

CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA, INDIVIDUO, SOCIETÀ

ATTI



ACCADEMIA DELLE
SCIENZE MEDICHE
PALERMO





Università degli Studi di Palermo



*Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico "Paolo Giaccone" di
Palermo*

CORSO DI FORMAZIONE IN
MEDICINA, INDIVIDUO, SOCIETÀ
ATTI 2009

a cura di
*Alfredo Salerno
Renato Malta*

Con il contributo di



*Regione Siciliana
Assessorato ai Beni Culturali
e all'Identità Siciliana*



Copyright © 2011
Accademia delle Scienze Mediche dell'Università degli Studi di Palermo
Piazza delle Cliniche - 90127 Palermo

ISSN: 0394-8811

CONSIDERAZIONI FINALI

IL CRITERIO ETICO DI *APPROPRIATEZZA/PERTINENZA* NELLA STORIA DEL RAPPORTO *MEDICO-PAZIENTE-STRUTTURA*

Renato Malta

PREMESSA

Il termine *appropriatezza*, di recente conio e applicazione in sanità, sinonimo dell'attestato *pertinenza*¹, qualifica il comportamento e le decisioni più adeguate, opportune, assunte sia in ambito organizzativo che clinico. Il termine riconduce alle qualità di una *proprietà* che caratterizzano la prassi o procedura posta in campo e che si rivelano rispettose del giusto equilibrio tra la condizione reale e il possibile risultato atteso. Ci si propone di definire se quanto posto in essere sia *pertinente* o meno in quella determinata situazione dove sono in gioco una pluralità di interessi: del paziente, per la personale situazione clinica e prognosi; della struttura, per i propri obblighi assistenziali¹. Si tratta di un criterio operativo e la sua peculiarità è legata alle competenze espresse nell'applicazione di mezzi e tecnologie che non possono che essere finalizzate a garantire a tutti i destinatari le prestazioni giuste sotto il profilo scientifico e umanamente eque. Per sua natura comporta un giudizio valutativo sulle modalità con cui i professionisti hanno applicato le opportunità tecnologiche, professionali, umane per la realizzazione degli scopi a cui sono chiamati: salvaguardia a) della salute e della vita dei pazienti, b) dei beni acquisiti con la pubblica contribuzione e da restituire ai cittadini in termini di assistenza socio-sanitaria. Dall'astrazione teorica il termine procede nella chiamata in causa dei comportamenti degli operatori e della loro responsabilità. La sua traduzione nella pratica medica vive nell'*etica* e *management*: nel primo ambito il criterio caratterizza fin dagli anni '50 quella *proporzionalità* di cure utili a preservare dal pericoloso e inutile *overtreatment* tipico dell'accanimento terapeutico; nel *manageriale* il termine è presente dal 29 novembre 2001, nell'allegato 2C del DPCM 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, rinnovato con modifiche nel Patto per la Salute 2010-2012 e in recenti decreti dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana (ultimo il 1529/11) che dichiarano *a elevato rischio di non appro-*

I Di un "Principio di pertinenza" si parla in un articolo di S. Zamagni, ma applicato ad ambito diverso dal nostro. Infatti lo si riferisce alla possibilità di definire "pacchetti di prestazioni" che, a causa delle loro caratteristiche, non sarebbero erogabili per mezzo delle abituali trasmissioni di mercato. Dichiarare una prestazione "pertinente" per il Servizio Sanitario Nazionale pone successivamente la domanda se erogarla in quanto efficace e quindi "appropriata" e "pertinente" per il problema clinico del paziente. Il criterio fa transitare il servizio dalla generalizzazione alla questione "in situazione": prospettiva che nel nostro articolo si vuole assumere.

priatezza (ARI) una serie di prestazioni sanitarie se erogate in regime più oneroso rispetto agli *appropriati*.

Il termine nella sua autenticità stimola la riflessione critica sui comportamenti professionali che in talune circostanze esitano in prassi di dubbia efficacia per la salute del paziente, se non addirittura palesemente inefficaci, quindi *non appropriate* e *non pertinenti*, a prescindere dalla validità intrinseca delle loro proprietà. Il criterio della *pertinenza* esige la capacità di orientare i comportamenti verso l'*essenzialità* degli interventi mirando all'eliminazione del superfluo.

Liberarsi dalle pratiche ARI non sembra facile perché richiede a) di far proprio il disagio che le condiziona, b) assumere atteggiamenti di giusta protesta verso richieste non adeguate o situazioni in cui andrebbero assunte ben altre decisioni sulla scorta delle evidenze, c) orientarsi verso un *riformismo creativo* generatore di nuova, efficace, aggiornata vitalità. Nella prassi ci si può trovare di fronte a nuove istanze scaturenti da necessità collaterali al centrale problema clinico che, anche se ritenute non fondamentali nella globalità dell'assistenza, superano il binomio fiduciario medico-paziente con coinvolgimento negativo della struttura assistenziale dando vita a un complesso sistema di relazioni in cui fanno gioco dis-valori etici.

Il perseguire comportamenti *pertinenti* risulta obbligante, qualificante e *unificante* la pratica medica, sia in osservanza alle tematiche manageriali che etiche. In aperto disaccordo con chi ritiene che la limitazione delle risorse economiche sia lesiva per un esercizio eticamente equo e giusto, riteniamo che il *criterio della pertinenza* renda ragione della corretta macro e micro-allocazione delle risorse e giustifichi la strategia degli interventi. L'assunto da cui si parte è che *solo una prestazione scientificamente corretta è giustificabile sul piano economico*, il che fa scattare l'obbligatorietà dell'erogazione.

I nuovi orientamenti governativi sul decentramento amministrativo accostano entrate e uscite pubbliche ai territori, sicché la necessità di tutela dei diritti civili di cui alla Carta Costituzionale, spinge alla ricerca di nuove metodologie di governo degli eventi economici. L'adozione del *costo standard* per il finanziamento delle istituzioni sanitarie, imporrà ancor maggiore attenzione sull'utilizzo delle risorse pubbliche ottenibile a partire dalla migliore traduzione dei criteri di *efficienza* e di *appropriatezza* per ridurre sprechi, rendere giusta la spesa sanitaria e liberare risorse per nuovi investimenti.

Il Corso ha trattato temi che, sotto le diverse prospettive, hanno messo a fuoco questa realtà composita, facendo risaltare coerenza e

omogeneità attorno ai due assi portanti della prassi medica: pertinenza prescrittivi-tecnica ed etico-relazionale.

Salerno² in un suo articolo affronta la tematica di fondo della realtà di una medicina che non potrà divenire mai una scienza esatta nonostante il progresso tecnologico, e sollecita che il cittadino non chieda mai più di quanto essa stessa possa offrire e che il medico persegua l'obiettivo primario di contemperare il giusto rapporto tra le esigenze del paziente, comprese le relazionali, con la tutela della propria dignità professionale e dei vincoli istituzionali dettati dalla struttura, tra cui gli economici. Si profila pertanto la necessità di costruire una *nuova figura di medico* ricco di equilibrata formazione professionale per armonizzare le esigenze del management con adeguate decisioni in campo etico, sì da garantire persistentemente il rapporto fiduciario con i cittadini.

Le tematiche di *Etica e Management*, unitariamente coltivate in ambito medico, sono presenti in alcuni progetti formativi in sanità dal 1993 e rappresentano interessante ambito di studio e ricerca per l'approccio ai problemi in forma integrata³⁻¹². La loro convergenza sinergica è preziosa per affrontare in modo integrale le difficili questioni; il supporto globale degli aspetti tecnici e umanistici informa positivamente i comportamenti degli operatori orientando le decisioni.

Allora il criterio della pertinenza autenticamente manifestato conduce all'operatività tecnica e all'agire responsabile, tenendo nel giusto conto sia il valore reale delle risorse, in quanto espressione del bene comune e oggettivamente stimabili, sia il valore umano della salute in quanto bene soggettivamente personale e incommensurabile. L'interpretazione unitaria chiude il cerchio in quanto il *management* si pone sul piano del "saper fare", l'*etica* sul piano della moralità personale e quindi del "saper essere".

Sfruttare correttamente il criterio della *pertinenza* pone nel giusto rapporto l'uso delle risorse non in funzione di una malattia, bensì del singolo paziente che di volta in volta chiede di essere servito, invertendo così la prospettiva dell'approccio dalla "malattia" al "malato": operazione assai difficile sul piano metodologico e culturale – dopo anni di attenzione alle patologie – ma promettente per il miglior equilibrio della cura erogata.

Ci si propone di precisare quanto il criterio sia governabile nel rapporto medico-paziente e in ambito gestionale, e come soltanto la giusta relazione tra *etica e management* può riuscire a dare complete e concrete risposte per la soluzione integrale dei problemi.

La scelta degli argomenti di questo Corso di formazione ha preferito non la trattazione delle novità tecniche di specifici temi di medicina, ma della *modalità* con cui l'esercizio medico si propone nella sua attualità in relazione alla pluralità di rapporti che intercorrono tra medico, paziente e struttura organizzativa assistenziale per via della loro legittima intersecazione e reciprocità di obblighi e vincoli.

Per il crescente impegno economico che la società ha sopportato negli ultimi venti anni, la *struttura organizzativa* ha acquistato posizione non servile nell'estrinsecazione dell'esercizio professionale, partecipa come elemento fondamentale nella relazione paziente-medico, responsabilizza medici e infermieri sul corretto utilizzo delle risorse, deve accogliere le istanze dei movimenti a tutela di peculiari diritti dei pazienti, ottemperare all'obbligo di difesa del bene comune. Per tutto ciò diventa essa stessa protagonista e valore etico.

1. PERTINENZA / APPROPRIATEZZA IN ETICA

Se si cerca in Internet quante volte compare l'espressione *curare il malato* si ottengono circa 28.000 risultati, mentre 138.000 se *curare la malattia*. Al plurale il rapporto non cambia e le stesse espressioni esitano rispettivamente in 107.000 contro 247.000 citazioni. Il dato è significativo e dichiara come gli sforzi della ricerca e dei sistemi sanitari siano stati orientati a sconfiggere la malattia, vero nemico da combattere, piuttosto che a curare i malati per la loro guarigione. Non si tratta di angolazioni diverse della stessa tematica, ma di punti di vista diversi che guardano con obiettivi, modalità e atteggiamento d'animo differenti. Una cosa è combattere contro un nemico, ben altra aiutare qualcuno in difficoltà alla ricerca di un sostegno fisico e psicologico¹³.

Lo sviluppo della medicina con le sue straordinarie possibilità tecniche hanno fatto prevalere il *fare il medico* sull'*essere medico*, il che ha trasferito la medicina dalla sua millenaria collocazione nell'area delle *scienze umane* a quella delle *scienze tecnologiche*. Nei congressi e nelle trasmissioni televisive infatti si parla di malattie e di tecniche di intervento, mentre della persona che concretamente si è ammalata solo nel microcosmo individuale e familiare.

La malattia fa sperimentare una condizione di fragilità, solitudine e sconforto soprattutto per la carenza delle relazioni umane che il

paziente in quella circostanza patisce e sperimenta come necessarie più di ogni altro bene.

L'opportunità del consenso informato. L'attuale crisi del rapporto fiduciario paziente-medico trova le sue ragioni in comportamenti che sembrano aver perso la fondamentale proprietà di *fides*, foriera di serenità, reciprocità e di quella responsabilità di cui il medico un tempo era ben felice di essere gravato perché esaltava quello stato d'animo che ne muoveva *l'accountability* verso il malato e i suoi familiari; al contrario oggi ci si preoccupa, verosimilmente più del dovuto, di dover rendere conto e dare solo risposte ai magistrati, divenuti ormai parte integrante e forse anche centrale nella relazione medico-paziente-struttura. Quotidianamente si ha la sensazione di assistere a un generale processo di de-responsabilizzazione attraverso la negativa traduzione della *pratica del consenso informato*, momento in cui erroneamente si prova a consegnare al paziente le eventuali conseguenze negative delle cure, anziché cogliere l'occasione per la costruzione di un dialogo sincero, leale e fondamentale per lo sviluppo della reciproca solidarietà. La pratica ha due momenti: uno etico-relazionale, in quanto accosta due soggetti, l'altro giuridico perché traduce un diritto del cittadino. Questa componente oggi è impropriamente utilizzata come "tentativo preventivo di autodifesa": infatti la fase informativa del consenso tende artatamente, macchiandosi di non sincerità, ad amplificare le condizioni di rischio creando un clima di incertezza e panico fondato non sul consequenziale ma sull'imponderabile. Il rapporto si costruisce pertanto sulla possibilità degli effetti o risultati negativi, anziché sul giusto bilanciamento tra rischi e benefici che la pratica medica per sua natura comporta. Si sciupa l'occasione in cui il medico può argomentare e fondare la fiducia che il paziente in via generale già gli aveva consegnato, dimostrando ostilità, avvertendolo già come "candidato a futuro nemico" e anticipando una mera possibilità con la messa in atto di un reale comportamento aggressivo: si parte col piede sbagliato.

Le richieste del paziente fondate sul principio di autonomia / autodeterminazione, nel rappresentare un limite alla pratica medica, condizionano lo sviluppo dell'auspicata prassi dell'*alleanza terapeutica* per la presenza di vincoli soggettivamente imposti e di carenze sul piano etico per la rinuncia a sincera relazionalità, reciprocità e solidarietà. Il miglior risultato proviene invece dall'incontro *empatico* delle radici etiche comuni delle diverse culture attraverso la regola d'oro del *non*

*fare a nessuno ciò che non vuoi sia fatto a te*¹⁴, il che fa appello alle leggi fondamentali non scritte e immutabili.

L'alleanza non può instaurarsi in atteggiamento di conflitto, né con l'esercizio non umano della medicina, che al contempo diventa forse anche non scientifico, e assecondare richieste non motivate comporta altresì inefficienze e sprechi della cosa pubblica. In questi casi le prassi mostrano il prevalere del lato tecnico sull'umano, il che succede anche nella fase di raccolta del consenso informato quando la comunicazione è orientata alla malattia e non a prediligere la storia umana del paziente.

Si afferma costantemente che "il paziente deve tornare al centro delle cure": lo è sempre stato anche se in circostanze relazionali in diversa epoca storica. Al tempo del *paternalismo medico* quando la nota essenziale era il completo gesto di affidamento al medico che ne assumeva la presa in carico in *libera e consapevole responsabilità* con decisioni orientate al bene del *suo*, inteso come *proprio*, paziente; successivamente, in clima di *autonomia*, chiamato a un esercizio medico dove assecondare e ottemperare anche a istanze e desiderata, vincolanti sul piano giuridico nonché eticamente vissute in forma personale, a tutela del *suo*, inteso come *altrui*, criterio di bene.

Il paziente è quindi sempre al centro della storia della medicina, ma oggi con forme e competenze che generano paura nei professionisti e da cui ne può discendere capitolazione della serenità e reciproca fiducia. Emergono quindi dis-valori etici, mentre la soluzione dell'alleanza terapeutica chiede di essere riempita di contenuti a partire dalla leale comunicazione dentro cui far fluire informazioni scientificamente supportate e umanamente pertinenti al singolo: qui il medico non sfugge alle sue responsabilità complessive.

Il nuovo obiettivo dovrà quindi essere quello di consentire al paziente di riavvicinarsi, fargli percepire prossimità e impegno, infondere speranza senza illusione, non metterlo alla prova con le innumerevoli ipotesi del possibile accadimento dell'imponderabile. L'argomentazione "chi mi garantisce che uscendo di qua io non possa morire per una tegola che cade dal tetto", ancorché potenziale sul piano dell'imprevedibile, non testimonia il razionale a cui si deve adeguare l'uomo di scienza, esita soltanto nella semina di panico, offre paradossalmente *disinformazione* durante la pratica del consenso.

Ritorna così la necessità della centralità di entrambe le persone coinvolte nel processo di cura perché l'azione terapeutica esige competenza professionale supportata dalla qualità della relazione umana,

da assicurare in forma tecnologicamente calibrata e pertinente, e interpretando gli elementi “malato” e “malattia” in unitarietà coerente.

Appropriatezza / pertinenza in etica. Al medico e alla società si presentano nuove e intense istanze etiche circa gli ambiti di legittimo esercizio della professione, perché il *bene salute* non è più perseguibile in senso assoluto, ma chiede di essere mediato, reso proprio e coerente a quel *concetto di bene ritenuto tale dal paziente*. Si aprono nuovi scenari in cui il *potere interpretante del medico* conferisce pertinenza al progetto di cura nella mediazione tra soggettività e oggettività. Si propongono con rinnovata modalità relazionale l'arte e la scienza, oltrepassando il semplice trattamento della malattia per inquadrarla in un contesto di vissuto personale del paziente, pur nel legittimo esercizio della professione medica e del rispetto delle norme.

Il dibattito sulle *Dichiarazioni anticipate di trattamento* è serrato dal punto di vista delle scelte politiche e si riverbera nell'ambito delle decisioni e delle responsabilità. La soluzione normativa che verrà data, lungi dal vedere l'unanimità degli accordi, sarà frutto del dibattito sociale tra chi vuole incondizionata accettazione delle richieste dei pazienti, qualunque esse siano, in funzione della difesa del principio di autodeterminazione, e tra chi vede nell'autorevolezza del medico, supportata dalla conoscenza scientifica e del singolo paziente, il giusto momento per equilibrare, sotto il duplice profilo etico e tecnico, una richiesta ritenuta non proporzionata né appropriata in quella circostanza clinica per poterla tradurre in forma coerente alla storia personale del paziente. Si profilano rinnovate responsabilità per il medico chiamato a interpretare e dare nuova anima alla relazione terapeutica, risultando ancora una volta investito di immensa responsabilità, il che gli deve fare grande onore.

Si era già dato vita al criterio dell'*appropriatezza* in chiave etica a metà degli anni '50 quando dal vincolo etico dell'*ordinarietà / straordinarietà dei mezzi* si era fatto avanti il principio della *proporzionalità delle cure*, volendo comprendere il paziente nel grado di sopportabilità degli interventi e nella ricerca di un giusto equilibrio che, sfuggendo agli eccessi e collocando la prassi tra il giusto e l'equo, tentasse di arginare il dispiegamento esuberante di tecnologie strumentali e farmaceutiche che esitavano nel rischio di *overtreatment*. La bioetica, entrata ormai nella storia della medicina, è investita da delicate tematiche e le spinte decisionali in un senso o nell'altro sono animate dalle diverse teorie etiche, ognuna delle quali cerca di guadagnarsi il campo o anche parte di esso.

Il dibattito all'interno di una sana laicità deve consentire di ritagliare nuovi ambiti di responsabilità per il medico all'interno di uno stile assistenziale umanamente dignitoso e senza snaturare quel nucleo essenziale dell'esercizio professionale che, a partire dalla storia medica incastonata nel giuramento di Ippocrate, conferma il principio guida "*primum non nocere*". Pur essendo lontani dallo stile paternalistico come originariamente inteso, deve pur sempre potersi dare espressione al principio di beneficiabilità interpretando quella nozione di bene come intesa dal paziente e senza escludere quella del medico.

Cresce la chiamata a responsabilità del medico che non può più limitarsi alla somministrazione di un apparato tecnologico, ma deve andare oltre per comprendere ciò di cui quel malato (non la malattia) effettivamente necessita nel suo specifico contesto umano e patologico: essenziale ritorno al malato dopo anni di attenzione soltanto alla malattia. Si auspica la rinascita di un rapporto medico/paziente dove il valore umano "vita fisica" dovrà contemperare la tutela della dignità di ogni essere umano nel suo vissuto e nella sua inviolabilità.

Il bene del paziente rimane prioritario e la sua mancata tutela, se conseguente alla volontaria richiesta di abbandono terapeutico, determina una situazione di conflitto verso cui il medico legittimamente potrà opporre l'*obiezione di coscienza* sì da non essere coinvolto in pratiche non solo contrarie al proprio senso morale perché in disaccordo con le proprie convinzioni etiche (che sono cosa diversa dalla fede religiosa), ma anche negligenti le cognizioni e acquisizioni scientifiche disponibili. La soluzione a quel pluralismo etico e religioso esistente nella società deve potere trovare riferimento in quelle nozioni insite nella natura umana e sociale della persona che sostengono l'appello a un'interpretazione etica universale. Ancora una volta la corretta ricerca del consenso esige che esso venga maturato e raccolto all'interno delle diverse possibilità e prospettive: è il momento magico per rafforzare il rapporto medico-paziente e farlo vivere alla luce di una convergenza di prospettive e nella reciproca alleanza, proiettati alla ricerca della soluzione migliore e nell'orbita di un sano laicismo. Soprattutto in momenti in cui la volontà del paziente non può essere direttamente affermata e si deve fare appello alle precedenti dichiarazioni di volontà, è auspicabile un processo di *rivalutazione* e *re-interpretazione* che faccia propria l'evoluzione scientifica e tecnica in prospettiva umanistica e morale: processo che chiama a responsabilità medico,

familiari e quanti delegati, ma tutti rispondenti al gesto di affidamento sottoponendo decisioni *appropriate, proporzionate, pertinenti*.

È imperativo per il medico accogliere la sfida che i malati, cosiddetti "terminali", non sono tutti uguali: tra loro c'è chi ha un'aspettativa di vita brevissima e chi molto lunga in legittime diverse soggettive visioni della vita e della morte. Pertanto si dovrà soddisfare la garanzia di assicurare al paziente l'esame della sua situazione in una realtà in cui mai prima si era trovato; al medico la possibilità di positivamente dispiegare le opportunità che la medicina riserva. In funzione della volontà espressa si realizzeranno le decisioni più giuste ed eque per il paziente, alla luce delle nuove circostanze createsi, senza deviare dal vincolo della tutela della salute e della vita umana secondo i principi di *proporzionalità, precauzione, prudenza*.

Pertanto diventa imperativo accogliere la volontà del paziente autonomamente espressa, ma non *tout court*, bensì in un rinnovato contesto in cui si lascia spazio al presupposto che nessun paziente, per naturale attaccamento alla vita, vorrebbe essere privato dei benefici di quei trattamenti che si rendessero disponibili in un periodo successivo alla manifestazione della sua volontà.

In tal modo si apre la possibilità, nel presente contesto di pluralismo ideologico e religioso, di sfuggire non solo alle pratiche di accanimento terapeutico, ma anche alle richieste di abbandono terapeutico suscettibili di esitare nella deliberata decisione di porre fine alla vita dei pazienti, in contrasto peraltro con i principi di tutela della salute con cui il medico plasma la sua arte. Uno sforzo quindi per recuperare, attraverso l'alleanza terapeutica, quella *proporzionalità / appropriatezza / pertinenza* di cure che garantiscano la cura della vita e la naturalità della morte umana.

Il criterio di cui si è parlato, applicato in chiave etica, è quindi un vero e proprio principio operativo e creativo in diverse situazioni dell'esercizio medico, capace di promuovere la ricerca continua di ciò che è più adatto in quella determinata circostanza, mentre gli sforzi per la sua attuazione rendono viva e responsabile la relazione paziente-medico, coltivando la prospettiva dove non è più la malattia al centro, ma il malato da cogliere e accogliere nella sua autentica umanità, sintesi del vissuto corpo e spirito. Le strutture sanitarie evitino quindi di essere ricondotte a luoghi di pratiche burocratiche in cui si compie un processo o "protocollo" con chiara finalità, per continuare a essere spazio in cui il dramma del malato viene affrontato nella sua poliedricità fisica, affettiva e morale.

2. APPROPRIATEZZA / PERTINENZA NEL MANAGEMENT

Da anni si persegue in sanità una politica di tagli e risparmi finalizzata al risanamento dei conti pubblici, nella chiara convinzione che lo spreco non si vince dando di meno, ma attivando percorsi virtuosi di investimento formativo, culturale, economico.

Il Patto per la salute 2010-2012, varato il 3 dicembre 2009 dalla Conferenza Stato Regioni, pone all'art. 1 comma 1 due criteri fondamentali per ordinare e modificare i comportamenti e le decisioni in sanità attraverso la promozione degli obiettivi di *efficienza e appropriatezza*.

Non si parla più di economicità, la cui migliore traduzione era *parsimonia* – virtù di galileiana memoria che riconduce a fare con poco quello che si può fare con molto – sia perché come tradizionalmente intesa riconduceva al criterio di efficienza, sia perché i medici non vedono bene gli orientamenti di natura economica se legati al mero e vincolante contenimento dei costi. In questa fattispecie si incontrano due momenti di criticità: la crescente necessità di investimenti per l'adeguamento sempre più costoso delle tecnologie e la difficoltà a limitare gli interventi *non pertinenti* a seguito anche delle richieste dei pazienti, ormai definibili *dispotiche*, che vedono il corpo medico arrendevole e piegato da e verso una *medicina difensivistica* (non difensiva)^{II}, anziché orientato a una medicina scientificamente fondata nonché pertinente alle condizioni dei pazienti, qual è naturale che sia.

Vogliamo ben sperare che il Patto consideri gli eventi economici in secondo piano rispetto alla correttezza della prassi medica, incontrando così la nostra convinzione che solo una prassi medica ben condotta può incidere positivamente sugli eventi economici. Si comprende l'innovazione addotta dal D. Lgs 502/92: il conferimento al medico della qualifica di dirigente con responsabilità sulle risorse economiche lo chiama non al mero risparmio, che potrebbe anche costituire occasione di colpe-

II Si preferisce il termine "difensivistico" in quanto interpreta un comportamento che, nella difficoltà operativa del medico, prova a mettere in atto una linea di eventuale difesa attraverso la richiesta convulsa e esuberante di indagini dalla dubbia sostenibilità sotto il profilo del quesito clinico. Ciò che invece è veramente "difensivo" per il medico è l'esercizio della buona pratica scientificamente fondata e condotta con proprietà di mezzi tecnologici e sicurezza operativa. Il "Controllo di gestione" nelle Aziende sanitarie è diffusamente inteso come attività di ordine economico e contabile. Dissentiamo totalmente da questa interpretazione perché ciò che si gestisce in sanità sono i problemi di salute dei

volezza, ma ad attuare la modalità di servizio più congeniale alla professione che è l'appropriato / pertinente utilizzo di mezzi e risorse.

Fondare il management sull'*appropriatezza* / *pertinenza* significa scommettere sulle *best practice*, garantire al massimo i pazienti nel processo di cura, dare valore a chi è capace di darne, promuovere il meglio e i migliori in un ambito pubblico, patrimonio di tutti e bene della comunità. È la *vision* che mette in moto una catena virtuosa di garanzie a cascata, riverberanti e a beneficio di tutti; è la chiamata "a sistema" di una prassi che si vive, ma forse anche oggi si patisce, nella parte finale del risultato atteso, perché si esige il meglio della prestazione, ma non siamo certi se abbiamo responsabilmente operato per il meglio dell'organizzazione e del complesso di tecnologie, risorse umane, *know how*. La *vision* del management offerta dal Patto per la Salute, per quanto riguarda l'ambito dell'allocazione ultima e fondamentale delle risorse, pone la gestione e il governo delle aziende nella responsabilità esclusiva della condotta del medico e del suo non eludibile compito di assistenza. Il pertinente utilizzo delle risorse nella parte microallocativa dovrà essere fondato sulla capacità del medico di considerare equamente i diversi interessi in gioco tra paziente e struttura, fermo restando che questa esiste per i pazienti che devono essere soddisfatti, ma nel giusto e nell'equo.

La ricerca di un equilibrio tra prestazioni e risorse prevede adeguata programmazione, corretto monitoraggio, scelte gestionali, tempestive decisioni correttive: un controllo di gestione della sanità in chiave clinico assistenziale che oltre che a guardare agli *output* miri all'analisi degli *outcome*³.

Il modello organizzativo si è progressivamente trasformato, ma sono presenti momenti disfunzionali che chiedono di essere precisati e corretti. Vi sono ambiti in cui non si comprende bene se le competenze richieste siano amministrative o gestionali: le prime apparten-

pazienti/utenti attraverso l'utilizzo delle risorse economiche, anzi "il buon utilizzo" delle risorse che nella parte macroallocativa attuano la programmazione nazionale e regionale, nella microallocativa seguono le decisioni dei medici nei singoli casi trattati con utilizzo della spesa corrente. Pertanto *controllo di gestione* e *clinical governance* sono a parere di chi scrive sinonimi perché è a partire dalle prassi cliniche e quindi organizzative che si governa la gestione in sanità. *Controllo* e *governance* hanno analogo significato perché interpretano non un ruolo ispettivo, ma di *driver* dell'organizzazione. Ricondurre questa funzione alle competenze mediche rappresenta a nostro parere un valore aggiunto e funzionale non solo alla Direzione strategica, ma anche all'area economico-finanziaria.

gono all'ordine burocratico-procedurale e sono orientate alla buona prassi amministrativa, cioè alla correttezza formale degli atti; le seconde al governo clinico-organizzativo delle prestazioni, il che richiede competenze manageriali e professionali medico-sanitarie. L'assunto che facciamo nostro è che la sanità si corregge a partire dai medici. Definire ruoli, ambiti e competenze rende "appropriati" organizzazione e compiti, nonché l'esercizio del management nel suo complesso.

Il vecchio adagio "*il medico faccia il medico, il manager amministri*" oggi è vuoto di senso perché è soprattutto al primo che spettano incombenze su più fronti. Non è concepibile pertanto che il medico venga tenuto ai margini della gestione delle risorse per l'evidente ragione che il processo decisionale vede la dimensione clinica e gestionale talmente intrecciate fra loro che non è più possibile pensare a un modello dicotomico. È a questo punto che i vincoli legati all'economicità entrano nelle scelte della *Clinical Governance*. Nel concreto significa transitare dalla qualità medica alla *total quality*. Ciò anche perché nella traduzione operativa delle competenze e responsabilità il medico è un *double agent*, mentre il Direttore Generale un *single agent*¹⁵.

L'esperienza di questi anni condotta nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo (AOUP) suggerisce la necessità di ben definire i nuovi ambiti di competenza dei diversi attori e giudica lo sviluppo della nozione di qualità, compresa quella percepita, conseguenza delle migliori prassi e prestazioni.

Direzione Sanitaria del Presidio e Programmazione e Controllo di gestione. Sono due ruoli funzionali con momento operativo particolarmente rilevante e fortemente integrato in una visione globale e complessiva delle aziende. La storica Direzione Sanitaria di Presidio (DSP) e la nuova unità operativa di Programmazione e Controllo di Gestione (PCG.), fondata questa con il Piano Sanitario della Regione Siciliana 2000-2002 e rinnovata con l'art. 18 della Legge Regionale 5/2009, sono rispettivamente chiamate a tradurre operativamente gli obiettivi di *efficienza e appropriatezza* su cui chiede di operare il Patto. La DSP svolge il ruolo di sovrintendere all'organizzazione delle attività all'interno del presidio, con competenza sui processi interni e sulla logistica del personale; la seconda di intervenire sulla produzione assistenziale e responsabilità delle risorse in diretta relazione con la Direzione Strategica.

I due momenti sono entrambi attivi e operanti nell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo. In particolare la PCG è attiva dal 1999 e a dire-

zione medica. Infatti il rapporto tra produzione e costi se condotto solamente in chiave amministrativa, cioè economico-contabile, quale può essere svolto solamente dall'Area Economico Finanziaria, sfugge alla valutazione secondo il criterio dell'appropriatezza/pertinenza relativo alle modalità d'uso delle risorse: criterio peraltro attuabile solo da competenze mediche. D'altra parte una DSP può rendere efficiente al massimo l'erogazione di una prestazione, ma questa essere utilizzata male nella parte microallocativa: si raggiungerebbe l'efficienza, ma non la pertinenza.

Compito della PCG allora è quello di individuare le criticità nel rapporto tra prestazione erogata e bisogno reale di salute alla luce delle più aggiornate evidenze scientifiche: essa è il luogo dell'*appropriatezza*. Un'attenta analisi dei consumi, non in termini di costi, ma di prestazioni, sia intermedie che finali, nonché di tecnologie utilizzate (radiologiche, di laboratorio, farmaceutiche, dispositivi impiantabili) rende il miglior servizio alle unità operative e quindi all'Azienda, offrendo insostituibile visione di sintesi su una serie di prestazioni erogate, sia in regime di ricovero che ambulatoriale. La traduzione della strategia regionale e la sua declinazione in ambito aziendale sono frutto di un lavoro di programmazione il cui monitoraggio vive alla luce della pertinenza delle azioni, sia medico-sanitarie che gestionali.

Il difensivismo, il difensivistico. Il management risente negativamente della spirale della medicina *del subire* perché passiva al *difensivismo* e ai richiedenti: medico, come collega e consulente, pazienti, familiari. Una catena senza fine fa sì che: una consulenza anche se negativa lascia spazio alla richiesta di altri esami strumentali o di ricovero perché "non si sa mai"; un referto, benché negativo, conclude con "utile controllo a distanza di x ore", e così di seguito. La preoccupazione contenuta nel "non si sa mai" incatena medici e pazienti al *tour* di indagini e ricoveri depauperati di ogni riferimento o evidenza scientifica e depauperanti preziose risorse.

È proprio la *medicina del subire* che si fa espressione della grave insicurezza che pervade la professione e che scade nella modalità del ragionare "chissà accade che ..." e non nell'avanzare "il ragionevole dubbio ..." di presenza o di esclusione di patologia in quel determinato caso: ciò sottopone le strutture diagnostiche a inutile sovraccarico, rallentamento dei processi assistenziali, inefficienze e sprechi; i pazienti a esami verosimilmente non utili.

Dal punto di vista degli investimenti, l'attivazione di un perverso circolo vizioso fa sì che all'aumento di richiesta di prestazioni di solito si risponda con l'aumento/duplicazione di tecnologie e di personale, il che espone al *consumismo diagnostico* e a ulteriore incremento di inefficienza per una domanda di prestazione peraltro *non pertinente*^{III}. L'assunto è che "in sanità l'offerta genera la domanda" e quanto più cresce l'offerta tanto più cresce quella *non appropriata*. Il governo del sistema deve puntare sul "contenimento della domanda non efficace" anziché "nell'inseguire quella inevasa e inefficiente": si promuove così il management in capo all'appropriata e responsabile prescrizione del medico.

È inoltre ampiamente risaputo che spesso gli esami non servono tanto per la diagnosi della condizione di salute, ma per creare una documentazione favorevole al medico nel "chissà succederà qualcosa". È d'obbligo quindi interrogarsi sull'inutilità e inefficacia di questi esami "non appropriati" e chiamare a responsabilità i medici committenti, anche per il momento di responsabilità che si incontra nel sottoporre un paziente a esami non utili, con dispendio di risorse e contro ogni principio di buona pratica clinica. Già Ippocrate a metà del V secolo a.C. riteneva giusto fare anche giurare i medici proprio sulla pertinente e appropriata prescrizione: "*Prescriverò agli infermi la dieta [appropriata] che loro convenga per quanto mi sarà permesso dalle mie cognizioni, e li difenderò da ogni cosa ingiusta e dannosa*"¹⁶. Sottoporre il paziente a esami non utili è "non appropriato, ingiusto e dannoso".

Equità, non economicità. È qualità la prestazione erogata professionalmente e scientificamente supportata, strettamente inerente alla problematica clinica. Qui crolla l'antico criterio di "economicità", nel senso di costare poco, perché solo una prestazione "appropriata" è economicamente "giustificata", cioè resa in modo giusto e quindi

III Le ricadute sull'organizzazione sono evidenti e drammatiche. Sostenere una domanda di prestazioni diagnostiche non appropriata richiede l'amplificazione non utile degli investimenti per aumentare il già costoso parco tecnologico e per dotarsi di un maggior numero di risorse umane. Mentre investire nella promozione di comportamenti pertinenti consente di governare la domanda della prestazione non giustificata, liberare risorse e dare spazio ad un esercizio professionale di elevata qualità. Il tema vive di una sua cogente attualità nella Regione Sicilia in quanto impegnata nelle operazioni di definizione sia della pianta organica che della fisionomia organizzativa e professionale che si dà alla struttura attraverso l'atto aziendale. È in atto carente la definizione dei compiti di talune aree di servizio, quale quelle delle unità di staff che giocano un ruolo rilevante nell'ammodernamento del sistema gestionale.

doverosa. Se una cosa è giusta è anche buona ed equa: per la salute del paziente, che non è sottoposto ad esami inutili, e per il sistema, perché assegna quella corretta quantità di risorse in quella determinata situazione.

L'UO di PCG, attraverso l'analisi e la lettura unitaria dei livelli di prestazione, volumi, complessità, tipologia, entità di risorse consumate, deve restituire alle unità operative assistenziali, e evidentemente alla Direzione Strategica per le sue valutazioni e decisioni, una visione sintetica della produzione e costi non in termini economici, ma di *performance*, che sono molto più inferenti la modificazione dei comportamenti assistenziali^{IV}. D'altra parte è evidente che il sistema tariffario adottato nelle strutture pubbliche è prioritariamente una leva per il cambiamento e non per il finanziamento, mentre questo è giusto che avvenga sulla scorta dei migliori indicatori di performance.

Si ritiene opportuno quindi che venga formata una classe di medici clinici con le competenze specifiche dell'attività di "Programmazione e Controllo di Gestione per la *Clinical Governance*", così come avviene per la classe di medici formati nella specialità di Direzione Sanitaria.

Un'istituzione universitaria deve investire nel management, nella formazione dei medici, nella ricerca e correzione delle disfunzioni; insegnare come gestire correttamente le risorse, interpretare il rapporto tra rischi e benefici, tra impiego di risorse e risultati, tra volumi di *output* e qualità di *outcome*, per la costruzione di medici con preparazione integrale, capaci altresì di integrare le esigenze dell'*etica* con quelle del *management*, come oggi il sistema esige.

Si è pertanto convinti che soltanto una *vision* che consenta l'unitaria interpretazione delle componenti scientifica, manageriale e etica

IV Nelle recenti esperienze l'UO "Programmazione e Controllo di Gestione" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, lavorando in team con Farmacologi e Farmacisti, di Clinici Medici e Chirurghi, Infettivologi e Microbiologi ha monitorato il consumo degli antibiotici in Azienda e delle relative resistenze batteriche, ottenendo in rilievi successivi la riduzione dei consumi espressi in DDD/100 giorni di degenza; in equipe con i Farmacisti ha monitorato l'appropriato utilizzo dei farmaci oncologici, stimolando anche l'appropriato utilizzo degli *off label*; in equipe con Gastroenterologi, Nefrologi, Clinici Medici e Chirurghi delle varie specialità ha monitorato riducendo i consumi di albumina umana (obiettivo in linea con l'Assessorato alla salute). Si è certi che il governo clinico trova proprio questa modalità di approccio, fondando il governo della gestione sul coinvolgimento dei professionisti in merito alle loro specifiche competenze professionali. Risulta comunque indispensabile che gli organi di governo, regionale e aziendale, promuovano questa modalità di approccio e diano indicazioni per l'organizzazione interna della funzione.

possa dare risposta alla *Medicina*, come scienza e arte, all'*Individuo* come persona, alla *Società* come bene comune: cammino che questo Corso ha provato a tracciare.

BIBLIOGRAFIA

1. Zamagni S, *Equità, razionamento, diritto alle cure sanitarie*. *Medicina e Morale* 2005; 2: 335-73.
2. Salerno A, *Costruire una nuova figura di medico*. *Salute AZ* 2009; 5(9): 23.
3. Malta R, Mansueto S, *Professione, Professionalità ed Umanità in Medicina*. *Bioetica e Cultura*, 2001: XI: 111 – 118.
4. 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. (Abstract).
5. Malta R, *Etica e management in sanità: evoluzione storica nella formazione culturale del medico*. *Atti del XLII Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina*. Bologna, 24 – 26 ottobre 2002, 1-10.
6. Malta R, *Diritti umani e migrazione*. *Atti della VII Consensus Conference sulla Immigrazione e V Congresso Nazionale Società Italiana della Medicina delle Migrazioni*. Erice, 19 – 22 maggio 2002, 423 – 4.
7. Malta R, Di Rosa S, *L'etica nel contesto del management sanitario*. *Giornale Italiano di Medicina Interna* 2003; 2 (3): 4 - 7.
8. 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.
9. Malta R, *Ruolo dell'etica nel management sanitario*. *Congresso della Società Italiana di Medicina Interna*. Palermo 23 – 26 ottobre 2004, 452. Poster.
10. Malta R, Di Rosa S, *Etica e management: strumenti per una rinnovata medicina olistica*. *Giornale Italiano di Medicina Interna*, 2005; 4: 187 – 191.
11. Malta R, Maira R, *Storia del soccorso sanitario nelle zolfare di Sicilia*. *Organizzazione e valori etici*. *Rivista di Storia della Medicina*. 2006; 1/2: 73 - 97.
12. Malta R. (2007). *Salute e Vision del Corso di Formazione Manageriale*. In: Malta R. *Atti del Corso di Formazione e Aggiornamento in Etica e Management in Sanità*. 4° Edizione. Compostampa, Palermo 2007, XIX-XXII.
13. Bittasi S., *Curare il malato o la malattia?* *Aggiornamenti sociali*, 2010; 12: 780-783.
14. Tobia 4, 15.
15. Zamagni S, *Qualità medica e governo multostakeholder delle strutture sanitarie. Verso la post-aziendalizzazione*. *Medicina e Morale* 2008; 6: 1243-1262.
16. Spinanti S [a cura], *Giuramento di Ippocrate*. *Documenti di deontologia e etica medica*. Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1985. pag. 19.