramento della prognosi e della qualità di vita dei pazienti. La possibilità di evitare l'intervento chirurgico di resezione gastrica, con tutte le sue possibili complicanze, ha apportato un significativo guadagno per i singoli pazienti e la salute pubblica nonché una sostanziale riduzione dei costi per ospedalizzazione da ulcera.

Gli antibiotici, assieme al miglioramento delle condizioni igieniche, hanno contribuito a spostare le malattie infettive agli ultimi posti nelle cause di morte in molti paesi.

I farmaci trombolitici hanno contribuito a ridurre la mortalità per infarto del miocardio ed i farmaci antiipertensivi hanno grandemente contribuito alla riduzione della mortalità cardiovascolare osservata in Italia negli ultimi decenni.

I farmaci antidiabetici hanno notevolmente migliorato prognosi e qualità di vita dei soggetti diabetici.

Considerazioni simili possono essere fatte per numerose altre classi terapeutiche (dai farmaci contro l'AIDS, ai farmaci contro l'asma, agli ACE-inibitori nella terapia dello scompenso e così via).

### ***1.2 Effetti indesiderati e problemi correlati all'uso dei farmaci (rischi)***

Accanto al possibile beneficio l'uso dei farmaci ha però in sé anche la possibilità di un danno (rischio).

I rischi derivanti dall'uso dei farmaci includono i così detti "problemi collegati all'uso dei farmaci" o "drug-related problems", che sono definiti come quelle "situazioni in cui esiste un rischio per la salute dei pazienti oppure situazioni che determinano un risultato non ottimale della terapia farmacologica". Il problema dei *drug related pro-*

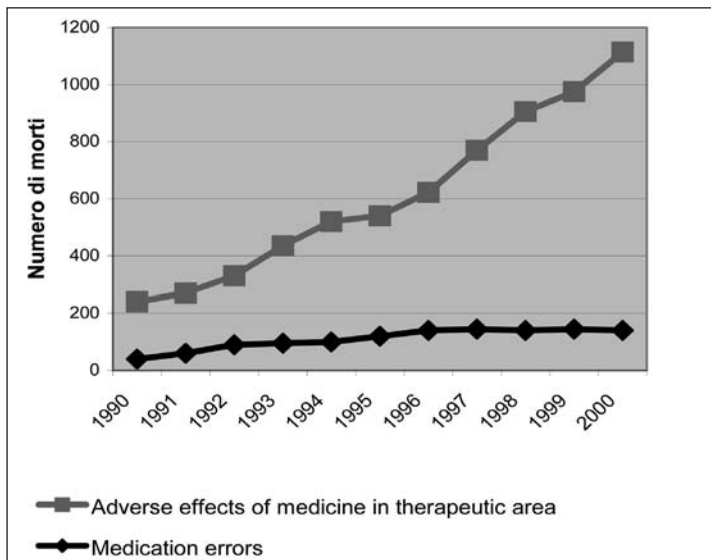
Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

*blems* è stato sistematizzato negli ultimi dieci anni e sono attualmente descritti vari tipi di problemi<sup>1</sup>:

- scelta del farmaco inappropriata;
- uso inappropriato da parte del paziente, compresa una scarsa aderenza al trattamento;
- dosaggio inappropriato;
- interazione farmaco-farmaco;
- reazione avversa (Adverse Drug Reaction-ADR);
- altri problemi (*Grafico 1*);

Grafico

Mortalità farmaco correlata. Regno Unito. Anni 1990-2000



Fonte: UK Audit Commission: "A spoonful of sugar"-Dicembre 2001

I *drug related problems* costituiscono un'eventualità piuttosto comune negli Stati Uniti dove coinvolgerebbero oltre il 40% dei pazienti che ricevono un farmaco. Le morti da *drug related problems* ammonterebbero ad oltre 198.000 decessi per anno ponendo questa problematica come una delle principali cause di morte con costi stimati nel 1995 ad oltre 76 miliardi di dollari per anno (costi medici diretti derivanti da prolungamento della degenza, esami e terapie supplementari).

L'ottimizzazione della terapia farmacologica può dunque, attraverso la prevenzione dei *drug related problems* salvare vite umane, migliorare la qualità di vita dei pazienti e determinare anche un risparmio economico.

In particolare in ambito ospedaliero il problema assume doppia rilevanza perché i *drug related problems* possono costituire sia una frequente causa di ricovero ospedaliero (fino al 10% di tutti i ricoveri) sia perché possono complicare il ricovero dei pazienti, con conseguente prolungamento della degenza dovuto alla necessità di risolvere mediante esami e terapie supplementari le complicanze cliniche legate all'utilizzo dei farmaci<sup>ii</sup>.

Un ultimo aspetto da sottolineare è che nell'analisi dei *drug related problems* (e più in generale degli errori medici) prevale attualmente il così detto approccio di sistema che tende ad analizzarli non come risultato di un errore individuale ma come risultato di una debolezza organizzativa della struttura che non è capace di prevenire gli errori o, una volta che questi si sono verificati, di intercettarli ed annullarne gli effetti negativi<sup>iii-iv</sup>.

Il principio fondamentale di questo approccio è di costruire un sistema organizzativo sicuro che renda improbabile un errore del singolo individuo, al contrario dei sistemi organizzativi non sicuri dove gli errori sono "*waiting to happen*" (errori in attesa di verificarsi). Inoltre, poiché l'errore umano non può essere eliminato completamente, il sistema organizzato in maniera sicura dovrebbe essere in condizione di "assorbire" gli errori, cioè di identificarli ed intercettarli o, comunque, di mitigarne gli effetti in caso di mancata intercettazione.

### **1.3 Impatto economico e sostenibilità economica dei sistemi di salute**

L'Unione Europea è il più importante mercato farmaceutico mondiale e molti Stati Membri, in particolare Germania, Francia, Italia, Gran Bretagna e Spagna, sono tra i più importanti mercati mondiali per molte industrie farmaceutiche. Nei paesi europei, in media, circa i 2/3 della spesa farmaceutica sono pagati dalle strutture pubbliche, Servizio Sanitario Nazionale o Assicurazioni Sociali ("terzo pagatore" o "third payer").



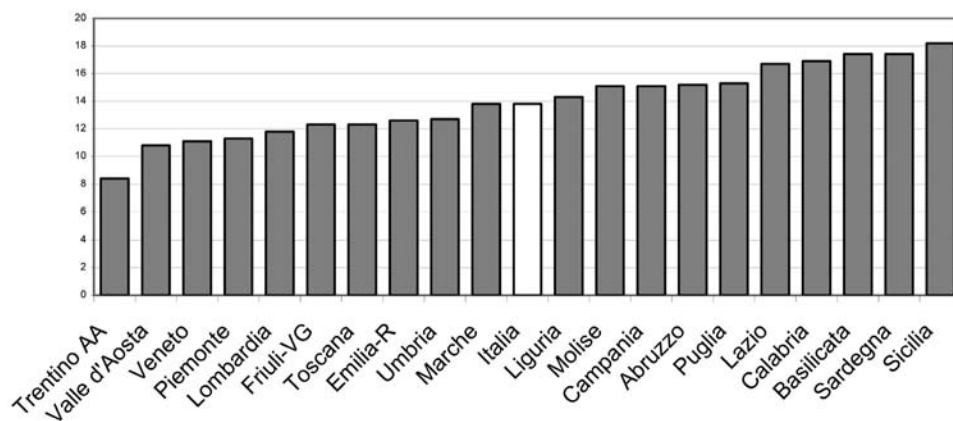
Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

La spesa farmaceutica espressa in percentuale della spesa sanitaria varia dal 11% dell'Olanda al 20-21% della Francia e Spagna.

Importanti variazioni esistono anche a livello regionale, dove nonostante il tetto del 13% imposto dalla normativa, continuano a persistere larghe variazioni regionali nella spesa farmaceutica tra le regioni. (*Grafico 2*).

*Grafico*

Percentuale della spesa farmaceutica sulla sanitaria pubblica totale. Anno 2003



Fonte

Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali.  
L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2003

La spesa farmaceutica costituisce dunque una importante componente della spesa sanitaria totale. Basti pensare che nel solo anno 2000 la spesa per statine è stata stimata nei paesi EU-15 ammontare ad oltre 4 miliardi di euro<sup>v</sup>; poiché in molti paesi la spesa sanitaria è contingentata (sottoposta a tetti) questo implica che ciò che viene speso in farmaci non può essere investito in altre attività di promozione della salute e ciò che viene investito su un singolo farmaco o una singola classe di farmaci non può essere speso per altri farmaci. Questo importante livello di spesa farmaceutica pubblica, in continua crescita, solleva dunque un problema di sostenibilità dei sistemi di salute ed impone un problema di *opportunity costs* e di allocazione alternativa delle risorse.

Si pone anche un problema di minimizzazione dei costi, in quanto risulta incomprensibile pagare prezzi diversi, nello stesso paese, per uno stesso farmaco o per farmaci appartenenti a classi terapeutiche uguali e che hanno le stesse proprietà cliniche. Il Ministero della Salute Direzione Generale del Servizio Farmaceutico, attualmente AIFA-Agenzia Italiana del Farmaco, ha svolto da questo punto di vista una meritoria azione di razionalizzazione del sistema, attraverso il Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN 2003) comparando, sulla base del sistema ATC, i prezzi delle varie specialità per classi terapeutiche omogenee ed imponendo, dove il divario tra prezzi era ritenuto eccessivo, un taglio di prezzo pena la non rimborsabilità del farmaco. Questo approccio è riuscito a determinare per la prima volta dopo vari anni un contenimento della spesa farmaceutica ed ha avuto inoltre il merito di non far gravare sui pazienti alcuna spesa ulteriore.

#### **1.4 Impatto ambientale ed inquinamento da farmaci**

Infine i farmaci esercitano un effetto indiretto sulla salute anche tramite la loro diffusione nell'ambiente. In Europa giornalmente vengono utilizzate alcune tonnellate di farmaci, che vengono poi escreti, immo­dicati o sotto forma di metaboliti, per via fecale o renale, e raggiungono tramite la rete fognaria l'ambiente determinando una contaminazione delle acque di superficie, del suolo ed anche delle acque potabili. Praticamente sono stati riscontrati nell'ambiente, inclusa l'acqua per uso potabile, residui di tutti i tipi di farmaci: dagli antibiotici, agli antiasmatici, ai farmaci cardiovascolari, agli antineoplastici ed ormoni. Le concentrazioni riscontrate nell'ambiente sono dell'ordine dei microgrammi-nanogrammi/L (simili a quelle dei pesticidi), quindi molto più basse delle concentrazioni terapeutiche. Tuttavia l'effetto sulla salute di questa possibile esposizione cronica dei farmaci, molti dei quali provvisti di proprietà di *disruptori endocrini*, è attualmente sconosciuto ed è oggetto di ricerche sia in Europa che negli Stati Uniti, dove l'Università di Harvard ha lanciato un ambizioso programma volto proprio a valutare gli effetti sulla salute umana dell'esposizione cronica a farmaci nell'ambiente in dosi sub terapeutiche.

## **2- Principi di farmacoutilizzazione**

### ***2.1 Differenze nei farmaci disponibili tra i vari paesi europei***

I sistemi farmaceutici degli Stati Membri dell'Unione Europea sono profondamente differenti, sia a livello dei paesi EU-15, che facevano parte dell'Unione prima del 1° Maggio 2004, che dei paesi EU-10, entrati nell'Unione dopo tale data.

Le differenze principali riguardano il numero di farmaci autorizzati, le indicazioni cliniche approvate, il sistema dei prezzi e dei rimborsi, l'utilizzazione totale di farmaci nonché di specifiche classi terapeutiche e molecole.

Il numero di farmaci autorizzati varia largamente da paese a paese: in Germania sono disponibili circa cinquantamila differenti confezioni, mentre in Svezia sono circa settemila.

Più in generale, emerge che il numero di farmaci comune a tutti i paesi europei (EU-15) è estremamente basso (circa il 7% dei principi attivi) con importanti differenze tra paesi.<sup>vi</sup> Anche il numero di molecole mutuamente disponibili tra paesi con tradizioni culturali ed amministrative simili (ad esempio i paesi nordici o l'Italia e la Francia) è basso e non supera mediamente il 60-65% dei farmaci registrati.

Infatti numerosi farmaci che sono autorizzati all'uso in un paese non sono invece disponibili, perché mai registrati o perché ritirati dal commercio, in altri paesi. Può così avvenire che uno dei cinque farmaci maggiormente utilizzati in Francia (trimetazidina) sia stato ritirato dal commercio in Gran Bretagna da oltre venti anni; che lo stesso farmaco sia rimborsato in Francia e non lo sia in Italia e che abbia anche indicazioni terapeutiche sostanzialmente differenti (angina pectoris in Italia; angina pectoris, patologie ischemiche dell'occhio e patologie ischemiche dell'orecchio in Francia; sindromi tipo Menier in Danimarca).

Anche il sistema dei prezzi e rimborsi differisce sostanzialmente da paese a paese; nell'ambito di una stessa classe terapeutica la molecola che è più costosa in un paese può essere la più economica in un altro e viceversa. Farmaci che sono rimborsati in un paese possono non esserlo in altri e per i farmaci rimborsati le percentuali di rimborso possono variare da paese a paese: dal 100% (Italia e Regno Unito) a varie frazioni (60%, 40%, 30% ecc in Belgio o Francia). In alcuni

paesi inoltre il sistema di rimborso non è basato sul farmaco ma sul paziente e la malattia.

Una parte di queste differenze tra stati tende ad essere annullata dalle nuove procedure europee centralizzate di registrazione, in vigore dal 1995, mediante le quali un farmaco può ottenere una autorizzazione unica, valida in tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea, con indicazioni e controindicazioni uguali in tutti i paesi. I farmaci approvati con procedura europea centralizzata rappresentano però attualmente una piccola minoranza di tutti i farmaci disponibili; inoltre la procedura europea non coinvolge le decisioni su prezzo e rimborso, che rimangono a carico degli Stati Membri con conseguenti differenze da paese a paese.

## ***2.2 Tecniche di farmacoutilizzazione***

In considerazione del largo impatto esercitato dai farmaci sulla salute degli essere umani e delle differenze esistenti nei sistemi farmaceutici europei, è opportuno studiare l'utilizzazione dei vari farmaci in singole aree geografiche ed in popolazioni differenti (per età, sesso, malattia, fattori di rischio) allo scopo di poter comparare i dati con altre aree e monitorarne i valori nel tempo.

Esistono vari metodi per studiare l'utilizzazione dei farmaci: si può calcolare il numero di ricette oppure il numero di scatole prescritte. Questi due metodi presentano però dei grossi inconvenienti costituiti principalmente dalla difficoltà di standardizzare e confrontare i dati tra aree diverse o in tempi differenti. Infatti la quantità di scatole prescritte in una ricetta può essere differente e può variare nel tempo, così come la quantità di farmaco contenuta in una confezione può essere differente (ad es. per differente numero di pillole e per differente dosaggio della singola compressa).

Per ovviare a tale difficoltà l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato un metodo gerarchico di classificazione dei farmaci e di valutazione dei consumi, il sistema ATC/DDD (Anatomical Therapeutic Chemical / Daily Defined Dose). Il sistema ATC / DDD permette di effettuare con buona approssimazione sia confronti geografici che confronti nel tempo, per differenti molecole e per gruppi omogenee di molecole (le così dette "classi ATC"). Inoltre poiché i dati di consumo in DDD vengono generalmente riferiti a 1000 abitanti al

giorno (DDD/1000ab/die) questo sistema permette di confrontare aree con numero di abitanti anche molto differente, come per esempio la Sicilia e la Val d'Aosta o la Germania e la Danimarca.

Il codice ATC/DDD, suggerito come standard dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è aggiornato annualmente dal WHO Center for Drug Statistics Methodology di Oslo<sup>vii</sup>.

### ***2.3 Dati di utilizzo dei farmaci a livello europeo e nazionale***

I dati di utilizzo dei farmaci non sono attualmente inseriti nei flussi informativi internazionali, né da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, né da parte dell'OECD. La Commissione Europea ha recentemente finanziato un progetto, coordinato dall'autore di questo capitolo, con lo scopo di sviluppare una serie di indicatori a livello europeo (“The Library of EU Pharmaceutical Indicators”) e sulla base di questi indicatori organizzare una raccolta europea di dati utilizzando le più qualificate fonti nazionali.

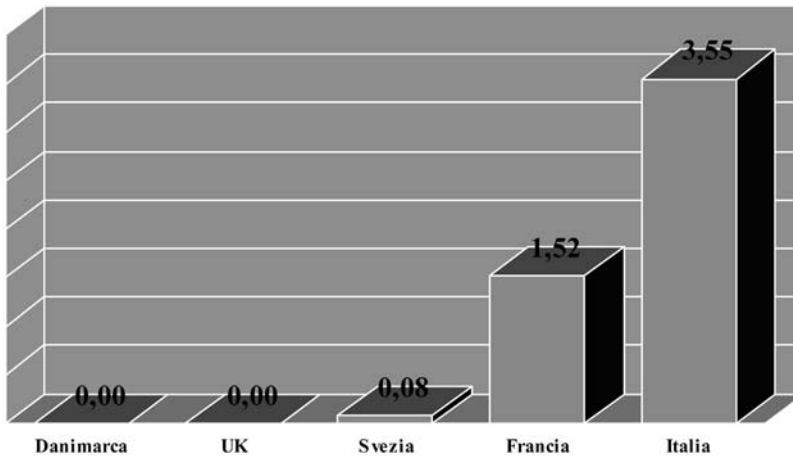
Allo stato attuale, quindi, tutte le informazioni disponibili a livello europeo sull'utilizzo dei farmaci sono il risultato di studi occasionali, eseguiti utilizzando fonti diverse, e su un campione limitato di farmaci e di paesi.

Soltanto due studi hanno valutato in maniera comparativa l'utilizzo in tutti i paesi dell'Unione Europea (EU-15): uno studio svedese ha dimostrato l'esistenza di amplissime variazioni nel consumo di antibiotici con variazioni nell'ordine del 300% ed oltre anche per paesi confinanti dunque con quadri epidemiologici sicuramente comparabili (26,72 DDD/1000ab/die in Belgio vs 8,96 DDD/1000ab/die in Olanda)<sup>viii</sup>. Variazioni dello stesso ordine sono state descritte anche per l'uso di statine (15,50 DDD/1000ab/die in Danimarca vs 59,28 DDD/1000ab/die in Norvegia)<sup>ix</sup>.

Esemplificativo da questo punto di vista è anche l'utilizzo del farmaco ticlopidina in Italia, comparato con l'uso in altri paesi europei. In Italia esistono, incluse le formulazioni generiche, oltre venti differenti confezioni del farmaco, che sono invece solo una o due negli altri paesi. Il consumo inoltre è estremamente variabile: 0 in Danimarca e Svezia ed anche molto basso nel Regno Unito dove il farmaco trova indicazione nel trattamento di pazienti sottoposti a stent ; più elevato in Francia ed Italia dove è invece largamente utilizzato come

antiaggregante in sostituzione dell'aspirina, ad un prezzo mediamente 17 volte maggiore, con rischi di reazioni avverse fatali da porpora trombotica trombocitopenica (*Grafico 3*).

*Grafico*  
Consumo di ticlopidina in Italia ed in altri quattro paesi europei



Fonte  
P. Folino-Gallo. Progetto EURO-MED-STAT. Dati non pubblicati

L'analisi dei dati di utilizzo dei farmaci dimostra dunque ampie variazioni geografiche sia a livello europeo che all'interno dei singoli paesi. In Italia, ad esempio, il consumo di antibiotici (o di classi selezionate di antibiotici) varia largamente. Il consumo di cefalosporine in medicina generale varia da 1,37 DDD/1000ab/die nella regione Friuli a 4,97 DDD/1000ab/die in Sicilia e 5,71 DDD/1000ab/die in Campania che sono le regioni con il consumo più elevato.

Sempre in medicina generale il consumo di aminoglicosidi, una vecchia classe di antibiotici iniettabili, il cui uso, a causa dell'elevata tossicità, dovrebbe essere riservato a poche specifiche situazioni varia da 0,0 DDD/1000ab/die in Veneto a 0,3 DDD/1000ab/die in regione Calabria e regione Sicilia.

Considerazioni analoghe valgono per numerose altre classi di farmaci in cui le differenze regionali raggiungono o superano differenze del 200-300%.

## ***2.4 Fattori implicati nel differente utilizzo dei farmaci***

Quando si esaminano le differenze geografiche nell'utilizzo dei farmaci esistono vari fattori da tenere in considerazione, alcuni di ordine più strettamente medico altri di ordine non medico:

- le caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione dell'area esaminata: sesso, età ed incidenza/prevalenza di specifiche malattie;
- le caratteristiche socio-economiche della popolazione dell'area esaminata: livello di reddito e livello culturale;
- gli atteggiamenti prescrittivi dei medici: approccio farmacologico o non farmacologico, trattamento dei fattori di rischio, approccio aggressivo (dosi più elevate e per periodi di tempo più lunghi);
- fattori culturali e generazionali dei medici prescrittori: specialità, anno di laurea, ambiente di lavoro ospedaliero o in medicina generale;
- pressioni commerciali dell'industria;
- differenze di prezzo/rimborso (soprattutto nel caso di confronti internazionali);
- problemi tecnici o imprecisioni nella raccolta dei dati.

In considerazione del largo numero di variabili implicate e della difficoltà di quantificare il peso di ognuna sul risultato finale, quando si esaminano i dati di utilizzo va tenuto sempre un atteggiamento di estrema prudenza. Le differenze riscontrate nel consumo globale regionale o nazionale dovrebbero essere uno stimolo ad effettuare analisi specifiche volte da una parte a verificare la reale esistenza delle discrepanze che emergono dai dati amministrativi e dall'altra a capire e definire i determinanti che incidono in maniera importante nel determinare le differenze d'uso con lo scopo ultimo di ottimizzare i risultati della terapia farmacologica nell'interesse del singolo paziente e della società.



**Bibliografia**

SCHAEFER M., *Discussing basic principles for a coding system of drug-related problems: the case of PI-Doc*. Pharm World Sci 2002; 24 (4):120-7.

LEAPE L.L., BRENNAN T.A., LAIRD N., LAWTHERS A.G., LOCALIO A.R., BARNES B.A., HEBERT L., NEWHOUSE J.P., WEILER P.C., HIATT H., *The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II*. N Engl J Med. 1991; 324:377-84.

WIEMAN T.J., WIEMAN E.A., *A systems approach to error prevention in medicine*. J Surg Oncol. 2004; 88: 115-21

WILF-MIRON R., LEWENHOFF I., BENYAMINI Z., AVIRAM A., *From aviation to medicine: applying concepts of aviation safety to risk management in ambulatory care*. Qual Saf Health Care. 2003; 12:35-9

FOLINO-GALLO P. AND THE EURO-MED-STAT GROUP. *EURO-MED-STAT: monitoring expenditure and utilization of medicinal products in the European Union countries: a public health approach*. Eur J Public Health. 2003; 13(3 Suppl): 95-100.

FOLINO-GALLO P, WALLEY T, FROLICH JC, CARVAJAL A, EDWARDS IR., *Availability of medicines in the European Union: results from the EURO-Medicines project*. Eur J Clin Pharmacol. 2001; 57: 441-6.

ATC CLASSIFICATION INDEX WITH DDD VALUES. *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*. Oslo 2005

CARS O., MOLSTAD S., MELANDER A., *Variation in antibiotic use in the European Union*. Lancet. 2001; 357:1851-3

WALLEY T., FOLINO-GALLO P., SCHWABE U., VAN GANSE E.; EuroMedStat group. *Variations and increase in use of statins across Europe: data from administrative databases*. BMJ. 2004; 328:385-6

## DISEASE MANAGEMENT DEL DIABETE MELLITO

*A. Galluzzo*

Professore ordinario di Endocrinologia, Università degli Studi, Palermo

Il diabete mellito è una patologia largamente diffusa, soprattutto nei Paesi Occidentali, ove è causa di elevata morbilità e mortalità.

Le stime sul periodo 1994-2010 indicano una triplicazione dei casi a livello mondiale; nella sola Europa Occidentale la previsione è di un aumento dell'incidenza del 55% nello stesso arco di tempo.

Il diabete rappresenta una patologia molto costosa, sia in termini di carico sociale che sanitario, motivo per cui si è reso nel tempo necessario intervenire per prevenire o ritardare la comparsa di complicanze croniche ad esso correlate.

A livello mondiale i diabetici “consumano”, infatti, dal 15 al 20 % delle risorse sanitarie totali; ad esse vanno aggiunti i costi sociali legati alle invalidità lavorative ed alla scarsa qualità di vita dei pazienti.

Al fine di migliorare l'efficacia clinica, coniugandola con l'ottimizzazione delle risorse e dei costi, è sorto il modello assistenziale denominato “***Disease Management***”.

Tale metodologia si basa su un approccio integrato alla malattia, teso al miglioramento clinico e della qualità dei servizi offerti al cittadino, oltre che ad una migliore razionalizzazione dei costi socio-sanitari.

Il disease management prevede l'esistenza di un programma sanitario mirato, nello specifico, a trattare patologie, come il diabete, a carattere cronico evolutivo e ad alto tasso di complicanze ed impatto socio-sanitario; esso è costituito da un protocollo diagnostico-terapeutico, condiviso da tutti gli operatori sanitari coinvolti, ricavato dalle linee-guida nazionali ed internazionali in vigore.

Il primo step consiste nell'individuare i soggetti potenzialmente affetti dalla patologia. L'algoritmo diagnostico prevede, oltre al riconoscimento dei sintomi classici (poliuria, polidipsia e calo ponderale), che la diagnosi possa essere posta con almeno due rilievi casuali di glicemia  $> 200$  mg%, o di glicemia a digiuno  $> 126$  mg %, oppure dopo esecuzione di curva da carico orale di glucosio (con valori di glicemia a digiuno pari o  $> 126$  mg % o, dopo 2 ore, uguale o  $> 200$ ).

Se i valori di glicemia dopo esecuzione di curva da carico risultano compatibili con la diagnosi di IGT (alterata glicemia dopo due ore dal carico, con valori di glicemia compresi tra 140 e 199 mg%) o di IFG (glicemia a digiuno compresa tra 110 e 125 mg %), bisogna effettuare una visita ambulatoriale di controllo, onde poter classificare il rischio cardiovascolare per il paziente ed eventualmente correggere i fattori predisponenti (fumo, obesità, sedentarietà, ipertensione, dislipidemia), correlabili al suo errato *lifestyle*.

Nel paziente con una diagnosi certa di diabete di tipo 2, la prima valutazione ambulatoriale prevede il controllo glicemico a digiuno e due ore dopo i pasti, GOT/GPT, uricemia, trigliceridemia, Gamma GT, Colesterolo totale, HDL ed LDL, esame urine, emocromo, creatinemia, elettroliti, HbA1c, microalbuminuria su raccolta delle urine delle 24 ore, previa una valutazione dei parametri biometrici (PAO, FC, Peso, Altezza, BMI) ed una accurata anamnesi familiare e personale.

La gestione della terapia del paziente all'esordio prevede una azione mirata alla correzione dei disordini alimentari (dieta ipocalorica se sovrappeso, normocalorica bilanciata se normopeso o sottopeso) ed allo svolgimento di una attività fisica anche lieve-moderata, purché regolare (*primo stadio*).

**La dieta resta il cardine principale della terapia del diabete e va iniziata fin dalla diagnosi;** le raccomandazioni dietetiche non differiscono molto da quelle per la popolazione generale e prevedono una riduzione ragionata dell'apporto in carboidrati e grassi, con una adeguata integrazione di frutta e verdura. Nella dieta equilibrata le calorie introdotte giornalmente devono essere così suddivise (nei pasti principali):

- carboidrati 55-60 % (da preferire quelli a medio-lento assorbimento);
- lipidi 27-30 % (consigliabili i grassi mono e polinsaturi);
- proteine 15 %;
- fibre;
- colesterolo  $< 300$  mg/die;

Il **secondo stadio** prevede, oltre alla dieta, l'introduzione degli antidiabetici orali, in mono-plurisomministrazione.

Gli antidiabetici utilizzabili sono dati da farmaci agenti o prevalentemente sull'insulino-resistenza (metformina, glitazonici), o sulla beta cellula pancreatica (sulfaniluree, glinidi), o sull'assorbimento intestinale di glucosio (acarbose); possono essere utilizzati anche in associazione tra di loro.

Il **terzo stadio** terapeutico consiste nell'associazione di dieta, terapia orale ed insulina, preludio al **quarto** ed ultimo stadio, che prevede l'uso esclusivo della terapia insulinica (obbligatoria, peraltro, nei casi di DM tipo 1, gravidanza, grave stato tossinfettivo, grave scompenso, insufficienza epatica o renale, grave insufficienza respiratoria).

La terapia insulinica va effettuata in maniera intensiva, in pluri-somministrazione ai pasti principali (analogo rapido o regolare) e bed-time (insulina NPH, Glargine); la somministrazione della miscelata andrebbe riservata solo a pazienti anziani non assistiti dai familiari o scarsamente complianti alla terapia insulinica.

Le raccomandazioni da monitorare saranno date da una misurazione periodica del profilo glicemico pre e postprandiale ai tre pasti, una volta la settimana, fino al raggiungimento degli obiettivi e dalla misurazione dell'HbA1c ogni tre mesi (da mantenere al di sotto del 7% per un accettabile compenso).

Oltre ad un attento controllo glicemico, il paziente diabetico (soprattutto nel caso del diabete di tipo 2), deve assolutamente tenere sotto controllo i valori pressori (da controllare ad ogni visita ambulatoriale) che si devono attestare al di sotto di 130 mm Hg per la PAS e di 80 per la PAD.

I pazienti diabetici che presentano dei valori costantemente superiori a quelli consigliabili, devono essere sottoposti a terapia farmacologica in aggiunta ad una dieta iposodica; il regime terapeutico deve includere l'utilizzo di un sartano o di un ACE-inibitore; se una classe non è tollerata, si può sostituire con l'altra. E' possibile anche l'aggiunta di un diuretico tiazidico al fine di raggiungere il target prefissato (misurazione periodica e mantenimento della PAO al di sotto degli standard indicati).

Nei pazienti diabetici il controllo del metabolismo lipidico rappresenta un altro target fondamentale; l'obiettivo principale è quello di ridurre e mantenere i valori di LDL colesterolo < 100 mg/dl (70 se si è già verificato un evento vascolare maggiore) e dei trigliceridi < 150

mg/dl e di innalzare i livelli di colesterolo HDL al di sopra di 40 mg/dl (50 nelle donne).

Come trattamento di primo livello, anche in questo caso bisogna agire sullo stile di vita del paziente, con attenzione particolare alla riduzione dell'introito di grassi saturi e colesterolo, perdita di peso, aumento dell'attività fisica e cessazione dell'abitudine al fumo.

I pazienti che, così facendo, non raggiungono il target prefissato, richiedono una terapia farmacologica.

E' stato dimostrato da diversi studi (HPS, Prevent) che la riduzione dei livelli di LDL colesterolo con la statina è associato con una riduzione degli eventi cardiovascolari; in una popolazione di pazienti diabetici al di sopra di 40 anni, con colesterolo totale > 135 mg/dl, può essere appropriato un trattamento con statine per ridurre del 30% il valore dell'LDL, indipendentemente dal livello basale.

Anche la terapia con fibrati può contribuire, attraverso una riduzione dei trigliceridi ed un aumento dell' HDL colesterolo, ad una riduzione degli eventi cardiovascolari in pazienti con malattia cardiovascolare clinica, basso HDL e valore di LDL quasi nella norma.

L'aterosclerosi diffusa riconosce la stessa patogenesi dei soggetti non diabetici, ma si sviluppa in tempi più celeri; bisogna, soprattutto nel diabete di tipo 2, effettuare annualmente una valutazione del rischio cardio-vascolare, considerata la concomitanza, in questi individui, di dislipidemia, ipertensione, familiarità per malattia coronarica precoce e presenza di micro-macroalbuminuria.

Utile sarebbe sottoporre il paziente diabetico ad un test da stress basandosi sui seguenti criteri:

- storia di malattia occlusiva carotidea o periferica;
- stile di vita sedentario, età > 35 anni e pianificazione di un vigoroso programma di esercizi;
- due o più fattori di rischio indicati al punto 1.

Per la diagnosi di malattia arteriosa coronarica si può includere l'ECG da sforzo e/o ecocardiografia da sforzo e/o Myocardial perfusion imaging (MPI).

È consigliabile sottoporre il paziente diabetico con segni e sintomi di malattia cardiovascolare a visita cardiologica di controllo.

Come trattamento, i pazienti con insufficienza cardiaca congestizia non vanno trattati con metformina; i tiazolidinedioni possono provocare ritenzione di fluidi ed il loro uso può essere complicato dall'insorgenza dell'insufficienza cardiaca congestizia; in questi pazienti, ed

in quelli con edema preesistente o insorto successivamente, va intrapresa la terapia insulinica.

Nei pazienti > 55 anni, con o senza ipertensione, ma con fattori di rischio cardiovascolari, può utilizzarsi l'ACE inibitore per ridurre il rischio di eventi cardiovascolari; nei pazienti con pregresso IMA o che devono sottoporsi ad un intervento chirurgico maggiore, dovrebbe considerarsi l'uso del beta-bloccante, per ridurre la mortalità.

L'uso dell'Aspirina (75-162 mg/die) è indicato come strategia di prevenzione secondaria in diabetici con pregresso infarto, impianto di by-pass, stroke, T.I.A., A.O.C.P. o claudicatio o angina; si può utilizzare anche come terapia di prevenzione primaria in soggetti diabetici di tipo 2 ad aumentato rischio cardiovascolare, incluso quelli con età superiore a 40 anni o che abbiano fattori di rischio aggiuntivi.

Soggetti allergici all'aspirina, tendenti al sanguinamento, che praticano terapia con anticoagulanti, o con recente episodio di sanguinamento gastrointestinale, o con malattia epatica clinicamente attiva, non possono praticare questa terapia; sarebbe più ragionevole l'uso di altri agenti antiplastrinici; la terapia con aspirina non dovrebbe essere intrapresa in soggetti con età inferiore ai 21 anni, a causa dell'associato rischio d'insorgenza della Sindrome di Reye.

È utile il monitoraggio periodico della attività protrombinica, del tempo di protrombina e dell'I.N.R. (da mantenere tra 2 e 3 nei pazienti a rischio).

## Screening e trattamento delle complicanze

**Retinopatia diabetica:** dopo un esame oftalmologico completo alla diagnosi di diabete, esami successivi, da effettuare ogni 2-3 anni, possono considerarsi dietro indicazione di uno specialista nel setting di un esame oculare nella norma.

Gli esami devono essere più frequenti se vi è una progressione della retinopatia.

Se si tratta di una donna diabetica in gravidanza, essa deve essere informata del rischio di sviluppare o peggiorare una retinopatia diabetica.

La donna diabetica gravida deve fare un esame completo dell'occhio nel primo trimestre ed effettuare controlli periodici più frequenti sia durante la gravidanza sia per tutto l'anno seguente al parto.

Queste linee guida non vanno applicate per una donna che sviluppa diabete gestazionale.

Gli **obiettivi** da raggiungere sono dati dall'ottimizzazione del controllo glicemico e della pressione arteriosa, al fine di ridurre il rischio e la progressione della retinopatia diabetica.

Il **trattamento** prevede la laser-terapia, per ridurre il rischio di perdita della vista in soggetti ad alto rischio; si raccomanda l'effettuazione annuale di esame del fondo oculare in tutti i pazienti diabetici di tipo 2, a partire dalla diagnosi.

**Nefropatia diabetica:** si consiglia l'effettuazione di un test annuale per la presenza di microalbuminuria in tutti i pazienti diabetici di tipo 2, a partire dalla diagnosi.

Gli **obiettivi** sono rappresentati dall'ottimizzazione del controllo glicemico e pressorio, al fine di ridurre il rischio di nefropatia e/o rallentarne la progressione.

Nel **trattamento** è consigliabile l'uso di sartani o ACE-inibitori.

In pazienti con DM 2, ipertesi e microalbuminurici, ACE-inibitori e sartani ritardano la progressione in macroalbuminuria.

In pazienti diabetici, ipertesi e macroalbuminurici con IRC (creatinina > 1,5), i sartani hanno mostrato di ridurre la progressione della nefropatia.

Se è presente nefropatia, si deve iniziare una restrizione proteica a < 0,8 g/kg peso corporeo/die; ulteriori restrizioni sono utili nel rallentare il declino della GFR, in pazienti selezionati.

L'uso di calcio-antagonisti diidropiridinici dovrebbe essere ristretto a terapia addizionale per ulteriore riduzione della pressione in pazienti già trattati con sartani o ACE-inibitori.

Se queste ultime due classi di farmaci non sono tollerati, bisogna considerare la possibilità dell'uso di calcio-antagonisti non diidropiridinici, beta bloccanti o diuretici per la gestione della pressione sanguigna.

Con l'uso di ACE-inibitori o diuretici, bisogna monitorare i livelli di potassio sierico, per il possibile sviluppo di iperkaliemia.

**Piede diabetico:** l'esame prevede l'uso del monofilamento di Semmes-Weinstein e diapason, palpazione ed esame visivo.

Bisogna valutare la presenza di malattia arteriosa periferica, sia



attraverso la eventuale presenza di claudicatio, che tramite la presenza o meno dei polsi pedidii; utile la valutazione dell'indice di Windsor (rapporto pressione caviglia/braccio).

L'**obiettivo** principale in soggetti a rischio è educarli circa al rischio e alla prevenzione dei problemi del piede, e all'autovalutazione della sua condizione podologica.

Il **trattamento** è multidisciplinare, soprattutto in pazienti con pregressa storia di ulcere o amputazioni; i pazienti ad alto rischio vanno inviati ad uno specialista della cura del piede per una continua cura preventiva.

Raccomandazione primaria è quella di effettuare annualmente un esame completo del piede.

## **Raccomandazioni su Follow-up del paziente diabetico di tipo 2.**

Ogni **tre mesi** effettuare visita ambulatoriale di controllo, con valutazione di:

- profilo glicemico domiciliare completo;
- HbA1c;
- Esame urine completo;
- Peso corporeo e calcolo del BMI;
- PAO;

Ogni **sei mesi** effettuare quanto previsto per i tre mesi più visita medica generale orientata alla patologia diabetica (cardiovascolare e neurologica periferica, con controllo di eventuali alterazioni a carico dei piedi).

**Annualmente** bisogna aggiungere ai precedenti esami anche: urinocoltura, microalbuminuria su tre campioni notturni, clearance della creatinina, uricemia, assetto lipidico completo, transaminasi, ECG, fondus oculi, visita presso il TDO territoriale (Team Diabetologico Ospedaliero).

Le visite non programmate (urgenti o non urgenti) presso il TDO dovrebbero essere effettuate ogni volta che è necessaria una comunicazione tra il MMG (medico di medicina generale) e lo Specialista e in particolare per:

- *inadeguato compenso metabolico* (severe ipoglicemie ripetute, glicemie > 400 mg%, o tra 300 e 400, con o senza chetonuria; glicemie ripetute postprandiali > 300, o a digiuno > 200 mg%);

- *complicanze neurologiche, renali, oculari, vascolari, piede diabetico.*

Il paziente diabetico potrà essere ricoverato in regime di urgenza, su indicazione del MMG o dei CD per cause legate a complicanze metaboliche acute, con rischio per la vita del paziente: chetoacidosi, iperosmolarità non chetosica, ipoglicemia grave con segni di neuroglicopenia e senza pronta risoluzione della compromissione del sensorio con il trattamento; complicanze acute dell'apparato cardiovascolare; stato tossinfettivo per gangrena diabetica; ischemia critica degli arti inferiori.

Il ricovero ospedaliero programmabile (su indicazione del MMG o dei CD) si può effettuare per:

- diagnosi e tipizzazione del diabete all'esordio;
- pazienti diabetici all'esordio, non da ricovero in urgenza, da inquadrare clinicamente con sollecitudine, per impostare la migliore terapia e/o che devono effettuare accertamenti diagnostici multispecialistici particolarmente complessi (preferibile il Day Hospital);
- scompenso glicometabolico cronico o instabilità perdurante da diverso tempo, che richiedono monitoraggio in ambiente ospedaliero, per ricercare le cause e attuare modificazioni terapeutiche (ricovero ordinario);
- pazienti che devono effettuare esami multispecialistici e complessi e che richiedono particolare cautela per motivi sociali, clinici, lavorativi o scolastici;
- gravidanza in donna diabetica o con GDM (preferibile il DH);
- avvio terapia con infusione s.c. continua d'insulina (preferibile il DH);
- studio e cura del piede diabetico (ricovero, se non urgente DH) ;
- esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche severe (ricovero e/o DH).

Nella realizzazione di un progetto di gestione integrata e/o disease management è indispensabile l'*informatizzazione* delle strutture coinvolte nell'assistenza del paziente diabetico e la creazione di una *banca dati* ove si possano registrare alcuni dati clinici fondamentali: nome del MMG/Centro specialistico; Codice regionale o Codice Fiscale del paziente; anno di nascita; sesso; età alla diagnosi di diabete; tipo di diabete e terapia effettuata; presenza o meno di complicanze (tipo e anno di insorgenza): [retinopatia (vari stadi, fino alla cecità), nefropatia (microalbuminuria, proteinuria, sindrome nefrosica, IRC, diali-

si), cardiopatia ischemica (angina, infarto, by-pass o angioplastica), vasculopatia cerebrale (TIA, Ictus), vasculopatia periferica (polsi periferici, indice di Windsor, by-pass o angioplastica), neuropatia (monopolineuropatia, sensitivo-motoria, vegetativa), piede diabetico (ulcera in atto, ulcera pregressa, amputazione, by-pass o angioplastica, lesioni trofiche, infezioni tessuti molli, osteomielite)]; Iperensione arteriosa; Dislipidemia; Iperuricemia; Trattamento antiaggregante o anti-coagulante.

## **Linee guida per il ricovero ospedaliero del paziente diabetico**

**A) Ricoveri ospedalieri urgenti:** possono essere effettuati direttamente dai MMG o dai CD e riguardano le complicanze metaboliche acute con rischio per la vita del paziente:

- 1) Chetoacidosi: Segni clinici, Glicemia > 250 mg/dl, chetonuria, ove possibile emogasanalisi;
- 2) Iperosmolarità non chetotica: Compromissione dello stato mentale ed elevata osmolarità plasmatica (>315 mOsm/kg) in pazienti con iperglicemia severa (>400 mg/dl);
- 3) Ipoglicemia grave con neuroglicopenia: Glicemia < 50 mg/dl senza pronta risoluzione della compromissione del sensorio con il trattamento;
- 4) Complicanze acute dell'apparato cardio-vascolare;
- 5) Stato tossi-infettivo per gangrena diabetica;
- 6) Ischemia critica agli arti inferiori ;

**B) Ricovero ospedaliero programmabile** (in regime ordinario o di Day-Hospital): il MMG propone e concorda il ricovero con il CD, oppure il CD stesso propone il ricovero:

- 1) diagnosi e tipizzazione di diabete all'esordio: pazienti con diabete all'esordio, che non necessitino di ricovero urgente, per i quali risulta indispensabile un inquadramento clinico sollecito, allo scopo di impostare la migliore terapia e\o che devono effettuare accertamenti diagnostici;
- 2) multispecialistici di particolare complessità (preferibile DH);
- 3) scompenso metabolico cronico: pazienti con diabete di tipo 1 o 2 con situazione di scompenso o instabilità glicometabolica perdurante da diverso tempo, nei quali si ravvisa la necessità di non

- procrastinare accertamenti diagnostici multispecialistici, o che richiedono monitoraggio in ambiente ospedaliero, per la ricerca delle cause e l'attuazione di modifiche terapeutiche (preferibile ricovero ordinario);
- 4) follow-Up della malattia e delle sue complicanze: pazienti con diabete che devono effettuare accertamenti diagnostici multispecialistici, di particolare complessità e che richiedono particolare cautela per motivi sociali, clinici, lavorativi o scolastici. (Preferibile DH);
  - 5) gravidanza in donna diabetica o diabete insorto in gravidanza (preferibile DH) ;
  - 6) avvio terapia con infusione sottocutanea continua d'insulina (preferibile DH);
  - 7) studio e cura del piede diabetico (quando non sussistono le indicazioni al ricovero urgente) (preferibile DH);
  - 8) esecuzione di procedure diagnostico- terapeutiche invasive. eRicovero e\o DH).

## Bibliografia

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Standard of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus*. (Position Statement) Diabetes Care 23 (Suppl. 1): S32-S42, 2000.

KEEN H., HALL M., *Saint Vincent: a new responsibility for general practitioners?* Br J Gen Pract 46:447, 1996.

WAINE C., *Diabetes in General Practice RCGP - Clinical Series 1992: 1-72*

A cura delle Società Scientifiche: AMD, SID, SIMG, SIMI, SIF, SIGG. Con la collaborazione di: FAND, CeRGAS Progetto per l'Organizzazione dell'assistenza al diabete dell'adulto Pubblicazioni Health srl 1998.

BONOMO M., VALENTINI U., BRIGNOLI O., *Il Paziente diabetico fra specialista e medico di medicina generale - verso una gestione integrata*. Proposta di un protocollo di collaborazione gestionale. Il Diabete 8:194, 1996.

CAMEROTTO A., MEDEA G.: *Il progetto per la gestione integrata del paziente diabetico*. SIMG Rivista di Politica Professionale della Medicina Generale. The Journal of the Italian College of General Practitioners 8:16, 1996.

PASSAMONTI M., COSTATO D., *L'Integrazione (Shared Care) nella "Gestione" del Diabete Mellito Tipo 2*. SIMG Rivista di Politica Professionale della Medicina Generale. The Journal of the Italian College of General Practitioners 7:27-31, 1998.

GARANCINI M.P., *L'epidemiologia del diabete non-insulino-dipendente e la ridotta tolleranza glucidica*. In: *Il Diabete in Italia*. A cura di O. VACCARO, E. BONORA, G. BRUNO, M.P. GARANCINI e S. MUNTONI Società Italiana di

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

Diabetologia Gruppo di Studio di "Epidemiologia e Statistica". Editrice Kurtis-Milano 1996:17-30.

HAMPSON J.P., ROBERTS R.I., MORGAN D.A., *Shared care: a review of the literature*. Family Practice 13: 264, 1996 .

PRINGLE M., STEWART-EVANS C., COUPLAND C., WILLIAMS I., ALLISON S., STERLAND J., *Influences on control in diabetes mellitus: patient, doctor, practice, or delivery of care?* BMJ 306:630, 1993.

KOPERSKI M., *Systematic care of diabetic patients in one general practice: how much does it cost?* Br J Gen Pract 42:508, 1992.

WAINE C., *Diabetes in General Practice RCGP - Clinical Series 1992: 1-72 AA.VV.: Disease Management Primer: a review of the principle of disease management*. ADIS International 1999.

Accordo AMD-SIMG per l'assistenza al paziente diabetico. SIMG 9,16-18, 1995 ATLING W., HILL R., KIRBY M.: *Shared Care for Diabetes*. Isis Medical Media 1996.

EPSTEIN R.S., SHERWOOD L.M., *From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed*. Ann Intern Med 1996; 124: 832-7.

U. VALENTINI, A. CIMINO, A. GIRELLI: *Manuale del Disease Management applicato alla Diabetologia*; AMD 1999. Verona Diabetes Study – Diabetes Care 1998.

GATLING W., HILL R., KIRBY M.: *Shared Care for Diabetes*. Isis Medical Media 1996.



## **QUALITÀ ASSISTENZIALE, COMPORTAMENTI CLINICI ED OUTCOMES**

*\*G. F. Gensini, \*\*A. A. Conti*

\*Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze

\*\* Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS Firenze.

### **La qualità assistenziale e la medicina clinica**

La qualità dell'assistenza passa attraverso la corretta gestione delle conoscenze sanitarie in evoluzione, un processo che deve prevedere punti di riferimento forti e affidabili. Una assistenza di qualità nasce dalla consapevolezza dei punti critici dell'organizzazione assistenziale, un sistema che deve prevedere una rete di segnalazione tempestiva ed efficace degli incidenti clinici gravi o potenzialmente gravi (1). La comunicazione è infatti un processo a tappe che deve essere destrutturato in modo ragionato a livello della didattica universitaria per migliorarne gli obiettivi, l'audience, i metodi e la valutazione. Anche le basi dell'audit clinico possono essere insegnate ed apprese nella cornice della cultura della qualità e dell'appropriatezza, ed oggi esistono indicatori definiti per un buon audit, indicatori che devono essere "semplici" ma al contempo capaci di fornire informazioni a largo spettro. Le tappe del rinnovamento che nasce nel momento della prima formazione strutturata degli operatori sanitari sono la consapevolezza, il decision making, la reale implementazione delle decisioni frutto delle evidenze cliniche, la correzione dei comportamenti inappropriati e la promozione di interventi appropriati (2).

In questo scenario così variegato la figura dell'internista è al centro di una profonda riconsiderazione, che mira da un lato alla piena valorizzazione del ruolo unico del "clinico medico", e che dall'altro sottolinea il rilievo della stretta collaborazione tra internista, medico di medicina generale e specialista/superspecialista, un rapporto di inter-



scambio che determina un miglioramento della qualità assistenziale integrata. Studi recenti dimostrano infatti che la collaborazione tra diverse figure mediche (internisti, generalisti e cardiologi) risulta in una migliore qualità della assistenza e dei risultati clinici (outcome) per i pazienti con scompenso cardiaco (3). Nel contesto della collaborazione l'internista è chiamato specificamente alla "inter-poli-transdisciplinarietà", a coniugare cioè la cultura della complessità necessaria per la gestione di patologie complesse con la cultura della semplicità nella ricerca della economia delle ipotesi diagnostiche, ad esempio (4). E se è vero che la ricerca della singola causa unificante insegnata dai Maestri diventa oggi sempre più difficile in conseguenza della comorbilità tipica del paziente anziano con cui l'internista si confronta quotidianamente, è altrettanto vero che l'internista stesso ha una funzione essenziale nell'orientamento mirato in uno scenario che comunque non può prescindere dal processo di selezione e di eliminazione successiva delle opzioni diagnostiche (5,6).

Il ruolo del medico è tornato in discussione (e la stampa laica ne fornisce esempi continui) proprio in un momento in cui la tecnologia sta spostando rapidamente le frontiere del possibile in sanità (7). Quando, anche soltanto alcuni decenni fa, l'armamentario diagnostico e l'arsenale terapeutico del medico erano particolarmente limitati, la figura del medico era comunque percepita pressoché universalmente in modo positivo. Al contrario, proprio oggi che il potere diagnostico a disposizione è cresciuto in modo decisivo, e che i presidi terapeutici sono molto più efficaci anche soltanto di qualche decennio fa, la percezione della figura del medico è talvolta non propriamente favorevole. In un panorama tecnologico assistenziale in rapido divenire, l'internista, in particolare per il suo ruolo nella gestione globale di situazioni cliniche complesse, è chiamato a padroneggiare sviluppi strumentali da un lato talvolta difficilmente controllabili anche da parte degli stessi organi regolatori, dall'altro meno condivisi (rispetto al recente passato) da una società che ne coglie superficialmente gli effetti senza conoscerne davvero la basi e le origini (4). Il ruolo dell'internista è quindi particolarmente importante ai fini del miglioramento della qualità assistenziale nel contesto attuale, in cui spesso non sono i progressi della tecnologia a seguire la ricerca scientifica, bensì è la ricerca scientifica a seguire il fronte della tecnologia in evoluzione, e appaiono pertanto necessarie delle linee di guida per la regolazione di questi rapporti reciproci e per il contenimento della inappropriata variabilità dei comportamenti clinici (5).

## **Un modello per la riduzione della disomogeneità dei comportamenti clinici: lo strumento "percorso assistenziale"**

La consapevolezza della inappropriata variabilità dei comportamenti clinici ha condotto recentemente alla messa a punto di strumenti dedicati al contenimento della variabilità stessa. In ambito clinico le linee guida assistenziali ed i cosiddetti "percorsi assistenziali" (PA) si configurano come presidi interessanti ed in rapida diffusione.

I PA sono "piani di gestione che dichiarano gli obiettivi per il paziente e forniscono la sequenza temporale delle azioni necessarie per raggiungerli con efficienza ottimale" (8). L'interesse per questi strumenti in medicina è nato nel campo dei sistemi sanitari legati al pagamento prospettico, in quanto essi sono stati ritenuti in grado di ottimizzare l'efficienza ospedaliera tramite la riduzione della variabilità nella pratica clinica, la razionalizzazione nell'utilizzazione delle risorse e il miglioramento della qualità assistenziale (9,10). Tra gli elementi costitutivi di un PA si segnalano la tempistica, le categorie di cura e i loro interventi, gli outcome intermedi e quelli a lungo termine, la documentazione della varianza (11). Il formato di presentazione più frequente dei PA è quello che delinea il processo di cura suggerito basandosi su una matrice di "incarichi a tempo" enumerante i componenti del processo in una colonna, affiancata da altre colonne che fanno riferimento alla tempistica e contenenti gli interventi da eseguire. All'interno di tale formato sono esplicitati anche i "passaggi di transizione" relativi al percorso del paziente ovvero gli outcome intermedi che si progetta di ottenere e che indicano la corretta progressione del paziente stesso all'interno del PA. Qualora questi outcome intermedi non vengano ottenuti, entra a far parte del profilo di cura la varianza, definita come una deviazione da una o più attività oppure obiettivi elencati nel profilo di cura stesso (11).

Gli obiettivi principali dei PA sono essenzialmente riassunti di seguito:

- selezione della migliore pratica clinica possibile quando esistono inutili disomogeneità nella gestione di una determinata condizione;
- definizione degli standard per la durata attesa della degenza e per l'utilizzo dei saggi diagnostici e dei trattamenti;
- analisi delle relazioni tra i differenti passaggi nel processo di cura con la finalità di individuare modalità per coordinare e ridurre il tempo impiegato nelle tappe limitanti la rapidità del processo stesso;

- messa a disposizione di tutto il personale sanitario di un piano comune dal quale sia possibile evincere i vari ruoli specifici nell'ambito del processo di cura;
- contenimento del carico di errore tramite procedure comuni, standardizzate e condivise;
- costituzione di un modello utile per raccogliere i dati riguardanti il processo di cura al fine di valutare quanto spesso e perché i pazienti si discostano dal percorso atteso durante il ricovero;
- miglioramento della soddisfazione del paziente attraverso l'educazione del medesimo e dei familiari circa il piano di cura (8).

I percorsi assistenziali possono anche essere utilizzati come strumenti per una valutazione della appropriatezza degli interventi diagnostico-terapeutici, alla luce della loro struttura, che richiede la compilazione di tutti i campi presenti da parte di ogni componente del gruppo multidisciplinare coinvolto, così da rendere facilmente ricavabili i dati che testimoniano gli atti svolti (10). Lo sviluppo e la implementazione di un PA nella pratica clinica richiedono una serie di passaggi, tra cui la selezione di un'area sanitaria, la valutazione del processo assistenziale, l'analisi delle evidenze disponibili, la certificazione e lo studio della varianza.

## **Ruolo della formazione e del governo clinico nel miglioramento degli outcome di salute**

La preparazione, la messa in atto e la disseminazione di strumenti come i percorsi assistenziali necessitano di una formazione mirata del personale sanitario, una formazione che costituisce quindi una strategia essenziale per raggiungere standard elevati di qualità e di appropriatezza. Di fatto l'implementazione reale di strategie efficaci ed il raggiungimento consolidato del miglioramento degli outcome assistenziali si hanno soltanto se il terreno in cui si agisce è adeguatamente preparato (12,13). La formazione continua dei professionisti della sanità rappresenta pertanto la base per la modificazione dei comportamenti inappropriati nell'ottica dell'ottenimento di risultati clinico-gestionali soddisfacenti. E' ormai chiaro che i fondamenti del governo clinico possono essere impartiti ed appresi, attraverso provvedimenti quali gli audit clinici, i seminari multidisciplinari, le revisioni interne delle procedure e dei ruoli da valutare a scadenze defini-

te (14). La condivisione di una formazione di qualità, di tecniche di “Health Knowledge Management”, degli elementi basilari del governo clinico è pertanto essenziale nel processo di miglioramento continuo degli outcomes assistenziali, come proposto dalla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) (15).

In effetti è proprio la EBM che di recente ha dato un impulso considerevole alla precisa definizione degli standard di appropriatezza del mondo sanitario, nella sua veste di approccio clinico-scientifico ai problemi assistenziali che mira al raggiungimento della qualità assistenziale globale. La valutazione integrata dei “sistemi” clinico-assistenziali alla luce della EBM indica da un lato la notevole entità del lavoro cui sono chiamati gli operatori sanitari al fine della riduzione della variabilità inappropriata dei comportamenti clinici e dall’altro la necessità della consapevolezza che il raggiungimento di un livello soddisfacente di qualità assistenziale deve sempre passare attraverso il miglioramento della qualità della formazione sanitaria. I processi di miglioramento degli standard assistenziali e di raggiungimento di outcome di salute di più alto profilo si collocano oggi in un contesto formativo in cui tutte le dimensioni del “sapere”, dal saper fare al sapere essere, dal saper far fare al sapere continuare a formarsi, devono essere pienamente apprezzate, condivise e diffuse.

## Bibliografia

- 1) SHAHAR Y., MIKSCH S., JOHNSON P., *The Asgaard project: a task-specific framework for the application and critiquing of time-oriented clinical guidelines*. Artificial Intelligence in Medicine 1998; 14: 29-51.
- 2) FOX J., RAHMANZADEH A., *Disseminating medical knowledge: the PROforma approach*. Artificial Intelligence in Medicine 1998; 14: 157-181.
- 3) EZEKOWITZ J.A., VAN WALRAVEN C., MCALISTER F.A., ARMSTRONG P.W., KAUL P., *Impact of specialist follow-up in outpatients with congestive heart failure*. CMAJ 2005; 172: 189-94.
- 4) BOCCHI G., CERUTI M., *Educazione e globalizzazione*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.
- 5) MORIN E., *La testa ben fatta*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.
- 6) KASSIRER J.P., KOPELMAN R.I., *What is a differential diagnosis?* Hosp Pract 1990; 25: 19-24.
- 7) LIPPI D., GENSINI G.F., CONTI A.A., *Charter on medical professionalism: putting the charter into practice*. Ann Intern Med 2003; 138: 852-3.

- 8) PEARSON S.D., GOULART-FISHER D., LEE T.H., *Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential*. Ann Intern Med 1995; 123: 941-8.
- 9) COFFEY R.J., RICHARDS J.S., REMMERT C.S., et al. *An introduction to critical paths*. Qual Manag Health Care 1992; 1: 45-54.
- 10) EVERY N.R., HOCHMAN J., BECKER R., ET AL. *Critical pathways: a review*. Committee on Acute Cardiac Care, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. Circulation 2000; 101: 461-5.
- 11) HILL M., *Reengineering Nursing and Healthcare, the Handbook for Organisational Transformation*, ed. Blancett, S.S., Flarey, D.L., Aspen Publishers, Maryland, 1997.
- 12) GENSINI G.F., CONTI A.A., LIPPI D., CONTI A., *The past and present history of the term "Quality" in medicine*. Recenti Prog Med 2004; 95: 226-30.
- 13) SHAUGHNESSY A.F., SLAWSON D.C., BENNET J.H., *Becoming an information master: a guidebook in the medical information jungle*. J Fam Pract 1994; 39: 489-99.
- 14) SHAMOO A.E., *Quality assurance*. Qual Assur 1991; 1: 4-9.
- 15) CONTI A.A., GALANTI C., GENSINI G.F., *Is evidence-based medicine really a craze? Surely it is fashionable to criticize it. A methodologic comment from the Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove*. Ital Heart J Suppl 2000; 1: 11: 92-5.

## **LA MEDICINA DELLE MIGRAZIONI IN ITALIA: ACCOGLIENZA ED ORGANIZZAZIONE**

*S. Geraci*

Area Sanitaria Caritas Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

### **La medicina delle migrazioni**

La medicina delle migrazioni nasce in Italia, come soggetto di riflessione e di studio, all'inizio degli anni '90, sulla spinta di alcuni medici ed operatori sanitari, ma anche operatori sociali e studiosi.

Il 1990 si colloca dal punto di vista politico con l'anno di una importante Legge sull'immigrazione, la legge Martelli: legge molto discussa e molto dibattuta; proprio da quel dibattito è nata la volontà di alcune persone di incontrarsi e di creare un luogo stabile, un luogo condiviso di discussione e di riflessione.

Viene così fondata la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire, in primo luogo, un nucleo organizzativo che permettesse uno scambio regolare e fluido delle informazioni che si andavano accumulando presso i vari servizi di assistenza, non solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente proveniente da altri contesti socio-culturali.

Nel corso degli anni, alla SIMM hanno aderito alcune centinaia di persone: medici, psicologi, antropologi, sociologi, infermieri, mediatori culturali, assistenti sociali e altri operatori socio-sanitari. Questa scelta di pluridisciplinarietà di competenze e profili professionali, ha permesso alla Società di avviare una riflessione a tutto campo sui temi socio-sanitari riferitisi alla popolazione straniera e di pianificare proposte ed interventi spesso innovativi. Momenti significativi del con-

fronto sono i diversi Convegni Nazionali promossi dalla SIMM ed in particolare le periodiche Consensus Conferences che hanno luogo in Sicilia, volute, organizzate ed animate dal prof. Serafino Mansueto e la sua equipe, con cadenza biennale. Sono state occasioni importanti di scambi di esperienze, progetti e possibilità operative.

Questi anni sono stati connotati anche da un'azione su un piano culturale e politico, prima per far emergere la problematica del diritto alla salute degli immigrati e poi per orientare scelte operative di promozione della salute: l'articolato della normativa sanitaria attuale è stato proposto da un gruppo di operatori che fanno riferimento alla SIMM; per alcuni anni dal 1998 fino al 2001, presso il Ministero della Sanità è stata istituita una Commissione, richiesta dalla Società (l'80% dei componenti erano soci alla SIMM) che ha lavorato sul Regolamento d'attuazione e su Circolari del Ministero della Sanità, ha prodotto un decalogo per gli operatori e un decalogo per utenti stranieri tradotto in 20 lingue. È stato avviato un coordinamento tra le singole regioni sul tema della salute e immigrazione che ha permesso di "esportare" esperienze virtuose verso regioni più disattente; ed ancora la SIMM è stata coinvolta dal Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) nel condividere esperienze di buona prassi e produrre un documento sull'accesso ai servizi che ancora oggi è riferimento operativo.

Oggi la SIMM è impegnata a promuovere il diritto alla salute ed all'accesso ai servizi anche in ambito europeo.

## **L'immigrazione in Italia**

La migrazione da paesi non appartenenti all'Unione europea è uno dei fenomeni che maggiormente sta condizionando la nostra epoca: in poco più di venti anni l'Italia è diventata e si è consolidata come meta più o meno definitiva per un flusso di cittadini stranieri in costante aumento. Anzi il nostro paese partecipa a questo fenomeno mondiale sia come paese di origine, con 4 milioni di persone, che come paese di accoglienza: attualmente si stima la presenza di circa 3 milioni di stranieri regolarmente presenti, con una incidenza sulla popolazione residente del 4,9%, al di sotto di meno di un punto dalla media dell'Unione Europea.

Per via di questo "effetto doppio" (paese di emigrazione e paese di immigrazione) l'Italia assume una rilevante dimensione internazio-



nale con un ventaglio di paesi di origine degli immigrati più allargato anche rispetto a paesi come la Germania che accoglie più di 7 milioni di stranieri. Un altro fattore che non manca di reclamare l'attenzione nel nostro paese, come anche in Spagna, è l'accentuato ritmo di aumento, dovuto all'intreccio tra declino demografico e mancanze di forze lavoro specialmente in determinati settori. Se gli immigrati nel mondo raddoppiano ogni 35 anni, questo in Italia è avvenuto ogni 10 anni e ultimamente ci sono voluti solo 5 anni per raddoppiare ulteriormente.

Gli ultimi dati disponibili indicano come oltre il 58% degli immigrati regolarmente presenti abbia una età compresa tra 19 e 40 anni e circa il 48,4% sia di genere femminile. Il 40,9% proviene da paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, il 23,5% dall'Africa, il 16,8% dall'Asia ed l'11,5% dall'America (compresa la folta presenza di statunitensi: quasi 50.000). Ben tre comunità hanno superato le 200.000 presenze (rumeni, albanesi, marocchini) ed altre 2 le 100.000 (ucraini e cinesi): complessivamente sono quasi 190 le nazionalità rappresentate. Oltre il 66% degli immigrati in Italia è presente per motivi di lavoro, circa il 24% per motivi di famiglia, e per un altro 6,7% per vari motivi, anch'essi stabili o comunque di una certa durata (adozione, motivi religiosi, residenza elettiva): nel complesso si tratta di quasi il 97% del totale dei permessi di soggiorno e ciò caratterizza il fenomeno migratorio non come qualche cosa di provvisorio ed estemporaneo, ma ormai come componente strutturale del tessuto sociale, economico e culturale del nostro paese. La presenza di minori, quasi 500.000 di cui oltre la metà nati in Italia, e di famiglie ricongiunte inoltre, fa sì che si passi da una condizione di tendenziale invisibilità sociale ad una relazione più intensa con il paese d'accoglienza, imponendo un rapporto più serrato tra le culture.

## **Le politiche sanitarie**

Solo in tempi relativamente recenti l'Italia ha definito delle chiare politiche per garantire l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sanitarie ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale. Dal 1998, con il Testo unico sull'immigrazione e con gli atti ad esso conseguenti - nello specifico sanitario è da segnalare una corposa Circolare ministeriale datata 24 marzo 2000 e pubblicata su G.U. n. 126 Serie generale del 1 giugno 2000 - e con le indicazioni contenute

nelle ultime due edizioni del Piano sanitario nazionale (Psn) si è evidenziata una politica sanitaria estremamente attenta e pragmatica. Si è così definita l'inclusione a pieno titolo degli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati rimossi alcuni requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale - Ssn, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio: richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso per legge anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità (decreti legge prima e ordinanze ministeriali poi avevano introdotto e sostenuto tale norma dal 1995), garantendo loro oltre le cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva in una logica di etica solidaristica, di cui è permeato ad oggi il nostro sistema sanitario, ma anche in termini di tutela della collettività e di prevenzione della comunità che passa necessariamente dalla promozione della salute individuale indipendentemente dalla status giuridico, sociale e culturale.

### **L'organizzazione dei servizi**

Esistono alcune caratteristiche del fenomeno immigratorio in Italia che lo rendono peculiare: la dinamicità, l'eterogeneità, la costante evoluzione e trasformazione socio-demografica e l'assoluta necessità. Non volendo approfondire il significato sociologico, culturale e politico di ciò, ne traiamo semplicemente lo spunto per sottolineare come anche le politiche sanitarie per la popolazione immigrata, debbano tener conto di queste caratteristiche e se devono essere certe e chiare, nello stesso tempo devono permettere una flessibilità che dal punto di vista organizzativo possa tradursi in una maggiore adesione ai bisogni di questa nuova popolazione. Infine devono essere eque. Che non significa dare tutto a tutti allo stesso modo, ma dare a tutti delle pari opportunità: in determinate situazioni bisogna dare di più ad alcuni rispetto agli altri in rapporto ad un diverso bisogno percepito ed espresso.

Come abbiamo precedentemente scritto, la normativa italiana è tra le più avanzate e lungimiranti nella garanzia d'accesso ai servizi sanitari per la popolazione immigrata a qualunque titolo presente in Italia.

Tuttavia affinché il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) è indispensabile un'efficace politica sanitaria a livello locale: è a livello regionale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare perchè delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi nella quotidianità; bisogna vigilare perchè la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela.

Per fare intuire eventuali problematiche vissute nell'area dell'accesso ai servizi, forse è utile richiamare uno schema delle difficoltà che si possono incontrare.

Le principali variabili che condizionano l'accesso ai servizi socio-sanitari possono essere riassunte in tre punti:

1. *sussistenza del diritto all'accesso;*
2. *consapevolezza di questo diritto;*
3. *effettivo esercizio del diritto.*

1. Come è ovvio, l'esistenza del diritto - giuridicamente inteso - all'accesso ai servizi socio-sanitari, è funzione della normativa vigente. Tale normativa riguarda sia leggi ed altri provvedimenti di tipo sanitario in generale, sia norme e disposizioni specifiche sull'immigrazione, di carattere nazionale, regionale e locale/aziendale.

2. La semplice vigenza di una normativa che preveda il diritto d'accesso alle prestazioni del SSN non è però sufficiente: occorre che il possibile beneficiario sia consapevole di questo diritto. Ciò richiama l'importanza di un'efficace informazione dell'utenza potenziale, una informazione organizzata e formulata in termini di orientamento sanitario; sappiamo infatti quanto impervio possa talora presentarsi anche per gli stessi italiani il percorso che conduce alla copertura sanitaria pubblica.

Non si può però negare come ad oggi si registri, in generale, una scarsa attenzione verso l'utenza straniera; di questa diffusa disattenzione si può trovare conferma nel fatto che solo eccezionalmente è possibile leggere in Italia nella Carta dei servizi sanitari - cioè nel mas-

simo documento di “dichiarazione d’intenti” e di autopromozione delle ASL nei riguardi della propria potenziale utenza - un qualche accenno ai pazienti immigrati.

3. Anche laddove le prime due condizioni siano soddisfatte, ciò non si traduce automaticamente nell’effettivo esercizio del diritto, cioè nel reale accesso delle persone ai servizi.

In generale l’esercizio del diritto all’accesso è funzione della corrispondenza/congruità tra l’offerta dei servizi e le necessità della persona. Deve cioè verificarsi una favorevole condizione di aderenza tra la domanda di salute (ed i bisogni che, ci si augura, la motivano) e l’offerta dei servizi deputati ad erogare quelle prestazioni che possono soddisfare con una opportuna risposta la domanda di salute.

Ad impedire una concatenazione favorevole delle variabili sinora evidenziate si possono frapporre una serie di ostacoli di varia natura, talora di tale entità da risultare vere e proprie «barriere» che possiamo così elencare:

- a) barriere giuridico-legali;
- b) barriere economiche;
- c) barriere burocratico-amministrative;
- d) barriere organizzative.

a) Di questa prima tipologia di barriere si è già in parte detto e ne è comunque di immediata percezione la rilevanza; si può qui aggiungere che, a prescindere dalla questione della ‘opportunità’ che taluni diritti assistenziali siano concessi o meno, si sono storicamente registrate alcune situazioni di manifesta iniquità.

b) Le barriere economiche continuano a rappresentare un possibile ostacolo all’assistibilità delle persone straniere. Per ovviare ad alcuni possibili ostacoli di natura economica, la politica sanitaria espressa dal TU - anche in coerenza con il principio di uguaglianza e di piena parità di diritti e doveri sancita tra cittadini italiani e stranieri - ha previsto ad esempio la gratuità dell’iscrizione al SSN per i cittadini stranieri iscritti alle liste di collocamento.

c) Molteplici sono state finora le barriere burocratico-amministrative che hanno influenzato pesantemente l’accesso ai servizi. Talora, paradossalmente, il rispetto di adempimenti burocratici è più forte di quello per la legge: è il caso delle pratiche ospedaliere di richiesta di rimborso alle Prefetture per ricoveri effettuati su stranieri irregolari

e indigenti che, violando una norma vigente e più volte ricordata in telex ministeriali, vengono spesso istruite con la segnalazione nominativa dello straniero.

d) A riguardo delle barriere organizzative, tra i numerosi esempi che potrebbero essere portati, vi è quello di una diffusa mancanza di flessibilità dei servizi, tale da poterne garantire l'apertura nei giorni e nelle fasce orarie in cui possano realmente accedervi i fruitori previsti; è il caso dell'accessibilità ai Consultori materno-infantili per le ragazze che lavorano come collaboratrici domestiche e che, col timore di perdere altrimenti il posto, possono disporre - in molte grandi città - unicamente del giovedì pomeriggio per poter effettuare visite e controlli. Va rimarcato che questa esigenza non può essere considerata una pretesa velleitaria ed utopistica, ma anzi rispecchia coerentemente le più recenti ed importanti normative volte alla razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche.

Le barriere organizzative, oltre ad influenzare l'accessibilità - fisicamente intesa - ai servizi, ne modulano anche la fruibilità effettiva delle prestazioni, di cui si anticipano alcune considerazioni. Per rimanere ad esempio nell'area delle attività consultoriali, un servizio che si proponga di offrire le visite ostetrico-ginecologiche anche alle donne musulmane - che, come è noto, per motivi culturali e religiosi hanno un senso del pudore molto spiccato nei confronti dell'altro sesso - dovrà porsi il problema di organizzare i turni di servizio in modo che ci siano sempre delle ginecologhe, od altrimenti segnalare e diffondere l'informazione dei turni in cui sia possibile richiederne la 'presa in carico'.

Rappresentano invece possibili barriere nella fruibilità dei servizi socio-sanitari:

- barriere linguistiche;
- barriere comunicative;
- barriere interpretative;
- barriere comportamentali.

Non ci si soffermerà singolarmente su tali barriere, rimandando l'approfondimento a specifici testi. Diremo semplicemente che la maggior parte dei servizi mostrano attualmente delle invalicabili barriere di tipo linguistico, in quanto non dispongono di operatori in grado di comunicare in una lingua intermedia, pur se diffusissima, come l'inglese o il francese.

Ancor più difficilmente prevenibili, o superabili, saranno a maggior ragione le altre due tipologie di barriere, quelle comunicative ed interpretative, che ricordano, da una parte, come la relazione terapeutica sia costituzionalmente complessa, e, dall'altra, come i concetti di salute, malattia e cura siano fortemente condizionati dalla cultura d'appartenenza e dai valori simbolici a questa collegati.

Non si vuol certo dire con questo che gli operatori della salute dovrebbero conoscere tutte le culture e diventare esperti antropologi sanitari, quanto rimarcare che il paziente eteroculturale rappresenta forse una formidabile occasione per recuperare una capacità di ascolto ed una sensibilità nell'approccio olistico che la nostra medicina tecnologica ed iperspecialistica ha dimenticato e che potrebbe rivelarsi particolarmente utile anche nei riguardi dei pazienti «nostrani».

Si inserisce a questo proposito il dibattito iniziato da alcuni anni sulla figura dei mediatori/mediatrici che, comunque interpretati - da una connotazione e funzione prettamente linguistica ad una più complessa che li veda assommare attitudini comunicative, psicologiche, sociologiche ed antropologiche - potrebbero rappresentare figure «di cerniera» preposte a facilitare la relazione terapeutica.

A tutto ciò vanno aggiunte barriere comportamentali da parte degli utenti, ma spesso anche da parte degli operatori condizionati da pregiudizi “politico culturali”, ma anche su un piano professionale. Un tipico esempio è il pregiudizio dell'immigrato “untore”, portatore cioè di inconsuete malattie tropicali.

Vari studi effettuati in Italia sono coerenti nel delineare un profilo di salute degli immigrati come una popolazione, pur con diversificazioni nel proprio interno, con un buon patrimonio di salute testimoniato dal fatto che la maggior parte degli accessi alle strutture ospedaliere (e sono le statistiche numericamente più significative) sono legati ad eventi fisiologici quali quelli connessi alla gravidanza ed al parto o traumatici accidentali. Ciò era atteso sia per la stratificazione per età (giovane adulta: per definizione la più sana) sia per il cosiddetto *effetto migrante sano* di autoselezione in partenza di coloro con le migliori condizioni di salute per avere maggiori possibilità di successo nel progetto migratorio; questo effetto tende comunque con il tempo ad indebolirsi per una migrazione di ricongiungimento o indotta da condizioni traumatiche (guerre, persecuzioni, gravi crisi economiche ...), e quindi meno selezionata sul versante della salute. I dati sui traumatismi e l'alta percentuale di ricoveri per l'abortività volon-

taria attestano però anche una spiccata “fragilità sociale” di alcune componenti della popolazione immigrata: le giovani donne, i lavoratori dei settori edilizia, agricoltura e industria soprattutto se impiegati in nero, gli irregolari, ....

Tuttavia il pregiudizio sugli immigrati come “untori”, come sopra dicevamo, sembra essere ancora radicato, non solo nella popolazione italiana condizionata da un dibattito sull’immigrazione sempre dai toni troppo accesi, ma anche tra gli stessi operatori sanitari: un nostro studio su un ampio campione di operatori sanitari italiani (circa 1.400) ha evidenziato che oltre il 60% ritiene la malattia più frequente tra gli stranieri in Italia sia proprio una malattia infettiva, in particolare la tubercolosi (42,6%), la malaria o quelle sessualmente trasmesse e l’Aids (per quest’ultima condizione patologica, è da evidenziare come a fronte di un aumento assoluto e relativo dei nuovi casi in cittadini stranieri, in realtà i tassi, cioè i casi rapportati alla popolazione di riferimento, indicano un trend di chiara diminuzione nel tempo).

Questo pregiudizio, spesso alimentato da semplificazioni pseudo-scientifiche, è purtroppo trasversale in tutte le professionalità sanitarie (medici, infermieri ed altri operatori socio-sanitari) e costante nel tempo (la rilevazione è iniziata dieci anni fa ed è tuttora in corso). A completamento di quanto detto va anche rilevato come un altro 14% del campione attribuisce a problematiche psichiatriche, che di per sé sono stigma di alienità, i quadri patologici più frequenti tra la popolazione straniera e solo il 26% ha inquadrato il fenomeno nei termini corretti (malattie routinarie o condizioni patologiche espressione di un disagio socio-economico e culturale).

Tutte queste considerazioni ci suggeriscono in modo chiaro l’importanza di continuare lungo la strada intrapresa di certezza del diritto alla salute e di progettualità per garantire a tutti l’accessibilità alle strutture sanitarie e la fruibilità, delle prestazioni, con particolare riferimento a quelle di primo livello, e l’adozione di iniziative e programmi di promozione ed educazione alla salute.

Per fare questo è necessario provvedere ad un “riorientamento” complessivo dei servizi. Si vuole con ciò intendere sia un ripensamento dell’organizzazione interna al servizio stesso sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza, che una sua effettiva apertura all’esterno, in raccordo con altre strutture sia del volontariato e del privato sociale afferenti al medesimo territorio sia di altri enti locali.



Appare interessante a questo proposito il lavoro del gruppo "Salute e immigrazione" dell'*Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri* del CNEL. Partendo da una analisi del fenomeno immigrazione in alcune realtà territoriali, tenendo conto delle esigenze di amministratori di Enti Locali e dirigenti di Aziende Sanitarie, è stato messo a fuoco il tema dell'accesso ai servizi sanitari come ambito dove fornire proposte operative che siano percorribili. È stata prodotta una griglia con delle priorità che potrà essere uno stimolo ed uno strumento per chi si appresta ad individuare una progettualità sul tema. Sono state segnalate le seguenti priorità operative dove impegnarsi a livello locale: formazione del personale, lettura dei bisogni, lettura della domanda, organizzazione dei servizi, flessibilità dell'offerta, lavoro multidisciplinare, lavoro di rete.

Tutto ciò sarà comunque efficace se inserito in un percorso di politiche di integrazione che facciano dello straniero immigrato nel nostro paese un cosciente e partecipe nuovo cittadino.

## **Bibliografia**

CARITAS e MIGRANTES: *Dossier Statistico Immigrazione* (anni 2003, 2004 e 2005). Roma, edizione Nuova Anterem, 2003, 2004 e 2005.

Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. A cura di G. Zincone. Il Mulino, Bologna, 2001, pp.215-242.

*Documento finale gruppo Salute e immigrazione: l'accesso ai servizi CNEL* (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro). Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Dicembre 2000.

GERACI S. (a cura di). *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Anterem edizioni, Roma, 2000

GERACI S., MARCECA M., *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali*. In: Atti della Conferenza nazionale "Migrazioni e salute" - Bari, 3-4 maggio 2002. Lecce, 2002: 36-51.

GERACI S, MARTINELLI B., *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002.

GERACI S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizioni Anterem, Roma, 1996.

GERACI S.: *Quale tutela sanitaria per gli immigrati? Da una politica del-*

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

*l'oblio, alla consapevolezza di un diritto.* In IV e V Consensus Conference sulla immigrazione - Atti a cura di M. Affronti, B. Padalino e A. Spinelli. Palermo, 1998, pp. 69:88.

GERACI S.: *Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili"*. In Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione - Caritas/Migrantes. Nuova Anterem, 2003; 183:192.

GERACI S.: *Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere.* In Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM. Lampedusa (Ag), 2004 - 6:9.

MARCECA M., *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti.* L'Arco di Giano 1999; 22: 27-35.

MARCECA M., *Stranieri immigrati.* In: "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000", a cura della Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai Cittadini del Ministero della Sanità, Roma, 2001, pagg. 191-198.

MARCECA M., GERACI S.: *Il fenomeno immigratorio ed il SSN: necessità di un riorientamento dei servizi.* In Quaderni dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Milano: Argomenti di Igiene Pubblica ed Ambientale. N. 48, Milano, 1996, pp. 12:20.

Ministero della Sanità - Servizio Studi e Documentazione. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*, Roma, Sistema informativo sanitario, 2000, pp. 156-179.

*Sintesi dei Gruppi di lavoro (gennaio-giugno 1999).* CNEL (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro). Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Luglio 1999.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: *Raccomandazioni finali delle Consensus Conference "Immigrazione e salute"*. Palermo 2000 ed Erice (Tp) 2002.



## RIFLESSIONI SUL TRAPIANTO DI PANCREAS

*C. Giordano*

Professore associato di Endocrinologia, Università degli Studi, Palermo

Il trapianto di pancreas nel soggetto affetto da diabete mellito realizza una condizione di insulino-indipendenza tramite la normalizzazione dell'omeostasi glucidica insulino-correlata. Tale approccio terapeutico è, a livello internazionale, considerato come la *terapia ideale* per il soggetto diabetico con complicanze croniche, poiché ristabilisce una condizione di normoglicemia, corregge l'eventuale stato uremico se combinato con il trapianto di rene, annulla il rischio di ipoglicemie ed infine migliora globalmente la qualità di vita del paziente. Il candidato ideale al trapianto di pancreas è un paziente affetto da diabete mellito tipo 1, di età inferiore ai 60 anni, con complicanze d'organo secondarie ad uno scompenso glicometabolico cronico. A questo fondamentale presupposto, che condurrebbe alla considerazione che il trapianto di pancreas rappresenta una soluzione definitiva al problema del paziente diabetico in trattamento insulinico e pertanto da impiegare su larga scala, si aggiunge un'altra ugualmente importante considerazione: il paziente deve essere capace di affrontare dal punto di vista motivazionale il ***nuovo, lungo ed indispensabile percorso terapeutico***, che inizia con l'intervento chirurgico per proseguire con la terapia immunosoppressiva cronica, *quoad vitam*.

L'aspetto psicologico del paziente è un importante fattore limitante. E' necessario che il paziente si renda conto della natura terapeutica del trapianto e mostri una buona compliance, soprattutto nell'accettare che dovrà sostituire la terapia insulinica con la terapia immunosoppressiva che, anche se di più facile gestione, deve essere assunta quotidianamente per tutta la durata della funzione dell'organo tra-

piantato e quindi, almeno teoricamente, per tutto l'atteso di vita. Uno dei principali criteri d'esclusione del candidato al trapianto si individua nella diagnosi, pregressa o in atto, di patologia psichiatrica maggiore o l'abuso di alcool e/o di sostanze stupefacenti. Così come per ogni trapianto d'organo, è indispensabile la ricerca nel ricevente di eventuali patologie che possano controindicare il trapianto stesso.

- La **valutazione pre-trapianto** inizia con la necessità di confermare che il diabete sia effettivamente di tipo 1, in altre parole autoimmune, e con perdita totale di secrezione endogena d'insulina, con uno studio metabolico effettuato mediante il dosaggio della secrezione residua insulinica mediante il dosaggio del C-Peptide basale e dopo stimolazione (ad es. il test al glucagone per via endovenosa). Tale valutazione metabolica si completa con la ricerca di marcatori sierologici di autoimmunità verso le isole pancreatiche, al fine non solo di una corretta identificazione del quadro nosografico, ma per stabilire, sin dalla fase pre-trapianto, quale sia il rischio di una nuova aggressione autoimmune delle beta cellule del pancreas da donatore nel ricevente, nonostante la terapia immunosoppressoria. La presenza di complicanze maggiori a carico dell'apparato cardiovascolare è l'elemento che limita maggiormente l'idoneità al trapianto. Controindicazioni assolute sono la presenza di fattori di rischio cardiovascolare, quali l'obesità grave ed il fumo, nonché l'evidenza di un'insufficiente riserva funzionale cardiologica, quali ad es. il riscontro angiografico di malattia coronarica non correggibile, frazione di eiezione < 40%, anamnesi recente di infarto acuto del miocardio. Da quanto detto, la selezione del candidato al trapianto di pancreas è molto delicata e richiede un approccio multidisciplinare: psicologo, diabetologo, chirurgo, neurologo, oculista, cardiologo, ecc. devono lavorare insieme al fine di stabilire con certezza che il soggetto diabetico, inserito nella lista di attesa, possa giovare di tale procedura con consapevolezza.

Oggi, a livello internazionale, il trapianto che ha il maggior successo (>80%) è quello combinato di pancreas e rene che chiaramente è indicato nei pazienti diabetici di tipo 1 con insufficienza renale cronica e quindi in dialisi.

La valutazione del grado di nefropatia permette di indirizzare il paziente verso una corretta tipologia di trapianto combinato di pancreas/rene che si distingue in:

- **Trapianto simultaneo dei due organi:** è oggi il gold-standard terapeutico per tutti i pazienti affetti da diabete mellito tipo 1 e

nefropatia conclamata (clearance della creatinina inferiore a 30 ml/min o proteinuria severa > 3 g/die - o sindrome nefrosica), in terapia sostitutiva o conservativa. I candidati ideali sono i pazienti di età compresa tra 20 e 40 anni, che presentano nefropatia in stadio avanzato con minime o limitate complicanze secondarie del diabete.

- **Trapianto di pancreas dopo rene:** è indicato nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 1, già sottoposti in precedenza a trapianto di rene, con funzione renale stabile sotto terapia immunosoppressiva (che spesso è, almeno potenzialmente, nefrotossica) con creatinemia < 2 mg/dl e clearance della creatinina > 40 ml/min, se vi sono complicanze evolutive del diabete o in caso di diabete instabile con ripetute e gravi crisi ipoglicemiche, tali da determinare un severo deterioramento della qualità di vita e/o rischio vitale.
- **Trapianto di pancreas isolato:** è riservato a quei pazienti affetti da diabete mellito tipo 1, con compromissione renale iniziale, anche se ancora non di rilevanza clinica importante (clearance della creatinina > 70 ml/min e proteinuria < 3 g/24 ore) con complicanze evolutive del diabete (retinopatia e/o neuropatia e/o vasculopatia con aterosclerosi accelerata) e/o grave instabilità glicemica con peggioramento della qualità di vita e/o del rischio di vita.

Negli ultimi anni è stato registrato un notevole miglioramento dei risultati dei trapianti sia di pancreas isolato sia di pancreas-rene, soprattutto per due ordini di motivazioni: l'ottimizzazione della **terapia chirurgica** e la disponibilità di nuovi farmaci per la **terapia immunosoppressiva**. E' stata, infatti, registrata una riduzione marcata dell'incidenza dei rigetti in questi tipi di trapianti dall'80% dei primi anni '90 al 20% attuale. La risposta immunitaria è assai ridondante e utilizza vie principali e secondarie per cui la disponibilità di farmaci, che interagiscono selettivamente sui vari passaggi e che siano associabili tra loro in vari protocolli, ha consentito di ottenere eccellenti risultati sia nel miglioramento della sopravvivenza dei pazienti che degli organi trapiantati, sia nella riduzione della morbidità iatrogena.

- La **secrezione esocrina** dell'organo trapiantato può essere derivata o a livello dell'apparato enterico o in sede vescicale; nel primo

caso i principali effetti indesiderati avverranno come complicanze settiche intraaddominali, maggiore incidenza di ri-laparotomia, emorragie gastrointestinali; nel secondo caso saranno dominanti le complicanze del sistema genito-urinario (ematuria, stenosi uretrali, IBVU) nonché la frequente deplezione di bicarbonato.

- Tra le complicanze maggiori che il paziente potrebbe affrontare, con conseguente vanificazione del complesso percorso terapeutico, si individua il **rigetto acuto** dell'organo. Il rigetto del rene, qualora trapiantato simultaneamente o prima dell'organo pancreatico, precede di solito quello del pancreas, e solo nel 10% dei casi interessa il pancreas isolatamente. L'iperglicemia è un segno tardivo, in quanto l'elemento endocrino è interessato più tardivamente, ed è spesso espressione di danno irreversibile o trombosi vascolare. Per monitorare l'avvenuto rigetto il paziente dovrà sottoporsi a biopsia pancreatica che può essere effettuata per via percutanea, tramite laparoscopia o transdigiunostomia.

Altra complicazione è la **Trombosi Vascolare** che risulta più frequente rispetto agli altri organi solidi; ne costituiscono fattori di rischio specifici: il tempo di ischemia fredda, ovvero il tempo di attesa dell'organo pancreas dal momento del prelievo dal donatore all'atto chirurgico nel ricevente, l'edema da riperfusione, la pancreatite, il posizionamento *Left-sided pancreas* (associato a peggiore deflusso venoso), ed il rigetto acuto. Alcuni di questi fattori possono, almeno teoricamente, essere previsti e risolti nella fase del pre-trapianto, ma alcuni di essi sono assolutamente imprevedibili e quindi sono deducibili solo dalle esperienze internazionali nei centri di eccellenza.

Se le prime due forme di trapianto di pancreas combinato con il rene rappresentano una terapia del diabete di tipo 1 che indubbiamente modifica la prognosi e la qualità di vita del paziente in senso favorevole, l'ultima forma ovvero il trapianto isolato di pancreas è ancora discutibile almeno dal punto di vista etico. Infatti, seppure la riuscita del trapianto isolato di pancreas è, almeno nei centri trapiantologici con esperienza decennale, migliorata quasi a raggiungere le percentuali di successo del trapianto combinato di rene/pancreas, è pur vero che ancora ci sono delle differenze: il trapianto di pancreas isolato ha maggiori probabilità di rigetto sia acuto che cronico. Oltre a ciò, nel trapianto isolato si aggiunge con maggiore frequenza la pro-



babilità che ci sia una nuova accensione del processo autoimmune, che condurrà alla distruzione selettiva delle beta cellule nell'organo trapiantato.

Nel 2004 i dati della **UNOS**, un'agenzia mondiale che si occupa del *procurement* di organi da donatore-cadavere da devolvere a scopo di trapianto, descrivono una lista d'attesa di 2.423 pazienti candidati al trapianto simultaneo di pancreas e rene, e 11.847 pazienti sotto posti a tale tipologia di trapianto dal 1998 al 2004.

In conclusione, il trapianto di rene pancreas è oggi considerato una opzione terapeutica salva vita al pari del trapianto di fegato e cuore ed inoltre rappresenta:

- Il modo più semplice di acquisire una insulino-indipendenza, ovvero la sospensione delle 3 o 4 somministrazioni d'insulina al dì,
- È capace di garantire una reversibilità delle complicanze sistemiche nel diabetico di tipo 1 ed una migliore qualità di vita;
- È caratterizzato da una sopravvivenza a lungo termine sovrapponibile a quella degli altri organi solidi
- Necessità di immunosoppressione, oggi fortunatamente meno tossica.

*Il messaggio finale di questa breve trattazione vuole essere quello di considerare il trapianto di pancreas isolato quale materia di profonda riflessione, giacché permangono ancora per questo tipo di trapianto dei rischi legati ad una procedura la cui efficacia presenta dei punti oscuri e quindi, è definibile, a tutt'oggi, come una terapia sperimentale del diabete di tipo 1. Inoltre, lo scarso numero di donazioni nel nostro territorio nazionale per anno, rende ancora più obsoleta la possibilità di impiegare su larga scala il trapianto di pancreas isolato nel diabete di tipo 1. Recentemente, al Congresso Europeo di Diabetologia dell'EASD, il Dott. Shapiro dell'Università di Edmonton ha definito il trapianto di pancreas isolato come una procedura destinata solo a pochi fortunati.*



Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

## **IL “CORE BUSINESS” DEI POLICLINICI UNIVERSITARI**

*R. Lagalla*

Direttore del Dipartimento di Scienze Radiologiche,  
Università degli Studi, Palermo

**L'azienda ospitalo-universitaria - costituita da realtà accademiche ed assistenziali interconnesse tra loro ed interfacciate con l'esterno - è un istituto finalizzato a promuovere la ricerca biomedica, a soddisfare il bisogno di formazione in campo sanitario e quello di salute della popolazione. E' perciò orientato al perseguimento di finalità non economiche che pure possono essere utilmente osservate secondo una prospettiva aziendale, in quanto caratterizzate dallo svolgimento di processi economici rilevanti, anche se non dominanti.**



Gli ospedali d'insegnamento sono caratterizzati dalla esigenza , imprescindibile e normativamente tutelata per i docenti universitari, di coniugare:

**DIDATTICA**

**RICERCA**

**ASSISTENZA**

**Il processo di aziendalizzazione degli ospedali di insegnamento intende introdurre, in un regime amministrativo eminentemente pubblico, elementi di natura privatistica orientati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia (didattica, scientifica ed assistenziale) e al controllo della spesa sulla base di azioni di natura manageriale.**



**INDICATORI DI QUALITA'**

Il modello organizzativo, basato sulla qualità e sul rilevamento di indicatori del livello di assistenza e della ricerca, deve essere ispirato alla massima flessibilità operativa al fine di contemperare "l'anarchia intellettuale", propria della ricerca, e l'esigenza di pianificazione dell'organizzazione sanitaria e di controllo dei flussi di spesa.

~~U.S. OO.~~

D. A. I.

~~Autoreferenzialità~~

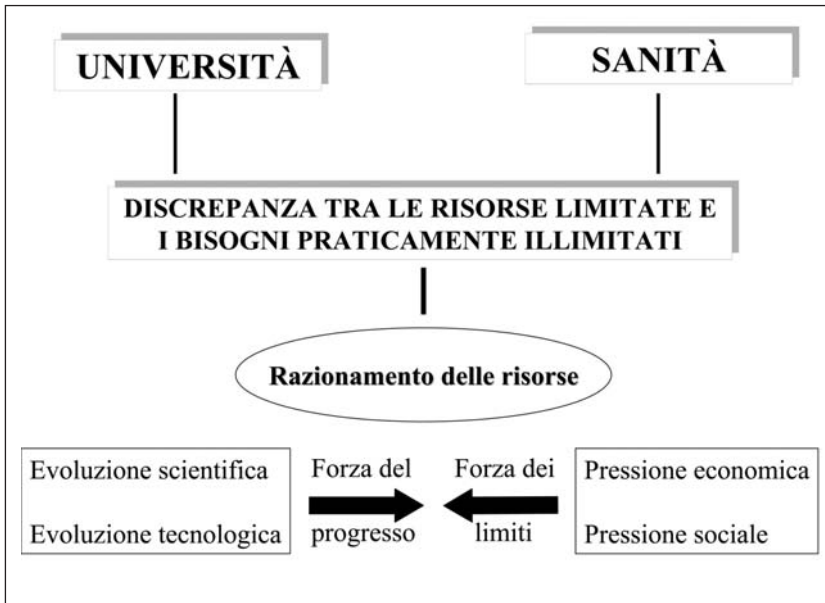
LABORATORI

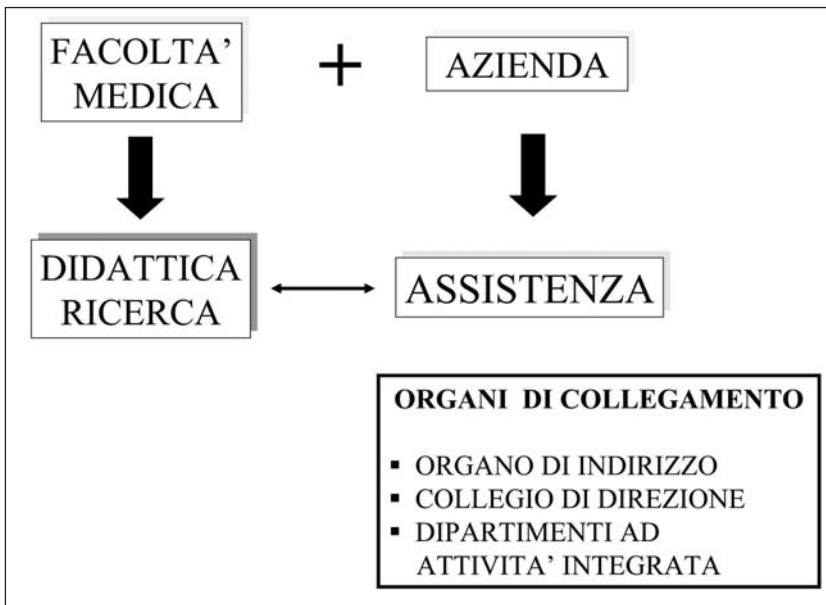
**INDICATORI**

- Peso DRG
- Appropriatelyzza delle prestazioni
- Collocazione delle pubblicazioni
- Impact factor
- Capacità di autofinanziamento
- Collaborazioni industriali
- Inviti nazionali ed internazionali
- Valutazione dei discenti
- .....

La complessità del modello organizzativo di un ospedale di insegnamento ha ricadute dirette anche sulle funzioni dei docenti universitari per i quali, a seguito del D. Lgs 517/99, è, di fatto, sancita l'insussistenza del pregresso rapporto diretto tra posizione accademica (P.O. , P.A. , RIC.) e ruolo assistenziale, con particolare riferimento alla direzione di unità operative.

Viene, piuttosto, introdotto il concetto di gestione di programmi a carattere intra/inter-dipartimentale per potere assolvere alle congiunte funzioni di didattica, ricerca e assistenza.







Per dare vita a progetti di innovazione - orientati al raggiungimento delle finalità istituzionali - gli ospedali di insegnamento devono essere capaci di:

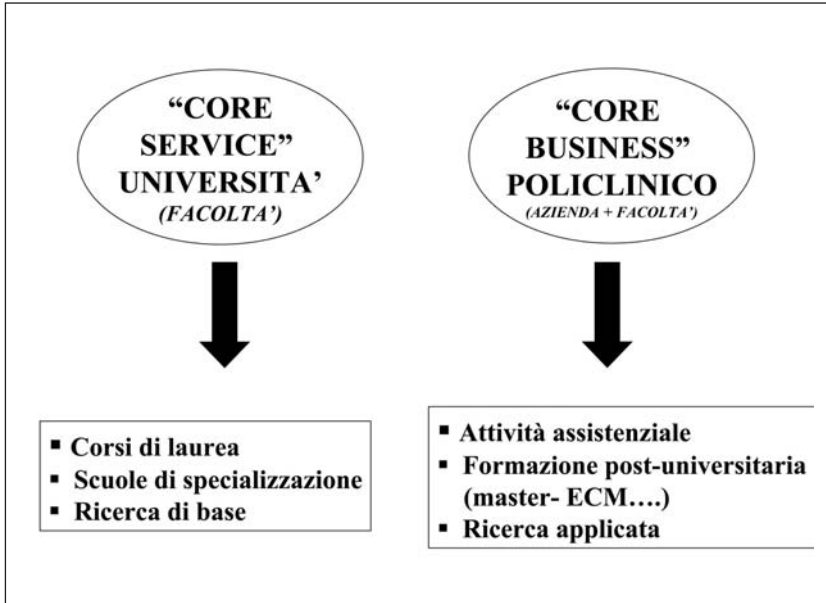
- **caratterizzare l'attività assistenziale verso il modello dell'eccellenza clinica e della differenziazione specialistica, privilegiando specifici ambiti disciplinari;**
- **investire in innovazione tecnologica soprattutto negli ambiti disciplinari caratterizzanti la prevalente "mission" aziendale;**
- **potenziare la ricerca applicata mediante organici rapporti collaborativi con l'industria di settore;**
- **coinvolgere soggetti privati in iniziative di "project financing" e di assistenza avanzata, anche a carattere sperimentale**
- **rimodulare il modello organizzativo in coerenza con gli obiettivi di costo/efficacia dell'assistenza e della ricerca applicata.**
- **integrare la formazione e la ricerca universitaria nella rete ospedaliera regionale.**

**"IL CORE"**



**" CORE SERVICE "**: ciò che non è delegabile e costituisce il fondamento istituzionale di un ente.

**" CORE BUSINESS "**: ciò che può essere oggetto di transazione economicamente vantaggiosa.



### **LA SOLUZIONE “FONDAZIONI”**

Prevede l'ipotesi di trasformare le aziende ospedale-universitarie in fondazioni gestite da consigli di amministrazione in cui siano rappresentati la Regione, l'Università (Facoltà Medica) ed eventuali soci (pubblici o privati) che concorrono al raggiungimento degli scopi istituzionali:

- pareggio di bilancio
- organizzazione sanitaria
- sviluppo della ricerca
- collaborazione con imprese private
- convenzioni sanitarie e di ricerca con centri esterni accreditati (poli di eccellenza)

La corresponsabilizzazione dei soggetti interessati al funzionamento dei Policlinici Universitari consentirebbe di orientare il modello operativo alla equilibrata integrazione delle funzioni di didattica, ricerca e assistenza.

### **IL “ Challenge ”**

**dei Policlinici universitari per il III millennio:**

**Gestire un complesso dinamico di energie, risorse e disponibilità, plasmando nuovi comportamenti e rinnovate sensibilità.**

## SORVEGLIANZA SANITARIA

*G. La Paglia*

Professore associato di Igiene Industriale, Università degli Studi, Palermo

La sorveglianza sanitaria è la metodologia clinica prevista (anche dalla normativa di legge) come indispensabile per la prevenzione delle malattie che si possono contrarre negli ambienti di lavoro per cause inerenti l'utilizzo di sostanze o attrezzature pericolose e che costituiscono *fattore di rischio* specifici per le malattie professionali.

Innanzitutto è necessario differenziare il pericolo dal rischio:

- *pericolo* è una proprietà insita in una macchina o attrezzatura (ad es. qualsiasi attrezzatura potenzialmente è pericolosa perché viene azionata dalla corrente elettrica);
- *rischio* quando la possibilità di venire a contatto con il pericolo diventa apprezzabile (es. fili scoperti, interruttori non regolamentari, etc.).

La necessità della sorveglianza sanitaria è dipesa dal notevole numero di infortuni sul lavoro e malattie professionali che ogni anno colpiscono i lavoratori in Italia. Negli ultimi anni sono stati denunciati all'INAIL circa 900.000 infortuni l'anno e 40.000 malattie professionali. Ciò comporta un notevole danno sia per la salute dei lavoratori stessi che per l'economia della Nazione.

**Infortunio sul lavoro:** evento morboso avvenuto per causa violenta; in occasione di lavoro deriva la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

**Malattia professionale:** evento morboso avvenuto in seguito alla continua esposizione a rischi lavorativi insufficienti di per sé a causare malattie acute, ma che hanno necessità di agire per lungo periodo prima dei manifestarsi della malattia.

La **sorveglianza sanitaria** si effettua per le lavorazioni che espongono a rischi particolari, in due momenti fondamentali per una corretta prevenzione (che viene indicata anche come *prevenzione secondaria*):

- *Prevenzione primaria:* eliminazione o riduzione al massimo possibile dei fattori di rischio: prevenzione tecnico-ambientale e individuale, igiene ambientale e personale.
- *Prevenzione secondaria:* individuazione degli effetti subclinici presintomatici = sorveglianza sanitaria con visite mediche preventive e monitoraggio biologico.
- *Prevenzione terziaria:* terapia e riabilitazione delle malattie professionali.

- *In fase di preassunzione*, cioè prima di adibire un soggetto ad attività che potrebbero compromettere uno stato di salute non completo; la visita preassuntiva serve a far sì che ciascun lavoratore venga adibito a lavorazioni confacenti con la propria salute e che quindi non venga addetto a lavorazioni che possano essere lesive per organi ed apparati già menomati per cause preesistenti all'assunzione al lavoro (menomazioni congenite, malattie, esiti di infortuni). Ad esempio, un soggetto che è affetto da malattie dell'apparato respiratorio non può essere impiegato in lavorazioni che comportino l'esposizione a rischi per l'apparato respiratorio, come fumi, polveri, gas irritanti; così, soggetti affetti da malattie epatiche (epatiti, cirrosi) non possono essere immessi in lavorazioni che espongono al contatto con sostanze epatolesive (solventi, idrocarburi, etc.).

- *In continuità di lavoro (visite periodiche):* la sorveglianza sanitaria serve per controllare che i lavoratori non presentino segni, di solito iniziali, di danno derivante dall'ambiente o dalle sostanze o dalle attrezzature utilizzate. Tali visite vengono effettuate a tempi prefissati in relazione all'attività svolta.

- *All'atto della cessazione del rapporto* (solo per i lavoratori esposti a sostanze chimiche o cancerogene): il D.Lgs 25/02 prevede l'effett-

tuazione da parte del medico competente di una visita al termine dell'attività lavorativa, nel corso della quale *il medico deve fornire al lavoratore le eventuali indicazioni relative alle prescrizioni mediche da osservare.*

Come già accennato la sorveglianza sanitaria si effettua quando il lavoratore è esposto a particolari rischi e non a tutti indistintamente gli eventuali rischi presenti: la normativa vigente impone la sorveglianza per le attività considerate a rischio e riportate in apposite leggi (DPR 303/56, DPR 1124/65, D. Lgs. 277/91, D. Lgs 626/94). La gran parte delle lavorazioni in cui è obbligatoria la sorveglianza sanitaria sono riportate nelle tabelle allegate al DPR 303 (v. all. n. 1); quelle che espongono all'inalazione di biossido di silicio nel DPR 1124/65; il D. Lgs. 277/91 regola il controllo sanitario dei lavoratori esposti a piombo, rumore ed asbesto; il D. Lgs. 626 introduce il controllo per gli addetti a VDT per i lavoratori esposti ad agenti biologici, per quelli che esplicano attività comportanti la movimentazione di carichi.

Per quanto riguarda le attività elencate nel DPR 303/56 è da rilevare come il recente D. Lgs. n. 25 del 2.2.2002 ha introdotto modifiche sostanziali per quanto riguarda sia la periodicità delle visite che l'obbligatorietà delle stesse. Da un lato ha abolito l'obbligatorietà delle visite trimestrali e semestrali (prevedendo che la sorveglianza sanitaria venga effettuata "*di norma*" con periodicità annuale o diversa se stabilita dal medico competente con adeguata motivazione; essa deve essere riportata nel documento di valutazione dei rischi e resa nota ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. È abolito così l'obbligo temporale per le lavorazioni comprese nel DPR 303/56 alle voci da 1 a 44 e 47; per la voce 45: esposizione a radiazioni ionizzanti; e 46: esposizione a ultravioletti e infrarossi permane l'obbligo indicato nel DPR 303/56).

Il D. Lgs. ha introdotto il concetto di "*rischio moderato*" nell'esposizione a sostanze chimiche: se viene riconosciuta l'esistenza di un rischio moderato non sussiste più la necessità della sorveglianza sanitaria. A questo proposito è necessario ricordare come il D. Lgs 25/2002 ha delegato ad un decreto dei Ministri del Lavoro e delle Politiche Sociali e della Salute il compito di stabilire i parametri per l'individuazione del "*rischio moderato*" entro 45 giorni dalla promulgazione della legge. In mancanza, la valutazione del "*rischio moderato*" è effettuata dal datore di lavoro.

La sorveglianza sanitaria si effettua mediante la visita medica e accertamenti sanitari (esami ematologici, ecg, es. spirometrico, Rx, etc.): solo così si potrà valutare l'idoneità di ciascun lavoratore a svolgere la specifica attività, oltre che ad individuare i segni patologici rivelatori di malattia professionale. Tra gli accertamenti sanitari che il medico (detto *competente*) può far praticare sono di particolare importanza gli *Indicatori biologici di esposizione*: si tratta degli unici esami che indicano in maniera più aderente alla realtà l'effettiva esposizione dei soggetti a particolari agenti tossici; tali indicatori vengono denominati indicatori di dose e di effetto.

- *Indicatori di dose*: quantità di sostanza estranea presente nei liquidi biologici (sangue, urine, aria espirata, capelli) o di prodotti del metabolismo.
- *Indicatori di effetto*: effetti biologici subclinici prodotti dall'esposizione a particolari sostanze.

Da rimarcare come gli oneri della sorveglianza sanitaria (compresi gli accertamenti che il medico reputa indispensabili far effettuare) sono a carico del Datore di Lavoro e di conseguenza non possono essere effettuati tramite il S.S.N.

L'esito della visita medica e degli eventuali esami praticati, nonché il giudizio di idoneità lavorativa espresso dal medico competente vengono trascritti in una *Cartella sanitaria personale e di rischio*, così come prescritto dal D. Lgs. 626/94, che deve essere conservata a cura del datore di lavoro con l'obbligo della segretezza: nessuno (neanche il datore di lavoro) può prendere visione di documenti sanitari ad eccezione dei medici degli Organi di Vigilanza. Copia degli accertamenti sanitari può essere consegnata al lavoratore che ne fa richiesta.

Al termine del rapporto di lavoro il datore di lavoro ha l'obbligo di consegnare al lavoratore copia di tutta la documentazione sanitaria in suo possesso al momento della risoluzione del lavoro o quando il lavoratore ne fa espressa richiesta. Per i soggetti esposti a rischi chimici o biologici il datore di lavoro, al termine del rapporto, invia all'*ISPESL* la cartella sanitaria e di rischio. Identico comportamento deve attuare nei confronti dei soggetti esposti ad agenti cancerogeni e mutageni.



Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

La sorveglianza sanitaria si conclude con un *giudizio di idoneità lavorativa specifica*.

Il lavoratore può essere giudicato *idoneo, idoneo con prescrizioni, non idoneo alla mansione specifica*.

- *Giudizio di idoneità*: Nel primo caso il medico ha riconosciuto l'idoneità alle mansioni specifiche e indirettamente ha affermato l'assenza di malattie, o di stati iniziali di interessamenti funzionali di organi ed apparati indotte dai rischi lavoratori cui il soggetto è esposto. Il conseguimento del giudizio di idoneità è vincolante sia per il lavoratore che per il datore di lavoro: il primo perché lo può impiegare nella lavorazione per cui lo ha assunto, il secondo perché ha così la possibilità di continuare la sua attività.

Il datore di lavoro che volesse destinare ad altre mansioni il suo dipendente dovrà richiedere al medico di sottoporre nuovamente l'interessato a controllo clinico per l'eventuale assunzione di altre mansioni.

- *Giudizio di idoneità con prescrizioni* indica l'esistenza di una idoneità lavorativa non completa che comporta l'obbligo di adottare particolari norme di protezione personale (utilizzo di specifici mezzi di protezione individuale) o limitazioni di tempo o di particolari fasi delle mansioni.
- *Giudizio di non idoneità* implica l'impossibilità dell'impiego del dipendente nell'attività per la quale era stato sino a quel momento impiegato. Anche per il datore di lavoro tale giudizio è vincolante e non può (pena pesanti contravvenzioni) continuare ad adibire il dipendente a quel tipo di attività per la quale è stato formulato il giudizio negativo. Dovrà individuare altre possibilità lavorative nell'ambito della propria azienda o, in caso di assoluta impossibilità, potrà procedere al licenziamento.

Avverso il giudizio di non idoneità espresso dal medico competente il lavoratore può ricorrere richiedendo un giudizio da parte di una Commissione sanitaria della AUSL di pertinenza che a sua volta potrà confermare o modificare il giudizio espresso dal medico dell'azienda.



In taluni casi, ove il rischio possa ritenersi irrilevante (esiguità di impiego dell'agente nocivo, lavorazioni occasionali), la USL può esonerare del tutto il datore di lavoro dall'obbligo anzidetto (art. 35, D.P.R. n. 303/1956).

Le strutture delle AUSL preposte alla vigilanza nei luoghi di lavoro (Servizio di Medicina dei Lavoro) possono prescrivere l'esecuzione di esami integrativi al fine di accertare lo stato di salute dei lavoratori; è opportuno comunque che il medico competente, pur in assenza di prescrizioni o disposizioni di legge vincolanti, faccia effettuare le indagini di laboratorio e/o strumentali più idonee, attenendosi alle indicazioni della letteratura medica o alle tabelle elaborate da Istituti e Società Scientifiche particolarmente qualificate (ISPESL, INAIL, ecc.).

### *1. Requisiti professionali del medico competente*

La figura del "medico competente" era già prevista dal decreto legislativo 277/91. Il decreto legislativo n. 626/1994, così come modificato dall'art. 2, primo comma dei D. Lgs. n. 242/1996 precisa che possono essere nominati *medico competente* coloro che siano in possesso di:

- 1) Specializzazione in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica o in Tossicologia industriale o in Igiene industriale o in Fisiologia ed Igiene del Lavoro o in Clinica del Lavoro o altre Specializzazioni individuate, ove necessario, con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica;
- 2) Docenza o Libera Docenza in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica o in Tossicologia industriale o in Igiene Industriale o in Fisiologia ed Igiene del Lavoro;
- 3) autorizzazione di cui all'art. 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277. Nella prima attuazione di detto decreto le Regioni potevano iscrivere nell'albo dei medici competenti coloro che pur non essendo specialisti in Medicina dei Lavoro o avere altri titoli equipollenti, avessero già svolto attività di medico di azienda per un numero congruo di anni;
- 4) Medici specialisti in Igiene o in Medicina Legale.

## 2. *Obblighi del medico competente*

L'art. 16 del D. Lgs. n. 626/1994 stabilisce che la sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente e comprende, come già accennato:

a) accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica;

b) accertamenti periodici per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Gli accertamenti di cui sopra comprendono esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio e ritenuti necessari dal medico competente (art. 16, terzo comma, D. Lgs. n. 626/1994).

Il medico competente svolge la propria opera o in qualità di libero professionista o di dipendente del datore di lavoro o di dipendente da una struttura esterna pubblica o privata convenzionata con l'imprenditore per lo svolgimento dei compiti di cui al presente capo (art. 17, quinto comma, D. Lgs. n. 626/1994).

Egli può avvalersi, per motivate ragioni, della collaborazione di medici specialisti scelti di datore di lavoro che, in questo caso, ne sopporta gli oneri (art. 17, secondo comma).

Il medico competente dipendente da una struttura pubblica non può esercitare la professione qualora espliciti attività di sorveglianza sanitaria.

Il medico competente inoltre esprime i giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro.

La figura del medico competente si aggiunge, senza sostituirla, a quella del "medico autorizzato" di cui al D. Lgs. n. 230/1995 operante nel campo della radioprotezione medica. In effetti il medico competente può svolgere, in tale ambito, le funzioni di medico addetto alla sorveglianza medica nei confronti dei soli lavoratori esposti di Categoria B (art. 83, comma 2, D. Lgs. n. 230/1995).

Egli effettua gli accertamenti periodici per controllare lo stato di idoneità alla mansione specifica (combinato disposto artt. 17, lett. c) e 16, lett. b), D. Lgs. n. 626/1994).

All'esito di tali accertamenti esprime i giudizi sull'idoneità del lavoratore alla mansione specifica. Qualora il medico competente, a seguito degli accertamenti di cui sopra, esprima un giudizio di inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore, ne informa per iscritto il datore di lavoro e il lavoratore.

Avverso tale giudizio è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente; questi dispone dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Tale decisione è vincolante sia per il medico competente che per il datore di lavoro.

Il D. Lgs. 626/94 modifica il quadro normativo degli accertamenti sanitari che, ai sensi dell'art. 5, terzo comma, della legge n. 300 del 1970, prevedeva la facoltà del "datore di lavoro di fare controllare l'inidoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico".

Di contro, la disciplina del "medico competente" non pare avere modificato il regime per il controllo di competenza della Commissione medica provinciale per la compatibilità tra lo stato di salute dell'invalide assunto obbligatoriamente e le mansioni affidategli, e la salvaguardia della sicurezza degli impianti e delle persone (art. 20 della legge n. 482 del 1968).

### *3. Ambito della sorveglianza sanitaria affidata al medico competente*

È ancora in discussione la questione se la sorveglianza sanitaria affidata al medico competente riguardi i soli accertamenti sanitari previsti dalle norme sulla sicurezza e salute dei lavoratori (Cfr. Ali. I dei D.Lgs. n. 758 del 1994) ovvero anche gli accertamenti sanitari previsti dalle norme sul rapporto di lavoro (es. gli accertamenti per l'inidoneità fisica diversa da quella derivante dai rischi professionali e i controlli sugli invalidi assunti obbligatoriamente al lavoro ai sensi della legge n. 482 del 2 aprile 1968).

Al riguardo la Corte Costituzionale con sentenza n. 354 del 21 novembre 1997 ha dichiarato infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 16 del D. Lgs. n. 626 del 1994 sollevata in riferimento agli art. 35 e 38 della Costituzione nella parte in cui preve-

de che il "medico di fabbrica" debba svolgere accertamenti preventivi anche sui lavoratori invalidi avviati obbligatoriamente al lavoro. Secondo l'Alta Corte le leggi in esame sono tra loro compatibili in quanto da un lato hanno diversi ambiti soggettivi e oggettivi e dall'altro lato operano in tempi successivi, nel senso che dopo l'eventuale valutazione di inidoneità da parte del medico competente per la sorveglianza sanitaria, l'invalido può con ricorso domandare l'accertamento sanitario al Collegio medico ai sensi dell'art. 20 della legge n. 482 del 1968 in considerazione del carattere speciale di tale normativa.

#### 4. *Obblighi generali* di collaborazione

Il medico competente deve (art. 17, D. Lgs. n. 626):

- collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori sulla base della specifica competenza dell'organizzazione dell'azienda ovvero dell'unità produttiva e delle connesse situazioni di rischio;
- comunicare, in occasione delle riunioni di prevenzione e protezione dei rischi di cui all'art. 11 del D. Lgs. n. 626 del 1994 ai rappresentanti per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi degli accertamenti clinici e strumentali effettuati, e fornire altresì indicazioni sul significato di detti risultati;
- congiuntamente al responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi, visitare gli ambienti di lavoro almeno due volte all'anno (salvo casi particolari); partecipare alla programmazione dei controlli dell'esposizione dei lavoratori. I risultati clinici devono essere forniti con tempestività ai fini delle valutazioni e dei pareri di competenza;
- collaborare con il datore di lavoro alla predisposizione dei servizi di pronto soccorso;
- collaborare all'attività di formazione ed informazione del personale;

### *5. Sanzioni per inosservanza del D. Lgs. n. 626/1994*

Il datore di lavoro che non nomina il medico competente è punito con l'arresto da due a quattro mesi o con l'ammenda da lire 1 milione a lire 5 milioni (art. 89 comma 2, lett. b), D.Lgs. n. 626/1994).

Il datore di lavoro, il dirigente e il preposto che non richiedono al medico competente l'osservanza del D. Lgs. n. 626/1994 o che non lo informano sui processi ed i rischi connessi all'attività produttiva sono puniti:

- quanto al datore di lavoro ed al dirigente, con l'arresto da due a quattro mesi o con l'ammenda da lire 1 milione a lire 5 milioni (art. 89, comma 2, lett. b), D.Lgs. n. 626);
- quanto al preposto, con l'arresto fino ad un mese o con l'ammenda da lire 300.000 a lire 1 milione (art. 90, lett. b), D. Lgs. n. 626).

Il medico competente che non osserva il D. Lgs. n. 626/1994 è punito, secondo la disposizione violata, con l'ammenda da lire 1 milione a lire 6 milioni o con l'arresto fino a due mesi, o con l'ammenda da lire 500.000 a lire 3 milioni, o con l'arresto fino ad un mese (art. 92, D. Lgs. n. 626).

## **SALUTE: ASPETTI ETICI E PASTORALI**

*S. Leone*

Direttore Istituto Siciliana di Bioetica, Palermo

### **1. Il presupposto antropologico della riflessione etica**

#### ***1.1. La comprensione della salute***

All'interrogativo, solo in apparenza banale, su cosa sia la salute, non è possibile dare una risposta univoca. Non solo perché vi sono varie definizioni di salute ma anche perché vari sono *i criteri interpretativi* che della salute possono darsi.

##### ***1.1.1. Criterio nosologico***

È quello più immediato e, al tempo stesso meno problematico. Si riferisce essenzialmente all'ambito della patologia, per cui la salute coincide con l'assenza di malattia. In fondo è la modalità più comune di percepire il problema, quella con cui la maggior parte di persone definirebbe di primo acchito il termine "salute". Il limite principale di tale accezione, come vedremo meglio in seguito, è la sua definizione "al negativo". Infatti più che dirci cosa sia la salute ci dice cosa non è. Si riferisce a un'assenza più che ad una presenza. Non solo ma in un certo senso appare riduttiva della globale ricchezza che il concetto di salute racchiude in quanto la presenza di una qualsiasi anomalia o lesione fa sì che la persona non possa ritenersi oggettivamente in piena salute.

### 1.1.2. Criterio statistico

Ha una pretesa di maggiore scientificità in quanto si basa sul criterio oggettivo inerente la distribuzione dei fenomeni “normali”. Com'è noto questa è espressa matematicamente dalla curva a campana di Gauss. La maggior parte di osservazioni si distribuisce nella fasce medie della curva (i cosiddetti fenomeni “normali”) mentre una piccola parte si pone agli estremi di destra e di sinistra (i fenomeni “anomali”). Questa interpretazione, al di là dell'arido ragionamento matematico offre spunti interessanti di riflessione in quanto considera la salute come condizione normale dell'individuo e la malattia come anomalia. Una visione che potremmo definire “edenica”. Tuttavia anche questa non soddisfa pienamente in quanto implicitamente fa di ogni malato un “diverso”.

### 1.1.3. Criterio vitalistico

È piuttosto approssimativo e del tutto empirico. Non entra nel merito di patologie assenti o di calcoli statistici ma si limita a valutare l'“aspetto salutare” della persona. Questo coincide con alcuni parametri consolidati dalla tradizione e dal luogo comune quali un buon appetito, un aspetto florido, una certa resistenza alle patologie infettive, forza fisica, buona capacità di lavoro, prolificità. Proprio tale concezione della salute fa da substrato semantico ad espressioni come “scoppiare di salute” o “sana e *robusta* costituzione”. Certamente l'empirismo di questa intuizione ha un suo valore che non va sottovalutato ma che tuttavia non può ritenersi esaustivo della globale comprensione del concetto di salute.

### 1.1.4. Criterio percettivo

Pur essendo anch'esso fondato su una evidenza di tipo empirico ha forse una sua più forte connotazione in quanto evidenzia una realtà difficilmente discutibile o contestabile. Ben espressa dalla dizione “*sentirsi bene*”, pone infatti l'accento sulla sensazione soggettiva dello star bene. Nonostante il suo evidente relativismo e la sua scarsa oggettività è quella che più si presta a una interpretazione “olistica” della salute. Come diceva un vecchio professore a chi chiedeva come stesse: “cammino a stento, non dormo la notte, ho mal di schiena e sono pieno di dolori, *però sto bene*”. Sul versante opposto si colloca

l'ipocondriaco o chi in ogni caso sopravvaluta o presta attenzione a ogni piccolo malanno crogialondosi nell'elencare le sue malattie.

### *1.1.5. Criterio socioculturale*

Evidenziato da Laín Entralgo fa riferimento alle varianti spazio-temporali a cui la concezione della salute è soggetta. Basti pensare ad alcune deformità o anomalie genetiche ritenute in alcuni popoli presenza divina o ai canoni estetico-alimentari così mutevoli da una cultura all'altra (dalle cellulitiche statue greche d'un tempo ai corpi anorettici delle top model d'oggi). L'importanza di tale criterio è dovuta al fatto che evidenzia come nella definizione di salute non si possa far ricorso *solo* a criteri oggettivi o soggettivi ma come questi vadano filtrati attraverso alcune precomprensioni di ordine culturale.

## **1.2. Verso una definizione univoca**

Da quanto detto si evince come forse sia azzardato voler dare una definizione univoca di salute. Eppure il bisogno di sintesi non solo è ineludibile ma anche funzionale a una accezione di salute che possa essere oggetto specifico di un sapere e di una riflessione etica. La risposta più ovvia potrebbe esser quella di operare un bilancio e al tempo stesso un'integrazione dei criteri sopra enunciati. In tale prospettiva la salute avrebbe alcune componenti oggettive, altre soggettive e altre culturali tra loro embricate e interagenti. Potremmo dire allora che la salute consiste nell'assenza di malattie rilevanti o comunque percepite come tali che inducono uno stato di benessere nel soggetto anche in rapporto a ciò che il contesto socio-culturale in cui è inserito ritiene auspicabile condizione esistenziale. Naturalmente non si tratta dell'ennesima definizione di salute ma solo di un tentativo di sintesi di quanto sopra detto. D'altra parte ogni definizione non ha mai carattere assoluto ma è in qualche modo provvisoria e funzionale al discorso che su di essa si vuol costruire.

Questo vale anche per quella dell'OMS che, tuttavia, data la sua attuale diffusione e utilizzazione merita qualche parola di commento sopra tutto sotto il profilo etico. Com'è noto la salute viene definita "stato di pieno benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia". Vi è certamente da apprezzare, in questa definizione, il superamento dell'ottica negativa e riduzionista che vede nella salute l'"assenza di una male" più che la "presenza di un bene". Tuttavia è presente una



certa concezione massimalista e forse anche individualista. Dove sono le esigenze degli altri che potrebbero limitare una concezione così totalizzante del “pieno benessere”? Indubbiamente se questa definizione vuole identificare l’orizzonte valoriale a cui guardare non si vede, ad esempio, come possa essere compatibile con una condizione come quella di una gravidanza indesiderata che attenta al “pieno benessere” e che tuttavia non può’ essere eliminata ritenendo di aver così conseguito il valore-salute. Non si può’ raggiungere il “ben-essere” senza, al tempo stesso, “essere-per-il-bene”. Inoltre qualcuno accusa la definizione di una certa “staticità”. La salute appare quasi come un obiettivo ultimo da raggiungere e mantenere nello *statu quo* senza alcuna plasticità esistenziale.

Probabilmente alla base di queste osservazioni sta una comprensione troppo rigida e angusta della definizione stessa che, pur tra tante giustificate critiche, mantiene in fondo una sua relativa accettabilità. Credo che nella sua ermeneutica la salute non debba essere vista come somma algebrica di componenti fisiche, psichiche e sociali ma come un loro globale bilancio. Così ad esempio un portatore di handicap potrà’ esser felice, avere ricchezze affettive e risorse spirituali, in una parola piena salute psichica e relazionale pur non avendo una piena funzionalità fisica.

## **2. Il dovere di curarsi fra tradizione e innovazione**

### **2.1. Il dovere di curarsi**

Trattare degli aspetti etici relativi alla salute comporta l’affrontare non solo gli ambiti descrittivi del fenomeno ma anche quelli normativi. Quindi nel nostro caso rispondere alla domanda: esiste un dovere di curarsi? In che modo deve essere attuato? Con quali limiti? Come si concilia tutto questo, in un’ottica cristiana, con una certa ascesi volta se non al disprezzo quantomeno alla noncuranza corporea?

Il punto di partenza di tale riflessione si basa essenzialmente sulla comprensione della salute come *valore* o, per essere più precisi, come valore pre-morale nella cui realizzazione si concretizza lo specifico valore morale che è l’attuazione del bene da parte della persona. In quanto valore, la salute, è soggetta al discorso argomentativo inerente l’etica dei valori e, in modo particolare a due caratteristiche che il valore possiede, cioè la sua polarità e il suo ordinamento gerarchico. Quanto alla prima ogni valore riconosce un disvalore di segno

opposto, il più delle volte riconosciuto come tale ma in ogni caso ontologicamente sussistente come realtà negativa la cui attuazione realizza un male. In tal senso la riflessione etica "si schiera dalla parte della salute" se così possiamo esprimerci e già così dà un positivo giudizio in ordine a tutto ciò che la mantiene, la ripristina o la potenzia.

Per ciò che riguarda l'ordinamento gerarchico ancor prima di una rigorosa argomentazione etica, già il senso comune ne percepisce l'elevata e prioritaria collocazione. Basti pensare ad espressioni del tipo: "quando c'è la salute c'è tutto" o "basta che ci sia la salute". Se vogliamo compiere, però, una più attenta ricognizione sull'ordinamento gerarchico della salute notiamo come anche questa al pari degli altri valori si strutturi non solo in base alla sua essenza ontologica (per cui è certamente secondaria rispetto al bene "vita" ma prioritaria nei confronti dei valori economici) ma anche in ordine all'urgenza e alle possibilità.

Quanto alla conciliazione con alcune ottiche deformanti e doloristiche di un passato ancora recente l'evoluzione del pensiero teologico dovrebbe avere ormai superato tali perplessità. Rimane tuttavia, sul piano etico, una possibile conflittualità tra il dovere di curarsi e quello di sopportare con fermezza e senza pavidità piccoli o grandi malanni che possono diminuire lo stato di benessere psicofisico. Cosa fare, dunque? Fino a quando "lottare" per una migliore salute? Quando la costante ricerca di un pieno benessere è effettiva cura della propria salute e quando invece non sfocia in un sia pur larvato edonismo? Proprio per le caratteristiche valoriali sopra esposte e per il loro porsi all'interno dell'orizzonte esistenziale della persona non possono darsi a tal riguardo ricette precostituite o rigorosi canoni normativi. Il criterio ultimo dovrà essere sempre quello del maggior bene per la persona. La coscienza del soggetto dovrà quindi agire confrontando i valori in gioco con la sua specifica condizione esistenziale e così attuare la scelta che meglio realizzi il suo bene integrale.

Viene però da chiedersi a questo punto quale spazio etico possa avere l'astensione dal porre in atto provvedimenti che incidano positivamente sul proprio stato di salute. Cioè fermo restando il ruolo dirimente della coscienza, possono darsi situazioni in cui questa legittimamente decida di non tutelare, di non ripristinare o di non migliorare la propria salute? A tal riguardo credo sia indispensabile rifarsi alla teoria generale degli atti etici per cui questi possono essere leciti, doverosi o supererogatori. Allora quanto detto sopra a proposito di provvedimenti che incidono positivamente sulla propria salute ma

non sono assolutamente indispensabili o, nella particolare condizione esistenziale del soggetto non sono esigiti in modo assoluto rientra tra gli atti semplicemente *leciti*. Se, invece le contingenze proprie allo stato di vita (capo e/o sostegno della propria famiglia, responsabile della vita di altre persone, ecc.) rendono necessario non solo per sè ma anche per gli altri che il soggetto abbia una buona salute, ciò fa sì che il suo mantenimento costituisca un vero e proprio *dovere*. Tuttavia questo non deve giungere al punto da porre in atto ogni tipo di mezzo anche il più costoso o il più sofisticato o il più difficile da reperire o il più rischioso o il più ripugnante. Ognuno, infatti, è tenuto solo all'impiego di mezzi ordinari (o come si preferisce dire oggi *proporzionati*) per conservare la propria salute. Infine potrebbero darsi anche dei casi in cui, vincendo in modo quasi eroico un grande sacrificio o un notevole disagio, il soggetto cerchi di mantenere la propria salute per il bene altrui. Anzichè se il mezzo può apparire sproporzionato l'atto potrebbe rientrare così tra quelli *supererogatori*.

## **2.2. Le vie tradizionali della salute**

Vi è una classica tripartizione inerente le vie attraverso le quali è possibile mantenersi in salute: prevenzione, cura e riabilitazione. Ognuna di esse offre interessanti spunti di riflessione etica.

### **2.2.1. Prevenzione**

Dice un ben noto slogan che “prevenire è meglio che curare”. Dietro questa affermazione si nascondono elementi di ovvio buonsenso (quali ad esempio la considerazione che è di gran lunga preferibile non sperimentare del tutto la sofferenza piuttosto che doverla superare) e considerazioni di più sofisticata politica sanitaria. Basti pensare, ad esempio alla minima spesa che comporta una campagna informativa contro il fumo rispetto al carico terapeutico e assistenziale per la cura delle neoplasie polmonari. Ma il risvolto etico della prevenzione ha una portata anche maggiore. Se da un lato, infatti, molte delle misure preventive si basano sull'eradicazione degli agenti etiologici di malattia (come nel caso dei vaccini o delle disinfestazioni) molte altre possono attuarsi solo modificando alcuni comportamenti, presentando quindi ineludibili risvolti educativi. Pensiamo al ruolo svolto dall'alimentazione ipolipidica nella prevenzione delle malattie cardiovasco-

lari; al ruolo svolto dal fumo nella genesi dell'infarto, delle broncopatie e dei tumori polmonari; alle correlazioni tra carcinoma cervicale e precoce inizio dell'attività sessuale; ai comportamenti a rischio che sono all'origine dell'AIDS. La preferenza accordata alla prevenzione quindi non è solo concettuale o economica ma anche, e in alcuni casi persino prioritariamente, etica. Non si tratta solo di evitare una malattia ma di realizzare un valore.

### 2.2.2. Cura

Ho preferito questo termine all'altro che più spesso viene riportato, cioè "terapia", perché più ampio e più ricco di connotazioni essenziali. Gli autori anglosassoni fanno un'interessante distinzione tra *cure* e *care*. Solo la prima costituisce terapia in senso stretto, cioè capacità di *restitutio ad integrum* dell'organismo malato o quantomeno miglioramento della sua salute. In realtà non tutte le malattie sono "guaribili" ma tutte sono "curabili", anzi per meglio dire è curabile l'uomo che ne è affetto. Il concetto di cura, infatti comporta il prendersi carico globalmente del paziente, di ogni componente del suo malessere sia di quelle fisiche come di quelle psichiche e spirituali. Se esistono, quindi, malati in-guaribili non esistono malati in-curabili. A cavallo, poi, tra terapia e cura si pongono le tante "medicine alternative" che oggi cercano di appagare il bisogno sanitario della popolazione. In questo termine onnicomprensivo e, per sé puramente descrittivo, includiamo le più serie e sperimentate medicine orientali come l'agopuntura, i rimedi erboristici, l'omeopatia e, spesso anche il coacervo di espedienti magico-empirici più o meno ammantati di pretesa scientificità. Tutto questo se da un lato sprona la medicina tradizionale a valutare quelle che possono essere vie alternative di guarigione (anche psicomediate) dall'altro induce a riflettere sul grande bisogno di "cura" che ha l'essere umano e che, forse, il pragmatismo della medicina classica non riesce più ad esaudire. In questa prospettiva, più che esigenza di novità, è richiesta di senso.

### 2.2.3. Riabilitazione

Fino a poco tempo era un po' la cenerentola delle tre vie della salute. Oggi la situazione, se migliorata sul piano della comprensione con-

cettuale e operativa non altrettanto può dirsi per ciò che riguarda l'assetto organizzativo e strutturale. A fronte, infatti, di una grande rete ospedaliera e di una capillare presenza della medicina di base, non altrettanto può dirsi per la medicina riabilitativa. Eppure oggi vi è particolare bisogno di tale attività sanitaria e sempre più se ne avrà in futuro man mano che progredirà la Medicina. Si può dire infatti che la riabilitazione sia strettamente legata al progredire della scienza medica. Quando di ictus si moriva o quando il problema principale di una mastectomia era riuscire a garantire la sopravvivenza non si ponevano certo problemi di riabilitazione. Oggi questa costituisce un necessario complemento della terapia senza di cui questa sarebbe monca. Ma anche qui si innesta una riflessione di ordine etico relativa al senso stesso di tali interventi che non incidono direttamente sulla vita ma sulla sua qualità. La sua percezione valoriale e non solo l'immediato desiderio di voler stare "perfettamente bene" è una chiave di lettura che non va sottovalutata.

### ***2.3. Le nuove vie della salute***

Accanto a queste tre classiche modalità di intendere la salute si aprono oggi nuove vie di comprensione connesse al mutamento di statuto della Medicina. Se, infatti, fino a ieri vi era solo una "medicina dei bisogni" (che si attuava nella suddetta triade di prevenzione-cura-riabilitazione) oggi esiste anche una "medicina dei desideri" la cui incidenza sociale non è meno forte. Inoltre se la medicina di ieri poteva al massimo ripristinare nella sua precedente integrità l'organismo oggi è in grado di perfezionarlo, di alterarlo, di manipolarlo persino nel suo assetto genetico. E poi ancora, come sopra accennato, se fino a ieri l'obiettivo prioritario della medicina era quello di "far vivere" oggi si pone anche quello di "far vivere bene", quindi non solo la quantità ma anche la qualità della vita. Tutto questo crea un nuovo quadro e una nuova comprensione del concetto stesso di salute che, verosimilmente, metterà presto in crisi anche la stessa definizione OMS sopra citata.

#### *2.3.1. Salute e medicina dei desideri*

Il termine "medicina dei desideri", forse non ancora ufficialmente recepito, ma di certo ampiamente divulgato, al di là dell'originalità semantica e concettuale ha in sé una portata profondamente innova-

tiva, per non dire “rivoluzionaria”. Fin dai suoi albori, infatti, l’arte sanitaria è stata interamente dedicata a soddisfare il bisogno di salute dell’uomo configurando, così, una medicina dei bisogni ripartita nella classica triade sopra analizzata. Era una medicina assolutamente adeguata ai concetti di “bisogno” e di “salute” che sottendeva.

D’altra parte i “bisogni” verso cui questa era orientata erano essenzialmente bisogni primari espressi esclusivamente nella lotta alla malattia. Tutto questo adesso non basta più. In un’accezione di salute così integrale non può esser sufficiente non ammalarsi o guarire. Si vuole una “pienezza” in cui siano soddisfatti non solo i bisogni primari ma anche quelli che, per la loro subordinazione, potremmo definire secondari sconfinando impercettibilmente nel dominio del desiderio.

Dimensione comune legittimante una tale medicina è proprio quel ben-essere che essa si propone di realizzare. Il suo raggiungimento diventa tensione verso una sempre migliore qualità della vita dalla quale non è esclusa la componente spirituale. Tale estensione di intenti lungi dal confinare l’uomo al piano di un edonismo immanente si apre alla sfera della trascendenza. Ben-essere e qualità della vita, infatti, non possono non rimandare verso quella pienezza esistenziale e quella assolutezza qualitativa che caratterizzano la vita nella sua dimensione escatologica. Tale positiva valutazione ha, tuttavia, in sé anche il senso del suo limite. La tensione verso il pieno benessere, infatti, non esclude l’incompletezza, la parzialità, l’insufficienza della sua realizzazione, proprio in quanto realtà che si colloca sempre “oltre”. Solo in questa luce una medicina dei desideri non sarà alternativa alla medicina dei bisogni ma si collocherà sulla sua scia nella continuità da attribuire a una salute che dalla semplice assenza di malattia si trasforma in equilibrata ricerca del pieno benessere.

Tra i settori che più specificamente possono rientrare nell’accezione “medicina dei desideri” ricordiamo: la medicina della riproduzione nei suoi due versanti: la regolazione della fertilità e la procreazione assistita, due problemi correlati dal desiderio di realizzare responsabilmente la propria fecondità coniugale; la medicina estetica il cui fondamentale criterio di discernimento etico è costituito dal bello come strumento del bene; la medicina dello sport, da recuperare pienamente alla dimensione della “mens sana in corpore sano”, spesso mortificata dall’agonismo, dall’esasperata competitività, dall’ansia di successo.

Accanto a questi settori, non vanno trascurate, infine, alcune manifestazioni “minori” che sono tuttavia anch’esse espressione di

una medicina che non si dedica più a soddisfare solo il bisogno ma anche il desiderio: il ricorso ai ripetuti esami ecografici in gravidanza, alcune forme di psicoterapia (ipnosi, psicanalisi, training autogeno) in situazioni di per sé non patologiche, l'attenzione alle dimensioni "ecologiche della salute, la stessa anestesia epidurale in travaglio di parto. Non è escluso d'altra parte che anche il futuro possa riservarci consistenti "sorprese". Possono già intravedersi, ad esempio i problemi suscitati dall'ingegneria genetica nelle sue applicazioni di tipo "migliorativo": la progettazione di un individuo più alto o più intelligente o capace di dormire meno. Sarà, questo, un ambito destinato a interpellare fortemente la riflessione bioetica del terzo millennio.

### *2.3.2. Salute e qualità della vita*

Il concetto di qualità della vita compare intorno agli anni '50 e può senz'altro ritenersi frutto del globale miglioramento delle condizioni di vita che, proprio in quegli anni si instaura. Prima di allora, infatti, sono ancora fortemente presenti alcuni fenomeni che non inducono alla riflessione sulla "qualità" di un bene la cui "quantità" è ancora così precaria. Basti pensare alla presenza dei grandi conflitti mondiali; alla diffusione di epidemie come la "spagnola" o l' "asiatica"; alla forte incidenza della malaria e della tubercolosi; alla elevata mortalità infantile; alla Medicina nella sua era "preantibiotica".

Nella seconda metà del secolo il globale miglioramento delle condizioni di vita induce lentamente a una riflessione su un bene divenuto meno precario e, pertanto, godibile in tutte le sue valenze prima inesprese. Gli elementi che determinano tale processo sono molteplici e spesso reciprocamente consequenziali: la risoluzione dei conflitti bellici su scala mondiale e la conseguente cultura pacifista; il risanamento dei conti pubblici che porterà al "miracolo economico" degli anni '60; le nuove possibilità terapeutiche dovute alla scoperta degli antibiotici; il crollo della mortalità infantile; il prolungamento della vita media; il controllo delle epidemie; l'attenzione all'ecologia; la riscoperta della corporeità...

Tutto questo comporta un fondamentale spostamento di orizzonte: non basta vivere ma bisogna vivere bene. La soddisfazione dei bisogni primari che, per le ragioni sopra analizzate, era ancora preponderante agli inizi del secolo si sposta verso la conquista di un sempre maggiore "benessere", cioè verso una migliore qualità della vita.



### 2.3.3. Verso una medicina della piena salute

Per realizzare l'ambizioso traguardo di realizzare, come le definivamo sopra, “nuove vie” della salute non si richiede solo una medicina tecnicamente più efficiente ma umanamente più attenta. E' necessario, cioè, che la Medicina pur nei possibili mutamenti di statuto (dal bisogno al desiderio) recuperi in pieno la sua antica “humanitas”. In effetti la Medicina contemporanea è figlia di un processo evolutivo particolarmente complesso. Nata nel contesto magico dell'antichità con Ippocrate si affranca lentamente dalla sfera del sacro accostandosi umilmente alle scienze della natura. L'attenzione per l'uomo la porta poi a operare in sé quella particolare sintesi che condurrà alla figura del medico “umanista” del Rinascimento. Con l'illuminismo e i suoi sviluppi dei secoli successivi nasce quella impostazione tipicamente positivista di cui la Medicina contemporanea è erede diretta: il corpo viene sezionato alla ricerca delle cause delle malattie, messo interiormente a nudo dai raggi roöntgen, allontanato dall'interposizione tecnologica, manipolato (e oggi persino parzialmente sostituito) dalla chirurgia. Indubbiamente dobbiamo a questa Medicina tecnologicamente avanzata gli attuali successi diagnostico-terapeutici e, quindi, il prolungamento dell'esistenza e il suo miglioramento qualitativo.

Ma tali risultati, oggi, non sono più sufficienti sia per non ridurre l'uomo a semplice ingruggio inceppato o motore gausto che necessiti solo di un medico-meccanico in grado di ripararlo, sia perché questo stesso onnipotente e osannato progresso medico non ha prodotto solo benefici. Tra i danni provocati ricordiamo: le malattie “iatrogene”, le varie forme di “accanimento terapeutico”, la medicalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza, gli effetti disgenetici dell'aborto selettivo, l'inseminazione eterologa, l'abuso di ricorso a tecnologie strumentali. Se una migliore qualità della vita, quindi, è correlata a una diversa qualità della Medicina resta da vedere quale arte sanitaria sia in grado di assolvere a tale compito. Una possibile “nuova” Medicina a servizio di una concezione assolutamente unitaria, integrale e globale di salute dovrebbe essere (Lombardi Vallauri, 1989):

- *educativa*, concependosi come “paideia” cioè globale formazione dell'uomo;
- *massimalista*, puntando all'ottimo, al perfetto, al conseguimento del miglior risultato anche da parte dei meno dotati tendendo alla soddisfazione non solo dei bisogni carenziali ma anche di quelli evolutivi;



- *psicosomatica*, sia puntando al benessere della psiche che servendosi del potenziale energetico della psiche;
- *olistica* in quanto interessata globalmente a tutto l'uomo: alimentazione, igiene, educazione fisica, sport, euritmia di vita, equilibrio di lavoro intellettuale e manuale, eros, tempo libero;
- *ecologica* nel senso che non tratta l'uomo isolatamente ma inserito nel suo contesto ambientale, sociale, interpersonale, estetico;
- *autoterapeutica* (a differenza della più tradizionale medicina "eteroterapeutica") in quanto responsabilizza il paziente a gestire la sua salute;
- *paritaria* ponendo un diverso rapporto tra paziente e medico in cui quest'ultimo non sovrasta paternalisticamente il primo;
- *diacronica* in quanto non si limita a un singolo intervento specialistico ma segue l'uomo "biograficamente" nel corso della sua esistenza;
- *oligo-farmacologica* riducendo al minimo il consumo di farmaci per valorizzare le risorse proprie dell'organismo;
- Non siamo ancora in grado di valutare se una tale Medicina saprà: da un lato rimediare ai danni di cui è stata causa nella sua evoluzione storica, dall'altro proporsi come innovativo determinante di una migliore qualità della vita. In ogni caso si tratta di un cammino irreversibilmente intrapreso e del quale il discernimento etico dovrà essere guida indispensabile.

## Bibliografia

- 1) B.M. ASHLEY, K. D. O' ROURKE, *Health Care Ethics*, The Catholic Health Association of the United States, St Louis 1982;
- 2) L. CICCONE, *Salute e malattia*, Ares, Milano 1986;
- 3) I. ILLICH, *Nemesi Medica, l'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1976;
- 4) M. INGROSSO, F. MOUNTUSCHI, S. SPINSANTI, *Salute e malattia*, Cittadella, Assisi 1996;
- 5) S. LEONE, *Qualità della vita* in: S. LEONE, S. PRIVITERA (a cura di) *Dizionario di Bioetica*, Ed. Dehoniane -ISB, Bologna-Acireale 1994;
- 6) S. LEONE, *Oltre il dolore*, Edioftes, Palermo 1992;
- 7) P. LAIN ENTRALGO, *Antropologia medica*, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo 1988;
- 8) M. LOMBARDI RICCI, *Un'etica della salute e della malattia*, RTN XXII (1990) 85, 63-74;
- 9) L. LOMBARDI VALLAURI, *Terre, Vita e pensiero*, Milano 1989, 269-274;

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

**IL “CONTROLLO DI GESTIONE” NELL’ESPERIENZA  
DELL’A.O.U.P. “P. GIACCONE” DI PALERMO.  
ARGOMENTI MANAGERIALI IN PROSPETTIVA ETICA.**

*R. Malta*

Ricercatore di Storia della Medicina  
Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche,  
Università degli Studi, Palermo

## **1. Introduzione**

L’attività di Programmazione e Controllo di Gestione rappresenta il fulcro delle novità con le quali modernamente si esplica la gestione manageriale delle aziende sanitarie, compresa quella dei Policlinici universitari a gestione diretta.

L’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (A.O.U.P.) “P. Giaccone” con sede in Palermo, costituitasi formalmente nel 1997, ha voluto interpretare l’organizzazione del Controllo di Gestione come momento di incontro e spazio comune tra la parte gestionale e di governo, ed il ruolo della dirigenza medico – sanitaria. Si è ritenuto di costruire una metodologia operativa che privilegiasse la condivisione delle problematiche e del linguaggio, e che servisse altresì a formare sulle tematiche manageriali un corpo sanitario che fino a quel momento era lontano dalle questioni economiche. La *vision* del controllo di gestione era quindi a partire dalla modalità delle attività della dirigenza medico – sanitaria per risalire al consumo delle risorse ed al loro appropriato utilizzo in relazione alla casistica trattata: era necessario pertanto operare un collegamento tra le esigenze dei clinici e quelli del governo dell’Azienda sì da far proprio quanto previsto dal 502/1992 e dal 517/1993.

Dato l'obiettivo, era necessario implementare gli strumenti idonei al suo raggiungimento, scegliendoli tra quelli di agile realizzazione e di facile intelligibilità da entrambe le parti, utilizzando indicatori legati sia alla produzione medica che agli eventi economici.

Dopo una prima fase di avvio della raccolta dati attraverso l'adozione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), nel 1999 la Direzione Generale ha costituito un "gruppo di studio" per l'avvio delle attività di "Programmazione e Controllo di Gestione", per elevarlo nel 2001 ad unità di staff, affidandone la direzione ad un dirigente medico in servizio in Azienda, già formato nelle competenze manageriali secondo la vigente normativa del D. L.vo 502/92 e successive integrazioni e modificazioni: funzione in staff alla Direzione Generale, come previsto dal Piano Sanitario Regionale della Sicilia per gli anni 2000-2002.

L'obiettivo del presente lavoro è di dare testimonianza di questa esperienza, ripercorrendo la metodologia seguita, descrivendo le difficoltà e le situazioni di conflitto, il momento storico e lo scenario di fondo da cui si è partiti per avviare il necessario cambiamento culturale. Punti nevralgici erano l'apertura al riesame della prassi assistenziale quotidiana – cosa prima inesistente –, la revisione critica dell'operato in chiave manageriale non disgiunta dalle implicazioni di carattere etico.

Il richiamo alla storia dell'organizzazione della Sanità Pubblica ci serve a ricordare come il modello attorno al quale è stata concepita la struttura organizzativa ed i grandi servizi pubblici era quello di matrice "cavouriana", elaborato nella seconda metà dell'800 per apparati centrali che si volevano rigidi nella funzione e ad assetto piramidale nella struttura. Questo modello ormai tende ad essere superato dall'attuale orientamento normativo, che vuole che si tutelino valori ed istanze provenienti sia dalla pubblica amministrazione sia dagli utenti, centrando l'attenzione su chiari momenti di responsabilità.

La riforma sanitaria intervenuta nel 1992 ha richiesto l'applicazione di nuovi strumenti gestionali, nuove professionalità, nuovo modo di interpretare l'erogazione dell'assistenza sanitaria, per la cui attuazione è divenuto indispensabile il contributo di una cultura integrata da forte connotazione etica ed orientata ad affrontare tematiche quali l'appropriato uso delle risorse economiche, la loro corretta allocazione, beni a cui si comincia a guardare per la prima

volta come quantitativamente limitati e necessari per lo svolgimento delle attività sanitarie e l'erogazione delle prestazioni. Il mondo medico sanitario esigeva, come elemento importante e fondamentale, una visione allargata ai compiti istituzionali della didattica e della ricerca, ritenuti prioritari per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

## **2. Lo scenario di fondo**

A partire dagli anni novanta era presente sul territorio nazionale un fermento culturale intorno ai temi del Management Sanitario, che si aggiungevano alla novità della Bioetica, anche essa coinvolgente primariamente quel mondo professionale con la sua proposta in chiave umanistica. Essa era stata definita dal Reich nel 1978 “studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della salute, esaminata alla luce di valori e principi morali”, ponendo la tematica antropocentrica nell'ambito del sapere tecnico – scientifico. Si scopriva nella società anche l'insufficienza del bagaglio culturale degli studi filosofici ed umanistici del liceo che, non più rinnovati nei corsi di laurea in medicina, come era in uso nei secoli precedenti, poneva un limite alla comprensione delle prospettive umanistiche.

La congiunzione della tematica manageriale con quella etica nell'esercizio dell'assistenza sanitaria costituirà la chiave di lettura applicativa del nuovo modello manageriale e del nuovo modello di professionista che si affaccerà all'inizio del nuovo millennio, alla luce dell'aggiornata concezione della relazione col paziente e dei nuovi bisogni e dei pazienti e delle strutture assistenziali.

Verosimilmente, per effetto della precedente riforma sanitaria, l'avvento della gestione pubblica nell'ottica del “tutto a tutti gratis”, aveva reso i medici restii ad occuparsi dei problemi economici e gestionali, anche perché nessuna norma lo richiedeva: lo spendere liberamente, e soprattutto senza il controllo, costituiva quasi un diritto per il medico, e quindi un privilegio, perché fuori da ogni vincolo: era l'era in cui il rapporto medico-paziente teneva come servile ed ancillare la struttura economico-sociale. Pertanto l'applicazione dei decreti legislativi citati ha trovato un terreno impreparato, insensibile ed ostile ad affrontare adeguatamente le diffi-

coltà imposte dal controllo delle risorse economiche e dei suoi pregnanti risvolti etici. D'altra parte la necessità del governo dei costi era una novità talmente in conflitto con lo stile professionale in vigore, sì che era lecito immaginare una reazione di rifiuto da parte del corpo professionale; ma nel contempo era facilmente intuibile che non si sarebbe potuto raggiungere il coinvolgimento del corpo medico senza la promozione di una specifica formazione. Sono sorti allora in Italia diversi corsi di formazione manageriale, tra cui quello della Pontificia Università Gregoriana, edito in collaborazione con l'Istituto Dermopatico dell'Immacolata, che offriva un programma in cui le tematiche manageriali erano sviluppate in prospettiva etica.

In questa relazione non si vuole né fare una celebrazione di eventuali risultati positivi, né una critica per eventuali aspetti negativi, ma esprimere le ragioni di come la novità del Controllo di Gestione indirizzata alla Clinical Governance abbia offerto l'occasione per l'allineamento della gestione alla normativa vigente, ottenendo il miglioramento delle performance delle unità operative in ambito gestionale e sostenendo quelle clinico – assistenziali. Le due funzioni si integrano nella capacità ed abilità del medico di saper risolvere il caso con il giusto tempo e le appropriate risorse. Gli indicatori adottati per il monitoraggio delle performance, più che rappresentare un vincolo, hanno primariamente voluto significare una sfida per il *continuous improvement*.

### **3. Peculiarità delle Aziende Ospedaliere Universitarie**

L'AOUP "P. Giaccone", essendo Azienda dell'Università degli Studi di Palermo, è caratterizzata da tre compiti istituzionali: didattica, ricerca ed assistenza sanitaria, strettamente interconnessi tra loro e costituenti un unicum. Esiste un dibattito interno, intensamente incidente nella visione del sistema, i cui sviluppi potrebbero condizionare le modalità di lavoro, ed il cui esito dipende dalla scelta della sequenza gerarchica che si dà alle tre funzioni: quale delle tre prevale sulle altre due e quale viene per terza?. La difficoltà nella comprensione risiede nel fatto che ciascuna delle tre funzioni è portatrice di un sistema di valori che potremo provare ad ordinare secondi i criteri dell'importanza e dell'urgenza pro-

pri della tradizione etica. Le interpretazioni correnti e storicamente prevalenti sono centrate sul fatto che l'assistenza è funzionale alla didattica ed alla ricerca, tiene nei confronti degli altri due fini un rapporto ancillare e quindi è posta per terza nella scala gerarchica. Corollario di questa interpretazione sono dichiarazioni di totale disimpegno dal controllo economico – anche se inteso come governo e non come verifica ispettiva – e di aspirazione all'autonomia gestionale fuori dai vincoli imposti dal Servizio Sanitario Nazionale, con totale dipendenza dal Ministero dell'Università e Ricerca Scientifica.

La riforma sanitaria voluta dal 502/92 si presenta come portatrice di valori innovativi rispetto gli esistenti, il che ha creato occasioni di conflitto con resistenza al cambiamento culturale necessario a modificare l'organizzazione. La costituzione dei Policlinici universitari in Azienda ha sollevato il timore di una prevalenza dell'assistenza a scapito della didattica e della ricerca. L'atteggiamento inizialmente dubbioso verso il cambiamento non era di certo in contraddizione con lo spirito dell'Università, per definizione pronta a cogliere il nuovo attraverso la disponibilità alla ricerca di soluzioni migliorative delle precedenti e la capacità di aggiornamento dei propri momenti culturali: così in effetti è stato, come dimostreranno i dati (v. tabelle 1-14).

Sul piano dell'assistenza sanitaria i comportamenti dovevano essere posti in linea con le disposizioni di governo, attraverso la promozione di nuovi modelli organizzativi e la chiamata a responsabilità dei dirigenti medici sull'uso qualitativamente e quantitativamente appropriato delle risorse economiche che, in un processo a cascata, raggiungevano aspetti gestionali positivi anche sul comfort dei pazienti, quali ad esempio la possibilità di ridurre la durata della degenza in ambiente ospedaliero.

In contrapposizione, la diffusione di una prassi medico – assistenziale tendente alla de-responsabilizzazione del professionista attraverso l'acquisizione di un sempre maggior numero di esami, ovvero di tutto il set di esami disponibili per quella patologia – che senza aggiungere valore alla diagnosi sono unicamente destinati a produrre documenti nella eventualità di un contenzioso con il paziente – stanno creando le condizioni di una non ottimale performance clinico-diagnostica, con aggravio ingiustificato ed ingiusto dei costi gestionali.

La caduta di fiducia che storicamente legava il rapporto tra paziente e medico, sfocia nella necessità del sistema di mirare primariamente all'uso appropriato delle risorse disponibili. Pertanto interesse del paziente, interesse difensivo del medico, interesse della struttura verso prassi appropriate sono combinati in maniera divergente sì da creare una confusa gerarchia di valori, oltre ad essere ordinata in maniera incoerente con i fini istituzionali della struttura.

Altro argomento di rilievo riguarda il difetto di distribuzione del personale tra le unità complessa. In Azienda l'assegnazione del personale medico segue la regola dell'afferenza didattica e non quella dell'organizzazione assistenziale, facendo sì che il personale medico, sia universitario che ospedaliero, seguisse i trasferimenti del direttore man mano che questi progrediva nella carriera, sino ad arrivare alla direzione di un istituto clinico. L'arrivo di un nuovo direttore aggiungeva organico medico a quello esistente, indipendentemente dalle esigenze assistenziali, mantenendo un meccanismo generatore di difetto di distribuzione dell'organico. L'ordine gerarchico era in funzione dell'affiliazione al direttore e non delle esigenze di servizio.

#### **4. *Mission* e gerarchia dei valori**

Le tre linee fondamentali di attività dell'istituzione universitaria racchiudono, condividono e perseguono un sistema di valori in atteggiamento finalistico. Il valore umano rappresenta un bene per qualcuno e soprattutto è un bene importante, da tutelare e promuovere. Per valore umano intendiamo tutto ciò che risponde ad un reale bisogno dell'uomo, ad una sua realizzazione: esso presuppone di essere riconosciuto dal soggetto. La modalità della relazione con il valore in gioco caratterizza l'agire "morale" personale quando compiuto liberamente, consapevolmente e quindi responsabilmente. La "moralità" è quindi la dimensione interiore dell'essere personalmente coinvolti in libera e consapevole responsabilità rispetto ai valori umani in gioco. La triade degli obiettivi istituzionali – di fatto triade di valori umani - rappresenta il valore globale della *mission* aziendale. Le loro interconnessioni comportano l'interdipendenza funzionale, all'interno della quale vanno posizionati in una scala



gerarchica, variabile secondo i criteri mediante i quali ordinarli per importanza o per urgenza, o per gestirli in caso di conflitto. Rispetto ai valori umani sempre entra in gioco la responsabilità della persona, chiamata ad attuarli ed a rispettarli. Si realizza quindi un rapporto tra ciò che è oggettivamente conosciuto come valore e la correttezza morale della persona chiamata a realizzarlo. La funzione finalistica dell'istituzione, per essere perseguita e conseguita, ha bisogno della relazione degli elementi in gioco: paziente, studente, medico, struttura sociale, fattori economici.

L'emergere di nuove istanze, nuovi valori – come spesso accade nell'ambiente della Medicina – può modificare la situazione storica con il necessario aggiornamento della scala gerarchica. Nel nostro caso se poniamo al primo posto per importanza la funzione della ricerca perché ritenuta fondamentale per il progresso, la circostanza di un uomo che sta morendo diventa urgente rispetto la ricerca stessa, per cui oggi l'attenzione si uniforma alla vita da salvare.

La gerarchia che in ordine d'importanza (e non d'urgenza) invece in atto prevale è che l'assistenza al paziente è funzionale alla didattica ed alla ricerca, per cui essa viene per terza; ma tra le prime due quale viene per prima? In merito a questa risposta vige una certa indeterminazione ed il problema non è mai stato posto in maniera pressante per una decisione, mentre è nettamente enunciato che l'assistenza viene per terza. Se guardiamo l'aspetto dell'impegno orario del professionista, il debito della metà va all'assistenza e dell'altra metà alla didattica e ricerca: queste due in parti uguali assorbirebbero per ciascuna, mero calcolo aritmetico, il 25%. Quindi il tempo maggiore è dedicato all'assistenza, che nella gerarchia dei valori in atto occupa il terzo posto.

Ma perché proprio questa gerarchia di valori e non un'altra? È possibile una riflessione critica? Dato certo è che il paziente si ricovera non per essere sottoposto a ricerca, né per un obbligo a soddisfare la didattica, bensì per essere servito in ordine alla diagnosi ed alla cura della sua salute: quindi il primo contatto che si realizza tra paziente e struttura origina l'obbligo dell'assistenza sanitaria secondo l'attuale regolamentazione. D'altra parte la ricerca sul paziente negli ambienti clinici è sempre secondaria al processo di cura della sua salute: non si somministra un farmaco per ricerca, ma per curare il paziente. Da questa cura si trae un'esperienza che poi



si pubblica e si insegna. L'evento assistenziale, almeno cronologicamente ed anche emotivamente, precede quelli della ricerca e della didattica. Nei confronti del destinatario delle attività erogate, l'assistenza si rivolge al paziente, la didattica agli studenti, la ricerca alla comunità scientifica.

Il fatto che l'Università abbia compiti di didattica e di ricerca non dà per scontato che esse, rispetto altre attività ospedaliere, vengano per prime o hanno precedenza sui diritti di altri. Obbligo di ogni azienda sanitaria, compresi quindi i Policlinici universitari, è di operare in osservanza della tutela dei diritti del malato, e quindi è obbligata ad offrire al malato le attenzioni sulla cura della salute ancor prima della ricerca e della didattica. Il sistema di responsabilità che ruota attorno alla centralità del paziente, uomo che si porta il suo bagaglio di valori e dolori, stimola alla migliore prestazione sanitaria; il beneficio va allo studente che impara attraverso la migliore assistenza; questa di per sé rappresenta la ricerca della migliore performance, che a sua volta converge verso la migliore cura del paziente.

## 5. Obiettivi strategici

Abbiamo descritto lo scenario di fondo che riteniamo indispensabile conoscere per adeguare e calibrare gli strumenti manageriali. Nel 1999 era forte l'esigenza di fondare in azienda gli strumenti idonei per un'efficace gestione manageriale, pur consapevoli della complessità gestionale dei Policlinici universitari, ed il cui corpo docente afferente al Ministero dell'Università e Ricerca, si gestisce attraverso l'organo assembleare della Facoltà. Il bilancio economico fortemente in perdita ereditato dall'Azienda comportava misure vigorose, sia per perseguire il vincolo del pareggio economico, sia per ammodernare ai nuovi criteri la conduzione e la promozione delle attività assistenziali.

Il riordino gestionale non poteva prescindere dal salvaguardare tutti i compiti istituzionali della *mission* aziendale, il che richiedeva l'adozione di idonee scelte strategiche a tutela dei triplici valori perseguiti. Aspetto di rilievo stava nella consapevolezza che le nuove norme gestionali non erano ancora state fatte proprie dal corpo medico, né in questa azienda né in altre realtà sanitarie pub-

bliche: solo le private, il cui modello gestionale è orientato al profitto, mostravano segni di adeguamento alla nuova metodologia di rimborso delle prestazioni.

Obiettivo prioritario è stato impostare ed avviare correttamente i sistemi di programmazione e controllo di gestione che nascono con una finalità ben precisa: "orientare i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (*efficacia gestionale*) mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione (*efficienza*)". Essi rappresentano l'insieme di attività interne all'organizzazione con la quale la Direzione Aziendale si accerta ai vari livelli che la conduzione delle attività si sta svolgendo secondo gli obiettivi, le strategie, le politiche ed i piani prestabiliti, in modo efficace ed efficiente". Qui si propone una definizione molto più specifica per i Policlinici universitari: "le attività del Controllo di Gestione devono essere rivolte a garantire il momento di incontro tra figure professionali diverse presenti nell'assistenza sanitaria, favorendo il coordinamento e l'integrazione delle attività, al fine di renderle funzionali alla didattica e ricerca, rendendo coerente la progettualità dell'Azienda a quella della Facoltà Medica".

Era necessario procedere per fasi: progettare l'approccio strategico e metodologico, adottare gli strumenti più idonei, diventare gradualmente operativi, ma soprattutto formare sul campo la classe professionale alle nuove metodologie gestionali per la condivisione ed adeguamento al progetto di rinnovo.

Si è stati sempre consapevoli del fatto che si stava agendo in maniera trasversale rispetto le diverse specialità del corpo professionale, peraltro di elevato spessore culturale, di spiccata personalità e di diverse specialità tecnico scientifiche; essi erano altresì portatori di vedute e strategie legate al ruolo accademico istituzionale, percepito come il ruolo pregnante la propria attività professionale, all'epoca vissuto in forte ed inconciliabile antitesi sia con il moderno ruolo economico gestionale di cui l'azienda necessitava, sia con gli altri aspetti istituzionali quali didattica e ricerca.

Un dibattito circa l'attenzione sull'uso delle risorse e delle conseguenti decisioni era già presente sulle pagine del *New England Journal of Medicine*. Molti clinici ritengono essere contro l'etica medica lasciare che i costi influenzassero le proprie decisioni, che vorrebbero staccate e libere da ogni fatto contingente. Nel 1980 una lettera di Loewy sullo stesso giornale aveva seccamente taglia-

to questo problema. La domanda centrale è se sia etico che i medici (e non solo loro) tengano conto dei costi nello scegliere tra diverse possibili modalità d'azione: il quanto costa nella comune accezione implica a cosa si dovrà rinunciare. Nell'ambito dell'analisi costo-efficacia – dice Williams – chi non tiene conto dei costi non è “etico” bensì “fanatico”.

La conoscenza di questi riferimenti della letteratura scientifica ci spingeva a cimentarci, per ragioni non secondariamente legate all'esercizio di una morale in ambito pubblico, nel coinvolgere il corpo medico ai nuovi approcci manageriali secondo l'auspicato ed impegnativo principio morale della “giusta allocazione delle risorse nella gestione della sanità”.

## **6. La *vision***

Su quale terreno si devono incontrare gli interlocutori? Quello specifico della Direzione Generale e che appartiene all'ordine economico-amministrativo, o quello medico sanitario che si alimenta di attività assistenziali nel contesto di una istituzione di insegnamento e ricerca? Presupposto fondamentale è stato quello di interpretare, sin dall'inizio, i fattori economici come conseguenti alle attività assistenziali. L'affermazione di questo principio basilare, nel consentire di superare quella visione dell'assistenza apparentemente costretta dall'impatto della nuova modalità di rimborso secondo la tariffa prospettica derivante dal DRG, poneva un forte accento ed una sfida possibile sulla capacità professionale del corpo medico di potere iniziare a sviluppare quelle attività clinico-diagnostiche avendo riguardo del sistema di governo economico, pur senza nulla togliere al paziente. Si apriva pertanto la possibilità di esprimere la migliore assistenza liberando le capacità organizzative e gestionali, orientandole secondo le nuove esigenze del management, ma senza rinunciare alla visione della più appropriata, pertinente e misurata evidenza scientifica clinico-diagnostica. L'impegno verso il management sanitario ha posto in risalto il “senso della misura e del giusto equilibrio”.

La visione posta sulle attività professionali e non sui fattori economici – interpretati questi ultimi come conseguenza dell'agire medico – utilizzava un vocabolario completamente diverso da quel-

lo tipico degli economisti: si poteva parlare di attività assistenziale quantitativa e qualitativa, scegliere gli indicatori di performance tra quelli a forte impatto assistenziale, conoscere quantità e tipologia degli interventi chirurgici, livello e modalità di utilizzazione dei posti letto, di risorse materiali in ordine alla tipologia e quantità dei pazienti gestiti, di capacità di attrazione sul territorio da parte delle singole unità operative: si coltivava l'ambizione di governare gli eventi economici a partire dal governo delle attività non economiche, servendosi di indicatori di natura clinico-assistenziale: quindi l'economia visitata a partire dalla modalità, buona o cattiva, della prassi medica: un capovolgimento rispetto la consueta amministrazione contabile vigente.

Si è ritenuto questo approccio più congeniale ed efficace per impostare il necessario cambiamento organizzativo e promuovere la necessaria innovazione culturale. Portarsi sul terreno dell'assistenza sanitaria da parte della Direzione Generale significava rendersi vicini al corpo medico ed alle sue necessità, e – accadimento senza precedenti – informarlo e discutere sui dati circa l'assistenza sanitaria erogata e le sue modalità facendo uso degli indicatori strategici. Reciprocamente si collaborava ad interpretarne intensità, efficienza, efficacia, economicità: momento di interlocuzione utile a costruire obiettivi, trasferire formazione bilateralmente, modificare comportamenti. Il monitoraggio continuo, trimestralmente espresso, degli indicatori di performance è stato idoneo a perseguire la modificazione dei comportamenti sul piano assistenziale ed in funzione dei vincoli di governo. Monitoraggio utile sia a cogliere sul nascere espressioni gestionali negative, sì da potere repentinamente assumere le decisioni a correzione, sia a tenere desta l'attenzione degli operatori circa gli obiettivi assistenziali.

Oggi l'Azienda, forte della conoscenza dei fenomeni gestionali che il corpo professionale possiede, si trova pronta a far proprie le innovazioni che vengono proposte dai vertici di governo. Si può affermare che la formazione manageriale è patrimonio culturale acquisito dalle professionalità dell'AOU ed è anche trasferito ai ruoli tecnici ed infermieristici ed è altresì trasferibile al corpo professionale in formazione quali gli studenti delle diverse scuole di specializzazione e dei corsi di laurea. Formazione attuale rispetto gli specifici input che vengono dal governo.

## 7. Attività di reporting e di budgeting

La progettazione del report sta sempre alla base di ogni gestione manageriale: risponde dicendo cosa si fa e come lo si fa. Si fonda sulla scelta di indicatori di sintesi capaci di svelare attività complesse, di orientare comportamenti attraverso la misurabilità e di perseguire obiettivi. Sono stati scelti i seguenti indicatori per ciascuna unità operativa: frequenza e complessità media dei casi trattati in termini di DRG, degenza media totale e pre operatoria, indice chirurgico, occupazione media dei posti letto, ricoveri ad elevato rischio di non appropriatezza, produzione di volumi di attività in termini di punti di DRG, indice di attività specialistica, ricoveri di 1 giorno e ricoveri ripetuti, ed indici di sospetta codifica opportunistica per mostrare risultati assistenziali migliori dei reali. I dati venivano raccolti dalle schede di dimissione ospedaliera. Il lavoro di analisi è terminato nell'ottobre dello stesso anno con la stesura di un report per unità complessa, che il Direttore Generale ha consegnato a ciascun responsabile di unità operativa complessa.

Iniziava così la prima fase del controllo di gestione: la fase conoscitiva, fondamentale al *decision making*. Il valore che ci si proponeva di dare a questo strumento era:

- resa di un servizio di informazione in tempo reale a tutti i decisori;
- oggettivazione delle informazioni;
- condivisione delle informazioni;
- promozione della conoscenza della nuova metodologia manageriale;
- monitoraggio delle attività;
- attenzione agli indicatori e parametri sensibili;
- revisione critica degli eventi assistenziali;
- scelta degli obiettivi per la correzione delle criticità;
- procedure finalizzate al miglioramento continuo della qualità,
- analisi di scostamento tra obiettivi e risultati, e ricerca delle cause;

Alla realizzazione dell'attività di *reporting* doveva seguire, come del resto puntualmente è avvenuto, l'implementazione dello strumento del *budget*, capace di dare alla gestione obiettivi assistenziali misurabili e quantizzabili, oltre che verificabili a fine gestione. La procedura della negoziazione del budget ha rappresentato un momento di grande crescita culturale manageriale in azienda, attraverso la novità

del linguaggio comune tra figure professionali con competenze diverse, quali medici e responsabili della gestione, il che ha facilitato la comunicazione e la condivisione di obiettivi strategici tra la Direzione Aziendale e la Dirigenza Medica e Sanitaria. Attraverso lo strumento del budget si sono tradotti operativamente l'aggiornamento delle disposizioni di governo regionale e nazionale, costituendo il momento di assoluta chiarezza e vitalità tra le diverse componenti. Esso è stato comunque criticato, ma non disatteso da nessuna delle parti. Ha rappresentato un codice di comportamento che ha posto dei limiti e dei vincoli, in contrapposizione alla libera interpretazione nella conduzione delle attività dell'epoca antecedente la costituzione dell'azienda.

Ecco che il budget, quale strumento di programmazione a breve termine, è stato capace di tradurre in regole comportamentali la strategia della Direzione dell'Azienda, che non è assolutamente libera, ma vincolata a specifici indirizzi di governo. Il budget, come sempre lo abbiamo interpretato, deve tradurre anche stili di comportamento organizzativo attraverso il coinvolgimento dei singoli. Uno strumento quindi non solo dalla valenza economica, ma anche etica, perché capace di indicare e promuovere valori umani verso cui agire con consapevolezza e responsabilità. Un budget in chiave antropologica previene i comportamenti opportunistici, perché li lega alla realizzazione della moralità personale, ed orienta ciascuno verso l'attuazione del bene voluto per la struttura e l'organizzazione.

D'altra parte se le aziende ospedaliere ed universitarie hanno una triplice *mission*, il budget, agendo nei dipartimenti ad attività integrata, dovrà essere costruito prevedendo tutti quegli indicatori capaci di rilevare i fenomeni didattici e di ricerca, oltre gli assistenziali su cui oggi si fonda in via esclusiva. Uno strumento quindi estremamente versatile, utile per conoscere e farsi conoscere, indirizzato alla trasparenza ed oggettività, capace di tradurre regole gestionali e valori umani liberamente, consapevolmente e responsabilmente condivisi.

La sorveglianza di questi indicatori e gli indirizzi dati alla dirigenza hanno avuto effetti positivi sui risultati gestionali. Si è potuto orientare l'impegno assistenziale secondo le indicazioni di governo, quali: la de-ospedalizzazione delle attività medico-chirurgiche fruibili in regimi meno onerosi rispetto il più tradizionale e statico regime ordinario; il governo della degenza per la sua compatibilità rispetto il rimborso dei costi sostenuti secondo il DRG trattato;

l'adeguamento delle risorse economiche ed umane all'impegno assistenziale prodotto. Se riflettiamo bene sulla tipologia degli indicatori scelti, essi perseguono fini non solo manageriali, ma soprattutto etici di notevole rilevanza.

## 8. Conclusioni

L'innovazione manageriale in Sanità, attraverso gli strumenti per il controllo di gestione, può ricevere input dalle scienze economiche per il miglioramento delle proprie performance clinico-assistenziali, ma anche dalle scienze umane. Il percorso storico della Medicina ci insegna che essa ha sempre fatto propri ed utilizzato conoscenze provenienti da altre discipline, riuscendo così a perseguire strade di miglioramento. Nessuna preclusione va quindi fatta all'ingresso del nuovo, nemmeno se esso proviene dalle scienze economiche, anche se un tempo, in un contesto sociale diverso, erano aborrite dal corpo medico perché culturalmente così formato.

Se il management rappresenta esclusivamente la tecnica, questa da sola in breve tempo rischia di esaurire la propria potenzialità, sia perché gli attori del sistema riescono ad eluderla con comportamenti reattivi, sia perché non è agilmente adeguabile alle necessità di cambiamento che un sistema così rapidamente invaso da nuove tecnologie richiede. Dietro la tecnica, per definizione mutabile e temporanea, riteniamo necessario un momento culturale di fondo, ancorato a principi etici da condividere e da spendere nel sistema: principi non dettabili attraverso specifici indicatori, ma leggibili nei risultati di quelli assistenziali attualmente in uso. Quindi la formazione etica non per aggiungerla al bagaglio culturale, al fine di coprire uno spazio altrimenti lasciato libero, ma per porla a motore e denominatore comune di tutti i comportamenti che si pongono in essere.

Vive qui la felice sintesi di *bios* ed *ethos* di Van R. Potter così come lui stesso l'ha ormai consegnata alla Storia della Medicina. Quindi un management sanitario nella prospettiva bioetica, capace di coltivare e dare adeguate risposte alle difficili tematiche a cui il medico, e non solo lui, giornalmente si trova a fronteggiare. Quindi l'etica come condotta personale, sintesi di consapevolezza, libertà e responsabilità. Si attiva così il *respondeo* a qualcuno di



qualcosa. Nella triplice missione dell'AOUP i destinatari del lavoro e della responsabilità etica sono diversi soggetti: gli studenti, i pazienti e la comunità scientifica.

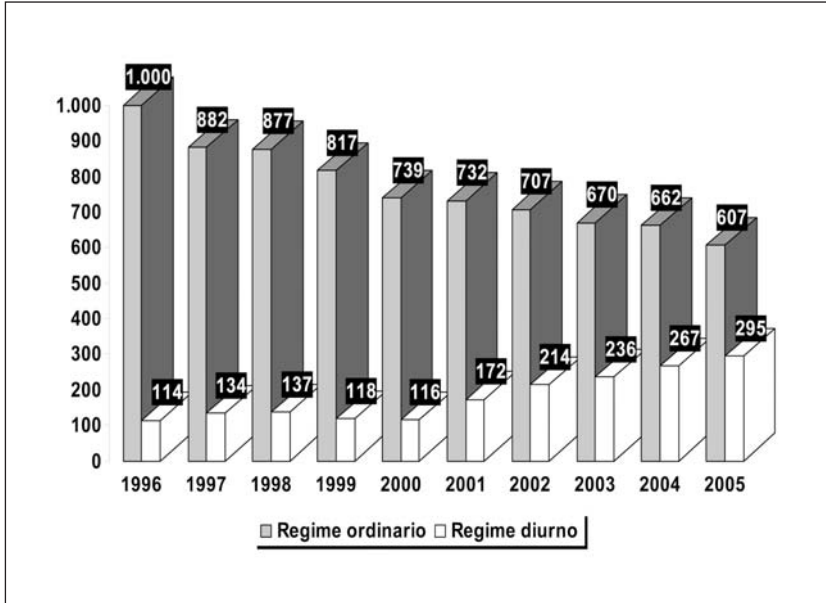
Pertanto etica e management, grazie agli aspetti operativi del controllo di gestione, entrano a pieno titolo nella prassi assistenziale medica, sono capaci di esitare effetti costruttivi, e nel processo di adattamento specifico generano la ricerca e l'approfondimento culturale.

Inoltre per la loro corretta ed adeguata applicazione non si può prescindere dalle abilità tecnico professionali medico-chirurgiche di ciascun professionista, dall'esperienza che aiuta a valutare il singolo caso clinico ed a formulare il giudizio prognostico, dall'appropriata applicazione delle metodiche diagnostico-terapeutiche, dalla fiducia che si genera nel paziente e che costituisce il richiamo per altri.

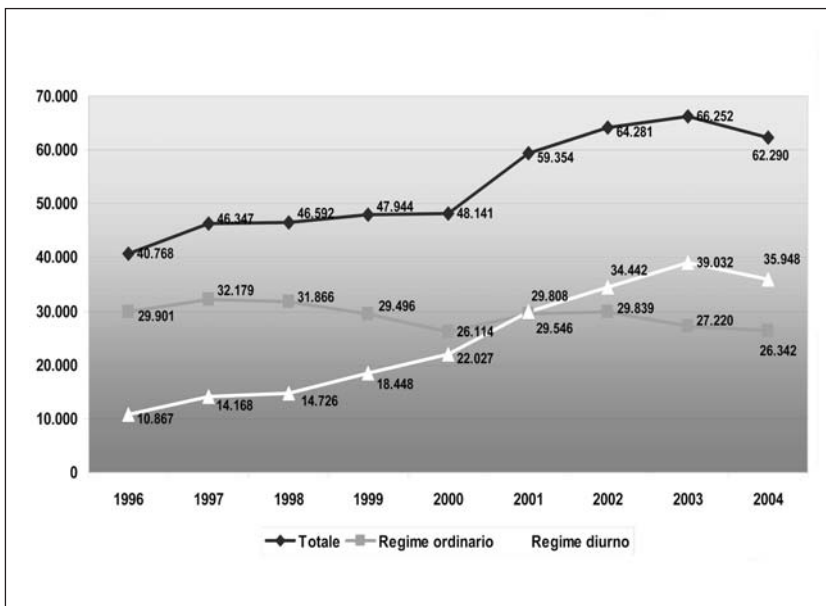
Quindi coordinare *etica e management* con il sapere scientifico in una lettura unitaria rappresenta la possibilità di una formazione specifica, uno stimolo aggiuntivo capace anche di aggiornare la prassi medica, dando sfogo ad una ricerca specifica nella triplice relazione medico-paziente-struttura, in cui l'etica relazionale trova momento applicativo nel contemperare e perseguire valori umani diversi ed importanti. È una pagina nuova nella storia della medicina, che conferma ancora una volta che la medicina riesce a fare sapientemente proprio il bagaglio culturale che proviene da altri statuti disciplinari.

Le tabelle seguenti (1-14) mostrano le variazioni intervenute nell'AOUP a seguito delle attività manageriali. I parametri si sono modificati in coerenza delle attività di governo ed i risultati esprimono elevato grado di efficienza organizzativa non disgiunta dai valori etici.

Tab. 1: Posti Letto

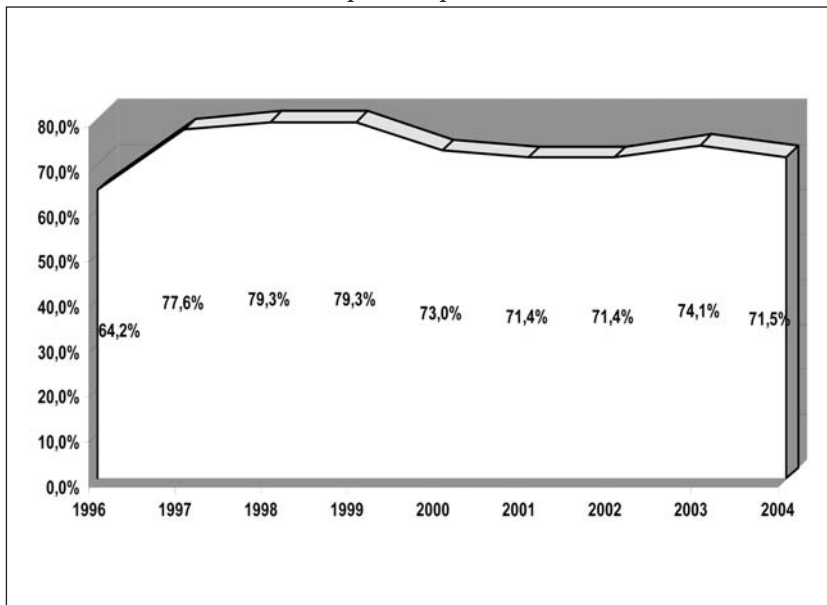


Tab. 2 : Ricoveri

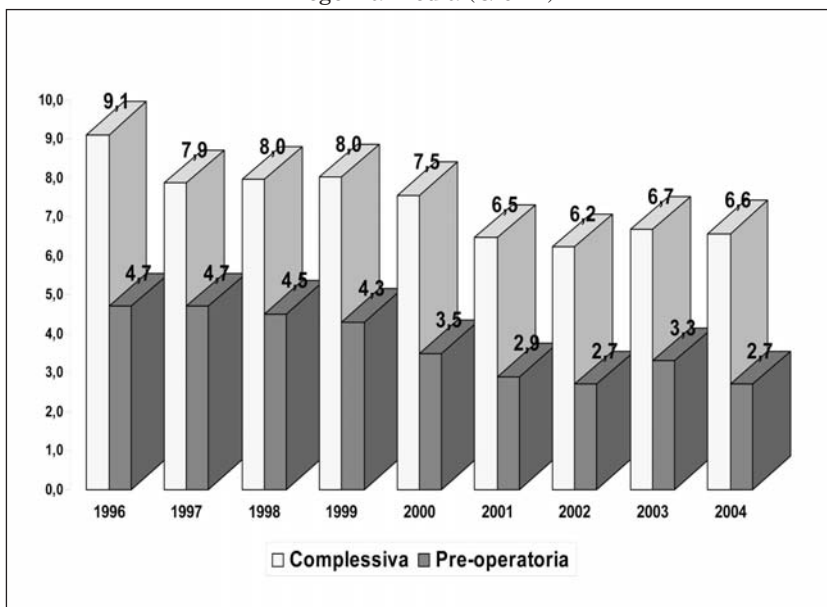


Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

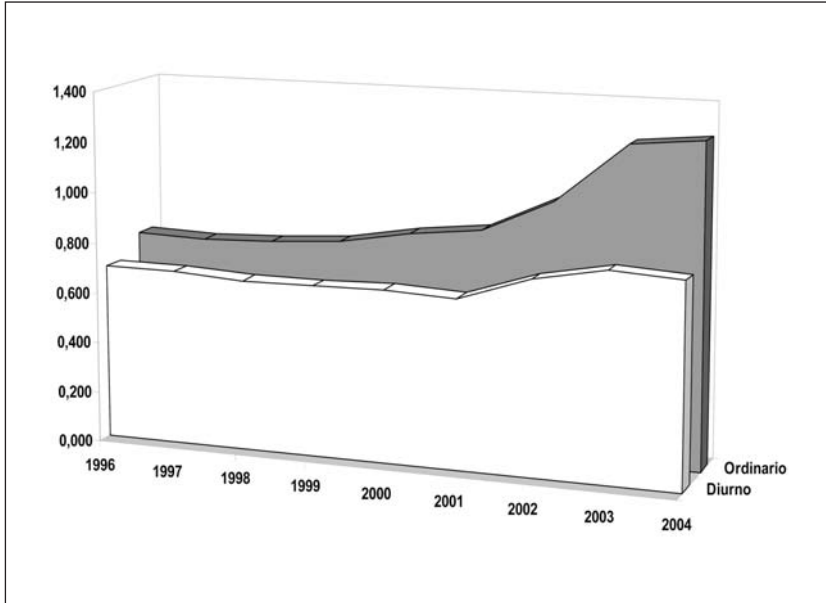
Tab. 3: Regime Ordinario  
Occupazione posti letto



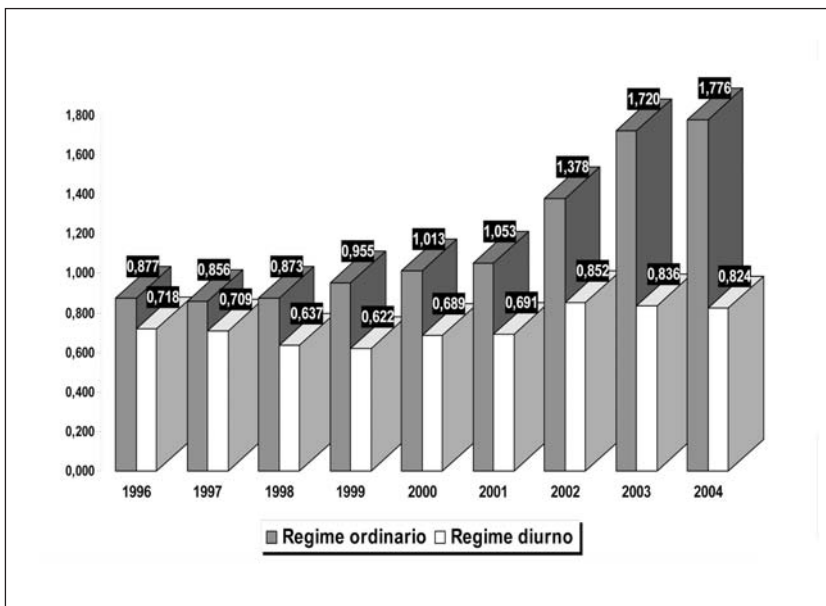
Tab. 4: Regime Ordinario  
Degenza Media (Giorni)



Tab. 5: Peso Medio Complessivo

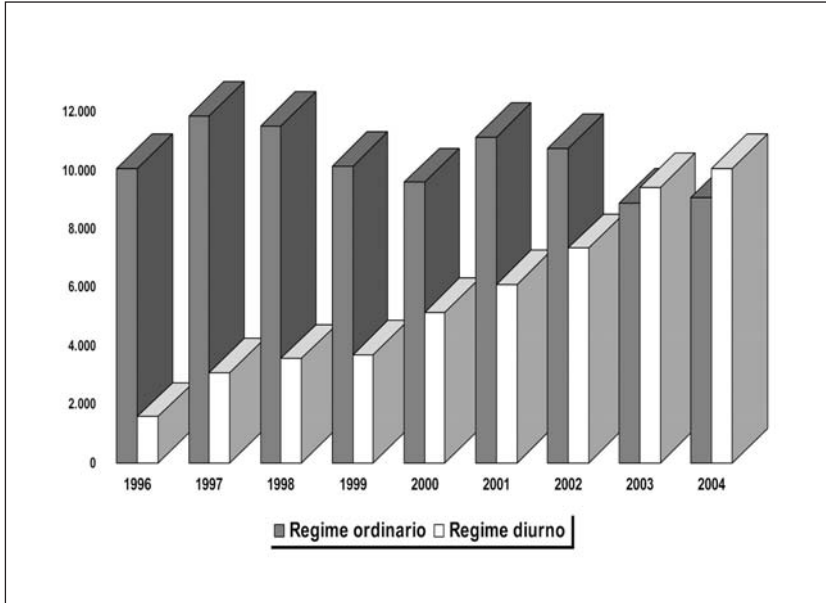


Tab. 6: Peso Medio DRG Chirurgici

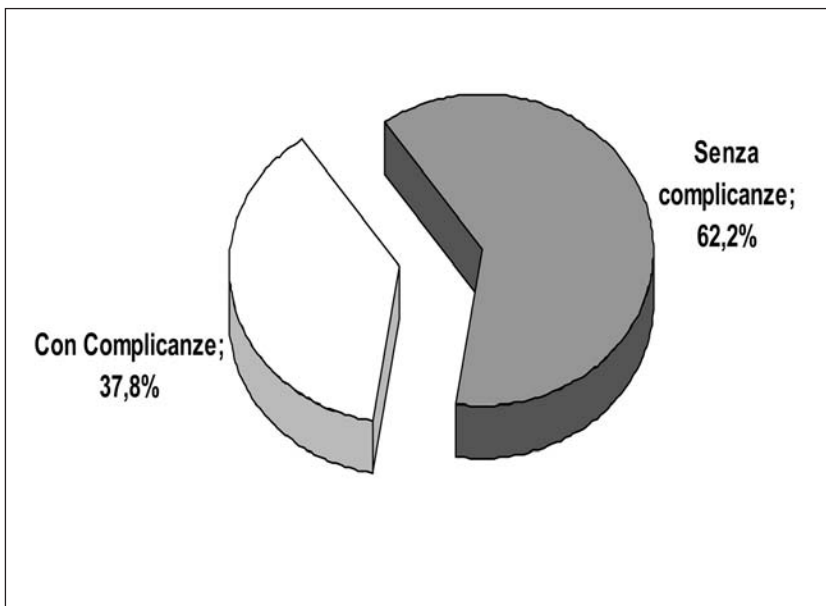


Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

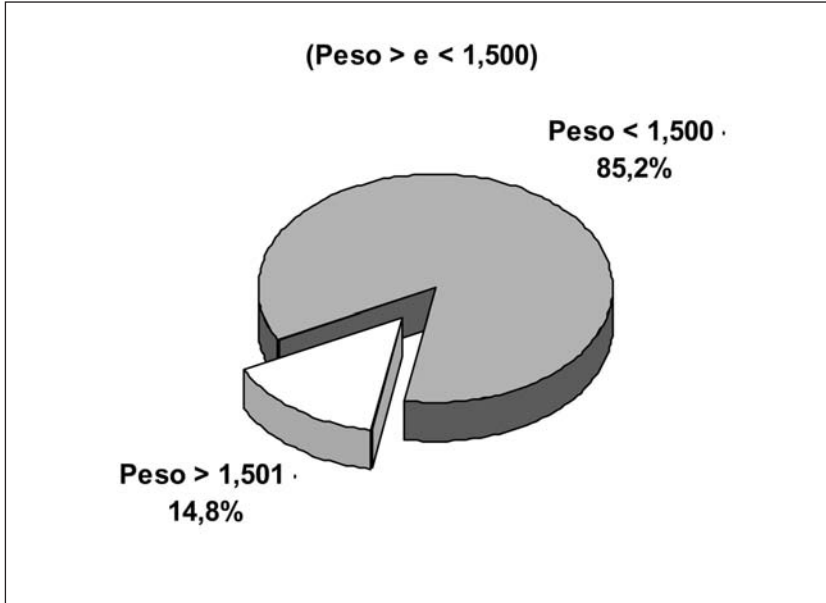
Tab. 7: DRG Chirurgici (N°)



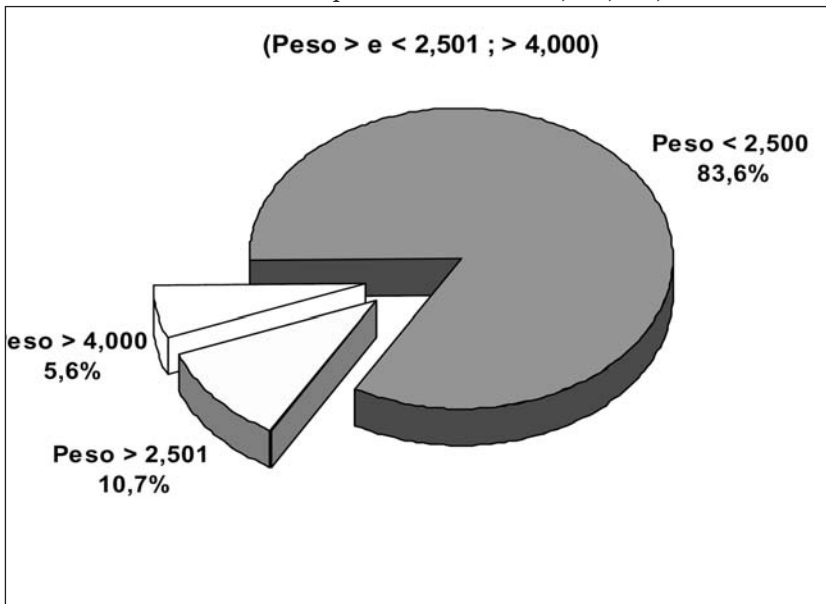
Tab. 8: 2004 - DRG codificati "non" e "senza complicanze"



Tab. 9: 2004 - Regime Ordinario:  
DRG medici - complessità (Peso > e <1,500)

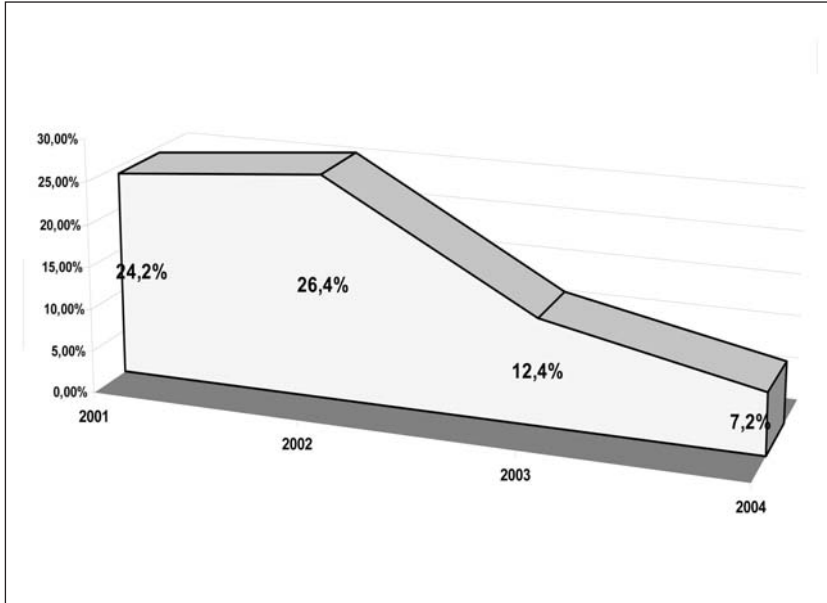


Tab. 10: 2004 - Regime Ordinario:  
DRG medici - complessità (Peso > e <2,501; > 4,000)

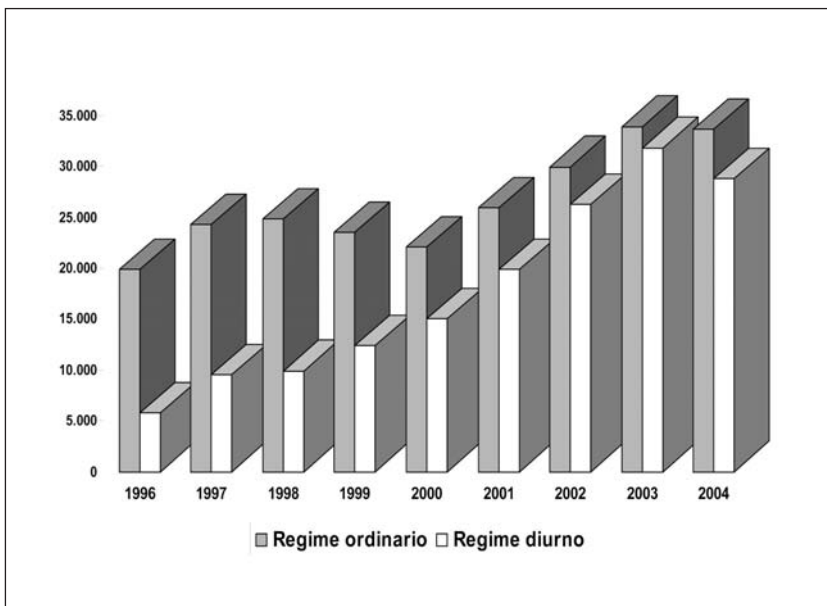


Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

Tab. 11: Regime Ordinario:  
Ricoveri ad elevato di non appropriatezza

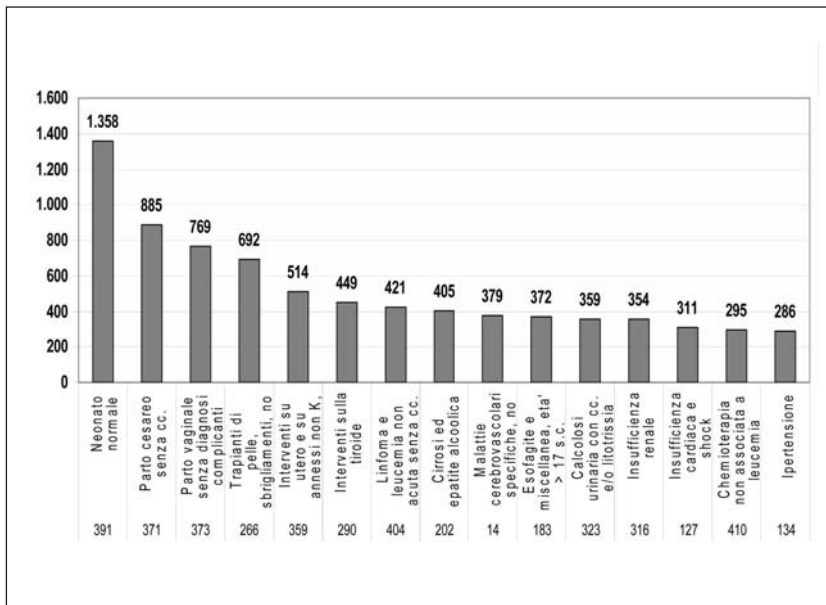


Tab. 12: Produzione Punti DRG

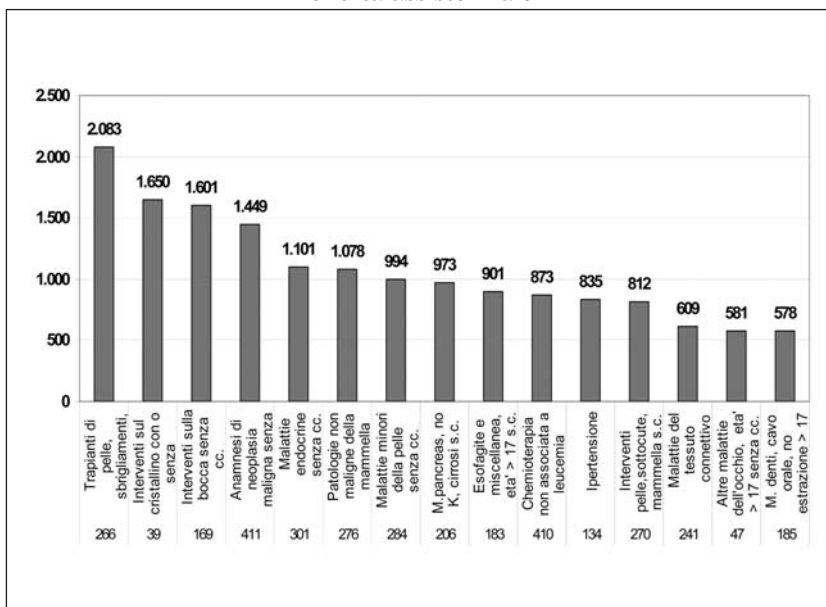




Tab. 13: 2004 - Regime Ordinario:  
offerta assistenziale



Tab. 14: 2004 - Regime Ordinario:  
offerta assistenziale



Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

## Bibliografia

- 1) BASTIANEL S., *Moralità personale nella storia*. Editrice PUG, Roma 2005.
- 2) CASATI G., *Programmazione e Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie*. McGraw-Hill, Milano 2000.
- 3) Comitato Nazionale di Bioetica, parere su "Bioetica e formazione nel sistema sanitario", 7 settembre 1991.
- 4) LOEWI EL (Letter). *Costs should not be a factor in medical care*. N Engl J Med 1980; 302: 697.
- 5) MALTA R., *Etica e management in Sanità: evoluzione storica nella formazione del medico*. Atti del XLII Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina. Bologna, 24 – 26 ottobre 2002.
- 6) MALTA R., DADA HEIGI D., *Analisi dei processi assistenziali ospedalieri: aspetti manageriali e riflessione etica sul consumo delle risorse economiche*. Acta Medica Mediterranea, 2003; 19(3): 211-216.
- 7) MALTA R., DI ROSA S., MANSUETO S. *Etica e management in Sanità: il perché del progetto formativo*. Giornale Italiano di Medicina Interna, 2002; I(s1), 1/2:1.
- 8) MALTA R., DI ROSA S., *L'etica nel contesto del management sanitario*. Giornale Italiano di Medicina Interna, 2003; 2(3): 4-7.
- 9) MALTA R., DI ROSA S., *Strumenti per una rinnovata medicina olistica*. Giornale Italiano di Medicina Interna, 2005; 4: 187-191.
- 10) MALTA R., LEONARDI V., RODOLICO A., *Riduzione delle risorse economiche ed implicazioni etiche in Sanità*. Atti dell'Accademia delle Scienze Mediche di Palermo 1997-1998; 31-32: 43-52.
- 11) MALTA R., MANSUETO S., *Professione, Professionalità ed Umanità in Medicina*. Bioetica e Cultura, 2001; XI: 111-118.
- 12) MALTA R., MANSUETO S., *Etica e management in Sanità: quale formazione?* [http://medpa.it/SchedeHtm/editoriale/Editoriale\\_mansueto\\_18-04-2002.htm](http://medpa.it/SchedeHtm/editoriale/Editoriale_mansueto_18-04-2002.htm)
- 13) REICH W., *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Free Press, 1978, p. XIX.
- 14) WILLIAMS A., *Ethics and cost efficacy analysis*. J. Med. Ethics, 1992; 18: 7 – 11.



## **LINEE GUIDA NEL DOLORE TORACICO ACUTO**

*S. Novo, P. Assennato, F. Bonura, G. Coppola,  
E. Corrado, I. Muratori, G. Novo, A. Rotolo*

Cattedra di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare,  
Università degli Studi, Palermo

### **a) Introduzione**

Il dolore toracico è uno dei sintomi più importanti e più complessi del nostro organismo. Sicuramente è tra i disturbi che più frequentemente inducono il paziente a consultare il medico e la diagnosi è spesso difficoltosa sia perché non esiste una relazione tra intensità del dolore toracico e gravità della patologia sottostante, sia perché molte strutture toraciche possono dare origine ad una sintomatologia dolorosa per molti aspetti simile, talvolta addirittura indistinguibile tra le diverse malattie.

La dimensione del problema non è affatto da sottovalutare, anzi per certi versi assume talvolta aspetti drammatici: basti pensare che in America vi sono da 3 a 5 milioni di visite all'anno per tale sintomatologia. Di queste il 50% per cause non cardiache, il 30-50% per cardiopatia ischemica (1). Nella realtà italiana le informazioni sono più scarse; secondo i dati del Ministero della Sanità, relativi ad esempio l'anno 1996, in Italia sono state effettuate 37.444 dimissioni con diagnosi di "dolore toracico" (DRG 143) che hanno necessitato di una degenza media di 4.2 giorni (il 43.4% dei pazienti ha avuto una degenza > 4 giorni). I pazienti ricoverati sono però solo una parte della popolazione che è valutata dal medico di guardia o arriva in P.S. con il sintomo dolore toracico.

La stessa realtà la ritroviamo nella nostra città; basta guardare i dati provenienti dagli Ospedali per rendersi conto della complessità del problema. Infatti, al PS del Policlinico di Palermo nel 2002 vi sono

state ben il 20% di prestazioni per dolore toracico, di cui il 40-50% circa per cause cardiache (2).

Come ben sappiamo il dolore toracico rappresenta l'epifenomeno di uno stato morboso che può interessare numerose strutture intratoraciche quali il cuore, l'esofago, la pleura, l'aorta, l'arteria polmonare, l'albero tracheobronchiale, il diaframma, il mediastino, ma in via riflessa anche organi extratoracici come lo stomaco, il duodeno, il pancreas e la colecisti, nonché tessuti del collo e della parete toracica, compresa la cute, i muscoli, il rachide, le articolazioni condrocostali e la mammella.

Ai fini del decidere se un paziente con dolore toracico abbia una condizione sottostante pericolosa e quindi richieda un percorso diagnostico-terapeutico rapido, la valutazione dei sintomi è di estrema importanza. Una corretta diagnosi può essere formulata non solo sulla base della localizzazione, irradiazione e qualità del dolore, ma anche tenendo conto del comportamento del dolore stesso: insorgenza, regressione, durata, frequenza, nonché sintomi associati. Il problema principale è sicuramente quello di inquadrare, nel più breve tempo possibile, la natura della patologia sottostante, in modo da procedere a scelte terapeutiche efficaci, evitando ad esempio ricoveri inutili ed ottimizzando le risorse disponibili. Un buon inquadramento diagnostico, infatti, si ripercuote non soltanto sulla salute del cittadino che beneficia di terapie congrue ed efficaci, ma anche sul SSN, che in questo modo può garantire una corretta gestione delle risorse, minimizzando i costi di terapie inappropriate. Per far ciò è necessario stabilire un approccio ideale al paziente che si presenta alla nostra osservazione.

Gli elementi da considerare sono: una corretta anamnesi ed un approfondito esame obiettivo per cominciare a fare le prime diagnosi differenziali, l'uso appropriato di tests di laboratorio e strumentali utili soprattutto per la stratificazione del rischio nei pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) e quindi predisporre un intervento medico/chirurgico efficace ed appropriato. Il primo gradino da superare è quello di collocare il dolore toracico nell'ambito di patologie non cardiache o cardiache, e in quest'ultimo caso capire se si tratta di patologia ischemica o non ischemica.

Gli aspetti tipici di alcuni fra i dolori toracici più frequenti sono illustrati nella *tabella I*.

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

Tabella I  
ASPETTI TIPICI DI DOLORE TORACICO.

Causa di dolore	Tipo di dolore	Dolore riferito	Risposta a movimento	Risposta al cibo	Dolorabilità	Risposta a nitrati
Dolore cardiaco ischemico	Viscerale	Si	No	No	No	Si
Dolore cardiaco non ischemico	Viscerale	Si	No	No	No	No
Malattia polmonare	Viscerale/cutaneo	No	No	No	No	No
Pneumotorace	Viscerale/cutaneo	No	Si	No	Di solito no	No
Muscolo-scheletrico	Cutaneo	A volte	Si	No	Si	No
Gastrointestinale	Viscerale	Si	No	Si	No	No
Aneurisma aortico	Viscerale	No	No	No	No	No
Psichiatrico	Viscerale/cutaneo	No	No	No	No	No

La prima cosa da chiedersi, quindi, di fronte a un paziente con tale sintomatologia è: si tratta di un dolore di origine cardiaca oppure no? Questo sarà il punto di partenza per costruire un efficace protocollo diagnostico e prescrivere poi un'appropriata terapia.

## **Il dolore toracico non cardiaco**

Nell'ambito del dolore toracico di origine non cardiaca, possiamo definire quattro grandi ambiti nei quali inquadrare la sintomatologia: 1) polmonare-pleurico; 2) gastro-intestinale; 3) psicogeno; 4) neuro-muscolo-scheletrico (3-6).

### **1) Dolore polmonare-pleurico**

#### ***Embolia polmonare***

Il dolore può essere simile a quello dell'infarto acuto del miocardio quando l'embolia è massiva, mentre se di minore gravità la sintomatologia dolorosa non è retrosternale ma localizzata a vario livello del

torace, e presenta i caratteri del dolore pleurico (lancinante, trafittivo, superficiale).

Come sintomo associato vi è quasi sempre una difficoltà respiratoria, soprattutto una tachipnea improvvisa e non giustificata; inoltre, sono presenti condizioni cliniche a rischio tromboembolico (TVP, edema monolaterale di un arto, storia di scompenso cardiaco grave, recente intervento chirurgico, specie se di tipo ortopedico, allettamento prolungato per neoplasie, cachessia, ictus con emiplegia, Alzheimer, etc).

Sulla base delle evidenze degli studi degli ultimi anni sono stati proposti in letteratura diversi percorsi diagnostici la cui applicazione locale deve tenere conto di aspetti tecnico-organizzativi e dalla tipologia dei pazienti (prevalenza di pazienti ambulatoriali o di forme ad espressione clinica lieve-moderata).

L'Rx del torace non è usualmente normale nell'EP. Reperti frequenti sono il versamento pleurico, il sollevamento di un emidiaframma, l'oligoemia, l'amputazione dei vasi polmonari principali e l'infiltrato piramidale subpleurico tipico dell'infarto polmonare.

Da eseguirsi al più presto un elettrocardiogramma che può evidenziare aritmie sopraventricolari, blocco di branca destra, completo o incompleto, turbe della ripolarizzazione confondenti con l'infarto miocardico acuto, un ecocardiogramma, che può rilevare l'ingrandimento del ventricolo destro e un movimento paradossale del setto interventricolare.

Uno dei metodi più semplici, rapidi e sicuri, per confermare la diagnosi di EP è la ricerca della presunta origine dell'embolo da un tronco venoso periferico, tramite un ecocolordoppler venoso, che assume il significato di un surrogato diagnostico di EP. Questa metodica presenta specificità e sensibilità del 95-98% e permette di visualizzare una TVP nel 23-52% dei casi d'EP: perde in accuratezza diagnostica nei pazienti con recente intervento chirurgico e/o ortopedico, poco collaboranti o con trombosi parziali, non occludenti, o distali.

Importante per il suo elevato potere predittivo negativo (95%) è la valutazione del D-dimero; questo significa che valori normali di D-dimero in pazienti con bassa probabilità permettono di escludere con sicurezza la presenza di EP. Infine il test più specifico è rappresentato storicamente dalla scintigrafia polmonare ventilatoria-perfusionale cui si è andata affiancando negli ultimi anni l'angio TC polmonare spirale.

## ***Pneumotorace***

È dovuto alla presenza di aria nella cavità pleurica, tra la pleura parietale e quella viscerale. Il dolore insorge bruscamente mentre il paziente è a riposo e si presenta come un dolore acuto, a pugnolata e superficiale come qualità; si aggrava con gli atti respiratori e con la tosse. Sono presenti dispnea, tachipnea e cianosi e, all'esame obiettivo, si riscontra monolateralmente una riduzione del fremito vocale tattile, con suono plessico iperfonetico e riduzione (fino a scomparsa) del murmure vescicolare.

L'ipossiemia è minima in un soggetto giovane con pneumotorace spontaneo, ma può essere grave ed associarsi ad ipercapnia nei pazienti con malattia polmonare diffusa.

La radiografia del torace è in genere caratteristica mostrando la presenza di un'iperdiafania monolaterale e la deviazione della trachea.

## ***Pleurite-pleuropolmonite-tumori polmonari***

Il dolore è determinato dallo stiramento della pleura parietale infiammata ed è simile per caratteristiche al dolore della pericardite. A causa dell'irritazione pleurica, infatti, è correlato agli atti respiratori, diminuisce in apnea ed è aggravato dalla tosse o dall'inspirazione profonda. Nei tumori polmonari vi sono spesso associati altri disturbi (dimagrimento progressivo, astenia, dispnea ed espettorato contenente sangue). E' necessario eseguire solo, in prima battuta, una radiografia del torace.

## **2) Dolore d'origine gastro-intestinale**

### ***Spasmo esofageo***

È un disturbo motorio dell'esofago che può provocare dolore retrosternale prolungato, d'intensità costante, oppure spasmi dolorosi durante o dopo la deglutizione. Si verifica più spesso dopo la 5<sup>a</sup> decade di vita presentandosi più facilmente durante periodi di stress e di notte. La sede più tipica è quella retrosternale con irradiazione al



dorso, ai lati del torace, ma anche ad entrambi gli arti e agli angoli della mandibola. Si associa spesso a disfagia ai liquidi o ai solidi, più frequentemente per quelli freddi; può durare da qualche minuto ad alcune ore ed è definito come oppressivo. Lo spasmo esofageo va dimostrato con esame radiografico e monometrico. Scompare con la somministrazione di trinitroglicerina per via perlinguale questo può indurre in errore perché anche il dolore dell'angina pectoris è trinitrosensibile.

### ***Esofagite da reflusso ed ernia iatale***

È la conseguenza dell'incapacità dello sfintere esofageo inferiore di prevenire il rigurgito di secreto gastroduodenale nell'esofago. Il dolore avvertito è una sensazione di bruciore retrosternale; può essere associato a rigurgito acido dallo stomaco ed, in certi casi, irradiarsi ai lati del torace, al collo, agli angoli della mandibola e al dorso. Vi è spesso una relazione del dolore con i pasti e la postura (clinostatismo, flessione in avanti del tronco e, in generale, qualunque manovra che aumenti la pressione addominale).

Il disturbo può trovare sollievo dall'assunzione d'antiacidi. E' necessario un approfondimento diagnostico con esame radiologico, esofago-gastro-duodenoscopia, manometria e pHmetria.

### ***Ulcera peptica***

È un'ulcerazione circoscritta della mucosa che penetra la muscolaris mucosae, più frequentemente localizzata nel bulbo duodenale e lungo la piccola curvatura dello stomaco. Il dolore tipico è descritto come un bruciore, ma anche come una dolenza; il dolore è fisso ed è accentuato dall'assunzione di cibo se trattasi d'ulcera gastrica (il contrario si verifica nell'ulcera duodenale) e alleviato dall'assunzione di antiacidi. Gli esami baritati spesso stabiliscono la diagnosi d'ulcera peptica. L'endoscopia è oggi l'indagine d'elezione in quanto consente di effettuare contestualmente il prelievo biotico e di valutare se è associata un'infezione da *Helicobacter pylori*.

## ***Colica biliare***

È determinata dalla presenza di un calcolo che ostacola il deflusso della bile dalla colecisti e dal dotto cistico. E' presente dolore epigastrico "a barra", generalmente si propaga all'ipocondrio destro e posteriormente fino alla scapola destra, di solito particolarmente violento e prolungato. All'esame obiettivo si reperta una spiccata dolenzia alla palpazione dell'ipocondrio destro, con positività del segno di Murphy. La nausea e il vomito sono i sintomi più frequentemente associati. L'ecografia addome è diagnostica.

## **3) Dolore di natura psicogena**

### ***Ansia/Depressione, Nevrosi Cardiaca, Aerofagia***

La cassa toracica, e in particolare l'area precordiale e la regione apicale cardiaca, costituisce uno dei target preferenziali (insieme con testa e apparato gastrointestinale) di focalizzazione dei tratti di instabilità psichica.

Ansia, depressione, ipocondria, disturbi di somatizzazione possono tutti dar luogo a dolori toracici, il più delle volte simulanti quadri anginosi o di franca ischemia miocardica. Il dolore può essere netto, intermittente, lancinante o trafittivo, e si localizza spesso nell'area della mammella sinistra.

L'atipia della qualità e della durata del dolore, la quasi costante refrattarietà a qualsiasi trattamento, la variabilità sintomatologica, l'assenza o l'estrema povertà di reperti obiettivi, l'associazione a markers di somatizzazione viscerale (colon irritabile, dispepsia, cefalea, insonnia) e la negatività dell'ECG in corso di dolore, indirizzano verso un'origine psicogena dei disturbi.

## **4) Dolore d'origine neuro-muscolo-scheletrico**

Numerose patologie neuro-muscolo-scheletriche possono mimare un dolore toracico simil anginoso, tra queste la sindrome del muscolo scaleno anteriore, l'artrosi del rachide cervicale e dorsale e/o discopa-

tia, la frattura spontanea di una costola, la costo-condrite (Sindrome di Tietze).

Il dolore muscolo scheletrico risulta circoscritto ad un'area della parete toracica (fratture costali o condro-costali), è spontaneo, acuto, accentuato dai movimenti, dalla tosse, dalla digito-pressione, dal respiro ed è evocato da specifiche manovre; risulta più simile al dolore da cardiopatia ischemica quando interessa le radici posteriori degli ultimi segmenti cervicali e dei primi toracici (dolore mal localizzato, profondo, sordo).

### ***Sindromi radicolari***

Il dolore è associato ad infiammazione o stimolazione meccanica delle radici dei nervi spinali. La compressione delle radici posteriori dà origine ad un dolore acuto, lancinante, associato spesso a parestesie (formicolii), mentre dalle radici anteriori ha origine un dolore sordo, profondo, meno localizzato, più facilmente confuso con il dolore anginoso. Talvolta il dolore si presenta dopo prolungato riposo a letto ed è tipico della genesi radicolare il fatto che il dolore si accentui con i colpi di tosse o con gli starnuti. Utile eseguire un esame neurologico, radiografia della colonna vertebrale ed elettromiografia.

### **c) Il dolore toracico cardiaco non ischemico**

Quando si parla di dolore toracico cardiaco di origine non ischemica, si fa riferimento a condizioni derivanti da patologie a carico dell'aorta, del pericardio ed al prolasso valvolare mitralico (3,4,5,6).

### ***Dissezione aortica***

È dissecazione delle tuniche, intima/media, dell'aorta. Il dolore è molto intenso ad insorgenza improvvisa. La sede è toracica, anteriore, lungo la linea mediana, ma molto spesso ad irradiazione posteriore, a livello interscapolare, spesso con propagazione cranio-caudale in senso metamerico. Piuttosto frequentemente vi è una storia d'ipertensione arteriosa in anamnesi.

Il paziente di solito appare gravemente sofferente, ma non mostra segni di shock fino a che la dissecazione non interessi tutta la parete dell'aorta o non avvenga la rottura dell'aorta in un organo cavo contiguo. La dissecazione dell'aorta può estendersi e occludere le arterie maggiori, dando così luogo ad asimmetrie dei polsi carotidei, radiali o femorali e ad altri sintomi e segni caratteristici: l'occlusione della carotide può provocare TIA o ictus, l'occlusione della vertebrale può determinare la comparsa di sincope, coma, emiplegia o cecità; l'occlusione di un'arteria coronarica infarto miocardico acuto; l'occlusione dell'arteria renale può provocare ipertensione arteriosa acuta e oliguria; l'occlusione dell'arteria mesenterica può causare un infarto dell'intestino, con dolore addominale e ileo. La rottura esterna dell'aorta nel sacco pericardico può dare luogo ad un tamponamento cardiaco e provocare così la morte. La rottura esterna può anche verificarsi in altre sedi, quali un bronco, l'esofago, il mediastino, il peritoneo o il retroperitoneo, e può condurre a morte il paziente. E' da eseguirsi con urgenza una radiografia del torace, e successivamente l'ecocardiografia transesofagea, che consente una diagnosi di certezza con elevata sensibilità e specificità. Anche la TC e la RM si sono rivelate molto utili per la diagnosi di aneurisma disseccante.

### ***Pericardite***

La pericardite consiste nell'infiammazione del sacco pericardico che avvolge il cuore e l'origine dei grandi vasi. Nella maggior parte dei casi, tale condizione è la conseguenza di un'infezione virale e, in genere, si risolve in un paio di settimane senza conseguenze. Il dolore può essere simile al dolore ischemico; l'aspetto fondamentale del dolore pericardico è la variazione d'intensità in rapporto con le modificazioni posturali e durante i movimenti respiratori. Molto spesso è acuto e penetrante e si riduce in posizione seduta, eretta e piegata in avanti. L'inspirazione profonda e, occasionalmente, la deglutizione peggiorano il dolore. Gli esami da eseguire sono una radiografia del torace, l'elettrocardiogramma, l'ecocardiogramma e le analisi di laboratorio che confermano la diagnosi e forniscono informazioni sul grado del versamento. Nella pericardite acuta, l'ECG mostra tipicamente un sopraslivellamento del segmento ST in tutte le derivazioni con una concavità rivolta verso l'alto. Il segmen-

to PR appare invece depresso; inoltre, a differenza dell'infarto miocardico, non si evidenziano alterazioni speculari e inversione delle onde T.

### ***Prolasso valvolare mitralico***

È un'anomalia che interessa uno o entrambi i lembi della valvola mitrale che si presentano ispessiti, ridondanti, con mancanza di coaptazione e prolasso in atrio sinistro durante la sistole. Talvolta è lamentato un dolore prolungato non in rapporto con lo sforzo, con brevi attacchi di dolore puntorio in corrispondenza dell'apice cardiaco (regione sottomammaria sinistra). Frequentemente questo dolore si associa a palpitazioni, affaticabilità, dispnea, astenia e disturbi neuropsichici quali ansia, depressione, psicosi, disturbi della personalità, attacchi di panico, disturbi del sonno, emicrania e iperventilazione. Questa anomalia è sospettata clinicamente dall'ascoltazione di un click meso-telesistolico al centrum cordis e diagnosticata con certezza dall'esame ecocardiografico; talvolta all'ECG sono presenti alterazioni aspecifiche di ST-T in sede inferiore o anteriore.

### **d) Dolore toracico ischemico**

Per dolore toracico cardiaco ischemico s'intende classicamente il sintomo provocato dall'occlusione completa o parziale di un vaso coronario e configurante quelle condizioni note come angina pectoris stabile o instabile e infarto del miocardio, queste ultime oggi comprese nella denominazione di Sindromi Coronariche Acute (3,4,5,6).

Tuttavia, esistono anche altre condizioni che determinando un mismatch tra l'apporto d'ossigeno al miocardio e la richiesta provocando un'ischemia relativa e quindi un'angina da discrepanza.

Tra queste condizioni cliniche ricordiamo l'ipertensione arteriosa, la stenosi e l'insufficienza aortica, la cardiomiopatia ipertrofica e lo stato anemico.

### ***Stenosi aortica***

La stenosi aortica è una malattia congenita o acquisita delle semi-lunari aortiche caratterizzata da restringimento valvolare e ostruzione al flusso di sangue dal ventricolo sinistro all'aorta, con sviluppo di gradiente pressorio transvalvolare e ipertrofia di tipo concentrico del ventricolo sinistro.

I sintomi e i segni cardine di tale patologia sono: sincope, dispnea da sforzo, dolore anginoso da discrepanza e soffio sistolico rude sul focolaio aortico che si propaga lungo la corrente ematica (vasi del collo, aorta). L'ecocardiogramma consente di confermare la diagnosi e di valutare il gradiente di pressione transvalvolare aortico e, quindi, la severità della patologia per porre un'eventuale indicazione chirurgica.

### ***Cardiomiopatia ipertrofica***

Il dolore toracico acuto può essere il sintomo d'esordio nel 10% dei casi di soggetti con cardiomiopatia ipertrofica, fino ad arrivare al 40% nelle fasi più avanzate della malattia. Nel 60% dei casi il sintomo principale della patologia è la dispnea.

Il dolore è molto simile a quello dovuto a patologia anginosa, per quanto riguarda la sede, la qualità e l'irradiazione, tuttavia vi sono alcuni aspetti che ci permettono di fare diagnosi differenziale: il dolore è spesso prolungato e non da sforzo, può essere accentuato dalla manovra di Valsalva, la TNT a volte accentua il dolore, può essere associato a sincope.

L'obiettività clinica è spesso d'aiuto al medico; all'ascoltazione è spesso presente un soffio sistolico sulla margino-sternale e alla punta. All'ECG è presente un sottoslivellamento di ST a convessità superiore, con inversione dell'onda T, specie nelle derivazioni precordiali; sono presenti segni di IVS e talvolta onde Q ampie e profonde che simulano un IMA pregresso. L'ecocardiogramma ci permette di fare una diagnosi di certezza.

### ***Insufficienza aortica***

La patologia è caratterizzata da un reflusso diastolico dall'aorta in ventricolo sinistro causato da lesioni delle semilunari aortiche o da dilatazione dell'aorta ascendente, con coinvolgimento dei lembi valvolari. Il sangue che rigurgita dilata il ventricolo sinistro; il sovraccarico diastolico stimola l'ipertrofia eccentrica, che aumenta le dimensioni della cavità. Il dolore compare nelle fasi tardive della malattia, quando il paziente va incontro ad insufficienza ventricolare sinistra e comincia a lamentare angina pectoris sia di notte che a riposo, in genere poco sensibile alla terapia. L'esame fisico evidenzia un cospicuo ingrandimento eccentrico del ventricolo sinistro (cuore a scarpa) e un soffio diastolico, aspirativi sul focolaio aortico. L'ECG mostra i segni dell'ipertrofia del ventricolo sinistro con sovraccarico diastolico (onde R alta nelle precordiali sinistre con onde T alte ed appuntite). Come nella stenosi aortica, l'ecocardiogramma consente di confermare la diagnosi e di valutare l'entità del rigurgito e di porre l'eventuale indicazione chirurgica.

### ***Ipertensione arteriosa severa***

Il dolore che lamentano i pazienti affetti da ipertensione severa può essere spiegato con due meccanismi: il primo presuppone che, a causa dell'ipertrofia ventricolare sinistra, dovuta al sovraccarico sistolico cronico di pressione sul ventricolo sinistro, si verifichi una discrepanza tra offerta e richiesta di O<sub>2</sub> da parte dei miociti; l'altro meccanismo invece chiama in causa una malattia del microcircolo coronarico, in parte da alterazioni strutturali delle arteriole, in parte da disfunzione endoteliale, con alterazione della capacità di vasodilatazione durante lo sforzo.

### ***Anemia severa***

Anche nelle forme severe di anemia è possibile che i pazienti lamentino dolore toracico. I meccanismi per spiegarne l'origine sono: riduzione della capacità di trasporto di O<sub>2</sub> da parte dei globuli rossi e tachicardia sinusale compensatoria, con aumento del consumo di O<sub>2</sub>

del miocardio, che possono determinare una sofferenza ischemica cardiaca; in altri casi l'anemia può essere una concausa in grado di slantizzare una cardiopatia ischemica silente.

### ***Sindromi coronariche acute***

Scopo principale di inquadrare correttamente il dolore cardiaco d'origine ischemica è quello di decidere quale fra le seguenti opportunità, sia la più adeguata per un paziente con potenziale IMA o altra condizione, che potrebbe richiedere assistenza intensiva: ricovero in unità coronarica, ricovero in altro reparto o rinvio al curante.

### **Sintomi e segni**

Il dolore cardiaco ischemico ha caratteristicamente sede retrosternale o epigastrica e s'irradia al braccio sinistro (formicolio, intorpidimento). Talora la sede può essere atipica (sotto mammario sx, mandibola) e l'irradiazione può essere ad entrambe le braccia, alla mandibola o alla regione interscapolare, al dorso. Il dolore è caratteristicamente costrittivo, talora urente o gravativo e non si modifica con la digito-pressione e con gli atti del respiro. Sintomi associati possono essere il pallore, la sudorazione, l'aumento o la diminuzione della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa, il vomito o altri sintomi digestivi (IMA inferiore). Talora, specie nei soggetti diabetici, l'infarto può essere silente. Nell'angina pectoris stabile il dolore è provocato da una noxa che in genere è l'esercizio fisico, ma può essere anche uno stress emotivo, il freddo o un pasto abbondante, tutte cause che il paziente conosce e impara ad evitare. Il dolore regredisce con il riposo, o spontaneamente o dopo l'assunzione di nitrati sublinguali in meno di 15 min. Nell'angina instabile e nell'infarto del miocardio il dolore in genere insorge a riposo, è di maggiore intensità e durata (> 20 min) e non scompare dopo l'assunzione di TNT s.l. L'esame obiettivo può essere completamente negativo, oppure il paziente può presentare modificazioni della frequenza o del ritmo, talora un soffio mitralico e stasi polmonare.



## Fisiopatologia

Da un punto di vista eziopatogenetico l'angina pectoris stabile è provocata da una malattia aterosclerotica cronica, in genere diffusa, che ha determinato una stenosi emodinamicamente significativa per cui già in condizioni basali, per garantire il normale apporto di ossigeno il microcircolo è vasodilatato parzialmente o completamente e quando aumenta il fabbisogno di ossigeno del miocardio la riserva coronarica è insufficiente o esaurita. Esistono anche forme d'angina a riposo nelle quali le coronarie possono essere esenti da placche aterosclerotiche ma presentano disfunzione endoteliale, ovvero presentano placche emodinamicamente non significative; tuttavia, a causa di un vasospasmo, si può determinare un'ischemia transitoria subendocardica (angina a riposo classica) o un'ischemia transmurale (angina variante o di Prinzmetal).

L'angina instabile e l'infarto del miocardio che oggi si classificano come sindromi coronariche acute, senza o con sottoslivamento del tratto ST, si originano invece dal complicarsi di una placca aterosclerotica, pertanto definita vulnerabile, ricca in lipidi e cellule infiammatorie e non emodinamicamente significativa. Sulla rottura della placca s'instaura la trombosi che se parziale dà origine ad una sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST (condizioni che prima erano definite angina instabile ed IMA non Q), se completa alla sindrome a ST sopraelevato (il vecchio infarto Q). Esistono tuttavia forme d'infarto miocardico giovanile o in donne, che possono verificarsi a "coronarie sane". In questi casi spesso è presente una disfunzione endoteliale, spesso il fattore di rischio maggiormente rappresentato è il fumo di sigarette ed il meccanismo fisiopatologico più probabile è uno spasmo coronarico prolungato che determina la necrosi miocardica.

In questa sede non verranno trattati i fattori di rischio cardiovascolare che predispongono allo sviluppo dell'aterosclerosi.

## Diagnosi

La diagnosi di cardiopatia ischemica si fa innanzitutto tramite una corretta anamnesi volta ad indagare principalmente sulle caratteristiche del dolore, sulla presenza di fattori di rischio cardiovascola-

ri e sulla storia di precedenti ischemici. Più è elevato il rischio globale del paziente e più è probabile che il dolore cardiaco sia ischemico. Un cardine della diagnostica è costituito dall'elettrocardiogramma che può mostrare acutamente un sottoslivellamento del tratto ST ( $> 0.5$ , più specifico se orizzontale, meno specifico se ascendente), o un sopraslivellamento (lesione  $> 1$ mm dal punto J in almeno due periferiche o  $> 2$  mm in almeno 2 precordiali), o successivamente un'inversione dell'onda T ( $> 2$  mm, più specifiche se simmetriche e appuntite) o un'onda Q patologica di durata superiore a 0.04 ms, in almeno due derivazioni contigue. Spesso l'ischemia si può associare all'insorgenza d'aritmie sia sopraventricolari (specialmente fibrillazione atriale) che ventricolari. L'ecocardiogramma può fornire indicazioni diagnostiche se evidenzia difetti della cinesi segmentaria; tuttavia, se l'esame viene effettuato dopo la scomparsa del sintomo e non si è verificata necrosi, può anche essere negativo. L'ecocardiogramma può inoltre evidenziare altre cause responsabili di dolore toracico come un'embolia polmonare (comunque emodinamicamente significativa), una dissezione aortica, un versamento pleurico o pericardico. A questo proposito anche un RX del torace andrebbe effettuato per escludere altre cause di dolore toracico. A complemento dell'esame elettrocardiografico deve essere effettuato il dosaggio dei marker di necrosi miocardica. Accanto ai ben noti LDH, GOT, GPT (indici poco specifici, con una cinetica lenta) CPK e CPK-MB (più specifici e più precoci), oggi si è imposto il ruolo delle troponine (T o I che si positivizzano dopo circa 6 ore), un'indice molto specifico di danno cardiaco, predittore anche di prognosi. La mioglobina è infine un indice non molto specifico ma molto precoce (si positivizza tra 3 e 6 ore dall'inizio dei sintomi). Dall'analisi di questi due dati (ECG ed enzimi) è possibile proseguire il work-up per lo studio del dolore toracico, stratificare il rischio del paziente e istituire un programma terapeutico. Il paziente con elettrocardiogramma e troponine negativi, è un paziente a basso rischio che, dopo una breve osservazione di circa 6-12 ore, potrà essere dimesso dal pronto soccorso con l'indicazione ad eseguire un test provocativo d'ischemia (test ergometrico, scintigrafia miocardica, eco-stress). Il paziente con ECG non diagnostico ma dolore toracico tipico e persistente, e FR cardiovascolari, va tenuto in osservazione per circa 12 ore anche se i markers di necrosi sono negativi e questi andranno ripetuti. Vi sono, infatti, pazienti con ECG normale che nel 5-40% dei casi possono sviluppare un infarto del miocardio.

I pazienti con modificazioni dell'ECG e troponina positiva vanno ospedalizzati. Esiste un grading del rischio in relazione alle modifiche elettrocardiografiche mostrate dal paziente; il rischio è più elevato nei pazienti che presentano un sopraslivellamento del tratto ST. Questo è un segno d'infarto acuto nell'80-90 % dei casi. Tuttavia, solo il 30-40% dei pazienti con dolore toracico acuto esordisce con questo tipo di modificazioni ecgrafiche. Il sottoslivellamento del tratto ST individua un rischio di sviluppare infarto in circa il 50% dei pazienti. Infine, la modificazione a più basso rischio è rappresentata dall'inversione dell'onda T, che non è del resto un segno specifico.

## Terapia

Le modificazioni ecgrafiche del tratto ST individuano due grandi categorie: pazienti con sopraslivellamento del tratto ST e quelli senza sopraslivellamento del tratto ST (entrambe necessitano di cure intensive cardiologiche).

La prima categoria di pazienti va immediatamente trasferita in UTIC e sottoposta a terapia di riperfusione, mediante angioplastica coronaria primaria, nelle strutture dotate d'emodinamica e con un volume di procedure adeguato a garantire l'expertise degli operatori ed un tempo "door to balloon" breve (preferibilmente < 90 min), altrimenti a trombolisi. Nei pazienti in shock o con trombolisi inefficace dovrà essere eseguita un'angioplastica di salvataggio (rescue PTCA).

Nel gruppo a ST non sopraslivellato il paziente potrà essere avviato a coronarografia ed eventuale angioplastica se presenta indicatori di alto rischio (instabilità elettrica o emodinamica, ischemia ricorrente nonostante appropriata terapia, angina persistente, funzione cardiaca depressa, precedente angioplastica o CABG, troponina positiva; sottogruppi a più elevato rischio sono, inoltre, i diabetici e gli anziani > 75anni); altrimenti, se a basso rischio, il paziente potrà essere trattato, in ambiente cardiologico, con una strategia conservativa. Questa prevede la stabilizzazione del paziente, quindi l'esecuzione di un test provocativo di ischemia e solo nel caso questo sia positivo della coronarografia.

Tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta andranno inoltre trattati con aspirina, eparina non frazionata o a basso peso molecolare, betabloccanti (in assenza di controindicazioni) e nitrati. Nei

pazienti con FE depressa o con necrosi miocardica, è poi opportuno l'uso dell'ACE-inibitore e nel primo gruppo anche del diuretico. Nei pazienti con infarto destro è indicato il supporto con liquidi.

Il paziente con NSTEMI che è avviato al work up invasivo o con STEMI che sarà trattato con angioplastica primaria dovrebbe essere pretrattato con clopidogrel 300 mg prima della procedura, continuando poi la somministrazione di 75 mg/die per un periodo minimo di tre mesi e fino ad un anno. Efficaci si sono dimostrati pure gli inibitori delle glicoproteine IIb-IIIa (tirofiban, abciximab, eptafibatide) che possono essere utilizzati nelle STEMI per stabilizzare il paziente o prima della procedura d'emodinamica.

Un ruolo di crescente importanza nella terapia della cardiopatia ischemica hanno dimostrato oggi di svolgerlo anche le statine farmaci non solo in grado di determinare una riduzione dei livelli di colesterolo ma anche di ottenere la stabilizzazione della placca mediante meccanismi antinfiammatori (che a tutt'oggi non è ben chiaro se siano indipendenti dai livelli di colesterolo o siano in qualche modo a questa correlati). Nei pazienti con CAD o CAD equivalenti (AAA, Diabete, ictus, AOP) le LDL vanno mantenute al di sotto di 100mg/dl e secondo recenti evidenze nei sottogruppi ad altissimo rischio anche al di sotto di 70mg/dl. L'impiego dei calcio antagonisti non diidropiridinici può essere un'alternativa al beta-bloccante nel paziente con controindicazioni serie e con funzione cardiaca conservata, mentre costituisce la prima scelta invece nell'angina di Prinzmetal.

#### **e) Linee guida U.O.C. di Cardiologia-Dea dell'A.O.U.P "Paolo Giaccone"**

La Sindrome Coronarica Acuta (SCA) rappresenta uno dei fattori più comuni d'ospedalizzazione ogni anno in Europa; per questo motivo la gestione del paziente con Dolore Toracico Acuto non traumatico (DTA) risulta essere uno dei problemi più sentiti della Medicina sia territoriale che ospedaliera. Inoltre, l'entità del fenomeno, le conseguenze potenzialmente letali e le implicazioni finanziarie e medico-legali a livello di tutte le figure professionali e delle strutture coinvolte rendono più che mai necessaria una uniformità nei percorsi diagnostico-assistenziali, tale da rendere efficiente ed efficace il soccorso di questi pazienti fin dal primo contatto con il Sistema chiamato ad assisterli.

L'obiettivo clinico principale del percorso diagnostico del paziente con DTA è l'identificazione precoce dell'infarto miocardico acuto per realizzare nel più breve tempo possibile una procedura di rivascolarizzazione, sia essa trombolisi, angioplastica primaria o by-pass, in ambiente cardiologico intensivo o cardiocirurgico. In considerazione della nota variabilità della sintomatologia soggettiva e della possibilità di quadri clinici atipici, queste raccomandazioni devono essere usate come tali, cioè nella maggioranza dei casi, riservando a condizioni individuali specifiche percorsi diversi da quelli qui proposti valutabili caso per caso. A questo proposito è indispensabile considerare che ogni presidio diagnostico qui suggerito ha un'accuratezza predittiva correlata con la probabilità di malattia del soggetto esaminato.

È quindi fortemente consigliato non avviare al percorso diagnostico tutti coloro che riferiscono un dolore toracico ma solo i pazienti con dolore toracico acuto non traumatico la cui natura non cardiogena non sia evidente e nei quali risulti clinicamente ragionevole escludere una SCA.

Il raggiungimento dell'obiettivo generale e degli obiettivi specifici rendono necessaria l'identificazione e la condivisione di un processo decisionale nella gestione del Dolore Toracico Acuto che preveda i seguenti passaggi:

1) identificazione prioritaria della sindrome coronarica acuta con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) cui corrisponde lesione miocardica transmurale secondaria ad ischemia grave e quindi generalmente il quadro clinico dell'IMA il cui trattamento deve essere realizzato secondo le linee guida specifiche;

2) la discriminazione della Sindrome Coronarica Acuta senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) dalle altre cause critiche (Dissecazione aortica, Pneumotorace, Embolia Polmonare, Pericardite con Tamponamento cardiaco). Questa discriminazione ha un'immediata ricaduta sulla prima scelta di referral (chirurgia, pneumologia, cardiologia ecc.) e sui tempi d'intervento sul paziente;

3) l'assegnazione di probabilità alla SCA relativamente ad altre condizioni, basata essenzialmente sul dolore, l'esame clinico e l'elettrocardiogramma. L'assegnazione di probabilità di SCA ha come ricaduta una successiva scelta di referral dove un valore alto indirizza immediatamente al ricovero, un valore intermedio o basso orienta al trattenimento del paziente in "Osservazione Breve" nel Dipartimento d'Emergenza ed un valore bassissimo orienta al rinvio a domicilio del paziente o ricerca d'altre cause;

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

4) una valutazione iniziale e successive rivalutazioni allo scopo di meglio definire la probabilità di SCA e il rischio d'evento, in cui la SCA può evolvere (Decesso, Infarto Miocardico Acuto, Angina Instabile ecc.), inteso come possibilità quantificata che quell'evento si verifichi entro una finestra temporale predefinita.

Pertanto, tutti i pazienti afferenti ad un Pronto Soccorso per dolore toracico non traumatico richiedono l'immediata valutazione da parte dell'infermiere addetto al triage e dovrebbero essere indirizzati ad ulteriore valutazione.

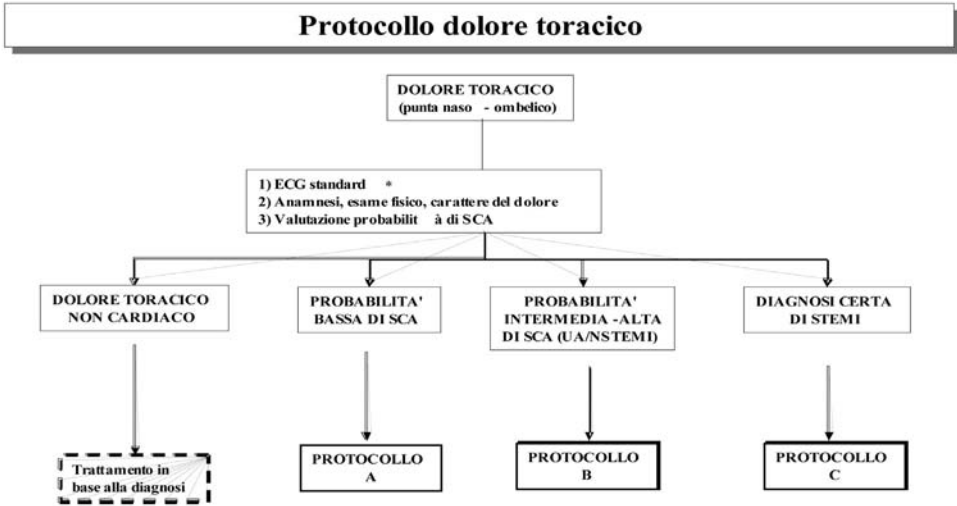
La tabella II mostra la probabilità di come alcuni sintomi e segni siano espressione di sindrome coronarica acuta. (Tabella III)

Tabella II

	<b>PROBABILITA ' ALTA</b> <i>qualsiasi dei seguenti indicatori:</i>	<b>PROBABILITA ' INTERMEDIA</b> <i>assenza di probabilità à alta e presenza di qualsiasi dei seguenti indicatori:</i>	<b>PROBABILITA ' BASSA</b> <i>assenza di probabilità à alta o intermedia ma possibile presenza di:</i>
<b>ANAMNESI</b>	1) Dolore o fastidio toracico o al braccio sinistro come sintomo dominante, che riproduce il dolore di precedenti episodi anginosi certi 2) Storia nota di cardiopatia ischemica o infarto miocardico	1) Dolore o fastidio toracico o al braccio sinistro come sintomo dominante 2) Età > 70 anni 3) Sesso maschile 4) Diabete mellito 5) Assenza di diabete ma $\geq 2$ altri fattori di rischio	1) Sintomi di sospetta origine ischemica in assenza di qualsiasi caratteristica di probabilità à intermedia 2) Un fattore di rischio (non diabete) 3) Recente uso di cocaina
<b>ESAME FISICO</b>	Soffio mitralico transitorio, ipotensione, sudorazione, edema polmonare o rantoli	Malattie vascolari extracardiache	Dolore/fastidio toracico esacerbato o riprodotto dalla palpazione
<b>ECG</b>	Slivellamento inedito, o presunto tale, di ST (>0,5 mm) o inversione di T (>2 mm) associati a sintomi	1) Onde Q "croniche" 2) Anormalità di ST o T non sicuramente inedite	1) Onde T piatte o invertite in derivazioni con R dominanti 2) ECG normale
<b>MARCATORI MIOCARDICI</b>	Aumento di troponine o CK-MB	Normali	Normali

La tabella III mostra invece l'algoritmo dei protocolli utilizzati, in base alla probabilità, nella nostra U.O.C. di Cardiologia-DEA.

Tabella III



La diagnosi certa di STEMI (sopraslivellamento di ST  $\geq 1$  mm in almeno due derivazioni periferiche o di  $\geq 2$  mm in almeno due derivazioni precordiali contigue (o blocco di branca sinistro di verosimile nuova insorgenza), indirizza verso il cosiddetto **Protocollo C** basato sull'esecuzione di un prelievo di sangue venoso al fine di valutare AST, LDH, CPK, CK-MB massa, Azotemia, Glicemia, Creatininemia, Elettroliti, Emocromo, INR, PTT, Fibrinogeno, ed assetto lipidico (quest'ultimo con determinazione non in urgenza) e sull'immediato ricovero in Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC).

Il **Protocollo B** è attuato in caso di sospetta Angina Instabile o NSTEMI (sottoslivellamento di ST  $> 0,5$  mm, o sopraslivellamento transitorio, od onde T invertite ( $> 2$  mm) in più derivazioni; modificazioni dinamiche di ST; dolore tipico; anamnesi positiva per cardiopatia ischemica; diabete o  $\geq 2$  altri fattori di rischio; presenza d'indicatori di rischio intermedio-alto di morte/IM non fatale) e prevede l'esecuzione di un prelievo di sangue venoso al fine di valutare AST, LDH, CPK, CK-MB massa, Mioglobina, cTnI, PCR, Azotemia, Glicemia, Creatininemia, Elettroliti, Emocromo, INR, PTT, Fibrinogeno, ed



Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

assetto lipidico (quest'ultimo con determinazione non in urgenza) e sull'immediato ricovero in Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC).

In caso d'ECG non diagnostico o normale, dolore risolto o non tipico, assenza di indicatori di rischio intermedio-alto deve essere seguito il **Protocollo A** che prevede un iter basato su prelievi seriati per la valutazione dei markers miocardiospecifici associati all'esecuzione di un ECG; tale iter sarà ripetuto 2 volte dopo l'accettazione (ogni 6 ore) qualora il dolore sia insorto da meno di 3 ore mentre, in caso di dolore insorto da più di 3 ore, sarà effettuato una sola volta (6 ore dopo l'accettazione). In caso di negatività potrà essere dirimente la diagnosi un test provocativo (Test ergometrico, Scintigrafia miocardica a riposo e dopo stimolo, Eco-stress), da eseguirsi presso l'U.O.C. di Cardiologia entro 24 ore e sulla scorta del quale verrà posta o no l'indicazione ad una valutazione invasiva (Coronarocardiografia).

Infine, è opportuno ricordare che, a prescindere dal protocollo preso in considerazione, deve sempre essere effettuata una stratificazione del rischio a breve termine di morte o infarto non fatale; la tabella IV ne riassume i criteri.

Tabella IV

	<b>RISCHIO ALTO</b> <i>Presenza di almeno una delle seguenti caratteristiche:</i>	<b>RISCHIO INTERMEDIO</b> <i>Assenza di indicatori di alto rischio, ma possibile presenza di:</i>	<b>RISCHIO BASSO</b> <i>Assenza di indicatori di rischio ma possibile presenza di:</i>
<b>ANAMNESI</b>	Aggravamento dei sintomi ischemici nelle 48 ore precedenti	Pregressi IM, malattia vascolare periferica o cerebrale, o by-pass aorto-coronarico, uso di aspirina	
<b>CARATTERE DEL DOLORE</b>	Dolore persistente prolungato (>20 minuti) a riposo	1) Angina a riposo (>20 min.) risolta, con moderata o alta probabilità di cardiopatia ischemica 2) Angina a riposo (<20 min.) o risolta con il riposo o TNG sublinguale	Angina di nuova insorgenza o progressiva (cl. Canadese III -IV) nelle ultime 2 setti. senza dolore a riposo prolungato (>20 min.) ma con probabilità intermedia o alta di cardiopatia ischemica
<b>REPERTI CLINICI</b>	1) Edema polmonare 2) Soffio da insufficienza mitralica inedito o accentuato 3) III tono o ranto inedito accentuati 4) Ipotensione, bradicardia, tachicardia 5) Età > 75 anni	<b>Età &gt;70 anni</b>	
<b>ECG</b>	1) Angina a riposo con sollevamenti transitori ST >0,5 mm 2) Blocchi di branca, inediti o presunti tali 3) Tachicardia ventricolare	1) Onde T invertite (>2 mm) 2) Onde Q patologiche	ECG normale o senza modificazioni durante un episodio di dolore toracico
<b>MARCATORI MIOCARDICI</b>	Marcatamente aumentati	Lievemente aumentati	Normali



## f) Conclusioni

Alla luce di quanto sopra esposto risulta chiaro che il paziente con dolore toracico rappresenta un impegnativo problema diagnostico sia per la molteplicità che per la gravità delle possibili cause.

La gestione del paziente con Dolore Toracico Acuto non traumatico (DTA) è uno dei problemi più sentiti della Medicina sia territoriale che ospedaliera e l'importanza del problema emerge da alcune statistiche degli Stati Uniti secondo le quali nel 1997 circa 5.315.000 pazienti sono stati valutati nei Dipartimenti di Emergenza per DTA con un costo superiore a 6 miliardi di dollari. Di questi pazienti più della metà non ha una sindrome coronarica acuta mentre il 10-15% dei pazienti ha infarto miocardico acuto ed il 30-35% angina instabile. Nel 50-60% dei casi l'elettrocardiogramma non è diagnostico. Di conseguenza negli USA all'incirca 1,5 milioni di ricoveri l'anno hanno come unico scopo quello di "escludere una sindrome coronarica acuta". Si stima che il 25-50% dei pazienti con dolore toracico acuto subiscono un ricovero inappropriato (con una spesa stimata di 5 bilioni di dollari/anno), mentre le dimissioni inappropriate raggiungono il 2-8% dei casi. L'erronea dimissione dei pazienti con IMA rappresenta il 20% delle spese medico-legali contro i medici dei DEA negli USA.

Anche in Italia i costi che il SSN deve sostenere per la gestione di tale condizione clinica sono notevoli, considerato il fatto che il dolore toracico porta molti pazienti a chiedere aiuto ai nostri PS, con il rischio di una non adeguata gestione dovuta ad uno scorretto approccio diagnostico.

Le moderne indagini offrono l'opportunità di aumentare la qualità e l'efficienza della valutazione del paziente con dolore toracico ma per questo fine è necessario un approccio integrato tra le diverse metodiche disponibili.

L'ecocardiografia rappresenta un'indagine di primo livello grazie alle caratteristiche non invasive e all'elevato valore diagnostico, infatti, fornisce informazioni sia anatomiche che funzionali, inoltre aumenta la sensibilità diagnostica dell'ECG nel paziente con dolore toracico.

Le linee guida dovrebbero essere usate per fornire la terapia migliore per i pazienti con Sindrome Coronarica Acuta e per valutare rapidamente i pazienti a basso rischio.

Astanterie, a relativamente basso costo, come le "chest pain units", sembrano utili per una breve osservazione di pazienti che non

possono essere rimandati a casa ma che, il più delle volte, non necessitano del ricovero. Per i pazienti ischemici un trattamento precoce, oggi, può diminuire i successivi eventi coronarici, salvare il miocardio e la vita del paziente.

Occorre dunque differenziare i pazienti in condizioni critiche da tutti gli altri, attuando per loro le decisioni operative, inoltre è di fondamentale importanza l'utilizzo delle schede/protocollo di valutazione diagnostica, sia per una guida ragionata del singolo caso che al fine di avere un'omogenea raccolta di dati clinici fruibili ai fini statistico-epidemiologici.

## **Bibliografia**

BURT C.W.: *Summary statistics for acute cardiac ischemia and chest pain visits to United States EDs, 1995-1996*. Am J Emerg Med 1999; 17: 552-559.

*Pronto Soccorso Policlinico Universitario "P. Giaccone"*, Palermo, dati personali del Prof. PATERNA.

*Task Force on the management of chest pain*. European Heart Journal (2002) 23, 1153-1176.

ACC/AHA Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. Circulation 2002; 106: 1893.

G. FRADÀ. Semeiotica medica nell'adulto e nell'anziano. II edizione. Piccin editore.

BRAUNWALD E., ZIPES D. P., LIBBY P. HEART DISEASE. A Testbook of cardiovascular medicine. 2001 W.B. Saunders Company.



## FONDAMENTI ETICI DELLA RESPONSABILITÀ

*A. Parisi*

Docente Facoltà Teologica di Sicilia "San Giovanni Evangelista", Palermo

### **Premessa**

Da più parti si avverte oggi un nuovo bisogno di morale, e a tutti i livelli: se ne constata l'urgenza soprattutto quando si riflette sulle crescenti capacità tecniche scientifiche dell'umanità o sulle stridenti situazioni di ingiustizia, di fame, di morte che tuttora permangono; se ne comprende l'indispensabilità quando si prova a dare qualità pienamente umana alla nostra vita personale.

Tuttavia, quando si parla di morale, si prova un certo senso di disagio o di sospetto, motivato da complessi fattori sia sociali che personali. Il paradosso sembra sia quello di liberarsi della prospettiva morale per vivere pienamente. Si tratta di una situazione contraddittoria che peraltro spinge a non rinchiudersi nella sicurezza di formulazioni di proposte del passato. Occorre ripensare linguaggio, motivazioni, orizzonti, prima ancora che affrontare i sempre nuovi problemi concreti che ci si pongono dinanzi.

Sicuramente vanno evitate impostazioni errate, come quelle che riducono l'istanza morale a una serie di imposizioni eteronome, o insufficienti, come quelle che si chiudono nell'autorealizzazione individuale.

L'etica è qualcosa di più che un semplice codice normativo morale. È necessario comprendere che dietro la parola "etica" vi è qualcosa di assai più vasto della semplice norma morale.

Il termine "etica" deriva dalla parola greca *ethos*, che significa "ambiente adatto alla vita di una persona". Essa traduce l'idea del

sentirsi a proprio agio, riuscendo realmente a essere se stessi. Le grandi crisi derivano sempre dal crollo di un *ethos*, quando l'uomo è strappato al suo "ambiente", in cui si identifica, e costretto a cambiare, a uscire dalla propria identificazione.

L'uomo odierno tenta di impossessarsi del suo comportamento, di dettare i valori, di divincolarsi da ogni presunto legame oggettivo, erigendo se stesso a criterio del proprio agire. Ma in questo modo finisce per perdere il senso della ricerca esistenziale, accontentandosi di una vita del tutto mediocre e vuota di significato, rigettando la possibilità di aprirsi a qualcosa che possa dare pienezza di senso all'esistenza.

### **Alcuni approcci di ricerca di un'etica emancipata**

All'inizio dell'età moderna Ugo Grozio affermò con forza che, indipendentemente da Dio, la natura umana possedeva i propri valori morali ed era in grado di reperirli. È la genesi del *giusnaturalismo laico*, una vera e propria scalata dell'uomo al fondamento dell'etica, la conquista di una vetta che fino a quel momento era rimasta terreno di Dio.

Tutti i tentativi che seguirono nei secoli posteriori, compreso quello di Kant, quello di Hegel e quello di Marx, pur nella loro eterogeneità, sono comprensibili solamente all'interno del grandioso progetto groziano: la ricerca e la conquista di un'etica laica, capace di fondarsi in se stessa.

Ma già nel XVIII e nel XIX secolo cominciarono a levarsi voci dissenzienti. Nel 1700 fu Hume ad affermare la non esistenza di valori universali; questi erano solamente il frutto delle usanze dei popoli. Gli uomini, fatti per vivere insieme, devono necessariamente stabilire regole di convivenza, senza le quali la stessa vita sarebbe del tutto impossibile. Hume stabiliva anche un criterio che permetteva di giudicare quale potesse essere l'etica più valida: essa consiste in quell'intreccio di valori che possiede una maggiore stabilità temporale. I valori diventano dunque necessari all'interno di un quadro sociale complesso, ma del tutto relativi al di fuori di tale quadro. È il tutto che mantiene le singole parti, ma il tutto stesso non ha nessun fondamento, nessuna ragione che ci porti a sostenere in maniera assoluta quel tutto al posto di un altro.

Il positivismo, con la sua pretesa di rigore scientifico, scoprì ben presto che non esistevano criteri assoluti per affermare la validità di

una legge. Si attenne allora solamente a criteri formali, dando vita a quella corrente chiamata *giuspositivismo*: una legge è valida quando è espressa e promulgata dall'organo competente e pubblicata sul giornale d'informazione competente. Ogni altro criterio non è accertabile.

Furono gli orrori compiuti tra le due guerre, in base a leggi che avevano tutte le caratteristiche che i giuspositivisti richiedevano e che quindi, dal loro punto di vista, potevano essere considerate perfettamente valide, a costringere a un vasto ripensamento. Nonostante in questo periodo il giusnaturalismo, in forma inconsapevole e immediata, abbia conosciuto una certa rifioritura.

La concezione freudiana della morale e la sempre maggior diffusione di un certo freudismo contribuivano ad alimentare dubbi e inquietudini. Freud afferma infatti che la morale è il frutto dell'interiorizzazione, peraltro necessaria, del principio paterno, dapprima esterno portatore di valori, poi fatto proprio. Se dunque i valori sono dapprima le imposizioni del padre, non esistendo un padre assoluto, ma sempre un padre concreto e storico, anche i suoi valori possono solamente avere portata concreta e storica, quindi, in ultima analisi, contingente.

Il risultato finale di questo breve itinerario è un grande ribaltamento di prospettive: dai valori assoluti, insiti nella natura umana di cui parlava il giusnaturalismo graziano, ai valori che, continuando a essere stimati come necessari, portano con sé sempre più l'impronta della contingenza. Dietro l'apparente riferimento a valori eterni, si nasconde sempre più la consapevolezza di trovarsi di fronte a valori necessari, ma che hanno validità in un preciso ambito storico: quello del nostro secolo.

L'atmosfera della relatività dei valori si respira anche presso coloro che ancora sembrano rimanere legati alla ricerca di valori assoluti. Il secolo appena concluso ha infatti sempre più rigettato la possibilità che l'uomo possa raggiungere una posizione assoluta. Con la perdita dell'orizzonte metafisico si percepisce che il valore assoluto non può essere raggiunto. Non a caso la critica di Nietzsche alla metafisica si esprime in termini di valori, affermando che "il nichilismo consiste nel fatto che i valori supremi si svalorizzano", mostrando così che tra crisi della metafisica (nichilismo) e crisi dell'etica assoluta esiste un legame fortissimo: l'una comporta necessariamente l'altra.

L'*etica debole* e il *relativismo etico* sono non tanto la possibilità di un continuo cambiamento di valori, ma una costante debolezza dei

valori, i quali devono essere mantenuti non per la loro intrinseca validità e fondatezza, ma per la necessità di una solidità sociale. Si tratta di un accordo tra i membri di una società, un accordo nel quale nessuno ritiene, in fondo, che il valore professato abbia in sé valore. Il valore deve essere mantenuto, ma solamente perché ciò è utile, non perché sia giusto. La convinzione che il mantenimento della realtà e dell'ordine sociale debba essere conseguito guida gli uomini all'osservanza del patto. Pur mancando di ogni sostegno metafisico, i valori finiscono col conservare la loro intrinseca necessità, ma il quadro di riferimento è quello di un *ethos* troppo chiuso e di matrice nichilista.

## Genesi dell'istanza morale

Diventa necessario porsi la domanda: da dove nasce l'esigenza etica e qual è la sua prospettiva?

La risposta più sensata sembra essere quella che individua l'intimità della persona, il suo cuore o la sua coscienza, come scaturigine di una esigenza morale che trova nella persona e in tutte le sue facoltà il perno della responsabilità morale.

Il problema morale, «prima che una domanda sulle regole da osservare, è una *domanda di pienezza di significato per la vita*»<sup>1</sup>. Le categorie analitiche della riflessione morale devono essere congruenti con una visione della vita morale appunto come una vita, come una condotta, che va capita e valutata primariamente in riferimento al fine verso il quale il soggetto morale conduce se stesso, e solo conseguentemente in riferimento a una regola.

L'aspirazione umana al bene è segnata dalla stessa ampiezza trascendentale o, se si vuole, potenzialmente infinita, che è caratteristica della ragione. Perciò è un'aspirazione che mette in moto la ragione alla ricerca della verità sul bene. Il bene umano, in tutta la sua ampiezza, può essere oggetto di indagine e di fondazione razionale.

«Comunemente si ammette che ogni arte esercitata con metodo, e, parimenti ogni azione compiuta in base a una scelta, mirino ad un bene: perciò a ragione si è affermato che il bene è "ciò cui ogni cosa tende"»<sup>2</sup>. Questa considerazione, con la quale Aristotele apre l'*Etica Nicomachea*, mette in luce che ogni azione, ogni progetto operativo umano mira a un fine ritenuto buono e conveniente. Indagando in questa linea si avverte che le singole azioni umane si strutturano

secondo sequenze più o meno unitarie, nelle quali certe azioni o certi beni sono ordinati ad altri. La riflessione razionale avverte che nella serie di azioni o di beni (fini) ordinati ad altri non si può procedere all'infinito. Deve esistere un bene perfetto, un bene desiderato e cercato per se stesso e non in vista di altro, che genericamente è chiamato felicità.

Perciò si pone inevitabilmente la domanda: qual è il fine ultimo o il bene perfetto della vita umana presa come un tutto<sup>3</sup>? È la domanda sulla felicità umana, su ciò che è bene per l'uomo. Questa domanda non presuppone necessariamente che la felicità umana debba consistere in un solo bene, con esclusione degli altri. Ma si ritiene che la risposta che verrà data a tale domanda permetterà di definire un modo di vita che è migliore degli altri, intendendo per modo di vita il programma o il criterio che definisce quali beni e secondo quali priorità devono essere desiderati e realizzati.

L'esigenza morale non nasce, dunque, da sistemi di riferimento estranei alla persona, fossero pure visioni religiose: ciò significherebbe fondare eteronomamente la prospettiva etica e sganciare la persona da ogni responsabilità morale che non sia quella di una mera esecuzione di precetti estranei alla sua libertà.

La riflessione morale assume in questo modo la prospettiva interna del soggetto morale autore della sua condotta, vale a dire, la "prospettiva della prima persona" e del dinamismo intenzionale interno che informa le azioni umane.

Non si può parlare propriamente di *responsabilità morale* se si esclude la ricerca libera e consapevole, da parte del soggetto morale, di ciò che è moralmente buono e retto. La prospettiva etica deve essere riconosciuta come significativa dal soggetto che deve autocollocarsi di fronte ad essa, mediante un pieno coinvolgimento della propria libertà.

Questa prospettiva autonoma, che esclude ogni eteronomia, riconosce la grande dignità della persona umana, capace di comprendersi come libero e responsabile di fronte ad un'esigenza etica legata al proprio compimento. Questa autocomprensione, in quanto orientata a tale compimento personale, apre l'autonomia morale alle implicazioni con la teonomia, che non assorbe, anzi fonda ulteriormente la stessa autonomia morale<sup>4</sup>.



## **Facoltà morali, giudizio morale e verità morale**

Per realizzare eticamente se stesso, l'uomo dispone delle sue facoltà morali.

Tradizionalmente si identificano come facoltà superiori la volontà e l'intelletto. Se la volontà attiene primariamente alle dinamiche trascendentali dell'atteggiamento morale, l'intelletto è operativo nell'ambito delle dinamiche categoriali del comportamento morale<sup>5</sup>, in una continua ricerca di bene realizzabile e rapportabile a quel bene che si identifica solo con se stesso. In questa direzione, non possono darsi più giudizi morali sulla medesima azione, perché il termine di riferimento ultimo è identico a se stesso. Per questo si ritiene sia insostenibile ogni relativismo etico-normativo, perché verrebbe a negare un contenuto di bene oggettivo rapportabile al bene in sé.

L'unicità del giudizio morale è il corrispettivo dell'unicità della verità morale. Essa non si possiede mai pienamente, perché trascende la storia e le sedimentazioni storico-culturali, ma proprio per questo l'impegno di ricerca e di verifica delle conoscenze deve essere progressivo. La ricerca del vero giudizio morale per ogni azione non può dipendere, pertanto, da ideologie filosofiche o da fedi religiose, ma da una ragione morale capace di indagare una verità morale sia in termini descrittivamente intelligibili, che in termini assiologicamente valutabili.

Affidandosi alla retta ragione, l'uomo comprende che la vita morale non è arbitrariamente creazione di un ordine morale qualsiasi, ma ricerca di un ordine morale legato alla verità del bene, che deve storicamente declinarsi<sup>6</sup>. Cercare la verità e riconoscerla è compito della ragione, non solo in una consapevolezza soggettiva, ma soprattutto in quella configurazione oggettiva che fa della verità morale un polo attrattivo sempre ulteriormente da conoscere con le direttrici della correttezza.

## **Responsabilità morale e istanze socio-culturali**

Una morale che insista sui profondi bisogni della persona, sulle proprie aspirazioni e sul diritto a realizzarle quando non entrano in contrasto con la libertà degli altri, può tuttavia rappresentare un'impostazione insufficiente, se è sganciata da una prospettiva di matura-

zione della coscienza morale. Ogni uomo, giustamente, ha il diritto all'autorealizzazione; non sempre però esso si basa sulla verità più profonda della persona, anzi talvolta diventa passiva ripetizione di modelli posti da coloro che detengono le diverse forme di potere, soprattutto quello della comunicazione sociale.

Il rischio è quello di un'impostazione morale tendenzialmente egocentrica: ciascuno pone se stesso quale unico punto di riferimento, operando con una libertà morale ridotta a superficialità consumistica, con l'unico scopo di vivere al massimo delle proprie possibilità. In tal modo si finisce per barattare ogni gerarchia di valori, ridotti a sola garanzia di una buona qualità della vita e smarrendo la prospettiva ulteriore del compimento di sé in direzione finalistico-trascendentale.

D'altra parte i valori che ogni norma tutela devono essere intelligibili, pena la conseguenza di un asservimento cieco alla prescrizione letterale della norma senza capirne il vero obiettivo (il legalismo come perbenismo sociale che assicura e garantisce i rapporti sociali). Si tratta di una prospettiva minimalista, non esente da certa ipocrisia, che esalta la norma eludendo ogni processo educativo.

Per una serie di fattori e di ragioni diverse, l'individualismo ha imperversato nella nostra cultura occidentale. Per questo, sul piano sociale, oggi si denuncia giustamente la mancanza di senso civico. Occorre operare una svolta che consenta di uscire definitivamente dalle strettoie dell'individualismo, attraverso un'educazione morale improntata al principio di solidarietà, che consenta la maturazione della responsabilità sociale e culturale. In tal senso è preziosa un'indicazione del concilio Vaticano II: «Il dovere della giustizia e dell'amore viene sempre più assolto per il fatto che ognuno, interessandosi al bene comune secondo le proprie capacità e le necessità degli altri, promuove e aiuta anche le istituzioni pubbliche e private che servono a migliorare le condizioni di vita degli uomini»<sup>7</sup>.

Alla maturità morale si arriva solo attraverso un cammino complesso, capace di orientare sempre ulteriormente al discernimento di coscienze vere e rette, capaci di sfuggire alle insidie del massimalismo e del minimalismo.

La rettitudine è qualità decisiva della coscienza morale. È propria della coscienza che cerca onestamente il bene e si premura di attuarlo secondo il giudizio morale formulato nel proprio cuore. Esige perciò una profonda lealtà: verso se stessi e verso il bene che si è riusciti a scoprire.

La rettitudine interiore è garante della dignità della persona in quanto esprime la sua compattezza interna e la sua onestà profonda, radicando la coscienza nell'amore per la verità e il bene e orientandola a evitare il male.

Ma la sola rettitudine interiore non assicura il raggiungimento del bene oggettivo. Anche se convinti che un'azione è buona, possiamo errare nel nostro giudizio. Accanto alla bontà interiore deve stare sempre la ricerca costante della strada giusta. Spesso le istanze socio-culturali inducono a trasformare un sistema di convinzioni in alibi per fermarsi nel cammino di ricerca della verità, vanificando la bontà delle stesse convinzioni e tradendo la dignità stessa della coscienza. Solo la coscienza in ricerca leale della verità è fedele alla propria dignità. Occorre non smarrire il gusto della ricerca del bene vero, perché soltanto ciò che è veramente buono contribuisce alla crescita di tutti. Del resto solo la libertà fondata nella verità è degna dell'uomo.

Queste consapevolezza consentono di debellare quell'individualismo che porta ad agire per proprio conto e tornaconto, cercando unicamente il proprio utile.

## Note

<sup>1</sup> GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Veritatis splendor*, n. 7.

<sup>2</sup> ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, I, 1: 1094 a 1-3.

<sup>3</sup> Cfr. ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, I, 7: 1096 a 12 - 1098 b 9.

<sup>4</sup> Si legge in Sir 15, 14: che Dio "da principio creò l'uomo e lo affidò in balia del suo proprio volere".

<sup>5</sup> Il centro gravitazionale delle facoltà per la vita morale è la *coscienza*, nella quale esse convergono e si fondono. È nota la disputa medievale tra Bonaventura e Tommaso, sulla predominanza nella coscienza morale delle facoltà volitive o di quelle intellettive.

<sup>6</sup> In questo senso vanno letti i ripetuti inviti di Giovanni Paolo II nella lettera enciclica *Fides et ratio*, volti a recuperare la dimensione metafisica della verità e il contenuto di bene che la verità porta con sé, per «formulare quell'etica genuina di cui l'umanità ha urgente bisogno, particolarmente in questi anni» (n. 106). Non sempre la cultura del nostro tempo riesce a dimensionarsi sulla verità del bene, anzi è piuttosto la verità del bene ad essere sacrificata e a trovare ridimensionamenti nei percorsi culturali – cf. S. PRIVITERA (a cura di), *Sul relativismo della cultura contemporanea*, ISB, Acireale 2003.

<sup>7</sup> CONCILIO ECUMENICO VATICANO II, Costituzione pastorale *Gaudium et Spes*, n. 30.

## **EVOLUZIONE DEGLI ORDINAMENTI DIDATTICI VERSO UNO STANDARD EUROPEO**

*A. Salerno*

Direttore del Dipartimento di Biopatologia e Metologie Biomediche  
Università degli Studi di Palermo  
Association of Medical Schools in Europe (AMSE) - Executive Committee

Le norme del Decreto Ministeriale 509/99 hanno determinato un'attività di profonda rivisitazione degli ordinamenti didattici di tutte le facoltà italiane creando un'autonomia "dal basso", fondata sull'innovazione della didattica, sulla equiparazione alle strutture formative europee (con crediti/debiti, equipollenza di titoli etc.) e sui metodi e le capacità dei singoli Atenei di "offrire didattica" anche innovativa o mirata a problematiche territoriali.

Nell'ambito di questo percorso di autonomia universitaria si inserisce la "Dichiarazione di Bologna", proposta nel 1999 con lo scopo di incrementare la competitività e di promuovere la mobilità di studenti e docenti. Il processo di internazionalizzazione dell'Istruzione Superiore e della Ricerca da adottare entro il 2010 secondo il documento sottoscritto a Bologna si prefigge i seguenti obiettivi:

- Diplomi comprensibili e comparabili;
- Durata non inferiore a tre anni su un sistema a due cicli;
- Sistema di crediti compatibili anche con l'istruzione post-universitaria;
- Cooperazione europea della garanzia di qualità con metodi e criteri omogenei;
- Dimensione europea dell'istruzione superiore.

La Dichiarazione di Bologna non costituisce soltanto un documento politico ma un impegno ad un programma di azione che dovrà concretizzarsi in atti legislativi da parte dei paesi firmatari.

Questo impegno politico generale si inserisce in un momento caratterizzato dalla necessità largamente condivisa di identificare *un core curriculum* degli studi, prerequisito alla mobilità in Europa, che consiste nel selezionare le informazioni irrinunciabili del curriculum in modo da conferire agli studenti i saperi e le abilità minime necessarie, passando in tal modo dai programmi di insegnamento ai programmi di apprendimento. A tal proposito la Dichiarazione di Bologna costituisce un'accelerazione che obbliga a ridisegnare anche la docenza.

Confrontando il sistema universitario italiano con quello dei principali paesi sviluppati in base ad alcune problematiche connesse al mondo accademico, risultano evidenti differenze e ritardi.

Le innovazioni contenute nella dichiarazione di Bologna, accanto a proposte decisamente valide e attuabili, non sempre sono di facile realizzazione in un contesto non omogeneo quale il mondo universitario europeo.

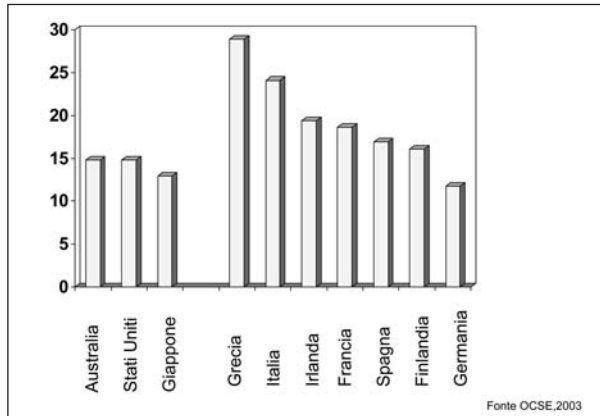
Se esaminiamo alcuni parametri di funzionalità si evidenziano situazioni di criticità che rappresentano vere e proprie patologie del sistema Italia: uno di questi è rappresentato dalla bassa percentuale di laureati e dall'alto tasso di abbandono. Con l'espansione dell'istruzione terziaria si acutizzano i problemi relativi alla qualità ed all'adeguatezza dell'offerta e benché il curriculum 3 + 2 potrebbe contribuire a migliorare l'efficienza, è pur vero che tali indicatori non valutano la qualità del prodotto.

È necessario ed indispensabile soddisfare la domanda rispondendo a due requisiti: la formazione di qualità per i grandi numeri e la formazione di eccellenza, obiettivi da perseguire contemporaneamente, allo scopo di evitare un allontanamento della ricerca dalla didattica con conseguente impoverimento di quest'ultima.

Un dato degno di interesse è il confronto tra studente e docente, infatti l'OCSE ha confrontato il numero degli studenti per docente nell'istruzione di livello universitario in alcuni paesi nell'anno 2000; dall'analisi si evince che la situazione italiana è di 24 studenti per singolo docente, numero elevato se paragonato a nazioni europee quali la Germania (11 studenti per docente) o ancora alla realtà americana (15 studenti per docente) (Fig. 1).

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

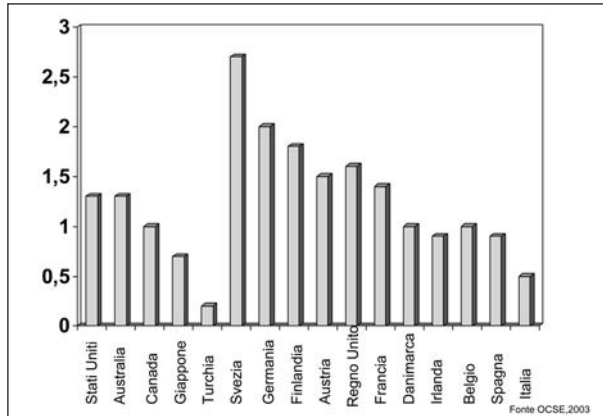
*Fig.1.*  
*Numero di studenti per i docenti nell'istruzione*  
*di livello universitario (2000)*



L'OCSE ha tenuto conto non solo dei docenti di ruolo ma anche di quelli a contratto ed inoltre per l'Italia il numero degli studenti (fuori-corso inclusi) è stato considerato come se fossero tutti a tempo pieno mentre negli altri paesi il riferimento è stato fatto solo agli studenti "full time equivalent", calcolando cioè come una frazione, invece che come un intero, gli studenti dichiarati a tempo parziale.

Un altro aspetto che suscita maggiore perplessità sulla possibilità di allineamento del sistema universitario italiano nel contesto europeo è la percentuale di conseguimento del titolo di dottore di ricerca: infatti, la percentuale di conseguimento del titolo di dottore di ricerca in Italia è tra le più basse sia nel contesto europeo che in rapporto ad altri paesi industrializzati. E' opportuno precisare che il titolo conseguito in Italia è valido quasi esclusivamente ai fini accademici e non è spendibile adeguatamente sul mercato del lavoro. In molti paesi europei, invece, la richiesta da parte di centri di ricerca ed aziende tecnologicamente avanzate, permette rosee prospettive di inserimento nel mondo del lavoro; tali prospettive sono molto limitate in Italia e la possibilità di una utilizzazione accademica è frustrata da un rapporto non congruo tra numero di soggetti che conseguono il dottorato e numero di posti di ricercatore disponibili annualmente. Infatti i ricercatori italiani rappresentano appena il 3,3 % della forza lavoro, contro il 5,7% dell'Europa (Fig. 2).

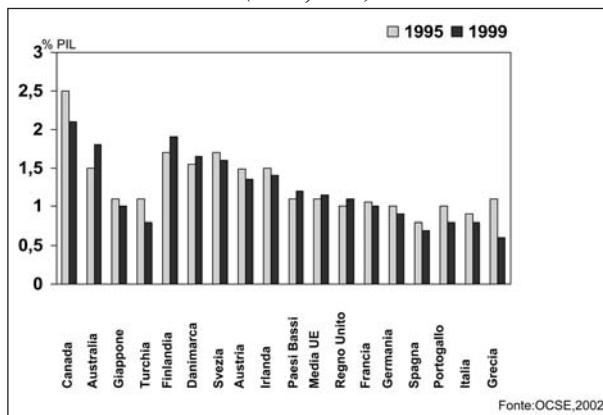
Fig.2.  
Percentuale di conseguimento del dottorato di ricerca (2001)



Il problema più preoccupante è certamente quello legato agli investimenti finanziari: i dati OCSE pongono l'Italia al penultimo posto in Europa sulla base della percentuale di GDP (Gross Domestic Product, equivalente al PIL italiano) dedicata al sostegno dell'istruzione terziaria.

Il valore italiano del 1995 (0.8%) era molto più basso della media europea (1.2%) e della media OCSE (1.3%): il più basso eccetto la Grecia. Nel 2000 la percentuale sul PIL era dell'1,05% mentre nello stesso anno l'Inghilterra ha stanziato l'1.83%, la Germania il 2,29%, la Francia il 2,18% e paesi come Svezia e Finlandia hanno stanziato più del 3% (Fig. 3).

Fig.3.  
Spesa per l'istruzione terziaria in rapporto al PIL (1995,1999)



Questo dato pone sicuramente un problema, comune a molti paesi europei, cioè l'esiguità dei finanziamenti per l'Università, sia per la didattica che per la ricerca, che inevitabilmente condiziona l'intero sistema in termini di qualità del servizio offerto.

Alla luce degli studi condotti dall'OCSE e degli sforzi mirati al miglioramento del sistema per permettere un adeguamento alla situazione Europea, la situazione dell'Università sembra molto problematica, ma il quadro risulta ancora più fosco se focalizziamo l'attenzione sulla Facoltà medica.

L'AMSE (Association of Medical Schools in Europe) da alcuni anni ha dedicato sessioni tematiche all'argomento e, nel 1998, in una sessione del convegno annuale sui rapporti tra università ed ospedali universitari è stata presentata una relazione sulle prospettive degli ospedali universitari, da cui emergevano alcuni problemi, comuni a molti paesi europei, tra i quali particolarmente preoccupante la deriva della parte clinica delle facoltà mediche verso il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), con una maggiore distanza "*from bench to bed-side*".

E' evidente che l'ospedale universitario non deve essere competitivo, sul piano quantitativo, infatti i tempi della didattica non possono sottostare ai tempi dell'assistenza "aziendalizzata" né esimersi dal fornire alcuni servizi certamente non remunerativi ma necessari alla didattica.

Uno degli aspetti più delicati è quello relativo al riequilibrio tra didattica ed assistenza evitando una prevalenza dell'attività assistenziale sulla didattica e sulla ricerca; infine, è irrinunciabile pervenire ad una maggiore integrazione tra le discipline cliniche e le scienze di base, rendendo queste ultime più professionalizzanti.

Nel tentativo di analizzare la condizione di crisi in cui versa la medicina accademica di tutto il mondo è necessario focalizzare l'attenzione sui fattori che rendono peculiare l'insegnamento nelle facoltà mediche e conseguentemente su quali sono le difficoltà nelle facoltà mediche.

A tal proposito la Conferenza dei Rettori delle Università Svizzere ha stabilito, nel 2004, che le Facoltà di Medicina devono assumere una "*posizione eccezionale*" nell'ambito delle strutture Universitarie, mentre un'approfondita analisi, effettuata da Reichert e Tauch, ha messo in evidenza alcuni fattori che rendono la Medicina peculiare. Tra questi:

- i costi dell'educazione medica sono più alti rispetto alle altre discipline;



- l'accesso all'educazione medica è regolato, in molti paesi europei, all'inizio del corso di laurea mediante il "numero chiuso" o, nel corso degli studi, tramite altre modalità;
- l'educazione medica è orientata alla formazione di un profilo professionale definito, che ha inizio con il "training" post-laurea;
- i curricula medici sono altamente strutturati con scarsa libertà di scelta;
- l'educazione clinica è fortemente legata alla frequenza degli ospedali.

In tutti i paesi europei si sta cercando una soluzione a questi problemi ed in Olanda sono state realizzate alcune iniziative quali l'istituzione degli Academic Medical Centre (AMC) e la stesura di un documento sulla ristrutturazione del curriculum degli studi medici.

L'AMC è formalmente indipendente e si propone tre obiettivi: l'insegnamento, la ricerca scientifica e la cura del paziente. E' diretto da un "executive board" formato da tre persone, presieduto dal Preside della Facoltà, comprende un dipartimento di medicina generale per una profonda e continua integrazione con i medici di medicina generale del territorio e inoltre riceve un finanziamento a parte per la cura delle malattie rare e per l'innovazione sanitaria.

È dello stesso anno la pubblicazione della prima stesura della Blueprint olandese revisionata nel 2001.

La Blueprint è considerata uno strumento per la "quality insurance" dei curricula medici ed offre, quindi, una chiara definizione degli obiettivi del curriculum medico e viene utilizzata come strumento nel sistema di valutazione della qualità presente in Olanda, in base al quale tutte le facoltà vengono valutate e giudicate ogni quattro anni. In conclusione, la Blueprint si prefigge come scopo non quello di guida per la creazione dei curricula delle Facoltà mediche Europee, poichè i curricula dovrebbero riflettere i profili delle singole Facoltà, ma di guida per lo sviluppo di obiettivi comuni a livello Europeo.

In appendice fornisce l'elenco, non strutturato, dei problemi correlati agli organi ed apparati solo per comodità esplicativa, dichiaratamente disgiunti dalle discipline tradizionali che attengono alla formazione specialistica post-laurea. Tale elenco è articolato in 4 livelli: profilo generale, classificazione degli obiettivi generali, categorie degli aspetti medici ed infine problemi che ogni medico deve avere affrontato nel corso del curriculum.

Se quello olandese può rappresentare un modello metodologico di soluzione di alcuni problemi tra i quali prevale la necessità di perve-

nire ad un curriculum omogeneo in Europa, è pur vero che tale modificazione deve inserirsi sulla struttura esistente.

In prima istanza è necessario ribadire che è oggi impensabile nelle Facoltà mediche un'ipotesi di ristrutturazione tipo 3 anni + 2 anni essendo indispensabile il mantenimento del curriculum di 6 anni adottato pressoché ovunque: è all'interno dei 6 anni che bisogna prevedere quegli adattamenti che consentano una soluzione immediata ad alcuni aspetti peculiari delle Facoltà mediche e, più in generale, una migliore integrazione delle scienze di base nel contesto dei 6 anni.

La figura 4 riporta nel pannello (B) il modello del 3 + 2 e nel pannello (A) l'attuale curriculum medico del 3 + 3 - scienze di base e scienze cliniche: in atto l'area del primo triennio è già ridotta e ridimensionata per trovare nei sei anni quegli spazi di pratica clinica riconosciuti universalmente indispensabili. Ci si avvia quindi ad un modello 2 (scienze di base) + 3 (scienze cliniche) + 1 di tirocinio la cui sede non sarà necessariamente quella delle Facoltà mediche.

A questo timore si aggiunge un'altra preoccupazione dettata dalla realtà delle Aziende Universitarie che in gran parte non hanno rapporti se non con la parte assistenziale della facoltà medica: il Consiglio di Facoltà da cui dipendono le linee di indirizzo e di sviluppo della ricerca e della didattica è in parte escluso da ogni rapporto con il soggetto istituzionale -Azienda- che regola le attività assistenziali considerate, in linea di principio, strumentali alla didattica ed alla ricerca.

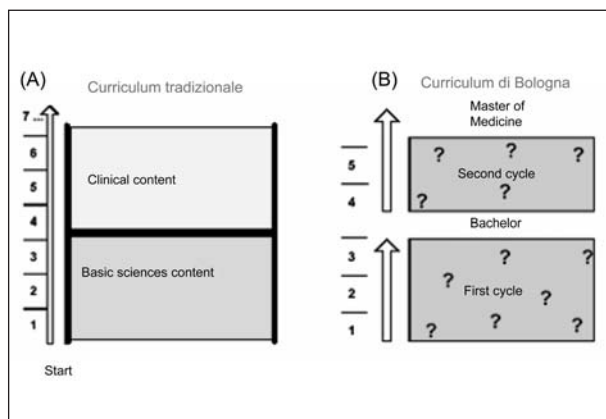
Di fatto quindi si esclude una rilevante componente della facoltà medica dalla gestione dell'assistenza e si rende puramente teorica l'affermazione della inscindibilità di didattica ricerca ed assistenza nelle facoltà; l'assunto sembrerebbe valido solo per la quota di scienze cliniche con quelle storture che già oggi si evidenziano: un docente del triennio biologico può esercitare una autonoma attività professionale mentre il suo collega clinico è tenuto, pena limitazioni interne alle Aziende, ad un rapporto esclusivo.

Ancora più peregrina sembra in questo quadro l'attivazione dei DAI a meno che non ci si riferisca non alla Facoltà medica ma alle strutture assistenziali dell'Azienda sulle quali sempre minore sarà l'influenza della Facoltà medica.

È necessario integrare tutto il curriculum medico o decidere di scorporare un triennio di base dalla Facoltà-Azienda; per raggiungere il primo obiettivo non vi sono altre soluzioni che quella di una inte-

grazione verticale delle discipline cosiddette biologiche, se veramente si vuole salvare la unicità della facoltà e la sua compenetrazione con l'Azienda che dovrà tradurre, operativamente, le tanto declamate inscindibilità nella Facoltà mediche (Fig. 4).

*Fig.4.*  
Confronto tra curriculum tradizionale (A), curriculum proposto dalla Dichiarazione di Bologna (B).



Da questa analisi sui problemi, sulle peculiarità delle Facoltà Mediche e sui tentativi di cambiamento che si sono susseguiti, risulta chiaro che modificazioni così profonde esigono investimenti adeguati e i risultati, o per meglio dire la velocità di realizzazione degli obiettivi di riforma, saranno strettamente collegati all'entità degli investimenti sia in termini economici che normativi. E' necessario un processo di adeguamento che tenga conto della rapida evoluzione della medicina, mediante l'integrazione tra le discipline di base e quelle cliniche, la creazione di un curriculum per obiettivi didattici, la valutazione del "prodotto" studente e la valutazione della ricerca. Per raggiungere tali obiettivi sarebbe opportuno istituire una unica Authority, esterna ed imparziale, che nasca dall'unione del Comitato nazionale per la valutazione del sistema universitario (CNVSU) e del Comitato di indirizzo per la valutazione della ricerca (CIVR) e che costituisca "l'Agenzia Nazionale di Valutazione".

## CONOSCENZA E COSCIENZA

*A. Scialabba*

Professore Associato di Gastroenterologia, Università degli Studi, Palermo

Intendiamo comunemente per “scienza”, una conoscenza certa, confermata da esperienze diverse, utilizzabile per la esecuzione di compiti pratici. Sarebbe garanzia di verità, anche sul piano speculativo e teorico, come  $\delta\omicron\xi\alpha$ , rispetto ad  $\epsilon\pi\iota\sigma\tau\epsilon\mu\epsilon$ , sapere soggettivo ed opinabile. E’ ormai una impresa collettiva (*Big Science*), volta a cogliere gli aspetti riproducibili di un numero sempre maggiore di fenomeni naturali. Questa definizione tende ad attribuire alla scienza un carattere di stabilità e di certezza, che non sono reali. Certamente essa, allorché descrive e classifica, esprime rigore e metodo, dato che individua costanti e principi generali, consolidando un corpus di conoscenze, come nucleo stabile, a fianco di un territorio di frontiera in continua evoluzione.

Il suo senso profondo, relativamente a questi caratteri, è l’essere deterministica e oggettiva, essendo estranea alla esperienza soggettiva (di malattia); è in rapido progresso ed è gestita da specialisti. Ma l’etica partecipa di un altro mondo: essa analizza l’impatto delle scoperte scientifiche e delle loro applicazioni, sulla qualità e sui valori della vita umana e sul suo futuro. Essa indaga il legame tra la tecnologia e la sfera delle relazioni e degli affetti, e studia i sistemi conoscitivi e i modelli di trasmissione dei saperi. L’etica, rispetto a questo aspetto della pratica scientifica, esige la permanenza dei valori, accanto ai fatti. La sua essenza è stata ben compresa da uno scienziato del calibro di Jacques Monod, padre della genetica e premio Nobel, il quale scrive:” *in un sistema oggettivo non v’è confusione tra conoscenza e valori. Ma questa interdizione non è oggettiva: è una regola*

*morale. La conoscenza ignora i valori, ma per fondarla è necessario un giudizio, un assioma di valore. L'etica della conoscenza non si impone all'uomo, ma è l'uomo che se la impone. Essa rimette nella mano dell'uomo gli immensi poteri che lo arricchiscono e lo minacciano, che lo liberano, ma che potrebbero anche renderlo schiavo".*

In realtà, per accogliere il punto di vista morale da parte degli scienziati, occorre che la scienza lo integri ed elabori. Anzi è necessario che lo scopra nel profondo di sé, che ne tocchi le radici del suo proprio humus, rifondandosi, controllando l'illusione della oggettività, in nome della maggiore efficacia morale, di quanto è soggettivo, casuale, emozionale, intuitivo, poetico. Il beneficio – variabile – che sta alla base della scienza e soprattutto della biotecnologia, si serve della compassione, dell'estasi, dello stupore di fronte al paesaggio, al fiore, alla chiocciola, alla stella marina, alla doppia elica ... se non siamo luce, suono, respiro, così come suggeriscono la limpida trasparenza di un mattino autunnale o il dardo di un meriggio, o la vibrazione di un ramo cullato dal maestrale, allora si può sentire, senza sforzo, dentro il cuore, il consiglio immortale dell'Ecclesiaste ...

Questa elaborazione etica, che include tra i valori, bellezza e verità, come facce di una stessa medaglia, riconosce come esperienza primaria alcuni passaggi significativi della storia della scienza, che è bene ripassare.

Formalmente, dalla metà del secolo appena concluso, la pratica medica ha preteso la costruzione di un'etica delle decisioni "giuste", di fronte alle richieste urgenti di una utenza, sempre più piena di aspettative, un tempo incredibili, intorno alla possibilità di condurre una vita sana e felice. In realtà, queste apparenti ragioni della Bioetica come dottrina del postmoderno, sono un minuscolo frammento di esigenze più profonde, ed antiche.

Dal termine "Bioetica", coniato nel 1970 da Rensselaer Potter, come "approccio cibernetico alla ricerca della saggezza", esso ha poi assunto il significato specifico di ***Studio sistematico della condotta umana, nell'area delle scienze della vita e dalla cura della salute, in quanto tale condotta viene esaminata alla luce dei valori e dei principi morali***". Ovvero, scienze della vita e cura della salute, come unica dimensione di scelta morale, verso un soggetto privilegiato, rappresentato dall'essere umano, in condizione di debolezza.

Il legame inevitabile e strettissimo tra dimensione scientifica e salute è stato per lungo tempo sottovalutato. Attualmente, anche gra-

zie ad esperienze apocalittiche e alla integrazione di altrettanto apocalittiche profezie, il dubbio morale sulla scienza investe più ambiti di ricerca, costituendo, quasi, una sorta di efficace collante tra le diverse scienze. I momenti chiave di questo percorso sono stati gli effetti della energia nucleare, da Hiroshima a Mururoa, il processo di Norimberga, allorché un nuovo diritto scavò negli orrori degli esperimenti su cavie umane nei lager, dallo spettro della guerra batteriologica, alle modalità di distribuzione delle risorse alimentari e dei farmaci, in un mondo in cui 3/4 degli abitanti sopravvivono a stento.

Gli eventi hanno preceduto la riflessione, finché la riflessione non ha appreso la necessità di anticiparli, per prevenire catastrofi, ma anche per salvare il mistero della vita e il rispetto che esso richiede. L'etica ha circondato i santuari della scienza e chiede di essere accolta, insieme al dubbio intorno ad eventi esistenziali medicalizzati e tecnicizzati, ma ancora e sempre, imbevuti di emozioni e lontani dalle verifiche sperimentali, tipiche della tradizione post-illuminista e positivista.

La scienza moderna è l'effetto pragmatico di una scissione, storica e della coscienza: quella tra la filosofia e il metodo, e tra uno stupore di fronte al destino e la possibilità, scientifica, di trasformare l'impossibile in possibile; in eventi reversibili, fatti fatali come nascita e morte, insieme al conferimento della condizione di "malattia", a stati mai prima ritenuti patologici, come l'invecchiamento e la infertilità di una coppia. La scienza è al servizio di questa scissione e la alimenta. Essa costruisce bisogni, costruisce la medicina del desiderio, identifica salute e felicità, forte dell'assioma secondo cui "ciò che è possibile, è anche giusto". Il prezzo che l'uomo paga a questa sua invasione, nella sua zona più privata, sembra essere una trasformazione radicale del senso della vita e delle sue relazioni affettive.

Vi fu un tempo in cui filosofia, religione e scienza erano insieme contenute nella "sapienza". I filosofi della Grecia classica si occuparono con ardore della realtà naturale, del cosmo e della sua evoluzione e della Natura in tutte le sue manifestazioni visibili. Si occuparono del tempo e dello spazio e cercarono un'armonia che collocasse in una sola eterna danza, il Cielo e la Terra. Presso ogni cultura, anche la poesia e l'arte, attraverso la descrizione del mito, danno ragione delle leggi della Creazione, delle regole del mondo fisico nella sua, allora certa, relazione con la trascendenza. Questa modalità "arcaica" di relazione tra uomo e vita, è rimasta, preziosissima, nelle medicine "etniche" e

dell'Oriente, perdendosi quasi del tutto nell'Occidente, scientificamente ultraproredito, ma ancora alle prese con il dualismo cartesiano e con l'empirismo metodologico di Bacone. Oggi abbiamo avuto bisogno di sapere che gli uccelli impazziti, che accompagnarono come oscuro presagio, la morte di Alessandro Magno, erano come lui, infettati dal West Nile virus, come se avesse perduto ormai di significato la partecipazione profetica della natura alla fine di un grande re.

Quei primi entusiastici passi nella scienza moderna corrispondono storicamente alle grandi scoperte dei secoli XVIII e XIX, che hanno a lungo giustificato la pretesa infallibilità del metodo rigoroso e la separazione, devastante al tempo di Galileo, tra immanenza e trascendenza, tra morale religione-dipendente e libero pensiero. Anzi proprio la forza, nei secoli, e l'eco di quella ingiustizia, contro l'intelligenza ed il progresso, è stata la esaltazione reattiva di una possibilità di conoscenza senza regole e limiti. Questo entusiasmo ha avuto i suoi martiri e quindi i suoi miti: in Campo dei Fiori e nella Piazza della Signoria, dove, perseguitati come i mistici del Medioevo europeo, conclusero i loro giorni Bruno e Savonarola. L'Illuminismo estremizza la condanna per quei roghi, negando l'irrazionale, che in ambito scientifico non è soltanto l'indifferenza per le questioni teologiche o morali, ma è soprattutto l'orrore per il casuale, l'imprevedibile e l'invisibile. Anche questo genere di fondamentalismo ebbe i suoi martiri, meno ricordati, ma presenti nell'immaginario collettivo. Ma ebbe soprattutto le sue lacune e i suoi ritardi.

Mentre gli scienziati fanno i primi passi nella riflessione sulle ricadute sociali del loro lavoro, la filosofia e la epistemologia si interrogano sulla natura e sui meccanismi del conoscere, quasi che nelle profondità del rapporto tra la realtà "oggettiva" e la mente, potessero trovarsi i principi fondamentali dell'agire morale.

La fenomenologia e l'esistenzialismo hanno provato a definire l'uomo, come osservatore "attivo", identico alla realtà ed alla stessa attitudine alla sapienza ed anche come unico padrone del proprio destino. Infine, il rapporto dell'uomo con la propria esistenza ha trovato, nella esperienza scientifica, un luogo privilegiato, dato che anche la fisica, la chimica e la biologia hanno restituito i loro oggetti alla mente, senza la quale, non solo niente può essere conosciuto, ma neppure esiste. Così la questione etica ritorna alle sue origini ideali: quale affinità ancora tra la scienza ed il pensiero filosofico, sorgente naturale del giudizio morale?



Quasi tutte le opinioni dei filosofi indicano una perdita, dato che, per lo più, la scienza moderna si identifica con un sapere che determina la trasformazione della Natura in “mondo umano” e spesso la negazione di ciò che è naturale, attraverso la costruzione di una realtà razionalmente controllabile. Può essere la evoluzione verso un artificio, mentre è possibile dimostrare, con Gadamer, che la medicina resta inesorabilmente legata alla idea di Natura.

Tuttavia la storia stessa della scienza illumina su quella inestinguibile eredità. Il pensiero “unico” aveva quasi tutte le risposte: in mancanza di elementi sperimentalmente verificabili, forte di una potenzialità intuitiva potentissima, l'antica scienza percorreva con la complicità dello spirito tutte le tappe della conoscenza, senza separare mai la manipolazione della materia dalla necessità di una vita virtuosa, tale da considerare l'esperimento, come una sorta di viaggio iniziatico, dalla terra al cielo, in cui la malattia non fosse soltanto un evento biologico, ma anche psichico e pedagogico. In questo senso l'Alchimia ha autorevolmente dimostrato la ricchezza del valutare natura e materia nelle loro dimensioni simboliche e speculare ai moti dell'anima. Insieme a questa considerazione di fondo l'Alchimia osserva gli eventi naturali e li riproduce, come investita della responsabilità di un'*Opus* divina, una sorta di perenne creazione, mediante il rimescolamento degli elementi, in appositi contesti, e controllando, in una specie di estasi mistica, le loro trasformazioni.

I secoli hanno testimoniato della ricchezza di quella esperienza: oggi sappiamo che le cosmogonie antiche non giunsero a conclusioni molto distanti dalla cosmologia attuale: la nascita e l'evoluzione dell'Universo, come oggi noi le conosciamo, assomigliano misteriosamente a certe antiche intuizioni, che arricchite di un linguaggio simbolico, ritennero la realtà naturale, gli elementi e gli organismi, partoriti, molti eoni fa, dalla oscurità rarefatta di un caos silenzioso. Allo stesso modo, la possibile trasformazione di una sostanza, impensabile subito prima di Mendeleev, è divenuta una certezza della chimica moderna, dopo la conoscenza della struttura dell'atomo e della specificità legata al numero degli elettroni. Ormai sappiamo che l'universo è nato e si è evoluto grazie a queste trasformazioni, così come gli alchimisti hanno affermato, tentando, nei loro forni, di emulare il lavoro di Dio.

La fisica e la matematica moderne ha contribuito in modo determinante a confermare quelle intuizioni: la teoria dei “quanti”, come



cooperazione tra onda e particella, gli studi affascinanti sulla Simmetria; il principio di indeterminazione e gli studi di Schrödinger, che dimostrano un disordine che genera l'armonia visibile; il principio di indeterminazione di Heisenberg e il teorema di indecidibilità di Gödel; la relatività di Einstein e la inclusione dello spazio-tempo tra gli elementi della Creazione; tutte le osservazioni sulla "energia", come fondamento della materia. La fisica quantistica, che oggi sostiene la maggior parte delle imprese tecnologiche, ha riproposto il volto metafisico di qualsiasi conoscenza. Come hanno affermato i fenomenologi, osservatore ed osservato sono interdipendenti; guardare un oggetto, ne cambia l'essenza; come uno sguardo indagatore riveste di rossore un volto innocente. La metafora sottintende una realtà: il macrocosmo descritto dalla fisica classica contiene un microcosmo, dotato di altre regole, in cui l'osservazione è alternativa alla predizione (impossibili contemporaneamente), in cui la energia degli strumenti di misurazione e le sue qualità ultrastrutturali, interferiscono con gli elementi che dovrebbero essere misurati, con precisione ed in tempo reale. La portata epistemologica della teoria dei quanti (alla quale rimandiamo, per una migliore comprensione di quanto stiamo affermando), dovrebbe ridimensionare l'orgoglio della scienza, che oggi opera sulla probabilità, sulla formula teorica da verificare, su ipotesi spesso errate. Questa umiltà talora traspare, da osservazioni e aneddoti, quali quello del "Dio non gioca a dadi!" attribuito ad un Einstein stordito dalla "casualità" degli eventi naturali.

Ogni affermazione degli scienziati "esatti", ci riconduce alla sostanziale non conoscibilità della totalità del reale, se non attraverso ipotesi ed inferenze, della necessità di riconoscere un invisibile scientifico, dietro i fenomeni; a tal punto significativa questa dimensione metafisica, da convincere taluni scienziati ad abbracciare una sorta di conoscenza "mistica" della realtà (F. Capra) e ad assumere un linguaggio sottratto al mito e all'arte. Nel macrocosmo, la vitalità del minimo si esprime nella variabilità del reale.

Queste esperienze hanno suggerito agli epistemologi una rinnovata modalità di interpretare il processo della conoscenza. Ormai sosteniamo senza dubbi che caratteristiche di una teoria scientifica sono la falsificabilità e la non verificabilità, che le rivoluzioni scientifiche sono *mutamenti di paradigmi*, in cui il riconoscimento di una "anomalia" precede l'adozione di un nuovo paradigma, da parte della comunità scientifica, unico ormai "soggetto scientifico". Sembra a Kuhn che

tutto il progresso scientifico abbia un'andatura irregolarmente costante; come quella delle rane o dei canguri: ad un certo punto della storia, "accade" una scoperta scientifica straordinaria, che costringe ad un *salto*, ad un repentino mutamento di rotta, in seguito al quale, il cammino della scienza prende una direzione impreveduta. Così è stato per le grandi rivoluzioni scientifiche che hanno condizionato i secoli successivi, orientandone i caratteri in ogni settore del pensiero e della organizzazione sociale.

In effetti, le più imprevedibili e significative scoperte, come si sa dalla scienza "raccontata", hanno tutte il crisma della casualità, piuttosto che del metodo. La penicillina, che apre l'era degli antibiotici, irrompe tra gli uomini, per una capsula di Petri dimenticata da un distratto Fleming, in partenza per le vacanze. In più ciò accade durante una settimana di agosto insolitamente fredda, al punto da consentire la crescita di un batterio alla sua temperatura ideale e dello Stafilococco, quando la temperatura, su quel davanzale, raggiunge i valori stagionali. Analoga è la storia dei corticosteroidi, ricca di eventi imprevedibili e casuali, di subitane illuminazioni e di sincronicità, che inducono il dottor Hench a cercare una qualche sostanza ad azione antiflogistica dentro il corpo dei suoi pazienti, incrociando le ricerche di Seyle sullo stress, gli eventi di guerra e gli studi della Germania nazista sulla tolleranza dell'altitudine nei piloti militari. Di storie analoghe la scienza narrata è ricchissima. Esse mostrano il confine tra il controllo umano sulla sua curiosità e l'intrusione dell'irrazionale nei suoi laboratori.

Lungo lo stesso sentiero si muovono i pensatori multiformi, come G. Bachelard, il quale, nel definire il sorgere dello spirito scientifico, include tra le sue qualità, l'intuizione, ma anche le emozioni, e soprattutto l'inconscio, presente nella conoscenza, come nelle dinamiche affettive, entrambi derivate dalla esperienza arcaica, all'origine della evoluzione umana e al principio di ogni singola vita. Esso genera una capacità essenziale. Di distinguere tra sé e l'*altro*, per crescere, elaborando l'angoscia per la separazione dalla madre e da quel tiepido e rassicurante indistinto, che è il rapporto primario con lei, prima che il lucido intelletto, sotto la forma del "padre", gli consenta una identificazione, che è la prima, necessaria "individuazione" di ogni essere umano. A questa prima esperienza farebbe anche riferimento la dualità storica, tra sé ed altri, tra materia e spirito, passione e ragione, tra cielo e terra, immanenza e trascendenza, ed anche

l'archetipo della intelligenza "maschile", apollinea, solare, razionale e l'intuizione, oscura, femminile, magica, lunare, irrazionale, primitiva, legata alla terra. In realtà è proprio questa regione femminile che irrompe nella scienza, con la sua imprevedibilità e le sue passioni, ma anche con le sue istanze morali, le sue tensioni verso l'amore, la cura e l'accoglienza.

L'etica quindi può accostarsi al "laboratorio", ai suoi odori, ai suoi suoni e ai suoi fantasmi. Alcuni analisti delle scienze ancora assimilano il laboratorio alla buia cantina degli alchimisti, appena rischiarata dal riverbero rossastro dei forni e dal sinistro scintillio degli alambicchi. Fumosi, resi surreali da vapori e odori intensi, intrisi di sapienza. Tuttavia, in quelle stanze, il posto d'onore era per l'*Opus*, considerata divina, che richiedeva allo scienziato una conversione che lo rendeva Sacerdote, strumento umile nelle mani del Creatore che, per grazia, lo rendeva partecipe del suo intervento creativo, garantendo, per fede, un beneficio per gli uomini, mai un danno. In tempi recenti, il senso di disagio per quegli ambienti, ormai piastrellati, dotati di aspiratori e di addetti alla manutenzione, è stato descritto come attesa di fondi, contrasti con la politica e con le logiche dell'accademia, gratificazioni invano sperate, dalla comunità scientifica e dalle istituzioni. Logiche nelle quali si disperde l'entusiasmo per la scoperta, il rispetto per il duro lavoro quotidiano, insieme ad un mal celato desiderio di riprendere il contatto con il mondo esterno, quello dei "fruitori".

Se scompare il "sacro", di quelle stanze in penombra rimangono i suoni inquietanti, l'odore acre dei vapori ed il misterioso ribollire delle storte, senza un vero progetto sociale, vantaggioso per il gruppo umano. Anche il laboratorio, come la materia, si fa metafora, ove l'armonia è difficile. Galeno e Paracelso sono in conflitto per ragioni di etica professionale, più che per la metodologia scientifica e nel libello contro i falsi medici, il grandissimo alchimista polemizza più con la pratica mercantile della medicina, che con le procedure mediche. Come dire che sempre l'uso dello strumento scientifico deve essere valutato non in relazione alla quantità di conoscenza che produce, ma alle sue inevitabili ricadute, sull'uomo e sulle relazioni tra gli uomini. Da questo punto di vista, oggi, l'alternanza tra marginalità e centralità dell'uomo di fronte alle leggi della natura, si chiama "prospettiva antropica" (Carter, 1974). Essa sostiene che l'universo possiede quelle proprietà che sono necessarie a generare un essere capace di intelli-

genza e di coscienza. Essa riprende la certezza di una qualche identità tra osservatore ed osservato e insiste sulla analogia tra i processi mentali e le leggi naturali, così come le scienze recenti hanno dimostrato. Osservare, creare sono azioni identiche e magiche, tanto sublimi da avere orrore per la ingiustizia, esigenti di moralità, oltre che di efficacia.

Coerentemente con questi rinnovati percorsi ha operato la **“teoria della complessità”** (Prigogine e la scuola di Santa Fe) che, risalendo la scala gerarchica della organizzazione della materia, si rivelano proprietà non spiegabili come semplice somma delle proprietà delle singole componenti. Alla teoria della complessità, che contempla una visione coerente del reale, da parte delle differenti discipline, fanno anche riferimento talune suggestive letture delle forme irregolari, che riempiono in nostro mondo, apparentemente disordinate, ma in realtà corrispondenti a numeri non interi (*frattali* di Mandelbrot). Le forme hanno riproposto la filosofia della Natura di Goethe, come conoscenza possibile, non logica, ma intuitiva e “mistica”, in grado di cogliere uniformità e regolarità negli oggetti spontanei del mondo reale, siano essi cristalli, profili di montagne e coste, nuvole erranti nel cielo o foglie, uguali ad alberi e a bronchi di animali.

La fisica e la chimica hanno indicato come, se i fatti precedono la riflessione, si va incontro a catastrofi come Hiroshima. A Norimberga, dopo l’olocausto, si invoca un giudizio sulla sperimentazione, che tenga conto della volontà della cavia e del beneficio effettivo che se ne ricava, così come l’innalzamento della temperatura del nostro pianeta e i disastri ecologici hanno richiamato l’attenzione degli scienziati sui possibili devastanti effetti del progresso scientifico, sul futuro dell’uomo.

C’è una specie di rivalutazione di un ordine “estetico” del rischio di vivere in una scienza che rinuncia alla pretesa di controllare ogni cosa, attraverso una tecnologia che soprattutto ci ha privato del dono divino di *“dare un nome alle cose”*; per conoscerle quindi davvero possederle, come un prestito prezioso, da conservare alle generazioni future, con responsabilità, ma anche con ammirazione. Ciò significa che nessuna oggettività è scientifica, né può disporre di un’area privilegiata preclusa alla coscienza. In verità, se alcuno perde il senso dei valori, quando ascolta una spiegazione scientifica, è segno che tali valori egli non ha mai posseduto, così come è segno di immoralità sostanziale, mantenere separata la oggettività dalle esigenze della coscienza.

L'istituzione scientifica, in ambito biomedico, ci offre un metodo sollecitato dal tradizionale bisogno di oggettività: la *medicina dell'evidenza*, o *basata su prove di efficacia*. Il suo esordio si attribuisce al Lockett (1997), il quale riafferma l'opportunità di registrare l'esperienza clinica, per rendere acquisibile un corpus di conoscenze, oltre la semplice indagine fisiopatologica insufficiente, e rammenta la necessità che le informazioni cliniche sottostiano a regole relative ad elementi di prova, per rendere possibile la corretta valutazione della diagnosi e del trattamento di una malattia.

Le prove di efficacia si basano sui trials randomizzati, in cieco, doppio cieco e triplo cieco (a garanzia della significatività statistica), di studi caso-controllo o su coorti, su studi osservazionali, sulla ricerca qualitativa, e sul consenso professionale. La affidabilità ultima è affidata alla *metanalisi*, come possibilità di osservazione di gruppi molto grandi, in differenti condizioni e a cura di molti, differenti, ricercatori. Il nucleo delle prove di efficacia è il trial. Riguarda l'efficacia di un farmaco e la sua conduzione risponde a regole formali, ma anche ad esigenze di mercato, in misura più o meno significativa. Se la logica economica prevale o disturba l'affidabilità dei risultati (come accade), non vale la pena di confrontarsi con la morale. Possiamo farlo invece, se il procedimento è onesto e concorde con l'obbiettivo del beneficio, dal quale può allontanarsi soltanto per via di una illusione in buona fede.

Essa è fondata sulla prevalenza del *bias*, ovvero sulla causa di errore occulta, che può alterare la rappresentatività dei risultati, falsificando le conclusioni. Il rischio di immoralità del metodo sta nell'assoluta incertezza del consenso informato, nell'uso di farmaci sicuramente più attivi rispetto a quelli usati nei gruppi "controllo", l'uso del placebo, la lunga ombra dell'industria del farmaco. Una doverosa attenzione si deve a questa ultima dimensione "economica" per le sue evidenti implicazioni etiche.

Le attuali dinamiche economiche e sociopolitiche fanno riferimenti alla "globalizzazione". La sua dimensione primaria era quella del "villaggio", attraversato da comunicazioni a grande distanza in tempo reale, a progetti planetari da costruire e realizzare in modo comunitario, attraverso politiche di ampio respiro, decise dal gruppo umano totale, attraverso rappresentanti, che avessero a cuore il benessere di tutti i viventi. In realtà, l'utopia ha subito rivelato il suo vero volto: il progetto divide sempre più il ricco dal povero, rafforza lo sfruttamen-

to delle aree meno coinvolte nel progresso, e alimenta gli interessi del grande capitale, anche attraverso la guerra e l'impiego di manodopera a basso costo, fino alla previsione del sorgere di pochi potenti, padroni di una moltitudine di derelitti. La visione catastrofica è ormai al centro di imponenti battaglie ideologiche, ma anche di grande impegno solidale. La scienza è coinvolta in questo conflitto, in quanto "bene di consumo", come un qualsiasi prodotto orientato al maggior profitto, ma anche, soprattutto, in quanto strumento di provvedimenti ingannevoli, come gli OGM, o francamente distruttivi, come la sua eventuale collaborazione alla fabbricazione di armi. Il disinteresse per questi grandi temi da parte degli scienziati non si giustifica moralmente, dato che le comunità scientifiche sono continuamente investite di responsabilità riguardo all'accesso "di classe" al progresso (certamente disponibile per i paesi ricchi, ma irraggiungibile per i poveri), rispetto all'uso delle risorse mondiali, da destinare alla ricerca ed alla formazione, ed alla direzione sociale di tale impegno. Questo significa che la difesa della vita alla quale siamo stati chiamati, è attualmente attratta da quanto avviene in zone della terra, dove si muore per fame e guerra, a qualsiasi età.

Dove non c'è traccia di una tecnologia al servizio del benessere, dove si sopravvive nella perenne emergenza e dove, la maggior parte delle speranze della biomedicina contemporanea sono sogni sconosciuti ed inimmaginabili. Sembra pertanto che in quei luoghi la scienza abbia compiuto un percorso del tutto differente: là, la vita ha regole primitive, ma senza miti, il senso delle cose si scinde tra il futile dell'occidente, la cui eco è smorzata dai fragori e dai lamenti e l'essenziale del quotidiano disperato, a stento attenuato dalla indifferenza dei benestanti. La scienza può ingigantire il divario. Può renderlo abisso.

Dalle nostre parti, il beneficio possibile fa crescere il desiderio. Se è possibile ottenere un beneficio, è ingiusto che ciascuno non ne goda. Anche quando le possibilità tecniche della chirurgia plastica non mi consentono più di vivere felicemente con un naso "importante" o con un seno minuscolo. Via via che il beneficio aumenta, i bisogni secondari, terziari, ultimi si fanno impellenti, dato che la soluzione è ad un passo. Come dice la saggezza antica e dell'Oriente, siamo sempre più infelici, perché l'orizzonte dei desideri s'è fatto immenso. Valori come rinuncia, senso del limite, accoglienza di ciò che appare imperfetto, rispetto ai modelli sociali, deperibili, non seducenti (come l'invecchiare ed il morire), diventano obsoleti, ma nessuno più sa se tutto ciò sia



davvero una conquista per l'uomo; mentre altrove è dietro l'angolo uno qualunque dei quattro cavalieri dell'Apocalisse.

Ecco, accanto al relativismo delle necessità, compare la generalità del loro soddisfacimento, cui non rimane che l'ombra di un dubbio: che quanto appare buono lo sia davvero. Uno degli esempi di quella incertezza è la manipolazione genetica. Essa viene osservata da troppi, diversi punti di vista, perché si possa un giorno dire se essa sia giusta o pericolosa. La scienza dovrebbe essere più onesta: la genetica serve a migliorare la salute; ma quante malattie si possono prevenire con la modificazione del DNA? o, invece, con maggior guadagno per la coscienza, attraverso misure alla portata di tutti, come una dieta congrua, o l'astensione dall'alcool, dal fumo o da abitudini che aumentano il rischio? La stessa procedura tecnologica sazierebbe la fame del mondo, vanificando scelte di economia cosmica più giuste, svincolate finalmente dalle multinazionali e dal programma di arricchimento dell'Occidente progredito?

L'imprevedibilità degli effetti di alcune biotecnologie, attribuisce loro proprietà taumaturgiche, tali da assimilare l'uomo artifex a Dio stesso, la sua intelligenza alla potenza divina; oppure, per le stesse ragioni, rappresenta un rischio, sia per la sua evoluzione biologica, che per la perdita del prezioso senso del limite. L'eco di tanta arroganza ricade subito sulla drammaticità del rapporto tra economia e scienze della vita (quando si deve tradurre in risorsa economica una guarigione, una morte, un fattore di rischio, verso un farmaco nuovo, efficace e costoso) e tra tecnologia e accesso facile e generalizzato, alle sue procedure.

Tuttavia, l'argomento etico essenziale è sempre rappresentato dalla relazione tra il laboratorio e l'umanità piena di domande. Una delle risposte è stata la medicalizzazione degli eventi fondamentali della vita, come la nascita e la morte. Essa è conseguenza delle nuove possibilità della scienza di limitare i rischi legati alla nascita, e di prolungare, con biotecnologie e con farmaci, un'esistenza biologica altrimenti destinata ad una più rapida fine. Ma non solo gli eventi estremi della vita hanno richiamato la medicina, ma anche altre condizioni fisiologiche, divergenti dai modelli sociali di benessere e produttività, sono finite nella sfera sanitaria, divenendo "eventi medici". Ricordiamo la menopausa, l'invecchiamento e la infertilità di coppia, come manifestazioni della vita, meritevoli di diagnosi e terapia. Ad essi, la scienza ha proposto rimedi, trasformandoli, forse a torto, in

“malattie”. Nelle stessa direzione si muovono altre specialità scientifiche, soprattutto quelle che, manipolando il DNA, si assumono la responsabilità di ogni tipo di “miracolo”, inducendo quindi nuovi bisogni. Nessun dubbio ci induce, per principio, a preferire la non conoscenza: la tentazione oscurantista affonda le sue radici nella paura irragionevole di una realtà che sconvolge il pensiero, soltanto perché muta troppo rapidamente. Non si spiega altrimenti il dibattito sulle cellule staminali o sui trapianti d'organo, se non perché la guarigione di certe malattie appare magica, poiché imprevedibile, fino a pochi anni fa, o in quanto, coinvolgendo la figura del “donatore” sembra confondere le identità, rimescola le persone e rammenta l'archetipo dell'anima individuale. Non eravamo forse psicologicamente pronti a tutto ciò. Non ci siamo abbastanza misurati con un'idea di vita, che trova nel corpo fisico elementi esclusivamente simbolici (come il sangue o il cuore), mentre la vita è il respiro, insieme al suono della voce e alla luce dello sguardo, che svanisce dagli occhi del cadavere. O è lo spirito divino, nelle profondità dell'anima, appena percepibile, ma indimenticabile, nei giorni esaltanti della vita, e dissolto, come nebbia, nella disperazione e nel dolore infinito.

Questo modo di sentire la vita riporta la scienza nei suoi giusti binari: l'esperimento che ispira repulsione è quello “inutile” o che si immagina ad uso di pochi privilegiati, alieni dal considerare l'aldilà come un traguardo desiderabile, preferendo una immortalità materiale, che li renda eterni e decrepiti, mentre intorno a loro sono scomparsi tutti quelli che hanno conosciuto. Quanto si addice alla clonazione, ha rappresentato, prima dell'era scientifica attuale, il fantasma di antichi timori. Il “doppio” di Otto Rank, che ritrova l'orrido clone nella letteratura, come rappresentazione dell'*ombra*, visione insopportabile delle proprie parti malvagie. O Dorian Gray, crosta patinata del più immorale narcisismo. O il mister Hyde, o il Golem, metafore di una scienza, che costruisce mostri, non accettando la morte, come estremo confine della vita biologica.

Queste fantasie fanno uscire la scienza dalla dimensione umana e la introducono nella visione ultraterrena, che non è più neppure etica, ma un altro mondo. L'etica invece si richiama ai valori di una esistenza che permane sotto l'occhio vigile della ragione, e nessuna sfida all'eterno può apparire ragionevole. Il richiamo a valori elevati ci lascia indifesi, sotto un tetto di stelle, estatici per quello spettacolo, con il corpo fisico saldo sulla terra. Questa doppia esistenza è tipica



dello scienziato polivalente; che non sia soltanto un chimico, un fisico o un biologo, ma che si muova tra le diverse discipline, alla ricerca di un senso di essa, che lo riconduca su quella via antica, che identificava conoscenza e virtù, come manifestazioni, nella Creazione, di una intelligenza divina.

La saggezza spinge lo scienziato a considerare come grande scoperta del secolo la bomba atomica (nata per un fine apparentemente buono, quale la fine della guerra e la sconfitta del nazismo) soltanto per il suo valore simbolico, come emblema della distruttività umana e quindi delle potenzialità devastanti della scienza e della sua capacità di annientamento, oggi rappresentate dai disastri ecologici. Quella esperienza dimostra che lo scienziato non ha finalità etiche: egli aspira ad ottenere ciò che vuole ottenere (Oppenheimer, padre dell'atomica parlava di impresa "tecnichally sweet", *tecnologicamente accattivante*). Dobbiamo riconoscere che questa attrazione fatale per la neutralità è ancora una caratteristica della mentalità scientifica, nonostante il riconoscimento dell'inconscio nello spirito scientifico e dell'andatura irregolare della scoperta, a dispetto del metodo. Eppure la stessa scienza dà, in laboratorio, indicazioni diverse: il mutamento di paradigma non è legato al semplice oggetto della ricerca. Riguarda i valori. Ad esempio, la scoperta dei geni *omeobox*, come regolatori dello sviluppo degli organi, suscitò grande curiosità, non appena si poté attribuire all'*Emx2* un ruolo fondamentale nella formazione del cervello umano e all'*Otx2*, la sua rimodulazione. Si pensò, nonostante le smentite dei ricercatori, alla scoperta del *gene dell'intelligenza*. Il mutamento rivoluzionario era la dimostrazione dell'appartenenza della mente al corpo, dello psichico al biologico, dell'invisibile al visibile, *definitivamente e per sempre*, oltre a confermare la teoria evuzionista. Questo evento, peraltro in sé per nulla sconvolgente, dimostra l'aderenza dell'esperienza scientifica a convinzioni, paure, pregiudizi, abitudini; più di quanto la scienza possa mantenere con i suoi strumenti, è fonte di inquietudine. Ancora lontana, tuttavia, è l'etica.

Dobbiamo accogliere fiduciosi le straordinarie scoperte delle neuroscienze, cui dobbiamo la certezza della biologia in tutte le espressioni della vita, ma mediante una complessità estrema. Che dà conto, oltre che dell'anatomia e della fisiologia, anche della diversità dei comportamenti individuali "cervelli identici non sono mai tali". Questo carattere complesso riduce i divieti morali legati all'uso delle cellule staminali – delle quali ancora poco sappiamo – dei trapianti,

dato che il loro uso non modifica gli effetti finali di quello intreccio di neuroni su cui le esperienze personali, l'ambiente e le storie personali ricamano i differenti comportamenti. Probabilmente il timore è stata una sorta di rinuncia della scienza e della tecnologia ad una qualche prospettiva finalistica. Sono parte cioè di un progetto *senza scopo*, essendo così fine a se stesse, cessando di essere un mezzo. Oppure gli obbiettivi vengono diversamente interpretati, ad esempio, sotto la pressione dell'industria e del mercato o per le richieste urgenti degli utenti, sollecitati da sempre maggiori aspettative. Sappiamo che la visualizzazione di un traguardo condiziona la marcia, le sue soste e le sue rincorse; il progresso precipitoso ha oscurato il traguardo, esso è diventato l'ignoto, cosicché la marcia si è fatta incerta e i valori, che in genera la orientano, sono discordanti e ambivalenti. Certamente la nostra percezione del senso della vita ha dovuto stare al passo con cambiamenti estremi.

L'informatica che spegne una comunicazione fatta anche di attese, di interlocutori che non si trovano, di domande senza risposte e di silenzi da sopportare, ha richiesto un repentino adattamento della mente e della sfera emotiva, ad un realtà insospettata. Persino i sogni sono stati cambiati in verità virtuali, soddisfazioni visibili di desideri, di cui ignoravamo l'esistenza, mentre la scienza fisica ci descrive la *simmetria*, come regola alla costruzione delle forme naturali, di una intelligenza non umana, affine alle nostre attitudini alla conoscenza, e stranamente rispondente al nostro bisogno di armonia.

Una buona lettura di quanto osserviamo, anche simbolica, anche psicologica, anche poetica, cercandovi le risonanze nell'anima, che trasporti nella bellezza della Natura, piuttosto che dentro la sua precisione, è la strada più sicura per la decisione morale. Costeggia l'onda a cui apprendiamo il movimento, il colore e la sapienza di colui che fa ciò che deve. E' consolata dagli alberi, da cui impariamo la linfa vitale, il respiro delle foglie e i rimedi. Ha angoli, incertezze, tranelli e miraggi, ma contiene la roccia e il cristallo periodico, su cui sedere in silenzio, per riprendere il contatto con l'anima. E' in ascolto: degli uccelli dell'aria e delle voci, invocazioni e preghiere, di uomini lontani, in difficoltà, malati, affamati oppure oppressi. In attesa della nostra attenzione.

**Bibliografia**

- APOLLODORO, *I miti greci*, Mondadori, Milano, 1998.
- ATKINS P., *Il dito di Galileo*, R. Cortina, Milano, 2004.
- BARROW J. D., TIPLER F.J., *Il principio antropico*, Adelphi, Milano, 2002.
- BACHELARD G., *La formazione dello spirito scientifico*, R. Cortina, Mi 1995.
- BERNARD C., *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Piccini, Padova, 1994.
- BONCINELLI E., *Io sono, tu sei*, Mondadori, Milano, 2002.
- BONCINELLI E., *Il grande libro dell'uomo*, Mondadori, Milano, 2001.
- BONCINELLI E., GALIMBERTI U., *E ora?*, Einaudi, Torino, 2000.
- CAPRA F., *La scienza della vita*, Rizzoli, Milano, 2002.
- Engelhart Tr. J. *Manuale di Bioetica* il Saggiatore Milano 1999.
- EVOLA J., *La tradizione ermetica*, Ed: Mediterranee, Roma, 1996.
- FUCHS V., *Chi vivrà?*, V & P, Milano, 2002.
- GADAMER H.G., *Dove si nasconde la salute*, R. Cortina, Milano, 1994.
- GOETHE W., *Opere*, Sansoni, Firenze, 1989.
- GOOD B. J., *Narrare la malattia*, Ed di Comunità, To, 1999.
- GRAVES R., *I miti greci*, Longanesi, Milano, 1983.
- GUITTON J., *Dio e la scienza*, Bompiani, Bologna, 1992.
- KUHN T. S., *Dogma contro critica*, R. Cortina, Milano, 2000.
- LIBERATI A., *La medicina delle prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1997.
- JORDAN B., *Gli impostori della genetica*, Einaudi, Torino, 2000.
- NERI D., *Bioetica in laboratorio*, Laterza, Bari, 2001.
- NULAND S.B., *Davanti alla morte*, Laterza, Bari, 2002.
- PALAMAS G., *Atto e luce divina*, RCS, libri Milano, 2003.
- PLATONE, *Fedro*, Mondadori, Milano, 2006
- PENROSE R., *Il piccolo, il grande, la mente umana*, R. Cortina, Milano, 2002.
- REALE G., *Corpo, anima e salute*, R. Cortina, Milano, 1999.
- SOLANO L., *Tra mente e corpo*, R. Cortina, Milano, 2001.
- STEINER R., *Principi di etica medica*, Ed. Antroposofica, Milano, 1995.
- TOMATIS R., *Il Laboratorio*, Sellerio, Palermo, 1993.

## LA PERSONA

### I. Siviiglia

Docente Facoltà Teologica di Sicilia "San Giovanni Evangelista", Palermo

La mia proposta cercherà di trattare il tema della persona non solo nè primariamente nella prospettiva filosofica ma a partire da quella della ricerca scientifica e specialmente per la rilevanza che essa assume nell'ambito medico-sanitario.

L'attuale dibattito sulla persona, infatti, scaturisce generalmente dalle questioni sorte nell'ambito della bioetica.

Ci si chiede, infatti, se e quando si possa definire un essere persona, quali siano gli elementi che la costituiscono e se questa sia soggetto di diritti.

Il progresso scientifico apre una ampia piattaforma in cui appare necessario delineare con chiarezza la questione antropologica in quanto essa appare centrale e determinante in ordine al futuro stesso della ricerca.

È indubbio che nel nostro tempo la questione della persona va studiata e proposta in una prospettiva inter e trans-disciplinare se si vuole rendere ragione della complessità dell'oggetto e della necessità di leggere tale realtà in maniera globale.

Nell'accezione latina originaria del termine *persona* rimandava alla maschera che gli attori del teatro assumevano, da cui deriva anche la caratterizzazione dei *personaggi*, che avevano ruoli ben caratterizzati, sia nella commedia che nella tragedia.

Nell'ambito del diritto romano lo stesso termine fu usato per distinguere l'uomo soggetto di diritti rispetto al resto delle cose, ma anche rispetto agli schiavi, i quali erano considerati cose anch'essi.

Nel periodo medievale il termine persona venne largamente utilizzato nella complessa controversia cristologica e trinitaria per l'individuazione delle tre distinte entità divine, nell'unità dell'unico Dio. In base a questa chiara individuazione si parla per esempio, relativamente al Figlio di Dio incarnato, di due nature e di una sola persona.

Sulla scia della definizione del filosofo Severino Boezio (VI secolo) relativa alla persona "sostanza individua di natura razionale", S. Tommaso d'Aquino, nella *Summa theologiae* (I, q. 1, 29, a. 3) aveva definito persona "ogni individuo di natura razionale".

Nella concezione tomista erano indicati come rilevanti la singolarità, la sostanzialità, la razionalità, la perfezione propria della creatura all'interno della considerazione del limite come parte integrante della propria realizzazione, la libertà e la responsabilità.

Nell'epoca moderna si realizza la svolta verso il soggetto, come sviluppo della filosofia kantiana che aveva definito l'uomo come persona, in quanto soggetto morale autonomo.

Nel contesto di questa concezione filosofica si sviluppa molto la soggettività, a discapito della relazionalità, che pure costituisce parte integrante della concezione della persona.

Storicamente si può affermare che la dimensione sociale della persona si sviluppa a partire dalla filosofia idealista e dalla dottrina marxista.

L'impressionante sviluppo delle scienze empiriche, nel secolo appena trascorso, ha condotto la conoscenza dell'uomo sul piano della fenomenologia e dello studio degli aspetti fisici, lasciando in ombra o addirittura negando la dimensione trascendente che fa dell'essere umano un mistero complesso da comprendere.

Tra le correnti filosofiche che hanno assunto tale complessità non si può non segnalare la corrente filosofica che va sotto il nome di personalismo e i cui rappresentanti più significativi sono E. Mounier e J. Maritain.

Tale prospettiva considera la persona come valore fondamentale, essere unico e irripetibile, immersa nella storia nella sua complessa realtà di corpo e anima, e dotata di libertà e capace di responsabilità, irriducibile ad oggetto e costituita nella relazione.

Trasferendoci ora all'ambito più propriamente teologico ciò che caratterizza la persona umana è il suo essere creata "ad immagine e somiglianza" del Dio unitrino. Essa è chiamata a vivere nel Figlio, la propria filialità nei confronti di Dio Padre, per l'opera dello Spirito Santo.

Palermo, 24 Maggio - 26 Novembre 2004

Essa è costitutivamente ordinata alla comunione con Dio e all'incontro nella carità e al servizio dei fratelli.

Il processo di realizzazione della persona umana, nella prospettiva antropologica cristiana, passa dalla graduale conformazione a Cristo crocifisso e risorto, che è "L'Immagine" per eccellenza del Padre. L'incarnazione del Verbo costituisce il paradigma antropologico di ogni realizzazione umana.

L'uomo è costituito come *capax Dei*, capace di relazione con Dio, è chiamato a realizzare l'amore nel mondo, inserendosi incisivamente nelle dinamiche della storia, per orientarle alla Ricapitolazione.

In questa attiva azione il cristiano pone al centro del suo impegno la dignità della persona umana da riconoscere, custodire, promuovere, difendere.

L'essere umano, fin dal suo concepimento biologico, può essere considerato persona a tutti gli effetti, con tutte le implicazioni fin qui rilevate sia in ambito filosofico, che morale e religioso.

Il magistero morale e la dottrina sociale della Chiesa sviluppa e declina in più documenti e in diverso modo questa verità fondamentale.

L'essere umano, dunque, dal momento del suo concepimento fino all'ultimo istante di vita, pure in situazioni di handicap, di gravi malattie, di anzianità inoltrata, di disturbi mentali deve essere custodito nell'integrità della sua dignità più profonda.

La prospettiva cristiana offre un significato ad ogni realtà umana, e dunque anche alla sofferenza e alla morte (cf. Rm. 14, 7-8) e non ammette che a decidere del destino dell'uomo sia l'uomo stesso, ma offre un orizzonte che rimanda alla signoria di Dio su tutte le sue creature. Per questo risultano inaccettabili sia le forme di accanimento terapeutico sia ogni forma di eutanasia.

La comunità degli uomini e ancor di più la comunità cristiana devono impegnarsi per rendere dignitoso l'accompagnamento dei malati terminali.

La vita di ogni uomo, infatti, è sacra e, in quanto tale va difesa e protetta da ogni possibile offesa.

Si possono distinguere il piano etico e quello religioso, ma alla base di tutti e due va posto il valore della persona umana.

I credenti, poi, a partire dall'orizzonte della fede possono comunicare il senso più profondo della vicenda umana, in tutte le sue dimensioni e in ogni tappa del cammino.

La luce che promana dall'evento della Croce di Cristo illumina ogni esperienza autenticamente umana e le conferisce significato e valore.

Ritengo, comunque, che, oggi più di ieri, i cristiani sono chiamati a partecipare attivamente al dibattito sulla dignità della persona, specialmente nell'ambito della ricerca e della sperimentazione scientifica, e in quello sanitario per offrire il loro contributo nella elaborazione di un *ethos comune*, che ponga a fondamento di tutto il valore inalienabile della persona umana.

### **Bibliografia**

A. PAVAN – A. MILANO (edd.), *Persona e personalismi*, Dehoniane, Napoli 1987; E. BACCARINI, *La persona e i suoi volti. Etica e antropologia*, Anicia, Roma 1996;

L. PALAZZANI, *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*, Giappichelli, Torino 1996.

## MANAGEMENT DELLE SALE OPERATORIE

*\*M.V. Torregrossa, \*\*S. Trapani*

\* Professore Associato di Igiene, Università degli Studi, Palermo

\*\* Dirigente Medico, UO Microbiologia e Parassitologia, AOUP "P. Giaccone",  
Palermo

Gli errori che occorrono nella clinica stanno diventando sempre di più oggetto di riflessione, soprattutto per le conseguenze spesso irrimediabilmente negative per la salute dei pazienti, per i costi che comportano e per le ripercussioni sul clima organizzativo dei servizi.

In un approccio di sistema, l'assunto fondamentale è che anche nelle migliori organizzazioni, ci si devono attendere degli errori. Il nostro obiettivo, perciò, non può essere quello di evitarli del tutto ma di ridurli al minimo utilizzandoli come strumento di miglioramento della qualità.

Imparare a "gestire" i rischi rappresenta un obbligo professionale che ciascuno degli operatori deve assumersi, al di là del suo ruolo professionale: questo non può che rafforzare il carattere multidisciplinare dell'iniziativa.

La metodologia da applicare si fonda sull'organizzazione intesa come sistema, ciò comporta il superamento dell'ottica individuale-colpevolizzante e costringe ad analizzare e modificare tutti quei fattori che riguardano l'organizzazione nel suo insieme, comprese le comunicazioni tra le diverse figure dello staff.

Oggi parlare di tecnologia e sicurezza in sala operatoria significa affrontare quelle problematiche correlate al governo clinico di questo particolare ambiente che resta il punto nevralgico di qualunque azienda sanitaria poiché area ad elevata criticità per la diversa tipologia di rischio.

La tecnologia ne ha profondamente mutato lo scenario, variandone la struttura organizzativa e la configurazione funzionale con il miglioramento della performance e dei risultati.



L'aziendalizzazione ha ridefinito i modelli organizzativi di S.O., attraverso la diversificata modulazione del percorso clinico assistenziale sempre più ottimizzato ai bisogni del Paziente.

L'obiettivo è realizzare una "politica di sicurezza" attraverso un piano attuativo di approccio all'errore con decolpevolizzazione del singolo, minimizzazione dei rischi, tecniche di controllo interno e dell'"audit" clinico con l'adozione di procedure migliorative favorevoli la tutela dei pazienti e degli operatori.

Il disegno è implementare la strategia del sistema qualità di sala operatoria individuando principi e strumenti di buona pratica assistenziale, facendo correre al paziente il minor rischio possibile nelle fasi che precedono, accompagnano e seguono l'intervento chirurgico, focalizzando l'attenzione su quei fattori che favoriscono o sono di ostacolo alla sicurezza assistenziale e che riconoscono nella stessa natura dei componenti l'intero sistema organizzativo: l'ambiente fisico, la struttura, gli operatori, le apparecchiature e l'insieme delle risorse disponibili.

Il monitoraggio delle attività di sala operatoria consente di riequilibrare le diverse modalità operative e relazionali dei vari aspetti dell'assistenza attraverso la revisione critica delle deviazioni.

Tale strategia, riconducendo ad una visione d'insieme di aspetti clinici, organizzativi e gestionali, realizza una politica di sicurezza che rende la pratica chirurgica altamente affidabile e permette, nel ridefinire in forma continua il modello organizzativo-assistenziale, processi e prodotti di qualità con "outcomes" attesi ed efficaci. La strada maestra per raggiungere questi risultati è rappresentata dalla ricerca clinica applicata, dalla formazione e dall'addestramento tecnico-professionale.

Identificare il blocco operatorio semplicemente come un insieme di locali deputati ad accogliere l'attività chirurgica, equivale a sottostimare notevolmente l'impatto e l'importanza nevralgica che tale settore riveste nell'attività ospedaliera. Risulta invece più aderente e completo definire il blocco operatorio come una struttura organizzata (quindi un insieme di risorse umane e materiali organizzate) la cui finalità è l'erogazione di prestazioni sanitarie ad elevato grado di specializzazione ed invasività.

I modelli di studio sulle infezioni ospedaliere e dei fattori di rischio ad esse connesse, hanno fornito utili elementi per l'individuazione del rischio legato all'ambiente chirurgico, particolarmente per

quanto attiene le procedure individuate come di provata efficacia a ridurre tali complicanze.

La sala operatoria (S.O.) oggi più che mai, rappresenta il nodo nevralgico di qualunque azienda ospedaliera per il posizionamento strategico definito dal livello di interfaccia con tutte le altre unità operative dell'area chirurgica, per l'elevato dimensionamento tecnologico, per l'intersectorialità di attività ad alto contenuto professionale e per la diversa tipologia di rischio (biologico, chimico, fisico e psicologico), per cui si può definire come unità operativa complessa in cui interagiscono paziente, operatori, attrezzature e risorse.

L'attività, ancorché fundamentalmente tecnologica, mira a garantire la qualità e la sicurezza del percorso clinico-assistenziale nelle sue varie fasi (pre e post-operatorie) attraverso una sistematica ripetitività tecnico-organizzativa, senza nulla togliere alle singole professionalità del chirurgo, degli anestesisti e degli altri operatori.

La tecnologia e l'aumento dell'automazione, migliorando la performance clinica e di risultato, hanno limitato l'errore individuale, anche se predispongono a "incidenti organizzativi". In definitiva gli errori fonte di "eventi sfavorevoli" (adverse events) possono essere errori da negligenza, imprudenza o imperizia del singolo operatore che coinvolgono la sfera cognitiva e della formazione ed in genere sono sporadici e poco frequenti; ed errori derivanti da insufficienze del sistema assistenziale, frequenti, ripetitivi ed evitabili.

Gli errori che sorgono per problemi connessi all'informazione, si possono ridurre migliorando la qualità e la disponibilità di informazioni sul posto di lavoro. Una scarsa attenzione, una superficiale comunicazione ed un'imprecisa documentazione possono attivare un processo a rischio sia per il paziente che per lo staff.

Le comuni attività assistenziali rappresentano di fatto frequenti occasioni di errore e riguardano:

- **il consenso informato:** il rischio nasce da una non chiara spiegazione al paziente delle procedure diagnostiche e dei trattamenti proposti, comprese le conseguenze e le alternative, deve essere documentato e siglato in cartella e deve consentire una libera scelta di accettazione o rifiuto; un consenso informato mancante, incompleto e non ben recepito dal paziente è fonte di lamentele, denunce e/o contenziosi medico- legali;

- **la cartella clinica:** se compilata in maniera non essenziale, incompleta, con grafia poco leggibile o disordinata è rischio di errori

di interpretazione dei test di laboratorio, degli esami strumentali, della somministrazione terapeutica, nonché di un' inadeguata indicazione all'intervento chirurgico, o di dimissione sbagliata;

- **la valutazione organo sistemica:** un' imprecisa valutazione cardiocircolatoria, respiratoria, infettiva, tromboembolica, di allergie e trattamenti anticoagulanti, aumenta il rischio delle complicanze sistemiche e della morbosità e mortalità perioperatoria;

- **l'identificazione del paziente:** il procedimento non compiuto in serie tra infermiere del reparto , anestesista, infermiere di sala operatoria e chirurgo; il non uso del braccialetto di identificazione, o non precisare il lato ed il procedimento operatorio provoca il rischio di scambio di pazienti o di chirurgia "wrong-site";

- **la preparazione del paziente:** inadeguate procedure di profilassi antiallergica, antitrombotica, antibiotica; le mancate misure preventive nei pazienti in trattamento anticoagulante e con posizionamento di catetere venoso centrale; la mancata o insufficiente preparazione respiratoria, cardiologica, nutrizionale; un non corretto lavaggio e disinfezione locale, tricotomia aumenta il rischio delle complicanze relative e della morbosità e mortalità perioperatoria;

- **la preparazione del chirurgo:** l'inappropriatezza nel lavaggio delle mani e l'inadeguato equipaggiamento di sala operatoria provoca un aumento del rischio di infezioni;

- **il monitoraggio del paziente:** l'inadeguato controllo e osservazione costante di funzioni e parametri vitali provoca l' aumento di disfunzioni ed insufficienze di organo e sistemi e della morbosità e mortalità perioperatoria;

- **il posizionamento del paziente in S.O.:** un mal posizionamento posturale provoca lesioni nervose periferiche e morbosità perioperatoria.

- **l'intervento chirurgico errato o in urgenza/emergenza:** l'errato conteggio e controllo di strumenti, garze, tamponi ed aghi, o la presenza di corpi estranei intracavitari può provocare lesioni iatrogeno, nervose, viscerali, infezioni della ferita chirurgica e degli spazi profondi entro trenta giorni con aumento della morbosità e della mortalità perioperatoria;

- **la selezione del paziente ad alto rischio:** un mancato ricovero in terapia intensiva post operatoria pone il paziente a rischio di assistenza inadeguata con aumento della mortalità perioperatoria.

- **i requisiti gestionali e le norme comportamentali:** il non rispetto di D.P.I., delle metodiche di sterilizzazione, disinfezione, asepsia

si, di entrata ed uscita del personale o di smaltimento dei rifiuti riduce la sicurezza gestionale ed assistenziale;

- **le attrezzature:** uso inadeguato, istruzioni d'uso non ben recepite, non regolare manutenzione, macchinari obsoleti, mal funzionanti o nuovi ma estremamente complessi provocano un aumento degli eventi sfavorevoli tecnologico-assistenziali;

- **l'approvvigionamento e la disponibilità dei farmaci, dispositivi medici, materiali di consumo:** la non corretta gestione causa un mancato utilizzo al momento giusto ed un aumento del rischio gestionale assistenziale;

- **l'aggiornamento continuo per la formazione del personale:** la carente formazione o uno scarso addestramento, riducono la sicurezza e della qualità professionale assistenziale;

- **le ispezioni interne organizzative:** se non appropriate non consentono una corretta valutazione o programmazione di azioni preventive e correttive delle deviazioni dell'assistenza e loro efficacia;

Secondo la nostra analisi le cause principali di errore e di malfunzionamento possono essere così raggruppate:

- mancanza di procedure condivise tra le varie figure professionali per la prevenzione del rischio clinico;

- mancanza di una efficace integrazione tra le diverse figure professionali che intervengono nel blocco operatorio;

- assenza di un percorso assistenziale definito che garantisca la continuità degli interventi in un'ottica centrata sul paziente e non sulla singola unità operativa.

L'errore di S.O. è, dunque, il frutto di una interazione tra difetti umani, organizzativi e tecnologici, senza trascurare il ruolo dei fattori sociali.

Nonostante l'alto livello di attenzione, molte sono le procedure a rischio ma fortunatamente solo alcune, superando le barriere di sicurezza, inducono ad un "evento avverso", cioè ad un potenziale o reale danno al paziente, conseguenza dell'assistenza, piuttosto che della malattia.

Un programma di risk management non può che focalizzare l'attenzione su tali eventi-sentinella, da identificare ed analizzare al fine di modificare i comportamenti sanitario-assistenziali e rendere più sicuro il sistema.

È fondamentale mettere a punto un sistema di rilevazione-informazione, di analisi del meccanismo di accadimento per il mappaggio dei rischi specifici di S.O. e strategie di interventi di prevenzione-correzione minimizzanti il rischio e le conseguenze per il paziente.

Per prevenire lo scambio dei pazienti, l'errata identificazione del lato in caso di organo bilaterale, il malfunzionamento delle apparecchiature, la mancanza di materiali e presidi necessari all'intervento, ecc., sarebbe utile che il personale dei Blocchi operatori e della U.O. di Anestesia e Rianimazione elaborassero in modo condiviso **una procedura** per l'ammissione in camera operatoria ed **una check-list** preoperatoria. Le procedure andrebbero presentate e discusse con i Caposala e con i responsabili di tutti i reparti chirurgici e quindi adottate attraverso un ordine di servizio del Direttore Generale e del Direttore Sanitario dell'Azienda.

#### CHECK LIST

**Nome:**

**Cognome:**

**Data:**

**Elezione**

**Urgenza**

**Sala Operatoria di:**

#### *Infermieri*

- Verifica dell'identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- corrispondenza tra i dati clinici riportati in cartella clinica e quelli presenti nella lista operatoria;
- verifica presenza marcatura del lato;
- controllo ventilatore, cardiomonitor, defibrillatore, aspiratori, scialitiche, elettro bisturi e piastre;
- controllo corretta preparazione del paziente (pace-maker, protesi, indumenti, ecc.);
- controllo sterilità e preparazione dello strumentario e presidi chirurgici necessari all'intervento;
- controllo ferri chirurgici, pezzi, tamponcini ed aghi.

### ***Anestesisti***

- Verifica dell'identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- corrispondenza tra i dati clinici riportati in cartella clinica e quelli presenti nella lista operatoria;
- verifica presenza marcatura del lato;
- verifica presenza videat anestesilogico;
- verifica tenuta a pressione circuito a ventilatore acceso e spento;
- controllo corretta erogazione gas (O<sub>2</sub> / N<sub>2</sub>O);
- controllo moduli e cavi ECG, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, NIBP;
- verifica disponibilità farmaci salvavita;
- verifica disponibilità maschere oro-facciali e laringee adeguate;
- certifica disponibilità e corretto funzionamento laringoscopia, lame e sistema di aspirazione;
- verifica disponibilità tubi endotracheali adeguati e mandrino rigido.

### ***Medico operatore***

- Verifica dell'identità del paziente con stato di coscienza conservato;
- corrispondenza tra i dati clinici riportati in cartella clinica e quelli presenti nella lista operatoria;
- verifica corretta marcatura del lato;
- verifica corretta posizione del paziente sul letto operatorio;
- verifica disponibilità materiali particolari e dispositivi speciali necessari per l'intervento.

### **Esempi:**

#### **Procedura pre-operatoria n. 1**

La prima procedura riguarda l'ammissione del paziente in sala operatoria.

L'ammissione del paziente in sala operatoria può avvenire solo a condizione che:

a) il suo nominativo sia inserito nella lista operatoria che deve essere stata inviata ai blocchi A/B/C entro le ore 12 del giorno precedente l'intervento chirurgico;

b) nella lista operatoria sia specificato

- Nome e Cognome del paziente;
- Sesso;
- Lato dell'intervento (Destro -Sinistro- Non Laterale);
- Tipo di intervento;
- Necessità di avere a disposizione materiali particolari dispositivi speciali;
- Nome e cognome dell'operatore e dell'aiuto;

Patologie trasmissibili positive, negative o non testate

c) sul corpo del paziente sia segnato in modo ben visibile il sito dell'intervento;

d) nella cartella clinica sia presente il N.O. dall'anestesista;

Nel caso di mancanza anche di uno solo di questi requisiti il paziente non potrà essere sottoposto all' intervento chirurgico programmato.

## **Procedura pre-operatoria n. 2**

Prima di iniziare l'intervento deve essere completata l'apposita scheda (check list) a quattro firme contenente i fattori indispensabili da controllare con le relative caselle che dovranno essere barrate dal 1° operatore , dal medico anestesista, dall'infermiere di sala, dall'infermiere strumentista.

La verifica da parte di quattro operatori diversi e la loro firma di conferma permetterà un controllo crociato che dovrebbe evitare la possibilità di errori od omissioni.

Le schede saranno conservate a cura dei caposala dei blocchi operatori e dovranno essere consegnate, al termine di ogni settimana, alla Dott.ssa \*\*\* della Direzione Sanitaria dell'Ospedale.

La Dott.ssa a \* \*\* \*\* dovrà provvedere alla verifica della corretta applicazione di entrambe le procedure.

In conclusione, l'istituzione di unità aziendali di risk management rappresenta il più valido strumento per l'attuazione di una pratica assistenziale sicura e di qualità, basata su procedure e protocolli standardizzati come previsto per l'accreditamento.

Sono necessari l'attivazione e l'adeguamento di sistemi di sorveglianza sull'effettiva adozione dei mutati comportamenti organizzati-

vi e professionali, sulla diffusione dei rischi di S.O. per il personale e per i pazienti oltre che un' efficace programma di formazione degli operatori.

Tuttavia è doveroso chiedersi se tutto ciò, espressione consona di soluzioni tecnico-organizzative-relazionali, ma anche di una nuova cultura potrà realizzarsi nella quotidianità della pratica clinica.

### **Bibliografia**

1) G.J.FRAENKEL. *Some historical notes on infection in surgery*. In: Mack Watts J, Mc Donald P.S. *Infections in surgery. Basic and clinical aspects*. Churchill-Livingstone, NY 1981; 27-37

2) Ministero della Sanità-Commissione Nazionale AIDS "Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni ospedaliere da HIV", 1989

3) Decreto Ministero della Sanità del 28 settembre 1990 "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private"

4) BALLARDINI D., *"Prevenzione del rischio infettivo occupazionale: diritti e doveri degli operatori sanitari"* in Quaderni ANIPIO N. 1/1994 pagg.43-46

5) SERVEDIO G.: *Prevenzione delle malattie infettive a trasmissione ematica in sala operatoria*, in Quaderni ANIPIO N.1/1994 pagg.39-42

6) AA.VV.: *Controllo delle infezioni ospedaliere-Modelli applicativi di riferimento, Atti corso di aggiornamento IPASVI-ANIPIO*, vol.n.1 Collana dell'Arcobaleno Collegio IPASVI di ROM, 1995

7) Ministero della Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza e di Igiene ambientale dei reparti operatori. Roma 1998.

8) S. BRUSAFERRO, M.T. LO IUDICE, *Management applicato all'Igiene Ospedaliera*, Ann Ig 2000; 12 (Suppl.2): 9-16





## LA RELAZIONE COME DONO GRATUITO

*A. P. Viola*

Docente Facoltà di Sicilia "San Giovanni Evangelista", Palermo

Negli ultimi decenni del secolo scorso, il tema della relazione come donazione gratuita ha trovato sempre più ampia considerazione nella riflessione filosofica soprattutto per il ruolo fondativo ad essa assegnato. Consapevoli della complessità e dell'ampio panorama che il tema prospetta, siamo condotti necessariamente ad operare una scelta sia metodologica sia di contenuto. La nostra proposta, pertanto, è quella di andare all'origine della questione mettendoci in ascolto di chi ha pensato filosoficamente, e in maniera radicale, il senso della relazione, il significato del dono e la necessità della gratuità della donazione.

Se non ci è difficile affermare, da un punto di vista esperienziale, che entriamo costantemente in relazione con cose, eventi e persone, non così agevole ed immediata è la considerazione sull'origine di tale modo d'essere, sulla causa o la condizione di possibilità perché tali relazioni si costituiscano.

Pensata in maniera così radicale, più e prima ancora di essere un tema e un oggetto di riflessione, la relazione ci appartiene come modo di essere in noi stessi, con gli altri e con le cose. Il presente intervento si articola fondamentalmente in due tempi, il primo dei quali vede l'attraversamento in maniera sintetica, di alcuni esempi di riflessione filosofica sulla relazione, mentre il secondo traccia alcune considerazioni sulla qualità della relazione come dono nella sua gratuità.

## 1. La relazione ad Altro

Tutto il pensiero filosofico si caratterizza come ricerca di dare senso a ciò che ci circonda. È il tentativo, variamente affrontato e non sempre approdato a soluzione, di capire l'altro che ci sta di fronte: Altro o altri con cui ci si confronta o che ci affronta. Cercare il senso di ciò che ci attrae, incuriosisce o inquieta, è già entrare in una relazione, è capire il proprio posto e quello degli altri, è attribuire responsabilità, vere o presunte, è in ogni caso porre la domanda filosofica fondamentale: perché? La riflessione filosofica ha la sua dignità in questa domanda. Non si accontenta del semplice fatto che, al contrario, deve essere ancora indagato: ciò che mi sta di fronte, ciò che vedo non mi porta immediatamente il suo senso. Ecco, allora, che occorre scavare dentro l'essere che mi sta di fronte e dentro il pensiero che lo coglie, per avere uno sguardo attento e capace di vedere ciò che non si dà immediatamente.

### *1.1. La filosofia greca e la filosofia cristiana*

La filosofia greca per prima ci ha consegnato l'evidenza che si può fare filosofia solo se si intuisce di essere di fronte a qualcosa che ci supera. Solo se l'uomo è capace di lasciarsi stupire, di lasciarsi incantare e meravigliare, allora può domandare il perché delle cose. Platone riconosce all'uomo, al suo interno, una duplicità con la quale sempre confrontarsi, lottare e risolvere. L'uomo, infatti, per Platone, fa i conti con una intrinseca istintualità: eros. L'eros platonico è quella follia amorosa che ha caratteristiche divine e che fa tendere l'uomo verso la bellezza, la verità. L'uomo, invaso dal desiderio, cioè da una forza che è altro da sé in quanto non lo caratterizza nella sua identità profonda, è tensione verso ciò che stupisce, che sorprende, che non aveva mai visto e non poteva concepire prima. Una prima considerazione a cui ci porta Platone è che la presenza di altro, vuoi una forza irrazionale come eros vuoi il mondo ideale della verità, muove l'uomo verso la domanda di senso.<sup>1</sup> Sulla scia dell'insegnamento platonico la riflessione filosofica si farà sempre più attenta a determinare la qualità della relazione individuando lo strumento più idoneo per raggiungere efficacemente la meta. Si accentuerà la dimensione "spirituale" del pensiero caratterizzando il filosofare come attività contemplativa, tensio-

ne alla *visione* della verità che è Bene.<sup>2</sup> Il "vedere la verità", il pensare attraverso la categoria della visione e la metafora dello specchio, ha profondamente segnato il nostro modo di relazionarci alle cose. Il nostro linguaggio è una spia efficace del fatto che non siamo lontani da quel mondo che ci ha consegnato, in maniera affatto neutra, termini che conservano la loro origine 'visiva', come ad esempio *idea, identità, riflessione, immaginazione, speculazione, ecc.*, da cui difficilmente riusciamo ad uscire.

Pur essendo così forte il modello greco, la sua recezione in ambito cristiano non ha determinato inevitabili condizionamenti. Sarebbe ingiusto, infatti, non riconoscere al pensiero cristiano il tentativo di far passare un'altra metafora, un modo altro di relazionarsi alla verità individuabile nell'ascolto della parola, più che nella visione. Per Agostino, ad esempio, tendere alla verità non sarà tanto desiderio di contemplare al di là del mondo sensibile: il desiderio di vedere si trasforma in desiderio di ascoltare. La riflessione cristiana parte dal presupposto che si è dinanzi alla presenza di un Altro che mi precede. Mentre il mondo greco era partito dal presupposto di un Assoluto ideale che noi riconosciamo e che deve essere recuperato, la riflessione cristiana dà un Volto a questo Altro, un Volto che si incontra però nella parola, nel Logos. Il logos umano, la ragione, si relaziona con il Logos divino. Il Logos è parola, anzi Verbo. È il Verbo che permette di coniugare, e non solo declinare, il senso delle cose. Permette che il legame fra noi e le cose sia non sulla base dell'identità quanto della relazione, dello scambio e della reciprocità personale.<sup>3</sup>

## ***1.2. La filosofia dell'esistenza***

Approdando a contesti filosofici cronologicamente più vicini a noi, occorre riconoscere la svolta epocale determinata dalla riflessione fenomenologica, inaugurata da Husserl e proseguita in diverse forme, che costituisce l'alveo attualmente più fecondo della riflessione filosofica anche per quanto riguarda il tema della relazione e del dono.

La coscienza, affermava Husserl, è sempre coscienza di qualcosa. Ogni mio atto di coscienza, dall'udire, vedere, pensare, ricordare, ha sempre e necessariamente un contenuto che è relativo all'atto stesso. Questo ci porta a dire che ogni movimento della coscienza verso le cose, è già un movimento di apertura, di relazione con qualcos'altro

rispetto a sé. Ma solo il riconoscimento di una differenza può portare a pensare la relazione, sia del pensiero in se stesso sia nei confronti dell'essere. Questo lo sottolinea con vigore Heidegger quando afferma che la relazione è il linguaggio stesso della differenza. Tutto il nostro dire, pensare, interrogarci, è possibile perché siamo immersi in una logica che è più ampia rispetto a quella del concetto, del ragionamento. Io posso pensare perché c'è qualcosa che mi precede e che sollecita il mio interrogarmi. La filosofia è un movimento di consapevolezza di questa dinamica di relazione: fra il pensiero e l'essere, il pensiero e se stesso, il pensiero e il nulla. Il dimorare nella differenza e nell'accoglienza del senso della differenza fa dell'uomo il domandante per eccellenza.

Siamo in relazione con un orizzonte che ci sfugge, che non possiamo concettualizzare perché è la fonte del nostro pensare. Ciò che noi siamo proviene come un dono da questo fondo senza fondo. La consapevolezza che proveniamo da un orizzonte non costituito in maniera chiara, ma come un ombrosità che deve pervenire alla luce, crea nell'uomo un modo nuovo, autentico di relazionarsi con gli altri e con le cose. Un modo che ha il sapore dell'attesa dell'essere, attesa che le cose siano, attesa dell'avvento delle cose, senza tuttavia alcun desiderio, alcuna tensione verso una trascendenza altra rispetto all'evento. Con Heidegger si chiude la possibilità di parlare di relazione come luogo di manifestazione di una presenza che mostra il senso del suo manifestarsi. Una presenza che mi interpella e che pone la possibilità della relazione costituisce il punto di partenza della riflessione di Levinas: il filosofo della relazione e dell'alterità. Ogni relazione è possibile perché siamo preceduti e costituiti dalla relazione con Altri: Dio. L'uomo è costituito come tensione verso ciò che è Altro da lui nel senso di essere differente oltre che trascendente. Solo chi è veramente diverso può costituire l'altro della relazione, altrimenti sarebbe sempre un ripiegarsi su se stessi. L'altro è sempre un perenne interrogativo per me. L'altro mi rivela che la mia identità è d'essere me stesso in quanto sempre capace di altro, di essere una tensione continua di differenza in me stesso. Se per Heidegger l'uomo è il domandante per eccellenza, Levinas direbbe che l'uomo è l'ascoltante per vocazione. Il suo domandare è sempre, infatti, un rispondere ad Altri che lo interpella (sia Dio sia gli uomini), in questo è responsabile: deve rispondere alla presenza dell'altro.<sup>4</sup>

## 2. La relazione nel dono

Alla luce di queste considerazioni, diverse per presupposti e per contesti storici, emerge un elemento comune: la relazione appartiene all'uomo come suo *modo d'essere* e non semplicemente come un modo di fare. Il passo successivo sarà per noi quello di analizzare la qualità di questa relazione. Una qualità che si modula all'interno del mio essere, costituendomi in una logica di accoglienza e disponibilità. In altri termini, possiamo affermare che esistiamo 'ricevendo' in quanto siamo in un orizzonte d'essere che ci precede, che non abbiamo richiesto e che possiamo definire 'gratuito'.

Una prima esperienza della gratuità dell'essere la viviamo all'interno della nostra coscienza. Il nostro io, l'esercizio del mio giudizio, la consapevolezza di me e delle altre cose, non è il primo atto del mio esistere, ma è la possibilità di dire qualcosa su ciò che mi circonda e che necessariamente mi ha preceduto nel suo esistere. La nostra coscienza si trova dinanzi alle cose, in relazione ad esse, come ad una realtà data e non preventivamente richiesta o immaginata.

Oltre alla dimensione della propria coscienza, l'uomo ha la possibilità di fare esperienza del proprio essere, e del proprio valore, attraverso la gratuità della presenza di altri. L'essere con altri mi permette, infatti, di prendere consapevolezza del mio posto, del mio ruolo, della mia identità, del mio essere 'rispetto' ad altri che si trasforma in rispetto e stima di me e degli altri. Sono condotto a dire di me a partire dalla collocazione, dal punto dal quale guardo gli altri e me stesso. È cosa diversa il percepirsi 'parte di un tutto' dal ritenersi 'centro del tutto'. A partire da questo modo di vivere la relazione, l'essere relativi ad altri, è possibile ripensare il desiderio fondamentale dell'essere umano. Non è, infatti, così scontato che il motivo del nostro relazionarci sia dettato dalla libido, o comunque dal possesso dell'altro. Noi ci troviamo ad essere l'uno di fronte all'altro nel desiderio del reciproco riconoscimento, nel desiderio di esserci per l'altro e che l'altro ci sia per me.

Questo riconoscimento reciproco, inteso come attestazione della presenza e conseguente accoglienza, è autentico solo se avviene in modo gratuito, come dono che, in quanto tale, non può essere comprato. Ciò che si definisce 'dono' rimanda all'assoluta assenza di ricambio sia da parte del donatore sia da parte del donatario. Il dono può essere invocato, ma non preteso; può essere atteso, ma non aspettato. Il

dono sopravanza qualsiasi idea su di esso tanto che gli appartiene la meraviglia più che la sua comprensione.

### ***2.1. L'utile e l'in-utile***

Confrontandoci con un panorama più ampio, rispetto a quello fin qui proposto, ci accorgiamo che la contestualizzazione del dono, e dell'atto del donare, apre a considerazioni del tutto divergenti fra loro. Se, infatti, poniamo l'attenzione a quella logica di mercato, che in maniera sempre più pervasiva struttura il nostro vivere quotidiano e le nostre scelte immediate, ci si rende conto che l'unità di misura dell'agire è costituito dall'utile. Solo ciò che è utile è valido, solo ciò che produce risultato merita la 'sponsorizzazione'. Il dono, come atto del tutto gratuito che non aspetta ritorno e che è dato senza essere richiesto, è una pura follia che va contro la logica dell'efficienza. La logica del massimo risultato con il minimo sforzo è contraria alla logica del dono che parte, invece, dal massimo dell'impiego, dell'espressione, senza la possibilità di registrare e monitorare i risultati.

L'utile, quando è posto come stile e criterio delle scelte, non è semplicemente ed innocentemente il risultato dell'impegno, ne costituisce, viziandolo, il punto di partenza. In questo modo la ricerca, e quindi la relazione all'altro, non solo è orientata all'obiettivo da raggiungere, ma porta in sé anche il risultato. È qui che il dono è stato estromesso. Esso perde la sua cittadinanza non tanto nella concretezza dell'agire umano, quanto nel fatto che non ne costituisce più il suo principio ispiratore.

### ***2.2. Fraintendimenti del dono***

Oltre alla differenza riguardo le logiche dell'utilità immediata, il dono registra dei fraintendimenti anche per quanto riguarda alcune applicazioni concrete. Riguardo al dono vi sono, infatti, dei pregiudizi che si esprimono in due forme di ambiguità: il dono-veleno e il dono-scambio economico.

Nel *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, Benveniste<sup>5</sup> osserva che nelle parole derivate dalla radice \*do- troviamo, insieme ai termini greci dos, doron, dorea, dotine, anche il termine dosis nella sua accezione medica, ossia nel suo significato di "donare la dose" in rife-

rimento al rimedio prescritto per la cura. Siamo di fronte al dono come 'dare il farmaco', cosa che non rinvia automaticamente alla bontà assoluta del gesto. La bontà del dono, o per meglio dire, del farmaco, dipende dalla misura, dalla dose, che altrimenti si trasforma in una sostanza tossica. Nella lingua inglese il termine Gift fa riferimento al dono come regalo, mentre lo stesso termine nella lingua tedesca è associato al veleno. La stretta connessione fra il dono e il suo essere veleno, registrata nella lingua germanica, sembra rivelare l'idea che nel dono il donatore acquisisce un potere sul donatario. Un potere esercitato anche solo attraverso la semplice potenzialità distruttrice della bevanda-veleno che il dono significa nella sua stessa accezione terminologica.

È soprattutto Marcel Mauss<sup>6</sup> ad aver evidenziato il particolare risvolto del dono per cui la cosa ricevuta impegna il donatario legandolo al donatore. L'ambiguità del dono-veleno scaturisce così dal fatto che il donatore acquisisce un potere sul donatario, lo lega a sé facendolo debitore. Ecco qui l'esercizio del donare come esercizio di un dominio da parte dei potenti verso i subalterni, ma anche dei potenti fra loro che con i loro scambi si legano a vicenda.<sup>7</sup>

Tutto questo porta a ritenere che il dono gratuito non esista. Il dono anche nella nostra società può essere finalizzato al dominio, al costringere l'altro, a portarlo dalla nostra parte, per fini economici, politici, sociali, professionali. Se attribuiamo questa logica al dono, siamo nel circolo del ritorno e della restituzione. Il donatore ha il suo ritorno nel piacere del donare, mentre il donatario, riconoscendo il dono ricevuto, si trova in debito ed è moralmente obbligato a ricambiare.

### ***2.3. La reciprocità***

I fraintendimenti sopra accennati, del dono-veleno e dono-scambio, poggiano sull'errore di credere che il dono inneschi la reciprocità. Ma questo non appartiene intrinsecamente al dono! Neppure il risvolto costruttivo del dono, nel caso in cui si viene accresciuti e arricchiti da esso, rientra nella logica dello scambio o dell'esercizio di potere.

Il fatto che si provi piacere, emozione, nel ricevere il dono, come nel farlo, indica che si sta rispondendo all'esigenza radicale del nostro essere, di stare bene, di riconoscere il vero.<sup>8</sup> L'esperienza stessa ci dice che esistono tanti atti oblativi, senza che se ne abbia il ricambio, e non



per questo si scatena violenza. La logica del dono è inserita già in quella gratuità che è l'essenza della nostra relazione, in quella costitutiva reciprocità dialogica che costituisce il cuore della nostra esistenza.

Il 'potere' del dono, pertanto, sta non nel valore d'uso, né di scambio, ma nella capacità di sostenere la relazione con l'altro. Il valore che, ai miei occhi, gli altri assumono per me, è iscritto in quella gratuità che desta la meraviglia che qualcuno mi doni qualcosa, addirittura se stesso.

## ***2.4. la generosità e l'abbandono***

Volendo considerare la natura del dono, questa è da identificare in un atto di generosità, di abbandono nel senso di non pretesa.<sup>9</sup>

Il dono, infatti, implica un lasciare andare, una distanza che non per questo è perdita, annullamento. Pur essendo, per certi aspetti, terribile l'esperienza dell'abbandono, della distanza da persone per noi importanti, la logica del dono esige l'atto coraggioso di lasciar andare, di partenza, di distanza e non di attaccamento. Se davvero doniamo dobbiamo riconoscere che non ci appartiene più ciò che abbiamo donato, appartiene all'altro e al suo bene. Se non avviene il riconoscimento del bene dell'altro, cioè che l'altro è altro da me, se non accettiamo questa distanza, non vi è la logica del dono, ma del ricatto, dell' "io ti ho dato..." "tu non mi hai dato".

Entrare nella logica del dono ci può aiutare a vivere anche altri abbandoni, la perdita di un affetto, o anche il rifiuto. Possiamo essere abbandonati dopo che ci siamo fidati ed affidati; possiamo essere traditi e derisi, ma non perderemo mai l'origine di questo dono: l'atto del donare conserva tutta la sua dignità. In questo senso affermiamo che il donatore si colloca sempre oltre, è sempre altro anche rispetto a ciò che ha dato anche quando è tanto e sembra essere tutto.

In questa esperienza di distanza nel dono, possiamo scoprire di essere noi stessi un dono, un dono di senso per altri.

Nella relazione degli amanti, ad esempio, l'unica possibilità di riprendere e sanare le conflittualità dolorose del rapporto è quello di cominciare a donare e non a chiedere soddisfazione o risarcimento.

Paradossalmente il fallimento, la delusione, sono nostri grandi alleati in quanto ci permettono di non illuderci, alzano quel velo che noi non avremmo mai voluto sollevare sulle fragilità nostre e dell'altro.

Relazionarsi nella logica del dono consente all'uomo di costruire rapporti più umani, più profondi, più autentici, perché scopre il suo essere ulteriore, il suo essere ricchezza non misurabile. Nel donare l'uomo scopre il suo desiderio di essere aperto ad altro, al mistero che lo avvolge, lo sconvolge e lo orienta altrimenti.

## Note

- <sup>1</sup> Cf. La lezione platonica sull'eros e sulla meraviglia sarà ripresa anche da Aristotele. Cf., Aristotele *Metafisica*, I, 2, 982a, Rusconi, Milano 1978.
- <sup>2</sup> Cf. A.P. VIOLA, *Desiderio e Pensiero*, Il pozzo di Giacobbe, Trapani 2001, 15-53.
- <sup>3</sup> Cf. *Ib.*, 55-86.
- <sup>4</sup> Cf. *Ib.*, 121-159.
- <sup>5</sup> Cf. E.BENVENISTE, *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, Einaudi, Torino 1976, 48-49.
- <sup>6</sup> Cf. M.MAUSS, *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino 1965.
- <sup>7</sup> Cf. R. MANCINI, *Il dono del senso*, Cittadella editrice, Assisi 1999.
- <sup>8</sup> Cf. Aa.Vv., *Il dono tra etica e scienze sociali*, Edizioni lavoro, Roma 1999.
- <sup>9</sup> Cf. P. GILBERT-S. Petrosino, *Il dono*, il Melangolo, Genova 2001.

