

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



I . MMXIII

IC&T : UNA ULTERIORE SVOLTA
NEL PENSIERO MEDICO

PADOVA

XXVIII-XXIX SETTEMBRE MMXII

NEL “CREPUSCOLO DEL DOVERE”
FRA ETICA E GIURISPRUDENZA

UNA DEONTOLOGIA FORTE PER LA RINASCITA DELLA PROFESSIONE

PARMA

XXVI OTTOBRE MMXII



Indice

IC&T : una ulteriore svolta nel pensiero medico.....9

PADOVA 27-28 SETTEMBRE 2012

IC&T : una ulteriore svolta nel pensiero medico.....11

Maurizio Benato

Il ruolo e l'influenza della information and communication
technology sull'efficacia e sull'appropriatezza della cura.....43

Eugenio Santoro

Prolegomeni ad una futura comunicazione (digitale e non)47

Luca Toschi

L'informazione a contenuto sanitario: regole e problemi.....71

Giovanni Comandé

Health communication e web: protagonisti e nuovi modelli.....89

Walter Gatti

Medicina informatica, le ricadute professionali93

Antonio Panti

Indice

Nuovi media e professione medica	101
<i>Cosimo Nume</i>	
La cybermedicina deve essere solo uno strumento operativo.....	107
<i>Luigi Conte</i>	
Le innovazioni tecnologiche cambiano la nostra esistenza. E la sanità	111
<i>Annarita Frullini</i>	
L'integrazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nei processi decisionali del sistema sanitario e nelle cure dei pazienti	121
<i>Nick Sandro Miranda</i>	
L'arte del medico e la cybernetica	123
<i>Aldo Pagni</i>	
Cybermedicina e donne medico	131
<i>Antonella Agnello</i>	
Tavola rotonda.....	136
Eva Antoniotti	136
Adriana Bazzi.....	137
Fabrizio Consorti.....	139
Marco Frey	141
Gian Franco Gensini.....	143
Maria Carla Gilardi.....	143
Roberto Lala.....	144
Giuseppe Lavra.....	146
Andrea Mandelli.....	149
Barbara Mangiacavalli.....	151
Giacomo Milillo	152
Giuseppe Montante	154
Rossana Ugenti.....	156
Franco Vimercati	159

**Nel “crepuscolo del dovere” fra etica e giurisprudenza:
una deontologia forte per la rinascita della professione161**

PARMA 26 OTTOBRE 2012

Introduzione163

Pierantonio Muzzetto

Il ruolo del medico-legale nel giudizio deontologico,
quale sintesi fra diritto e attività professionale medica165

Nicola Cucurachi

La professione medica tra Codice Deontologico
e responsabilità penale. Incontro possibile
tra gli Enti preposti alla tutela del rispetto delle regole.....183

Giorgio Grandinetti

La responsabilità e l’aspetto etico della professione medica
nella fase del giudizio193

Nicola Sinisi

La complessità in medicina di fronte alle sfide professionali
e al crescere delle contrapposizioni219

Maurizio Benato

Il nuovo paradigma della complessità in sanità: gli scenari
che mutano tra spending review e controriforme striscianti.....231

Ivan Cavicchi

Biodiritto, giurisprudenza e deontologia sui temi bioetici.....241

Aldo Pagni

L’Etica e la Deontologia: un richiamo
alle professioni nella perizia.....249

Pierantonio Muzzetto

IC&T : una ulteriore svolta nel pensiero medico

PADOVA 28-29 SETTEMBRE 2012

I&CT: una ulteriore svolta nel pensiero medico

Maurizio Benato

vicepresidente Fnomceo

presidente Omceo Padova

Von einem gewissen Punkt an gibt es keine Rückkehr mehr.

Dieser Punkt ist zu erreichen¹

Franz Kafka

LE OPPORTUNITÀ OFFERTE dallo sviluppo di internet stanno modificando radicalmente gli scenari applicativi in sanità e medicina. Se fino a qualche tempo fa il focus delle applicazioni si concentrava solo sulla *Information and Communication Technology* - I&CT (telemedicina, e-service, e-government), oggi siamo di fronte alla presenza di una rete informatica che trascina e condiziona l'informazione subordinandola alle nuove esigenze di comunicazione e integrazione in tutti i campi, configurando una compenetrazione tra assistenza sanitaria, tecnologie informatiche e decisioni nell'ambito della cura. È tale la trasformazione che alcuni studiosi propongono una nuova categoria concettuale che, superando il concetto derivato dalle innumerevoli applicazioni, possa ricomprendere il fenomeno in termini onnicomprensivi: la *Cybermedicines*. Un concetto che esprime me-

*Cos'è la
Cybermedicines*

¹ Da un certo punto in avanti non c'è più modo di tornare indietro.
È quello il punto cui si deve arrivare

glio la messa in rete di una vasta comunità di interessi in sanità e medicina tra diversi soggetti sempre più interdipendenti e con la necessità di scambio comunicativo (istituzioni nazionali e locali, aziende sanitarie pubbliche con le loro organizzazioni territoriali, le organizzazioni sanitarie private, i professionisti della salute, le farmacie e tutto il settore farmaceutico, le società di servizi e i fornitori di aziende no profit, le associazioni del volontariato e dei cittadini ecc.). Sono tutti soggetti che si muovono con il comune obiettivo di un reale coinvolgimento al fine di una tutela di qualità della salute. Appare evidente che questo nuovo scenario ci riporta in un campo in cui sono presenti plurali e ambivalenti possibilità di analisi, anche perché non si può attribuire al fenomeno una neutralità che non c'è né sui fini né sui contenuti della medicina e nel contesto operativo in cui questa è organizzata.

*I cambiamenti
tecnologici
e professionali*

Negli ultimi anni siamo stati abituati al tumultuoso sviluppo tecnologico e alla sofisticazione di un intervento medico sempre più efficiente, anche se molto meno efficace, intervento che si è inserito in un rapporto medico-paziente sempre più labile e mediato. Non solo, ma il socializzarsi e burocratizzarsi dell'assistenza pubblica e privata, il suo orientarsi a includere sempre di più la prevenzione unitamente al naturale evolvere in senso collettivo dell'intervento medico, hanno posto in primo piano l'esigenza di analisi epidemiologiche e di studi di programmazione. Inoltre l'estendersi dell'informazione ad un maggior numero di persone (sanitari, tecnici, amministrativi) in un'attività di équipe, il conseguente dilatarsi delle persone inserite nella filiera della cura, da un lato ha superato il rapporto dualistico medico-paziente, da sempre baluardo della tutela della privacy, dall'altro ha indotto nuovi fenomeni sociali legati agli inediti processi di condivisione e fruizione delle informazioni mediche (o comunque inerenti alla salute) forniti dalle ap-

plicazioni informatiche (Web).

Oggi la digitalizzazione delle informazioni, che stanno alla base della prassi medica, sta rendendo possibile nuove forme di interazioni, di tipo culturale, professionale, organizzativo e sociale, in una dimensione che si proietta ben al di là dei singoli contesti nazionali, mirando a rifondare l'epistemologia del sapere medico e aprendo la strada a nuovi campi e dimensioni della conoscenza.

Ne consegue la domanda se la *Cybermedicine* sia solo uno strumento operativo della medicina o se i suoi contenuti modifichino di fatto la medicina fin qui intesa, rivoluzionandola profondamente con tutte le conseguenze epistemologiche ed ermeneutiche proprie di una nuova disciplina, in grado di colmare la crescente aspettativa da parte del paziente. Siamo, cioè, solo di fronte ad una evoluzione ermeneutica o, piuttosto, ad una nuova cornice concettuale della medicina, *una nuova euristica*?

1. ENUNCIAZIONE PRELIMINARE DEI CONTESTI E DEI PROBLEMI

Per rispondere a queste domande occorre innanzitutto definire il significato di medicina e non è cosa da poco.

Il termine "medicina" per molto tempo ha designato soltanto la scienza e la pratica rivolte a ripristinare e tutelare la salute, cioè la forma migliore del bene inalienabile costituito dalla vita umana intesa come semplice sopravvivenza.

Sappiamo che esistono diverse definizioni di medicina e il dibattito è ancora aperto tra i filosofi della scienza che discutono se essa sia solo un sapere scientifico o semplicemente una modalità artistica o ermeneutica. Sicuramente è qualcosa di molto complesso. Se vogliamo ricomprendere i diversi significati e attributi in un solo concetto, possiamo, con un certo grado di approssimazione, definire la medicina come una *impresa sociale etico-professionale aperta ad una*

“*Weltanschauung*”² in cui si rispecchiano le filosofie e le prassi di ogni cultura e come tale si è dotata, in un lungo processo di costruzione storico sociale, di proprie conoscenze e propri scopi.

Infatti la nascita e la crescita di ogni cultura sono ampiamente caratterizzate dallo sviluppo di un sistema medico, per cui è possibile affermare che lo stabilirsi di una forma di civiltà, in qualunque epoca e a qualunque latitudine, contribuisce a creare tante medicine e tante culture quanti sono i popoli del pianeta.

Poi, nel pratico, l’esercizio di tale disciplina si risolve in una delicata operazione conoscitiva che chiamiamo *diagnosi* ed è collegata a una strategia che chiamiamo *terapia*.

La medicina pertanto si rivela non solo quale tentativo di conoscere il mondo per un semplice interesse conoscitivo, ma per poter intervenire su di esso, traducendo con propri strumenti e linguaggi interi arcipelaghi di problemi umani, collocandoli in una scala di valori volta a stabilire quali funzioni o alterazioni siano normali, appropriate e accettabili.

1.1 *La conoscenza*

La conoscenza si avvale di quel metodo che ha rappresentato una rottura radicale con il pensiero antico e appartiene a quella rivoluzione che gli storici chiamano “scientifica” tout court, collocabile nel XVII secolo. È da questo momento che la maggior parte degli studiosi data l’inizio del periodo “contemporaneo”. Tale metodo nella sua applicazione in campo medico, ha stabilmente collocato la medicina fuori dall’ambito della metafisica, orientando le nostre scelte di medici moderni. Medicina e metafisica sono pertanto diventate una

2 Non è letteralmente traducibile in lingua italiana perché non esiste nel suo lessico una parola che le corrisponda appieno. Essa esprime un concetto di pura astrazione che può essere restrittivamente tradotto con “visione del mondo”, “immagine del mondo” o “concezione del mondo” e può essere riferito a una persona, a un gruppo umano o a un popolo, come a un indirizzo culturale o filosofico o a un’istituzione ideologica in generale e religiosa in particolare.

impossibile equazione. È bene però, a questo punto, ricordare due cose troppo spesso trascurate: la prima è che la scienza non enuncia verità definitive e non ha bisogno di presupposti metafisici. La seconda è che la scienza nel suo complesso ha alla propria base una scelta etica: la scelta del valore della conoscenza.

Quanto sopra vale doppiamente per la medicina; infatti il presupposto generale di ogni attività medica è che la conservazione della vita umana e la riduzione al minimo della sofferenza siano valori degni di essere perseguiti. Già questa ovvia annotazione introduce un tarlo alla sostenibilità del concetto della medicina quale semplice scienza naturale. Inoltre c'è dell'altro: oggi sappiamo che il postulato dell'oggettività della natura – principio portante della modernità – è venuto a cadere. Ciò si è verificato ad opera dello stesso metodo che l'aveva costruito, per mezzo di nuove scoperte scientifiche che minano le certezze che ritenevamo acquisite: la teoria della relatività di Einstein, messa recentemente in dubbio da particelle che superano la velocità della luce, anche se poi non confermate; la *fisica dei quanti* che mette in soffitta la meccanica newtoniana introducendo indeterminatezza nelle certezze di una volta (i movimenti apparentemente casuali delle particelle subatomiche nel loro rapporto tra stato "reale" e quello "virtuale", con le loro velocità inimmaginabili, non si potevano spiegare nei termini della vecchia meccanica); il principio dell'indeterminazione di Werner Heisenberg – fisico, premio Nobel nel 1932 - secondo il quale è impossibile determinare esattamente e nello stesso istante la posizione e la velocità di una particella e introduce un tarlo alla euristica della scienza: dall'ignoranza della conoscenza alla non possibilità di conoscere. La meccanica quantistica è in grado di offrire un nuovo paradigma che per analogia può essere utilizzato per tentare una sommaria spiegazione di fenomeni di natura metafisica.

Si intravede un nuovo paradigma che possiamo chiamare *quantistico* e che potrebbe offrire una visione olistica della realtà.

Tuttavia se la scienza langue, dobbiamo constatare che il ragionamento filosofico da tempo affermava, con Kant, che era possibile solo conoscere le apparenze, ma non le Cose-in-sé. Anche il “mito della caverna” di Platone sembra tornare in auge, come il pensiero dei sofisti greci sulla non possibilità di conoscere il mondo, cui si collega lo scetticismo di Hume. Non è possibile, da ultimo, dimenticare il superamento delle geometrie euclidee (Einstein ha dimostrato che l’universo è curvo e che la sua geometria non è euclidea). Tutti esempi che confermano la crisi della conoscenza come tentativo di rispecchiare la natura. La scienza infatti non opera in un vuoto culturale, ma in un contesto sociale e la conoscenza, di fatto, si presenta come una pratica sociale.

1.2 *Il metodo*

Sotto questo profilo, il metodo scientifico non è più sufficiente a garantire assunti di verità e si sta imponendo, ancora una volta, la necessità di recuperare le possibilità normative del pensiero con i noti domini dell’ontologia, dell’epistemologia, dell’etica e dell’estetica e di affrontare, con il pensiero, i problemi ancora irrisolti della causalità delle classificazioni tra normalità e patologia.

È, in un certo senso, un ritorno alla speculazione filosofica che si interroga se nell’interpretazione del dato sia opportuno rimanere nell’ambito del riduzionismo o se non convenga aprirsi a visioni d’insieme, comunemente definite, anche se in modo generico, visioni olistiche dell’essere umano.

Il pensiero del nostro tempo, lo *Zeitgeist*³ contemporaneo,

3 “Spirito del tempo” (in lingua tedesca) è un’espressione adottata nell’Ottocento che indica la tendenza culturale predominante in una determinata epoca. Concetto di *Zeitgeist*: adattamento del presente al significato della storia, aspirazione all’eternità del presente.

è rappresentato dalla complessità, dove Salute e malattia sono il frutto di dinamiche complesse, per cui assumono particolare importanza intuizione ed esperienza nel momento in cui si devono applicare regole generali all'individuo.

Una complessità che richiede adattamenti costanti per poter mantenere efficiente il sistema generale della sanità legato, per lo più, alla nostra latitudine, alle malattie croniche e alle disabilità conseguenti, in cui le procedure curative devono protrarsi nel tempo per poterne valutare l'efficacia degli esiti. Una complessità che si allarga all'organizzazione che supporta gli scopi dei contenuti della medicina, dove si persegue l'obiettivo di una gestione efficiente ed efficace della soluzione dei problemi di salute in un'ottica "ad societatem" al fine di continuare a garantire al cittadino il diritto alla salute che si esplicita nel diritto stesso all'accesso alle prestazioni. Una complessità, pertanto, presente nell'organizzazione in relazione all'inversione della piramide anagrafica, con la mutazione epidemiologica delle malattie, nella quale lo stesso confine tra malattia e salute appare culturalmente determinato mentre acquistano sempre maggiore importanza le componenti psicologiche ed ermeneutiche della medicina, la dimensione soggettiva dei sintomi e le impressioni cliniche del medico. Ancora: una complessità nelle dinamiche che portano alla medicalizzazione della società dove la costruzione socio-culturale delle malattie sta gradualmente cedendo il posto alla costruzione industriale e paradossalmente i servizi sanitari spendono miliardi di euro contro la malattia, mentre in realtà stanno creando milioni di malati supplementari e fanno scomparire, di conseguenza, le persone in buona salute.

La filosofia che sostiene il postmoderno è pragmatica e sembra accettare la sfida di scendere a valle tra le nebbie dopo aver percorso la lunga salita sul sentiero della certezza logica e della razionalità alla ricerca della verità assoluta.

Nonostante tutto ciò, le conoscenze di ordine generale guidano ancora l'incontro epistemico con la singolarità del paziente, l'assolutizzazione nosografica ignora i fatti individuali e anche la clinica è ancora schiacciata da una impostazione nomotetica del pensiero. Ciò, se vogliamo, in contrasto con gli stessi sviluppi della conoscenza in cui l'indagine genetica spinge ora verso la ricerca di farmaci e terapie tarate sulle differenze individuali con l'obiettivo di potenziare al massimo l'efficacia della cura sul singolo.

L'idea postmoderna è più propensa ad allargare il proprio studio ai determinati di salute e agli esiti dovuti ai differenti livelli di organizzazione, a partire dal più semplice contesto sociale dell'individuo fino al complesso livello genetico e molecolare.

Non appare pertanto adeguato il modello tradizionale, analitico, lineare, basato su sequenze prevedibili causa-effetto; appare invece necessario un modello dinamico e adattativo che è quello della complessità, in cui si possono creare efficaci interazioni dinamiche con l'ambiente e anche con il sistema sociale.

1.3 Conclusioni

In conclusione, caduto il postulato dell'oggettività della natura, cresce lo spazio della soggettività e di conseguenza il problema di conoscere cosa è reale e cosa non lo è. In conseguenza della mancanza di una verità valida per tutti, sorgono i problemi dell'incommensurabilità dovuta a una molteplicità di visioni del mondo, nonché il complesso rapporto tra relativismo e oggettivismo per rispondere al richiamo della complessità, dove le questioni inerenti al contenuto della medicina divaricano dai contenitori in cui questa è organizzata.

2. CYBERMEDICINE E INFLUENZA

SULLA CONOSCENZA IN MEDICINA

Tralascio volutamente l'apporto delle I&CT quali strumen-

ti in grado di favorire la conoscenza per mezzo dell'informazione sanitaria in rete, tralascio i problemi e le prospettive, con potenzialità e opportunità per lo più ambivalenti, che si dischiudono con le tecnologie Web.

Mi soffermo invece sull'apporto dei principi concettuali dell'informatica al pensiero biologico e sul supporto che l'informatica assicura nell'ambito della ricerca medica e delle scienze della vita. Infatti una caratteristica dell'era post-genomica dipende dalle nuove modalità di trattare l'enorme mole di dati generata quotidianamente, al fine di correlare le informazioni genotipiche con quelle fenotipiche e cliniche. È in questo campo che è nata la Bioinformatica, che si occupa dell'acquisizione, memorizzazione, distribuzione, analisi e interpretazione dei dati prevalentemente nell'ambito della biologia molecolare, della genetica e della biochimica, con collegamenti sempre più importanti alla medicina.

Dopo la rottura con il pensiero antico per mezzo di quella che chiamiamo "rivoluzione scientifica", tra il XIX e il XX secolo un insieme di idee nuove, di scoperte convergenti e di tecniche molto più efficaci rispetto al passato, hanno modificato profondamente il sapere delle scienze sia della natura non vivente, sia di quelle della vita.

Con esse si sono aperte nuove possibilità di interpretazione e nuove comprensioni dei fenomeni naturali. Si è passati dalla morfologia alla struttura molecolare, poi alla biochimica delle cellule, ai legami tra geni ed enzimi e, infine, al significato informativo delle entità subcellulari.

Il passo decisivo è stata la scoperta del ruolo degli acidi nucleici con la decifrazione del codice genetico cui è seguita una quantità impressionante di scoperte in rami diversi della biologia e della medicina. È nel collegare la biochimica delle macromolecole alla genetica, che ci si imbatte nella teoria dell'informazione dove la biologia ha trovato un nuovo

2.1 Come i concetti della cibernetica hanno modificato il pensiero biologico

paradigma e conquistato un campo di applicazione particolarmente vasto e fecondo. Fino a pochi anni fa ai fini scientifici, i processi vitali si spiegavano per mezzo di una serie di trasformazioni analogiche senza ricorrere alla decifrazione di messaggi in base a un codice apparentemente arbitrario. Ciò impediva di risolvere del tutto l'annosa diatriba filosofica tra preformismo ed epigenesi, anche se quest'ultima si era già definitivamente imposta alla fine dell'Ottocento con l'affermazione della teoria cellulare. Morfologia e biochimica non potevano spiegare da sole la trasmissione genetica attraverso la fusione di due gameti.

Oggi i due punti di vista trovano una spiegazione condivisa dal concetto che la struttura biologica è anche un programma, per cui nella discontinuità materiale degli esseri viventi c'è una continuità formale. È davvero una scoperta rivoluzionaria che un processo di tipo numerico entri nel determinismo dei fenomeni naturali. Questa nuova interpretazione non si limita alla genetica perché già viene usata in neurofisiologia, e prospettive interessanti si aprono anche in patologia generale. Per esempio, la trasmissione dell'immagine dalla retina al cervello non avviene unicamente con un processo analogico. Alcuni virus agiscono su cellule vive usando messaggi in codice. Si comincia a spiegare l'origine dei tumori con l'accumulo di errori nella trasmissione delle informazioni contenute nelle cellule. Ci si chiede se la senescenza sia un processo programmato oppure il risultato di un cumulo di errori di tipo informativo. Nei processi biologici è presente un qualcosa che non si può ridurre alle leggi della materia e dell'energia e che è strutturato come un linguaggio determinato storicamente.

Il concetto informatico sta però rivedendo anche il nuovo paradigma posto alla medicina dalla postgenomica.

Basti pensare alla Metabolomica che fa riferimento ai metaboliti nelle cellule, nei tessuti, negli organi e nei fluidi bio-

logici. I metaboliti intesi come prodotto finale dell'espressione genica o dell'attività proteica (enzimi), che definiscono così, di fatto, il fenotipo biochimico di un sistema biologico nel suo insieme, così come l'uomo e la vita animale. Così se la genomica e la successiva proteomica, ad essa consequenziale, suggerivano un possibile modo di funzionamento del sistema, la metabolomica dà la rappresentazione reale del sistema.

Si supera il concetto alimentato dalla genetica molecolare, che aveva individuato le basi genetiche di diverse centinaia di malattie e sembrava aver ricondotto le condizioni morbose a un'entità fisicamente determinata, il gene, o addirittura il singolo nucleotide.

Le malattie non dipendono solo da "lesioni molecolari" perché il genoma è aperto verso l'esterno, influenzato dalle funzioni fisiologiche, dall'ambiente e dalle esperienze. Anche i geni non funzionano in isolamento, ma fanno parte di reti complesse a loro volta interagenti con le tappe metaboliche. La complessità dei sistemi biologici dimostra come la prospettiva ontologica del malato non è solo una particolare visuale del medico nella sua prassi, ma anche una costante della scienza nella sua storia.

Nelle varie epoche si è cercato di spiegare la verità biologica con i mezzi offerti dalla tecnologia che emergeva in quel momento storico come la più potente e avanzata.

Così è avvenuto negli ultimi tre secoli, per cui i sistemi biologici nel diciottesimo secolo erano paragonati alla meccanica di un orologio, nel diciannovesimo secolo alle macchine termodinamiche e nel secolo appena trascorso ai computer digitali guidati da porte logiche.

Oggi nel mondo governato dal *world-wide-web* (www) si è arrivati a rappresentare i sistemi biologici come un "network". È l'idea non più di una organizzazione gerarchica dall'alto verso il basso, dove il controllo del sistema era generato dal

genoma fino ad arrivare ai livelli gerarchici più bassi rappresentati dagli aspetti fisiologici e funzionali, bensì di un sistema vivente che si modifica continuamente in dipendenza dello stato fisiologico e che interagisce con l'ambiente esterno. Un sistema vivente in continua risposta a stimoli chimici e/o fisici, modifiche geniche che determinano la variazione o l'insorgere di nuove strutture che la plasticità del sistema può permettere e al tempo stesso consente nuove strategie di funzionamento fino all'insorgenza di uno stato patologico. Questa nuova prospettiva di studio della biologia, cercando di comprendere le interazioni causali fra geni e il loro prodotto cellulare, sviluppa il fenotipo che cominciamo a conoscere meglio dalla metabolomica.

Modifiche a carico delle proteine della cromatina possono influire sull'espressione dei geni attraverso un processo informativo che può svolgere un ruolo nell'adattamento a breve termine delle specie, consentendo una variabilità fenotipica reversibile. Ecco forse spiegato l'aumento dell'incidenza tumorale in seguito all'esposizione ad agenti inquinanti.

2.2 Come il flusso di informazioni migliora la conoscenza e la comprensione dei fenomeni biologici e favorisce la cura in medicina

La biologia e la medicina hanno da sempre cercato di studiare l'organismo umano a tutti i livelli, sia morfologico che funzionale, per il miglioramento della salute umana.

Con l'introduzione delle più moderne tecnologie di biologia molecolare si è iniziato a comprendere meglio le regole dell'espressione genetica, i vari passaggi metabolici e la struttura del DNA, RNA e delle proteine.

Questo enorme complesso d'informazioni gestito dall'informatica, consente di comprendere i meccanismi che governano il passaggio dal Genoma al Fenotipo di un organismo. Si arguisce, pertanto che un utilizzo appropriato di questi dati associati ad appositi programmi d'analisi, può sviluppare sempre nuove possibilità dirette alla comprensione dell'espressione dei geni, della loro regolazione e delle malattie

genetiche loro correlate in caso di mutazioni o disfunzioni metaboliche.

Acquisire, memorizzare, distribuire, analizzare e interpretare tali dati diventa essenziale in ambito biologico, con collegamenti sempre più importanti con la medicina. È una vera svolta scientifica che integra metodi di matematica, informatica, biologia, medicina e fisica allo scopo di migliorare la comprensione dei fenomeni biologici.

Il tutto consente alla scienza medica di ottenere le informazioni necessarie per comprendere i meccanismi che sono alla base di tutte le possibili disfunzioni d'origine genetica: dalle mutazioni in regioni funzionali del DNA, alla mancata produzione di una certa proteina a causa di un anomalo funzionamento dei fattori di trascrizione, fino a comprendere il funzionamento di ogni singolo gene in relazione con gli altri geni, nei diversi processi metabolici che continuamente avvengono nel corso dell'intera vita.

Di conseguenza la conoscenza diventa applicazione alla Salute.

In tale ambito, uno dei risultati che ci si propone è quello di creare gli strumenti informatici che permettano, alla comunità medico-scientifica e al mondo industriale, di analizzare e utilizzare i dati sui genomi per lo sviluppo di nuove terapie, medicinali e diagnosi sanitarie sempre più accurate. Tale obiettivo rientra in un orientamento generale, che parla ormai di strumenti necessari a supportare la cosiddetta medicina personalizzata (*personalized healthcare*) che prospetta l'individuazione di nuovi agenti terapeutici e farmacologici; dall'informatica ci si aspetta che, una volta applicata alla biologia, sia in grado di aumentare il numero di bersagli terapeutici.

Non solo, l'adozione dei concetti che stanno alla base della "*Translational Medicine*", dove tutti i processi industriali di ricerca, sviluppo, test e produzione sono orientati al pazien-

te/gruppo/etnia oggetto del prodotto, possono portare ad una sempre maggiore integrazione fra dati genomici, proteomici e le informazioni contenute presenti nelle biobanche. Si cerca anche di minimizzare e ottimizzare l'uso della sperimentazione sia sulla gestione dei dati sensibili nell'uomo, sia nell'utilizzo della sperimentazione animale adottando approcci etici al problema.

Emerge con chiarezza il problema della sensibilizzazione dei medici nell'ambito di una sanità "informata e formata", sulle specifiche ricerche di Bioinformatica e sugli argomenti che possano essere applicati alla pratica clinica.

Qui nasce l'esigenza di sviluppare un adeguato programma di formazione per gli operatori del Servizio Sanitario, che potrebbe essere collegata al sistema dell'Ecm, *Educazione Continua in Medicina*.

Tuttavia l'orizzonte più rivoluzionario che si apre nella pratica clinica da parte della postgenomica è l'assistenza basata anche sull'identità genetica individuale, sulla conoscenza del rischio genomico; conoscenze che permetteranno di intervenire in modo più appropriato e mirato, con ricadute benefiche non solo sulla cura ma anche sui sistemi sanitari.

Il cosiddetto Fascicolo Sanitario Elettronico nella pratica assistenziale (*Lifetime Electronic Medical Record*) che spesso invochiamo, sarà in grado di relazionare patologia e background genetico e supportare così protocolli diagnostici e test predittivi innovativi.

È evidente che sarà importante la modalità con cui si acquisiranno i dati, che richiederà forme efficaci di interoperabilità in una connessione in rete di sistemi informativi eterogenei, per permettere omogeneità e confrontabilità. Sono sviluppi importanti soprattutto per le Reti oncologiche, le Reti di terapia, le Reti di collegamento con il territorio.

2.3 Informazione quale costruzione del sapere nel governo della sanità

La crisi demografica, epidemiologica e oggi anche quella economica che spingono al cambiamento, impattano pesantemente la medicina e spingono a nuove prassi. Il tentativo di delineare un pensiero forte è dettato sia dalla ricerca di un fondamento epistemologico dell'operare sia da un valore operativo. La cura della fragilità specie dell'anziano è l'esempio più eclatante.

Dobbiamo affrontare il problema in maniera complessiva evitando che si creino cortocircuiti con l'effetto di una usura strisciante tra medicina e società. Noi medici non dobbiamo esimerci dal denunciare le logiche culturali e operative che sottostanno a prassi largamente diffuse e costose, ma non condivisibili. Le nuove tecnologie non sono intrinsecamente neutre, ma tendono ad aggregarsi attorno a centri di potere economico-tecnologico senza che il cittadino, e in questo caso il cittadino fragile, possa goderne le potenzialità positive.

È sulla telematica e sulle biotecnologie che si stanno concentrando interessi enormi, che rischiano di diventare incompatibili con un progresso condiviso e diffuso. La sanità italiana è nel frattempo interessata da un complesso processo di ristrutturazione che, più per necessità che per virtù, sembra ormai orientata lungo alcune direzioni principali: il decentramento dei servizi, che permette un avvicinamento delle strutture e degli operatori ai cittadini, promuovendo lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata e dell'ospedalizzazione domiciliare. La rete ospedaliera viene quindi riorganizzata con una disposizione per intensità assistenziale, privilegiando la multidisciplinarietà delle cure rispetto all'approccio rigido basato sulle competenze specialistiche. Sono linee strategiche che richiedono l'abbattimento delle barriere burocratiche dell'accesso che le strutture sanitarie cercano di ottenere con l'implementazione dei sistemi informativi e dei Cup (Centro unico di prenotazione) e in particola-

re di sistemi Cup metropolitani che dovrebbero permettere anche la graduale introduzione del principio della libera scelta non solo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, ma anche del medico specialista e della prestazione diagnostica specialistica.

È in questo processo di modernizzazione della sanità che si innesta il dibattito sulle possibilità introdotte dalle nuove tecnologie dell'I&CT.

I benefici dei principali ambiti di innovazione si possono così elencare:

- *la dematerializzazione dei documenti sanitari;*
- *la Cartella Clinica Elettronica;*
- *il Fascicolo Sanitario Elettronico e la ricetta elettronica;*
- *le soluzioni a supporto della Clinical Governance;*
- *i servizi digitali al cittadino;*
- *i sistemi a supporto dell'erogazione del servizio;*
- *le soluzioni a supporto dell'assistenza domiciliare e della medicina sul territorio.*

È noto che nel rapporto tra cittadino e servizio sanitario viene spesso messa in evidenza la carenza di informazioni sulle strutture, sulle modalità delle prestazioni, sui tempi, sulle normative e su tutte le altre questioni che riguardano il sistema nel suo insieme e l'offerta sanitaria in generale. Il cittadino-utente si sente così abbandonato a se stesso e come perso in un labirinto, spinto ad assemblare, da solo, tasselli di procedure a volte incomprensibili e gravate dai vari passaggi dalla burocrazia. Nonostante tutto ciò, il servizio sanitario italiano si rivela tra i più quotati nel mondo, sia per quanto riguarda il rapporto tra risorse assorbite e risultati ottenuti (*overall health system performance*), sia in considerazione degli obiettivi raggiunti (*overall goal attainment*).

L'entrata in crisi del Welfare State, per la stagnazione e il rallentamento nei processi di accumulazione della ricchezza del-

le economie occidentali, e in particolare di quella Italiana, pongono dubbi sulla tenuta dell'allocazione delle risorse necessarie per erogare le "prestazioni socio-sanitarie" che hanno indiscutibilmente una particolare valenza nella sfera individuale, oltre che costituire una delle basi fondamentali della convivenza civile.

Di fronte a tale cambiamento epocale si devono ricercare e condividere posizioni comuni per fronteggiare una dinamica della spesa sanitaria che non conoscerà flessioni di sorta. Se è vero, per quanto riguarda i cittadini, che difetta il loro coinvolgimento intendendo con tale termine innanzi tutto il condividere la comunicazione sui temi della sanità e della salute, appare ormai inderogabile far presente che il diritto di partecipare dovrebbe essere strettamente correlato al dovere di partecipare da protagonisti al miglioramento della propria vita, mediante la riduzione di quegli atteggiamenti e abitudini che possono indurre malattia e disabilità, quale premessa al prolungamento della speranza di vita anche in termini di qualità.

È necessaria allora una comunicazione chiara, puntuale, efficace, che spazi dalle opzioni di trattamento e dalle terapie individuali al ragionamento sui problemi, sulle prospettive, sulle collocazioni dei servizi e sulle buone pratiche.

Un coinvolgimento reale dovrebbe riconoscere agli utenti del sistema sanitario nazionale, ai cittadini, alle autorità locali o alle associazioni di pazienti il diritto di partecipare alla progettazione dei servizi, all'organizzazione e alla fornitura degli stessi.

Puntando sulla cultura, ossia sui valori e sui comportamenti (da cui deriva anche il rispetto reciproco delle regole), si eviterebbero inutili e dannose violazioni dei diritti, senza la necessità di grandi investimenti economici.

Se dunque l'erogazione della cura presuppone una fase di raccolta delle informazioni dal paziente, seguita da una fase

di elaborazione inferenziale che ne consente l'interpretazione alla luce dei criteri validati e sistematizzati dalla scienza medica, se ne può dedurre che gran parte delle attività necessarie a mantenere e ristabilire la salute si esplicano attraverso l'erogazione di informazioni al paziente.

Prevenire significa guadagnare in salute, che è lo slogan delle direttive internazionali e nazionali di *health policy*; significa raccogliere e studiare informazioni per delineare tempestivamente lo sviluppo epidemiologico delle malattie e, allo stesso tempo, diffondere informazioni inerenti alla cura e alla conservazione della salute, eleggendo ogni assistito a medico di se stesso.

Prevenire significa dunque, in ultima battuta, garantire la migliore accessibilità, fruibilità, tempestività, completezza e accuratezza di queste informazioni: *informazioni al paziente per il paziente*.

Studi di economia sanitaria dimostrano come la piena disponibilità di informazioni circa il proprio status di malati cronici, con la conoscenza delle indicazioni clinico-comportamentali funzionali alla cura della propria malattia, possano indurre, per esempio pazienti diabetici a modificare in chiave preventiva il proprio stile di vita, così determinando in termini aggregati una significativa riduzione dei costi sociali associati alla cura di questa patologia cronica.

Ecco che allora si deve porre la massima attenzione al rapporto tra ambiente e sistema sanità privilegiando la funzionalità di alcuni "snodi comunicativi", esterni o interni al sistema.

In particolare, per l'esterno:

- *snodo comunicativo verso i cittadini;*
- *snodo comunicativo verso le competenze mediche esterne;*
- *snodo comunicativo verso i fornitori di servizi;*

e per l'interno:

- *snodo comunicativo dei percorsi clinico – diagnostici;*

- *snodo comunicativo del governo economico della struttura.*

L'I&CT in sanità diventa quindi essenziale nell'attuazione di questi processi riorganizzativi e progettuale in queste aree di intervento:

- rete CUP - informazione - accettazione - Sanity Card - rete Home Care - rete emergenza;
- telemedicina e teleconsulto;
- piattaforme logistiche informatizzate e acquisto on line;
- informatizzazione del percorso clinico diagnostico e cartella clinica informatizzata;
- rete del controllo di gestione.

Non va dimenticata la realizzazione di portali pubblici e privati in grado di offrire *e-service*, che possono costituire uno strumento di collaborazione pubblico-privato che tanta importanza avrà nella *new economy* e nella *e-sanità*.

L'ottica è quella di raggiungere nuovi obiettivi di sviluppo della sanità pubblica e privata in grado di incrociare il maggiore grado di soddisfazione della domanda dei cittadini.

I&CT allora per governare il cambiamento in sanità.

Le modifiche striscianti del sistema sanitario pubblico stanno portando ad un inevitabile restringimento della produzione pubblica di servizi, limitandole al "core business istituzionale", che nella sanità fa perno sul rapporto medico-assistito e sulla prestazione propriamente sanitaria.

Sono necessarie pertanto azioni di potenziamento delle capacità di governo del rapporto domanda-offerta di fronte ad una liberalizzazione dei canali di accesso ai servizi che prospettino sempre di più una sanità al plurale.

Tutto questo porta verso scenari futuri che avranno bisogno, per essere governati, di un impiego massiccio delle nuove applicazioni tecnologiche dell'I&CT, nella riprogettazione dei percorsi di cura e nella gestione economica del servizio sanitario.

2.4 Conclusioni

3. CYBERMEDICINE E PRASSI IN MEDICINA

All'inizio di questa relazione ho posto la domanda se la Cybermedicina stia delineando nella medicina una nuova euristica ovvero una nuova cornice concettuale. In effetti è da chiedersi se questa disciplina intellettuale, dedicata storicamente all'osservazione clinica, alla scoperta di nuove conoscenze nel campo biomedico e alla loro applicazione pratica per il miglioramento della salute umana globalmente intesa, si stia impattando con un nuovo paradigma.

Dopo Giovanni Battista Morgagni, fondatore del metodo anatomo-clinico, dopo Virchow, che nell'unità concettuale di fisiologia e patologia in una rinnovata medicina scientifica sviluppò il metodo scientifico nella clinica ovvero il metodo nomologico-deduttivo, stiamo assistendo a diversi fenomeni, conseguenze dell'accumulo di conoscenze esperienziali mai prima possibili e tutte legate allo sviluppo della I&CT per tutti gli attori del processo della cura. Andiamo con ordine. La medicina è in primo luogo, informazione proveniente *dal* paziente, sia essa intesa in senso soggettivo che oggettivo. Ogni diagnosi presuppone e implica un flusso di dati che il medico deve saper raccogliere, organizzare e interpretare. Diversamente dalla terapia che è scienza tecnologica, la diagnostica è scienza storica. La medicina è anche (e soprattutto) informazione *sul* paziente. Nel momento in cui il medico cerca la diagnosi per attuare una possibile terapia si confronta con innumerevoli variabili e sfaccettature del sapere medico.

È un lavoro immane che nella medicina dei nostri tempi pone il medico di fronte alla incapacità di gestire da solo il flusso della conoscenza anche se, nel tempo, l'esperienza gli rende agevole questa enorme fatica. Il medico oggi condivide con i colleghi i dati raccolti per ricevere referti e consulenze atte ad integrare il quadro diagnostico che egli va componendo, avendo sott'occhio la soggettività del malato.

Tutte queste informazioni possono essere facilmente archiviate e rese accessibili ai colleghi e ai diversi componenti della filiera della cura.

Si sta creando un enorme data-base di dati empirici che gli ippocratici mai avrebbero sognato, per cui l'esperienza singola può trovare analogie e differenze con altri nuovi casi clinici.

L'insieme di questi casi costituisce una informazione che può essere aggregata e validata secondo canoni epidemiologici per diventare una smisurata conoscenza analogica che è la conoscenza fatta di relazioni, prassi nella conoscenza umana, da impiegare a fini diagnostici e terapeutici.

Questa nuova potenzialità legata alla I&CT supera quanto prodotto nel trasferimento della conoscenza dal XX secolo in poi (in materia di congressi medici, pubblicazioni e quant'altro) e si esprime in un processo di circolazione dell'informazione medica, che, in un flusso bidirezionale, parte dal paziente soggetto per tornare al paziente oggetto.

Analizziamo allora i vari risvolti.

Si pensi all'applicazione nella medicina preventiva sul cui ruolo prioritario oggi, in un moderno sistema sanitario, non ci sono più dubbi. Raccogliere e studiare informazioni per delineare tempestivamente lo sviluppo epidemiologico delle malattie, diffondere informazioni inerenti alla cura e alla conservazione della salute, favorisce l'elezione di ogni assistito a medico di se stesso.

Garantire la migliore accessibilità, fruibilità, tempestività, completezza e accuratezza di queste informazioni non solo sarebbe alla portata del sistema salute, ma favorirebbe le informazioni al paziente per il paziente.

Lo svolgimento delle premesse, che posso sintetizzare in uno slogan "*la medicina dal particolare per il particolare*", illustra come l'uso del computer faciliti un'aggregazione di dati che permette alla pratica medica di accostarsi per la prima volta

alle potenzialità del metodo induttivo che è stato il metodo ippocratico prescientifico e che meglio interpreta la conoscenza ontologica del paziente.

Il problema del metodo è stato sempre presente nel pensiero medico. Di fronte alla moltitudine e variabilità dei fenomeni umani fin dai primordi della nostra pratica, si è cercato di individuare una norma generale di condotta stabile nel tempo e indipendente dallo sviluppo delle conoscenze, al fine di limitare gli errori e massimizzare l'efficacia dell'approccio medico.

Ippocrate prima e Galeno poi, si sono chiesti se la malattia potesse essere "indagata" tramite la pura osservazione (logica induttiva), oppure col privilegiare un sistema di regole argomentative formalmente ineccepibili (logica deduttiva).

Cartesio nel '600 affermava che il "metodo scientifico" è l'unico sistema per giungere alla verità.

Claude Bernard nel 1865 codificava le "regole metodologiche" della medicina sperimentale: a) osservazione; b) formulazione dell'ipotesi; c) deduzione; d) controllo.

Alla fine del secolo scorso D.L. Sackett affermava che quattro sono le strategie utilizzate dal clinico nel procedimento diagnostico: la gestaltica (dal tedesco Gestalt che significa forma, schema, rappresentazione) quale riconoscimento dei quadri, la strategia ad albero decisionale (regole algoritmiche), la strategia dell'esaurimento (anamnesi ed esame fisico completi) e la strategia ipotetico-deduttiva (formulazione di un ristretto gruppo di ipotesi diagnostiche, seguite da "indagini" deduttive di verifica).

All'inizio del XX secolo il dibattito tra sperimentatori e clinici è stato molto vivace. Una volta che è stata riconosciuta l'analogia del procedimento diagnostico con quello della ricerca scientifica, anche il comportamento del clinico si è ispirato ai canoni della ricerca scientifica. E questa visione ha contagiato il mondo clinico per cui i maestri A. Murri, E.

Poli e M. Austoni, nella cui scuola mi sono formato, hanno ritenuto che la metodologia clinica altro non fosse che la semeiotica medica, cioè lo studio delle tecniche di esame del paziente, anziché lo studio degli aspetti formali e normativi del pensiero distinti dai contenuti scientifici.

In realtà appare ormai non più sostenibile la coincidenza della metodologia clinica con quella scientifica. L'atto medico, infatti, non è avulso dai contesti ed è inserito in una relazione che si svolge su un piano etico ed è condizionata dal tempo della malattia. Il clinico cerca le ipotesi più plausibili secondo una coerenza logica che possa spiegare il fenomeno entro un ben definito sapere già acquisito. Il clinico non procede per confutazioni, come prevede Popper nella ricerca scientifica, bensì per conferme e la diagnosi viene posta anche se sprovvista del massimo grado di affidabilità purché il grado di credibilità permetta di prendere immediatamente le opportune decisioni terapeutiche. È sufficiente un buon grado di certezza.

Di fatto quindi la metodologia clinica si presenta come una disciplina autonoma e distinta pur avendo alcune analogie con il metodo scientifico.

Come si può ben arguire esiste nell'approccio clinico una tensione insuperabile tra relazione individualizzante e ricerca di generalità. Poiché ancora oggi il caso singolare trova spazio nella discussione nell'ambito delle pubblicazioni scientifiche, dobbiamo chiederci se la singolarità possa avere una valenza sovraindividuale, in grado cioè di fornirci la chiave di una interpretazione più ampia nella clinica, oppure se non sia possibile liberarci dei fatti individuali, cosa che dimostrerebbe, ancora una volta, la natura prettamente idiografica della clinica.

Ritengo, per le tante premesse citate, che le conoscenze di ordine generale non potranno mai sostituire l'incontro epistemico con la singolarità del paziente. Ecco allora che di

fronte alla scelta di sacrificare l'ontologia del malato alla generalizzazione che la conoscenza scientifica impone e all'oggettività dell'indagine che le scienze della natura richiedono, (l'indagine del malato ricade sia nelle scienze dello spirito che nelle scienze naturali), dobbiamo diversificare il metodo mentre ci muoviamo tra singolarità, esemplarità e irriducibilità dell'individuale rispetto alla generalizzazione. La medicina nella sua pratica appare spesso come una forma di conoscenza già insita nella natura stessa delle cose, nei segni che necessitano di essere rilevati e pronti come ipotesi nel ragionamento medico. Non una forma di riconoscimento tout court dedotti da processi generali e superiori. La medicina è pragmatica, vede il sapere orientato all'agire in cui l'esperienza è prioritaria rispetto al momento congetturale "popperiano". E questa pragmaticità utilizza un metodo logico che differisce dal processo deduttivo soprattutto perché le premesse non sono sempre considerate valide in assoluto, come avviene nel sillogismo che sta alla base del ragionamento deduttivo scientifico. Nell'"abduzione", di questo stiamo parlando, premessa e conclusione finale non sono certe ma hanno un certo grado di probabilità o, vista dall'altra angolatura, di improbabilità, almeno pari.

Voltaire, il grande illuminista francese, ideò nel 1749 un personaggio che faceva dell'abduzione il proprio strumento di vita. Questo personaggio era Zadig, il cui nome è passato alla storia della letteratura dando il titolo alla lunga novella in cui si narra delle sue avventure. Abduzione dunque e induzione potenziata dalla I&CT, per cui quest'ultima tende a perdere la puerilità e la primitività in essa concettualmente presente come affermava Francesco Bacone, assumono un significato importante nei processi del pensiero medico.

La medicina è una *techne iatrike*, come riporta Cosmacini, è una pratica basata sulla scienza ma operante in un mondo di valori; non differisce quindi dalla pratica di un buon ar-

tigliano se non nell'oggetto dell'osservazione che è soggetto ed è l'uomo, ma è anche il fine ultimo e il primo. L'artigiano si muove su osservazioni, esperienze particolari, casi specifici, attraverso un procedimento logico che giunge a conclusioni di tipo pratico; se vogliamo applica l'abduzione come tipo di inferenza ampliativa e non dimostrativa una specie di "induzione eliminativa" per citare ancora Bacone, che è quell'intuizione intellettuale che da sola consente di cogliere l'essenza della realtà e nello specifico caso della prassi medica del malato. La Scienza moderna e la Filosofia moderna ci avevano sempre rappresentato la debolezza del metodo induttivo (necessità di numerosissime osservazioni, nessuna garanzia che l'ennesimo fenomeno futuro debba presentarsi come i precedenti, arbitrarietà delle generalizzazioni), mentre il Metodo deduttivo (conservazione delle premesse date, coerenza con le premesse date, previsione logica dei fatti non ancora osservati, possibilità di riconoscere come false quelle conclusioni non in linea con le premesse ecc.) per la sua forza appariva il più coerente con il pensiero medico scientifico moderno.

Il modello della medicina, quindi, imperniato sulla deduzione logica da leggi generali di enunciati in grado di descrivere l'evento singolo, è ora oscurato dalle potenzialità che ci provengono dalle applicazioni della Cybermedicina. Non solo, ma la soluzione filosofica, che ha applicato i concetti di probabilità alle teorie e alle ipotesi scientifiche che va sotto il nome di "bayesianesimo" e che sta alla base tra l'altro della matrice teorica della scuola medica padovana prima ricordata, diventa unificante nella disputa tra metodologi medici e appare la soluzione unificante per formalizzare i processi di scoperta e riscoperta, di costruzione e ricostruzione razionale dell'inferenza medica.

Fare diagnosi non significa, infatti, formulare nuove teorie o dare spiegazioni partendo da leggi generali ma bensì ri-co-

noscere e ri-costruire storicamente i fatti sulla base di alcuni modelli di riferimento, che sono i quadri diagnostici paradigmatici più volte descritti e pubblicati per mezzo delle osservazioni compiute. Il medico opera in un continuo andirivieni, alla ricerca di analogie, differenze, somiglianze, contraddizioni e sovrapposizioni, tra la costellazione delle informazioni raccolte e provvisoriamente "assemblate" (dati anamnestici e soggettivi, semeiotica fisica, esiti degli accertamenti etc..) e i "prototipi" di malattia raccolti e standardizzati nella letteratura scientifica (sintomi patognomonici, criteri di inclusione ed esclusione, stadiazioni cliniche, flow-chart, protocolli diagnostici etc..).

In questo oggi siamo facilitati e potenziati nella nostra prassi dalle applicazioni dell'I&CT che ridanno al medico la responsabilità totale delle sue azioni e il pieno governo delle sue scelte esattamente al contrario di quanto si propone ancora oggi: applicazione di linee guida quale strumento non solo medico ma anche sociale in senso lato, ovvero strumento con cui i diversi punti di vista delle parti in causa, e quindi non solo del medico, in ambito sanitario definiscono le politiche assistenziali che meglio si adattano al proprio specifico contesto.

Ritengo che ci troviamo di fronte ad un vero cambio di paradigma e lo considero ancora un affondo al neopositivismo imperante nella scienza medica. Voglio ricordare come la Evidence-based Medicine (Ebm), figlia di un tardo positivismo, nasce nel 1992 come una "nuova filosofia per insegnare e praticare la Medicina", in contrapposizione con la Obm (Medicina basata sulle opinioni) e la Aem (Medicina basata sulla aneddotica). Nel corso di questi anni l'Ebm ha influenzato tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria, facendo riferimento al fatto che si presentava quale metodica in grado di integrare l'esperienza del medico con l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili, relativamente all'accuratezza

dei test diagnostici – compreso l'esame fisico – alla potenza dei fattori prognostici, all'efficacia/sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi. In pratica l'Ebm è stata adottata dalla sanità pubblica quale metodo per integrare la pratica professionale, la formazione permanente, la qualità dell'assistenza, il governo dell'informazione ai cittadini sull'efficacia degli interventi sanitari, il finanziamento della ricerca indipendente e soprattutto nelle aree grigie rilevanti per la sanità pubblica.

Nell'utilizzo della metodologia si poteva cogliere l'obiettivo culturale formativo di sfidare la complessità che spesso caratterizza diversi contesti attuali nei mercati, nelle tecnologie, nelle burocrazie, nei rapporti istituzionali e personali, negando la vulnerabilità delle proprie capacità razionali e la conoscenza imperfetta degli elementi e cercando invece di realizzare in medicina e sanità un gioco a somma zero tra cooperazione scientifica, assistenziale e organizzativa.

Quanti l'hanno criticato, tra questi anche M. Austoni, C. Scandellari, G. Federspil, docenti e miei maestri, vedevano in questa applicazione un mezzo incompleto soprattutto per la mancanza di riferimenti di fisiopatologia e di farmacologia, spesso necessari per adeguare i trattamenti alla variabilità clinica.

Altro fattore che veniva rilevato era il paradosso che, nonostante il numero enorme di pubblicazioni attorno ai concetti e alla pratica dell'Ebm, mancavano ancora prove conclusive che dimostrassero come l'applicazione di tale approccio migliorasse la qualità della pratica medica.

Oggi mi sento di affermare che l'osservazione del malato (colloquio anamnestico ed esame fisico) e l'elaborazione mentale delle informazioni facilitate dalla I&CT – che ci permette di allargare la nostra esperienza empirica specie nella "complessità" di cui ho già parlato – non sono momenti distinti, ma tappe di un continuo processo di andirivieni e di reci-

proco influenzamento, nel senso che un certo sintomo o un aggregato di sintomi e segni corroborati da altre esperienze per mezzo della I&CT, possono generare nuove ipotesi.

Da una congettura può scaturire l'esigenza di un approfondimento del colloquio o dell'esame obiettivo. Per dirla con il sociologo Ivan Cavicchi, la complessità delle scelte diventa piena responsabilità del medico. Non è un problema da poco anche perché da queste argomentazioni derivano una serie di conseguenze che hanno importanti ricadute, non solo sulla formazione del medico, ma anche sull'organizzazione sanitaria in generale e fundamentalmente sul rapporto territorio ospedale e sulla valenza delle conoscenze acquisite in questi diversi ambiti.

L'I&CT per il medico e per il paziente utente e l'attenzione alla salute del consumatore, sono forze sinergiche che promuovono il sistema sanitario perché maggiore consapevolezza, maggiore informazione e potere possono migliorare la qualità delle cure, ad esempio evitando interventi non necessari o duplicazioni, realizzando in tal modo veri risparmi. Questa discussione, che potrebbe apparire a prima vista come uno dei tanti dibattiti filosofici, una discussione per pochi, imperniata sull'essenza della medicina e sul suo pensiero dimostra in realtà, a mio avviso, come il distacco consumato a metà '800 tra medicina e filosofia sia stato doloroso. A queste riflessioni consegue la carente formazione accademica di impostazione metodologica nel corso degli studi, che dovrebbe permettere al futuro medico generale e specialista una visione sistemica dell'approccio al paziente più che mai partecipe delle proprie scelte.

3.1 Conclusioni *La crisi demografica, epidemiologica e oggi anche quella economica, che spingono al cambiamento si scontrano pesantemente con la medicina e spingono a nuove prassi che richiedono un riconoscimento teorico oltre che pratico. Il sistema medicina-sa-*

nità è valutato sulla base di risultati diversi da quelli tradizionali del passato.

Rilevanti sono l'adattamento alle menomazioni e alla disabilità che richiedono non solo cure, ma anche ambienti idonei, e la percezione della malattia da parte del malato che richiede un intervento preciso da parte degli attori della filiera della cura, per ridurre l'impatto spesso negativo di credenze, pensieri, considerazioni che coinvolgono anche i familiari. La Cybermedicina sta delineando un pensiero forte con un proprio fondamento epistemologico dell'operare che ci permette di affrontare il problema in maniera complessiva evitando che si crei un corto circuito usurante tra medicina e società nel suo complesso.

Il modello tradizionale, analitico, lineare, basato su sequenze prevedibili causa-effetto, appare superato e si prospetta la necessità di un modello dinamico e adattativo che è quello che deve saper rispondere alla complessità.

Le nuove tecnologie non sono intrinsecamente neutre, dobbiamo cogliere le loro potenzialità positive, in grado di favorire gli adattamenti del pensiero medico alla "complessità" in cui è richiesta un'organizzazione mobile, facilmente adattabile, in grado di sviluppare largamente procedure preventive e complementari che ora trovano nella documentazione informatizzata un nuovo fondamento.

CONCLUSIONI GENERALI

Queste lunghe digressioni dall'argomento centrale della mia relazione sulla svolta impressa dalle nuove tecnologie informatiche applicate alla medicina, mi portano necessariamente ad una riflessione finale che riguarda la formazione medica. Mi inducono ad affermare che è prioritario nella formazione "costruire" un professionista completo che, accanto alle necessarie basi scientifiche che gli permettano una preparazione teorico-pratica generale, capacità di diagnosi e di intervento, buona pratica clinica e di lavoro interdisciplinare,

abbia anche una obiettiva capacità di contatti umani, di analisi e discernimento dei problemi.

L'insegnamento scientifico dovrebbe non più proporsi come una catena di montaggio fondata solo su evidenze, ma promuovere un'educazione che sia anche costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze.

Occorre di certo favorire un'etica della formazione che sviluppi nel futuro medico una coscienza per:

- una medicina “pluralista”, in senso sociale (“sensibile alle istanze sociali”) con riferimento cioè alla pluralità infinita dei valori dei singoli pazienti;
- una medicina “equa e giusta”, ovvero ancora “economicamente compatibile” e “prudente”;
- una medicina “rispettosa della dignità” e delle “scelte umane”.

Dobbiamo ovviare alla forte insofferenza di tanti medici che, in una medicina narrativa sviluppata attraverso le conoscenze personali e collettive dei pazienti acquisiscono elementi di valutazione sanitaria estremamente preziosi e maggiori rispetto alla pura applicazione delle pur precise e rassicuranti linee guida proposte a livello internazionale.

Ritengo che la medicina ufficiale non debba rinunciare al proprio canone e tanto meno al regime della prova che rappresenta il capitale scientifico a disposizione.

Anche se dobbiamo ampliare il dibattito centrandolo maggiormente sulla legittimità e sui limiti di applicazione e articolandolo nei diversi aspetti della medicina, quali la scientificità, la prova, l'efficacia, il giudizio, la tradizione, la professione, l'insegnamento, la formazione.

L'instaurazione di un solido rapporto medico-paziente, che storicamente costituisce un'esigenza fondamentale della medicina, resta un bisogno essenziale e durevole. Tale rapporto costituisce, insieme, un punto di partenza della formazione medica e una condizione della comprensione del paziente come persona.

Gli studenti devono prendere familiarità fin dall'inizio della loro formazione con tutta la gamma e la complessità di nozioni come salute, malattia, infermità e disturbo. Devono essere educati a cogliere i problemi generati dalle condizioni psicologiche e sociali in cui vivono le persone, giacché è sempre più evidente che questi fattori giocano un ruolo di enorme importanza nella genesi della malattia e dell'angoscia che accompagna la malattia. I fattori multicausali che giocano nelle manifestazioni delle malattie e le intuizioni che ci vengono offerte da una prospettiva epidemiologica sono decisivi. Dobbiamo evitare che l'enorme quanto tipico rilievo che la formazione medica spesso attribuisce all'anatomia, alla fisiologia e alla biochimica e alla genetica, nonché, ora, le facili scorciatoie offerte dall'uso della I&CT nella conoscenza e nella pratica medica, lancino agli studenti un messaggio fuorviante: che il segreto degli scopi della medicina vada cercato in queste discipline e in queste pratiche perché esse non sono il segreto, ma solo una parte di esso.

Il ruolo e l'influenza della Information and Communication Technology sull'efficacia e sull'appropriatezza della cura

Eugenio Santoro

Responsabile del Laboratorio di Informatica
Medica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri Milano

L'EHEALTH È UN TERMINE UTILIZZATO per indicare l'applicazione all'area medica e a quella dell'assistenza sanitaria dell'Information and Communication Technology (ICT) e identifica l'automazione dei processi per la trasmissione, l'archiviazione e il reperimento del dato sanitario dal punto di vista clinico, amministrativo e formativo. Una delle applicazioni più significative della eHealth è la cartella clinica elettronica. Attraverso questi sistemi, medici e strutture ospedaliere possono centralizzare la raccolta di dati sulla storia clinica dei loro pazienti, sui loro esami diagnostici (comprese immagini radiologiche, immagini tridimensionali e fotografie) e sulle terapie in corso, e archivarli elettronicamente. Ciò rende più semplice l'accesso a tali dati da parte dei medici che hanno in cura i pazienti al fine di aiutarli a prendere le migliori decisioni e a evitare di esporre i malati a esami inutili o che hanno già eseguito presso altri reparti afferenti allo stessa struttura sanitaria. Esistono ormai numerosi studi che dimostrano come l'impiego delle cartelle cliniche elettroniche possano dare un contributo non solo al miglioramento della qualità e dell'efficienza del-

*EHealth:
cartella clinica
e fascicolo sanitario*

l'assistenza sanitaria, ma anche alla riduzione degli errori medici e dei costi sociali e amministrativi. È in questo contesto che si colloca il fascicolo sanitario elettronico, inserito nell'agenda elettronica in discussione in questi giorni in Parlamento, che si pone come obiettivo quello di dotare ciascun italiano di un dossier contenente i propri dati sanitari e tutte le prestazioni erogate dai centri sanitari presso i quali si è rivolto. Tale sistema avrebbe il pregio di contenere tutta la storia clinica del cittadino e tutti quegli elementi che possono mettere un medico che dovesse visitarlo nella condizione di prendere le migliori decisioni. Un'altra importante area nella quale l'eHealth e l'ICT hanno dato frutti è quella del telemonitoraggio. Attraverso i sistemi di telemedicina oggi possono essere acquisite in loco e inviate a distanza immagini mediche e altri dati (per esempio l'elettrocardiogramma o i valori pressori) perché possano essere esaminate da medici e specialisti esperti afferenti a centri di eccellenza, che così possono essere distribuiti sul territorio in modo più razionale. Strumenti simili sono usati per misurare e inviare al medico parametri vitali così da permettere un continuo monitoraggio dei pazienti più a rischio o di quelli che vivono lontano dalle strutture sanitarie e decidere per eventuali aggiustamenti del trattamento farmacologico cui i pazienti devono sottoporsi. Particolarmente interessante è l'area dell'automonitoraggio grazie all'impiego da parte dei pazienti di strumenti digitali di facile impiego come il glucometro o lo spirometro. Studi eseguiti su pazienti diabetici, asmatici o con scompenso cardiaco hanno dimostrato una migliorata qualità della vita, un miglioramento nel controllo della malattia, una riduzione delle visite o dei contatti telefonici, una contrazione nel numero di ricoveri ospedalieri e di accessi al pronto soccorso e addirittura una riduzione della mortalità tra coloro che usavano portali web appositamente aperti per raccogliere tali dati e distribuire informazioni sulla gestione della loro malattia.

Telemonitoraggio

Tali sistemi tuttavia non sempre sono interoperabili e non rie-

scono a dialogare tra loro. Oggi ogni ospedale ha il proprio sistema di cartelle cliniche elettroniche attraverso il quale gestisce ed archivia esami e prestazioni che difficilmente possono essere condivise con altre strutture o altri medici che non afferiscono a quell'ospedale. L'adozione di standard internazionali come l'HL7 e il CDISC potrebbe superare questo ostacolo. Numerosi progetti europei stanno andando proprio verso questa direzione. Uno degli ambiti della eHealth nei quali in futuro ci sarà maggiore attenzione sarà quello dell'impiego dei social network per promuovere sani stili di vita, favorire la lotta alla obesità, all'uso di alcol e al fumo e combattere malattie croniche come il diabete e l'asma. Alcune ricerche condotte negli Stati Uniti sembrano confermare questa ipotesi, ma sono necessari studi più solidi dal punto di vista metodologico per sostenerla dal punto di vista statistico. Tali tecniche avrebbero anche il pregio di ridurre il numero delle malattie croniche e i loro costi sociali e moltiplicherebbe le occasioni per prevenire le principali malattie. Dal punto di vista della promozione della salute, le strutture sanitarie potrebbero attivare canali su Facebook e su Twitter per spostare sulle piattaforme di social media le strategie di marketing sociale già in uso attraverso i canali comunicativi tradizionali. Esperienze di questo tipo sono state già in Italia attivate in alcune Asl e hanno fornito importanti risultati nella lotta alle dipendenze (in particolare da fumo e da alcol) tra i giovani. Con analoghe modalità le strutture sanitarie potrebbero promuovere in maniera "virale" campagne di prevenzione, dialogare con i cittadini e coinvolgerli nelle scelte che riguardano la propria salute. L'eHealth fornisce anche occasioni per la formazione del medico. Oltre agli strumenti tradizionalmente offerti da Internet, in questo contesto iniziano ad imporsi i social media come Facebook e Twitter. Riviste mediche internazionali, società scientifiche, organizzazioni sanitarie, portali con scopi didattici hanno infatti aperto pagine pubbliche su Facebook e Twitter attraverso cui distri-

*Social network
e salute*

buiscono i propri contenuti perché siano più facilmente condivisi e discussi. Analogamente, attraverso questi stessi sistemi, i congressi scientifici vengono raccontati in diretta da chi li ha organizzati o da chi li sta frequentando, fornendo un'occasione di aggiornamento a coloro che a tali eventi non possono prendere parte. I medici possono poi contare sulle online communities (cioè aree di discussione basate su piattaforme di social networking a loro dedicate) attraverso le quali possono discutere casi clinici con i propri colleghi, aggiornarsi sui principali articoli apparsi in letteratura o sulle principali relazioni presentate ai congressi medici, condividere immagini e filmati medici per scopi formativi. Quelle sviluppate negli ultimi anni nei paesi anglosassoni (per esempio Sermo, www.sermo.com) sono le più note anche se iniziative simili iniziano a essere proposte anche in Italia. Infine c'è il capitolo delle applicazioni per smartphone e tablet, ormai numerosissime su iTunes e sui portali per Android. Molte sono quelle pratiche, come per esempio quelle per interfacciarsi con i sistemi di cartelle cliniche elettroniche, per applicare correttamente le linee guida, per consultare i principali database medici, per auscultare il battito cardiaco di un paziente, per calcolare dosaggi di terapie farmacologiche o per misurare indici medici. Alcune sono addirittura "prescritte" dai medici ai pazienti con l'obiettivo di monitorare alcune patologie come per esempio il diabete. Negli Stati Uniti applicazioni come queste sono rimborsabili dalle assicurazioni, proprio come capita per i trattamenti farmacologici. A patto che siano registrate, esattamente come i farmaci, dalla Food and Drug Administration, l'ente che vigila sulla sicurezza dei farmaci in commercio negli Stati Uniti.

*Le app per
smartphone
e tablet*

Bibliografia

1. Santoro E., *Web 2.0 e social media in medicina: come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*, Seconda edizione. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2011. <http://www.pensiero.it/ecommm/pc/viewPrd.asp?idproduct=564>
2. Santoro E., *Facebook, Twitter e la medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2011. <http://www.pensiero.it/ecommm/pc/viewPrd.asp?idcategory=0&idproduct=548>

Prolegomeni ad una futura comunicazione (digitale e non)

Luca Toschi

Professore ordinario

Dipartimento di Scienze dell'Educazione

e dei Processi Culturali e Formativi

Università degli studi di Firenze

1. QUALE RETE DIGITALE

La Rete, uno strumento che può essere eccezionale per conoscere immaginare progettare realizzare; uno strumento la cui sapienza è antica, molto più antica della tecnologia che la sostiene. La Rete, infatti, è un modo di interpretare e relazionarsi con la realtà, ma la sua immensa forza va ad affiancarsi a quell'ancor più potente processo generativo rappresentato dalla comunicazione, il cui indirizzo è oggi per il genere umano un'emergenza che non è più possibile ignorare.

La missione mediale della Rete era già ben chiara negli anni seguenti la Seconda Guerra Mondiale: a questa nuova tecnologia spettava l'incarico di porsi come il nuovo strumento per "leggere" e "scrivere" il mondo inedito che stava venendo avanti, dove la creatività non doveva essere né una riserva protetta per un'attività in via di estinzione né una forma elitaria per giocare in borsa, ma un esercizio normale, per

gente comune.

Oggi la Rete, per ri-trovare quel suo significato sociale, per liberarsi da un marketing di se stessa che la indebolisce, deve uscire da se stessa e tornare alla condizione reale in cui vivono i soggetti. Un po' come la Politica, insomma. I soggetti, dalle persone alle organizzazioni, dal canto loro, devono tornare a immaginare e progettare ciò che, almeno negli ultimi tre decenni, si sono vietati, tutto ciò che, se pronunciato oggi ad alta voce, suscita un qualche imbarazzo, il timore di apparire "retro-...tutto", superato, uno che si attacca al vecchio perché il nuovo neppure lo vede. Un esempio: e se la vera risorsa non fossero i soldi ma conoscere e comprendere? Banale? Ingenuo? Nostalgico? O terribilmente vero. Scrivo "terribilmente" perché, se questo fosse il punto, allora ci sarebbe da chiedersi: ma gli studiosi, gli esperti, i professionisti fino ad oggi che cosa hanno fatto? Una crisi culturale, appunto, la nostra.

La realtà e la Rete

La realtà è una sola, digitale e non digitale; ogni divisione è foriera di tempeste. La realtà è soprattutto la più grande e meravigliosa risorsa di cui noi disponiamo per migliorare la nostra vita, interiore ed esteriore; e la Rete può aiutarci a conoscerla e a trasformarla come pochi altri strumenti: solo che si decida di volerlo. Già, decidere di volere una vita migliore... un paradosso tragicomico del nostro tempo.

Parole come "smart" e "augmented", allora, potranno essere non l'ennesima bolla di illusioni – utile a pochi per guadagnare, per tutti gli altri la solita fonte di frustrazioni –, ma il linguaggio di un mondo con cui ci misuriamo da millenni nella speranza di migliorarlo, e che ora ci ostiniamo a subire o a ignorare, facendolo rappresentare da simboli (dal denaro a questo tipo di Rete) sempre più tossici per quel progresso in cui vogliamo ancora continuare a credere.

Forse lo amavamo, lo amavano di più, questo mondo, quando si stava, stavano peggio? Il sospetto può venire, ma mi pa-

re fuorviante, a suo modo ancora più rinunciatario. Meglio la confusione che rimpianti.

Intanto viviamo quello che c'è, e se è crisi, come è, cerchiamo di vedere se ci può aiutare a ritrovare un filo di vitalità che sembra perso, una trama di realtà che abbiamo abbandonato o forse non ancora scoperto. In tal caso non sarà stata inutile; e anche l'ultima parolina magica, *smart* – magica prima di tutto perché se abbinata a city ricorda i recenti, milionari bandi ministeriali del MIUR con cui si invitava a presentare idee progettuali per, appunto, Smart Cities and Communities and Social Innovation –, potrebbe avere un significato importante per il nostro futuro.

Un device da pochi soldi e tutti, ma proprio tutti – si pensi allo smartphone o ai tablet o a futuri supporti simili come gli occhiali per stare connessi – possono e potranno attingere a banche dati di dimensioni incredibili. Banche dati che si arricchiscono continuamente, in modi diversi: un'energia che più la usi più cresce, rafforzando la dimensione della società sotto il profilo economico, politico, esistenziale, ambientale. Un collegamento più stretto fra fonti energetiche comunemente intese, quelle che smuovono il mondo politico, per le quali si continuano a fare disastri (dalle guerre alle centrali nucleari) e energia simbolica, la conoscenza (sapere è potere si cominciò ad affermare alla fine del secolo XIX), che cerca o dovrebbe cercare di dare un senso al nostro essere più profondo, favorendo la crescita del capitale intellettuale e sociale.

Queste due sfere sono state da sempre intrecciate, ma oggi lo sono in maniera diversa poiché più che interagire si sono fuse – la Rete, con la sua corrente elettrica e i suoi dati, è la bandiera simbolo di questa caratteristica peculiare del nostro tempo – e fondendosi uniscono tutto a tutto creando un ambiente nuovo: da capire, da costruire.

La sfida storica che abbiamo davanti – e la parola “sfida” ri-

specchia un dato di fatto per l'alto rischio che presenta – consiste nell'affrontare questa immane energia che abbiamo costruito e vedere se saremo capaci di usarla per rafforzare un progetto che ci appartiene, la nostra umanità, oppure se ne saremo travolti.

*Smart Cities:
la conoscenza come
fonte energetica*

Un banco di prova importantissimo sembra essere rappresentato, in questi ultimi anni, dalla prospettiva d'intervento indicata come Smart Cities, che in forme diverse riguarda l'intero pianeta, e che l'Unione Europea ha recepito e interpretato. Avviato da una necessità di gestire al meglio le risorse energetiche si è progressivamente allargato fino a coinvolgere tutte quelle risorse che hanno a che fare con la conoscenza, i modi per usufruirne e per continuare a generarla. La conoscenza, appunto: forse la vera, unica fonte energetica di cui dovremmo preoccuparci seriamente.

Un passaggio essenziale per entrare nel progetto delle Smart Cities, di cui l'Augmented Reality altro non è che una tendenza tecnologica emergente, è semplicemente quello di ricordare che ogni soggetto, individuale o collettivo, nella sua vita attinge alle conoscenze consapevoli e inconsapevoli che ne ha, e che il "testo", proveniente dall'ambiente (persone e cose) frequentato, gli fornisce o gli potrebbe fornire; conoscenze formali e informali. Perché gli esseri umani vivono in un mondo, il "testo", appunto, per eccellenza, che essi "leggono", cioè interpretano, e "scrivono", trasformandolo; chi più chi meno.

Questo, del resto, è sempre successo. Ma la tecnologia di cui già disponiamo e che verosimilmente disporremo in una versione assai più potente in futuro, del tutto speculare alle nostre azioni sul piano politico ed economico, ha rafforzato enormemente la nostra possibilità di incidere sul "testo" della realtà, "aumentandone" la potenza a tal punto che ogni essere umano già ora è fornito di strumenti in precedenza nemmeno immaginabili per 'scrivere' sulle cose e sulle per-

sone. Il problema è: i soggetti sono consapevoli che queste strumentazioni tecnologicamente avanzate stanno dando vita ad un linguaggio nuovissimo, seppure le sue radici siano antiche? Perché se questo non fosse, se noi tutti non avessimo la cultura necessaria per indirizzare questi potenti strumenti, chi al momento li controlla e li governa sarebbe messo nella condizione di scrivere le nostre vite facendo tesoro – lui, non noi – delle tracce che noi lasciamo generosamente di ciò che facciamo, pensiamo e sentiamo.

Insomma, per “leggere” e “scrivere” la realtà in assoluta libertà, per poter esercitare questa nuova cittadinanza, a maggior ragione se smart, perché ogni soggetto possa vivere il proprio “testo”, il ruolo della conoscenza è essenziale. Il che rimanda a un’altra funzione, complementare, quella della memoria. La conoscenza, infatti, non sta solo nella mente delle persone, essa è affidata all’ambiente di riferimento, ad altre persone, a cose di varia natura (dal paesaggio agli utensili più comuni, dalle biblioteche al sistema viario che facilita alcune mete rispetto ad altre), a pratiche diffuse (dai mestieri ai rituali, dalle imprese alle istituzioni) etc., a un sistema che costituisce l’organizzazione sociale della conoscenza, appunto.

Per accedervi, l’uomo si avvale di strumentazioni le più diverse, quelle che identificano il ruolo della comunicazione (leggi, anche, formazione e organizzazione) nella storia socio-culturale, e tutte le volte che questa interazione fra esperienza e conoscenza ha subito cambiamenti, a causa di trasformazioni e fisiche e simboliche, il mondo è mutato in maniera altrettanto significativa.

Le grandi trasfigurazioni, a livello globale e locale, che stiamo vivendo da oltre un sessantennio, cambiano gli equilibri esistenti fra queste due sfere della vita umana; nel profondo. Con tutte le conseguenze che si può facilmente comprendere.

Le nuove tecnologie della comunicazione, che con le loro ar-

*La contraddizione
dei nuovi media*

chitetture riorganizzano il sistema e i processi della conoscenza sociale, costituiscono la dimensione fisica emergente, destinata a diventare definitivamente dominante, di questo rapporto fra la realtà effettuale, le pratiche quotidiane e la conoscenza stessa. Ma, e questo è fondamentale, le nuove tecnologie ristrutturando il rapporto fra esperienza e conoscenza, incidono sull'interpretazione e sulla progettazione della realtà e sulle pratiche dei saperi. Esse stanno svolgendo un ruolo centrale per orientarci nella giungla di dati e di informazioni in cui ci aggiriamo, nella selva delle infinite rappresentazioni conoscitive della realtà che ognuno di noi 'scrive' giorno dopo giorno con il semplice fatto di esistere/comunicare: tutto questo nel tentativo di dare un significato legato alla nostra persona e alla collettività cui facciamo riferimento. Questi nuovi media costituiscono, da un lato, uno strumento provvidenziale, senza il quale non sarebbe neppure pensabile poter gestire la complessità del nostro tempo; ma dall'altro – quasi Sirene per i navigatori del nostro tempo – stanno chiedendoci potenti deleghe nel governare i processi di automazione del nostro pensare e fare, meccanismi e di conseguenza linguaggi la cui grammatica, la cui testualità è per quasi tutti, non tanto misteriosa – sarebbe già qualche cosa averne coscienza – quanto ignorata.

Il risultato è che la conoscenza rischia di essere sempre più altrove rispetto alla persona che ne necessita e che, avvalendosi, la incrementa, di risultare fuori controllo rispetto alle nostre capacità di giudizio e progettazione: di perdere, cioè, la sua natura originaria, destrutturandosi in una nebulosa di "dati" che si pongono ingannevolmente come elementi neutri, con grado zero di giudizio, di prospettiva, di ideologia. Un fenomeno di forte depersonalizzazione e decontestualizzazione, legittimato da un'ignorante o strumentale pretesa di ricerca di oggettività, e che è compensato sul fronte dei mezzi tecnologici dalle loro promesse di essere sempre più

personal, al punto da proporsi come protesi della nostra mente, canali di trasmissione “verso” e “da” una mente globale al servizio delle persone e delle organizzazioni.

Sta accadendo così che noi, che dovremmo essere il centro di elaborazione (scelta, valutazione, generazione etc.) dei saperi, rischiamo di diventare utilizzatori di frammenti di rappresentazioni conoscitive preconfezionate da chi ha organizzato e controlla il sistema centrale e quindi il relativo meccanismo di trasferimento della conoscenza; da coloro che sono al corrente della grammatica di questo knowledge management system per eccellenza, di cui tutti dovremmo essere gestori.

2. SONO SOLO PROLEGOMENI

Ma basta: come scenario in cui collocare quanto segue credo che, quanto fin qui ricordato, possa bastare e avanzi.

Per dare, infatti, la massima concretezza a questo mio intervento ho pensato di strutturarlo, da questo punto in poi, per brevi punti strategici. Per chi, comunque, avesse interesse ad approfondire, a discutere quanto qui espresso, rinvio direttamente a Luca Toschi, *La comunicazione generativa* (Apogeo, Milano 2011) dove ho cercato di spiegare che la comunicazione è un processo partecipativo e soprattutto generativo, che deve mirare a far emergere conoscenze e competenze esplicite implicite riconosciute e rimosse internamente alle organizzazioni. Ma questo discorso inizia dal modo di comunicare delle persone, verso gli altri e verso se stessi. Per l'uso dei Social Media, cui riconosco grande importanza perché li ritengo un passo avanti nello sviluppo della comunicazione (ma non solo digitale!) purché si dimostrino capaci di trovare l'orgogliosa fiducia di uscire da un presentismo e un “bla bla bla” intollerabile quanto vacuo, marginale, riscoprendo il valore della Rete se fermamente applicata, fatta vivere fuori dalla Rete stessa, nel mondo reale, rin-

vio al volume pubblicato a cura del “Communication Strategies Lab” dell’Università di Firenze Realtà aumentate (Apogeo, Milano 2012).

Di qualche utilità spero possa essere anche il sito www.comunicazionegenerativa.org, che riporta tutti i dati più rilevanti dei progetti che ho sviluppato con i miei collaboratori in questi anni, e che stiamo sviluppando al momento in varie aree riguardanti comunicazione e nuove tecnologie: dalla sanità, appunto, alle aziende e imprese dei più diversi settori produttivi; dalle amministrazioni pubbliche agli enti di ricerca.

I punti che seguono, quindi, sono presentati come alcuni elementi di sintesi di un lavoro che dura da decenni; ma anche come possibili prolegomeni a futuri interventi nel campo della comunicazione. Modeste idee maturate nei miei anni di ricerca e di sperimentazione sulla comunicazione, nonché di affiancamento a sostegno di strategie comunicative espresse da Enti, Aziende, Istituzioni varie (pubbliche private, nazionali internazionali etc.) nel loro quotidiano fare comunicazione. Diverse di queste sono organizzazioni legate al mondo della sanità.

Comunicazione e risultati

I. La comunicazione è qualche cosa di cui si parla nella misura in cui si fatica a praticarla con risultati soddisfacenti. Ed oggi se ne parla troppo, sostituendo la buona comunicazione con riflessioni a non finire su di essa: le quali, supplendo a pratiche concrete non possono che sortire pessima comunicazione. La migliore forma di comunicazione dovrebbe essere quella che emerge dal pensare e dal praticare quotidiano. Ricomporre la separazione fra essere e comunicare è l’obiettivo oggi fondamentale per qualsiasi innovazione possibile. La comunicazione che comunica se stessa è il linguaggio con cui il nostro sistema socio-economico, culturale e politico sta celebrando la fine di se stesso, senza essere riuscito fino a questo momento a porre le basi per un futuro sistema

che, finalmente, conduca l'uomo fuori dalla pre-istoria in cui è vissuto fino ad oggi.

II. La comunicazione è tanto più efficace quanto meno si rende visibile, ha bisogno di fare mostra di sé per affermare la propria esistenza ed utilità. Quando la comunicazione comunica incessantemente se stessa, si autocelebra, questo significa che è pericolosamente sofferente (come un organo di cui si avverte improvvisamente la presenza). La comunicazione non narra il pensare e il fare al di fuori del flusso reale delle cose e delle persone: è fare, è pensare. Se ha bisogno di narrare ciò che non c'è – oggi strategia diffusissima – questo significa che l'azienda che essa comunica non c'è proprio: l'inganno ha vita breve, alle promesse devono seguire i fatti altrimenti si avvia una spirale negativa e distruttiva. Rigorosamente in questa prospettiva, si può affermare che la modalità di comunicare fra le varie parti di un Ente, l'immagine che esso dà di sé all'esterno, non è fatto formale ma esprime la realtà dell'Ente.

III. La comunicazione non è un rivestimento, una “forma” priva di “sostanza”. La comunicazione ben fatta è sempre portatrice di conoscenza: interna ed esterna alle organizzazioni. Purtroppo, così come oggi si tende a proporla, sembra servire per lo più a imbellettare, abbellire; è costruita per stare lontana dalla realtà, che è molto più ricca e generosa di come si riesca, si voglia comunicarla. Perché la realtà è anche attraversata da una comunicazione da noi ignorata, umiliata dagli attuali assetti organizzativi e dalla visione per aree di interesse totalmente disgregate perché altrimenti si rivelerebbero troppo conflittuali fra loro. Quando si afferma che la comunicazione è tutto, è vero e falso. Falso se s'intende che importante è far credere, impressionare, indebolire la capacità di giudizio, di analisi, di critica. Vero se si fa riferimento al fatto che la realtà è comunicazione, ogni singolo atto umano, da quello più interiorizzato a quello più pubblico.

*La comunicazione
non è forma
ma sostanza*

La comunicazione genera nuove realtà

IV. Se non ha molto senso affermare che una cosa è comunicata bene o male; se la comunicazione è tutt'uno con ciò che comunica; se dividere i due campi di forza è impossibile – chi comunica contenuti opposti a quelli che pratica lo fa per distogliere l'attenzione dalla cattiva realtà che rappresenta – ne consegue che ogni comunicazione, esprime sì una visione della realtà – piccola o grande che sia –, ma, al tempo stesso, contribuisce inevitabilmente, in maniera fondamentale, a generare nuova realtà. Un ambiente comunicativo, con la sua architettura, con i suoi soggetti, con i suoi strumenti, con le sue procedure etc. è generato da una data visione socio-economica, ma, al tempo stesso, sostiene, rafforza una determinata organizzazione della realtà: dalla più piccola alla più grande. La comunicazione dice moltissimo circa l'identità di chi comunica, circa i suoi valori, gli obiettivi che si pone, la visione sociale, economica, politica, culturale che lo muove. Lo stile comunicativo di soggetti o gruppi, quindi, è fatto sostanziale per qualsiasi soggetto.

V. Quando mi si chiede – e questa mia esperienza trova conforto in quella di molti altri colleghi – di analizzare, di valutare le modalità comunicative di alcuni soggetti (da enti pubblici e privati ad aziende, ma anche a dirigenti che mi sollecitavano a dare loro delle indicazioni su come comunicare in pubblico), per ottenere risultati significativi ho dovuto resistere a potenti sollecitazioni che volevano relegare il mio intervento alla comunicazione esterna. L'aspettativa, cioè, era quella che mi limitassi allo studio e al monitoraggio di atti e di strategie comunicative del soggetto in questione (gruppi o singoli) verso il mondo esterno. Niente di più sbagliato, perché la buona comunicazione nasce dalla buona organizzazione, perché ogni atto comunicativo verso l'esterno è indissolubilmente collegato a quelli interni, al sistema che li regola e li ispira, alla sua architettura e ai suoi strumenti e flussi. Ad iniziare dalla comunicazione personale.

VI. Ogni evento comunicativo – se mi si passa un eccesso di semplificazione – vive apparentemente di tre fasi distinte quanto strettamente collegate: la sua “pre-produzione”, quando cioè si prepara l’insieme degli atti comunicativi che lo renderanno possibile, la “produzione” vera e propria, cioè quando avviene, e la “post-produzione”, quando l’effetto prodotto dalle prime due fasi si dilata nel vasto universo socio-economico e culturale, con tutto ciò che ne consegue. Ma in questo processo è importante capire che non si tratta di fasi in sequenza (prima durante e dopo), ma che la pre-produzione già agisce – e quindi bisogna esserne consapevoli e comportarsi di conseguenza nella progettazione – sulla produzione, e sugli effetti che ne conseguiranno; così come questi ultimi agiscono sulla “pre-produzione” e sulla “produzione”. Agiscono sempre e comunque: sta a noi farne un uso adeguato ai nostri bisogni.

VII. Il processo comunicativo non è, quindi, né in sequenza né semplicemente circolare è sistemicamente generativo, e cioè tutte le fasi interagiscono incessantemente per creare quel fenomeno vivente che è la comunicazione. Isolare uno dall’altro penalizza inevitabilmente le immense e fondamentali potenzialità conoscitive (sia lato produzione, un’azienda, per esempio; sia lato fruizione, i fruitori di prodotti e servizi) della comunicazione. Comprendere questo paradigma comunicativo è essenziale per andare oltre l’idea che occuparsi di comunicazione voglia dire occuparsi banalmente del rapporto con il “mondo esterno” degli enti e delle imprese (ma anche delle persone, sia considerate singolarmente che parte di gruppi strutturati).

VIII. Quindi: un comunicato stampa, per esempio, comincia ad essere scritto nel momento in cui un consiglio d’amministrazione delibera, e quindi la sua “scrittura societaria” ha inizio dalla documentazione (dalla conoscenza) su cui si basa la delibera e dal testo della stessa delibera. Questo si-

gnifica che la comunicazione è in ogni fase, ad ogni livello del processo decisionale e produttivo e non inizia ad esistere quando affronta la relazione con il mondo esterno (una categoria oggi di difficilissima quanto inutile definizione). “In” e “out” sono facce diverse dello stesso, unitario ambiente di comunicazione.

IX. La modalità migliore per fare comunicazione è quella di pensarla e agirla come un ambiente in continua trasformazione secondo una matrice originaria, dove operano soggetti sociali con strumenti condivisi i quali producono testi condivisi. Questi testi vanno dai micro-testi – una “semplice” telefonata – ai macro-testi: lo stesso ambiente è un testo che condiziona tutto il resto, compresa quella telefonata, la quale ha comunque una sua retroazione sull’ambiente stesso. In questo ambiente non c’è dentro e fuori perché lo spazio non preesiste l’ambiente. La comunicazione crea lo spazio, ma anche il tempo; ne definisce le caratteristiche, dai principi etici cui si ispira fino alle prassi più concrete e immediate che esprime. Fare ed essere sono due dimensioni dell’azione e del pensiero inscindibili.

*La separazione
tra organizzazione
e comunicazione*

X. Il terreno su cui hanno clamorosamente fallito le nuove tecnologie della comunicazione e dell’informazione (ICT) è quello che governa la relazione fra comunicazione interna ed esterna. Insomma non hanno saputo incidere – come era ed oggi è vitalmente necessario – sul rapporto fra organizzazione e comunicazione. Si sono adeguati a questa separazione, andando contro la loro stessa ragion d’essere, legata alla loro nascita storica (anni Cinquanta/Sessanta) che aspirava, con il loro modello a rete, proprio a superare questa visione dei processi, arcaicamente legata a dinamiche culturali, sociali ed economiche superate dai fatti.

XI. Troppe volte si è visto – da parte di tutti i soggetti sociali – nelle ICT il modo per illudere sull’innovazione, per rifare una facciata ad un sistema che necessitava un ripensamento

e una ridefinizione globale, in tutte le sue componenti, da quelle più grandi a quelle più piccole. Ad iniziare dalla ridefinizione di ciò che è più importante e di ciò che lo è meno. Ci si è illusi che così facendo, con computer sempre più personali e sempre più legati alla nostra corporeità, con reti, e ora con le nuvole digitali che ci seguono ovunque, di poter cambiare tutto per lasciare molto, moltissimo, troppo, forse tutto come era. Le ICT sono diventate così come il boia chiamato dal paese vicino per risolvere controversie interne che non si riusciva a superare. Si è pensato cioè che la tecnologia potesse di per sé rappresentare l'innovazione, che potesse sostituire ristrutturazioni, riorganizzazioni di enti, aziende etc. fino alla persona singola, tanto profonde quanto non più rinviabili. Affiancando le nuove tecnologie alle vecchie strutture, processi modalità di pensare e di fare, si è provocato la crisi di sistema che ci sta strozzando: si sono messe in piedi due comunicazioni (pre-digitale e digitale) che non possono coesistere se non a prezzi insostenibili (quanti soldi buttati via, quanto lavoro e formazione inutilmente fatto per assorbire la cultura delle ICT in una vecchia organizzazione!).

XII. Anche dei semplici, banalissimi indirizzi email di dipendenti di un qualche Ente offerti all'utenza comportano un ripensamento profondo dell'organizzazione di qualsiasi Ente. Altrimenti sono solo un problema: sia che non si risponda (l'idea che si trasmette è di grande inconsistenza e inaffidabilità), sia che si risponda (cosa si risponde? a che prezzo? con quale interesse da parte dell'azienda?). A che serve mettere un codice QR, ovvero quel quadratino con dentro tanti quadratini bianchi e neri, una specie di codice a barre, per collegare un qualche prodotto o un luogo ad contenuti (scritti, video, audio etc.) presenti su Internet se poi tutto finisce lì? Quale è il rapporto fra i bisogni privati di un utente e quel prodotto? Quale il rapporto fra la produzione

e il diritto di parola dell'utente? A che serve? Tutto serve, sempre ma come e con quale investimento? Il nostro tempo è finito non infinito come quello delle macchine. Quali vantaggi trae un'azienda dall'uso della Realtà Aumentata per rafforzare la propria segnaletica se poi le persone che arrivano più velocemente e meglio in un ufficio lo trovano disorganizzato come sempre. . . .

*Nuovi media
e interazione*

XIII. L'interazione/personalizzazione che i nuovi media propongono o è una semplice operazione d'immagine, basata sull'esibizione di una cultura dell'ascolto solo pubblicizzata, apparente; oppure – e questa è la soluzione auspicabile – l'interazione, la conversazione che si può stabilire fra Ente e utente è una risorsa davvero preziosa – come ritiene chi scrive – per entrambi i soggetti coinvolti nel processo comunicativo. Ma perché una domanda che viene dalla sfera esterna d'azione, per esempio, di un'amministrazione comunale o di una qualsiasi azienda possa trasformare un'esigenza, un dubbio, una critica di un utente/cliente in uno strumento prezioso, imprescindibile di conoscenza per la produzione o per l'offerta di un servizio, è necessario che la comunicazione interna, che è alla base del sistema organizzativo, sia un tutt'uno con quella esterna.

XIV. Organizzazione e comunicazione, in un'azienda o in un ente pubblico o privato, sono inestricabilmente intrecciate. Le trasformazioni dei modelli organizzativi richiedono nuove logiche di comunicazione interna, mentre le trasformazioni nell'ambiente socio-economico-culturale esterno sollecitano radicali cambiamenti nelle modalità comunicative, spingendo, per ottenere migliori risultati, verso forme d'interazione inedite, mai sperimentate nella storia umana precedente a questa fase che stiamo vivendo. Queste condizioni ci inducono a riscrivere non solo il rapporto fra comunicazione interna ed esterna, non solo il rapporto fra comunicazione e organizzazione: ma prima di ogni altra cosa,

questa realtà in cui siamo immersi così difficile da gestire ci obbliga a spostare la nostra attenzione verso il rapporto fra comunicazione e conoscenza.

XV. In questa prospettiva è centrale ripensare il rapporto che ogni soggetto deve tenere con la struttura organizzativa dell'ente in cui opera. Nel nostro contesto diventa fondamentale il rapporto con l'amministrazione sanitaria: nella sua vulgata più negativa con la "burocrazia". Da quando quest'ultimo termine fece la sua comparsa intorno alla metà del XVIII secolo, indice di profondi cambiamenti socio-culturali in corso troppo debolmente intuiti dalle culture politico-sociali dei secoli precedenti, i processi di razionalizzazione dell'amministrazione si sono sempre più strutturati creando sistemi sempre più complessi; troppo spesso inutilmente complicati. Le nuove tecnologie, in questa società a dichiarata vocazione post-industriale (sia che si accentui la dimensione "post" – discontinuità economico-politica – che quella "industriale" – continuità economico-politica), dovrebbero portare un contributo fondamentale di funzionalità ed efficienza. Purtroppo ciò non accade, anzi infinite analisi di cui disponiamo rivelano che la tecnologia è per lo più utilizzata per rafforzare logiche ed equilibri di potere vecchi quanto inefficienti. Urge un rapporto completamente diverso fra Comunicazione e Amministrazione, ad iniziare da una radicale risistemazione della comunicazione che regola i meccanismi amministrativi, i quali devono aprirsi e dialogare con la produzione e la comunicazione propriamente intese, riuscendo a fare un sistema unico di intenti, obiettivi e verifiche.

XVI. Affermare, come si deve, che non esiste separazione fra una comunicazione esterna e una interna, che c'è solo la comunicazione di un Ente, di un'azienda o di altro, la quale è la risultante generata dall'interazione fra soggetti e oggetti comunicativi espressi, a seconda dei casi, da aree più o meno legate al ciclo produttivo di quegli enti, aziende etc. si-

gnifica porre al centro dell'intera questione il ruolo della Conoscenza, così come una fonte autorevole quale l'Unesco ha avuto modo di formularla a metà del passato decennio con un importantissimo documento a firma di molti studiosi e premi Nobel: *Towards Knowledge Societies*. Più nello specifico, significa affermare che il centro su cui tutto verte è il rapporto fra Comunicazione e Conoscenza.

*Comunicazione
e conoscenza*

XVII. Il punto in questione può essere così riassunto: la Comunicazione deve avere come obiettivo quello di favorire la Conoscenza oppure di inibirla? Più esattamente: cosa si intende per Conoscenza? Si tratta, infatti di un termine affascinante quanto di difficile definizione. Certamente non è questa la sede, né chi scrive ha il profilo scientifico idoneo a trattare una tematica di questa portata, che va dalla filosofia alla più recente ingegneria gestionale (*Knowledge Management*). Ma un punto è fondamentale: pensiamo che la comunicazione del nuovo millennio debba aver una forte continuità con quella comunicazione risultata vincente nei millenni precedenti? Con quella comunicazione identificata con l'arte del persuadere, del convincere, dell'imporre la propria visione e organizzazione nella realtà su tutti gli altri? La comunicazione che siamo chiamati a costruire, sperimentando modalità inedite per gli assetti fino ad oggi vincenti della nostra cultura socio-economica, dovrà o non dovrà valorizzare il ruolo attivo di tutti i soggetti coinvolti, riconoscendo loro il diritto ma anche il dovere di comunicare la conoscenza che consapevolmente o inconsapevolmente, implicitamente o esplicitamente esercitano o – ed è la maggioranza dei casi – l'attuale organizzazione sociale e i relativi obiettivi prioritari impediscono loro di esercitare, di condividere, di far valere?

XVIII. Spesso, quando siamo chiamati a monitorare, a valutare le strategie di comunicazione e i relativi risultati in questa o quella Azienda (uno dei casi più recenti è stato il la-

voro che abbiamo fatto per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze), ci si rende conto delle immense risorse umane che vi operano. Ma le nostre analisi rivelano anche la terribile necessità – ormai non più rinviabile, salvo continuare a pagare i prezzi che tutti stiamo pagando – di trovare forme di comunicazione radicalmente nuove che permettano, finalmente, di far emergere, riuscendo a fare sistema, le conoscenze, le competenze, che ci sono, sono tante e che stiamo disperdendo, umiliando. La disaffezione progressiva di chi lavora per un'azienda è prima di tutto questo: rendersi conto di avere conoscenze, dalle più semplici alle più complesse, che il sistema per cui lavori ignora, o ancora peggio fa morire. Altro che depressione per la crisi economica! La crisi economica è il risultato di una crisi sociale, intesa come perdita del senso di appartenenza del soggetto – persona o gruppo – alla comunità di riferimento.

XIX. Urge cioè recuperare veramente, concretamente, storicamente – al di là di tanta stucchevole retorica in questa direzione – la centralità dell'Uomo inteso come risorsa prima della Conoscenza e come soggetto primo – non come oggetto target – della Comunicazione. E al suo servizio – non viceversa – devono essere architettati quei sistemi di trattamento automatico dei dati e delle informazioni in genere che sono fondamentali per una società complessa come è la nostra. Il che significa, nel contesto di questo nostro incontro, che il Medico e i suoi collaboratori, da una parte, e i cittadini (pazienti e non) dall'altra devono rafforzare il senso dei rispettivi ruoli sociali, della loro Cittadinanza.

XX. Quando si parla di automazione e di automatismi legati alla comunicazione è necessario andare oltre la visione che tende ad identificare l'automazione con i soli mezzi meccanizzati che sostituiscono le tante operazioni fatte, prima della loro nascita, dagli uomini. La dimensione meccanica, oggi con operatori che lavorano a livello di nanotecnologie, si

*La centralità
dell'uomo*

interfaccia sempre con il comportamento umano. Comportamento che è prima di tutto culturale e mentale. Gli algoritmi, cioè, dei computer sono agiti e agiscono sempre su algoritmi non digitali. Fondamentali sono quelli mentali. Perché se è vero che le architetture della comunicazione digitale sono il prodotto di un'intensa attività umana, il risultato di scelte ben precise (con relative priorità e obiettivi), interagire quotidianamente con macchine che impongono processi operativi ben precisi comporta l'affermarsi anche di una mentalità, e cioè di un modo di interpretare la realtà e di agire su di essa. La grammatica delle macchine, cioè, è virale sull'uomo. E di questi tempi lo è assai poco nel bene e molto nel meno bene.

XXI. Per coprire questa progressiva disumanizzazione, l'attuale sistema, che di fatto umilia la creatività e la libertà individuale così come la possibilità di dare vita a forti comunità, celebra quotidianamente il mito del grande comunicatore: a tutti livelli. Il comunicatore come salvatore, come colui che sa convincere, persuadere, motivare: il resto – la parte operativamente realizzativa del suo messaggio – verrà di conseguenza, quasi magicamente. La sua leadership, infatti, non è tecnica, operativa, concreta – se non di facciata –, trattandosi di un soggetto in realtà funzionalmente debole, la cui inconsistenza nasconde i numerosi fili con cui i poteri forti – questi sì invisibili, come sempre – lo muovono. Questo tipo di mattatore ignora che la Conoscenza – motore della società contemporanea, vera energia della nostra società, economia, cultura, politica – è un processo basato sulla complessa orchestrazione di competenze, di ruoli e di responsabilità diverse, e, proprio per questo, bisognoso di una forte condivisione di progetto da parte di tutti. Solo così i vari soggetti coinvolti potranno, ognuno nella sua specificità, dare il meglio di se stessi.

XXII. Le nuove tecnologie della comunicazione, pur fra lo-

devolissime eccezioni, sono state e continuano ad essere utilizzate per sostenere una visione e una pratica della comunicazione (personale, aziendale, pubblica e istituzionale, di marketing etc.) vecchia e causa di non poco conto della crisi attuale. Conferma ci viene da un evidente paradosso: da una parte abbiamo, infatti, la necessità quasi vitale per ogni ente, piccolo medio o grande che sia, di portare i nuovi media concretamente e operativamente al cuore della propria organizzazione altrimenti difficilmente governabile e gestibile; dall'altra parte si registra il ricordato strapotere di una comunicazione essenzialmente di facciata, che vive di una insanabile frattura fra comunicare e produrre, fra organizzare e comunicare, fra processi comunicativi interni ed esterni. Il risultato di questa mancata messa a sistema delle conoscenze interne ed esterne è il progressivo indebolimento della qualità della produzione (cose o servizi che siano). È accaduto così che la comunicazione digitale, segnata da ossessive quanto vuote parole d'ordine come "personalizzabile", "interattiva", "multimediale" e su su fino agli attuali "social media" – tecnologia stupenda, ma solo a patto di venire e di tornare incessantemente dal e verso il sociale reale – sia stata relegata in una specie di riserva indiana. Se non usata per rafforzare vecchi processi produttivi, superate visioni dell'amministrazione pubblica, ormai desuete concezioni del rapporto fra produttore e utente.

XXIII. Nel tracciare un bilancio di questo ventennio di innovazione tecnologica applicata alla comunicazione, è sotto gli occhi di tutti il fatto che le tecnologie siano state vissute più come una necessità con cui ci si doveva confrontare pena il rischio di risultare poco innovativi, piuttosto che la soluzione giusta per il problema che si era individuato. Per essere ancora più chiari prima è venuta la scelta delle tecnologie poi la questione della loro corretta applicazione al settore per il quale erano state scelte. Questo non vuol dire che

Piccolo bilancio di vent'anni di ICT

le tecnologie non siano utili: anzi chi scrive è convinto che siano oggi l'unica soluzione possibile per affrontare problematiche le cui complessità non possono prescindere dall'uso di sofisticati algoritmi, da procedure e macchine capaci di sostenere al massimo l'automazione.

XXIV. Apparve chiaro fin dal suo avvento che il valore aggiunto di questa tecnica di comunicazione era la sua grande forza di rompere il modello comunicativo tradizionale massmediale di uno a tanti, anzi a tantissimi. Il pubblico sterminato dei destinatari dell'informazione (dalla radio alla televisione), abituato da sempre ad ascoltare e a vedere, poteva essere messo nella condizione di trasformarsi in comunicatore. L'informazione cioè poteva diventare comunicazione, dare valore bidirezionale all'atto comunicativo, il monologo del centro (istituzionale, amministrativo, economico, culturale etc.) poteva essere sostituito dal dialogo, da un continuo interloquire fra soggetti che la storia da sempre aveva tenuto separati, incomunicanti. Il modello che aveva visto, appunto da sempre, il flusso comunicativo andare unicamente dal centro verso la periferia, dal vertice della piramide verso la base (*top down*), aveva trovato la tecnologica per essere sostituito da un modello a sistemi emergenti, costituito da flussi continui che dal basso raggiungevano il vertice (*bottom up*), che dalla periferia si muovevano verso il centro.

XXV. Questa voce, data a chi in tutti i settori socio-economici era afono da sempre, poteva e può, anzi deve essere un'occasione epocale per dare vita ad un Umanesimo – parola passata di moda finalmente e per questo, forse, oggi utilizzabile al meglio per indicare il senso più profondo del nostro essere quotidiano – inedito. Ma anche senza volersi addentrare in territori difficili da affrontare adeguatamente in questo intervento, le possibilità 'conversazionali' offerte alle aziende e agli enti pubblici e privati, ai gruppi così come ai

singoli, dalle nuove tecnologie rappresentano più che un'occasione, un bilancio storico da trarre, poiché dopo secoli e secoli di trasformazioni culturali, sociali ed economiche ci siamo dati la possibilità di ridisegnare grammatiche e sintassi organizzative ormai obsolete, certo inadeguate alla società contemporanea.

XXVI. Certo. Il dato da cui dobbiamo partire è che finora si è preferito usare i nuovi media per difendere assetti ormai chiaramente in crisi e che oggi ci stanno schiacciando. Si pensi a cosa avrebbe potuto rappresentare per le nostre imprese sul piano della competizione internazionale costruire una comunicazione sui loro prodotti tale che i loro utilizzatori potessero analizzare, valutare ed esprimere bisogni di qualità. Oppure, per una società della Salute degna di questo nome, cosa avrebbe potuto significare progettare e realizzare un'architettura della comunicazione dove il dialogo, la conversazione intesa come potente strumento di conoscenza permette di comunicare fra persone, categorie, competenze, conoscenze, ruoli diversi, avrebbe potuto essere la base insostituibile per avviare un ripensamento radicale di ruoli e di funzioni. E questo non a discarico di distinzioni e gerarchie insopprimibili, ma tutte da ripensare e da reinterpretare. Il rapporto fra amministrazione e direzione e accettazione e pronto soccorso e terapia d'urgenza e servizi diagnostici etc.; fra medici, infermieri, tecnici, ausiliari, studenti e poi pazienti, familiari; fra intervento sanitario e ricerca scientifico-clinica ed educazione sanitaria, e formazione... Insomma: l'intera organizzazione sanitaria avrebbe potuto essere ripensata, magari valorizzando e non penalizzando come accade troppo spesso il ruolo della persona (dal medico al paziente).

XXVII. L'innovazione per essere tale deve riportare al centro dell'azione il Progetto, nella sua duplice natura di azione a breve, brevissimo e a lungo, lunghissimo termine. Ma ogni progetto che sia degno di questo nome necessita anche

Un nuovo Progetto

di precise scelte che definiscano le priorità di ordine etico e quindi politico. Nel campo della Sanità basta ricordare la necessità che vi sia un'unica trama comunicativa, per quanto sempre più articolata, che va dalle scelte strategiche di un'azienda sanitaria fino alle micro notizie che un paziente o un familiare può cercare, per esempio, per avere una visita specialistica.

XXVIII. Un Progetto che meriti questo nome è già cosa appena si comincia a tracciarne una prima, vaga idea. Nasce sul cantiere. Le idee sono cose e le cose sono idee. Ogni separazione le uccide entrambe. Un progetto che sia tale non è una lunga, intelligentissima e coltissima e documentatissima rincorsa per non saltare nella realtà delle cose che devono essere fatte, realizzate, perché senza realizzazione non c'è progetto che valga. Ma anche realizzare senza progetto non è realizzazione. Una Comunicazione che si rispetti sta a monte di qualsiasi processo produttivo; così come ogni prodotto finale deve riuscire a comunicare a chi lo ha progettato e realizzato in cosa va bene e in cosa va male, per avviare, così, un altro, nuovo ciclo di ideazione, progettazione, produzione etc. etc.. La Comunicazione sembra sempre più essere l'energia che lega le cose alle idee e viceversa; dando alle prime una visione, una prospettiva, un senso identitario, profondamente umano, alle seconde il valore della Storia, non immaginata in mondi remoti e protetti ma profondamente vissuta, ora e qui.

3. NON È UNA CONCLUSIONE, FORSE UN INIZIO

Di certo le istituzioni, le aziende, gli enti, le organizzazioni più diverse oggi non sanno giudicare e valorizzare le competenze che gli individui esprimono nel loro lavoro. Tecnologie vecchie o nuove che si usino.

Davanti all'attuale gravissima crisi dell'Università vorrei che "pensare bene" e "saper fare bene" ritrovassero una recipro-

cià imprescindibile. Allora potrebbe insegnarvi solo chi sa fare bene; e a chi sa fare bene, nell'interesse comune, dovrebbe essere richiesto di insegnare.

Anzi al saper far bene, riprendendo antichi modelli, della grande cultura artigiana – dalle botteghe umanistiche e rinascimentali all'*Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* di Diderot e Le Rond d'Alembert –, dovrebbe essere saldamente affidato il fondamento più importante della cittadinanza di ogni donna e di ogni uomo: e cioè la dignità di quel lavoro evocato dalla nostra Costituzione con l'Art. 1 dei suoi "Principi fondamentali" dove si avverte che "L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro".

Immagino allora una comunicazione formativa, e cioè una comunicazione usata per insegnare, che presupponga finalmente un teorizzare che viene da un saper fare bene e un saper fare bene che viene da un saper teorizzare. Ricomporre queste due parti del nostro essere pubblico e privato, così violentate da una cattiva Cultura, contribuirebbe a vincere la crisi che attraversiamo, e a ridurre molte ingiustizie.

Certamente le speranze dei giovani, così umiliate oggi, troverebbero nuova forza.

L'informazione a contenuto sanitario: regole e problemi

Giovanni Comandé

Professore ordinario di Diritto privato
comparato presso la Scuola Superiore
Sant'Anna di Pisa

DELIMITAZIONE DEL TEMA E DEI LEGAMI CON LE ICT

Il tema assegnatomi si presta ad una molteplicità di letture e di inquadramenti giuridici. Prima ancora di essere esaminarlo nel contesto delle Information and Communication Technologies andrebbero fatte alcune precisazioni circa le nozioni e le regole che disciplinano l'informazione a contenuto sanitario anche nel mondo per così dire non informatizzato. Molte delle regole che disciplinano l'informazione sanitaria, infatti, sono passibili di estensione (eventualmente con adattamenti) una volta che il dato sanitario circoli o venga trattato informaticamente.

In altri termini, le tecnologie della società dell'informazione applicate all'informazione sanitaria possono essere:

1. solo un mezzo nuovo;
2. catalizzatore del cambiamento;
3. motore dell'innovazione;

e possono richiedere:

1. estensione;
2. aggiornamento;
3. innovazione.

È indubbio che il tema delle informazioni a contenuto sanitario, o meglio la loro circolazione spesso in formato elettronico, sia strettamente connessa ai fenomeni di crescente mobilità transfrontaliera che le moderne società stanno vivendo¹: mobilità di pazienti e di professionisti². A fronte di queste premesse si possono agevolmente riscontrare regole diverse nei sistemi giuridici interessati dalla circolazione dei pazienti o del personale sanitario. Inoltre, spesso i servizi connessi alla salute sono offerti attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (c.d. ICT) e quindi a circolare sono informazioni a contenuto sanitario che spesso assumono la caratteristica di dati personali in senso tecnico. In questa logica il tema dell'informazione a contenuto sanitario andrebbe di volta in volta iscritta in fenomeni e problematiche diverse (e dalle regolazioni diverse): la tutela delle persone nella circolazione dei dati sanitari, la gestione delle cartelle e dei dossier medici elettronici, la responsabilità anche deontologica del personale sanitario e il ruolo dei rispettivi ordini, la gestione in formato elettronico dei dati e non ultimo il monitoraggio dei livelli di competenza dei professionisti della sanità. Tutti questi fenomeni coincidono con, o trattano, informazioni a contenuto sanitario che subiscono qualificazioni giuridiche diverse sempre più complesse perché non possono non tenere conto delle regole di derivazione comunitaria specifiche e dei principi generali del medesimo ordinamento.

1 *Communication on patient mobility and healthcare developments in the EU* (COM (2004) 301 of 20 April 2004).

2 Il tema è divenuto noto al grande pubblico con l'attentato di Glasgow del 2007 portato a termine proprio da uno di questi professionisti "migranti".

ALLA RICERCA DI NOZIONI MUTEVOLI

L'informazione a contenuto sanitario può essere, ad esempio, un'informazione scientifica, un'informazione di divulgazione scientifica da diversificarsi a seconda dei destinatari, una informazione sulla salute di un individuo o di un gruppo o comunità, può essere una mera pubblicità relativa alla salute o più banalmente la targa affissa per indicare la presenza di uno studio medico. Inoltre, la stessa informazione a contenuto sanitario può assumere tutte le forme esemplificativamente elencate ed essere sottoposta a regimi giuridici diversi a seconda sia del contenuto che della finalità dell'informazione medesima (*rectius*: del suo trattamento).

La lista esemplificativa appena fatta ci conduce a individuare alcune nozioni chiave che ci permettono di iniziare a disegnare il complesso quadro normativo.

Infatti, la informazione relativa alla salute di un individuo o gruppo determinati costituisce, ai sensi del TU 196/2003, un dato sanitario (sensibile) e la sua pubblicità e accessibilità, nel senso di divulgazione, è sottoposta innanzitutto al regime di tutela delle persone nel trattamento dei dati personali. A seconda della finalità del trattamento medesimo l'informazione sanitaria personale (debitamente anonimizzata) è liberamente divulgabile su una rivista scientifica ovvero è divulgabile (se non anonimo) al solo soggetto interessato o a coloro che sono a ciò autorizzati dall'interessato o dalla legge.

La stessa informazione a contenuto sanitario (ad esempio la guarigione a seguito di specifico trattamento sanitario), anonimizzata o meno può assumere le caratteristiche di una pubblicità e quindi essere – anche – sottoposta al regime giuridico della pubblicità sanitaria oppure, come meglio vedremo, della pubblicità informativa (vietata la prima permessa a certe condizioni la seconda).

Le prime distinzioni da operare allora sono quelle tra infor-

*Le norme per le
diverse informazioni
a contenuto sanitario*

mazione sanitaria che assume o che non assume la veste di pubblicità e tra informazione a contenuto sanitario che riassume dato personale individuale e quella che non lo è. La veste pubblicitaria è normalmente vietata o fortemente regolata. Sullo sfondo di questa dicotomia allora bisogna inquadrare le regole ed i principi in genere alla base del diritto sanitario e dunque anche dell'informazione a contenuto sanitario rinviando alle discipline specifiche per le singole qualificazioni dell'informazione a contenuto sanitario. Va da sé che il primo dei problemi che toccano la nozione di informazione a contenuto sanitario è proprio la pluralità di regimi normativi applicabili e le numerose zone grigie che ciò crea. Ma procediamo per gradi.

I principi informatori che regolano il diritto sanitario, e che devono orientare gli operatori soprattutto di fronte a lacune normative sono la tutela del diritto alla salute e il principio di autodeterminazione. L'informazione a contenuto sanitario sarà allora qualificata in funzione di una molteplicità di fattori esemplificati in modo non esaustivo nella tabella che segue.

L'INFORMAZIONE A CONTENUTO SANITARIO COME DATO PERSONALE E LE ICT

L'informazione a contenuto sanitario può sostanziarsi in un dato sanitario (cioè “qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale” ed “idoneo a rivelare lo stato di salute”). I dati sanitari possono essere usati in una grande varietà di occasioni imponendo quella che Westin definiva un mosaic of policies per gestirne le problematiche³. Ciononostante, possono essere identificate

3 Westin, A.F., Computers, *Health Records and Citizen Rights*, (NBS Monograph 157) U.S. Dept of Commerce, December 1976, p 269.

Tavola dei fattori rilevanti per definire le informazioni a contenuto sanitario

Contenuto	Modalità di diffusione	Circolazione	Destinatari	Finalità del trattamento	Gradi di Anonimato
informativo scientifico	cartacea	cartacea	individuo interessato	scientifico	totale
pubblicitario	radio diffusa	elettronica	collettività statale	cura/prevenzione individuale	informazione esclusa al paziente
divulgativo	televisiva	interna	scienziati	prevenzione pubblica	limitata a certi trattamenti
comunicazione	internet	transfrontaliera comunitaria	pubblico in generale	pubblicitaria	limitata a certi soggetti
parziale	a destinatari indeterminati	transfrontaliera non comunitaria	indeterminati	informativa	
aggregato (es. FSE)		anonima			

alcune aree in cui i dati individuali sulla salute sono raccolti, usati e condivisi in modo crescente per il loro intrinseco valore sociale ed economico ad un tempo:

1. l'erogazione di servizi sanitari;
2. il pagamento delle prestazioni;
3. gli usi sociali dei dati sanitari per prevenire la diffusione di epidemie.

Le ICT con le loro applicazioni interattive permettono sem-

pre nuove possibilità di utilizzo autonomo dei sistemi informativi. Tuttavia, anche la fornitura di servizi sanitari che non usano le ICT creano flussi transfrontalieri di dati: pazienti, medici, case farmaceutiche, ricercatori e statistici ricercano risultati e documenti che contengono dati sanitari su persone che si spostano da un paese all'altro anche solo a fini di pagamento, rimborso o trattamento.

La gestione e il trattamento dei dati sono quindi un banco di prova per spiegare le altissime interazioni tra la regolazione della sanità elettronica e la regolazione dell'erogazione quotidiana e non solo via internet dell'assistenza sanitaria.

La sanità elettronica e la circolazione delle persone – oggi più dei pazienti che dei medici – pongono sfide specifiche che coprono tutte le funzioni e i significati tradizionali di prestazione sanitaria. Tuttavia, vi sono delle caratteristiche distintive che differenziano il settore sanitario da altri in cui le tecnologie e l'esercizio delle libertà fondamentali della UE dominano: da un lato, esso si affida molto al trattamento di dati sanitari, confidenziali e sensibili ad un tempo, mentre dall'altro lato il settore sanitario interagisce con momenti cruciali delle politiche di interazione tra stato sociale e strumenti di tipo privatistico. Per nominarne alcuni, la responsabilità civile in caso di danni può essere collegata al trattamento dei dati personali o alla errata esecuzione della prestazione sanitaria (errori medici, difetti o mancanze nei prodotti, errori organizzativi...).

Quanto detto rimane valido ovviamente per i servizi connessi alla salute anche se non connessi alle possibilità offerte dalla società dell'informazione. Tuttavia, è di gran lunga più cruciale per la e-health in cui la sensibilità specifica dei dati sanitari diviene molto più problematica. Ad esempio le informazioni contenute in banche di dati sanitari automatizzate, richiedono livelli diversi di sicurezza per la loro protezione a seconda dei diversi livelli di condivisione degli stes-

si e della correlata accessibilità⁴.

Ci sembra chiaro che i differenti livelli di accesso a questi dati hanno conseguenze diverse in termini di responsabilità e di doveri di agire, ad esempio. Basti qui considerare che qualsiasi modifica nella cartella/dossier sanitario elettronico può essere più facilmente tracciata in modo tecnicamente sicuro e la tracciabilità permette di risalire inequivocabilmente alla storia di accessi (realizzati e non), ancora con evidenti implicazioni in punto di responsabilità civile e penale.

A ciò si aggiunga, sul piano più squisitamente sociologico, che quando si redigeva in Francia la normativa del 1976 sulla protezione dei dati personali il sondaggio allora condotto dal Governo indicava che il 47% degli intervistati era preoccupato circa “*le secret des fichiers*”, ma a questa preoccupazione i dati sanitari costituivano una significativa eccezione poiché i medici erano considerati come “*le confident, quasi, parfait qui garde ou donne ce qu’il faut, quand il le faut*”. Allora questa impressione era certo condivisa tra le popolazioni d’Europa, ma con lo sviluppo della società dell’informazione potrebbe non essere più così. Questa fiducia in un trattamento speciale dei dati sanitari ci sembra infatti sempre più controverso a causa di numerosi fattori tecnologici ed umani in particolare quando i dati sono trattati nella erogazione di un servizio sanitario elettronico.

Invero, i dati sanitari si stanno sempre più trasformando, con l’abbandono della loro raccolta su supporto materiale carta-

*Dematerializzazione
dei dati sanitari*

⁴ Ad alcuni dati solo il medico che archivia dovrebbe avere accesso, mentre in altri casi altri soggetti potrebbero avere accesso ad un dossier medico. Si pensi ad una équipe di medici piuttosto che all’amministrazione che ha accesso a dati amministrativi e non medici. Tenendo conto delle indicazioni della Raccomandazione del consiglio d’Europa 97\5 del 13 febbraio 1997, i dati sanitari e non sanitari dovrebbero essere tenuti separati con riferimento alla loro accessibilità (e su questa linea invero si muovono le normative comunitarie) e andrebbe fatta anche una chiara distinzione anche tra dati oggettivi come quelli sulla rilevazione della pressione arteriosa e quelli soggettivi (la relativa opinione del medico) così come per i dati cosiddetti sociali (le convinzioni religiose che hanno un impatto su terzi) e i dati amministrativi.

ceo, muovendo verso versioni elettroniche sempre più sofisticate e, anche per questo, la sensazione che essi siano in mani sicure tende a svanire. Si pensi, per esempio, ai problemi di sicurezza e al dibattito relativo alla crittografia e al suo uso che a fronte dell'incremento della sicurezza può rallentare, però, l'accesso anche in momenti cruciali di emergenza. Si rifletta anche sugli alti rischi di perdita o di diffusione non autorizzata dei dati sanitari in formato elettronico (a causa di virus informatici, difetti del software...). Questi esempi sono ovviamente connessi al fattore umano: il ridursi delle occasioni in cui i dati sono conferiti ad individui piuttosto che a organizzazioni; la loro straordinaria capacità di circolare ben oltre gli individui o organizzazioni che li hanno raccolti in prima battuta anche solo per la facilità di duplicazione e distribuzione dei dati in formato elettronico.

Un'ulteriore causa di preoccupazione e di attentato alla fiducia tra coloro che conservano dati sanitari e i pazienti può persino essere la disciplina antiterrorismo. Come esempio, si possono ricordare le preoccupazioni espresse da medici e giuristi nel Regno Unito per l'amplissimo accesso ai dati medici accordato alle forze di polizia dalle normative introdotte dopo i fatti dell'11 settembre 2001. Si consideri, poi, su un piano diverso, il rischio di screening genetico a fini assicurativi che è fortemente controverso in molti paesi dell'Unione Europea e che si basa su informazioni individuali a contenuto sanitario⁵.

Naturalmente queste paure sono enfatizzate quando le ICT permettono di aprire i dati da usi specifici ad usi ben più ampi.

L'obbligo del medico di mantenere la confidenzialità dei dati medici acquisiti in occasione di un trattamento è uno dei

5 S. Barison, *Assicurazioni "sanitarie" e test genetici in Italia e negli Stati Uniti: affinità materiali e differenze giuridiche fondamentali*, in Riv. dir. civ., 2000, I,143 ss.

principi più antichi della protezione dei dati personali. Tuttavia, la tecnologia sta mutando questo vecchio principio attraverso la digitalizzazione delle informazioni. Esempi ovvi di ciò sono le chip cards o le basi dati su internet che archiviai dati sanitari essenziali dei pazienti come la loro anamnesi, precedenti trattamenti, operazioni chirurgiche, abitudini, esperienze familiari. Queste basi di dati possono certo salvare vite umane, per esempio in caso di emergenza in virtù della loro completezza e della disponibilità dell'informazione. Tuttavia, esse si prestano anche a discriminazioni ed abusi dovuti, ad esempio, ad abitudini sessuali o a stili di vita e di comportamento. Per di più, la loro struttura e il loro contenuto può influenzare in modo assai profondo gli standard di responsabilità⁶.

L'approccio adottato dalla UE nella regolazione della privacy in ambito sanitario ha stimolato in modo assai poco fruttuoso politiche e norme quadro capaci di evitare l'assunto che la privacy individuale sia protetta grazie all'oculato rispetto delle formalità lasciando poi nella realtà la protezione ad una poco efficace autoregolazione⁷.

L'autoregolazione nella UE, con sistemi giuridici differenti negli stati membri, non è riuscita a stimolare né la protezione della privacy né la circolazione delle informazioni per la crescita economica e sociale in un ambiente sicuro per la tu-

*Gli interventi UE
sulla privacy*

6 Ed invero, ogni progresso delle ICT nel campo della sanità elettronica ha il suo rovescio della medaglia. La medicina fortemente tecnologica, le diagnosi aiutate dalle macchine che producono risultati digitalizzati, i network informativi su internet o tra ospedali e sale operatorie rappresentano da alcuni anni l'avanguardia della medicina elettronica e sono fortemente legati alle problematiche di responsabilità e della tutela della privacy.

7 Anche le recenti riforme nel nostro Codice in materia di protezione dei dati personali (il TU 196\2003) hanno reso molto più semplice per i detentori di dati, e più complicato per gli interessati dai dati, controllare l'uso dei dati sanitari in ambiente medico: un esempio di ciò è il ridotto ruolo del consenso nel trattamento dei dati sanitari promosso dalla riforma del 2003. Per un quadro completo si veda La protezione dei dati personali – Commentario al d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice della privacy"), C. M. Bianca e F. D. Busnelli (a cura di), Le Nuove Leggi Civili Commentate, CEDAM, 2007, I, 362-409.

tela dei diritti fondamentali; quando questo obiettivo è stato perseguito meglio esso si è realizzato con uno stretto controllo di principi generali chiari, portati rigorosamente ad esecuzione.

A dispetto di questo successo non pieno, le istituzioni comunitarie hanno assunto la guida nella regolazione di molti profili di riservatezza dei dati, siano essi in formato elettronico o meno, poiché sono le direttive europee a governare la protezione dei dati dei pazienti⁸. A livello di stati membri e a livello comunitario le regole della sanità si occupano della privacy come un'area speciale. Ad essa si applica anche la direttiva sul commercio elettronico per l'erogazione di servizi della società dell'informazione quando questi siano erogati interamente attraverso le ICT. Tuttavia, anche le direttive relative al commercio elettronico si occupano delle informazioni e dei requisiti di trasparenza delle comunicazioni commerciali, della responsabilità degli intermediari in internet e dei principi di base che regolano la disciplina contrattuale per migliorare solo la fiducia dei consumatori, ma esse non si occupano dell'accreditamento dei medici o della loro responsabilità; né se ne occupano le direttive sul trattamento dei dati prima richiamate⁹. Quasi come se le diverse normative e problematiche da esse regolate vivessero in isolamento le une dalle altre.

Al contrario, e ad esempio, i profili legati alla responsabilità

8 Si veda per esempio la Direttiva 95/46/EC OJ L 281, 23.11.1995; Electronic Signatures Directive 99/93/EC OJ L 13, 19.1.2000; o la Direttiva 02/58/EC OJ L281, 31.7.2002 che ha sostituito la Direttiva 97/66/EC.

9 Ciò nonostante, il mero fatto di offrire servizi sanitari attraverso le frontiere può influenzare la soluzione di fattispecie problematiche specifiche dell'uso delle ICT, ad esempio in caso di problemi legati al malfunzionamento del sistema, della rete o dell'erogazione del servizio stesso che causino un danno più o meno grave al paziente. Ma, riteniamo, che questi profili possono essere facilmente armonizzati proprio per la forte prevalenza della componente tecnologica di ICT in essi presenti. Al contrario può essere più rilevante integrare questi profili nel sistema di responsabilità (civile e penale) di ciascuno stato membro.

civile per danni causati in occasione di un trattamento di dati possono interferire in modo significativo con la stessa responsabilità civile dei medici e delle strutture.

In sintesi, le discipline ad oggi previste a livello comunitario trattano gli individui come consumatori e non come cittadini. Garantire la mobilità dei pazienti, così come la circolazione transfrontaliera di beni e servizi legati alla sanità, non richiede solo che i cittadini possano esercitare il loro diritto di cercare cure in altri Stati membri, se lo desiderano, ma che possano godere di analoghi standard di qualità e di tutela¹⁰. Ciononostante, regolare quest'area in relazione agli scambi transfrontalieri impone necessariamente di regolare la loro erogazione anche all'interno degli stati membri.

DATI SANITARI CARTACEI

VS. DATI SANITARI ELETTRONICI

L'informazione è dunque al centro delle organizzazioni sanitarie forse anche più della conoscenza.

Le informazioni sanitarie sono cresciute in numero e complessità e sono divenute forse la prima preoccupazione delle strutture sanitarie. L'intero settore sanitario è un settore ad uso intensivo di informazioni la cui dipendenza dalle relative tecnologie è in crescita continua e verticale, anche quando non sono coinvolte tecnologie complesse nell'erogazione della prestazione. Si pensi, ad esempio, alla necessità di gestire le informazioni che emergono da un medical trial o dalla farmacovigilanza successiva all'immissione in commercio. Si pensi ancora al supporto offerto dalle ICT alla ricerca medica e alla diffusione dei suoi risultati in un sistema sempre più basato sulla evidence-based medicine.

Del resto, i dati medici sono sempre più "elettronici" nonostante il loro potenziale uso nell'ambito della c.d. e-health.

10 Cfr. Il regolamento UE 1408/71 e successive modifiche

Il passaggio dalla carta al bit dei dati sanitari certamente è in grado di stimolare l'aggregazione, l'analisi, l'archiviazione di dati clinici in ogni forma e di permettere l'accessibilità degli ultimi ritrovati scientifici; di intensificare la collaborazione tra i medici e le loro organizzazioni all'interno delle nazioni e tra le frontiere. La "trasformazione in elettronici dei dati sanitari" significa, ad esempio, che un radiologo può avere ed offrire accesso alle immagini in ogni luogo. La natura elettronica del mezzo di archiviazione crea una portabilità completa dei dati digitalizzati potenziando ancora di più il turismo sanitario e, auspicabilmente, l'uso efficiente delle risorse. Ad esempio, i chirurghi nel pianificare un intervento in elezione possono avere accesso a risorse specializzate per la loro formazione e il loro aggiornamento, altrimenti non disponibili e ciò senza contare che i dati sanitari in formato elettronico permettono di estrarre informazioni per ricerca, gestione, politiche sanitarie pubbliche, redazione di statistiche o altri dati a beneficio dei professionisti della sanità e quindi in ultima istanza dei cittadini-pazienti.

Non vi è dubbio che quanto più completa è l'informazione sul paziente e sulla malattia di cui soffre tanto migliore possa, in linea di principio, essere il trattamento. In teoria almeno, la completezza e la tempestività dell'informazione – ad esempio – per l'immediato accesso alla scheda sanitaria storica del paziente, ai farmaci assunti, alle allergie palesate piuttosto che gli avvisi automatici di check-up- può fare la differenza tra la vita e la morte.

Un sistema interamente armonizzato e standardizzato garantirebbe un facile trasferimento delle informazioni e potrebbe garantire il maggiore livello di completezza possibile. Infatti, si immagini un insieme diversificato di informazioni non organizzate secondo regole di standardizzazione, esso non sarebbe di utilità alcuna ed anzi al contrario potrebbe rallentare processi diagnostici o condurre ad errori.

*Il valore di un
sistema armonizzato
e standardizzato*

Idealmente, invece, dati accessibili via computer possono potenzialmente evitare i costi gli sprechi, le ripetizioni e gli errori mentre al contempo possono diventare strumenti cruciali di ricerca “*allowing scientists to examine patterns of medical practice, drug use, complication rates and health outcomes*”¹¹.

Gli esempi appena fatti sono evidentemente incoraggianti, ma anche essi hanno un impatto sui profili di responsabilità: l’indisponibilità dei dati a causa di una interruzione della connessione, la qualità scadente delle immagini trasmesse o della stessa trasmissione che possono condurre ad un errore medico, il mancato uso di informazioni e di materiali disponibili da parte di un dottore o di una struttura sanitaria, il trattamento incompleto o erroneo di dati sanitari personali, l’accesso non autorizzato ai dati sono solo alcuni dei possibili esempi. Siffatta interoperabilità richiederebbe anche la determinazione del “se” e del “chi” sarebbe responsabile nei casi prima menzionati di errori o abusi nell’inserzione o uso di tali informazioni critiche.

Anche quando usati in modo legalmente corretto, poi, i dati di cui si tratta dovrebbero essere estratti dalle banche dati solo nel pieno rispetto dell’autonomia dell’individuo e dei suoi diritti fondamentali. Questo non è un bilanciamento facile e non può essere guidato dalle esigenze del mercato o dell’autoregolazione sulla base di una mal concepita supremazia dell’autodeterminazione. Per esempio, è vero che per esservi una reale interoperatività dei sistemi informativi della sanità è fondamentale identificare in modo univoco ed

11 Brown D., VA *Takes the Lead in Paperless Care - Computerized Medical Records Promise Lower Costs and Better Treatment*, Washington Post, April 10, 2007; p. HE01) Anche se i costi e la tempistica tera investimento e ritorni sono scoraggianti per privati il settore pubblico dovrebbe essere chiamato ad intervenire (Hillestad et al., (2005) *Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits*, Health Affairs, Vol. 24, pp1103-1117).

inequivocabile gli individui, ciò è fondamentale, soprattutto, per l'erogazione della prestazione e la protezione del diritto fondamentale alla salute compreso il diritto di rifiutare i trattamenti.

Tali esempi sono la prova di uno spostamento nel significato e nell'uso dei dati sanitari parzialmente collegato sia alle possibilità offerte dalle nuove tecnologie sia alla loro regolazione. Queste sono viste dal paziente, ed eventualmente dal suo avvocato, come prova di un buon o di un cattivo trattamento (sanitario).

Per di più, il crescente uso delle conferenze internet e dei consulti basati su network on line avrà un crescente impatto sui temi tradizionali della responsabilità come la colpa e la causalità. Non è un caso che l'emergere di banche dati sanitarie abbia dato adito a dispute sulla proprietà delle informazioni. La stessa disciplina comunitaria non è interamente chiara sul punto, anche se essa cerca di fare un bilanciamento tra gli interessi confliggenti dei titolari delle banche dati – dottori, case farmaceutiche, strutture sanitarie, pubbliche autorità, etc. – e i pazienti cui spesso i dati si riferiscono, la proprietà rimane un tema controverso. Per quanto ci riguarda in questa sede, la proprietà dell'uno o dell'altro attore implica regimi diversi di responsabilità ed effetti diversi su altri elementi della fattispecie di responsabilità, contrattuale o extracontrattuale che sia. Per fare un esempio, l'accesso ai dati può essere correlato alla proprietà degli stessi, ma similmente la proprietà ha l'onere di mantenerne la qualità. Dalla qualità dei dati può dipendere una decisione terapeutica o una diagnosi con tutte le prevedibili conseguenze in termini appunto di imputabilità giuridica ed economica del danno. Su un piano diverso, se il paziente mantiene il controllo delle informazioni come in una anamnesi di routine, ne discende il tema di come un eventuale dovere di informazione o un eventuale diritto di non rivelare informazioni

sanitarie personali possa influenzare il risultato di un trattamento sanitario e il giudizio sanitario sulla procedura di cura più appropriata. Di nuovo, e passando ad un altro tema, se in teoria un paniere più ampio di informazioni su uno specifico trattamento, farmaco o malattia fosse disponibile in reti specializzate, è legittimo chiedersi se il loro mancato uso per ragioni di budget o per la gestione dei tempi di lavoro si materializzi in una colpa professionale in ogni circostanza ed in ogni paese della UE.

Inoltre, una volta stabilito che i dati sono “proprietà” di un soggetto e i terzi, come un medico, vi hanno solo accesso limitato per fini specifici di pubblico interesse, rimane da delimitare la nozione di “terzi” e i loro poteri rispetto ai dati medesimi. La nozione di terzo comprende automaticamente i produttori di farmaci che raccolgono dati non anonimi, gli assicuratori o le istituzioni che gestiscono strutture sanitarie interessate a comparare, per una analisi costi-effettività, il trattamento e i progressi nella cura sulla base degli assiomi della evidence based medicine? In questi casi chi rimarrebbe responsabile per una mancanza di informazioni, temporanea o duratura che sia, o per un loro abuso?

L'introduzione di un microchip sul corpo del paziente o l'uso di una c.d. pointer card ridurrebbero certamente le preoccupazioni connesse alla sicurezza e aiuterebbero a regolare in modo opportuno l'accesso ai dati evitando abusi da parte di terzi non autorizzati (dal paziente titolare dei dati). Tuttavia, la loro gestione può a sua volta mettere in discussione l'uso delle cartelle cliniche in sede giudiziaria in quanto il controllo di esse passerebbe dai medici ai pazienti. Infatti con l'accresciuto ruolo dell'autodeterminazione, nel rilasciare o nel trattenere informazioni, offerto ai pazienti vi sarebbe un chiaro mutamento nell'utilità e nella utilizzabilità dei dati sanitari elettronici e delle cartelle cliniche in un eventuale contenzioso perché si sposterebbero i costi di un eventuale

*La proprietà
dei dati sanitari*

errore o evento avverso sul paziente al posto del fornitore della prestazione sanitaria come invece avviene oggi. Quanto ciò sia accettabile nei diversi stati membri è un dato certamente controverso.

Su di un piano ancora diverso, il supposto diritto alla privacy che questi cambiamenti comporterebbero (una sorta di diritto all'oblio del passato e a non essere "inseguiti" dal proprio passato medico) avrebbe un serio impatto non solo sulla responsabilità civile ma anche sulla tutela della salute pubblica a causa della potenziale mancata concessione di informazioni o del consenso alla loro conservazione nel lungo periodo a fini di politiche sanitarie e progresso della scienza medica o a fini storici e statistici¹².

I sistemi giuridici nazionali e la normativa comunitaria subiscono la sfida posta da questi problemi reali. Da quanto detto prima, però, emerge chiaro che la documentazione medica sta cambiando funzioni grazie anche al suo divenire sempre più virtuale. La nostra opinione è che ciò non richieda – almeno a livello comunitario – un quadro di normative affidabile solo per il caso della sanità elettronica ma una disciplina più generale proprio per l'impatto che questa disciplina avrà su diverse aree del diritto privato degli stati membri.

È evidente che un percorso di analisi diverso e complementare avrebbe potuto seguire le linee dell'informazione a contenuto sanitario intese nel senso di pubblicità e di pubblici-

12 I diritti di conservazione e i tempi massimi sono regolati dalle normative di derivazione comunitaria e la loro tempistica è spesso disciplinata in linea con le regole di responsabilità. In un sistema di disciplina più razionale i diversi periodi di prescrizione andrebbero regolati a seconda 1) dei privilegi di accesso, 2) delle finalità del trattamento, 3) della sensibilità o meno del dato, 4) di un opportuno bilanciamento degli interessi (pubblici vs. privati; diritti fondamentali del paziente vs. diritti e libertà di altri soggetti, compresi i titolari del trattamento). Ad esempio, la ricerca medica sovente non richiede il riferimento specifico a dati personali non anonimi e quindi livelli diversificati di accesso dovrebbero essere in grado di realizzare gli interessi della ricerca prendendo al contempo in considerazione la dovuta confidenzialità dei dati medici.

tà informativa. Questo, come anticipato in apertura ci porterebbe ad affrontare altri principi informatori, sovente di derivazione comunitaria (tutela della concorrenza e della libertà di circolazione, ad esempio), ma il tempo dell'intervento non lo consente.

Health communication e web: protagonisti e nuovi modelli

Walter Gatti

direttore editoriale del portale Fnomceo

È PRATICAMENTE INUTILE volersi oggi domandare se la “rivoluzione digitale” abbia portato anche in ambito sanità e salute degli elementi positivi, dei contributi importanti, delle rivoluzioni oggettive. Da quando nel 1988 Tim Berners Lee dà vita a Ginevra al protocollo “www” ad oggi – passando per date importanti per il nostro settore specifico come quella del 1993, quando praticamente in parallelo, vanno on-line negli Usa sia l’archivio sterminato di Medline che ERIC (l’Education Resource Information Center) e quella del 1996 con la nascita di Pubmed e l’avvio in Svizzera della Health on the Net foundation (HON), la prima realtà dedicata per vocazione alla valutazione dei contenuti on-line di ambito salute – scrivere, ottenere, condividere, far circolare e valutare informazioni sul mondo della medicina e della sanità non è mai stato così semplice, penetrante, accessibile. Come dice Jeffrey Drazen, attuale direttore del *New England Journal of Medicine*, nel 1812 il NEJM “arrivava agli abbonati sul dorso di un mulo, oggi arriva via web a oltre

2 milioni di lettori”¹.

Inutile, si diceva, discutere sull'utilità della diffusione digitale di contenuti, ma questa planetaria penetrazione pone molte domande, non ultime quelle che si sono posti due celebri giornalisti, uno italiano e uno statunitense. L'italiano è Giulio Anselmi, che al Festival internazionale del giornalismo di Perugia ha detto alcuni anni fa: “Il web non è il messia. La carta stampata è in declino, ma internet non è la soluzione di tutti i problemi: l'improvvisazione è fatale e non basta declinare l'informazione in molti modi perché diventi buona. Se è scadente, resterà tale. Bisogna puntare alla qualità”. L'americano è invece Nicholas Carr, membro del board editoriale dell'Enciclopedia britannica, che ha dedicato un volume a questo tema, in cui è partito da questa considerazione: “Negli ultimi anni ho avuto la scomoda sensazione che qualcuno o qualcosa stesse arremggiando con il mio cervello, ridisegnando la mappa del mio circuito neuronale e riprogrammando la memoria. Per quanto ne so, il mio cervello non è ‘andato’ ma sta cambiando. Non penso nello stesso modo in cui pensavo prima”².

*Internet cambia
il modo di pensare*

Internet ci sta cambiando nel nostro modo di pensare, di comunicare, di cercare notizie, di produrle, di fruirne, di ragionare. Si parla di Google e di Wikipedia come ieri si parlava della Treccani o del sussidiario di scuola. I bambini una volta andavano alla scoperta del mondo che c'era fuori dal cortile di casa, oggi si piazzano davanti al pc e internet svolge lo stesso richiamo di fascinazione e mistero: lì dentro, in quell'infinito gioco di rimandi proposto da una navigazione on-line, c'è tutto il mondo, c'è l'universo. In ambito sanità, l'imponente mole di contenuti offerti dalla rete sta portan-

1 Per tutta la storia dello sviluppo della comunicazione digitale in ambito sanità si veda: Walter Gatti, *Sanità e Web. Come Internet ha cambiato il modo di essere medico e malato in Italia*, Springer, 2011

2 Nicholas Carr, *The shallows: What the Internet Is Doing to Our Brains*, Norton, 2011

do ad un rovesciamento nel tradizionale rapporto terapeutico: prima era il medico a detenere le conoscenze e le competenze, definendo una asimmetria informativa che andava a suo vantaggio, base di un rapporto fiduciario. Oggi è il paziente ad avere a sua disposizione miriadi di informazioni più o meno valide da mettere sul tavolo dell'alleanza terapeutica. In nome dell'empowerment è il cittadino oggi a vivere con posizione di forza il rapporto con il medico, grazie a quel "terzo incomodo" rappresentato dal web. Questo ribaltamento pone dei problemi reali che, partendo dall'asimmetria informativa, passa attraverso una mancanza di verifica di autorevolezza delle fonti cui si connettono le riflessioni su certificazione e validazione dei contenuti e – in tempi di collaborative journalism e di social communication – di analisi dell'effettiva validità di quella informazione virale su cui Manuel Castells³, il più noto e visionario dei sociologi contemporanei della comunicazione, basa tutte le sue riflessioni più ardite e innovative. Temi delicati, questi citati, che si connettono ad altre tre macro riflessioni: la sempre crescente ipocondria digitale, la non sempre acquisita trasparenza del rapporto tra informazione e ambito farmaceutico, l'etica medica nello spazio dei social network.

Ne consegue che il medico e il paziente rischiano oggi di essere due soggetti in balia di problematiche non trasparenti, dove spesso gli interessi non sono direttamente dichiarati, con l'aggravante che l'autorevolezza che viene attribuita ad internet oggi – il web come contenitore di verità – rende i suoi contenuti potenzialmente più pericolosi di quelli (ad esempio) della televisione, che è molto più penetrante su tutta la popolazione, ma che è percepita ormai con un certo disincanto⁴.

*Le informazioni
del paziente/cittadino*

3 Per Manuel Castells si veda: *Galassia Internet*, Feltrinelli, 2006

4 10° Rapporto Censis/Ucsi sulla comunicazione, ottobre 2012

Ma se le problematiche di incidenza diretta dei contenuti sull'empowerment e sull'alleanza terapeutica sono le più immediatamente percepibili, ce ne sono altre che riguardano il presente e il cambiamento in corso dei modelli sanitari e di welfare di tutto il mondo. Recentemente Kofi Annan, ex segretario dell'Onu e uomo che ha dato il via al World Global Forum su HIV, malaria e tubercolosi, ha detto con una formula efficace che oggi occorre cercare una soluzione di "miglior sanità a costi inferiori che nel presente". Il cambiamento non passa solo attraverso le riscritture del modello Beverage e coinvolge la comunicazione, la presenza professionale, il rapporto tra medici, decisori e istituzioni: il mondo medico e il mondo dell'informazione digitale possono contribuire ad un cambiamento che non penalizzi le fasce più deboli di popolazione? Nel nostro Paese riusciremo a superare questa fase di "rifondazione" salvaguardando l'art.32 della Costituzione? Le parole chiave del nostro presente sono sostenibilità, predittività, disinvestimento, aderenza, costo-efficacia, innovazione, personalizzazione, post-universalismo, cronicità. Medici e giornalisti (due categorie fortemente "terremotate" dall'avvento dei contenuti digitali) sapranno essere alleati nel governo responsabile dell'informazione corretta anche in tema di revisione delle politiche sanitarie, dei modelli di welfare e di sostenibilità?

*Verso un internet
più maturo?*

In ogni caso l'unica vera preoccupazione è l'ignoranza. Ignorare il campanello d'allarme, ignorare la necessità di divenire protagonista di un mutamento in atto, ignorare il fatto che oggi "se io non comunico, qualcuno comunica per me", questi sono i campanelli d'allarme. Il mondo medico, il mondo dei cittadini, il mondo dei media e il mondo delle istituzioni sapranno ascoltare il tocco della campana che richiama tutti ad una maturità che la "prima fase del web" lascia in eredità alla seconda, nella speranza di vedere l'epoca di un internet più maturo?

Medicina informatica, le ricadute professionali

Antonio Panti

componente della Consulta Deontologica nazionale
presidente Omceo Firenze

*Ciò che è inquietante non è che il mondo si trasformi
in un completo dominio della tecnica, ma che l'uomo non sia
affatto preparato a questo radicale mutamento e, ancor peggio, che
non sappia, attraverso la riflessione, confrontarsi con ciò che sta
emergendo nella nostra epoca.*

Martin Heidegger

DIAMO ATTO AGLI ORGANIZZATORI di essere stati particolarmente tempestivi nel proporre un convegno su un tema così scottante. Tuttavia, ridurre in una breve relazione le riflessioni sul titolo assegnatomi è difficile e costringe ad essere apodittico. Inoltre non ho sufficiente competenza tecnica e quindi non mi addentrerò nella discussione sulle possibilità dell'ICT: tenterò piuttosto una sorta di analisi critica dei riflessi di questa sulla professione.

La prima parola del tema assegnatomi è “medicina”. La migliore definizione che conosco è di Giorgio Cosmacini che è descrittiva e non metodologica. Sostiene che la medicina è una pragmatica che utilizza scienze diverse, compresa la relazionalità che non è soltanto un dovere morale ma è parte integrante dell'atto medico.

Ma di che si occupa la medicina oggi? Uno dei grandi problemi della medicina è la ridefinizione dei confini. L'indefinitezza dei limiti e i progressi logaritmici delle tecnologie che

costringono continuamente a cambiare paradigma di operatività, influenzano la professione e provocano disagio tra i medici. Viviamo l'epoca della complessità e dell'eccesso di richieste. I medici debbono affrontare queste immani questioni con la loro intelligenza critica; c'è qualche strumento per aiutarli a colmare le aspettative riposte sulla medicina (e a sopire le delusioni)?

Affrontiamo il secondo termine della relazione: l'informatica è uno strumento o un nuovo *modus operandi* che di fatto modifica la metodologia medica, quasi fosse il substrato di una rinnovata epistemologia? Le scoperte di Roentgen o Fleming hanno modificato la medicina ma non erano, nonostante tutto, così onnipersive e determinanti nella logica che sottende il ragionamento del medico. L'ICT, come il fuoco o la ruota, è una tecnica generatrice di simboli, "un'invenzione piattaforma" che sta diventando una sorta di fantasma della macchina della medicina moderna.

*Valori identici,
nuove prassi*

La professione, infine, è il complesso delle operazioni intellettuali, cognitive, relazionali e comportamentali che informano l'atto del medico. Però la continua evoluzione della tecnologia costringe a modificare nel tempo l'organizzazione della medicina e, di conseguenza, l'esercizio della professione; i valori permangono identici ma la prassi non può che essere aderente al progredire della scienza. I trend sociali o antropologici o demografici influiscono sull'esercizio della professione, ma ancor di più agisce l'innovazione che modifica potentemente l'offerta e la relativa domanda. La professione, resa sempre più efficiente dalla tecnologia, vive tuttavia il rapporto tra medico e paziente in modo più labile e mediato proprio da quelle stesse tecniche che hanno reso quasi inutile il contatto fisico col malato.

La professione medica è una pragmatica di aiuto all'uomo, fondata su scienze e su tecniche, ma con una componente artigiana che costringe a piegare i risultati dell'EBM alla sin-

golarità dell'individuo. Inoltre rappresenta una grande impresa sociale della cui equità il medico è corresponsabile. È come se oggi si intrecciassero tre differenti epoche della medicina, l'era dell'espansione dei servizi medici, l'era del contenimento dei costi e quella della valutazione responsabile. Rendersi conto per rendere conto. Mentre si modifica il pensiero scientifico, l'agire medico. l'organizzazione e il governo della sanità, il dilemma è se proseguire con i grandi servizi medici, tesi all'aumento diffuso della salute mediante i due cardini dell'universalismo del diritto e dell'uguaglianza delle prestazioni, oppure avviarsi sulla strada dell'esplosione tecnologica, garantendo la massima salute ottenibile a piccoli target, sulla scorta della politica delle multinazionali del farmaco. Ricordando che nella medicina, come scrissero Weinstein e Fineberg, "la scienza è probabilistica, l'informazione incompleta, gli esiti incerti, le risorse limitate, le decisioni urgenti". Torniamo al secondo termine del titolo, l'informatica. Senz'altro l'ICT aiuta e aiuterà il medico a gestire la complessità. Ma, al di là delle innumerevoli applicazioni sulle quali non mi soffermerò, l'informatica ha a che fare con l'informazione che, attraverso un processo di selezione, sta alla base della formazione (e del processo decisionale). Ma chi seleziona l'informazione alla sorgente? Il medico può acquisire informazioni ovunque ma il procedimento logico si svolge tutto all'interno della sua mente. E se informazione e selezione sono del tutto a carico del web? Da tempo si parla di web 3.0 e di semantica della rete in modo che si introducano i dati secondo criteri di processabilità proprie dell'intelligenza artificiale (chiamiamola così) cosicché, mediante questo sistema di metadati, si abbiano subito i risultati senza ricerche selettive preliminari. Ma questo pone una prima domanda: la mente segue molteplici modelli logici, l'inferenza abduittiva, la deduzione, la diagnosi bayesiana, ermeneutica, algoritmica, e altro. Il medico seguirà solo il modello di razionalità del web?

*Le diagnosi
su Google*

Cioè non percorrerà un “sentiero scivoloso” verso un condizionamento del ragionamento diagnostico?

In un articolo pubblicato sul BMJ del 2006 si è visto, a partire da un’occasionale diagnosi difficile svelata come prima risposta da Google, che Google dà il 58% di diagnosi giuste. Ma, e questa è una seconda domanda, il combinarsi di moltissimi trials, cioè il disporre di un numero di informazioni assolutamente impossibile per l’uomo, non creerà un “ideal-tipo mediano” che condiziona la diagnosi individuale, quasi un adagiarsi o un senso di inferiorità di fronte alle risposte del pc?

Il paziente potrebbe, entro breve tempo, disporre non solo della Carta Sanitaria Elettronica ma anche di un chip sottocutaneo collegato con il medico, quasi a creare un “network” tra esseri umani. Già oggi le grandi banche dati dispongono di enormi quantità di informazioni e altre ne possono acquisire surrettiziamente per usi illeciti. La biometria, con il suo corredo di “profili identificativi” favorisce il controllo sociale oltre che la sorveglianza medica. Il medico, che è parte delle “istituzioni”, non si troverà a svolgere una funzione assai vicina al sorvegliante di una sorta di panopticon di benthamiana memoria? Lo sviluppo dell’ICT e il conseguente concentrarsi delle informazioni personali presso grandi stazioni pubbliche o private non influenzerà la professione?

Insomma nanotecnologie, neuroscienze, biotecnologie, ICT, robotica, muteranno l’esercizio della medicina. E quindi necessitano di un’ulteriore riflessione etica e deontologica. Basta pensare alla privacy e ai dati personali depositati nelle banche dati, oppure alle performances migliorate dalla tecnica (se Pistorius vincessero contro i cosiddetti “atleti normali” dove sta la norma, quale il confine tra naturale e artificiale e quale quello tra organico e inorganico, dal momento che le “gambe” di Pistorius sono di materiale inerte?). Al di là di un futuro alla Blade Runner, di un’ipotetica gara tra Bolt e Pistorius, a chi

spetterà se non ai medici definire la necessità, finalità, proporzionalità, pertinenza di siffatti interventi? Di fronte a un corpo esteso, un network ipercollegato, è sufficiente la deontologia medica o non sarà necessaria una “carta dei diritti informatici”? Si avverte prepotente il bisogno di un biodiritto che sia realmente globale, cioè inter e super statale, che superi le differenti legislazioni e politiche nazionali sulla protezione dei dati e l’accesso alle informazioni, che sia tale da impedire che i gestori del cloud si trasformino in altrettanti gestori di mercati globali, come quelli che condizionano le borse in nome di un malinteso liberismo, sfuggendo a ogni controllo democratico.

Di fronte a questo sofisticatissimo progresso della tecnica vi è chi aspira a una sorta di “transumanesimo” cioè a migliorare la condizione umana usando (ragionevolmente? eticamente?) le tecnologie per eliminare o almeno contenere l’invecchiamento e esaltare le capacità intellettuali, fisiche e psichiche dell’uomo attraverso modifiche del corpo, con impianti elettronici, con l’uso delle nanotecnologie, con le applicazioni della farmacogenetica. Si è già detto della necessità di un biodiritto internazionale: elenchiamo le problematiche emergenti: il consenso della persona, la privacy di fronte alla biometria, la sicurezza delle tecniche, la garanzia di scelta autonoma degli interventi sul proprio corpo, la dignità rispetto ai risultati, infine la non discriminazione di qualsiasi origine, economica o personale, di fronte alle soluzioni disponibili. Comunque un possibile mutamento antropologico per una sorta di spodestamento del corpo.

L’ICT inoltre ha riaffermato il valore della scrittura (anche i telefoni cellulari servono per scambiarsi SMS). Tutto quel che diciamo può essere registrato. Nell’era della registrazione – che risponde all’ansia di lasciar tracce propria dell’uomo, come ci ricorda Derrida – si può conservare qualsiasi discorso nell’immensa, enorme biblioteca della memoria informatica

*Le problematiche
aperte del biodiritto*

Il "cyber crime"

comune, e materializzarlo su qualsivoglia supporto. Oggi possiamo dire che *verba manent et scripta volant*. Ciò influirà sulle procedure valutative, dall'audit al processo penale? E se le "carte sanitarie" contenessero tutti i contatti di ognuno con la sanità, dai certificati infantili in poi, come potrebbero essere lette? Chi registra, contrassegnerà i fatti rilevanti, oppure l'evoluzione dello strumento informatico sarà in grado di gerarchizzare i dati? E quali saranno in futuro i "confini" della persona? Il suo corpo anatomico? Oppure l'uomo, immerso nelle tecnologie della rete, collegato mediante protesi informatiche, inserito in un'interconnessione di notizie e di rapporti che amplificano la sua mente, non diventerà il centro di molti cerchi concentrici, il perno delle sue possibilità e dei suoi diritti. Così si amplia ancora l'antica questione: chi decide sul mio corpo, il soggetto, il medico o le leggi? La deontologia non ha dubbi che una delle più grandi conquiste della modernità sia la libera disponibilità del proprio corpo. Tuttavia quando l'altro da sé che è parte del sé è un altro tecnologico (o inorganico) quali problematiche possono emergere? L'estensione dell'informazione e la condivisione coi pazienti incide sul rapporto dualistico tra medico e paziente, modificandolo. L'ICT, come la necessità del lavoro interprofessionale, contribuirà a superare la vetusta professione individuale, ormai nei fatti desueta? L'ICT potrà rendere sempre più snelli, privi di tempi morti, i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali? Certamente sì, purché il medico comprenda che deve operare in un continuum assistenziale, non più in un'impresa individuale. Non possiamo infine dimenticare che, come esiste la "cyber medicina", è ancora più sviluppato il "cyber crime". Preoccupa non solo l'estensione di antiche pratiche quali la vendita on line di farmaci contraffatti o la diffusione di rimedi falsi e dannosi. Preoccupa l'intrusione criminosa nelle banche dati sanitarie, il difficile approntamento di difese informatiche da parte dei medici e delle organizzazio-

ni sanitarie, l'attacco alla privacy e la possibile vendita di dati personali sensibili, il mercato truffaldino di false tessere sanitarie. Si torna all'esigenza di "protezioni informatiche" regolate da un diritto sovranazionale.

Al termine di questo excursus evitiamo la fallace domanda se si debba essere ottimisti o pessimisti, apocalittici o integrati; nessuna forza può opporsi alle tecniche che aiutano l'uomo ad affrontare e risolvere meglio i suoi problemi, per quanto se ne possano creare di nuovi. Ogni cambiamento radicale della tecnica introduce nuove possibili performances e nuove vulnerabilità. L'ICT aumenterà il grado di autonomia e competenza dell'uomo. Importante è che l'uomo accresca anche il suo grado di tolleranza e libertà. Quindi non ho tentato risposte alle precedenti domande, risposte che potranno scaturire, compreso una eventuale norma deontologica, solo da riflessioni comuni, condivise e partecipate.

E la professione di medico? L'ICT è un potente strumento di evoluzione delle tecnologie e delle conoscenze, in un'epoca in cui cambia il contesto sociale, i costi dei servizi medici, il metodo stesso del ragionamento clinico. Web medicine e web learning forse sopraffanno i medici. Ormai una nuova rivoluzione tecnologica è nell'aria, non perché nuove tecniche siano state scoperte ma perché molte tecnologie hanno raggiunto insieme una maturità per cui possono essere insieme incorporate in ogni pratica quotidiana, modificandola. La web medicine consente la convergenza di tutti i dati del paziente, genetici, omici, fenotipici, psicosociali, così da rendere pratica corrente la cosiddetta medicina sistemica, la "precision medicine" altamente personalizzata pur nel contesto delle prove e dei percorsi scientificamente validati; disporre in ogni momento della cura di tutte le informazioni sul paziente insieme ai dati più evoluti della ricerca. Un avvio alla gestione della complessità, problema di fondo della medicina oggi. La medicina narrativa pone in discussione quella fondata su evidenze

*ICT e professione
medica*

*Affrontare
i cambiamenti
con consapevolezza*

perché gli eventi clinici evolvono in modo non lineare, per condizioni non solo somatiche. L'ICT è un potente ausilio al problem solving e alla medicina che opera per processi di cura, non solo ma consente, attraverso la simulazione, di valutare e apprendere dagli errori. In conclusione l'ICT darà senza dubbio un contributo decisivo alla appropriatezza clinica e gestionale. Infine i valori che sottendono il codice non cambiano. L'unica definizione possibile di "atto medico" (sulla quale inutilmente disputiamo) è che questo contiene tutto ciò che il medico fa nell'interesse del paziente, seguendo i canoni della deontologia professionale. L'ICT, nonostante le criticità descritte, e che la società nel suo insieme dovrà affrontare, è un mezzo straordinario di evoluzione della ricerca, dell'insegnamento e della pratica medica, uno strumento capace di fondere in un unico processo comunicativo la visione nomotetica della patologia con quella idiografica della clinica. Non solo, ma le applicazioni dell'informatica contribuiranno a predisporre nuove e sofisticate tecnologie al servizio dell'uomo, migliorando enormemente la comunicazione tra professionisti, cittadini e servizi medici. In conclusione l'ICT può essere il substrato di un pensiero forte che apre a profonde modifiche epistemologiche e a radicali trasformazioni tecniche e organizzative della medicina. La scienza e la tecnica non sono neutre. L'aiuto che offrono richiede un prezzo: la capacità di vincere diffidenze e recriminazioni per creare un'organizzazione della sanità e della professione mutevole, adattabile, flessibile e aperta, fondata sulla comunicazione e sulla collaborazione tra tutti gli attori del sistema. La scienza medica e la sanità non potranno che trarne enormi vantaggi. Quindi non resta che affrontare consapevolmente l'evoluzione della professione; compito degli Ordini non può essere altro che di prevedere e precedere i cambiamenti nell'interesse di tutti, dei medici e della società.

Nuovi media e professione medica

Cosimo Nume

responsabile Area Comunicazione Fnomceo

presidente Omceo Taranto

PRIMA DI AVVIARE UNA RIFLESSIONE, necessariamente breve ed incompleta, sull'impatto dei nuovi media sulla professione medica, sarà necessario richiamare sinteticamente alcuni dati sugli strumenti della Fnomceo e degli Ordini per la comunicazione, in particolare per quella digitale.

Quando, nel 2002, si approda al web con l'inedito portale della Federazione, esso non nasce, almeno nelle intenzioni originarie, come uno strumento di comunicazione. La sua funzione originaria avrebbe dovuto essere quella di un versatile "albo" nazionale dei medici e degli odontoiatri, ovvero un enorme contenitore a disposizione dei professionisti, degli Ordini, dei cittadini, attraverso uno strumento potente e flessibile come il web.

Solo negli anni successivi, intuendo e verificando sul campo le ingenti potenzialità del suo motore, si cominciò ad usare il portale come notiziario sulle iniziative istituzionali e su argomenti di politica e cultura professionale, perfezionandolo con l'inserimento di contenuti multimediali, una gestione

La Fnomceo e il web

completa della anagrafica e l'offerta di Corsi Fad.

Nel tempo, il portale ha progressivamente sviluppato la propria operatività sui seguenti presupposti fondamentali:

- aree riservate come stimolo al processo di fidelizzazione degli utenti;
- area dei servizi: contenuti “certificati” al servizio della professione;
- implementazione costante di contenuti dalla Federazione e dagli Ordini;
- strategie di promozione della autorevolezza della fonte come massima espressione della professione medica e odontoiatrica;
- sperimentazione di nuovi percorsi comunicativi (Medi@).

In questo strumento, in definitiva, tutto quello che si produce deve rispondere a requisiti di flessibilità per adattarsi tempestivamente alle mutate e sempre maggiori esigenze degli utilizzatori, effettiva appetibilità e fruibilità dei contenuti ai vari livelli di accesso e utilizzo, indiscutibile autorevolezza.

*Web e comunicazione
negli Ordini
provinciali*

Peraltro, i dati dell'indagine 2010 su “Ordini e web”, fanno incontestabilmente rilevare che, sui grandi numeri, e con parecchie interessanti eccezioni, gli Ordini sembrerebbero prediligere mezzi di comunicazione tradizionali: Bollettini, Newsletters (cartacee), Circolari agli iscritti.

È questa la conseguenza di un ritardo “culturale”? Un'attenta lettura dei dati dell'indagine sembrerebbe dimostrare che, molto più probabilmente, il motivo è da ricercarsi nella oggettiva esiguità di risorse “operative” della maggior parte di ordini medi e piccoli, pur in presenza di una attenzione del decisore politico alle nuove tecnologie. L'informazione sul web costa sicuramente molto di meno rispetto ad una altrettanto capillare diffusione con il mezzo cartaceo, ma impegna anche, per la natura stessa del suo velocissimo turnover, quantità e qualità di interventi che nella maggior par-

te dei casi non sono facilmente disponibili. Nelle realtà più piccole, soprattutto, dove deve necessariamente fondarsi su un impegno pressoché “volontario” di membri dei Consigli. In qualche caso, è la platea stessa dei possibili utilizzatori (iscritti, cittadini) che mostra una certa resistenza ai nuovi media e impone cautela nella definitiva adozione di strumenti più moderni e in definitiva anche meno dispendiosi. Comunque sia, non possiamo guardare indietro, a forme comunicative desuete, ma dobbiamo anche come istituzione essere capaci di innovare, e sfruttare tutte le opportunità dei nuovi strumenti di comunicazione.

Scrivono Marco Belpoliti su *La Repubblica* nell'agosto 2012: “Forse la maggior parte di noi non se n'è neppure accorta: stiamo emigrando. Dal vecchio mondo analogico, fondato sulla visione oculare, su una scansione temporale che procede dal passato verso il futuro, su una forma di comunità come relazione nella prossimità spaziale, a un mondo digitale in cui i sensi tendono a svilupparsi in contemporanea, in cui il presente è la condizione prevalente, e dove le comunità umane si formano, e si sciolgono, in tempi e spazi che non sono più contigui”.

Abbiamo allora bisogno di qualche minima riflessione epistemologica sul mondo “digitale”, o comunque vogliamo chiamarlo, nel quale ci troviamo a vivere, se il compito delle nostre istituzioni deve essere quello di anticipare e interpretare nuove strade e fenomeni inediti della professione medica. Nel passaggio fra XXI e XX secolo, i grandi progressi tecnologici produssero un profondo mutamento dei paradigmi di spazio e tempo nella società occidentale. Secondo Stephen Kern, l'introduzione dei mezzi di comunicazione a distanza (telegrafo, telefono) e dell'ora ufficiale, determinò la percezione di un futuro imminente, simultaneo, controllabile. Secondo alcuni storici oggi, anche “a causa della rivoluzione digitale, il paradigma temporale, individuale e col-

*Dal mondo analogico
al mondo digitale*

lettivo, è nuovamente mutato, caratterizzandosi per un'esperienza di simultaneità che provoca un'accelerazione della storia e genera un presente dilatato che ingloba passato e futuro" (AAVV, *Futuro Anteriore*).

La Rete, memoria collettiva, caratterizzata da una crescita strutturale e da un'innovazione tecnologica esponenziali, sottopone le nostre conoscenze, le culture individuali e collettive, ad una revisione costante, selezionando sempre nuovi percorsi di trasmissione e conservazione dei dati. Pur essendone attori, molto spesso ne siamo inconsapevoli, e senza accorgercene diventiamo parte di una sconfinata rete neurale alla continua e avida ricerca di nuove e inedite connessioni, quasi che sia capace di crescere in piena autonomia e all'infinito.

Internet e sapere medico

Proprio questo deve spingerci ad una considerazione di fondamentale importanza per la nostra discussione sul rapporto fra internet e "sapere" medico.

Sebbene questo in qualche modo sia anche garanzia di autonomia e di indipendenza, induce ad una deriva interpretativa in cui una asimmetria culturale fra "cercatore" e "propalatore" di verità rischia di determinare, in un campo delicato come quello della salute, convinzioni e atteggiamenti individualmente e collettivamente pericolosi.

E la Rete rischia di diventare un intrico, una trappola in cui un'overdose di link e rimandi rende frustrante e inutile ogni ricerca.

Ogni nuova tecnologia può apparire come una minaccia a chi non la possiede, finché non si appropria degli strumenti per dominarla e piegarla alle proprie necessità.

Già verso la fine degli anni '60 McLuhan, a proposito di nuovi media (radio e televisione) osservava che la società occidentale si trovava in equilibrio fra due epoche, l'una di de-tribalizzazione, l'altra di ritribalizzazione e si avviava a vivere in un "villaggio globale".

Se pensiamo al ruolo svolto dai nuovi media nella cosiddetta “Primavera Araba”, ci rendiamo conto di essere oggi soltanto all’inizio di una nuova e inarrestabile rivoluzione, sociale e culturale, a cui la medicina non può immaginare di rimanere estranea.

E tuttavia proprio in questa fase di vorticoso espansione di opportunità tecnologiche nuove, serve fermarsi un istante, e con sempre maggiore convinzione, sulla natura profondamente “umanistica” della nostra professione, per non incorrere nel rischio che un’eccessiva infatuazione per i nuovi media ci distolga dall’oggetto principale del nostro interesse, che è e dovrà sempre rimanere la persona, nell’accezione più totale di questa definizione.

In questo senso, la bambola della famosa illustrazione di Rockwell (*nella quale il medico ausculta la bambola, tenuta in mano dalla bambina, ndr*) può essere assunta come paradigma “mediatico” della medicina moderna, tramite di un rapporto tra medico e paziente intelligente e disincantato, mezzo e strumento, mai fine dell’azione professionale.

La cybermedicina deve essere solo uno strumento operativo

Luigi Conte

segretario nazionale del Comitato Centrale Fnomceo
componente Consiglio Direttivo Omceo Udine

IN LINEA CON IL RUOLO DI DISCUSSANT, mi limito ad indicare alcuni spunti di riflessione che nascono dal profondo disagio maturato nella partecipazione al dibattito sullo sviluppo tecnologico dell'e-medicina e nel constatare la presenza di tecnici informatici o funzionari che conoscono solo superficialmente aspetti sensibili dell'esercizio professionale ed il totale mancato coinvolgimento delle professioni sanitarie. Infatti, solo recentemente il ministero della Salute è riuscito a riappropriarsi della discussione del tema che finora era restato nella esclusiva competenza del ministero della Pubblica Amministrazione.

Alla domanda posta da Maurizio Benato, ritengo si possa e si debba rispondere che la Cybermedicina, termine generico e generale che racchiude un mondo di sfumature, è solo uno strumento operativo della medicina e i suoi contenuti non possono modificare al momento gli elementi fondanti della medicina stessa e del suo esercizio, ma indurre sempli-

Cybermedicina: uno strumento operativo

ci e parziali modifiche operative.

A suffragare la richiesta di ascolto dei professionisti e dei loro rappresentanti istituzionali sul tema dello sviluppo tecnologico informatico in medicina cito due interventi al meeting dell'American Medical Association (Ama) del 2011.

Il consulto medico effettuato a distanza, utilizzando le nuove tecnologie della comunicazione, non è esente da rischi: privacy dei pazienti ed etica professionale possono infatti venire meno. Il tema è stato sollevato nel corso del meeting annuale della Ama, nel corso del forum del Council on ethical and judicial affairs durante il quale Ron Clearfield, membro del Council, ha riportato l'esperienza personale di ricerca di una soluzione a un forte dolore all'orecchio che lo aveva colpito: un servizio online offriva la diagnosi medica sulla base dei sintomi, ma solo in seguito al pagamento con carta di credito di una parcella. Clearfield è stato poi curato dal proprio medico con un farmaco cortisonico, "ma se fosse stata scambiata per un'infezione", ha spiegato ai delegati dell'Ama, "il medico online mi avrebbe prescritto un antibiotico". Ma la mancanza di un esame oggettivo non è l'unico problema etico della medicina a distanza, ha poi sottolineato: "I pazienti possono abusare di questi sistemi andando alla ricerca del medico che più prontamente risponde con una prescrizione, in particolare dei farmaci che la richiedono". I delegati hanno, infatti, discusso la necessità di una guida per affrontare questi temi, tra cui anche la riservatezza delle informazioni del paziente inviate attraverso tecnologie non sicure, come Skype, per esempio. Come ha infatti spiegato Monique Spillman, ginecologa dell'American congress of obstetricians and gynecologists, i pazienti usano in modo ansioso questi strumenti: "Alcune pazienti mi inviano foto per email attraverso canali non sicuri, e si aspettano una risposta rapida, istantanea che non posso dare se non vedo di persona". Negli Stati Uniti ci sono almeno dieci Stati in cui è pos-

sibile praticare la telemedicina, ma, ha concluso Clearfield, “c’è un potenziale conflitto tra la legalità e l’etica: sebbene i dottori siano legalmente autorizzati a eseguire un consulto online, non significa che lo siano eticamente”.

Dai dati del Censis emerge che gli italiani sono bombardati di informazioni sulla salute ma sulle cose importanti decidono col medico:

- Il 63,6% degli italiani ritiene di essere molto o abbastanza informato sui temi della salute, ma solo il 22,4% considera soddisfacenti le informazioni disponibili;
- le informazioni sono molte, talvolta confuse, o persino illusorie, e la sensazione da parte dei cittadini-pazienti intervistati è quella di essere un po’ travolti da questa mole di stimoli, e di trovarsi poi nel momento di effettivo bisogno a non sapere come metterli in pratica, e si continua a trovare nella relazione con il medico di medicina generale l’unico momento di reale indirizzo;
- circa l’88% si è rivolto al suo medico in media più di 5 volte nel corso dell’ultimo anno, ed è sempre molto alta la quota di italiani (pari all’89,4%) che gli chiede di essere indirizzata quando deve accedere a un servizio sanitario; nel momento concreto della scelta è proprio l’indicazione del medico di medicina generale a risultare decisiva nella maggior parte dei casi (per il 48,6%);
- la valutazione da parte dei pazienti sul proprio medico di medicina generale è assolutamente positiva rispetto ai fattori fondanti della competenza professionale (per il 91,2% il proprio medico valuta attentamente i sintomi, per l’82% è attento agli aspetti psicologici e relazionali).

Per concludere:

- paradossalmente, quanto più sviluppo tecnologico si realizza tanto più etica deve affermarsi;
- mai come in questi tempi di grande sviluppo tecnologico abbiamo sentito la necessità di parlare di medicina olisti-

*Ci si informa
in rete, ma si decide
con il medico*

Conclusioni

ca e di valorizzare il rapporto empatico medico-paziente, concetti fondanti della medicina attraverso i secoli;

- noi medici non dobbiamo sentire come un vero e proprio assedio alla nostra professionalità, che si sostanzia in una erosione della nostra autorità, l'incontro con una persona informata, che chiede di essere aiutata a venir fuori da un mare di informazioni che non lo aiutano a decidere su come risolvere il suo momentaneo disagio.

La tecnologia ed internet possono aiutarci ad essere medici migliori, senza stravolgere i principi secolari su cui si fonda il nostro esercizio professionale ed il rapporto fiduciario con la persona che necessita di aiuto e di cure.

Le innovazioni tecnologiche cambiano la nostra esistenza. E la sanità

Annarita Frullini

componente dell'Osservatorio Fnomceo

sulla professione al femminile

componente Consiglio Direttivo Omceo Pescara

COME DISCUSSANT, tenendo sullo sfondo le domande dalle quali siamo partiti, dovrei mettere a fuoco, ricordare e connettere. Risuona la domanda: che medicina stiamo costruendo nell'affrontare l'impatto delle tecnologie della conoscenza sul sistema sanitario?

Le innovazioni tecnologiche rappresentano oggi sistemi organizzativi dotati di vita propria, non più legate e subordinate alla semplice conoscenza di leggi scientifiche, e d'altra parte è impossibile voltare le spalle alla scienza, alla globalizzazione tecnologica e culturale in atto.

Ci indica un percorso Claude Lévi-Strauss nel suo dire: "La scienza non ci darà mai tutte le risposte. Quel che possiamo cercare di fare è migliorare lentamente il numero e la qualità delle risposte che siamo in grado di dare e questo, credo, possiamo farlo solo attraverso la scienza".

*In quale contesto
ci muoviamo?*

Ci stiamo avvicinando al miliardo di iscritti facebook, con la metà dei registrati utenti attivi. In Italia questo social network ha 20,9 milioni di utenti. Significativa è anche la rapidità della diffusione dei dispositivi mobili e il notevole incremento del traffico web generato. Nel 2010 si sono venduti nel mondo 1,6 miliardi di dispositivi mobili. Vale la pena di ricordare che il fax prende corpo nel 1972, la prima telefonata da un cellulare è avvenuta nel 1973 e sono trascorsi 20 anni fra il primo cellulare e il primo sms da persona a persona. Il primo collegamento ad Internet da un cellulare è avvenuto nel 1999. Il primo PC tablet Windows è del 2001 e successivamente vi è stata la rapida immissione sul mercato di Black Berry nel 2002, iPhone nel 2007, Android os nel 2008.

*Come è cambiato
il nostro modo
di operare?*

Gli strumenti informatici sono diventati quasi appendice del corpo umano, con la possibilità di essere perennemente online, con accesso ubiquitario e sono sfumati i confini fra lavoro e tempo libero. Con la molteplicità di strumenti e applicazioni (social network) ogni singolo individuo può diventare “individuo digitale protagonista” condividere e partecipare alla creazione e alla gestione dell’informazione. In questa realtà sappiamo come il Web possa dare informazione e disinformazione e come l’utilizzo della rete possa accrescere cultura o dare distorsioni. Utile è anche ricordare come, prima dell’impatto con la realtà di Internet, anche la televisione, psico-tecnologia collettiva della comunicazione, generasse perplessità, facendo dire a Giovanni Sartori che “l’homo sapiens, prodotto dalla cultura scritta, si stava trasformando in un homo videns dove, tra il ‘tele-vedere’ e il ‘video-vivere’, la parola era spodestata dall’immagine”¹. Negli stessi anni, Nicholas Negropont-

1 G. Sartori, *Homo videns. Televisione e post-pensiero*, Laterza, Roma-Bari 1997.

te esaltava i quattro punti di forza dell'era digitale: decentramento, globalizzazione, armonizzazione e potenziamento umano².

Senza argomentare su aspetti etici, privacy delle persone e protezione dei dati, novità legislative, specifiche e multidisciplinari, vorrei ricordare l'etica della responsabilità di Hans Jonas, indicata come un risvegliare l'attenzione e il mantenere forte l'impegno della conoscenza critica verso i progressi tecnologici.

Il medico non potrà dimenticare che nella relazione terapeutica la comunicazione è uno strumento di cura e l'uso di Information and communication technologies dovrà essere sviluppato in parallelo ad un lavoro di squadra efficace, per relazionarsi e capire le richieste che ci vengono poste.

In queste giornate di riflessione stiamo percependo che la nostra salute dipenderà sempre più dalla capacità di un cervello elettronico di decifrare, classificare e trasmettere i dati immessi forniti dagli organi del corpo umano. Necessita ragionare pensando come operatori sanitari, manager sanitari, come politici, come cittadini e pazienti.

La politica sta spingendo in questi mesi verso la creazione di una identità digitale e verso la dematerializzazione dei dati: previsti a breve un documento digitale unificato – valido come tessera sanitaria e carta d'identità – e una Sanità digitale, con il Fascicolo sanitario elettronico e la rapida dematerializzazione delle ricette mediche.

Bisognerà capire come il cittadino sia proprietario/responsabile della sua storia clinica e come anche i medici liberi professionisti – consultati – potranno accedere al Fascicolo sanitario elettronico, sempre che possano farlo.

Importante sarà implementare le ricadute che il Web potrà

Continuiamo ad esercitare la nostra capacità critica?

2 N. Negroponte, Essere digitali, Sperling-Kupfer Ed., Milano 1995

avere in termini di servizi reali per il cittadino (prenotare visite, avere informazioni, interazione ospedale territorio, sistemi di pagamento elettronico), senza che questo significhi inseguire l'ultimo prodotto tecnologico e le sue diverse possibili applicazioni.

Quanto costa il ritardo nella diffusione dell'ITC?

AICA (Associazione Italiana per l'Informatica ed il Calcolo Automatico), in collaborazione con SDA Bocconi, ha lanciato a partire dal 2003 un progetto a carattere periodico per valutare, nella forza lavoro, il costo del ritardo nell'alfabetizzazione informatica. Nel 2003, la ricerca rivolta al mondo del lavoro in generale, aveva dimostrato che in Italia, dove circa il 50% della popolazione attiva usa per lavoro il computer, vi è un tempo improduttivo legato alla scarsa conoscenza degli strumenti informatici che genera un costo annuo pari a 19 miliardi di euro. Anche considerando tale costo un indicatore di larga scala, la cifra è fortemente rilevante e potrebbe essere ridotta con investimenti in programmi formativi.

Nell'anno successivo l'indagine è stata focalizzata al settore della Sanità³. Il "non sapere" informatico dava costi di improduttività stimati attorno a 850 milioni di euro l'anno, anche considerando obiettivi di efficienza e produttività con connotazioni diverse rispetto agli altri comparti economici. Tale cifra era dello stesso ordine di grandezza della spesa informatica dell'intero comparto sanitario e rappresenta lo 0,84% della spesa sanitaria dell'intero Paese. Quindi il "non sapere" informatico comportava una perdita di produttività, a causa della inadeguata preparazione nell'utilizzare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

3 Elio Borgonovi, Pier Franco Camussoni, Giulio Occhini, *L'ignoranza informatica: il costo nella Sanità* - Rapporto AICA - SDA Bocconi 2004 ISBN: 9788838662485, McGraw-Hill January 2004. Sitografia: http://www.mondodigitale.net/Rivista/04_numero_quattro/Camussoni_p_21-33.pdf

Successive indagini in ambito bancario e della pubblica amministrazione hanno confermato fino al 2011 il permanere dei costi per ignoranza informatica.

Tornando all'indagine nel settore sanitario, definito come comparto ad alta intensità di lavoro ed elevata articolazione, con riferimento per il personale a dati numerici del 2001 (circa 1.280.000 addetti, molti dei quali con un livello di professionalità assai elevato) lo studio ha dimostrato che una adeguata formazione in particolare del personale medico sanitario, potrebbe produrre un aumento di produttività dell'intero sistema.

Il confronto, comparato con altri Paesi, è avvenuto misurando il rapporto: spesa informatica versus spesa sanitaria.

Il National Health System (NHS) britannico ha varato, dal 1998, un progetto, denominato Information for Health, per rendere più efficaci le prestazioni mediche implementando l'uso delle ICT nella produzione di informazioni d'uso clinico. Tale progetto prevedeva, nella parte formativa, di far conseguire la certificazione ECDL a 400 mila addetti (un terzo di tutto il personale) entro il 2005, coinvolgendo in eguale misura sia la componente medico-infermieristica sia quella tecnico-amministrativa.

Il programma di certificazione ECDL come applicato al personale è diventato per l'NHS un preciso valore aggiunto della struttura sanitaria.

In Italia esiste da tempo, poco utilizzato, ECDL Health un programma di informatica per gli operatori sanitari, per comprendere la materia e capire come utilizzare, in modo consapevole, strumenti informatici e applicazioni ICT inerenti informazioni dei pazienti. Si apprendono anche percorsi di protezione, di tutela e comportamento per consentire un uso sicuro dei dati e delle informazioni. La certificazione ECDL Health prevede due tipologie di percorso formativo: didat-

*La sanità
come può cogliere
le opportunità
offerte?*

tica frontale o e-learning⁴.

Per un corretto uso dei finanziamenti è a mio avviso doveroso prevedere, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, sistemi di interfacciamento in rete, con progettazione/programmazione/realizzazione riferite a modelli già sperimentati.

In una ottica di “spending review” è opportuno prevedere trasferimento delle buone pratiche sperimentate in alcune regioni con il rispetto delle diverse condizioni locali e periodici sistema di monitoraggio per la messa in atto, senza sovvenzionare economicamente repliche di quanto già esistente.

Infine è necessario prevedere investimenti per consentire ai sistemi informatici di dialogare tra loro e dare leggibilità ai dati accumulati e in continua espansione. Va finanziata la possibilità di rielaborare le informazioni ed estrarre dati con la semantica. Il termine semantica implica un processo di interpretazione.

Il web semantico sviluppa linguaggi per esprimere le informazioni in una forma accessibile e processabile da una macchina. “Aggiungere” la semantica ai contenuti web richiede la creazione di linguaggi e tecnologie in grado di estrarre significati da informazioni, e, cosa ancor più complessa, esprimere dati e regole per ragionamenti.

È necessario estendere l’attuale web (non sostituirlo!) in modo da favorire lo scambio di informazioni, oltre che tra esseri umani, anche tra programmi per computer. Lo scambio di informazioni tra programmi aumenterà, indirettamente ed esponenzialmente, la quantità di informazioni utilizzabili.

Conoscendo le difficoltà di comunicazione fra ospedale e territorio e fra diverse figure professionali è facile comprende-

⁴ Il Syllabus della certificazione è consultabile : www.ecdl.it/aica/ecdl-health

re come investimenti per una implementazione del Web semantico possano essere utili.

Vorrei riprendere da altra angolazione l'exkursus filosofico di Maurizio Benato cercando dalla comprensione di dati tecnici di immaginare possibili ripercussioni.

Quali sono le tecnologie dell'informazione e della comunicazione su cui si regge la "società della comunicazione"?

Alla base delle ICT (Information and communication technologies) vi sono l'informatica (apparecchi digitali e programmi software per comunicazione interattiva) e le telecomunicazioni (le reti telematiche e le tecnologie della telefonia mobile).

Le tecnologie dell'informazione lavorano sulla trasformazione dei dati informativi tramite conversione/immagazzinamento/archiviazione/rappresentazione/protezione/trasmisione/recupero sicuro/utilizzo dei dati stessi.

Siamo arrivati alla Cybermedicina, come uso e integrazione delle tecnologie ICT nei processi decisionali del Sistema sanitario e nelle cure dei pazienti dal concetto di cibernetica (dal greco *Kybernetes* timoniere, pilota) che studia i fenomeni di autoregolazione e comunicazione.

Ma quale significato dare al cyberspazio? La rete cyberspazio rappresenta l'esatta fusione fra il mondo reale e mondo virtuale e nel cyberspazio non sono possibili differenziazioni fra mondo reale e mondo virtuale.

Tutto ciò che facciamo nella vita virtuale determina effetti e conseguenze nella vita reale e viceversa. Il mondo virtuale apporta cambiamenti al mondo reale e si usa il circuito del mondo virtuale per dare risonanza al mondo reale.

La dimensione della realtà virtuale emersa grazie alle tecnologie della comunicazione consente forme di simulazione mai pensate prima e ha modificato la concezione dello spazio e del tempo.

*Suggerimenti
del cyberspazio
e nuove filosofie*

Il cyberspazio dilata enormemente i confini delle possibilità umane “rendendo disponibili mondi virtuali e creando varchi per nuove forme e modalità inedite di comunicazione”. Questi concetti ascoltati – forse – con la visione di film di fantascienza sono nella nostra realtà più vicini di quanto immaginiamo.

*Il pensiero di
Derrick de Kerckhove*

Vorrei presentarvi il pensiero di due grandi esperti: un belga naturalizzato canadese e un italiano.

Derrick de Kerckhove, tra i massimi studiosi internazionali di comunicazione e nuove tecnologie, direttore del McLuhan Program in Culture & Technology alla University of Toronto (Canada), ha sviluppato il concetto di intelligenza connettiva, a partire dalle Intelligenze Collettive di Pierre Levy. Il blog – dice – è un esempio tipico di intelligenza connettiva: è espressione dell’intelligenza di una persona ma si sostiene attraverso la connessione con altre persone. Si affida alla “moltiplicazione” delle intelligenze, favorita dalla connessione, piuttosto che alla loro somma, situata nel “collettivo”.

Con il sistema di network di pari si incrementa l’interazione collaborativa tra le persone, e la dimensione sociale della comunicazione viene prima della sua dimensione tecnologica perché la rete dà voce all’individuo e crea liberazione della parola.

De Kerckhove scriveva: “La nostra realtà psicologica non è una cosa naturale, dipende almeno in parte dal modo in cui l’ambiente, e quindi anche le nostre estensioni tecnologiche, ci condizionano. Ogni tecnologia estende una delle nostre facoltà e trascende i nostri limiti fisici. Noi siamo costantemente creati e ricreati dalle nostre invenzioni. Il ruolo della psicologia può essere di interpretare e di integrare gli effetti della tecnologia su di noi. Le psico-tecnologie collettive (televisione), individuali (computer e Internet) influen-

zano i processi cognitivi, la formazione dei valori, delle idee, estendono la mente e il pensiero, diventando strumento di prolungamento delle funzioni mentali e quindi dell'intelligenza"⁵.

De Kerckhove ha coniato il termine psicotecnologie: lo studio della condizione psicologica delle persone sotto l'effetto delle innovazioni tecnologiche.

La "psico-tecnologia" è "una tecnologia che emula, estende o amplifica le funzioni senso-motorie, psicologiche o cognitive della mente e sollecita un diverso percorso conoscitivo creando modi di classificare e ordinare il pensiero e influenzando sull'organizzazione dei sensi umani.

Antonio Teti, considerato uno dei maggiori esperti di ICT nel settore sanitario per l'utilizzo di sistemi informatici avanzati, responsabile del supporto tecnico informatico della Direzione Generale dell'Ateneo di Chieti e Pescara e Presidente Onorario della Società Italiana delle Scienze Informatiche e Tecnologiche, ha voluto scrivere testi che andassero oltre l'impiego delle tecnologie interrogandosi sul ruolo dell'essere umano nello scenario cybersociale e che esplorassero la "Psycho-Technology".

Nella ricerca delle scienze cognitive, partendo dal corteccia cerebrale di un gatto, si è arrivati alla riproduzione artificiale della corteccia cerebrale umana, oggi riprodotta per una percentuale pari al 4,5%, dovrebbe realizzarsi completamente intorno al 2019. Non è facile immaginare quanto queste sperimentazioni sapranno interagire con le tecnologie e quanto con il sistema nervoso centrale umano.

Teti si chiede "sarà possibile integrare il pensiero dell'uomo nel cyberspazio al punto tale da trasformarlo in un sistema pensante virtuale?"⁶; e così risponde: "In futuro, nel cyber-

*Il pensiero di
Antonio Teti*

5 De Kerckhove, *La pelle della cultura*, Costa & Nolan, Genova, 1996.

6 Antonio Teti, *La tecnologia che controlla la mente*, Springer Verla, 2011.

spazio, la mente dell'individuo somiglierà sempre di più ad un componente di un sistema pensante virtuale, in cui da un punto di vista logico, non sarà più facile distinguere ciò che è umano e ciò che è artificiale. La cybersocietà sarà in grado di produrre cose, ad oggi, impensabili. Tuttavia, al di là di ciò che accadrà nei prossimi decenni, l'essere umano sarà certamente in grado di comprendere meglio il funzionamento della sua mente e di ciò che è realmente in grado di fare”⁷.

“Il potere delle tecnologie e l'integrazione delle stesse con l'essere umano costituiranno il punto nevralgico dell'evoluzione della nostra società e dell'intero nostro pianeta. È iniziata una nuova era, in cui l'individuo digitale non è più una chimera. E appare concreta la nascita di una società virtuale attiva, partorita nel cyberspazio, destinata ad integrarsi perfettamente con quella reale. Non più mondi paralleli differenti (reale e virtuale) ma scenari psicofisici differenti, che si fonderanno e completeranno in funzione delle interazioni attivate. In questo nuovo scenario cybersociale, in questo mondo sociale più esteso e diversificato, sviluppando e si amplificando anche le potenzialità e le applicazioni della mente dell'uomo la psiche dell'individuo può assumere un ruolo decisivo”⁸.

Voglio concludere infine con una frase di B.J. Fogg⁹: “Noi non saremo più solo carne e ossa, ma carne ed ossa con in più la tecnologia, e vivremo il resto delle nostre esistenze in simbiosi con le potenzialità espresse dalla potenza delle scienze tecnologiche, gestendone il potere”.

7 ibidem

8 ibidem

9 B.J. Fogg, Stanford University, innovator, social scientist. teacher (<http://www.bjfogg.com/>)

L'integrazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nei processi decisionali del sistema sanitario e nelle cure dei pazienti

Nick Sandro Miranda

componente Commissione Albo Odontoiatri
Omceo Udine

SONO INDUBITABILI i vantaggi che hanno decretato il successo delle tecnologie informative e comunicative. Tuttavia è necessario essere consapevoli dei potenziali rischi.

L'eccesso di stimolazione, determinato dal sovraccarico di informazione (*information overload*), può determinare stress negativo e assuefazione, oltretutto il cosiddetto "errore di conferma" (*confirmation bias*). Si tratta della incapacità di analizzare le tante informazioni con la conseguenza che si ha la tendenza a rimanere legati ad un'idea che ci siamo fatti sulla base di informazioni preliminari, anche quando evidenze successive contraddicono quella iniziale.

Che avesse avuto ancora una volta ragione l'umanista radicale Ivan Illich quando elaborò il concetto di controproduttività strutturale? Paradossalmente, troppe informazioni, che non si possono né porre in un ordine gerarchico né verificare, equivalgono ad un'assenza di informazione. Se così stanno le cose, in una società di mercato dove la salute viene sem-

I rischi da eccesso di stimolazione

pre più confusa con la possibilità di accedere a trattamenti sanitari e dove la sanità si trasforma in sanità di mercato, non viene il sospetto che la rete diventi una opportunità di consumo sanitario? Un esempio: l'OMS ha calcolato che nel 2007 ci sono stati 400.000 morti per farmaci acquistati su Internet in assenza di prescrizione medica. C'è una evidente sproporzione di impegni politici, economici ed umani fra quelli che sono destinati a ridurre la domanda sanitaria (prevenzione primaria) rispetto a quelli destinati ad aumentare l'offerta sanitaria. Gran parte delle risorse sono destinate a incrementare la produttività ed il mercato sanitario. Non sarebbe invece auspicabile un impegno per demedicalizzare la vita?

*Medico e paziente:
dalla relazione
al formalismo*

Quanto alla figura del medico, prendendo spunto dal pensiero di Thomas Kuhn, c'è da chiedersi se non stiamo assistendo ad un salto di paradigmi che preludono ad una rivoluzione nel campo sanitario. Un esempio: si passa dal medico "scrivo per me" al medico "scrivo per gli altri", non solo perché quanto digitato sul computer viene letto da altri soggetti, operatori sanitari e non, ma anche per l'obbligo di utilizzare programmi preconfezionati standardizzati, preparati per elaborare statistiche e valutare la appropriatezza amministrativo/economica dell'atto medico. Si passa dalla relazione al formalismo.

Si possono ipotizzare diverse soluzioni per arginare le criticità, delle quali una è irrinunciabile: valorizzare il pensiero critico, a partire dalla scuola.

L'arte del medico e la cybernetica

Aldo Pagni

past president Fnomceo

consulente della Consulta Deontologica nazionale

LE PRINCIPALI NOVITÀ che hanno segnato lo sviluppo tecnologico, e cambiato il corso della storia, sono state la scoperta del fuoco e della ruota, l'invenzione di Gutenberg della stampa e la scoperta e la conquista delle terre americane tra il '400 e il '500, la nascita e lo sviluppo dell'industria moderna, iniziata in Inghilterra dalla seconda metà del XVIII secolo, la scoperta del telefono e del telegrafo nel 1800 e, dagli anni '50 del secolo scorso, l'ingresso sempre più trionfale della tecnica per immagini e di laboratorio nella medicina. L'ultima novità in ordine di tempo è la cibernetica, dal greco Kubernetes, l'arte del timoniere, una scienza applicata che, dagli anni '80, si è proposta di progettare e costruire computer e robot sempre più complessi e sofisticati ai quali affidare compiti e funzioni proprie dell'uomo e dei suoi rapporti con gli altri.

È meritorio che l'Ordine dei medici di Padova, in collaborazione con la Fnomceo, abbia avvertito la necessità di de-

dicare un primo convegno agli effetti della cybermedicina. Anche il gesuita Antonio Spadaro, nel libro dedicato alla Cyberteologia, ha affrontato il tema di come utilizzare la grammatica incisiva dei 140 caratteri del tweet per connettere al linguaggio digitale l'antico annuncio delle visioni sistematiche dell'essere e dell'esistere proprie del Cristianesimo. Tuttavia, l'analisi del rapporto tra la medicina, le tecniche per immagini e di laboratorio e la cibernetica, non può prescindere da un breve richiamo all'evoluzione storica della professione del medico fino ad oggi. Ed è proprio nel contesto della medicina contemporanea che si iscrivono queste novità "immateriali" ma fortemente pervasive.

1. BREVE STORIA DELLA MEDICINA

All'era del secolare paternalismo del medico, genitoriale, carismatico e sacerdotale, che sapeva che cosa fosse "bene" per un malato generalmente analfabeta, ha fatto seguito di recente l'era dell'autonomia di un cittadino, scolarizzato e informato, che ha rivendicato il diritto di accettare o di rifiutare le proposte diagnostiche e terapeutiche del medico. Questa fase ha coinciso, da un lato, con le attese crescenti e la poca pazienza delle persone e, dall'altro, con l'aumento dei costi di un'assistenza sanitaria sempre più complessa. La politica, dopo avere proclamato il "tutto gratuito a tutti" per la salute-benessere, si è vista costretta a prendere provvedimenti progressivamente restrittivi, per garantire la "sostenibilità" del Ssn, e ha inaugurato l'era della burocrazia parsimoniosa, che, con scarso successo, condiziona sempre di più le nostre decisioni e crea diffidenza nei cittadini. Non si può negare che la pratica medica non si trovi a disagio in questa sanità egemonizzata dalla politica, dai manager, dai burocrati, dagli economisti sanitari, dagli epidemiologi, dai biostatistici e dai tribunali.

Non mancano neanche alcuni illustri tardo positivisti, che non hanno mai visto un malato ma esaltano il valore delle “evidenze” derivanti dalla ricerca come se fossero “verità” assolute e incontrovertibili, e agitano le linee guida non come “raccomandazioni”, ma come se fossero le Tavole del Discorso della Montagna di Mosè.

Gli economisti sanitari, dal canto loro, sognano di “standardizzare” le cure dell’uomo malato.

Le prescrizioni dei farmaci e le certificazioni sono state informatizzate obbligatoriamente per contratto, per renderle più rapide, e soprattutto per controllare la spesa, e si sanzionano i medici inadempienti senza tener conto né dei possibili guasti tecnici, né del disagio dei colleghi più anziani.

“Il paradigma metodologico dell’Ebm – aveva scritto Giovanni Federspil – è interamente costruito sull’idea che i fatti e le teorie costituiscano due ambiti distinti e separati, e che la pratica medica possa essere giudicata in modo obiettivo sulla base dei dati empirici, quali risultano nei trials randomizzati o nelle revisioni sistematiche, o quali sono contenuti nelle banche-dati delle biblioteche”.

Alla fine dell’800 il medico canadese William Osler scrisse che, tra la medicina e la scienza, c’era la stessa differenza esistente tra l’arte di volare e l’ingegneria aeronautica e che solo se non fosse esistita la variabilità tra le persone malate, la medicina sarebbe stata una scienza e non un’arte.

I recenti sviluppi della genetica hanno confermato il concetto di “variabilità” clinica, ovvero che “esistono i malati e non le malattie”, e che quella variabilità è largamente scritta nel Dna di ogni persona senza dimenticare l’effetto epigenetico delle interazioni tra geni e ambiente.

Dalla metà del secolo scorso le tecnologie per le immagini e lo sviluppo del laboratorio hanno trasformato la “piccola” in “grande medicina” (Massimo Baldini).

I clinici del passato avvertivano l’importanza dei problemi

metodologici nelle decisioni del medico, fondate sul protagonismo ineludibile dell'osservazione del malato e della visita, e discutevano con appassionata competenza se l'operazione mentale della diagnosi dovesse essere ipotetica deduttiva o induttiva. Il medico, all'epoca, "curava spesso, guariva qualche volta e consolava sempre".

Dagli anni '50 la "grande" medicina specialistica, dal rapido e vorticoso sviluppo tecnologico, ha curato e guarito molte malattie acute, come non era mai accaduto nei secoli precedenti, ha consentito di curare, senza poterle guarire, le malattie croniche in aumento, ed è intervenuta su come si nasce e come si muore.

2. TECNOLOGIA SANITARIA ED ETICA MEDICA.

Le apparecchiature sanitarie, contrariamente a quello che si crede, non sono uno "strumento" a nostra disposizione ma progressivamente sono divenute un "ambiente", che influisce sulla vita in modo cosciente o inconscio e subordina le esigenze dell'uomo alle sue competenze.

Se a ciò aggiungiamo che nessuno padroneggia l'intero apparato tecnologico, ma solo quel frammento che corrisponde alla propria competenza, ogni specialista sarà portato a considerare le proprie decisioni come le uniche naturali, ovvie e ineludibili.

Ciò ha provocato una diminuzione dell'interesse per l'unicità psico-fisica ed emozionale dell'uomo, che rischia di essere ridotto da soggetto a oggetto inconsapevole, mentre la professione del medico appare sempre più il "mestiere" di un tecnico, povero di logica e di ragionamento clinico.

Paradossalmente i progressi delle tecniche per immagini e di laboratorio, se da un lato hanno elevato le capacità diagnostiche del medico a livello di affidabilità e di accuratezza prima impensabili, dall'altro hanno provocato un declino qualitativo della pratica clinica.

La sopravvalutazione dei test diagnostici ha contribuito a diminuire interesse e capacità nell'ascolto della narrazione soggettiva dei sintomi del malato e nell'esecuzione dell'esame obiettivo, e richieste inappropriate di test diagnostici, oltre a dare risultati falsamente positivi possono condurre, oltre all'aumento dei costi, anche a diagnosi e o a interventi terapeutici che possono nuocere.

La tecnologia sanitaria fa anche aumentare i costi "diretti" dell'assistenza (acquisto degli apparecchi, addestramento del personale, modifiche organizzative, spese di gestione, manutenzione e obsolescenza dei vecchi modelli), e quelli "indiretti" (aumento della domanda conseguente all'aumento dell'offerta).

Certamente garantisce maggiore efficacia, immediatezza e rassicurazione al medico, gode del favore dell'industria, costretta a innovare per mantenere la competizione nel mercato, e neanche la politica la ignora per motivi di consenso e di potere.

Infatti, l'opinione pubblica, colonizzata dalla pubblicità informativa e da Internet, spera che ogni nuova apparecchiatura garantisca la sconfitta delle malattie e della morte, salvo rivolgersi ai guaritori, alle medicine naturali e alle filosofie orientali di fronte ai suoi insuccessi.

Peraltro, recenti ricerche avvalorerebbero l'ipotesi che chi si "prende cura" di un uomo, rappresenti un placebo, potenzialmente in grado di provocare una suggestione vittoriosa, temporanea o duratura nei confronti del male, attraverso la produzione di mediatori chimici a livello dei lobi prefrontali.

Nell'età della tecnica, aveva scritto Galimberti, non è più l'etica a promuovere la tecnica, ma è la tecnica a condizionare l'etica, obbligandola a prendere posizione su una realtà non più naturale ma artificiale, che la tecnica non cessa di costruire e rendere possibile.

In questa prospettiva i modelli etici del passato, fondati sull'essere e sulla natura dell'uomo, e su un'autorità ultima (comunque individuata), trovano sempre più difficoltà a stabilire precisi doveri, o a fissare un orizzonte di senso che orienti il nostro comportamento.

Le stesse leggi, di fronte a valori resi instabili dal pluralismo etico, e dopo il crollo delle ideologie, trovano difficoltà a regolare o interdire ciò che la tecnica domina e promuove in termini di risultati.

3. LA MEDICINA NELL'EPOCA DELLA CONNESSIONE PLANETARIA E DEI ROBOT.

Negli anni '80, in una medicina egemonizzata dalle tecnologie specialistiche, ha fatto la sua comparsa sul tavolo del medico il personal computer, un utile strumento per la gestione di una cartella clinica "orientata per problemi" e per l'archiviazione e la consultazione rapida di dati clinici.

All'epoca realizzammo il primo software per il medico generale, scritto in basic e destinato a uno dei primi Pc dell'Olivetti, che progressivamente fu implementato da numerosi colleghi che si assunsero il compito di testarlo nella pratica, ma insieme suscitò non poche resistenze e avversioni in coloro che la ritenevano una mostruosa e inutile diavoleria. Il personal computer dalla metà degli anni '90 è divenuto un "portale", sempre più miniaturizzato nei telefoni cellulari, che ha trasformato il modo di essere uomini, di comunicare e di formulare i pensieri.

Anche le emozioni sono affidate alla "visione" di poche parole semplificate e "non dette".

I "nativi digitali", i giovani che oggi hanno dai 5 ai 20 anni, "soli ma connessi, si aspettano sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri" (S. Tickle).

La comunicazione digitale contemporanea, ha fatto loro credere di essere meno isolati perché sempre connessi, ma ha

acuito il senso di solitudine. Per i teledipendenti, continuamente ossessionati dalla consultazione dei vari siti, gli psichiatri e gli psicologi hanno individuato la sindrome Iad (“Internet Addiction Disorders”).

È vero che l’Hi-tech continua a fornire ai medici software, algoritmi e informazioni in tempo reale utili nella professione, ma è anche innegabile che nella società odierna è venuta meno la capacità di dialogare con “l’altro” sempre più dipendente dal web. La relazione con il malato che per la diagnosi e la terapia si basava sulla contiguità tra i due interlocutori, sull’ascolto della narrazione del malato, sulla comunicazione e informazione diretta, sul dialogo, sulla decodificazione del linguaggio verbale e non verbale, oggi rischia di divenire sempre più distante, spersonalizzata, e deprivata di ogni emozione. E intanto, la malattia non ha solo la dimensione organica della clinica (disease), ma ne anche una soggettiva della persona (ilness) e una sociale (sickness).

In questi anni anche i robot, oltre a fare il loro ingresso in medicina e in chirurgia, stanno ampliando il ventaglio delle loro capacità relazionali.

Dai giocattoli sociali per i bambini, alla prospettiva di impiegarli come baby-sitter, da quella di farne dei veri e propri partner, anche sessuali, a quella di usarli come “badanti” per le persone anziane sole, o come infermieri per gli affetti da Alzheimer.

Infatti è in corso anche un’evoluzione della robotica: da quella avanzata dei sistemi cognitivi del 2000 (II generazione) alla progettazione di robot al servizio dell’uomo del 2010 (III generazione) basata sulle neuroscienze, la sensibilità integrata, i nano materiali multifunzione e la computazione tra cervello e corpo, ispirata all’organismo umano.

Nella storia dell’Uomo le “novità” hanno sempre suscitato dubbi, resistenze e previsioni catastrofiche, ma le battaglie di retroguardia sono destinate alla sconfitta.

*Ogni “luddismo”
è destinato
al fallimento*

È noto come fallì il “luddismo”, il movimento di protesta che prese il nome da Ned Ludd (il primo operaio tessile che nel 1779 distrusse il telaio del padrone), e scelse come forma di lotta di sabotare le macchine per opporsi al crescente sfruttamento della rivoluzione industriale. Sarebbe illusorio credere di potersi opporre alle innovazioni cibernetiche, prodotte dalle grandi industrie che, non senza rischi e pericoli, modificano la realtà che ci circonda, anche perché offrono al medico possibilità suggestive e insidiose nelle quali i “fini” cedono spesso il passo all’enfasi sui “risultati”.

Questo convegno ha offerto una meditata riflessione sulle novità “immateriali” che incombono sull’esercizio della professione, ma ha messo anche in luce come nel giro di pochi decenni stiano cambiando i paradigmi tradizionali di riferimento insidiati da un’alleanza in atto tra produttori “esterni” di tecniche per immagini, test di laboratorio, informatica e robotica.

Solo una diffusa consapevolezza della categoria sull’importanza di questi temi, la condivisione di norme deontologiche rigorose e attente alle novità, l’impegno sul “dover essere” dei colleghi, e un confronto aperto con le facoltà di medicina, potranno consentire ai medici di distinguere volta per volta il grano dal loglio, gli strumenti utili da quelli che rischiano di snaturare la professione.

Cybermedicina e donne medico

Antonella Agnello

componente della Consulta Deontologica nazionale

componente Consiglio Direttivo Omceo Padova

IN RAPPORTO A QUESTO CONVEGNO dedicato alla cybermedicina, propongo alcune riflessioni relative al rapporto fra le donne medico, anche se non “native digitali”, e l’uso dell’informatica.

Da sempre le donne sono più degli uomini “in rete” tra di loro nei diversi ruoli parentali e sociali. Questa capacità di far gruppo e di creare relazioni è innata nel genere femminile, al punto da farla emergere come uno dei valori aggiunti in un mondo sanitario in cui le donne medico sono, in particolare nelle fasce di età più giovani, numericamente prevalenti rispetto agli uomini.

Il fatto che inizialmente la prevalenza della forza lavoro fosse maschile potrebbe ingenerare l’idea che la rete sia da questo influenzata, ma le donne in realtà sono sempre state in prima fila e hanno dato il loro importante contributo. Alcuni esempi: *The Origins of the Internet* (1996) è stato scrit-

*Il contributo
delle donne
al pensiero sul web*

to da Katie Hafner e Matthew Lyon, e il più recente *La medicina ai tempi del web. Medico e paziente nell'e-Health* è di M. Giovanna Ruberto (2011).

Le donne medico sono forse meno tecnologiche dei colleghi uomini, ma questo, a mio parere, non si verifica per (in)capacità quanto perché anche nel mondo digitale la donna non perde il suo aspetto pragmatico e cerca di fruire più rapidamente dei colleghi maschi di ciò che la rete offre, senza perdersi in tecnicismi e non lasciandosi “prendere dalla rete”.

In ogni caso si assiste ad una crescita del numero delle donne che si collegano on line; e ciò si verifica non solo per coloro le quali si collegano solo qualche volta ma anche per chi lo fa quotidianamente.

D'altra parte basta vedere quante donne cercano risposte tramite forum o chat e quante donne medico sono su facebook o su twitter.

Alcuni dati internazionali

Un'indagine dell'Osservatorio permanente contenuti digitali, realizzata da AC Nielsen, ha evidenziato che lo storico gap tecnologico tra uomini e donne è annullato tra i 14 anni e i 24 anni e l'uso di forum e blog è maggiore per le donne verosimilmente perché più portate al confronto e alla condivisione. Al contrario l'uso di sistemi di file sharing risulta proprio dei maschi di tutte le età.

Un'altra ricerca in Inghilterra, effettuata da BT group, ha evidenziato che più della metà del campione femminile utilizza i social network, come facebook o twitter, contro il 38% della controparte maschile.

Interessante anche “Women on the Web”: *How Women are Shaping the Internet*, una recente indagine (aprile 2010) condotta a livello mondiale da comScore sul differente uso di Internet tra donne e uomini (v. figura).

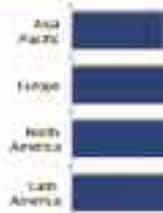
Differente uso di internet tra donne e uomini

Global Internet Population, 18+



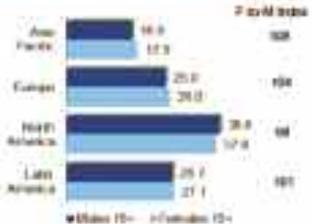
Workday Audience (18+ accessing from Work or Home), April 2010
Source: Media Matrix Worldwide

% Women 18+ in Regional Internet Populations



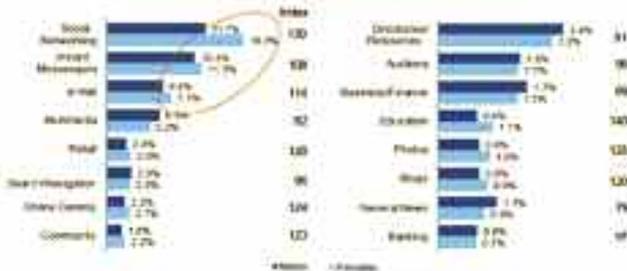
Regional Audiences (18+ accessing from Work or Home), April 2010
Source: Media Matrix Worldwide

Average Time Spent Online by Region: Males vs. Females



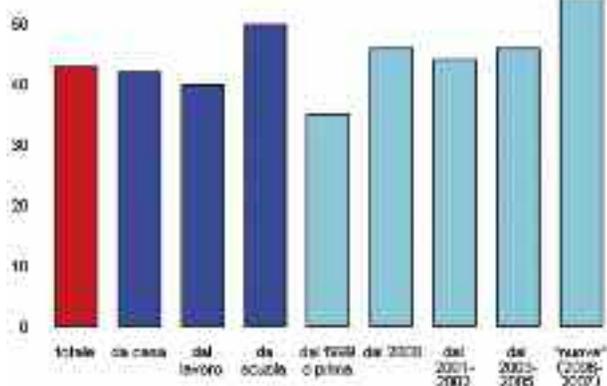
Time Spent Online, 18+, April 2010
Source: Media Matrix Worldwide

Share of Time Spent Online: Females vs. Males



Workday Audience (18+ accessing from Work or Home), April 2010
Source: Media Matrix Worldwide

Da dove si collegano in internet le donne



Se è vero che altri dati rilevano che le donne insegnanti siano tra le principali utilizzatrici di internet e della tecnologia informatica, anche la donna medico non vede l'informatizzazione come un ostacolo al suo rapporto con il paziente, al contrario: essa diventa anche un modo per poter rispondere ai bisogni dei pazienti pur rimanendo a casa negli orari in cui le è necessario coprire il ruolo di donna-madre e donna-moglie... ed in questo gli smartphones hanno reso tutte "Fate Turchine" capaci di andare al supermercato e dare il consiglio via e-mail al paziente in tempo quasi reale (con tutti i rischi talora connessi, ahimè ...).

D'altra parte la donna è in generale più incline ad adattarsi al cambiamento che il rapporto medico-paziente ha avuto parallelamente all'utilizzo "democratico" del sapere attraverso la rete. I pazienti, oggi, cercano infatti sul web quel primo consulto che un tempo era fornito solo dal medico di fiducia. Blog, social network, forum e onLine health communities sono realtà sempre più numerose e frequentate, che danno ai malati ed alle loro famiglie la possibilità di con-

frontarsi e di scambiarsi esperienze circa sintomi, malattie e alternative terapeutiche, prima ancora che un medico possa fornire un parere specialistico sul singolo caso clinico.

Oltre che strumento di comunicazione con il paziente è sicuramente uno strumento per la conciliazione lavoro/famiglia, l'utilizzo della rete può essere fondamentale nel periodo di maternità, così com'è noto essere opportunità per la formazione a distanza.

Le donne medico con il loro approccio pratico e creativo tendono, in virtù delle caratteristiche di genere, ad essere “soggetti” che riescono ad utilizzare ciò che la cyber medicina offre, avendo minori rischi di diventare “oggetti” intrappolati nella rete!

Eva Antoniotti

giornalista, “Quotidiano Sanità”

Come si fa ad orientarsi nel mare delle informazioni? Mi sembra che questa sia stata una delle criticità che in tutto il dibattito, in diversi interventi, è venuta fuori. La sovrabbondanza, la quantità, il “rumore” di informazioni che si trovano in Internet spesso risulta disorientante.

Si è parlato, a più riprese, di creare un “bollino”, ovvero un modo per certificare una fonte autorevole. Ma l'autorevolezza è cosa distinta dall'autorità, mentre il bollino mi pare che si fermi troppo sul versante della burocrazia, senza penetrare nei meccanismi innovativi e specifici che si creano nella rete. Piuttosto ioccorrerebbe studiare proprio questo nuovo linguaggio e quelle tecniche di comunicazione a cui Adriana Bazzi faceva riferimento, per cui si riesce a fare in modo che alcune notizie siano nei motori di ricerca in una posizione più evidente, più emergente. I comunicatori, i giornalisti fanno questo lavoro, riescono ad ottenere questi risultati.

In fondo, il lavoro del giornalista, al di là dello strumento, la carta, la radio, la televisione, l'informatica, è in gran parte questo, selezionare nella realtà le informazioni che effettivamente sono necessarie, utili e importanti. Attraverso la propria autorevolezza, o quella di una testata, di un gruppo, di un lavoro che va nel tempo, offrirle ai fruitori, ai lettori. Oggi Walter Gatti diceva che il portale della Fnomceo si attesta tra i dieci siti che vengono più visitati in materia di sanità. Io credo che questo sia un indicatore, come anche i ri-

* Gli interventi sono stati riportati in ordine alfabetico.

sultati che in un tempo relativamente breve Quotidiano Sanità ha raggiunto nell'informazione del mondo sanitario italiano. C'è bisogno di luoghi, di competenze che possano offrire questo tipo di risultato.

Un secondo aspetto critico emerso nel dibattito di oggi è la difficoltà di utilizzare e interfacciare i sistemi. Luigi Conte lo ha detto chiaramente: ci siamo trovati davanti ad una situazione in cui ad un certo punto sembrava che gli informatici volessero decidere sul nostro terreno, ma abbiamo risolto il problema con una più forte interlocuzione con il momento istituzionale, affermando le nostre esigenze e le nostre ragioni.

Certamente l'intervento di Giacomo Milillo ha mostrato come l'interlocuzione con il livello istituzionale ha arginato delle difficoltà. Ma da cronista, da osservatrice, credo sia indispensabile per il mondo medico affrontare un gradino successivo, una interlocuzione più potente, più forte con i produttori di tecnologia perché costruiscano strumenti che rispondano realmente alle vostre esigenze. Se l'informatica è uno strumento, questo deve essere fatto per le vostre mani, per le vostre finalità. E l'unico modo perché ciò avvenga è che il dialogo con il mondo informatico sia forte, magari accogliendo nei lavori della Federazione quella parte di professione che è quasi nativa digitale.

Adriana Bazzi

giornalista, "Il Corriere della Sera"

Appartengo a quella generazione di giornalisti che, a partire dagli anni '80, ha contribuito a scardinare il rapporto medico-paziente di tipo paternalistico che esisteva anni fa. Questo modello di comunicazione tradizionale, che ha visto an-

che un'alleanza fra il mondo giornalistico e il mondo medico, è completamente saltato. Come ha spiegato Gatti, portando l'esempio dell'influenza aviaria, quando non è andata solo in crisi la comunicazione delle grandi agenzie, ma più in generale la comunicazione tradizionale e ha vinto il web. Per fare un altro esempio, la discussione sul web ha portato al flop della vaccinazione contro l'influenza, perché si è discusso degli effetti dei vaccini ecc. E questo mostra come sia andata in crisi l'informazione tradizionale e come il web possa condizionare anche alcune scelte in campo sanitario, come possa creare bisogni e addirittura modificare il concetto stesso di salute. "Web" comprende tutto, sia l'informazione classica, quella dei siti tradizionali come quelli di un giornale come il Corriere della Sera, sia Twitter, Facebook. In Spagna hanno fatto un'indagine per capire se i medici devono o meno concedere l'amicizia su Facebook. In Internet potete trovare e comprare farmaci, addirittura si può abortire, si possono comprare i farmaci abortivi, ci sono anche dei siti dove si possono chiedere delle consulenze. In Internet c'è di tutto e di più.

Ma c'è un punto che voglio sottolineare. Riguardo all'eccesso di informazione e alla possibilità di certificarla, il nodo fondamentale cui guardare, non è tanto la certificazione di un sito, perché noi stiamo andando verso una personalizzazione dell'informazione, dobbiamo guardare i nativi digitali. Se faccio un bellissimo, autorevole giornale come il Corriere della Sera, i ventenni non lo leggono, quindi il problema è, avere una informazione certificata, magari, però farla arrivare a chi vuole un'informazione personalizzata.

Oggi ci sono delle applicazioni che permettono di costruire il proprio giornale quotidiano. La vera sfida da qui in avanti è proprio quella del far trovare su Google l'informazione che noi vogliamo far passare. Anche al Corriere ci poniamo questo problema, cioè come far trovare l'articolo on line da

chi entra in Internet, perché buona parte delle persone che accedono al sito del Corriere lo fanno attraverso Google. Quindi il trucco sta nel far arrivare l'informazione che gli operatori della sanità vogliono far passare alla persona giusta cercando la personalizzazione dell'informazione: noi lo facciamo attraverso particolari parole chiave che mettiamo nei titoli. Come c'è una personalizzazione della cura, oggi si deve pensare anche ad una personalizzazione dell'informazione.

Fabrizio Consorti

vicepresidente del Corso di Laurea in Medicina dell'Università La Sapienza di Roma - consulente per Progetti Europei nel campo delle applicazioni ICT in medicina

La formazione professionale continua è un elemento irrinunciabile nello sviluppo di un sistema delle cure sempre migliore in Italia. I correnti modelli di formazione degli adulti prevedono la centralità della “pratica deliberata”, intesa come esercizio intenzionale, accompagnata dalla riflessione sia sull'esperienza formativa vissuta che sulla pratica professionale quotidiana. Da quest'ultima infatti originano i bisogni di formazione e ad essa deve tendere come ricaduta ogni percorso educativo. Sono infine strumenti potentissimi le prove di valutazione, con intento formativo, ripetute e molteplici nel formato e nell'obiettivo messo a fuoco.

In questo quadro teorico, le ICT offrono strumenti utilissimi che consentono:

- di spostare la formazione verso una fruizione “on the job”, vicina quindi all'origine dei bisogni;
- di supportare modalità avanzate di pratica simulata e di interazione all'interno di comunità di pratica;

- di consentire al singolo professionista di definire percorsi personali e di monitorizzare la propria progressione, anche in termini di audit.

Questa prospettiva integra direttamente la formazione col miglioramento di qualità e col risk management e quindi con modelli assistenziali avanzati.

Il progetto SAMUELE (Supporto adattivo all'Autovalutazione MULTIdimensionale E basata su LESSICO), finanziato dalla Commissione Nazionale Ecm, si propone di definire il progetto di un sistema per formazione a distanza conforme ai principi su espressi. Il sistema, basato su tablet pc, sarà sviluppato e sperimentato per valutarne efficienza e efficacia in un setting di medicina generale.

Marco Frey

presidente nazionale di Cittadinanzattiva

Partirei dalla domanda che è stata anche ripresa in questa Tavola Rotonda: scrivo per me o scrivo per gli altri? Dal mio punto di vista il medico dovrebbe scrivere per il paziente, per il cittadino. Lo stesso fascicolo elettronico, così come viene concepito, pur avendo anche una funzione di controllo delle performance, in ultima istanza è la ricostruzione di tutta la storia di un paziente nella sua interazione con la professione sanitaria, per aiutare i diversi operatori a gestirlo nel miglior modo possibile.

Quindi, scrivere per gli altri, ovvero scrivere in funzione del cittadino/paziente, è un elemento naturale nella professione medica sin dalle sue matrici originarie.

C'è poi un problema di appropriatezza, cioè la capacità di fare il meglio con quello che si ha. Sappiamo che nel settore della sanità questo è diventato un elemento assolutamente

te essenziale, e la tecnologia come strumento è questo, un supporto per essere più efficienti.

Ci sono tanti settori che prima della Pubblica Amministrazione hanno vissuto il trade-off che oggi voi avete evidenziato, però alla fine, in un modo o nell'altro hanno risolto le criticità, riportando la tecnologia ad essere uno strumento. In questa ottica è ovvio che ci vuole una forte capacità di mettere a sistema, per far sì che questa sfida necessaria venga gestita nel miglior modo possibile.

Quella che voi avete indicato credo sia una strada assolutamente da seguire e c'è la massima disponibilità da parte del nostro movimento ad essere interlocutore pieno di questo processo. D'altra parte, attraverso il nostro Audit Civico, partecipiamo a tutta una serie di meccanismi di valutazione delle performance del sistema sanitario. Inoltre io stesso sono anche professore universitario al Sant'Anna di Pisa, dove abbiamo messo a punto un sistema abbastanza strutturato di misurazione delle performance degli indicatori.

Questi strumenti, dal punto di vista di un movimento civico come Cittadinanzattiva, sono alla base di un processo che consente anche attraverso l'empowerment dei cittadini, di usare la tecnologia per fare insieme un salto di qualità, pur nelle difficilissime condizioni in cui oggi siamo.

Gian Franco Gensini

presidente Società Italiana di Telemedicina

L'università credo sia, in questo momento, in una posizione molto difficile: noi formiamo giovani che saranno attivi sul mercato della professione dopo circa dieci anni. Quale sarà l'infrastruttura a disposizione? Cosa ci sarà fra dieci anni? Cosa avranno a disposizione per vicariare in parte una delle

regole ormai desuete della formazione in medicina.

Quando io ho cominciato a studiare medicina, quasi cinquant'anni fa, bisognava imparare a memoria le classificazioni di anatomia e questo era importantissimo per la medicina. Oggi questo non solo fa ridere, ma è totalmente desueto perché abbiamo a disposizione, attraverso l'ICT tutto quello che vogliamo. La medicina si sposta così verso il pensiero, verso la capacità di associazione ma nell'università non esiste un approccio strutturato a quello che si sta modificando e a quello che l'ICT in medicina vuol dire.

Un progetto interessante è quello che abbiamo per una scuola di medicina in Trentino e che probabilmente si estenderà anche a Bolzano e ad Innsbruck. Lo abbiamo impostato sulla medicina dei sistemi e sulla utilizzazione di quello che, fra dieci anni, sarà sicuramente patrimonio comune a tutti i medici, cioè, la capacità di sfruttare il fascicolo sanitario elettronico, ma anche di poter analizzare la complessità dei pazienti, che sarà allora ancora maggiore di quella di oggi, attraverso una tassonomia che non sia più elementare come quella che abbiamo imparato e che tuttora continuiamo ad insegnare, ma che tenga presente il fatto che oggi noi possiamo padroneggiare, attraverso la convergenza delle informazioni che abbiamo, per esempio le informazioni genetiche che abbiamo sui pazienti. Nei tumori questo è più percepibile, ma se pensiamo ad esempio alla terapia antitrombotica, dobbiamo partire dal dato secondo cui la FBA ha almeno tre warning precisi: terapia anticoagulante, terapia anti aggregante. Una volta che ci troviamo con quel dato, come lo usiamo? Capire quanto un paziente che abbiamo di fronte e per cui vogliamo una terapia anti trombotica aggressiva è in realtà a rischio trombotico e a rischio emorragico, rappresenta un qualcosa che l'integrazione delle informazioni non ci darà mai in modo esatto, ma ci darà in modo ragionevolmente vicino alla nostra capacità di trarre in-

formazioni. Dal punto di vista dell'università mi interessa sottolineare questo aspetto: dobbiamo imparare ad insegnare in un altro modo, meno legato alle malattie, alla tassonomia delle ontologie, che in fondo sappiamo che ci stanno sfuggendo dalle mani. Ma questo lo devono fare i medici, quelli che fanno il dottore davvero, non coloro che fanno teoria, perché utilizzare l'ICT è una questione legata alla professione, alla capacità del clinico di leggere il fenoma, di leggere le variazioni del fenoma e di collegarle con gli altri elementi che ha.

Sono particolarmente contento di avere avuto l'occasione di dire queste poche parole, ma ritengo che una iniziativa come questa di oggi rappresenti una premessa fondamentale per un ripensamento, prima di tutto da parte di chi ha la responsabilità dell'insegnamento, di quello che sarà: essendo proattivi e trguardando a dieci anni, quello che serve, sicuramente non è quello che insegniamo in questo momento.

Maria Carla Gilardi

direttore dell'Istituto di bioimmagini e fisiologia molecolare del CNR

La Telemedicina è una realtà sempre più diffusa, molteplici sono le esperienze, i progetti, le sperimentazioni sul territorio nazionale, in tutte le Regioni e Province Autonome. Perché si realizzi una reale integrazione della Telemedicina nei sistemi sanitari, nei processi decisionali e nelle cure dei pazienti, è tuttavia necessario mettere in atto delle azioni che permettano di superare una fase di sperimentazione locale per giungere ad una fase di implementazione su vasta scala. Le linee di Indirizzo per la Telemedicina, approvate dal Consiglio Superiore di Sanità nel luglio 2012, hanno come obiet-

tivo di contribuire a creare i presupposti abilitanti alla diffusione di servizi di Telemedicina concretamente integrati nella pratica clinica, con cui fornire risposte efficaci ai modificati bisogni di salute dei cittadini. Le Linee di Indirizzo verranno portate alla condivisione con le Regioni e, una volta acquisita sul documento l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni, saranno pubblicate sul sito istituzionale del Ministero della salute.

Le linee di indirizzo sono articolate in capitoli, che trattano ciascuno un aspetto rilevante per la implementazione della Telemedicina: la classificazione dei servizi, i modelli organizzativi, la formazione e l'informazione, le modalità di integrazione della Telemedicina nel Ssn, le modalità di rimborso, gli aspetti economici, gli aspetti normativi, etici e di responsabilità professionale. Questi aspetti richiederanno singolarmente ulteriori approfondimenti. Le linee di Indirizzo, nel loro complesso propongono un percorso per indirizzare una sistematizzazione dei servizi di Telemedicina nel servizio sanitario.

Roberto Lala

segretario nazionale Sumai
presidente Omceo Roma

Mi trovo a rappresentare i problemi della specialistica, ma posso dire che conosco quanto siano grandi i problemi anche delle altre aree professionali.

Anche io faccio riferimento all'intervento della dottoressa Mangiacavalli perché ha toccato alcuni punti che sono estremamente importanti, e che si verificano non solo in ambito ospedaliero, ovvero la difficoltà dei sistemi di colloquiare tra di loro, di interfacciarsi, di tracciare i processi decisionali.

Sul territorio è altrettanto difficile definire questi processi clinico-terapeutici, perché ci troviamo ad avere un elevato numero di colleghi, dal medico di famiglia al pediatra di libera scelta, a tutti i medici che operano all'interno delle strutture ambulatoriali, che oggi è come se operassero all'interno di un immenso sommergibile composto da camere stagne. Difficile quindi, se non impossibile, prendere quelle decisioni comuni che vengono fuori dal dialogo, dal colloquio, dallo scambio di idee e di opinioni, dal confronto dei dati clinici, per andare verso l'approdo al porto sicuro che sarebbe fare diagnosi e dare terapia al paziente.

Giacomo Milillo parlava dei grandi problemi della medicina generale perché i colleghi, nei propri studi professionali, subiscono questo processo percependolo quasi come un'imposizione, senza essere stati coinvolti nella sua elaborazione. A livello ambulatoriale vi è una situazione analoga, che forse ha aspetti ancora peggiori: anche lì i processi informatici stanno calando dall'alto, anche lì i diversi profili professionali non sono stati messi in condizioni di comprendere prima, e proprio in questo incontro è stato sottolineato più volte quanto sia importante condividere il processo, per fare in modo che i sistemi informatici siano al servizio dei medici e non i medici al servizio dei sistemi informatici. Da noi sta accadendo esattamente il contrario, tra l'altro con servizi informatici di bassissimo livello, anche perché ancora non presenti nella maggior parte delle strutture.

Per questo, processi come quelli che vengono indicati dal Decreto Balduzzi, che condividiamo perché sono di ammodernamento del sistema territoriale, credo debbano essere supportati da una forte collaborazione con le categorie professionali. Una rete che ci deve vedere uniti, nel rispetto di quelle preoccupazioni legate alla sicurezza dei dati e alla condivisione dei processi.

È anche importante quanto diceva il presidente della Fofi,

Andrea Mandelli, riguardo ai farmaci cosiddetti “da banco”, che il paziente assume autonomamente, magari su consiglio del vicino di casa, ma che possono interferire con le terapie prescritte dal medico curante o dallo specialista. Se si utilizzasse lo strumento informatico questa sovrapposizione potrebbe essere controllata anche dal farmacista e magari evitata o corretta. Il sistema informatico è estremamente importante, ma chi lo gestisce, cominciando dalle istituzioni, dovrebbe cercare di ascoltare gli operatori, come ricordava Walter Gatti. Anche se, francamente, sono trent’anni che, in condizioni mutate, sento ripetere quanto sia necessario coinvolgere gli addetti ai lavori, senza che poi questo si realizzi davvero. Pochi giorni fa ho partecipato ad un convegno della Società Internazionale di Cardiologia, nel corso del quale si è svolta una seduta di telemedicina tra Tor Vergata e lo Zambia. Basta questo per capire le potenzialità degli strumenti informatici, ma per farlo bene credo che tutti gli attori debbano essere coinvolti, per andare verso la salute vera per il paziente.

Giuseppe Lavra

segretario nazionale organizzativo Cimo-Asmd

L’ICT dà e darà al Servizio Sanitario un apporto straordinario d’importanza e di utilità decisive. Tuttavia l’innovazione della cibernetica applicata in Sanità non è scevra da “effetti collaterali” e rischi. Uno di questi è certamente rappresentato da un eccesso di informazione che, come è stato ben detto in questa sede, può significare: “troppa informazione/nessuna informazione”, esiste poi un problema della qualità dell’informazione stessa. Ma c’è di più. Le radici culturali del sapere medico rischiano di essere travolte da una impropria

informatizzazione dei dati medico-sanitari, per l'uso di un linguaggio inadatto. Se infatti, nell'ambito del sapere medico, si affermano modelli culturali autoreferenziali che pretendono di imporre modalità incongrue di raccolta dati, si rischia di stravolgere le basi stesse di questo sapere. Inoltre si rischia di determinare veri salti generazionali per una traumatica esclusione delle generazioni meno giovani e meno confidenti con i sistemi informatici, interrompendo così anche la catena della trasmissione della conoscenza.

Nella pratica medica la raccolta informatica dei dati non può e non deve essere realizzata violando e/o sovvertendo il metodo clinico e le sue fasi fondamentali che sono alla base della gestione del malato. Quel metodo clinico che ci hanno insegnato i padri della Medicina moderna, tra questi cito per tutti il clinico medico ed epistemologo bolognese Augusto Murri.

Nell'attuale contesto, a mio avviso, l'ICT in Sanità non rappresenta più la rivoluzione in quanto è già realtà. Oggi la vera rivoluzione è rappresentata dalla trasformazione dei processi decisionali in Medicina che stanno diventando sempre più complessi e stanno assumendo sempre più carattere multidisciplinare, multidimensionale e multiprofessionale. Sta scomparendo il medico "solista". La multidisciplinarietà invoca il concorrere di più saperi nell'ambito delle discipline mediche in relazione alle scelte cliniche che, a loro volta, vanno calate in una dimensione che vada oltre gli aspetti clinici in senso stretto, per interessare la sfera socio-economica, familiare ed esistenziale della persona di cui ci si prende cura; ciò costituisce appunto la multidimensionalità. Va anche rimarcata l'importanza dell'apporto delle altre professioni sanitarie che, in via autonoma, stanno diventando parte integrante nel contesto decisionale in Medicina e questo rappresenta l'aspetto multiprofessionale. La stessa formazione del medico e di tutte le figure professionali che partecipano

ad erogare Servizi Sanitari debbono essere formate ed aggiornate secondo le mutate situazioni ed il nuovo contesto che si sta rapidamente determinando. Ma tutto ciò, a sua volta, implica che si faccia chiarezza assoluta sui limiti e gli ambiti di tutte le specifiche competenze professionali; altrimenti si rischia di accentuare la confusione di ruoli e competenze che già serpeggia nel nostro sistema sanitario.

Con queste consapevolezze e con queste attenzioni possiamo e dobbiamo accettare con entusiasmo la sfida che la tecnologia e l'ICT pongono alla Medicina moderna. Non dobbiamo avere paura del "fascicolo elettronico" né della cartella clinica informatizzata, purché i loro modelli applicativi siano armonizzati con il sapere medico e col metodo clinico. Pertanto questi nuovi e formidabili strumenti debbono essere realizzati seguendo le indicazioni e le esigenze di chi si occupa in concreto dei problemi di salute della persona e non possono prescindere da ciò, come purtroppo sta accadendo in molte parti. L'attuale incertezza sta determinando disarmonie e, lo dico da medico impegnato nel sindacato, sta frastornando i medici clinici i quali vivono con profondo disagio questa situazione. Armonizzare l'informatizzazione con le specificità del sapere medico vuol dire anche accelerare il processo di informatizzazione che avanza troppo lentamente ed in modo troppo parziale, se è vero, come peraltro è stato richiamato anche in questo magnifico Convegno, che ad oggi negli Usa sono informatizzate solo meno del 10 % delle cartelle cliniche; non mi sembra un dato esaltante, si può fare certo di più.

Andrea Mandelli

presidente nazionale Fofi

Le farmacie, ospedaliere o di comunità, in tutto il mondo, hanno una lunga consuetudine con gli strumenti informatici per la gestione organizzativa e amministrativa. Peraltro, gli storici della medicina ricordano che i farmacisti, nel 1870, furono tra i pionieri della telemedicina visto che il primo collegamento telefonico della storia fu realizzato tra il Capital Avenue Drugstore e 21 medici della zona.

Tuttavia è da una ventina d'anni che la Technology Information è entrata in modo significativo nella pratica professionale del farmacista, in particolare per quanto riguarda la gestione del rischio clinico legato al farmaco, ma anche per il supporto alla decisione del farmacista per quanto attiene all'automedicazione o, come si sta sperimentando in Svizzera, per sistemi di teleconsulto basati in farmacia.

L'Italia, a questo riguardo, sconta un notevole ritardo rispetto alle realtà d'Oltreoceano, certo, ma anche europee. E non tanto per gli aspetti di punta, ma per l'elemento che deve stare alla base dello sviluppo dell'IT in campo clinico: la condivisione dei dati relativi alla condizione e al trattamento del paziente. Non è un caso che in Francia il primo aspetto sul quale si è spesa la nostra professione sia stato la creazione del dossier pharmaceutique, che permette di conoscere le prescrizioni farmacologiche ricevute dal paziente, di aggiungere l'indicazione dei prodotti da banco acquistati, che spesso sfuggono alla conoscenza del medico, di essere informati di eventuali allergie o altre condizioni particolari.

Ma non c'è soltanto l'aspetto della sicurezza, per quanto fondamentale. La condivisione di queste informazioni, e soprattutto la possibilità di comunicare con il medico curante in tempo reale e senza disagi per il paziente, permetterebbe di affrontare in modo razionale e produttivo il tema della

pharmaceutical care. La Federazione tiene particolarmente a questo aspetto, che abbiamo deciso di promuovere patrocinando e sostenendo un progetto pilota in partnership con la facoltà di farmacia dell'Università del Kent, ora in svolgimento, per implementare nella farmacia di comunità italiana l'MUR, la revisione dell'uso dei medicinali prescritti, che è una delle prestazioni di punta introdotte in Gran Bretagna a seguito del libro bianco sulla farmacia del 2008. Si tratta di un sistema che permette di verificare l'aderenza del paziente alla prescrizione, la sua conoscenza delle modalità di assunzione del medicinale e, se sono coinvolti device, del loro impiego ottimale. Il nostro progetto pilota, che conta su una ventina di farmacie in quattro province, prevede come è naturale la massima collaborazione con il medico curante e l'Asl.

Noi ci aspettiamo risultati in termini clinici, ma anche in termini di risparmio di risorse, di eliminazione degli sprechi e dei costi sanitari indotti dal mancato rispetto delle indicazioni del medico e dell'uso ottimale del farmaco. È evidente, però, che questa evoluzione del ruolo del farmacista non può prescindere dall'implementazione anche in Italia di un'infrastruttura capace di mettere realmente in rete gli operatori sanitari del territorio. Oggi che sull'assistenza territoriale si punta molto, almeno nelle intenzioni, dobbiamo evitare che tutto si traduca in una riforma a costo zero, nella quale si cambiano soltanto i nomi, senza provvedere agli strumenti necessari a cambiare realmente le modalità in cui medici, farmacisti, infermieri e operatori sociali si trovano ad agire. E a mio avviso la reale informatizzazione dell'assistenza è al primo posto tra gli investimenti. In una società che invecchia costantemente, e con i mezzi che la tecnologia ci offre è sbagliato far muovere le persone anziché le informazioni.

Barbara Mangiacavalli

segretaria nazionale Federazione Ipasvi

Ringrazio il Consiglio Direttivo di Padova per questo cortese invito e porto i saluti della presidente nazionale Ipasvi, Annalisa Silvestro.

Mi ha molto colpito e interessato la relazione del presidente Bennato, che ha lasciato suggestioni interessanti per il dibattito di oggi ma anche per lo sviluppo di una riflessione nel futuro.

Vorrei mettere l'attenzione su alcune criticità prodotte dal processo di informatizzazione della medicina, della sanità e della comunicazione in sanità.

Innanzitutto, le criticità nell'integrazione. Non parlo di integrazione professionale perché questa credo che sia la base dell'informatizzazione in sanità, ma dell'integrazione dei diversi sistemi. Qualche relatore sottolineava come i sistemi si devono parlare, devono comunicare fra di loro, devono essere allineati. Ma uno dei problemi che i professionisti sanitari si trovano a dover gestire nell'ambito delle strutture in cui lavorano, che siano l'ospedale, il territorio, o la medicina generale, è proprio che questi sistemi fanno fatica a parlarsi. Dalla mia esperienza, prevalentemente ospedaliera, ricavo un esempio pratico per rendere l'idea di quanto sto dicendo: se esiste un registro operatorio informatico dove chirurgo, anestesista e infermiere registrano l'intervento, tutto questo deve poi comparire in automatico nella cartella clinica integrata; se però i due sistemi "non si parlano" noi ci troviamo nelle cartelle cliniche una parte in bianco relativa all'intervento chirurgico. Una difficoltà grave quando accade un evento avverso, ma anche solo quando ci sono richieste da parte del paziente.

Mi ha molto colpito la riflessione di chi sottolineava come i servizi tecnologici, l'ingegneria clinica, i servizi informativi

aziendali, non devono dettare le regole di utilizzo ai professionisti, ma piuttosto devono creare l'architettura tecnologica, organizzativa e informatica per i professionisti, che utilizzando questi sistemi devono essere coinvolti e partecipi. Altrimenti ci troviamo una struttura che, anziché essere di supporto ai processi decisionali sanitari in ospedale e sul territorio, pretende che i professionisti siano al servizio dei sistemi informativi.

Credo che debba essere chiaro a tutti, invece, che queste innovazioni devono aiutare, supportare i processi decisionali e devono essere al servizio dei professionisti sanitari, che a loro volta sono al servizio del cittadino che ha un problema di salute.

Noi crediamo nell'utilità dell'innovazione e, come federazione Ipasvi, oltre ad aver rinnovato il nostro portale, mettiamo ora a disposizione dei 400mila infermieri italiani l'accesso gratuito alle banche dati internazionali, a cominciare da /Final Plus/. In questo modo speriamo di contribuire all'evoluzione culturale, oltre che tecnologica, della nostra famiglia professionale al servizio degli altri professionisti e del cittadino.

Giacomo Milillo

segretario nazionale Fimmg

Credo che le criticità siano già state benissimo rappresentate dalla dottoressa Mangiacavalli, sia riguardo all'integrazione dei sistemi sia riguardo all'uso dello strumento informatico. Posso aggiungere che lo strumento dell'ICT, in particolare per la medicina generale, apre orizzonti non esplorabili prima, se non con una grande fatica. Se pensiamo solo al registro per patologia e lo togliamo dalla dimensione del

singolo studio proiettandolo in un sistema di assistenza, vediamo che le potenzialità sono enormi.

In merito alle forme peculiare della medicina generale, ovvero erogare servizi vicino al cittadino, l'ICT aumenta la possibilità di erogare questi servizi in prossimità, mediati non solo attraverso il medico di medicina generale, ma disponendo anche di tutto il personale sanitario e anche non sanitario che lavora intorno al medico.

Ma, nel mio ruolo di sindacalista, non posso che fare un quadro di quello che, al di là delle potenzialità, sta realmente avvenendo: le istituzioni sanitarie, in generale, stanno procedendo senza consultare i professionisti, o decidendo comunque da sole, con l'idea che l'informatizzazione sia uno strumento finalmente efficace per poter controllare il comportamento dei professionisti e per poterlo anche determinare.

Invece è necessario che questo strumento non incida nell'attività assistenziale e negli obiettivi assistenziali e quindi non si può prescindere dalla condivisione degli operatori coinvolti, mentre le istituzioni coinvolgono formalmente gli operatori solo nel momento in cui non sono in grado di fare quelle cose da soli.

Noi troviamo posto in varie commissioni istituzionali, ma il processo di informatizzazione in Italia non sta tenendo davvero conto del nostro parere. Pensiamo ad esempio a come è stato introdotto il certificato on line: in un primo tempo sembrava che dovesse essere uno strumento punitivo per la categoria medica, poi, dopo mille polemiche, si è dato ascolto ai problemi reali, sono state tolte le sanzioni e si è riusciti a farlo partire.

Quali sono le realtà con cui dobbiamo confrontarci? Una è Sogei, il tempio dell'informatica in Italia, un bunker super protetto in cui fanno quello che decidono di fare e spesso non rispondono della funzionalità delle cose: tutte le volte

che si fa qualcosa di nuovo, non ultimo l'applicazione della legge sulla prescrizione per principio attivo, questa viene fatta in modo sbagliato. Il fatto è che le tecnologie informatiche pongono un problema nuovo, rispetto al passato: non è solo l'obiettivo che deve essere garantito, ma è il percorso che diventa obbligato e quindi può limitare le scelte che invece il medico ha diritto di fare.

Facciamo un altro esempio, quello delle cartelle cliniche informatizzate che devono essere messe in rete. Noi abbiamo registrato tendenze a bypassare la categoria medica da parte delle software house che si mettono d'accordo direttamente con le Regioni o con Sogei, per costruire percorsi obbligati per i medici, senza sentire la categoria. Questo non è solo un problema sindacale, è anche un problema professionale. Per questo, se il sindacato dovrà agire nel suo ambito per tutelare gli interessi dei medici e dei cittadini, credo che anche la Fnomceo dovrà attivarsi, chiedendo che venga rispettata la norma per cui un software che gestisce dati sanitari deve avere l'approvazione del Ministero della Salute e delle apposite commissioni.

Se una norma di questo genere non esistesse, secondo me andrebbe creata perché il nuovo mondo informatizzato impone di avere un controllo deontologico non solo sull'attività del medico, ma anche su tutti i sistemi informativi e le tecnologie che utilizza.

Giuseppe Montante

vice segretario nazionale Anaa

Questo convegno ha il grande merito di mettere al centro dell'attenzione della categoria medica il grande problema dell'impatto della Cybermedicina, dell'informatica, e gli svi-

luppi, le evoluzioni, la rivoluzione copernicana che viene messa in atto, con una valutazione etica sulle sue ricadute. Tento di rispondere alla domanda che ci è stata fatta: qual è l'impatto per il mondo ospedaliero, per il mondo della dipendenza? Noi abbiamo già in atto la rivoluzione della cyber medicina e la tecnologia informatica nella nostra azione quotidiana è esplosa. Basta confrontare la radiologia di quando ero giovane studente con quella attuale. Oggi siamo alla radiologia anche virtuale, alla proiezione nello spazio di tutto.

Questo però ha portato sicuramente dei potenziali vantaggi, ma anche notevoli problemi, perché è una rivoluzione culturale, ma anche una ulteriore frammentazione, una parcellizzazione delle competenze, che non sempre aiuta la diffusione dell'informazione o la comunicazione. Per esempio, come ho sentito nell'intervento di un collega, ci domandiamo sempre più spesso: scrivo per me o scrivo per gli altri? Con l'informatizzazione si è più portati a dire: scrivo per gli altri, per mettere in rete e questo significa molto spesso incrementare la medicina difensiva.

C'è un aforisma che a me piace tantissimo, che sta alla base dell'evoluzione umana, conoscere per capire, per decidere, per essere liberi. Purtroppo, l'eccesso di informazione non filtrata, l'esplosione dell'informazione non filtrata, in un campo a forte impatto emotivo quale la salute, fa sì che non aumenti la conoscenza, perché molto spesso l'eccesso di informazione è la non informazione o l'informazione pilotata. Questo non permette la decisione corretta, quindi, non permette la libertà. Con questo voglio intendere che l'informazione in medicina, sia nei rapporti con i colleghi, intanto deve sicuramente usare sistemi compatibili, ma deve essere condivisa, piuttosto che calata dall'alto, soprattutto bisogna in qualche modo valutarne l'impatto esterno. Nei riguardi del paziente soprattutto, ma anche del collega.

La medicina non può essere un prodotto di consumo, oppure un'informazione mediata, o scorretta.

Se si vuole veramente ammodernare questo Paese, ma soprattutto se si vogliono utilizzare gli aspetti positivi dell'informaticizzazione stando molto attenti agli aspetti negativi, occorre fare in modo che questa rivoluzione si realizzi nel tempo, perché c'è un problema di acculturamento anche dei medici, che non è immediato. Deve diventare un progetto-Paese e non si può pensare che sia a costo zero.

Da parte della professione, attraverso l'Ordine dei medici, occorre poi definire regole molto precise sull'informazione, sulla comunicazione fra colleghi, sulla comunicazione esterna e sui limiti della comunicazione medica in rete.

Rossana Ugenti

direttore generale del sistema informativo
e statistico sanitario, Ministero della Salute

Nonostante la realizzazione dei sistemi informativi regionali stia ad oggi procedendo con apprezzabile dinamismo, con iniziative progettuali importanti sostanzialmente attive in tutte le Regioni, la situazione sul territorio nazionale risulta fortemente differenziata, non solo in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, ma anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli architettonici, agli standard semantici, alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi.

Risulta, quindi, fondamentale attuare un modello di governance che garantisca a tutti i livelli del Ssn il coordinamento delle diverse iniziative di eHealth, allo scopo di ottimizzare i finanziamenti disponibili ed individuare le best practice, favorendo il riuso, al fine di evitare la moltiplicazione

di progetti e garantire l'interoperabilità attraverso la definizione di standard, soprattutto di natura semantica, e che definisca un sistema unitario di interventi, nell'ambito di una cornice strategica comune, volti a sviluppare un'offerta di servizi efficienti e sempre più vicini alle esigenze dei cittadini. Le iniziative intraprese dal Ministero della salute, ai fini dello sviluppo e della diffusione dell'eHealth, anche in coerenza con gli orientamenti comunitari in materia, si collocano nell'ambito della cornice strategica definita a livello nazionale dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Nsis). In tale contesto Il Ministero della salute ha individuato una serie di direttrici strategiche di intervento, il cui obiettivo è quello di supportare la realizzazione di sistemi informativi sul territorio che possano essere concretamente di sostegno alla cura del paziente, oltre che al governo del Ssn. Sono state quindi predisposte, previa condivisione con le regioni, apposite Linee guida su specifici ambiti di intervento. Tra queste particolare rilevanza rivestono le "Linee guida nazionali sul Fascicolo Sanitario Elettronico", che sono state oggetto di Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011.

Nell'ambito della sanità in rete, la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (Fse) rappresenta un salto culturale di notevole importanza il cui elemento chiave risiede nel considerarlo non solo uno strumento necessario a gestire e supportare i processi operativi, ma anche un fattore abilitante al miglioramento della qualità dei servizi e al contenimento dei costi. Il Fse, che è sempre riferito al singolo cittadino e che ha come orizzonte temporale l'intera vita del cittadino, è finalizzato a fornire ai medici, e più in generale ai clinici ed agli operatori del territorio, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino, generati dai vari at-

tori del Sistema Sanitario. L'utilizzo del Fse consente di incidere in maniera significativa sull'efficacia dell'assistenza in termini di appropriatezza clinica ed organizzativa, oltre che sull'efficienza dei processi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali. Esso fornisce un rilevante supporto per la realizzazione, in termini clinici gestionali ed organizzativi, di modelli assistenziali innovativi finalizzati a favorire forme di integrazione tra ospedale e territorio. Il Fse favorisce infatti la realizzazione di modelli assistenziali basati sulla cooperazione tra gli attori coinvolti e sulla gestione integrata dei percorsi di cura ed assistenza del paziente. All'interno del Fse, inoltre, è fondamentale che sia contenuta una sintesi della storia clinica del paziente, il Patient Summary, in modo da rendere fruibili in maniera ottimale le informazioni necessarie. Il Patient Summary è il documento informatico sanitario che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente. Tale documento è creato ed aggiornato dal mmg/pls ogni qualvolta intervengono cambiamenti da lui ritenuti rilevanti ai fini della storia clinica del paziente e, in particolare, contiene anche un set predefinito di dati clinici significativi utili in caso di emergenza. Lo scopo del Patient Summary è quello di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento del paziente al momento di un contatto non predeterminato, come ad esempio in situazioni di emergenza e di pronto soccorso. Attraverso il Patient Summary il mmg/pls fornisce una veloce ed universale presentazione del paziente sintetizzando tutti e soli i dati che ritiene rilevanti e li rende disponibili a tutti i possibili operatori sanitari autorizzati alla consultazione. Il Patient Summary non può essere creato in maniera automatica a partire dal Fse, esso è sempre frutto di una valutazione professionale e la frequenza di aggiornamento, che deve essere adeguata, è a discrezione del mmg/pls.

Franco Vimercati

presidente Fism

Nell'ambito della Federazione delle Società Scientifiche stiamo cercando di procedere condividendo i passaggi fondamentali perché, come abbiamo sentito anche dai relatori precedenti, la cosa più importante è condividere le scelte. L'informatica produce una evoluzione esponenziale del cambiamento, ma occorre cambiare anche il modo di operare. Per realizzare tutto ciò è necessario essere in quei punti strategici in cui si cambia la modalità d'essere.

Posso portare due esempi. Uno è la dematerializzazione dei documenti informatici in radiologia, sulla quale si è arrivati alla stesura di un documento condiviso, perché servono le regole e serve che le società scientifiche mettano a disposizione il loro know-how per fare in modo che queste regole siano condivise, tanto da farle diventare regole modificabili e aggiornabili in breve tempo, altrimenti si rimane ingessati. Il secondo esempio riguarda la tele radiologia, che è normata da un documento dell'Istituto Superiore di Sanità del 2010, che spesso purtroppo non sono conosciute a livello regionale.

Il problema quindi è fare in modo che questi documenti condivisi vengano portati sui tavoli e fatti conoscere, e certamente nessuno può farlo meglio di noi operatori. Se questa condivisione fosse stata realizzata anche con i medici di medicina generale per tempo, probabilmente non avremmo avuto osservazioni sulla mancata applicabilità delle norme sulla certificazione elettronica.

Nel “crepuscolo del dovere”
fra etica e giurisprudenza:
una deontologia forte
per la rinascita della professione

PARMA 26 OTTOBRE 2012

Introduzione

Pierantonio Muzzetto

presidente Ordine Medici e Odontoiatri di Parma

docente di Etica e Deontologia medica - Medicina e Chirurgia

Università di Parma

I CASI DI CONTENZIOSO AUMENTANO esponenzialmente e sulla responsabilità medica la magistratura deve confrontarsi da un lato con il diritto, dall'altro con le norme deontologiche. Attraverso il convegno Nel "crepuscolo del dovere" fra etica e giurisprudenza: una deontologia forte per la rinascita della professione, organizzato dall'Ordine dei Medici di Parma, in collaborazione e con il patrocinio della Fnomceo, si sono voluti approfondire i diversi punti di contatto esistenti tra il pensiero deontologico e pensiero giuridico per avviare una fattiva collaborazione. "La Deontologia è infatti il volano e il mezzo della visione etica del professore la medicina, divenendo, nel rispetto delle norme e dei principi, il ponte fra professioni diverse, nello specifico delle attività istituzionali: professionali, sanitarie e non sanitarie. Il comportamento deontologico, quale fondamento dell'etica, deve essere il quarto dei punti nodali della professione, il cui controllo e la cui valutazione siano lasciati all'Ordine professionale, secondo una scala ideale che ne gradui l'importanza".

I principi etici che devono animare l'agire medico sono rac-

chiusi nel Codice Deontologico del 2006, oggi in fase di revisione per attualizzarne e non certo stravolgerne i contenuti, visto il valore attribuitogli dalla Suprema Corte di Cassazione, che lo ritiene a tutti gli effetti un testo di riferimento in giudizio.

“Il Codice deve contenere norme chiare, di facile comprensione e applicabilità, affinché possano essere seguite da tutti i medici. Purtroppo, infatti, a quanto ci risulta, solo il 10-20% della nostra categoria lo conosce. Questo fatto è molto grave, soprattutto qualora ci si trovasse nella malaugurata condizione di presunto colpevole davanti a un magistrato. Conoscere i propri diritti e i doveri deontologici è categorico, perché in alcuni casi sono gli stessi medici gli artefici della mal interpretazione. E anche l'attività peritale, in fase di giudizio, deve tener conto delle norme del Codice, tra cui occorrerebbe inserirne una, indispensabile, che miri ad una comune valutazione della verità fattuale. Il fenomeno del contenzioso è in crescendo. Il 90% degli ospedali italiani interrogati a proposito ha dato un responso sconsigliato: infatti nell'arco di 7 anni vi è stato un aumento spropositato. Ad oggi la metà dei contenziosi in essere è irrisolto e questo deve farci riflettere. Occorre che il medico intraprenda una politica di rivendicazione del proprio ruolo e che torni ad interpretare in senso deontologico il rapporto con il paziente. Questo significa anzitutto riappropriarsi di quello strumento fondamentale per la cura che è il “tempo medico” e il legislatore deve capire che mettere il professionista nelle condizioni di poter tornare a dedicare il tempo che serve (sempre più destinato al disbrigo di pratiche burocratiche, all'esecuzione di protocolli, etc.) all'ascolto del paziente, non è uno spreco di risorse, ma un guadagno”. Tre quarti dei casi di contenzioso, infatti, possono essere evitati, comunicando, ulteriore, insostituibile, strumento di cura.

Il ruolo del medico-legale nel giudizio deontologico, quale sintesi fra diritto e attività professionale medica

Nicola Cucurachi

docente di Medicina Legale, Università degli Studi di Parma

IL TEMA CHE MI È STATO AFFIDATO, riguardante il ruolo del medico-legale nel giudizio deontologico, è per me particolarmente coinvolgente.

Ciò non tanto perché mi consente di esprimere gli orientamenti della dottrina e della letteratura scientifica sulla rilevanza della valutazione medico-legale nel giudizio deontologico anche perché in realtà, preparando il mio intervento mi sono reso conto che questo tema non è stato oggetto di approfonditi e specifici contributi dottrinari.

Mi consente però di dare un senso ad un'esperienza ormai decennale come consigliere dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, all'interno del quale sono stato coinvolto proprio in relazione alla mia qualifica di medico-legale.

Nell'ambito dell'attività ordinistica mi sono sempre occupato delle questioni deontologiche in stretta collaborazione con il presidente dell'Ordine dei medici e nell'assistenza ai

colleghi che si sono di volta in volta rivolti alla segreteria dell'Ordine richiedendo consigli e delucidazioni per questioni medico-legali, per lo più riguardanti certificazioni, rapporti con i pazienti, rapporti con l'autorità giudiziaria, ecc..

Il tema del mio intervento odierno mi spinge a compiere una riflessione sull'effettivo valore aggiunto che la presenza di un medico legale all'interno di un consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi può fornire nella valutazione deontologica anche al fine di verificare se le aspettative di chi ha proposto la mia candidatura siano state soddisfatte.

La riflessione che voglio sviluppare non può che partire dall'identificazione dell'essenza e del ruolo della figura del medico-legale.

Il ruolo del medico-legale

La medicina-legale nella sua proteiforme estrinsecazione di attività si è da sempre interrogata sulla propria connotazione ontologica; ciò probabilmente la differenzia dalle altre branche e specializzazioni della medicina che avendo come proprio campo di interesse specifici organi e funzioni, anatomicamente o fisiologicamente determinati, hanno maggiore facilità a dare una precisa definizione di sé.

Da quando svolgo le lezioni di medicina legale nel corso di laurea in medicina e chirurgia ricordo che nell'ambito delle discussioni circa l'attribuzione ai diversi docenti dei vari argomenti da trattare, annualmente provocava imbarazzo l'assegnazione della prima lezione di introduzione al corso.

Chi infatti introduceva il corso di Medicina Legale si trovava a dover spiegare agli studenti che cosa fosse questa strana disciplina che poco aveva a che fare con le cliniche che li impegnavano negli ultimi anni del corso di laurea. Nei miei ricordi di studente non ricordo che analoga richiesta di specificazione abbia riguardato i corsi di cardiologia, pneumologia, urologia, ecc.

La Medicina Legale non si identifica con un campo di interesse, e neanche con una professione intellettuale preci-

samente definita, fungendo da ponte fra la medicina e il diritto.

Tale difficoltà nel dare una chiara ed immediata definizione di che cosa sia la medicina legale e di che cosa sia il medico-legale apre il campo alle più diverse opinioni provenienti dal campo dei diversi professionisti o della società civile

Senza volere essere blasfemo, si potrebbe utilizzare per il medico legale l'espressione che nostro signore Gesù Cristo impiegò rivolgendosi ai suoi discepoli e riportata nel Vangelo secondo Marco: "Chi dice la gente che io sia?" E direttamente ai suoi discepoli: "E voi chi dite che io sia?" (Vangelo Mc 8,27-35)

Un medico-legale potrebbe rivolgere uguale domanda ai propri interlocutori ricevendone le definizioni più variegata. Se in particolare io dovessi giudicare sulla reputazione dei medici legali basandomi sulle domande che ci vengono rivolte non potrei che ricavarne un giudizio fuorviante.

Per alcune persone, e penso in particolare a molti dei colleghi medici, il medico-legale è visto come il depositario della dottrina giuridica in grado di esprimere giudizi pressoché definitivi riguardanti qualsiasi campo del diritto; le richieste di informazioni e delucidazioni possono spaziare dal diritto penale, a quello civile a quello amministrativo fino a sfociare nella gestione dei condomini o in qualsiasi campo del diritto assicurativo.

Per chi si occupa di questioni giuridiche il medico-legale è essenzialmente un medico ed in quanto tale, privo di specializzazioni particolari, dovrebbe essere a conoscenza, secondo la sindrome che un nostro maestro ha identificato quale la sindrome di Leonardo da Vinci, di tutto lo scibile medico-scientifico. Non mi nascondo che buona parte di responsabilità in relazione a questa opinione è probabilmente degli stessi medici legali che con buona dose di incoscienza si spingono a dare giudizi, anche in ambito peritale, sul-

l'operato di colleghi senza possedere adeguata conoscenza delle questioni tecniche riguardanti le singole branche della medicina.

Secondo altri ancora, e sono forse quelli per cui abbiamo una peggiore reputazione, i medici legali sono i medici che danno i numeri, da altri addirittura definiti dannaioli, probabilmente non comprendendo lo sforzo di approfondimento che può star dietro all'opera professionale di valutazione del danno.

Ciò mi porta a dire che probabilmente la ricerca di una definizione corretta sulla figura e sul ruolo della medicina Legale (come disciplina) e del medico-legale (come professionista) non può essere trovata all'esterno ma deve provenire dall'interno.

*Riconoscimento
europeo della
Medicina Legale*

Proprio in questi giorni, al termine di un percorso durato oltre mezzo secolo, la medicina legale è stata riconosciuta dalla European Union of Medical Specialists (Eums), espressione europea delle Federazioni degli Ordini dei Medici e di Società Scientifiche-Professionali Nazionali, quale "Thematic Federation" di interesse interdisciplinare, con la denominazione di *Legal and Forensic Medicine*. Nel contesto di tale riconoscimento sono state individuate tutte le diverse anime ed aree di indirizzi tematici, competenze e pratiche della Medicina Legale, riepilogative di tutte le scienze e sottodiscipline biomedico-legali, dalla patologia forense (della persona vivente e deceduta) alla genetica, alla tossicologia e alla psicopatologia forensi, alla bioetica, alla medicina sociale, previdenziale, assicurativa, sociale e privata, ecc.

Tale ampiezza di attività e campi di interesse porta a rendere particolarmente problematica, ma non impossibile, l'individuazione dell'aspetto unitario della medicina legale. Si spiega classicamente che ciò che contraddistingue la medicina legale è un metodo di indagine che può di volta in volta essere applicato alle diverse fattispecie mediche e giuridiche.

L'altro aspetto caratteristico che sostanzia l'attività e il ruolo medico legale è la conoscenza dei fondamenti del diritto e la possibilità quindi di poter interpretare le diverse fattispecie cliniche in relazione alle diverse situazioni giuridiche di volta in volta rilevanti.

Quindi un metodo di indagine specifico e l'analisi della realtà filtrata dall'applicazione delle norme del diritto tesa al raggiungimento di finalità anch'esse specifiche in quanto pregne di rilevanza giuridica.

Il giudizio medico legale, attraverso il suo metodo specifico, è infatti rivolto alla identificazione delle cause, alla ricerca degli effetti che siano causalmente correlati con specifici comportamenti umani, alla qualificazione dei comportamenti umani (e nel caso che ci riguarda quelli medici) all'interno di categorie giuridiche rilevanti sotto il profilo penalistico, civilistico, disciplinare, ecc..

Ciò è quanto la dottrina e l'esperienza insegna ai medici legali circa il ruolo e le modalità di applicazione della propria professione.

Compiuto questo breve sforzo di indicazione di quale può essere il ruolo della Medicina Legale e dei medici-legali, come interpreti di una realtà posta al confine fra la valutazione dei comportamenti medici ed i suoi riflessi giuridici, bisogna vedere fino a che punto il medico-legale possa ritenersi competente nella valutazione in campo deontologico.

Ci si deve a questo punto interrogare sul significato e sul ruolo della deontologia e dei codici deontologici e degli ordini professionali.

La deontologia, i codici deontologici e gli ordini professionali non sono la stessa cosa.

Così come non sono la stessa cosa il potere legislativo, le leggi, il parlamento e l'apparato giudiziario. Si impone a questo punto una breve premessa organizzativa riguardante l'attuale organizzazione delle rappresentanze professionali.

*Il medico-legale
e la deontologia*

Gli ordini professionali sono enti pubblici non economici di tipo associativo ad appartenenza necessaria ed esponenziali degli interessi dei consociati.

La dimensione nazionale dell'interesse pubblico finalizzato a garantire il corretto esercizio della professione a tutela dell'affidamento della collettività richiede che sia lo Stato ad istituire appositi enti pubblici ad appartenenza necessaria cui affidare il compito di curare la tenuta degli albi nonché di controllare il possesso e la permanenza dei requisiti in capo a coloro che sono già iscritti o che aspirano ad iscriversi

Ciò ha quindi un presupposto fondamentale che è quello della tutela della collettività, che nel caso della professione medica attiene alla tutela di un diritto costituzionalmente protetto quale quello della salute.

Non sarebbe altrimenti possibile conciliare l'esistenza di un ente pubblico con l'esercizio di attività esclusivamente private quali appunto quelle professionali.

Viceversa il riconoscimento di una funzione sociale nell'esercizio delle professioni ha giustificato l'erezione degli ordini e dei collegi professionali attraverso i quali lo Stato esercita, in forma mediata, un potere di controllo.

Ciò spiega anche per quale motivo a differenza dei primi codici in cui la funzione di tutela del decoro e del ruolo sociale dei professionisti iscritti aveva una rilevanza fondamentale e pressoché esclusiva, quale mezzo di autotutela di fronte alla possibilità che tale ruolo sociale potesse essere intaccato da comportamenti censurabili dei propri iscritti, gli ultimi codici deontologici dedicano uno spazio sempre più ampio alla tutela sociale della collettività e al rispetto dei diritti dei cittadini.

Per cui comportamento deontologicamente rilevante non è più solo quello che attenta al buon nome della categoria ma anche quello che si concretizza nella violazione dei diritti dei cittadini.

La qualità di ente pubblico riconosciuta agli Ordini e Collegi professionali si traduce nell'affermazione della loro autonomia e dunque nella capacità di autoregolarsi, definendo il loro stesso ordinamento interno, la loro organizzazione e le regole di condotta che i propri iscritti devono osservare.

Tale autonomia naturalmente deve essere esercitata nell'ambito delle norme poste dall'ordinamento generale in cui l'Ordine è chiamato ad operare. Dal potere di definire le norme deontologiche discende direttamente l'esercizio del potere disciplinare da parte dell'Ordine professionale.

È evidente che senza una approfondita conoscenza di tipo etico, bio-etico, giuridico le norme deontologiche e quindi i codici deontologici non esisterebbero.

Ma nel momento stesso in cui un codice deontologico trova la luce esso cessa di far parte integrante dell'aspetto speculativo, dottrinale riguardante la deontologia e diventa strumento di lavoro per chi sia chiamato ad applicarlo.

Sul significato e sulla valenza giuridica o extragiuridica dei codici deontologici non mi permetto di esprimere valutazioni non foss'altro che per la presenza sul palco degli oratori di due illustri giuristi che potrebbero giustamente avere da obiettare sulla correttezza delle mie argomentazioni.

Mi limito a dire che la giurisprudenza ha negli anni più volte modificato il proprio orientamento sul valore giuridico dei codici deontologici.

Sono addirittura state individuate cinque diverse posizioni. Un primo orientamento, più tradizionale, ritiene che le regole deontologiche siano da considerare precetti extragiuridici ovvero regole interne alla categoria che non assurgono a norme dell'ordinamento generale.

Secondo una diversa impostazione dottrinale le norme deontologiche in quanto espressione di autodisciplina professionale, acquistano efficacia giuridica nell'ambito dell'ordi-

*Il dibattito sul
valore giuridico
dei codici
deontologici*

namento statale ogniqualvolta intervengano sui materie disciplinate da norme statuali attraverso la predisposizione di principi e clausole generali.

Un altro indirizzo è quello che accogliendo l'insegnamento delle dottrine che riconoscono la pluralità degli ordinamenti giuridici sostiene che le norme deontologiche costituiscano espressione di un ordinamento particolare integrato all'interno dell'ordinamento statale.

Un'altra tendenza ancora è quella di chi richiamando l'elaborazione concettuale alla base del cosiddetto policentrismo normativo inquadra la codificazione deontologica in chiave di autopoiesi di norme appieno giuridiche in grado di fare ingresso nell'ordinamento generale.

Un orientamento finale prospetta la natura consuetudinaria delle norme deontologiche attribuendo ai codici deontologici la mera funzione di raccolta di usi.

Come si vede il tema è ancora dibattuto, è stato spesso affrontato e con esiti difformi dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione che se inizialmente aveva parteggiato per una natura extragiuridica delle norme deontologiche si è ultimamente spostata verso una indicazione della natura giuridica delle stesse. Come già detto non è mia intenzione approfondire, per evidente mia impreparazione in merito, le disquisizioni riguardanti la natura giuridica o meno delle norme deontologiche. Gli aspetti che vorrei invece affrontare sono fondamentalmente due. Che abbiano o non abbiano una natura giuridica le norme del codice deontologico, più o meno particolareggiato che esso sia, rappresentano il condensato, il distillato di un'ampia e complessa fase di discussione riguardante aspetti etico-deontologici svolti in via preliminare solo su base speculativa e dottrinarie.

*L'applicazione del
codice deontologico*

Nel momento in cui però, da tale complessa e approfondita discussione, trae origine un codice scritto, esso si presta non più alla discussione speculativa ma alla sua applicazio-

ne pratica.

Un codice, qualsiasi esso sia (codice penale, codice civile, ecc.), in quanto complesso ordinato di norme e precetti, ha la precipua funzione di impedire l'arbitraria applicazione di regole di condotta da ritenersi esclusivamente consuetudinarie attraverso l'aggancio a norme preventivamente conosciute e conseguentemente universalmente accettate.

Ciò è da ritenersi tanto più necessario, direi indispensabile nelle società moderne in cui vige una condizione di relativismo etico, di policentrismo etico-deontologico, tale per cui ogni gruppo di interesse, partito politico, addirittura ogni persona si ritiene legittimato a propugnare, con l'intima convinzione di essere dalla parte della giustizia e della verità, una propria visione del mondo, della persona, della salute.

Se quindi la valutazione deontologica anche in vista della irrogazione di determinate sanzioni, fosse basata solo sullo studio di una deontologia o di un'etica da ritenersi universalmente condivisa ed in quanto tale non necessitante di una forma scritta, essa sarebbe invariabilmente destinata alla totale impossibilità di applicazione per l'assenza di un'univoca visione dei temi di interesse etico-deontologico.

Prima ancora che per la necessità di un presupposto giuridico, la necessità di un codice deontologico trova fondamento nella varietà delle opinioni e delle istanze che vengono dagli stessi professionisti e che richiedono la ricerca di una sintesi da potersi ritenere condivisa ed accettata da tutti.

Va comunque sottolineato che non tutta la materia rientrante nell'ambito della deontologia medica è stata tradotta in disposizioni scritte codificate, anche in virtù del fatto che le disposizioni in esso contenute costituiscono esemplificazioni dei comportamenti più ricorrenti e non limitano l'applicazione dei principi generali o dei regolamenti locali emanati dagli ordini.

D'altra parte, come si è osservato in dottrina, più che costi-

tuire un difetto della codificazione deontologica, i principi generali esprimono con la loro vaghezza precisamente l'essenza della normazione deontologica che non mira ad ingabbiare le condotte dei professionisti con meccaniche indicazioni di divieto o liceità, pure qua e là presenti nelle concrete autoregolamentazioni di categoria, ma ne costituisce per natura propria lo sfondo su cui volta per volta le decisioni ed i comportamenti del professionista sono chiamati a presentarsi.

In effetti il codice deontologico non può che richiamarsi a principi giuridici generali quali il principio della diligenza, del rispetto dei diritti fondamentali di garanzia, della trasparenza, della correttezza.

Si deve infatti considerare, come fra l'altro ben segnalato anche nel vigente codice di deontologia medica, che i comportamenti che vanno puniti con le sanzioni disciplinari di competenza dell'Ordine professionale non sono limitati a quelli espressamente previsti nelle norme del codice ma in generale quelli riguardanti qualunque azione od omissione comunque disdicevole al decoro o al corretto esercizio della professione. In tale modo dilatando in modo non facilmente prevedibile la possibilità di censura da parte del giudice deontologico ma nel contempo richiamando ad una doverosa prudenza chi sia chiamato a questo difficile compito. La discussione fra natura giuridica ed extragiuridica delle norme deontologiche e conseguentemente sul ruolo esclusivo o meno degli ordini professionali nel giudizio disciplinare, come si è visto prevalentemente orientata verso la prima ipotesi ha portato a definire la deontologia come la parte delle nostre azioni alle quali il diritto positivo lascia il campo libero.

*Lo Stato riconosce
l'autoregolamentazione
delle professioni*

Ciò è proprio delle civiltà e società democratiche e liberali, nelle quali lo Stato riconosce e garantisce alle diverse compagnie professionali la possibilità di autoregolamentazione

nell'alveo e nel rispetto delle norme statali.

Tanto è vero che nel periodo fascista gli Ordini professionali furono aboliti e ricostituiti solo al termine della seconda guerra mondiale.

Riconoscere l'esistenza di una potestà di autoregolamentazione delle categorie professionali attraverso la possibilità di definire autonomamente, in modo aperto e democratico mediante le proprie rappresentanze elettive, dei codici di autoregolamentazione (quali possono essere definiti i codici deontologici) apre automaticamente la strada ad un ulteriore passaggio.

Non soltanto la fase di studio ed emanazione codicistica delle regole di condotta deve essere lasciata alla esclusiva responsabilità delle categorie professionali ma anche e soprattutto la successiva fase di applicazione pratica, in un contesto sanzionatorio, deve essere ricondotto all'interno degli organi previsti dalla legge come rappresentati dell'autonomia professionale.

Il dubbio che a questo punto sorge è il seguente. Se lo studio, speculativo, in ambito etico-deontologico non può che essere libero e consentito a tutti, così come non può essere che illimitata la libertà di pensiero, il giudizio sull'applicazione di norme che hanno trovato una propria traduzione scritta in un codice può essere allo stesso modo lasciata alla libera interpretazione di qualsiasi professionista, nel caso di specie un medico, o deve basarsi su una particolare professionalità, ulteriore rispetto a quella di qualsiasi medico?

È evidente che l'effettività della norma di condotta è infatti sempre accompagnata dalla previsione di sanzioni che l'Ordine professionale deve irrogare laddove, attraverso il procedimento disciplinare, venga accertata una violazione

La sanzione è diretta a punire la violazione disciplinare al fine di tutelare quei valori e principi che ispirano le norme deontologiche.

L'applicazione di norme e sanzioni del codice deontologico

Le norme legislative sugli ordinamenti professionali si limitano a rinviare alle fonti normative interne per la disciplina di determinati aspetti, in tal modo legittimando la regolamentazione da parte dell'Ordine professionale senza in alcun modo limitare contenutisticamente l'autonomia normativa che può esprimersi liberamente.

In questo contesto nella valutazione degli illeciti disciplinari, la norma di riferimento diviene esclusivamente quella deontologica.

*Le sentenze della
Corte di Cassazione*

Tale norma assume particolari caratteristiche strutturali che la contraddistinguono da quelle poste nell'ordinamento generale. Generalmente infatti le regole deontologiche si limitano a prevedere dei doveri generali di comportamenti (di probità, dignità, decoro, lealtà, correttezza, diligenza, riservatezza, indipendenza, competenza, ecc.) senza prevedere specifici obblighi e divieti.

Anche il relativo potere disciplinare è consegnato in bianco agli organi preposti all'esercizio dello stesso nell'ambito dell'Ordine dovendo essere esercitato in modo adeguato e proporzionato alle violazioni deontologiche commesse. Tale autonomia e insindacabilità da parte degli organi disciplinari ordinistici è stata più volte ribadita in sentenze delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione

La dottrina spiega come la fluidità propria di regole a formazione spontanea fa sì che l'esercizio del potere sanzionatorio, dando espressione e formulazione ai valori impliciti nella comunità, non si limiti ad una ricognizione meccanica della norma ma abbia una portata di enucleazione e precisazione che tende ad avvicinarsi a quella della posizione di essa.

“Piena è la legittimità della tradizione e della normativa che attribuiscono agli Ordini la competenza nella materia disciplinare, attinente in sostanza, alle regole di deontologia professionale” (Cost., 1986, n. 284).

“I precetti della cosiddetta deontologia professionale, la cui elaborazione, enunciazione ed applicazione sono rimesse alle singole categorie professionali (quale tipica espressione di autogoverno) che vi provvedono attraverso i loro organi locali e centrali con autonoma valutazione, senza possibilità di sindacato di legittimità, sono precetti extragiuridici, non pertinenti ad attività normativa vera e propria” (Cass. Sez. Un. 18 giugno 1985, n. 1266).

“L’art. 38 del DPR 5 aprile 1950, n. 221, prevedendo quali illeciti disciplinari degli esercenti le professioni sanitarie abusi o mancanze o atti disdicevoli al decorso professionale non descrive compiutamente le azioni od omissioni vietate a differenza della norma penale soggetta al principio di stretta legalità ma pone delle clausole generali il cui contenuto deve essere interpretato dalle norme di etica professionale, l’enunciazione delle quali è rimessa all’autonomia dell’Ordine professionale cui spetta anche l’interpretazione e l’applicazione di esse in esercizio dei relativi poteri nei procedimenti disciplinari” (Cass. Sez. Un. 13 giugno 1989, n. 2814).

“Il potere disciplinare attribuito all’Ordine è esercitabile non solo in via repressiva, attraverso l’imposizione di sanzioni, ma anche attraverso l’emanazione preventiva di norme deontologiche che attengono al piano della mera correttezza comportamentale” (Cass. Sez. Un. 5 settembre 1989, n. 3836).

“Compito dell’Ordine dei Medici è non solo la elaborazione del Codice deontologico, ma anche la autonoma valutazione di ogni fatto che appaia disdicevole al decoro della professione” (Cass. Sez. Un., 15 maggio 1990, n. 418).

Stante l’autonomia ed insindacabilità nel merito del potere disciplinare degli ordini professionali si pone in modo rilevante il problema delle garanzie dei professionisti nei confronti del potere disciplinare degli ordini. Ciò soprattutto nel momento in cui gli ordini ed i propri organi decisionali

abbiano il potere di incidere non solo sulla associazione di un professionista ma in conseguenza di ciò sulla possibilità per la stessa persona di esercitare un'attività professionale e conseguentemente sulla legittima capacità di assicurarsi un reddito.

Tale attività di garanzia nei confronti dei professionisti acquista una particolare rilevanza nel momento in cui, accanto a previsioni normative precise, specifiche e puntuali (penso al caso riguardante il nostro codice, del divieto di paragone, alle cautele nella redazione dei certificati, nel divieto di eutanasia, ecc.) le previsioni dei codici deontologici hanno secondo alcuni natura di fonte meramente integrativa dei precetti normativi e possono ispirarsi legittimamente a concetti diffusi e generalmente compresi dalla collettività. In tal senso le norme deontologiche sono per lo più dirette a sancire i doveri generali del professionista senza doverne necessariamente tipizzare le condotte.

Ne consegue che nell'ambito del procedimento disciplinare è sufficiente che venga contestato il comportamento ascritto come integrante la violazione deontologica e senza l'indicazione del *nomen juris* della rubrica della ritenuta infrazione. Chi è chiamato a giudicare è libero di individuare l'esatta configurazione della violazione tanto in clausole generali richiamanti il dovere di astensione da contegni lesivi del decoro e della dignità professionale o anche di ravvisare un fatto disciplinarmente rilevante in condotte atipiche non previste in norme specifiche.

*L'autonomia
di valutazione
da parte
degli Ordini*

La concreta individuazione delle condotte costituenti illecito disciplinare dunque è rimessa alla valutazione dell'Ordine professionale che procederà nell'ambito delle ampie maglie delle leggi e delle norme deontologiche.

A tale ampia autonomia circa la identificazione dei comportamenti deontologicamente rilevanti si aggiunge la mancanza di previsioni tassative riguardanti l'applicazione di de-

terminate sanzioni in relazione a specifiche condotte.

Ben si capisce allora quale può essere la delicatezza della valutazione disciplinare.

Infatti il DPR 221/50 nel definire le sanzioni applicabili dagli ordini professionali nei casi di procedimenti disciplinari, salvo i casi di applicazione di diritto delle sanzioni della sospensione non prevede alcuna forma di automaticità e tassatività.

Il decreto si limita ad affermare, all'articolo 40, che le sanzioni disciplinari sono:

- 1) l'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- 2) la censura, che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
- 3) la sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi
- 4) la radiazione dall'Albo.

Solo nel caso della radiazione si specifica che la radiazione è pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria.

Se si tiene quindi conto che l'addebito a mente dell'art 38 del citato DPR non deve che prevedere la menzione circostanziata degli addebiti e che la sanzione applicata non prevede alcun requisito di tipicità e tassatività è facile comprendere quali possano essere i rischi di un'arbitraria applicazione delle norme.

L'ampio margine di apprezzamento emerge anche in relazione alla definizione della sanzione. Generalmente infatti il singolo precetto deontologico non è accompagnato da una specifica sanzione che l'organo competente dovrà comminare in caso di violazione in quanto il codice deontologico anziché contenere un insieme tassativo di norme sanzionatorie, si risolve in una mera elencazione di doveri. Sicché an-

che la scelta della misura della reazione sanzionatoria è rimessa all'organo giudicante il quale dovrà graduare la sanzione in base alla diversa gravità dell'infrazione attenendosi ai principi generali in materia come quello di proporzionalità.

Tale modalità valutativa parrebbe essere in contrasto con il criterio di legalità (*nullum crimen, nulla poena sine lege*) che impone di dettagliare le infrazioni in relazione a specifiche previsioni di legge e di parametrare le sanzioni a preesistenti previsioni normative

A sua volta il principio di legalità si articola nel principio della riserva di legge, nel principio di tassatività e in quello di tipicità in base ai quali il potere di comminare sanzioni può esercitarsi solo alla stregua di una disposizione normativa che astrattamente attribuisca ad una determinata condotta natura di fatto illecito.

Ciò porta invece ad ritenere assodato che nell'ambito della potestà disciplinare degli ordini professionali vige il principio della atipicità. Tale intrinseca caratteristica della attività disciplinare, per non andare incontro al rischio di arbitraria e vessatoria applicazione di sanzioni ingiustamente punitive deve trovare un punto di cautela e di attenzione basato sul principio di proporzionalità. Tale principio, tipico del diritto amministrativo, che per quanto riguarda l'azione disciplinare sui dipendenti viene ad avere molti punti di contatto con il giudizio deontologico è basato sul criterio per il quale qualsiasi provvedimento adottato dalla pubblica amministrazione deve essere adeguato, in quanto in grado di ottenere l'obiettivo prefisso e nel contempo necessario in quanto si ritenga che nessun altro provvedimento, meno negativamente incidente sarebbe ugualmente efficace nel raggiungere la finalità che si intende perseguire.

Il Consiglio di Stato nel richiamare l'attenzione sul canone della proporzionalità l'ha identificato come principio gene-

rale dell'ordinamento che implica come la pubblica amministrazione debba adottare la soluzione idonea ed adeguata, comportante il minor sacrificio possibile per gli interessi presenti.

A ciò può associarsi il principio di uguaglianza che si contrappone all'applicazione di parametri valutativi diversi in situazioni analoghe. I citati requisiti giuridici da tenere in considerazione nella valutazione disciplinare dell'operato dei sanitari associati all'Ordine dei medici, e vengo qui alla fase conclusiva della mia relazione, mi portano a ritenere particolarmente utile la figura del medico-legale nella attività di giudizio disciplinare.

Se è vero che il giudizio deve tenere conto non solo dell'automatica e tassativa applicazione di specifiche norme ma anche e soprattutto della generale valutazione di norme generali di condotta, la corretta applicazione di principi tipici dell'ordinamento giuridico ed il corretto inquadramento dei comportamenti professionali od extraprofessionale in una ben definita cornice giuridica non possono che portare ad una più accurata qualificazione delle condotte prese in considerazione e soprattutto ad una più corretta identificazione degli elementi su cui basare l'irrogazione delle sanzioni.

In assenza di previsioni normative predefinite ritengo che, a mente dei citati principi di proporzionalità e di uguaglianza, i criteri che possono essere seguiti per ottenere una riproducibilità del giudizio che eviti il rischio di arbitrarietà possano prevedere i seguenti parametri. L'esistenza di recidiva, sia specifica che non, attraverso una assegnazione di sanzioni maggiormente punitive in chi reiteri, specialmente in brevi spazi temporali diverse condotte deontologicamente illecite.

L'intrinseca gravità della mancanza deontologica soprattutto quanto la condotta denoti disprezzo per i diritti fondamentali degli assistiti.

Conclusioni

L'esistenza di fattispecie di dolo o di colpa, riservando per le prime, in relazione ad una chiara intenzionalità della condotta le sanzioni di maggiore rilevanza.

L'atteggiamento assunto dal professionista nel corso del procedimento disciplinare al fine di verificare la volontà di contribuire alla ricerca della verità fattuale o rifiutare la collaborazione con gli organi disciplinari.

L'ammissione di responsabilità o quanto meno la comprensione del disvalore deontologico di determinate condotte che portino a comprendere l'intenzione di non cadere nuovamente in analoghe indebite condotte.

Si tratta di parametri valutativi che hanno per molti versi punti di aggancio con la valutazione medico-legale in tema di responsabilità professionale o in ogni caso in relazione a condotte giuridicamente rilevanti e sulle quale penso quindi il medico-legale possa avere una specifica competenza e la possibilità di apportare un significativo contributo ai fini di una equa e riproducibile valutazione disciplinare.

La professione medica tra Codice Deontologico e responsabilità penale. Incontro possibile tra gli Enti preposti alla tutela del rispetto delle regole

Giorgio Grandinetti

procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Reggio Emilia

IN BASE ALLA RELAZIONE ASSEGNATAMI, articolerò il mio contributo affrontando tre punti cardine. La responsabilità disciplinare, approfondendo concetti come nozione – fonti – destinatari (medico libero professionista; medico di base; medico dipendente pubblico; dirigente medico). Tratterò poi del principio di tassatività con riferimento alle varie tipologie di responsabilità disciplinare ed alla responsabilità penale. E infine parlerò dei rapporti tra il giudizio penale e quello disciplinare, con particolare riferimento ai casi di concomitanza e/o sovrapposizione di uno (o più) procedimenti penali con uno (o più) procedimenti disciplinari. Nello stesso ambito enuncerò le normative di riferimento, con le problematiche più frequenti (Cumulo delle sanzioni? Cumulo della sospensione e/o di altre misure cautelari?).

1) RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

Consiste nella trasgressione delle norme del codice di deon-

tologia medica (Codice di deontologia medica del 15/6/2009).

Può riguardare:

- tutti i medici chirurghi e gli odontoiatri iscritti ai relativi albi professionali;
- i medici convenzionati (la cui responsabilità disciplinare è prevista, altresì dalla Legge 29.6.1977, n. 349);
- i medici impiegati, che esercitano alle dipendenze di enti pubblici o privati, e deriva dall'inosservanza dei doveri di servizio o di ufficio; in questo caso è regolata da disposizioni speciali riguardanti il contratto di pubblico impiego (le più importanti delle quali sono il Dlgs n. 97 del 2001 poi modificato ed integrato dal Dls 150/2009, cd. riforma Brunetta);
- i Dirigenti medici per i quali sono previste specifiche fattispecie di responsabilità disciplinare. Ad essi si applica il CCNL del 6.5.2010 in quanto compatibile con il DLgs n. 150/2009. Da segnalare inoltre che l'art. 12 del CCNL del 6.5.2010 prevede la determinazione concordata della sanzione da irrogare (introducendo, così, nel giudizio disciplinare una sorta di patteggiamento sul modello di quello operante nel procedimento penale). Va infine segnalato il DPR 27.3.1969 n. 128 che, nel disciplinare l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, detta disposizioni sulla compilazione, conservazione e rilascio delle cartelle cliniche, la cui inosservanza può costituire fonte (integrativa) di responsabilità disciplinare.

Appare opportuno soffermarsi più diffusamente sulla figura del medico pubblico dipendente, atteso il rilievo che essa ha assunto nell'attuale contesto sociale e normativo.

Quanto alle fonti della relativa responsabilità disciplinare, come già accennato in precedenza, il Dls 150/2009 ha previsto un nuovo sistema disciplinare per i dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni; in particolare il capo V ha riscritto l'art. 55 della normativa previgente (Dls 165/01) ed

*La responsabilità
disciplinare
del medico
pubblico dipendente*

ha introdotto gli artt. dal 55 bis al 55 nonies le cui disposizioni, costituendo norme imperative, integrano e modificano le previsioni dei CCNL.

Dunque, l'attuale quadro normativo di riferimento è costituito dall'art. 55 del Dls 165/01, come modificato dall'art. 69 del Dls 150/09 e dall'art. 3 del CCNL 11.4.2008 del personale non dirigente.

Nel testo del nuovo codice disciplinare si possono individuare le seguenti tematiche principali:

- criteri generali per la determinazione del tipo ed entità di ciascuna delle sanzioni;
- violazioni che danno origine all'applicazione di ciascuna delle sanzioni (rimprovero verbale o scritto, multa, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, licenziamento con o senza preavviso).

Si tratta della cosiddetta "riforma Brunetta" che ha cercato di adeguare il codice disciplinare al processo cosiddetto di privatizzazione del pubblico impiego privilegiando l'interesse al miglioramento del grado di efficienza degli uffici pubblici mediante un rafforzato contrasto ai fenomeni di scarsa produttività ed assenteismo.

Detta finalità va temperata con l'altro effetto della privatizzazione in base al quale non è più configurabile un potere disciplinare delle amministrazioni pubbliche fondato sulla "supremazia speciale" delle stesse, rientrando piuttosto nei diritti contrattuali del datore di lavoro al fine di ottenere l'adempimento delle prestazioni cui il lavoratore si è obbligato in sede negoziale.

Va, inoltre, richiamato l'art. 68 del Dls 150/2009 il quale prevede che ai rapporti di lavoro dei dipendenti pubblici si applica l'art. 2106 c.c., norma che costituisce il fondamento del potere disciplinare.

Essa stabilisce che:

- l'inosservanza da parte del lavoratore degli obblighi di di-

- ligenza, fedeltà, ubbidienza, contenuti negli artt. 2104 e 2105 c.c. può dar luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari secondo la gravità dell'infrazione;
- il rapporto tra l'infrazione e la sanzione disciplinare deve essere informato al principio di proporzionalità.

2) IL PRINCIPIO DI TASSATIVITÀ CON RIFERIMENTO ALLE VARIE IPOTESI DI RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

L'onere di pubblicità del codice disciplinare, imposto ai datori di lavoro pubblici, trova la sua causa nel principio della predeterminazione degli illeciti e delle relative sanzioni.

Al riguardo la giurisprudenza ha chiarito che il principio di tassatività degli illeciti non può essere inteso nel senso rigoroso imposto per gli illeciti penali (principio costituzionalmente garantito: *nullum crimen et nulla poena sine lege*) essendo sufficiente che:

- siano chiare le ipotesi di infrazione, anche se descritte in modo schematico e non dettagliato;
- siano determinabili le relative sanzioni anche se previste in modo ampio e suscettibile di adattamento alle effettive e concrete inadempienze.

Semplificando si può affermare che le sanzioni disciplinari devono avere un grado di specificità sufficiente ad escludere che la collocazione della condotta del medico (lavoratore) nella fattispecie disciplinare sia interamente devoluta ad una valutazione unilaterale ed ampiamente discrezionale del datore di lavoro.

L'art. 55 octies del Dlgs. 150/2009 rimanda ai contratti collettivi la definizione della tipologia delle infrazioni e delle relative sanzioni salvi i casi previsti dalla stessa legge.

La giurisprudenza distingue, inoltre, tra violazione di prescrizioni strettamente attinenti all'organizzazione aziendale e comportamenti manifestamente contrari agli interessi dell'impresa o dei lavoratori. Le prime sono perseguibili in se-

de disciplinare solo se espressamente previste nel codice disciplinare, i secondi sono comunque perseguibili in quanto il potere sanzionatorio deriva direttamente dalla legge.

È importante, a questo punto, ricordare che la “riforma Brunetta” (art. 55 quinquies Dlgs 150/2009) ha introdotto una nuova figura di reato:

- false attestazioni, da parte del dipendente pubblico, circa la propria presenza in servizio o false certificazioni in caso di assenza (punta con la pena edittale della reclusione da uno a cinque anni e della multa); stabilendo che la medesima pena si applica al medico e a chiunque altro concorra nel delitto.

È altresì stabilito che la sentenza di condanna o di patteggiamento per il delitto di cui sopra comporta per il medico la sanzione disciplinare della radiazione dall'albo e, in caso di medico dipendente da una struttura sanitaria pubblica, il licenziamento per giusta causa o, se convenzionato con il servizio sanitario nazionale, la decadenza dalla convenzione.

Le stesse sanzioni disciplinari si applicano nel caso che il medico, in relazione all'assenza dal servizio, rilascia certificazioni che attestano dati clinici non direttamente constatati, né oggettivamente documentati.

Altre sanzioni disciplinari per il medico non libero professionista sono previste:

- dall'art 55 sexies nei casi in cui la P.A. sia condannata al risarcimento del danno derivante dalla violazione (sospensione dal servizio con riduzione della retribuzione);
- dall'art. 55 septies per la mancata trasmissione per via telematica all'Inps della certificazione medica concernente assenza di lavoratori per malattia (in caso di reiterazione: licenziamento ovvero, per i medici convenzionati con le Asl, decadenza dalla convenzione).

3) RAPPORTI TRA IL GIUDIZIO PENALE E QUELLO DISCIPLINARE

Il Dlgs 150/2009 ha innovato la disciplina dei rapporti tra procedimento penale e procedimento disciplinare introducendo due regimi diversi in relazione alla minore o maggiore gravità dell'infrazione disciplinare.

Di regola il procedimento disciplinare non viene sospeso in pendenza del giudizio penale; in caso di discordanza di quest'ultimo con l'esito del primo, sono previsti dei meccanismi di raccordo per adeguare le determinazioni disciplinari alle conclusioni del giudizio penale.

La sospensione è invece prevista nei casi di:

- infrazione grave che presenti particolare complessità nell'accertamento dei fatti addebitati;
- impossibilità di motivare la sanzione all'esito dell'istruttoria disciplinare.

La sospensione è pur sempre facoltativa e, comunque, resta salva la possibilità per il datore di lavoro (pubblico) di applicare la sospensione cautelare o altri strumenti, del pari cautelari, nei confronti del dipendente.

Esaminata la disciplina dettata dalla "legge Brunetta" occorre soffermarsi brevemente su quanto previsto in subjecta materia dal codice di procedura penale.

L'art. 653 c.p.p. (avente come rubrica "Efficacia della sentenza penale nel giudizio disciplinare"), come novellato dalla legge 27 marzo 2001 n. 97, distingue il caso della sentenza penale irrevocabile di assoluzione da quello della sentenza irrevocabile di condanna. Nel primo caso essa ha efficacia di giudicato nel giudizio di responsabilità disciplinare davanti alle pubbliche autorità quanto all'accertamento che il fatto non sussiste o non costituisce illecito penale, ovvero che l'imputato non lo ha commesso.

Nel secondo caso essa ha efficacia di giudicato quanto all'accertamento della sussistenza del fatto, della sua illiceità

penale e all'affermazione che l'imputato lo ha commesso. La suesposta disciplina si estende anche alle sentenze (equiparate a questi fini a quelle di condanna) pronunciate a seguito di patteggiamento purché emesse in data successiva al 27 marzo 2001 (data di entrata in vigore della legge di modifica).

La scelta di eliminare l'art 3 del vecchio c.p.p. del 1930 (pregiudiziale penale) insieme ad innegabili effetti positivi ha determinato alcune problematiche (già, in parte, anticipate).

Il quadro normativo (in particolare la cd. "legge Brunetta") favorisce la celebrazione del procedimento disciplinare indipendentemente o, addirittura in concomitanza, con quello penale in considerazione della diversa natura dei due illeciti. Tuttavia, essendo ben noto che la P.A. (e ancor di più l'ordine dei medici) dispongono di strumenti di accertamento dei fatti assai limitati, avviene spesso che non possono essere acquisiti elementi idonei per pervenire ad una giusta decisione nel procedimento disciplinare.

Non di rado avviene, altresì, che le sentenze penali ribaltino le conclusioni cui si è pervenuti in sede disciplinare con tutte le conseguenze del caso (quali reintegrazione in seguito di licenziamento, ricostruzione della carriera e quant'altro).

Quali i rimedi possibili?

In primis quello di fare ricorso tutte le volte che sia possibile all'istituto della sospensione (facoltativa) riconoscendo la difficoltà di ricostruire il fatto su cui si basa l'addebito.

Nei casi in cui non vi siano i presupposti della sospensione del procedimento, o essa appaia inopportuna per ragioni cautelari o di immagine, occorrerà cercare di acquisire singoli atti del procedimento penale di riferimento.

Tuttavia, non sempre le richieste di acquisizione vengono accolte dall'A.G. precedente.

A prescindere da interpretazioni alle volte troppo rigorose del segreto investigativo, è un fatto che il nostro codice po-

Quando le sentenze penali ribaltano i provvedimenti disciplinari

ne, all'art 329 c.p.p., concreti limiti alla comunicazione di notizie, fatti e/o atti a soggetti privati o ad altre autorità, anche pubbliche (in certi casi anche ad altre) fino a che le indagini non siano concluse o l'indagato non ne abbia avuto conoscenza.

Esiste tuttavia una strada percorribile che è tracciata dall'art. 116 c.p.p. il quale testualmente recita:

- “durante il procedimento e dopo la sua definizione, chiunque vi abbia interesse può ottenere il rilascio a proprie spese di copie, estratti, o certificati di singoli atti”;
- “Il rilascio non fa venir meno il divieto di pubblicazione”.

Il rilascio, ovviamente, deve essere autorizzato dal magistrato procedente.

La norma suddetta va coordinata con quella dell'art. 329 c.p.p.; la giurisprudenza ha ormai acquisito alcuni punti fermi quali:

- gli atti coperti da segreto investigativo sono soltanto quelli posti in essere dal pubblico ministero o dalla polizia giudiziaria, non già quelli formati da privati o dalla P.A;
- ai sensi dell'art. 116 non è possibile autorizzare il rilascio di atti del procedimento che non siano individuati (“singoli atti”);
- il richiedente deve avere un interesse apprezzabile (cioè giuridicamente tutelato) al rilascio.

Saranno quindi destinate al rigetto tutte quelle richieste (purtroppo molto frequenti) nelle quali si fa riferimento indistintamente a “copia di tutti gli atti” o a “copia degli atti ritenuti utili” e così via. Del pari saranno destinate al rigetto le richieste nelle quali non vi sia una puntuale esposizione dell'interesse ad esse sotteso.

È fortemente auspicabile un maggior collegamento non solo delle Pubbliche Amministrazioni ma anche degli Ordini Professionali con gli Uffici del Pubblico Ministero, al fine di fare il miglior uso possibile dello strumento disciplinare a ga-

ranzia del singolo medico (e più in generale della professione medica) e, contemporaneamente, a tutela dei legittimi interessi della collettività.

La responsabilità e l'aspetto etico della professione medica nella fase del giudizio

Nicola Sinisi

consigliere di Cassazione con funzioni di giudice
presso il Tribunale di Parma

NELLA MIA ORMAI VENTENNALE ESPERIENZA lavorativa presso il Tribunale di Parma le controversie civili che vedono contrapposti pazienti a medici (o strutture sanitarie), per il risarcimento di un danno che si assume derivato dall'esercizio della loro attività, sono cresciute nel tempo in maniera esponenziale, avvicinando – nel numero – le cause risarcitorie da infortunistica stradale.

Purtroppo la mancanza di dati statistici ampi ed esaustivi, raccolti a livello nazionale, impedisce di analizzare con esattezza questo fenomeno: non è possibile, dunque, stabilire se l'aumento sia dovuto ad un maggior affanno delle strutture sanitarie, ovvero ad una più intensa proclività alle liti da parte dei pazienti, od ancora ad altre cause, di tipo sociologico o psicologico.

Nondimeno, proprio questo incremento del contenzioso ha consentito alla giurisprudenza di elaborare regole e principi, ormai divenuti uniformi e condivisi, in materia di respon-

sabilità del medico in generale, e del chirurgo in particolare. Si tratta, peraltro, di regole non statiche ed immutabili: la vertiginosa evoluzione della scienza e della tecnica da un lato, ed il divenire della coscienza sociale dall'altro, fanno sì che i princìpi giurisprudenziali in materia siano quotidianamente sottoposti a severi stress-test, che consentono di valutarne la perdurante validità.

Non può dunque a priori escludersi che princìpi oggi ritenuti consolidati possano essere domani rimeditati, come avvenuto in passato.

Si pensi al tema del riparto dell'onere della prova, nel quale si è passati dalla regola che addossava al paziente l'onere di provare la colpa del medico, ad una regola diametralmente opposta.

In un passato non troppo remoto nelle aule di giustizia suonava come un'eresia ammettere che il giudice potesse sindacare nel merito la correttezza della prestazione terapeutica eseguita dal medico. “La responsabilità – si diceva – viene meno, perché manca la colpa, laddove si è nel campo della dottrina e delle opinioni disputabili, ed il medico ha seco la presunzione di capacità nascente dalla laurea”; e di conseguenza ove si fosse ascritto al medico di avere violato leggi scientifiche, occorreva provare non una generica colpa, ma la “trascuranza di canoni fondamentali od elementari della medicina” .

1. GLI ELEMENTI DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

La responsabilità civile si compone di tre elementi: una condotta colposa, un danno ingiusto (cioè lesivo di un interesse giuridicamente protetto), ed un nesso di causalità tra la prima ed il secondo.

La responsabilità del medico non fa eccezione a questa regola: è dunque opportuno esaminarla separatamente nei suoi tre elementi costitutivi.

2. LA COLPA DEL MEDICO

La colpa civile consiste nel tenere una condotta diversa da quella che, per legge o per comune prudenza, si sarebbe dovuta tenere; suo criterio di valutazione è la diligenza (art. 1176 c.c.): è in colpa chi non ha tenuto una condotta diligente, cioè una condotta che qualsiasi altra persona, investita del medesimo incarico, avrebbe tenuto nelle stesse circostanze.

Il sanitario, tuttavia, in quanto svolgente un'attività a contenuto professionale, nell'adempimento delle proprie obbligazioni è tenuto non già alla diligenza generica del *bonus paterfamilias*, ma alla più accurata diligenza esigibile dall'*homo eiusdem generis et condicionis*.

In altri termini, tiene una condotta negligente laddove non si comporti come qualunque medico "ideale" avrebbe fatto nelle medesime circostanze. Ma chi è il medico "medio"? Quanto dev'essere ampia la sua cultura, quanto aggiornate le sue conoscenze, quanto ramificati i suoi contatti con gli specialisti di altre discipline?

Da molti anni la Corte di cassazione viene ripetendo che la diligenza esigibile dal medico deve essere "superiore alla media"; che la diligenza che "deve impiegare [il medico] nello svolgimento [della] professione è quella del regolato ed accorto professionista, ossia del professionista esercente la sua attività con scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione professionale".

Questa speciale diligenza esigibile dal medico "comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica", ed impone non solo la corretta esecuzione della prestazione sanitaria in senso stretto, ma anche delle attività accessorie, come l'obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase postoperatoria. La conseguenza è che versa in colpa il medico che causi un danno per "inadegua-

tezza od incompletezza di preparazione”, anche se lieve, poiché il bagaglio tecnico del medico “deve necessariamente comprendere la conoscenza di tutti i rimedi che non siano ignoti alla scienza ed alla pratica della medicina”.

Il medico “medio” di cui all’art. 1176, comma 2, c.c., non è dunque il medico “mediocre”, ma il medico “bravo”, anzi, “molto bravo”: un medico che si aggiorna, che va ai convegni, che studia, che si preoccupa della sorte del paziente anche quando non è tenuto ad essere presente in ospedale, che consiglia al paziente tutte le alternative terapeutiche possibili e ragionevoli.

Ora, è sin troppo noto che tra la regola di diligenza di cui all’art. 1176 c.c. e l’area della responsabilità esiste un rapporto di proporzione diretta: più alta è la soglia di diligenza esigibile dal professionista, maggiore è l’area della responsabilità professionale, perché basteranno mancanze anche lievi per essere giudicati “negligenti” e, quindi, in colpa; all’opposto, più bassa è la soglia di diligenza esigibile dal professionista, minore sarà l’area della responsabilità professionale, perché per essere condannati al risarcimento occorrerà commettere mancanze macroscopiche. La giurisprudenza attuale, come si è visto, è orientata nel primo senso, sicché l’asticella della diligenza professionale minima, ex art. 1176 comma 2, c.c., per il medico è collocata molto in alto.

La casistica Vediamo ora in che modo i principi appena tratteggiati sono stati applicati all’attività chirurgica. Va da sé che la casistica in tale materia è sterminata: si sono trascelti tra i tanti, perciò, solo i casi rappresentativi di un trend giurisprudenziale.

Poiché, come si è visto, deve ritenersi in colpa ex art. 1176 c.c. il medico che abbia una preparazione anche solo lievemente inadeguata od incompleta, la S.C. ha ritenuto in colpa il medico che abbia ommesso di adottare un “rimedio atto

a scongiurare determinate complicazioni postoperatorie”, che fosse “acquisito alla pratica medica perché insegnato senza contrasto da un autore di tecnica operatoria e non ripudiato da altri autori o dalle varie scuole alla stregua del progresso scientifico”.

Se poi le complicanze che quel rimedio intendeva prevenire si dovessero effettivamente verificare, l’omessa sua adozione da parte del medico-chirurgo giustifica l’affermazione di responsabilità di quest’ultimo a seguito del verificarsi delle complicazioni che il rimedio proposto tendeva ad evitare. Così, si ritenne in colpa il chirurgo che, dopo un intervento di artrodesi del ginocchio reso necessario da tubercolosi ossea, non aveva applicato un drenaggio in gomma a tutti e due gli angoli della ferita, per evitare il formarsi di raccolte ematiche negli spazi lasciati vuoti dall’intervento chirurgico; ovvero il medico che, a fronte di una presentazione anomala del feto, che lo esponeva al rischio di una distocia di spalla, abbia optato per l’applicazione della ventosa in luogo del taglio cesareo (Cass. civ., sez. III, 08-09-1998, n. 8875, in Foro it. Rep. 1998, Professioni intellettuali, n. 163).

Molto frequenti sono anche le decisioni che hanno ravvisato la negligenza di cui all’art. 1176 c.c., da parte del chirurgo, nel ritardo col quale si è eseguito un intervento da ritenersi urgente: una fattispecie tipica assai ricorrente in tal senso è quella concernente la responsabilità dell’ostetrico-ginecologo, per ritardata esecuzione del parto cesareo pur a fronte di inequivoci sintomi di sofferenza perinatale del feto (Cass. civ., sez. III, 19-05-1999, n. 4852, in Foro it., 1999, I, 2874). Analogo è il caso della ritardata esecuzione di esami diagnostici in grado di inquadrare correttamente sintomi aspecifici: è stata, infatti, ritenuta colposa per negligenza la condotta del chirurgo che, sia pure a fronte di un caso clinico molto raro, aveva ommesso di approfondire i sintomi manifestati dal paziente. Questo principio venne affermato in un caso

in cui un paziente, operato di ernia del disco, aveva manifestato subito dopo l'intervento una paraplegia acuta, dovuta (come si scoprì solo successivamente) ad un tumore infiltrante tra l'XI e la XII vertebra dorsale. Il chirurgo, tuttavia, aveva omesso di adottare provvedimenti decisivi, ed anzi aveva disposto il trasferimento del paziente nel reparto di neurochirurgia soltanto sette ore dopo il manifestarsi della paraplegia. Chiamata a valutare tale fattispecie, la S.C. ha ritenuto corretta la decisione di merito, la quale aveva ravvisato nella condotta del chirurgo gli estremi della negligenza colpevole (Cass. civ., sez. III, 19-04-2006, n. 9085, in Resp. e risarcimento, 2006, fasc. 6, 64).

Nella valutazione della diligenza del chirurgo, inoltre, non sempre costituisce una scusante la circostanza che questi sia stato chiamato ad affrontare una urgenza esulante dalle sue competenze, ovvero il cui trattamento esigeva strutture od apparati non disponibili presso quell'ospedale: anche in tali circostanze, infatti, il medico ha l'obbligo di "valutare con prudenza e scrupolo i limiti della propria adeguatezza professionale", ricorrendo anche all'ausilio di un consulto se la situazione non è così urgente da sconsigliarlo. Egli, inoltre, deve adottare tutte le misure necessarie per ovviare alle carenze strutturali ed organizzative incidenti sugli accertamenti diagnostici e sui risultati dell'intervento, ovvero, ove ciò non sia possibile, deve informare il paziente, consigliandogli, se manca l'urgenza di intervenire, il ricovero in una struttura più idonea. In applicazione di questi principi, la S.C. ha cassato la decisione della Corte di merito che aveva escluso la responsabilità dei medici del pronto soccorso i quali avevano proceduto, eseguendola scorrettamente, alla sutura del nervo ulnare di un ragazzo ricoverato per ferita da taglio al terzo inferiore del braccio destro con lesione muscolo-nervea, senza interpellare il dirigente chirurgo, malgrado la loro inesperienza per tale tipo di intervento e la mancanza di

strutture di ausilio per sopperire ad essa (Cass. civ., sez. III, 05-07-2004, n. 12273, in Dir. e giustizia, 2004, fasc. 33, 28). Merita di essere ricordato, infine, come possa incorrere in responsabilità non solo il chirurgo il quale non esegua interventi necessari o richiesti dal paziente, ma anche quello che esegua interventi che il paziente ha espressamente rifiutato, a nulla rilevando che tale omissione esponga il paziente a pericolo di morte.

Va tuttavia soggiunto che tale principio, sebbene affermato in teoria, finora non ha mai condotto ad alcuna condanna al risarcimento di medici che abbiano salvato la vita al paziente, in quanto il dissenso di quest'ultimo a ricevere cure salvavita è ritenuto valido ed efficace soltanto quando sia attuale ed inequivoco: da ciò la conseguenza che il medico, di fronte ad un peggioramento imprevisto ed imprevedibile delle condizioni del paziente e nel concorso di circostanze impeditive della verifica effettiva della persistenza di tale dissenso, può legittimamente ritenere certo od altamente probabile che esso non sia più valido e praticare, conseguentemente, la terapia già rifiutata, ove la stessa sia indispensabile per salvare la vita del paziente. In applicazione di questo principio, la S.C. ha ritenuto esente da responsabilità un medico il quale aveva eseguito una trasfusione di sangue ad un "Testimone di Geova", che all'atto del ricovero in ospedale aveva dichiarato di rifiutare trasfusioni di sangue, ma le cui condizioni si erano drasticamente aggravate nel corso dell'intervento chirurgico, e non vi era possibilità di interpellare altri soggetti legittimati in sua vece (Cass. civ., sez. III, 23-02-2007, n. 4211, in Danno e resp., 2008, 27).

La responsabilità del medico – come quella di qualsiasi altro professionista – è attenuata dal disposto dell'art. 2236 c.c., in virtù del quale "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà", il professionista ri-

*La responsabilità
per colpa lieve
(art. 2236 c.c.)*

sponde soltanto se versa in colpa grave.

Tuttavia l'elaborazione giurisprudenziale degli ultimi anni ha, per i medici come per gli altri professionisti, in vario modo delimitato la portata dell'art. 2236 c.c.

Tale norma infatti è pacificamente ritenuta inapplicabile:

a) nel caso di interventi routinari o di facile esecuzione;

b) nel caso di colpa per imprudenza o per negligenza.

L'applicabilità della norma ai soli casi di colpa per imperizia, non per imprudenza o negligenza, è principio affermato dalla S.C. ormai da molti anni, in base al rilievo che se la colpa è consistita in una mancanza di perizia, l'accertamento di essa da parte del giudice non può essere necessariamente "rigoroso", in quanto il giudice deve tener conto che la patologia è sempre condizionata, nelle sue manifestazioni concrete, dalla individualità biologica del paziente; che i dati nosologici non sono tassativi e che è sempre possibile un errore di apprezzamento dei riscontri clinici, sicché il giudizio diagnostico può, con frequenza, risultare errato. Di conseguenza, se il medico è stato imperito, egli risponde soltanto se versi in colpa grave (a meno che, come si è detto, l'intervento non fosse routinario o di facile esecuzione (così Cass., sez. III, 18-11-1997, n. 11440: da ultimo, nello stesso senso, Cass. civ., sez. III, 28-05-2004, n. 10297, in *Danno e resp.*, 2005, 26). Se, invece, la colpa è consistita in una mancanza di diligenza, l'esame deve essere particolarmente rigoroso, perché la tutela della salute, che viene affidata al medico, impone a questi l'esercizio della massima attenzione. Deve altresì aggiungersi che, col tempo ed a causa del progresso tecnologico e delle tecniche chirurgiche, la giurisprudenza è venuta slargando l'area degli interventi ritenuti "di speciale difficoltà", ai sensi dell'art. 2236 c.c.

Sono stati ritenuti interventi di non speciale difficoltà, ad esempio:

- un intervento di polipectomia endoscopica (Cass.

- 8.10.2008 n. 24791, in *Danno e resp.* 2009, 414);
- a diagnosi precoce nel neonato della fenilchetonuria (Cass. 2.2.2005 n. 2042, in *Ragiusan*, 2005, 365);
 - l'esecuzione per via naturale di parto rivelatosi distocico per la microsomia del feto ed il prolungarsi del periodo gestazionale sino alla 43° settimana (Cass. 13.1.2005 n. 583, in *Giust. civ.*, 2006, I, 2186);
 - la corretta immobilizzazione delle articolazioni di un arto ustionato (Cass. 3.3.1995 n. 2466, in *Giur. it.*, 1996, I, 1);
 - l'elettroshock (Cass. 15.12.1972 n. 3616, in *Resp. civ. prev.*, 1973, 243).

3. L'OBBLIGO DI INFORMAZIONE

Si è detto (supra, § 2) che per la giurisprudenza versa in colpa il medico il quale viola, ignora o applica male le regole tecniche elaborate dalla comunità scientifica per l'esecuzione dell'attività diagnostica e terapeutica.

Tuttavia una sua colpa civile può sorgere non solo dalla violazione delle *leges artis* (o *guidelines*), ma anche dell'obbligo di informare il paziente in merito ai rischi, ai vantaggi, alle alternative dell'intervento.

Fondamento e limiti di tale colpa per negligenza sono ormai consolidati nella giurisprudenza, e possono così riassumersi:

a) l'obbligo di informazione scaturisce da un set di fonti normative diverse: dagli artt. 2, 13 e 32 della costituzione; dall'art. 5 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, adottata dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa il 19.11.1996, ed aperta alla firma il 4.4.1997 (non ancora attuata dall'Italia), il quale stabilisce che “un intervento nel campo della salute può essere effettuato dopo che la persona interessata ha dato un consenso libero ed informato. La persona interessata può liberamente revocare il consenso in qualsiasi momento”; dagli artt. da 33 a 39, e dall'art. 16, del Codice di deontologia medica, approvato dal-

la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi ed odontoiatri il 16 dicembre 2006;

b) il consenso all'atto medico non costituisce rimozione di un ostacolo all'esercizio di un'attività (quella medica) altrimenti illecita, ma rappresenta esercizio di un diritto di libertà; esso, pertanto, è necessario per qualsiasi intervento medico, sia esso di diagnosi o di cura (tali principi sono pacificamente affermati dalla S.C. a partire dalla sentenza 6.12.1968 n. 3906, inedita, in seguito sempre conforme: da ultimo in tal senso si vedano Cass. 28.11.2007 n. 24742; Cass. 2.7.2010 n. 15698).

*Le condizioni del
consenso informato*

Perché la volontà del paziente di consentire all'intervento medico possa dirsi liberamente formata, è necessario che il paziente stesso abbia ricevuto una informazione completa e dettagliata.

L'informazione fornita deve comprendere, in particolare:

- a) la natura dell'intervento o dell'esame (se sia cioè distruttivo, invasivo, doloroso, farmacologico strumentale, manuale, ecc.);
- b) la portata e l'estensione dell'intervento o dell'esame (quali distretti corporei interessi);
- c) i rischi che comporta, anche se ridotti (come effetti collaterali, indebolimento di altri sensi od organi, ecc.);
- d) la percentuale verosimile di successo;
- e) la possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi, ed i rischi di questi ultimi (in questo senso, ex multis, Cass. 25.11.1994 n. 10014, in Foro it., 1995, I, 2913 cit., e Cass. 15.1.1997, n. 364, in Foro it., 1997, I, 771);
- f) le eventuali inadeguatezze della struttura ove l'intervento dovrà essere eseguito (Cass. 21.7.2003 n. 11316).

In altri termini, il paziente deve essere messo concretamente in condizione di valutare ogni rischio ed ogni alternativa: "nell'ambito degli interventi chirurgici, in particolare, il do-

vere di informazione concerne la portata dell'intervento, le inevitabili difficoltà, gli effetti conseguibili e gli eventuali rischi, sì da porre il paziente in condizioni di decidere sull'opportunità di procedervi o di ometterlo, attraverso il bilanciamento di vantaggi e rischi. L'obbligo si estende ai rischi prevedibili e non anche agli esiti anomali, al limite del fortuito (...), non potendosi disconoscere che l'operatore sanitario deve contemperare l'esigenza di informazione con la necessità di evitare che il paziente, per una qualsiasi remotissima eventualità, eviti di sottoporsi anche ad un banale intervento" (Cass. 15.1.1997 n. 364, in Foro it., 1997, I, 771; ma in senso sostanzialmente conforme, si vedano già Cass. 26.3.1981 n. 1773 e Cass. 9.3.1965 n. 375, in Foro it. 1965, I, 1040).

È quindi in colpa (da inadempimento contrattuale) sia il medico che non fornisca al paziente le necessarie informazioni, sia quello che le fornisca in modo insufficiente, sia quello che le fornisca in modo errato (Cass. 28.11.2007 n. 24742). Deve aggiungersi che, in materia di completezza dell'informazione fornita al paziente, la giurisprudenza di legittimità ha distinto tra intervento a fini funzionali ed intervento di chirurgia estetica.

Nel primo caso, il paziente deve essere informato soprattutto sui possibili rischi dell'operazione; nel secondo caso, invece, il paziente deve essere informato sulla effettiva conseguibilità di un miglioramento fisico (Cass., 12-06-1982 n. 3604, in Giust. civ., 1983, I, 939). Pertanto, nel caso di chirurgia estetica, l'informazione da fornire deve essere assai più penetrante ed assai più completa (specie con riferimento ai rischi dell'operazione) di quella fornita in occasione di interventi terapeutici (Cass. 08-08-1985 n. 4394, in Foro it., 1986, I, 121).

Il consenso, inoltre, deve essere continuato. Esso non può essere prestato una tantum all'inizio della cura, ma va ri-

chiesto e riformulato per ogni singolo atto terapeutico o diagnostico, il quale sia suscettibile di cagionare autonomi rischi. La Corte Suprema è stata su questo punto molto chiara: “è noto che interventi particolarmente complessi, specie nel lavoro in équipe, ormai normale negli interventi chirurgici, presentino, nelle varie fasi, rischi specifici e distinti. Alorché tali fasi assumano una propria autonomia gestionale e diano luogo, esse stesse a scelte operative diversificate, ognuna delle quali presenti rischi diversi, l’obbligo di informazione si estende anche alle singole fasi e ai rispettivi rischi” (Cass. 15.1.1997 n. 364, in Foro it. 1997, I, 771).

A tale regola si fa eccezione nel caso di interventi urgenti, anche quando l’urgenza non sia assoluta: in tal caso, il consenso consapevole prestato dal paziente che si considera implicitamente esteso anche alle operazioni “complementari”, qual è quella di sostegno, durante l’intervento, delle risorse ematiche del paziente, che siano assolutamente necessarie e non sostituibili con tecniche più sicure (Cass. 26.9.2006 n. 20832).

*Chi deve dare
il consenso all’atto
medico?*

Molto delicato è il problema di chi debba dare il consenso all’atto medico.

Per essere efficace, il consenso all’attività medica deve essere prestato da soggetto capace di intendere e di volere.

Quando il paziente è legalmente e naturalmente capace, soltanto lui è titolare del potere di consentire o rifiutare l’intervento. La giurisprudenza – anche su tale questione mutando il proprio precedente orientamento – ha radicalmente escluso che, quando il paziente sia compos sui, il consenso all’intervento possa essere richiesto ai congiunti più stretti (ad esempio, al fine di evitare traumi al malato): perciò non sarà responsabile il medico che esegua una terapia necessaria ma non voluta dal paziente, quando il dissenso di quest’ultimo non era né noto, né presumibile al medico (Cass. 23.2.2007 n. 4211).

Per il soggetto legalmente incapace, il consenso deve essere prestato da chi ne ha la rappresentanza legale (il genitore od il tutore).

Il consenso non può tuttavia essere prestato dal soggetto che, pur legalmente capace, si trovi in concreto in stato d'incapacità di intendere e di volere (Cass. 6.12.1968 n. 3906, in Resp. civ. prev. 1970, 389). In quest'ultimo caso, qualora vi sia l'urgenza e l'indifferibilità di un trattamento terapeutico anche rischioso, il medico non andrà tuttavia incontro a responsabilità di sorta per avere omesso di informare il paziente, in quanto la sua condotta sarebbe comunque giustificata dalla necessità di evitare un danno grave alla salute od alla vita del paziente, ai sensi dell'art. 54 c.p.

Va segnalato comunque che la S.C., sul punto qui in esame ha, sensibilmente ridotto l'area di responsabilità del medico, stabilendo che la mancanza del consenso del paziente al trattamento sanitario è irrilevante non soltanto quando il medico abbia agito in stato di necessità ex art. 54 c.p., ma anche quando questo stato di necessità, oggettivamente inesistente, sia stato soltanto supposto dal medico, senza sua colpa (Cass. 23.2.2007 n. 4211; Cass., 15.11.1999 n. 12621; nella stessa decisione è contenuta, sia pure obiter dictum, un'altra importante affermazione: l'applicazione del principio di cui all'art. 2236 c.c. non solo alle ipotesi di malpractice in senso stretto, ma anche alle ipotesi di omessa informazione).

Una significativa evoluzione della giurisprudenza di legittimità, in senso meno gravoso per il medico convenuto in giudizio, si è registrata sul delicato problema delle conseguenze della violazione dell'obbligo di informazione.

Secondo l'orientamento giurisprudenziale a lungo dominante, nel caso di omessa informazione del paziente il medico rispondeva dell'insuccesso dell'intervento, anche se in concreto non fosse a lui addebitabile alcuna colpa (Cass.

14.3.2006 n. 5444; Cass. 24.9.1997 n. 9374, in Resp. civ. prev. 1998, 78).

Questo orientamento, che aveva ricevuto non poche critiche in dottrina (in quanto consentiva la condanna del medico anche in assenza della prova di un valido nesso di causalità tra omissione e danno) è stato di recente abbandonato. La S.C., infatti, ha rivisto le proprie posizioni al riguardo, ritenendo che in presenza di un atto terapeutico necessario e correttamente eseguito secondo le *leges artis*, dal quale siano tuttavia derivate conseguenze dannose per la salute, il medico che abbia violato l'obbligo di informazione può essere chiamato a risarcire il danno alla salute patito dal paziente solo se questi dimostri che, se fosse stato compiutamente informato, avrebbe rifiutato l'intervento, non potendo altrimenti ricondursi all'inadempimento dell'obbligo di informazione alcuna rilevanza causale sul danno alla salute (Cass. 9.2.2010 n. 2847).

4. IL NESSO DI CAUSALITÀ

*Premessa:
la natura giuridica
della responsabilità*

La responsabilità del medico e della struttura sanitaria ha natura contrattuale e la ripartizione dell'onere della prova prevede che il danneggiato debba provare il rapporto sanitario, la prestazione medica negligente e la lesione alla salute, restando a carico del medico inadempiente la prova di cause giustificative del proprio inadempimento o di elementi che interrompano il nesso causale tra negligenza e danno, secondo un criterio di causalità civilistico e probabilistico (cfr. Cassazione civile, sez. III, 15/12/2011, n. 27000)

Quanto precede concerne il rapporto diretto fra il paziente ed il medico (o la struttura sanitaria) laddove agiscano gli eredi per danni "propri" la natura giuridica della responsabilità è, invece, extracontrattuale.

Nei giudizi di accertamento della responsabilità iatrogena uno degli snodi cruciali dell'istruzione è spesso l'accertamento di un valido nesso causale tra la condotta del medico ed il pregiudizio lamentato dal paziente.

Da un lato, infatti, l'opera del sanitario, specie del chirurgo, si innesta di norma su un quadro clinico già compromesso; dall'altro la malattia è spesso un fenomeno multifattoriale, concausato da predisposizioni soggettive o concause esterne rispetto all'operato del medico, donde la difficoltà di stabilire se il peggioramento delle condizioni di salute possa effettivamente ascrivarsi eziologicamente alla condotta del sanitario, o se esso piuttosto non si sarebbe verificato in ogni caso.

È largamente ricevuto l'insegnamento secondo cui ai fini dell'accertamento della responsabilità occorre accertare un duplice nesso causale: quello tra la condotta illecita e la concreta lesione dell'interesse (c.d. causalità materiale), e quello tra quest'ultima ed i danni che ne sono derivati (c.d. causalità giuridica), la cui distinzione è pacifica nella giurisprudenza di legittimità. Secondo questa impostazione, nel caso di responsabilità per danno alla salute in ipotesi derivante da colpa del medico, occorre – in primo luogo – stabilire se dalla azione od omissione del medico sia derivata una lesione della salute; quindi – in caso affermativo – accertare quali conseguenze dannose (in termini di sofferenza, compromissione della validità psicofisica, pregiudizi patrimoniali) ne siano derivate.

L'obbligo risarcitorio sorge dunque allorché siano positivamente accertati tre fatti giuridici (condotta, lesione e danno), legati da due nessi causali (causalità materiale tra la condotta e la lesione, causalità giuridica tra quest'ultima ed il danno).

Secondo il giudice di legittimità, l'accertamento del nesso di causalità materiale (quello tra condotta ed evento) deve es-

sere compiuto, in qualsiasi branca del diritto, alla luce dei principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p.; per contro, il nesso di causalità giuridica (cioè tra evento e danno) va accertato in base al principio posto dall'art. 1223 c.c.

In base a questo criterio, la giurisprudenza ha ripetutamente affermato che un valido nesso causale tra condotta e danno può ritenersi sussistente allorché ricorrano due condizioni:

- a) che la condotta abbia costituito un antecedente necessario dell'evento, nel senso che questo rientri tra le conseguenze "normali" del fatto (con l'avvertenza che il concetto di "normalità" non coincide con quello di "frequenza");
- b) che l'antecedente medesimo non sia poi neutralizzato, sul piano eziologico, dalla sopravvenienza di un fatto di per sé idoneo a determinare l'evento.

Per quanto attiene ai criteri in base ai quali stabilire la sussistenza del nesso causale tra condotta illecita e lesione dell'interesse, si afferma che il giudice non deve fare ricorso né alla causalità naturalistica intesa in senso stretto (il che porterebbe a ritenere "causa" di un evento tutta la sterminata serie di precedenti senza i quali il fatto non si sarebbe potuto verificare); né alla causalità statistica (impossibile da applicare per la mancanza di rilevazioni oggettive); né alla intuizione del giudice, anche se fondata sulla logica. Secondo la S.C., il nesso di causalità va invece accertato "valutando tutti gli elementi della fattispecie, al fine di stabilire se il fatto era obiettivamente e concretamente (cioè con riferimento a quel singolo caso contingente) idoneo a produrre l'evento". In applicazione si è affermato che per l'accertamento del nesso causale tra condotta illecita ed evento di danno non è necessaria la dimostrazione di un rapporto di consequenzialità necessaria tra la prima ed il secondo, ma è sufficiente la sussistenza di un rapporto di mera probabilità scientifica.

Pertanto il nesso causale può essere ritenuto sussistente non solo quando il danno possa ritenersi conseguenza inevitabile della condotta, ma anche quando ne sia conseguenza altamente probabile e verosimile .

L'effetto pratico di questa impostazione teorica è che un nesso causale tra la condotta (commissiva) del medico ed il danno lamentato dal paziente può ravvisarsi non solo quando vi sia in tal senso una certezza scientifica, ma anche quando sussista unicamente “un serio e ragionevole criterio di probabilità scientifica”, purché “qualificata” da ulteriori elementi idonei a tradurre in certezze giuridiche le conclusioni astratte svolte in termini probabilistici .

L'accertamento del nesso causale, da compiere secondo il criterio appena indicato, deve essere preliminare ad ogni altro, ed in particolare a quello della colpa. Ciò vuol dire che il giudice di merito deve accertare separatamente dapprima la sussistenza del nesso causale tra la condotta illecita e l'evento di danno, e quindi valutare se quella condotta abbia avuto o meno natura colposa o dolosa. Sulla base di questo principio è stata ritenuta viziata la decisione la quale aveva escluso il nesso causale per il solo fatto che il danno non potesse essere con certezza ascritto ad una condotta colposa, posto che il suddetto nesso deve sussistere non già tra la colpa ed il danno, ma tra la condotta ed il danno, mentre la sussistenza dell'eventuale errore rileverà sul diverso piano della imputabilità del danno a titolo di colpa .

In sintesi, dunque, in tema di causalità commissiva tra atto medico e danno al paziente i principi affermati dal giudice di legittimità sono così riassumibili:

- a) il nesso eziologico va accertato col criterio della “causalità adeguata”;
- b) causalità adeguata vi è ogni qual volta sia “ragionevole” ritenere che la condotta del medico abbia causato il danno;
- c) è ragionevole ritenere che la condotta del medico abbia

causato il danno quando vi sia in tal senso anche solo una mera probabilità scientifica, corroborata però da ulteriori elementi oggettivi.

Nondimeno, se tali princìpi sono pacifici a livello teorico, è doveroso riconoscere che l'applicazione pratica di essi non sempre ha condotto a risultati univoci.

Ne è un esempio il caso deciso da Cass. 8.7.2010 n. 16123, inedita, nel quale la Corte di cassazione è giunta ad affermare che essendo il medico “tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso”. In questo caso specifico, pertanto, al paziente non è stato necessario provare la sussistenza della “probabilità scientifica” d'un valido nesso tra la condotta colposa del medico ed il risultato indesiderato, ma è stato sufficiente dimostrare soltanto la colpa del medico ed il peggioramento del proprio stato, tanto bastando per la S.C. a ritenere in via presuntiva sussistente il nesso di causalità.

La causalità omissiva

Vari contrasti, in questo caso però recentemente risolti, hanno diviso la giurisprudenza in merito all'individuazione dei criteri di accertamento del nesso di causalità tra la condotta omissiva del medico ed il danno lamentato dal paziente.

Per molto tempo, la giurisprudenza penale del giudice di legittimità si era divisa tra quanti ritenevano che, nel caso di colpa omissiva, l'autore rispondesse del danno quante volte la condotta omessa avrebbe avuto “serie ed apprezzabili possibilità” di evitare il danno, e quanti invece esigevano la “certezza ragionevole” che la condotta omessa avrebbe evitato il danno.

Le Sezioni Unite penali della S.C., componendo il contrasto medio tempore insorto in seno alle sezioni semplici, hanno abbandonato la vecchia nozione di “serie ed apprezzabili possibilità di successo”, e sancito per contro l’obbligo di fare ricorso a diversi criteri logici di accertamento del nesso causale, che possono essere così riassunti:

- a) per quanto attiene all’accertamento del nesso causale tra omissione e danno, resta valido il ricorso al “giudizio controfattuale”, ossia a quella particolare astrazione consistente nell’ipotizzare quali sarebbero state le conseguenze della condotta alternativa corretta omessa dal medico;
- b) per quanto attiene al grado di probabilità, in base al quale stabilire astrattamente se l’effettuazione della condotta omessa avrebbe evitato il danno, occorre avere riguardo non già alla mera “probabilità statistica” desunta da eventuali precedenti, ma al differente concetto di “probabilità logica”, la quale deve essere prossima alla certezza;
- c) la “probabilità logica”, a sua volta, va accertata collazionando le probabilità statistiche di successo dell’intervento omesso con tutte le circostanze del caso concreto, quali risultanti dal materiale probatorio raccolto (Cass. sez. un. 11.9.2002 n. 30328, in Dir. e giust., 2002, fasc. 35, 21, ma specialmente 26-27).

Al criterio delle “serie ed apprezzabili possibilità di successo”, pertanto, era venuto a sostituirsi quello della “alta o elevata credibilità razionale” del giudizio controfattuale.

Tuttavia, sebbene il nesso di causalità materiale sia disciplinato anche in materia civile dagli artt. 40 e 41 c.p., le sezioni civili della Cassazione non si sono uniformate all’interpretazione che di tali norma hanno dato le sezioni penali.

Al contrario, hanno continuato ad affermare che il giudizio controfattuale possa ritenersi soddisfatto, in tema di colpa omissiva, quando si possa ritenere che, in presenza della condotta omessa, il danno avrebbe avuto “serie ed apprezzabili

possibilità” di non accadere.

Questo “scostamento” tra i criteri di accertamento della causalità omissiva in sede penale rispetto alla sede civile è stato definitivamente sancito dalla importante decisione pronunciata da Cass. sez. un. 11.1.2008 n. 581, nella quale si è definitivamente stabilito che ai fini del risarcimento del danno il nesso causale tra una condotta omissiva e l’evento dannoso deve ritenersi sussistente ogni qual volta possa affermarsi, in base alle circostanze del caso concreto, che la condotta alternativa corretta avrebbe impedito l’avverarsi dell’evento con una probabilità superiore al 50%, secondo la regola del “più sì che no”. Quindi, mentre per la Cassazione penale il nesso causale tra omissione ed evento esige l’accertamento che senza l’omissione il danno non si sarebbe verificato “con alta o elevata credibilità razionale”, per la Cassazione civile il nesso causale tra omissione ed evento non esige la certezza assoluta che senza la condotta il danno sarebbe accaduto, ma semplicemente la ragionevole probabilità di ciò. Con l’ulteriore precisazione che una “probabilità ragionevole” non è necessariamente quella che abbia statisticamente una probabilità di accadimento superiore al 50%, ma è quella da ritenersi tale in base ad una analisi logico deduttiva del singolo caso, e dunque ben potrebbe ritenersi “ragionevole” una probabilità inferiore al 50%.

*Nesso di causalità
ed onere della prova*

Una terza peculiarità dell’accertamento del nesso di causa tra la condotta del medico e il danno lamentato dal paziente riguarda l’onere della prova.

In linea generale esso spetta alla vittima (Cass. 11.5.2009 n. 10743).

Il giudice di legittimità ha tuttavia ammesso la possibilità di pronunciare un giudizio di condanna nei confronti del medico in base ad un nesso di causalità – per così dire – “presunto”: più esattamente, per questo orientamento, quando

non è possibile stabilire se la morte di un paziente sia stata causata dall'incuria del medico curante o da altre cause, e l'incertezza derivi dalla incompletezza della cartella clinica o dall'omesso compimento di altri adempimenti ricadenti sul medico, quest'ultimo deve ritenersi responsabile del decesso, allorché la sua condotta sia stata astrattamente idonea a causarlo .

Questo principio è stato affermato persino in un caso in cui la probabilità che il danno fosse stato causato dalla condotta del medico appariva addirittura minore rispetto ad altre possibili cause, in base al rilievo che “il difetto di accertamento del fatto astrattamente idoneo ad escludere il nesso causale tra condotta ed evento non può essere invocato, benché sotto il profilo statistico quel fatto sia “più probabile che non”, da chi quell'accertamento avrebbe potuto compiere e non l'abbia, invece, effettuato” (Cass. 17.2.2011 n. 3847). Pertanto, quando applica il principio della causalità adeguata alla materia della responsabilità del medico, la corte sembra aggiungervi un ulteriore corollario in materia di riparto dell'onere della prova, che può essere così riassunto:

- a) se è accertato che il medico ha posto in essere un antecedente causale astrattamente idoneo a produrre il danno;
- b) se non è accertato se, nella specie, il danno sia stato effettivamente causato dalla condotta del medico;
- c) in simili evenienze, incombe sul medico l'onere di provare concretamente, se vuole andare esente da responsabilità, che il danno è dipeso da un fattore eccezionale ed imprevedibile.

L'accertamento del nesso di causalità, specie tra la condotta del medico ed il danno alla salute del paziente, ha fatto registrare decisioni discordi in seno al giudice di legittimità nell'ipotesi in cui alla produzione del danno abbia concorso sia il fatto umano (la condotta del medico), sia cause natu-

*Il concorso di cause
umane e naturali*

rali, quali la predisposizione del paziente o patologie pregresse di cui era portatore.

Per la comprensione di tale problema occorre ricordare come, per lunghi anni, la Corte di cassazione aveva costantemente affermato che se alla produzione dell'evento di danno concorrono la condotta dell'uomo e cause naturali, il responsabile non può invocare alcuna riduzione della propria responsabilità, in quanto una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile (così, ex plurimis, Cass. civ., sez. II, 28 marzo 2007, n. 7577; Cass. civ., sez. lav., 9 aprile 2003, n. 5539).

Poi, nel 2009, la Corte di legittimità aveva mutato avviso proprio nel decidere un caso di colpa medica (con la sentenza della Sez. III, 16 gennaio 2009, n. 975).

Il caso oggetto di quest'ultima decisione riguardava la vicenda di un paziente, già infartuato, al quale i chirurghi nel corso di un intervento procuravano un'emorragia in conseguenza della lesione accidentale di un vaso sanguigno. Dopo l'emorragia il paziente pativa un secondo infarto che lo conduceva a morte: sicché era sorto il problema di stabilire se la morte fosse stata causata dall'emorragia, ovvero se il secondo infarto fosse sopravvenuto per un fattore autonomo, quale naturale sviluppo dello stato di salute in cui il paziente si trovava al momento del ricovero.

La Corte, dopo avere ribadito il tradizionale principio secondo cui il nesso di causalità tra la condotta e l'illecito sussiste, ai sensi dell'art. 40 c.p., a condizione che senza la prima il secondo non si sarebbe mai potuto verificare, ha sentito il bisogno di aggiungere, a mo' di *obiter dictum*, che in ogni caso il giudice di merito, cui sarebbe stata rinviata la causa, nella liquidazione del danno avrebbe dovuto tenere

conto delle gravi condizioni di salute del paziente, preesistenti all'intervento.

In particolare, ove avesse accertato che la morte del paziente fu determinata da un concorso di causa (la condotta imperita dei sanitari e le pregresse condizioni di salute), secondo la S.C. il giudice di merito avrebbe dovuto "procedere alla specifica identificazione della parte di danno rapportabile all'uno o all'altra, eventualmente con criterio equitativo". Anche nel caso di incertezza sulle cause dell'illecito dovrebbe infatti trovare applicazione l'art. 1226 c.c., per evitare di addossare tutto il risarcimento del danno al responsabile di una sola porzione di esso.

Questa conclusione venne corroborata poi da due rilievi: sia l'art. 2055 c.c., in tema di regresso fra condebitori solidali; sia l'art. 1227 c.c., in tema di concorso colposo della vittima nella produzione del danno, prevedono che la misura del regresso e – rispettivamente – la riduzione del risarcimento siano determinate in funzione delle conseguenze derivate dalla condotta del condebitore o della vittima, in tal modo ammettendo che il nesso di causalità possa essere concettualmente frazionato.

L'effetto di questa sentenza, di fatto, fu quello di circoscrivere l'area della responsabilità medica. Infatti, quando il paziente avesse invocato la responsabilità del sanitario che l'aveva avuto in cura, ma fosse emerso che comunque alla produzione del danno alla persona del paziente aveva concorso non solo l'opera del medico, ma anche le pregresse condizioni di salute del paziente stesso, si consentiva al giudice di ridurre in via equitativa – ai sensi dell'art. 1226 c.c. – l'ammontare del risarcimento.

Il principio affermato dalla sentenza 975/09 è stato però successivamente abbandonato dalla sentenza 21 luglio 2011 n. 15991 della Corte di cassazione.

La sentenza più recente ha rilevato come la soluzione adot-

tata nel 2009 (e cioè la graduabilità della responsabilità del medico in funzione delle pregresse condizioni del paziente) confondeva due diversi nessi di causalità: quello tra la condotta illecita e la concreta lesione dell'interesse (c.d. causalità materiale, disciplinata dall'art. 40 c.p.), e quello tra quest'ultima ed i danni che ne sono derivati (c.d. causalità giuridica, disciplinata dall'art. 1223 c.c.: cfr. supra, § 3.1).

La circostanza che un paziente, prima dell'intervento rivelatosi infausto, fosse portatore di patologie pregresse non può mai comportare – ha stabilito Cass. 15991/11 – il “frazionamento” del nesso di causalità tra condotta e danno. Tale nesso o c'è o manca, senza che sia possibile alcuna graduazione percentuale. Pertanto, quand'anche il medico abbia con la propria azione od omissione fornito un contributo causale solo dell'1% alla produzione del danno, il quale è dovuto per il resto al concorso di cause naturali, egli dovrà comunque risponderne per intero.

Le pregresse condizioni di salute del paziente, e più in generale il concorso di concause naturali alla produzione del danno, vengono invece in rilievo nel momento della liquidazione del danno: più esattamente, nella selezione, tra tutte le conseguenze provocate dall'errore medico, delle sole che siano giuridicamente risarcibili, quali conseguenze immediate e dirette dell'illecito ai sensi dell'art. 1223 c.c.

Sotto questo profilo, la sentenza 15991/11 si spinge a suggerire una autentica tassonomia dei casi più frequentemente ricorrenti:

- a) se il paziente era già malato od invalido, e l'atto medico aggrava le sue condizioni di salute, il danno va liquidato considerando quale sarebbe stata la condizione del paziente se non ci fosse stato l'errore medico;
- b) se il paziente era già “affetto da patologie prive di effetti invalidanti”, e l'atto medico gli causa un danno alla salute, il danno va liquidato senza tenere conto dello stato

- pregresso del paziente;
- c) se il paziente era affetto da una patologia non letale, e l'errore del medico ne causa la morte, lo stato di salute pregresso:
 - c') è irrilevante ai fini della liquidazione del danno patito iure proprio dai familiari della vittima;
 - c'') può giustificare la riduzione del risarcimento dell'eventuale danno alla salute patito dalla vittima primaria e trasmesso iure successionis agli eredi;
 - d) se il paziente era già affetto da una malattia letale, ma l'errore del medico ne accelera la morte, le sue pregresse condizioni di salute possono giustificare una riduzione del risarcimento spettante iure proprio ai familiari, in proporzione dello scarto temporale tra la durata della vita effettivamente vissuta e quella che la vittima, in assenza dell'errore medico, avrebbe verosimilmente potuto sperare.

La complessità in medicina di fronte alle sfide professionali e al crescere delle contrapposizioni

Maurizio Benato

vicepresidente Fnomceo e presidente Omceo Padova

LA DEFINIZIONE DI COMPLESSITÀ in medicina, così come in altre scienze naturali e umane, non fa solo riferimento all'antiteticità rispetto alla semplicità – infatti potendo definire il concetto con chiarezza, il contenuto non apparirebbe poi così complesso – ma fa anche riferimento a quel nuovo paradigma che ha acquisito una significativa influenza, in ambito educativo, nell'organizzazione del processo di insegnamento-apprendimento, come nel contenuto delle stesse discipline scientifiche e umanistiche e che va sotto il nome di teoria della complessità.

Questa nuova scienza rappresenta oggi una vera e propria rivoluzione scientifica paragonabile, in termini storici, alla nota e classica rivoluzione copernicana. Se il sistema astronomico proposto da Copernico ha richiesto l'abbandono della precedente visione antropocentrica, che poneva l'uomo centrale nell'intero universo, la scienza della complessità impone un definitivo cambiamento di prospettiva nei confronti

di un concetto antico quanto il pensiero umano: il caos. Cercando di essere pratico, al di là della teorizzazione della complessità che lascio volentieri agli studiosi, penso che alcune indicazioni siano necessarie per capire di che cosa stiamo parlando, proprio perché è abbastanza recente l'utilizzo degli elementi portanti di questo nuovo paradigma culturale. Per esempio, la metodologia della strutturazione dei contenuti disciplinari non viene più affrontata attorno a nuclei tematici o interpretativi con uno sviluppo lineare che può generare equivoci, bensì attraverso legami spesso sotterranei che legano i fatti più lontani e i più diversi. Non esistono storie insignificanti, tutto è correlato e le cose sono, allo stesso tempo, causate e causanti.

*La medicina in
chiave di complessità*

Parlando di medicina, vi elenco alcune indicazioni utili a un approccio ragionato in medicina in chiave di complessità:

- la società che declina i contenuti della medicina è un sistema ipercomplesso, la realtà è multidimensionale (sociale, psicologica, scientifica, economica, ecc.), un sistema di sistemi aperti, che si auto organizza continuamente;
- non esiste un centro, un punto di vista privilegiato, una chiave di lettura primaria, intorno alla quale organizzare la descrizione;
- ogni avvenimento è il risultato singolare e irripetibile di una cascata di eventi;
- ogni descrizione non può che essere incompleta e incerta. Sicuramente non si può concepire il tutto senza concepire le parti e non si possono concepire le parti senza concepire il tutto.

Potrei continuare, ma voglio concludere questa introduzione ricordando due aspetti ormai assodati che devono comunque orientare il nostro pensiero in medicina: il primo è che la scienza moderna ha superato il meccanicismo, il determinismo e il riduzionismo, per vari motivi e con riflessi rivoluzionari su cui mi sono soffermato in altre occasioni, il

secondo è che, in accordo con il matematico Edward Norton Lorenz, scomparso qualche anno fa, sistemi deterministici anche molto semplici, se usati in medicina, possono avere un comportamento “caotico”. Ne consegue che, quando parliamo della nostra disciplina, ogni previsione sulla sua evoluzione in termini di canone e statuto è praticamente impossibile.

COMPLESSITÀ NELLA DEFINIZIONE DI SALUTE ED OGGETTO/SOGGETTO DELLA SALUTE

Dunque complessità, che comincia con lo stesso concetto di malattia, concetto che, nonostante la sua centralità in medicina, non presenta una definizione comunemente accettata dalla totalità dei medici e degli operatori sanitari.

Una definizione della malattia a partire dal concetto di funzione naturale è seducente, ma dimentica i fattori soggettivi e tutte le variabili valoriali del paziente che vive in un determinato contesto storico sociale. Anche una descrizione della malattia sulla base dell’idea della funzione, ovvero di malfunzionamento, sarebbe oggettiva solo se la funzione lesa fosse priva di riferimenti valoriali.

Poiché le condizioni patologiche non sono generi naturali, non possono distinguersi con precisione e certezza dalle condizioni normali.

Anche nella medicina scientifica, che comunemente praticiamo, la malattia resta una nozione legata a fattori storici, culturali ed etici; basti pensare al confine tra normale e patologico che varia nel tempo e in funzione dei modelli di spiegazione e delle tecniche di rilevazione dei segni e dei sintomi. È un dato non smentibile che le conoscenze e le tecniche messe a punto dall’avvento della medicina scientifica hanno comunque permesso risultati oggettivi non comparabili con quelli di tutte le altre epoche; tuttavia anche se è migliorato lo stato di salute oggettiva, dobbiamo

ammettere una sorta di fallimento per quanto riguarda il peggioramento del benessere soggettivo. La complessità emerge quando la medicina si rivolge all'uomo, in quanto persona, quale soggetto responsabile ma anche titolare di diritti primo fra tutti quello alla vita, all'intangibilità e alla libertà. Appare sempre più evidente che il concetto di persona non è una duplicazione retorica di quello di uomo. Basti pensare al progresso della medicina e di tutte le tecnologie biomediche che prendono in considerazione stati di vita umana che in passato non si conoscevano in maniera approfondita come oggi (il concepito) o erano eccezionali e transitori, per cui oggi siamo in grado di fare distinzione tra (piena) capacità giuridica, (graduabile) capacità di agire e stato vegetativo permanente. Situazioni che ci impegnano da un punto di vista deontologico. E, come si può evincere, il concetto è ancora ben più complesso della semplificazione presente nella conclusione cui era pervenuto Tommaso D'Aquino: *Omne individuum rationalis naturae dicitur persona* (un essere individuale è persona se ha una natura razionale, ndr). Non solo: i mutamenti di costume della società inducono a considerare alcune pratiche, una volta considerate criminali, come pratiche legalmente consentite (aborto, cambio di sesso). Aggiungo inoltre che la barriera ontologica tra uomo e altri enti senzienti non appare più così rigida come nell'immediato passato e si affaccia l'idea di una continuità nella diversità piuttosto che di una vera e propria differenza di status (uomo e vita animale) degna di un *corpus iuris* animale articolato e complesso come è accaduto con la bioetica e il diritto dell'ambiente. A ridare complessità al problema intervengono anche le nanotecnologie che, in combinazione con la biotecnologia, l'elettronica e la medicina, consentono oggi di intervenire radicalmente sul corpo umano per ripararlo o per potenziarne le capacità. Sono possibili le co-

struzioni di organi o di tessuti per il trapianto e la riparazione di funzioni sensoriali compromesse o il loro ampliamento. Sono già codificati interventi che, poggiando sulle connessioni tra elettronica e sistema nervoso, attraverso nanoelectronic e neuro-implants (neurobionics) consentirebbero di correggere difetti della vista o dell'udito. Sono scenari nuovi per la medicina fin qui intesa, che per mezzo di nano macchine potrebbe servirsi dello scanner, atomo per atomo del tessuto cerebrale replicandolo in un calcolatore, cui si chiederebbe in ultima istanza la digitalizzazione dell'informazione. Non solo, ma sono già state avviate costruzioni di nanomacchine ibride integrando biologico e inorganico che alterano profondamente i contenuti disciplinari della biologia, della chimica e della fisica. Di fronte a questa esplosione tecnologica immediato si para l'ostacolo che dovremo al più presto affrontare di come qualificare, eticamente e giuridicamente, il contenuto di un cervello scannerizzato e di come qualificare la nuova identità umana e la concezione di integrità personale, caposaldo e scopo per secoli della medicina. Partendo dall'idea, che non è lontana, che non esiste l'uomo ma la nano particella sarà necessario dotarsi di nuovi strumenti di pensiero che ci potrebbero essere offerti da una filosofia ad hoc (nanofilosofia) con la conseguenza di nuovi orizzonti etici (naoetica).

Per questo appare oggi più che mai fondamentale la definizione dell'identità della persona coinvolta nell'attuazione del diritto alla salute dopo che questo non appare più soltanto una legittima pretesa nei confronti del potere pubblico, ma un diritto individuale, tutelato anche a livello collettivo, fondamentale ed efficace anche orizzontalmente.

COMPLESSITÀ NELLA DOMANDA DI SALUTE

Se il concetto di “malattia” e di “salute” non sono così ovvi

e soprattutto, non dipendono esclusivamente dal progresso delle scienze mediche, allora dobbiamo ammettere che non c'è più una concezione univoca di quali siano gli scopi della medicina e comunque, ormai non è più possibile sostenere che la salute sia un problema esclusivamente medico.

*La definizione
di salute dell'Oms*

Questo è un concetto centrale sia per il singolo individuo per il quale la salute, in questo senso, è parte integrante del benessere personale, che per la collettività dove la salute dei singoli cittadini è anche questione di interesse dello Stato. Attenzione allora a non arroccarci su posizioni arbitrarie quando adottiamo un concetto di salute univoca e stabile. Se vogliamo, il concetto era già presente nella definizione di salute dell'Oms come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia".

Oggi in tutto il mondo è in corso un vivace dibattito attorno a questa definizione, probabile preludio alla revisione di quello storico concetto che, superato il mezzo secolo di vita, sembra denunciare i segni di un suo superamento. Inutile a questo punto affermare che quando si parla di salute dobbiamo confrontarci con un arcipelago di idee, significati, metafore e atteggiamenti culturali che divaricano dalla dimensione empirica dei fatti biologici e dalle prove di efficacia, cui tanto ci affidiamo nella pratica della medicina moderna. Viviamo in un campo minato tra nuovi paradigmi sociologici che orientano giudizi di valore e comportamenti tra i più diversi nei riguardi della salute e della malattia, con le note incrinature nel rapporto medico-paziente. Allo stato attuale il concetto di salute si fa carico di due istanze storicamente preponderanti, quella medica di oggettività scientifica e quella pubblica, di salvaguardia e promozione del benessere dei cittadini. Ma certamente non si possono tralasciare le istanze private intimamente legate all'empowerment del paziente.

*L'empowerment
del paziente*

Wallerstein nel 2006 ha proposto la seguente definizione: "L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso

DICHIARAZIONE TRANSUMANISTA

1. In futuro l'umanità sarà radicalmente cambiata dalla tecnologia. Noi prevediamo la possibilità di riprogettare la condizione umana, inclusi certi parametri quali l'inevitabilità dell'invecchiamento, i limiti dell'intelletto sia umano che artificiale, il fatto che gli stati emotivi sfuggano al nostro controllo, la sofferenza e la nostra prigionia sul pianeta terra.
2. È necessario uno sforzo di ricerca sistematico per comprendere i venturi sviluppi e le loro conseguenze a lungo termine.
3. I transumanisti pensano che, se saremo disposti ad accettarle invece di metterle al bando avremmo maggiori possibilità di sfruttare a nostro vantaggio le nuove tecnologie.
4. I transumanisti difendono il diritto morale, per coloro che lo desiderano, di usare la tecnologia per ampliare le proprie capacità fisiche e mentali, e per estendere il controllo sulla propria vita. Aspiriamo a una crescita personale che vada oltre i limiti attuali.
5. Per prepararsi al futuro, è d'obbligo prendere in considerazione la prospettiva in cui il progresso tecnologico subirà un'intensa accelerazione. La perdita dei potenziali benefici per colpa di proibizioni non necessarie e di un'immotivata tecnofobia sarebbe una tragedia. D'altra parte sarebbe una tragedia anche se la vita intelligente si estinguesse a causa di un qualche disastro o di una guerra resi possibili dalle tecnologie avanzate.
6. Dobbiamo creare luoghi d'incontro nei quali le persone possano discutere razionalmente sul da farsi, e un ordine sociale adatto a mettere in pratica decisioni responsabili.
7. Il transumanesimo difende il benessere di tutti gli esseri senzienti (siano essi intelligenze artificiali, esseri umani, animali non umani e perfino le specie extraterrestri) e include molti principi dell'umanesimo laico moderno. Il transumanesimo non sostiene alcun partito politico o programma politico.

The transhumanist Declaration (1998)

so il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita".

Sono istanze abbastanza recenti, sollevate nelle società liberali dalle singole persone in base al diritto di autonomia sulle scelte che riguardano il proprio corpo. Questo vale non solo per le scelte di fine vita, ma anche per l'uso della scienza volta a garantire a tutti la possibilità di vivere un'esistenza più libera.

Vi ho riportato la dichiarazione transumanista che sostiene con forza la necessità di riappropriarsi del mezzo tecnico per il miglioramento della percezione del sé. È un intreccio complesso perché empowerment individuale ed empowerment organizzativo di comunità, pur essendo interdipendenti, non coincidono anzi, sono spesso in piena contrapposizione.

L'empowerment del cittadino utente scaturisce dalla combinazione di tre componenti:

- convinzione soggettiva di poter influire sulle decisioni che incidono sulla propria vita (componente intrapersonale);
- capacità di comprendere il proprio ambiente socio-politico (componente interpersonale);
- partecipazione ad attività collettive mirate a influenzare l'ambiente socio-politico (componente comportamentale).

A livello organizzativo manca, tuttavia, qualsiasi opportunità di aumentare il controllo sulla propria esistenza.

Bisogna domandarsi se siamo in grado di provvedere. Oggi non ci si chiede più se le prospettive visionarie aperte dalle nuove tecnologie avranno impatti sociali, perché urge prevedere come e quando la convergenza tecnologica in atto produrrà risultati drastici sul nostro modo di vivere e di relazionarci, sia con noi stessi che con gli altri.

Parlando di identità umana ho già anticipato un risultato di

una loro possibile applicazione con conseguenze del tutto nuove per la medicina.

Il tutto è reso possibile da una convergenza scientifico-tecnologico-culturale che permetterà una sinergia tra nanoscienza, nanotecnologia, biotecnologia e biomedicina (inclusa l'ingegneria genetica), tecnologie dell'informazione (incluse intelligenza artificiale e tecnologie per la comunicazione) e scienze cognitive (soprattutto la neuroscienza cognitiva).

Non è il futuro, né il futuribile: è il presente, perché queste scienze e applicazioni tecnologiche stanno abbandonando i laboratori della ricerca scientifica in cui sono rimaste relegate fino a oggi, per divenire sempre più il centro dell'attenzione pubblica per le loro possibili applicazioni.

Voglio ricordare che nell'ambito della conoscenza la convergenza è data dalla struttura stessa della materia, sulla quale peraltro si fonda una visione olistica della stessa conoscenza scientifica. L'origine della convergenza si fonda al livello della nanoscala, ovvero sia lo studio dei fenomeni che interessano la materia su una scala dell'ordine di un milionesimo di millimetro, per cui sostanzialmente, si arriverà ben presto a comprendere non solo il modo in cui gli atomi si combinano in molecole, ma anche le leggi che regolano l'aggregazione molecolare in strutture polimeriche.

Ciò consentirà di manipolare la materia a livello della nanoscala con le conseguenze che costruiremo molecole artificiali ad hoc con le funzioni più svariate. Pensiamo all'applicazione alla salute; l'orientamento generale parla oramai di strumenti necessari a supportare la cosiddetta medicina personalizzata (personalized healthcare) che prospetta l'individuazione di nuovi agenti terapeutici e farmacologici non solo migliorativi ma potenziativi per l'uomo.

Ecco allora che il pensiero del nostro tempo, lo *Zeitgeist* contemporaneo, è rappresentato dalla complessità dove salute e

malattia sono il frutto di dinamiche complesse, per cui risulta importante intuizione ed esperienza quando si devono applicare regole generali all'individuo.

Tuttavia la complessità in medicina non si ferma qui a livello di innovazioni e applicazioni. Siamo di fronte ad una nuova ontologia del paziente che sempre abbiamo conosciuto e che si caratterizza per gli elementi distintivi di condizioni morbose che la medicina in passato aveva preso poco in considerazione ovvero sia la comorbilità e l'età, la cronicità in altre parole, dove la medicina arranca nella sua tassonomia per l'incapacità di raggiungere quel momento di sintesi, tipico della diagnosi, tra identificazione di elementi clinici e malattia.

Vi sono elementi, oggi più che mai, che fanno comprendere quanto la vecchia tassonomia ci allontani dalla realtà della singola persona ammalata con la sua complessità.

Ecco allora che l'approccio inevitabile da seguire nella complessità appare l'approccio di sistema, perché la sola analisi delle singole componenti tende a costruire una serie di verità che non necessariamente rimangono tali quando i vari elementi vengono considerati nel loro insieme.

CONCLUSIONI

Gli esempi e le argomentazioni che ho portato e che ho limitato ai nodi cruciali del moderno esercizio della medicina, penso possano servire a dare un'idea delle linee di sviluppo e di ulteriore impegno per tentare di offrire ai colleghi e a noi stessi una chiave di lettura paradigmatica ed efficace della complessità, o meglio della complessità della medicina.

Il nostro esercizio professionale si trova, nostro malgrado, tra i limiti della nostra storia e i bisogni di una società la cui domanda esorbita dalla cornice concettuale in cui si è sviluppata fino ad oggi la medicina. La domanda di salute, note-

volmente cambiata, si inserisce in un quadro sociale caratterizzato da una crescente attenzione all'efficienza fisica, progressiva scotomizzazione della morte e della sua inevitabile naturalità, con le conseguenze che coinvolgono la stessa fiducia nel pensiero scientifico, nella sua razionalità e si salda con una corrente di valori fluida e composita (il 41° Rapporto del Presidente del Censis ha definito la nostra società una "poltiglia", una "società mucillagine" composta da tanti coriandoli che stanno l'uno accanto all'altro, ma non uniti insieme).

Quello che emerge è che la biomedicina è solo una fra le possibili modalità cui si pone la prospettiva malattia. C'è bisogno di un nuovo approccio culturale alla salute dell'uomo senza alcuna esclusione preconcepita. Recentemente ho affermato a Padova che la filosofia, che dovrebbe indirizzarci, dovrebbe essere pragmatica e accettare anche la sfida di scendere a valle tra le nebbie, dopo aver percorso la lunga salita sul sentiero della certezza logica e della razionalità alla ricerca della verità assoluta.

Quindi integrare le diverse metodologie significa far interagire le diverse conoscenze e metodi, alla ricerca prima di tutto di un linguaggio comune, condiviso, e conseguentemente di un modello di medicina che ripositioni finalmente la persona al centro dei suoi percorsi culturali comunicativi e operativi.

Il nuovo paradigma della complessità in sanità: gli scenari che mutano tra spending review e controriforme striscianti

Ivan Cavicchi

docente di Sociologia dell'organizzazione sanitaria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Tor Vergata di Roma

SENTO IL BISOGNO DI PARTIRE DA UN PRINCIPIO di realtà e per me il principio di realtà è la manifestazione che si farà domani mattina a Roma.

È una manifestazione non come tutte le altre, è una manifestazione organizzata dai medici, ma aperta alla partecipazione di altre categorie e dei cittadini.

A questa manifestazione hanno aderito altre categorie professionali come gli infermieri e importanti associazioni di cittadini.

È una manifestazione che viene fatta, si dice, in difesa della sanità pubblica. Ma è anche una manifestazione che, per la prima volta, porta in piazza quella che da anni io mi ostino a definire la “questione medica”, se così non fosse, non avrebbe senso l’adesione degli ordini a questa manifestazione.

Se gli ordini aderiscono, e se gli ordini sono “i soggetti titolari dell’esercizio professionale”, vuol dire che l’esercizio professionale oggi ha dei problemi, cioè vuol dire che la que-

La manifestazione del 27 settembre a Roma

stione professionale domani andrà in piazza.

Questo è il principio di realtà dal quale vorrei partire: dopo anni di analisi sui problemi deontologici e sulla complessità, finalmente facciamo qualcosa.

Voglio ricordare che nel 2008 la stessa Fnomceo organizzò un grande convegno sui problemi della professione medica: ma quel momento è rimasto per me lettera morta e non deve più succedere. Per far sì che non succeda ora che andiamo in piazza, abbiamo il problema di capire cosa fare subito dopo, cioè come la questione professionale dovrà essere tradotta in piattaforma, in negoziato, in confronto. Immagino che voi, come me, non vi illudiate di convincere Monti, nel breve periodo, a rinunciare alla spending review. Si tratta quindi di puntare ad un futuro prossimo, più ragionevole, il 2013: ci saranno le elezioni, dobbiamo andare a votare e vedere quello che succede. Detto ciò a mo' di premessa, vorrei affrontare il tema che mi è stato assegnato e collegare le due sessioni di questo convegno, deontologia e complessità. Vorrei tentare di capire quali sono le radici dei nostri problemi e non lasciare cadere questa intelligente sfida che è nel titolo: "nel crepuscolo del dovere". Vorrei capire che cosa significa "crepuscolo del dovere", perché come il presidente Muzzetto diceva, giustamente, può significare due cose: o che il sole scende o che il sole sale e noi dobbiamo capire quale delle due ci conviene di più. Per riepilogare il problema e per collegare la questione della deontologia alla complessità dirò così: una volta il giudizio clinico, la decisione del medico, era giustificata sostanzialmente con due valori. Il primo era la necessità del malato (pz: "Perché hai fatto questo?", dr: "Perché era necessario che io lo facessi"). Il secondo era il fine del medico: raggiungere degli obiettivi di salute (pz: "Perché hai fatto questo?", dr: "Perché è mio dovere raggiungere il fine della cura"). Fino a non molto tempo fa le nostre decisioni erano giustificate dalla necessità e dai fini.

Nel tempo le nozioni di necessità e di fini hanno cominciato a cambiare.

Oggi la decisione di un medico non tiene più conto solo delle necessità del malato, ma deve tenere conto delle necessità dell'azienda, delle necessità di risparmio, delle necessità di compatibilità, del consenso informato, deve tenere conto del contenzioso legale, del proceduralismo ecc. Le necessità sono aumentate e, quando aumentano le necessità dei malati da soddisfare, l'impresa diventa automaticamente più complessa, meno semplice.

Nello stesso tempo è cambiata una cosa che mi permette di collegarmi alla bella relazione di Grandinetti: oggi non solo siamo tenuti, obbligati, a tener conto di tante necessità diverse, tutte extracliniche, sociali, culturali, economiche ecc... ma al contempo anche a ricontestualizzare il fine di curabilità e di terapeuticità. Oggi con i crescenti limiti economici imposti al sistema delle cure non è più importante l'obiettivo del curare, ma diventano importanti i mezzi che si impiegano per curare.

Per esempio, in tutti i Codici Deontologici e non solo quello dei medici ma anche quello degli infermieri, è riposta una grande enfasi nel concetto di responsabilità.

I medici in questi anni, assediati dai Direttori Generali, dalle aziende, da mille limiti, dai bisogni urgenti in materia di spesa sanitaria dagli anni '80, dalla spending review, hanno fatto un grande sforzo di responsabilizzazione nei confronti del problema delle risorse. A volte ho avuto la sensazione che i medici fossero addirittura più realisti del Re: si presentano sempre con dei bei progetti, responsabili di tutto, fino in qualche misura, ad "esagerare con un eccesso di responsabilizzazione", cioè concedendo all'economia quote importanti di autonomia clinica pur sapendo che i tabernacoli della decisione clinica nelle mani degli economisti corrono dei rischi seri. Quindi ha ragione il procuratore Grandinetti a di-

Come sono cambiate le nozioni di "necessità" e di "fine"

Il concetto di responsabilità

re che forse abbiamo ceduto un po' troppo nel tempo. Sicuramente l'ho abbiamo fatto a fin di bene cioè l'abbiamo fatto perché volevamo dare una mano.

Se andate a consultare i Codici Deontologici, vedrete questa grande novità che è una variabile della responsabilità, addirittura quello degli infermieri dice che se ci fossero dei disservizi l'infermiere sarebbe tenuto a supplire.

Ora nella nostra pratica quotidiana i disservizi sono la norma, ora con ventuno miliardi in meno sul fondo sanitario, i disservizi sicuramente aumenteranno e supplire sarà sempre più difficile. Oggi non vale più il vecchio detto popolare, che in medicina era sovrano, "i fini giustificano i mezzi", perché oggi sono i mezzi che giustificano i fini: ovvero se non hai risorse i fini non li raggiungi, anche se sono fini deontologicamente rilevanti.

I limiti economici

Insomma, tutto è ribaltato e questo ribaltamento dai fini ai mezzi è alla base, secondo me, dell'inadeguatezza dei Codici Deontologici che non a caso si sta cercando di adeguare. Non è un cambiamento di poco conto che ha due ripercussioni: sul terreno dell'economia e sul terreno della società. Mentre la società allarga il concetto di necessità (oggi il malato non ha solo necessità di guarire tout court ha molte più necessità: l'empowerment rientra nelle necessità), le autonomie decisionali del medico sono sempre più condizionate. Mentre le necessità e i fini del malato aumentano (cura, benessere e tutte le cose che sappiamo), sul piano dell'economia avviene il contrario. Per cui c'è uno scontro tra la post modernità e un'economia che vuole ridurre le necessità vuole ridurre i fini perché vuole risparmiare. Quella che io chiamo "questione medica" è una questione rilevante perché prende a sberle sia sul piano sociale (vedi contenzioso legale e non solo) sia sul piano economico, perché è fortemente condizionata da limiti che vanno oltre il ragionevole.

Ecco allora dov'è il collegamento tra deontologia e com-

plessità: oggi il medico deve tener conto di tante necessità e deve soddisfare tanti obiettivi, cioè si è complessificato il mondo in cui opera. Perché la complessità, al di là della definizione accademica, sapete che cos'è? È semplicemente una realtà molteplice: più la realtà è fatta da tante realtà più è complessa. Spesso la si confonde con il concetto di complicazione. Nella letteratura noi parliamo di malato complesso, ma per il filosofo quello che per i medici internisti è un malato complesso è solo un malato complicato; perché la definizione che danno gli internisti del malato complesso è l'aver più malattie, essere anziano, ecc, questa è una complicazione. Invece un malato davvero complesso è quel malato complicato con, in aggiunta, il fatto che magari sta da solo, non ha nessuno, non ha i servizi, vive in Calabria e non a Parma: questa è la complessità con cui il medico è chiamato a fare i conti. Ecco perché c'è bisogno di fare quello che ci suggeriva Maurizio Benato: partire dalla formazione universitaria.

La complessificazione per noi è un'arma, dobbiamo imparare a ragionare con la logica della complessità in tutti i nostri problemi. Perché, e qui mi riaggancio alla spending review, oggi il grande nemico della professione medica, ma non solo della professione medica, è esattamente il contrario: cioè è la semplificazione della complessità. Prendiamo la spending review : dov'è che fa male? Non è solo nel fatto che tagliano risorse, ma è nella logica che sta dietro alla spending review che è la logica lineare. La logica lineare non tiene in alcun conto della complessità clinica, del contesto o i conflitti con gli infermieri, perché la linearità che sta dietro alla spending review vuole semplicemente realizzare un risparmio possibile e lo quantifica prima. “Dammi ventuno miliardi e poi ti arrangi”: questa è la linearità.

Se andiamo a vedere bene dietro alla spending review, se l'interpretiamo come la interpreta il filosofo, non c'è solo un fat-

*L'arma della
complessificazione*

*Le tre “R” della
spending review*

to economico-finanziario. Sul piano delle strategie rappresenta un passaggio notevole, perché dalle politiche di contenimento alle quali siamo stati abituati in questi anni ormai siamo passati al pieno de-finanziamento, cioè i ragionamenti sull'appropriatezza e sulla razionalizzazione hanno ormai poco credibilità. Tutta la politica marginalista – la 229, l'azien- dalismo e il gestionalismo – è stata “depotenziata” perché non produce soldi. Per cui interviene massicciamente Mas- sicci: “Datemi per favore il risparmio di 5% sui beni e ser- vizi e basta”. Dov'è la complessità? Questa è linearità. Allo- ra ci sono tre “R” che definiscono bene la spending review. Riduzione, la spending review riduce risorse. Riorganizza- zione, la spending review riorganizza il sistema ma lo rior- ganizza nel senso che ridefinisce i limiti del sistema pubbli- co. E infine la terza: restrizione, la spending review vuole re- stringere gli ambiti della sanità pubblica e non fa mistero di voler spingere il più possibile la gente fuori dal sistema del- le strutture pubbliche, perché l'unico modo per privatizzare per la logica lineare è la privatizzazione. Prendete le tre “R”, così comprendiamo bene perché la Fnomceo ha deciso di aderire alla manifestazione di domani. So che c'è discusso- ne, so che i pareri non sono unanimi, io mi sono schierato in favore di questa decisione perché l'ho interpretata nel suo significato più profondo. Ma cosa vuol dire ridurre, riorga- nizzare e restringere per un medico? Il nostro essere medici non è una variabile indipendente dal sistema del welfare che abbiamo, noi siamo diventati quello che siamo anche per- ché c'è stato uno sviluppo del sistema del welfare, cioè il si- stema del welfare per noi è il contesto di riferimento, ma se cambia il contesto di riferimento cosa cambia in coloro che sono dentro al contesto? E allora vi faccio una domanda: co- sa vuol dire ridurre, riorganizzare e restringere nel caso del- la professionalità medica? Vuol dire che queste tre “R” ap- plicate alla professione, mettono in discussione la legge 223

del '46 istitutiva degli Ordini dei medici, che parla di esercizio della disciplina professionale. Cioè queste tre "R" mettono in discussione l'autonomia del medico di esercitare la sua attività professionale. Perché un medico autonomo non conviene, perché un medico autonomo può far spendere di più. Mi ricordo polemiche infinite con il mio amico Liberati, per cui l'autonomia professionale era una maledizione divina, perché per lui l'autonomia professionale significava spendere un sacco di soldi. Gli dicevo: "Guarda che l'autonomia professionale puoi anche usarla per scegliere meglio, non per cancellare la scelta". Cioè alcuni rigoristi dell'Ebm hanno interpretato l'Ebm come una sospensione della scelta clinica o almeno come subordinazione della scelta clinica a un proceduralismo piuttosto esasperato.

Questa è la posta in gioco. Ma c'è un altro aspetto, dal punto di vista filosofico, che a me preoccupa molto: quando la spending review entra a gamba tesa nel gioco e dice "dammi ventuno miliardi fino al 2014", non si parla di un ritocco o di un taglietto. È qualcosa che mette in discussione la struttura del sistema, cioè lo ridiscute profondamente. Qual è la logica della spending review che ancora non si è capita bene e che io vorrei in qualche modo introdurre e condividere? Quella che io chiamo la logica negazionista: la negazione è qualcosa che trasforma il mondo nel suo contraddittorio. Ad esempio: io ho un medico che lavora in scienza e coscienza, non voglio più che lavori in scienza e coscienza; ho una Regione che ha poteri dal Titolo V, non voglio più riconoscerli questi poteri. Cioè medico/non medico, regione/non regione, servizio/non servizio, azienda/non azienda... Non è un caso se immediatamente dopo la spending review sia partita l'offensiva al Titolo V della Costituzione ed è partita proprio dal Governo (è vero che abbiamo avuto "Batman", è vero che abbiamo avuto tutte le combatte del mondo!), ma adesso, dopo anni di piena titolarità delle Re-

gioni la spending review vuole ripensare l'autonomismo regionale e quindi il regionalismo.

Ve lo dice uno che in questi anni non gliela risparmiare alle Regioni e che non è anti-regionalista: credo che le Regioni abbiano un loro ruolo e come ho sempre detto ai miei amici presidenti, "voi dovete imparare ad essere Regioni", cioè dovete diventare regioni veramente non potete andare avanti così. Però da qui a dire come propone il governo Monti torniamo alla centralizzazione ce ne passa. Ecco la spending review è questa: la spending review è una logica lineare quindi contro la complessità ed è una logica negazionista perché trasforma la realtà nel suo contrario. Il medico diventa metaforicamente non medico, ovvero il medico che prima decideva secondo i fini e secondo "le necessità" non lo vogliono più. Questa è la sfida, questa è la crisi di questa professione, su questo problema dobbiamo davvero prendere coscienza. Allora il "crepuscolo del dovere" come dobbiamo interpretarlo? Mi sono occupato di deontologia e ho sempre detto che oggi alle professioni mediche e sanitarie, convergono dei Codici Deontologici forti, robusti. Le sanzioni andrebbero ridefinite perché i Codici Deontologici non sanzionanti non valgono niente. Gli inglesi i loro Codici Deontologici li vanno a misurare con le sanzioni, allora sì che valgono (ma questo discorso diventa impopolare). Io sono un garante del dovere professionale, il dovere forte diventa una garanzia perché se un Direttore Generale mi chiede ad esempio di andare contro il mio dovere, io ho gli strumenti per oppormi, perché il mio dovere non sono disposto a violarlo.

Oggi la deontologia non può più svolgere le funzioni del passato, non può occuparsi di amabilità, di bon ton. Ma deve svolgere una funzione di ridefinizione della professione e attraverso lo strumento della deontologia l'Ordine ridiventa Ordine.

*La deontologia come
strumento
di ridefinizione
della professione*

Del resto, tutte le carte sul consenso informato lasciano il tempo che trovano cioè non hanno più valore probante e anche tutte le esortazioni comprese nel decreto Balduzzi, a proposito di responsabilità professionale del medico. Balduzzi dice che se il medico si attiene alle linee guida non è a rischio. Ma stiamo scherzando? Cioè l'unica difesa professionale è la medicina difensiva? Quindi invece di combattere la medicina difensiva in questo modo finisco per incentivarla. Insomma questo medico, e lo chiedo a Monti, il grande Monti, al Monti salva patria, è un nemico o è una risorsa, è un problema o una soluzione? Lo chiedo agli economisti, che nei loro piani sanitari considerano tutti gli operatori, medici in testa, semplicemente come dei costi da ridurre, ma come posso salvare questo sistema o cambiarlo, se non scommetto sulle professioni del lavoro?

Un premio Nobel è stato dato a due economisti che teorizzano un'economia della quale si sente un gran bisogno: l'economia della cosa giusta. Non della cosa meno costosa, non della cosa più efficiente, non della cosa più risparmiante, ma più giusta.

Allora chiudo dicendo che secondo me il crepuscolo deve essere un'alba e concordo col presidente Muzzetto. Ma purtroppo il rischio che sia un tramonto, se non tiriamo fuori un "pezzo di carta" scritto bene, è molto forte. Perché ciò che vi ho riassunto e riepilogato, frutto di vent'anni di analisi e di riflessioni, merita "la traduzione di una proposta".

Adesso che siete in gioco bisogna tirar fuori una nuova idea di medico e di medicina e con questa idea devo andare da Monti per dirgli: "Vuoi un po' di soldi? Te li do, ma non voglio la logica lineare, non voglio la logica negazionista, voglio agire fino in fondo la complessità".

Sapete come si chiama il contrario della logica lineare? Si chiama logica discreta: quello che fate voi tutti i giorni, analizzare le cose, vedere come vanno le componenti, le ponderazioni.

*La sfida è agire fino
in fondo la
complessità*

Dobbiamo metterci a disposizione non come un problema che costa, ma come una soluzione che permette anche di risparmiare. Quindi la sfida della complessità qual è? È tutta chiusa in una piccolissima parola, la congiunzione “e”: oggetto e soggetto, sintomo e relazione. Se la complessità è una realtà molteplice non puoi governare la complessità senza interconnettere la molteplicità. È l'unico modo è interconnettere e ricongiungere, professionalità e Direttori generali, professionalità e aziendalismo, questa è la sfida della complessità e capite quant'è impegnativo.

Non credo che ce l'ha faremo in una generazione ad aggiornare tutto questo, in genere la storia insegna che le trasformazioni in medicina sono trasformazioni intergenerazionali, però una cosa chiedo di farla: la nostra parte.

Biodiritto, giurisprudenza e deontologia sui temi bioetici

Aldo Pagni

past president Fnomceo

I PROBLEMI DI BIOETICA, deontologia medica e biodiritto non possono prescindere da una riflessione sul significato e il valore della vita e sull'essenza naturale dell'uomo. Tuttavia, non si può neanche ignorare la realtà di un uomo sempre meno naturale e sempre più artificiale, oggetto del mercato delle biotecnologie, conteso tra due concezioni etiche inconciliabili che dominano la scena del mondo delle idee. La concezione utilitaristica, la dottrina della fine del XVIII secolo, di G.Bentham e J.S.Mill, che assunse l'utile come criterio dell'azione e fondamento della felicità e del bene, o più in generale come principio dei valori morali. È utile ciò che "minimizzando" il dolore "massimizza" il piacere, e non c'è vero utile per l'individuo se non favorisce anche il maggior bene possibile per tutti. Questa tesi della disponibilità senza limiti della vita umana che in nome della maggiore felicità soggettiva, reclamava dalla politica leggi che consentissero la totale "liberalizzazione" delle scelte morali dell'uomo,

è stata oggetto, sin dal suo esordio, di numerose discussioni, sia perché applicata in maniera semplicistica ed eccessivamente fiduciosa, e sia per il conflitto con le intuizioni morali solipsistiche degli individui.

Oggi l'utilitarismo, potenziato dall'apparato scientifico della teoria delle decisioni razionali, viene riproposto in medicina da J. Baron, per contrapporre l'etica delle responsabilità e delle conseguenze (Jonas e Max Weber) a quella delle intenzioni (Kant e il Cristianesimo) (1).

La concezione personalista, invece, si basa sull'indisponibilità della vita e, con Kant, riconosce che l'uomo è un fine in sé e non un mezzo. Secondo la Chiesa cattolica il modello etico personalistico è offerto dalla verità della rivelazione biblica, che riconosce nella uni-totalità di spirito e corpo della vita dell'uomo l'immagine di Dio in Cristo, e un dono divino (2). Altre filosofie personalistiche, in un orizzonte laico, fanno valere gli elementi teologici impliciti nel personalismo, dissociandoli dal loro legame originario con il cattolicesimo, mentre alcune altre si rifanno a un quadro filosofico panteistico dell'Assoluto, o al personalismo sociale.

Ogni medico, come ogni cittadino, ha il diritto di riaffermare la propria fede, le proprie convinzioni e le proprie visioni della vita, ma la democrazia in una società pluralista esige una ragionevole mediazione tra concezioni diverse su questioni tanto complesse. "Solo riconoscendo la pluralità dei valori presenti anche nella società non cristiana – ha scritto padre E. Bianchi – si può stare nella storia e tra gli uomini secondo lo statuto evangelico, e favorire con le parole e le azioni l'emergere dell'immagine di Dio".

"Da un dialogo sincero tra credenti cristiani e i cosiddetti 'laici' siamo passati a una stagione di aperto conflitto, di non ascolto, di intolleranza, fino al non riconoscimento di quelle capacità del bene e del male, di avere e di ritemperare un'etica, di custodire e di vivere una vita interiore e spirituale, di

cui ogni essere umano è dotato. (...) Pare sempre più difficile ormai che lo Stato possa legiferare tenendo conto di tutte le componenti culturali della nostra società plurale e sembra che le posizioni religiose possano essere lette solo come fondamentaliste, settarie, e quelle dei laici, per converso, come nichiliste e incapaci di affermare valori umani” (3).

Per consentire il dialogo tra cattolici e laici, è necessario riscoprire il rispetto dell'altro, la virtù del dubbio e dell'umiltà, e sospendere l'orgoglio dei principi, valutando i casi non solo alla luce di quelli, ma anche delle conseguenze e delle responsabilità di un'azione, piuttosto che irrigidirsi nella volontà ostinata d'imporre agli altri, per legge, principi irrinunciabili non condivisi da tutti (4). Di fatto, un “buon medico”, sia che professi una religione in tormentato ascolto interiore, sia che aderisca a una concezione irreligiosa incapace di fornire certezze, prima di tutto è votato alla propria missione di cura, e la liceità di ogni suo intervento nei confronti delle persone è subordinata al principio del rispetto della vita, al riconoscimento di una pari dignità e del consenso informato (5).

Dalla metà del secolo scorso, con il vorticoso progresso della tecnologia e della biomedicina, l'ethos sanitario ha dovuto confrontarsi con nuovi problemi morali, all'incrocio con l'economia sanitaria, e con leggi ispirate a una bioetica applicata, suggeritrice di condotte penalizzanti per i cittadini e per i medici.

Perché la Federazione ha auspicato, in ogni sede, che le leggi concernenti temi bioetici fossero “miti”? Le leggi destinate a temi bioetici in atto o in fieri, non riescono ad adeguarsi tempestivamente alla vorticoso evoluzione della medicina tecnologica, e i nostri codici le precedono di alcuni anni. Anche la genericità, tipica della norma giuridica, mal si concilia con le implicazioni etiche di situazioni cliniche dinamiche e irripetibili, fino al punto di far dubitare che i pro-

*Si possono avere leggi
sui temi bioetici?*

blemi morali delle persone possano essere giuridificati in dettaglio.

Il Parlamento, avrebbe evitato brutte figure se non avesse promulgato leggi confuse su temi bioetici, ostinatamente ispirate alla “riesumazione” del diritto naturale, e non fosse stato indifferente all’impegno etico civile e responsabile, profuso dalla Fnomceo a Udine, a Ferrara e a Terni e nelle audizioni del Presidente, per conciliare (nel rispetto della Costituzione e della Convenzione di Oviedo), l’indipendenza della professione con i diritti dei cittadini. I legislatori avrebbero evitato le numerose sentenze dei tribunali italiani che stanno dando ragione ai cittadini ricorrenti contro norme lesive dei loro diritti, relative alla nascita, alla vita e alla morte, e ora non avrebbe subito la bocciatura della Pma decretata dall’Alta Corte di giustizia di Strasburgo.

Una legge, quest’ultima, progressivamente vanificata dalle sentenze dei tribunali, o aggirata dal turismo procreativo delle coppie abbienti, con imprevedibili e ingiustificati rischi.

In senso generale per Diritto si intende l’insieme delle norme che regolano i comportamenti intersoggettivi degli uomini e ne rendono possibile la convivenza. Il concetto di diritto, tuttavia, investe problemi che oltrepassano la scienza giuridica e coinvolgono l’etica, la filosofia, la sociologia, l’economia e la religione. I termini politici che entrano in gioco sono da un lato i cittadini liberi e uguali, dall’altro lo Stato che nasce dal contratto sociale e dall’accordo razionale tra gli individui. La filosofia del diritto e le scienze giuridiche fin dall’antichità hanno fatto oggetto di discussione il significato, i limiti e il fondamento delle leggi intese, in generale, come norme inderogabili, imposte dall’esterno per regolare le azioni umane e garantire la convivenza civile, espressione della volontà di uno Stato. Modernamente il modello del rapporto tra diritto individuale e potere centrale dello Stato stabilisce la differenza tra uno stato assoluto e uno stato di di-

ritto, limitato o liberale. Il diritto, comunque, non è più il riflesso di un ordine cosmico divino-naturale, ma una forma tecnico razionale di regolamentazione dei rapporti umani, legittimata dal consenso degli individui.

1. LE LEGGI E LA DEONTOLOGIA NELL'EPOCA DEL PLURALISMO ETICO

Con l'avvento di una società sempre più marcatamente pluriculturale, scriveva il giurista cattolico F.D. Busnelli commentando il Codice Deontologico del 1995, si afferma il principio del cosiddetto pluralismo etico, in virtù del quale diverrebbe inevitabile “riconoscere che ci si trova di fronte a etiche diverse, cioè a codici morali diversi”.

L'illustre giurista affermava: “il diritto, e in particolare il diritto civile rinuncia allora a propugnare una morale presupposta, tende a trincerarsi in una posizione di cosiddetta neutralità valutativa. In una parola il diritto si fa ‘mite’. (In realtà, in questi anni, la legislazione ha mostrato tutto il contrario di una neutralità valutativa!). Si aprono così, progressivamente, nuovi spazi alla formazione deontologica: una formazione che, se non ha nel nostro ordinamento rango di fonte del diritto, è tutt'altro che indifferente in sede d'interpretazione e applicazione del diritto”.

Il diritto “mite”

Oggi viviamo in un'epoca, tormentata e contraddittoria, nella quale cresce di pari passo il bisogno di deontologia e di codici deontologici per il progressivo venir meno un'etica unanimemente condivisa, alla quale, peraltro, il codice civile continua a fare riferimento nell'art. 2034 quando parla di “doveri morali e sociali” dai quali discenderebbe una “obbligazione naturale”. Queste “obbligazioni naturali” postulano un “diritto naturale”, che dovrebbe costituire il fondamento di tutte le leggi, in quanto basato sull'essenza di una natura umana che, peraltro, la tecnologia sta sempre più trasformando.

In Platone e Aristotele il diritto naturale si configurava come l'espressione della razionalità della natura umana, mentre nel medioevo il diritto naturale diverrà il fondamento del diritto positivo ma subordinato alla Rivelazione divina.

Il giusnaturalismo, che si fa risalire alla fine delle "guerre di religione", segna il processo di costituzione dello Stato moderno.

Si tratta di un insieme di posizioni teoriche anche molto diverse tra loro, che recuperano il diritto naturale, ma tentano di dare alla scienza del diritto e della morale uno statuto epistemologico liberato dai conflitti insolubili determinati dalla crisi dell'universalismo religioso.

2. DALLA MEDICINA DEL PASSATO A QUELLA TECNOLOGICA

La medicina di ieri costava poco e, nella pratica, non "produceva molto di nuovo", ma aveva fini eticamente indiscutibili: "Curava spesso, guariva qualche volta e consolava sempre", e la deontologia professionale, fino agli anni '90, poteva limitarsi a dare indicazioni per una prassi medica moralmente onesta, corretta e decorosa. Il legislatore interveniva soltanto di fronte a gravi imprudenze, negligenze e incompetenze, e lasciava agli ordini il compito di regolare i problemi etico-sociali della professione. La medicina tecnologica di oggi è invece molto costosa, ha conseguito notevoli successi e ha dilatato il suo potere, andando oltre le regole della natura, e questa impresa è divenuta sempre più spesso oggetto di discussioni pubbliche sul piano etico. In questa prospettiva la deontologia è stata chiamata a riflettere sul rapporto dialettico tra fini e mezzi, tra responsabilità e conseguenze, e tra fatti e valori. L'apertura al "diritto" del cittadino di essere coinvolto nelle decisioni del medico, ha comportato la conseguenza che la riflessione deontologica dei medici non potesse più esaurirsi nell'ambito esclusivo della

professione, ma dovesse confrontarsi anche con l'opinione pubblica come momento della politica etica della professione. La coscienza morale individuale, infatti, non corrisponde soltanto a un astratto profilo morale privato della persona, ma si modella sulla cultura di una data epoca e sulle condizioni civili di una società.

3. LE NORME DEL CODICE DEONTOLOGICO NEL RAPPORTO CON IL BIODIRITTO

In questa prospettiva se è vero che *dura lex, sed lex*, le leggi che intervengono non solo sugli aspetti morali, ma pretendono anche di dettare le scelte tecniche che il medico può adottare o no, quell'arbitrio non può che creare disagio al medico e un clima sociale di violente e intollerabili contrapposizioni.

Il Codice Deontologico dedicato a stabilire norme per alleviare le sofferenze e tutelare la salute delle persone, rappresenta un idoneo punto di riferimento, e una guida insostituibile per tutti i medici.

Le norme del Codice Deontologico non possono ignorare le leggi, e tantomeno essere eversive nei loro confronti, e il medico, come ogni altro cittadino, deve comunque conoscerle e rispettarle, fatto salvo per alcune al diritto all'obiezione di coscienza.

Ma se come accade con la legge sulla Pma, e quella in fieri sulle Dat, vi è sentore di anticostituzionalità e contrasto con i "principi" dell'etica medica condivisi e approvati dalla maggioranza dei medici, è obbligatorio che il Codice ne faccia esplicita menzione, soltanto perché è il documento di un organo ausiliario dello Stato?

È possibile evitare negli articoli del Codice Deontologico il riferimento a quelle leggi, come la 40/2004 che abbiamo giudicato sbagliata, perché negatrice della nostra autonomia e del diritto della coppia di avere figli, e il diritto di questi ul-

timi di nascere sani?

Il codice, in questi casi, deve riflettere passivamente la legge, o ha il dovere di preoccuparsi delle conseguenze negative che quelle norme provocano al “bene” delle persone?

L'interrogativo non mi pare peregrino se vogliamo rivendere alla deontologia medica una posizione etica non neutra, ma equidistante dal personalismo ontologico e dall'utilitarismo libertario radicale.

Note bibliografiche minime

1. J. Baron, *Contro la bioetica*, R. Cortina ed. 2006.
2. D. Tettamanzi, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, 2000.
3. E. Bianchi, *Per un'etica condivisa*, Einaudi. 2009.
4. Ibidem.
5. G. Cosmacini, *La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*, Laterza. 2007.

L'Etica e la Deontologia: un richiamo alle professioni nella perizia

Pierantonio Muzzetto

presidente Ordine Medici e Odontoiatri di Parma

docente di Etica e Deontologia medica - Medicina e Chirurgia

Università di Parma

OGGI SIAMO RIUNITI A TRATTARE un tema a noi caro che è quello della professione etica, vissuta secondo i dettami della deontologia, che diventa la traccia oggettiva dell'agire medico. Il titolo del convegno è quello di una professione in fase di tramonto, anche se una certa luce ancora è presente prima del buio. Ma oggi vorremmo declinare quel crepuscolo e quella luce crepuscolare ancora presente come, invece, il bagliore tenue dell'alba che prelude la rinascita della professione, come anche richiamato da Ivan Cavicchi nella sua relazione. Certo, una vita professionale non consona con il principio etico e non vissuta secondo i dettami deontologici offre, non solo ai malevoli e detrattori, argomenti che possano in qualche caso sminuirla, svuotarla di significati alti, ossia sancirne in qualche modo la fine. Ma è il comportamento che diventa il comune denominatore della ripresa, considerando i valori etici che pervadono l'agire medico e che possono essere un contraltare efficace ad una

politica di noncuranza, o, di più, di annichilimento.

Un messaggio positivo proprio in un momento in cui assistiamo ad un progredire continuo di alternative alla professione medica, con non certo un buon servizio per la collettività, e allo stesso tempo viviamo un momento storico in cui, vuoi per situazioni economiche globali, vuoi per una richiesta di riconoscimento per torti, che si suppone subiti, cresce esponenzialmente la rivalsa verso il medico e verso la struttura sanitaria, attraverso un contenzioso che abbiamo il dovere di conoscere e di limitare.

Uno degli strumenti più idonei è certamente la deontologia, ad onor del vero non molto considerata, perché non conosciuti i principi, in molti ambiti professionali, medico incluso.

Spesso i codici delle varie professioni riconosciute con un Ordine Professionale, cogliendo il termine utilizzato nell'analisi grafologica, hanno il triste primato di essere "apocriefi".

Un'apocrifia "orale" non scritta. Certamente in relazione a quanti ce ne siano, legati proprio alla "tradizione orale quasi interiore e tesaurizzata" e tutti questi codici hanno una caratteristica comune che è poi quella di essere assolutamente fra loro diversi.

Senza voler essere frainteso, l'apocrifia deriva dal fatto che sono tanto numerosi tanti sono i professionisti in quanto ciascuno ha ritenuto di scriverne, o meglio di identificarne uno proprio, non certo scrivendolo materialmente ma nei fatti seguendo coerentemente. *Ad usum delphini*, si potrebbe dire. A proprio uso e consumo.

La realtà con cui dobbiamo confrontarci è l'ignoranza del Codice Deontologico. Ma non stupirebbe che anche le altre professioni vivano questa contraddizione, avvalorando un sentire comune.

Pertanto analizziamo la definizione:

Il Codice di deontologia medica è un corpus di regole di auto-

disciplina, predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale.

Come si può arguire, tolto l'aggettivo "medica" la definizione ben s'attaglia a qualsiasi altra professione od Ordine.

Seguendo l'asserto, si supera la concezione utilitaristica di Bentham nel vedere coniugata la visione etica nell'agire professionale con il concetto di utilità, come capacità di agire per il bene di chi ci sia affidato e, in astrazione, delle collettività. Forti di queste considerazioni, la deontologica la si può non a torto considerare come l'applicazione pratica del sentire etico del medico, allargando il concetto di etica da come visione personale al sentire universale.

Ma per non filosofeggiare, attenendosi ai principi, credo che si debba parlare di regole che stanno alla base del professare e di regole che sono la professione.

Questo è il passaggio cruciale che dovrà essere considerato. La deontologia non è un'opinione. È la professione: nel mondo medico, come in quello forense o come pure in quello delle altre professioni.

La deontologia è la professione stessa

Ora, estendendo il ragionamento all'ambito oggi trattato, anche il perito che deve rispondere alla Legge, deve agire in primis nel nome e per conto di alcuni semplici concetti che la stessa legge richiede ma che allo stesso tempo rispondono ai requisiti deontologici della professione.

Laddove, cioè, si debba dare un parere in scienza e coscienza su fatti per cui è chiamato all'analisi e li debba validare.

Applicando il criterio della conoscenza e dell'esperienza diretta, corroborandolo colle evidenze scientifiche: con una sorta di "valutazione clinica" estesa e prestata all'ambito giudiziario, sfruttando unitarietà di sintesi e dati oggettivi.

Come dire che il giudizio sia una somma dei contributi derivanti della sensibilità professionale e dell'esperienza, oltretutto della preparazione maturata da ciascun professionista, nel

rispetto dei limiti dettati proprio dalla stessa Legge ed in risposta alle richieste del *peritus peritorum* che è il giudice.

Ove essere perito significa agire nel nome della verità provata avendo l'obbligo di fornire la spiegazione dei fatti nel nome e per conto della giustizia giusta a tutela del cittadino, della società, ma anche della professione e dei professionisti messa a disposizione di chi deve giudicare.

Questo è l'aspetto su cui occorre soffermarsi: al perito è richiesta perizia, quale risultato del rispetto delle regole del vivere civile e sociale.

Ma gli si chiede anche di essere professionista e cittadino, a garanzia, forte della sua professione, della società tutta.

Un'espressione nella perizia che, per dirla con Cesare Beccaria nel suo *Dei delitti e delle pene*, "se la cieca ignoranza è meno fatale che il mediocre e confuso sapere, poiché questi aggiunge ai mali della prima quegli dell'errore inevitabile da chi ha una vista ristretta al di qua dei confini del vero", è un superamento dell'improvvisazione, quale improvvida situazione, parafrasando, di un sapere falso che, se non vero, danneggia ancor più dell'ignoranza.

Con ciò ci si chiede – perché è lecito farlo e perché il compito del deontologo è quello di insinuare i "giusti dubbi" – se sia plausibile l'argomentare che porta a far prevalere l'interesse sulla realtà oggettiva delle cose, al punto da mutuare i giudizi e addirittura far prevalere il significato dell'interesse del proprio assistito nonché cliente, sottomettendolo a quello della verità fattuale.

In un certo qual modo considerando l'aspetto contrattuale prioritario rispetto a tutti gli altri, portandolo all'evidenza alla pari della "ragion di Stato".

Lecito per il giurista ma meno lecito per il medico anche se una tendenza medico legale che si radicalizza tende a nichilire il concetto di verità fattuale in medicina, di fatto uniformando il giudizio a quello giurisprudenziale.

A riguardo diventa assimilabile il concetto di scientificità, ove la tendenza alla giustificazione scientifica offre un grado di giudizio più concreto e meno aleatorio rispetto a quello della semplicemente artata fattualità.

E calza a pennello il dubbio, se rapportato ulteriormente a quanto Erasmo da Rotterdam affermava rivolgendosi a Tomaso Moro nel suo *Elogio della follia* quando dubitava dello zelo di taluni, molto attenti nell'indignarsi per piccole offese ai potenti, con questo sicuramente ingraziandoseli e invece tollerando ben più gravi insulti o gravi offese verso coloro che questi rappresentavano, magari a causa di una tangibile ricompensa.

Il potente, parafrasando il Moro, oggi è la pecunia, la follia è oppio della ragione, che muove gli animi e rimarca i contenuti, adeguandoli: ovvio il concetto di cliente al quale compete avere la ragione, che comunque vada per lui salvaguardata.

E, tornando a Erasmo da Rotterdam, egli si riferiva, cosa non da poco per quei tempi, alle offese al Papa o al Cristo. Dunque, introducendo il concetto dei "due pesi e delle due misure". A ben guardare, un'evenienza tutt'altro che estranea ai nostri giorni.

Ma tornando alla dimensione più strettamente professionale, nella pratica giornaliera si deve sempre più spesso constatare come sia calzante la reminiscenza e così sia invalsa l'abitudine alla sottovalutazione dei valori.

Da qui la conclusione del sillogismo sulla deontologia che vado da tempo proponendo, secondo cui: è opinione che in linea di principio la pratica sia diversa dalla teoria, che la deontologia sia una semplice enunciazione di principi, ergo la deontologia è una semplice opinione, piuttosto che una regola di vita professionale.

E non fa specie sentire che per quanto si veda il giusto andar delle cose e della ragione, ci si trincerò sull'umana debolezza

*La deontologia
è un'opinione?*

che ci fa dire con Ovidio *video meliora, deteriora sequor*.

Un adagio che nella poesia, nella letteratura e nella filosofia viene più volte riportato, segno non solo dell'umana debolezza ma, anche e soprattutto, dell'altrettanto umano desiderio di seguire il proprio utile, abbandonando il valore dell'oggettività e del bene comune.

Ciò sembra, e mi riferisco al parlare dell'utilità propria, in apparenza andare oltre il concetto, e oltre all'argomento odierno, che è proprio dell'attività peritale.

In realtà invece su di esso si ritaglia, come una cornice sul quadro. A maggior ragione l'attinenza è ancor maggiore quando in un certo processo, o in una certa situazione/funzione, ci sia il concorso di molteplici attori, con patrimoni culturali e professionali differenti ma con compiti "teorici" non certo differenti.

Deontologia e contenzioso

Sebbene diverse siano le aspettative e modi di pensare, allorché quando al concetto di paziente si sostituisca banalmente quello di cliente.

Il richiamo odierno alla deontologia nel momento in cui si è cioè coinvolti nell'arena peritale, è quanto mai cogente in quanto di per sé esistono elementi di chiara difficoltà interpretativa, e, dunque, lontananza fra i vari attori della perizia, e di chi di essa ne sia terzo, nella sua funzione di garante giudicante, ossia del giudice.

L'esperienza dell'essere medico, ancor prima che di perito e deontologo, si evidenzia qualora si vada ad analizzare la situazione in medicina ed in sanità, terreno fertile per giudicare il fenomeno del contenzioso, che, coi dati a disposizione, è vertiginosamente aumentato.

Ha certamente una responsabilità l'enfaticizzazione del diritto assoluto alla salute, dovendo oggi rileggere in senso restrittivo e critico il concetto dell'Oms, della nostra Costituzione, della stessa politica, che il cittadino oggi rivendica con forza. In linea di principio si dovrebbe dire che sul concetto di sa-

lute vi potrebbe essere accordo, ma se essa sia intesa come garanzia dei “mezzi per poterla mantenere”, se presente, e per cercare di raggiungerla, se non presente. Come riconoscimento di un valore sociale e ancor prima etico.

Dalla premessa ne deriva poi quel concetto molto diffuso che la salute sia un bene gratuito, che è doveroso possedere e, se mancante vi sia un responsabile.

Partendo da questa considerazione si comprende come possa facilmente instaurarsi un contenzioso, da privazione di un diritto, il che diviene in ogni caso elemento destabilizzante non solo per il mondo medico o sanitario ma anche la stessa collettività.

Ma seguendo il ragionamento proprio questo senso di privazione della salute per qualsiasi causa avvenga – e del perché, come bene, sia ritenuta inalienabile – diventa il catalizzatore del contenzioso nel cui instaurarsi gioca sicuramente una somma di fattori, molti di questi correlati all’uomo e direttamente ai professionisti della salute. E lo gioca ancor più laddove vi sia la diretta e accertata responsabilità dell’uomo. Seguendo i dati sull’andamento degli eventi avversi in ambito sanitario, riportati in studi di settore e pubblicati recentemente, si è giunti ad avvalorare quanto fin dal 1990 lo psicologo James Reason va sostenendo sull’origine del rischio e dell’errore umano.

Arrivò a postulare anche che quanto più fosse complessa la struttura organizzativa tanto più vi sarebbe stata la possibilità di incorrere in errore. E che l’errore fosse connaturato all’uomo.

Ma tornando ai termini del contenzioso, in medicina si deve dire che vuoi per responsabilità del singolo che per fattori generali di rischio, vuoi per una tendenza da parte della società e di taluni professionisti non medici – su cui peraltro vi potrà essere materia di analisi deontologica – v’è indubbio incentivo ad adire alle vie legali o comunque a met-

tere in atto una serie di iniziative tendenti a dar “soddisfazione o ragione”.

Anche perché il *cum tendere* latino, cui deriva il contrapporsi, ha una sua finalità “certa”.

Di là dal diritto inalienabile alla giustizia, laddove ci sia il fallo (dolo o colpa, vera o presunta che sia, o addirittura non vera ma da verificare) la finalità è quella d’averne, sì, una soddisfazione certa, ma che questa sia una soddisfazione tangibile e “consistente” in termini di risarcimento. Sebbene sia inseribile in un contesto filosofico di giustizia, nei fatti il contenzioso è decisamente, e prosaicamente, sempre più appetito e perseguito.

*La crescita
del contenzioso
in Italia*

Ne diventa, in medicina purtroppo, un fenomeno allarmante e in continua crescita: si stima che negli ultimi otto anni sia aumentato di oltre il 450 %.

È singolare quanto è segnalato in ambito nazionale e cioè come tale andamento sembri seguire proporzionalmente il numero di “legali” presenti in quelle aree geografiche ove si registri il suo continuo incremento. Quasi sicuramente è una pura casualità e ci si augura che non sia invece causalità diretta. E ciò diviene motivo di riflessione. Anche per le conseguenze che simili situazioni lasciano agli interessati che vanno da non facili rapporti fra i colleghi, all’ambiente stesso che diventa ostile.

Ma anche sul piano sociale per le crescenti aspettative di salute del cittadino a cui il medico, a torto o a ragione, è chiamato a rispondere.

Una serie di situazioni, dunque, che si sommano a tal punto da lasciare in lui segni difficilmente “eliminabili” quando questi è fatto oggetto di provvedimenti giudiziari.

Segni che sono indelebili e sconcertanti, insopportabili e condizionanti il suo agire.

Come dice Cicerone un “pungiglione insopportabile”: *habet quendam contumelia*.

Un disagio morale e sociale che sempre più frequentemente – soprattutto quando si “naviga nel penale” – limita nell’esercizio di una professione, non a torto oggi non opportunamente “considerata” e che balza alla ribalta, oserei dire negativa, in occasione proprio del contenzioso o di sentenze “roboanti” che riguardano la categoria medica. Come quando taluni aspetti andrebbero spiegati come carenze di strutture o d’organizzazione, non certo di pertinenze mediche dirette. Peccato che leggi, finanza pubblica e politiche sanitarie non sempre diano il giusto merito ad una professione “alta” e tendano a deprivarla di tutti gli aspetti più nobili, minando alla base il rapporto fra il medico e il suo paziente, pur di dover far quadrare il cerchio delle salute con quello delle restrizioni economiche del paese. Alla fine non considerandola così come si dovrebbe: nel post tutto fattore di omeostasi di un bene sociale e civile e, conseguentemente, economico per la nazione. Quella salute, appunto, di cui si è custodi e, per certo verso, coadiuvanti.

In una visione contrapposta di valori, di queste incongruenze e contraddizioni di fondo c’è da chiedersi cosa si debba fare. Quali siano alla fine le correzioni da apportare a questo adagio, anche perché non si crede che possa giovare ad alcuno – alla società tutta – avere una medicina basata sulla difesa, sulla difensiva o sulla desistenza, per paura delle conseguenze.

Non giova difatti né al cittadino né al medico, i cui strascichi lasciano in lui segni indelebili ed intollerabili: *Quem patii prudentes ac viri boni difficillime possunt. Ac viri boni*, appunto.

Ma se nasce la medicina difensiva, e ancor più recentemente quella desistiva, per evitare danni maggiori quale ne sarà la conseguenza per la società?

In ultima analisi, se non si pone un rimedio efficace, il risultato sarà costringere il medico a adottare una serie di precau-

*Cosa fare per non
cedere alla medicina
difensiva?*

zioni nella professione.

Precauzioni che non possono non produrre effetti dannosi al paziente, per questo sottoposto ad una molteplicità di accertamenti, miranti a tutelare il prescrivente nel nome della giusta e sicura diagnosi ma altrettanto dispendiosi, e non soltanto in termini economici, per la società.

Oppure a declinare dal percorso di cura, nel nome di una “competenza” specifica insufficiente a seguire efficacemente taluni pazienti.

In tutta onestà dovremmo chiederci di chi ne sia la responsabilità. Del medico? O del paziente che giustamente richiede di star bene con prestazioni adeguate? Dello stesso paziente che si senta deprivato di salute se non opportunamente valutato e indagato? O voglioso di rivincita se qualcosa non vada per il giusto verso? O di chi?

Nel procedere nella disamina è mio parere personale che, al di là di responsabilità, vere o presunte o più o meno aleatorie, il ricorso alla “medicina difensiva o desistiva” sia comunque una sconfitta di tutta la società civile.

Il movente è certamente la pecunia, legata agli interessi di pochi e che determina una situazione di disorientamento e difficoltà oggettive nella gestione della salute.

In medicina si è cercato di dare risposte in termini di responsabilità per cui il fenomeno “rischio clinico ed errore medico”, o genericamente dell’errore in sanità, è stato ampiamente analizzato e studiato.

*I dati del rapporto
Medmal Claims
Italia*

Di recente sono stati così pubblicati sulla stampa di settore i dati elaborati dall’Adnkronos Salute provenienti dal secondo rapporto della Medmal Claims Italia, su un’indagine effettuata in 90% delle Aziende sanitarie Ospedali Pubblici delle Aziende Ospedaliere italiane distribuiti tra Nord, Centro e Sud. Da ciò si evince che dal 2004 al 2009 il numero complessivo delle richieste per danni è salito progressivamente, arrivando ad un totale di circa 20 mila in sei anni.

Peraltro nel 2004 erano denunciati 1.015 sinistri cresciuti a 1.934 nel 2005, fino ai 4.880 nel 2008 ed ai 4.794 nel 2009, tendenzialmente stabilizzatisi, salvo verifiche ulteriori, nel 2010.

Un altro dato considerato è stato anche il numero di richieste danni mediamente fatte per singolo ospedale, e da ciò deriva che ne sono state rilevate 56 nel 2004, 50 nel 2005, 62 nel 2006, 67 nel 2007, 73 nel 2008, 72 nel 2009.

Un andamento “in crescita”, come si diceva, considerato costante.

Così come si deve rilevare che siano state chiuse, e dunque risolte, circa il 24% delle cause, che invece ancora un 50 % circa sono in fase di determinazione ed un restante 20-25 % non abbia avuto alcun seguito.

Allo stesso modo, si è proceduto all’analisi delle cause e si è visto come al primo posto sia stato rilevato il rischio clinico e solo in modo inferiore siano stati identificati gli infortuni o i danni professionali, che sono stimati nel 69% dei casi per il primo mentre, rispettivamente, nell’11 % e 2 % per infortuni e danni professionali.

Sono stati analizzati gli ambiti e la tipologia degli errori che si sono manifestati in un quarto dei casi (25%) in ambito chirurgico, confermando proprio il concetto della complessità e del valore dell’*équipe* nella gestione del lavoro e dunque la maggiore facilità di errore laddove ci sia il concorso di più figure impegnate insieme nell’atto prestazionale.

Mentre in circa un sesto dei casi (dal 13 al 16 %) gli errori, o diremmo meglio le falle del sistema, si sono ritrovate in ambito diagnostico o terapeutico.

Nel proseguo dell’analisi sono stati indagati i settori ove maggiormente vi sia il riscontro di contenziosi riguardanti gli errori clinici: si evince che quelli maggiormente interessati sono il Dipartimento Urgenza Emergenza o Pronto Soccorso che sono pari a quelli più generali della struttura, intesa nel

suo complesso e genericamente considerata, (rispettivamente nel 14 e nel 15 % dei casi).

Uno dei settori di grande sofferenza è certamente quello ortopedico (12% dei casi), chirurgico generale (11%), ostetrico (in modo minore nel 7% dei casi) e, fatto nuovo e preoccupante, anche in ambito della medicina generale, in una percentuale di circa il 4 %.

*La caduta del
rapporto fiduciario
fra medico e paziente*

Ciò confermando una caduta del rapporto fiduciario fra medico e paziente, non più fondante, o meglio, non più sufficiente a mantenere la relazione di fiducia e di certezza della qualità delle cure. Che conclusione trarre da questi dati, che sono peraltro da valutare con attenzione non solo in ambito medico? Che certamente v'è un ulteriore motivo di preoccupazione, professionale e sociale. Come anche v'è abbondante materia su cui peritare.

Da un punto di vista etico e non solo deontologico, va coinvolto il medico chiamato alle sue responsabilità, come va chiamata a responsabilità la società in ambito della gestione della salute.

Come anche vanno coinvolti gli altri professionisti co-attori del contenzioso, chiamati a loro volta a dare una risposta alla società preoccupata ma eticamente impegnati a fugare i dubbi che in qualche modo possano essere considerati, con Cavicchi, “autori (attori e responsabili) attivi o passivi nel percorso di emersione della verità”.

Se auspicio fosse, è che, in virtù del giusto, i periti inseriti nelle diatribe possano invece essere motori attivi nel fornire elementi di serenità sociale e giustizia reale.

E proprio partendo da considerazioni in ambito peritale medico si pongono le basi al teorizzare sul “metodo procedurale delle perizie”, ma soprattutto su come ci si debba, o meglio su come sia opportuno, che ci si debba “rapportare” al contenzioso ed alla sua gestione in base alla summa deontologica. Cercando in definitiva di trovare un *modus operandi*

che possa in un certo modo essere adottato anche nei rapporti interprofessionali.

L'assunto di partenza è, di fatto, la rispondenza dei comportamenti ai codici deontologici di ogni singola professione, oggetto di contenzioso o che comunque abbia parte attiva nella sua gestione. E che portano ad espressioni di eloquenza così difformi e così ben disegnati nei quadri di Boilly.

Sebbene differenti, i codici deontologici dei vari Ordini hanno una serie di norme comuni o articoli interpretabili per così dire in modo "comune" o omogeneo.

Ma anche costituiscono un richiamo alla collaborazione fra i professionisti impegnati nel percorso peritale, in quello che definirei il percorso verso la "verità relata e correlata ai fatti o all'emersione fattuale".

Per questo diventa una costante quel richiedere la concordanza sul richiamo al "Vero ed alla Verità" che è "valore forte" in senso etico e deontologico. Ciò nonostante e per quanto si voglia parlare piuttosto di veridicità, non solo per sminuirne il concetto – cosa peraltro più vicino al sofisma che alla semantica pura – ma per una serie di eccezioni che potrebbero essere fatte in senso giuridico.

La motivazione risiederebbe nel fatto che il concetto giurisprudenziale del vero e della verità sia spesso considerato un concetto teorico, molto difficile, cioè, da definire in senso pratico. Un termine su cui peraltro dotti giuristi, e non solo i filosofi, troverebbero materia per disquisire, magari non sempre arrivando alla concordia sul suo significato.

Ma ragion vuole che sia, quello di vero e verità, un concetto perpetuato dai vari codici deontologici e fortemente richiamato a più livelli di responsabilità.

Senza dover fare la fine dei "polli di Renzo" di manzoniana memoria, ci corre l'obbligo di ricordarlo, dovendo cercare la comunanza e non il litigio, al cospetto del giureconsulto nel nome della contrapposizione dialettica delle idee finalizzata

*Il Vero e la Verità nei
codici deontologici*

all'emersione dei fatti.

A maggior ragione si afferma questo concetto perché i nostri Codici di Deontologia lo indicano a più riprese come valore fondante e imprescindibile del professare: medico, avvocato, ingegnere, architetto o commercialista che sia.

Il medico come professionista non può non rapportarsi al Codice. Che, giova ricordarlo, è una sorta di Vangelo, anche se relativizzato alla laicità delle professioni, che discende dalla notte dei tempi e risponde al requisito del rispetto dell'uomo e della società. In contrasto e non certo in sintonia con una visione utilitaristica e relativistica dell'essere.

La prassi è che vi sia anche all'interno delle nostre categorie chi ponga in dubbio la necessità della Deontologia, considerato piuttosto un orpello, e di conseguenza gli Ordini, stigmatizzandone l'inutilità e la stessa esistenza.

Lungi dal dover disquisire su tali argomentazioni, si ritiene che, chiamati al dovere dell'etica nel comportamento, si debba fare riferimento proprio al codice e ad una consonante deontologia. Ancor più in momenti in cui, per la delicatezza delle situazioni, si debba peritare su fatti con l'obiettivo di dare un contributo che miri a raggiungere la verità dei fatti o fattuale.

Richiamandosi ad una procedura che si basi su un'analisi fattuale prudente, confortata da una giustificazione scientifica degli assunti e quale ulteriore risultanza di un confronto corretto delle opinioni. Cioè ad un costrutto etico-deontologico che conduca, o contribuisca a far arrivare, alla verità. Confermando, semmai ce ne fosse bisogno, l'importanza di una comunanza di idee oggettivate in una normativa deontologica delle professioni o dei principi comuni deontologici. Chiamata in causa anche per evitare la retorica giustificativa di talune posizioni particolari dalla connotazione relativistica, che poco hanno a che fare con l'oggettività ricercata nei fatti e nei correlati, contrapponendola come positivistica. E l'accerta-

mento presenta spesso una difficoltà reale, soprattutto quando si debba “andare a ritroso” analizzando fatti accaduti o elementi di giudizio in forma di atti e carte.

La difficoltà maggiore in campo medico sta nel ragionamento. Nel comprenderlo quando si debba rapportare alla dinamica dei fatti ed ancor più laddove si debbano giudicare proprio gli atti processuali ed i referti. E la difficoltà risiede nel fatto che il ragionamento clinico dell'attore-autore, sottoposto al giudizio terzo a posteriori, potrebbe essere non del tutto comprensibile se non da conoscitori o esperti della materia specifica di cui si perizia. Come esperti della specialità, non solo specialisti.

Come potrebbe non essere opportunamente valutato se non fosse collocato “temporalmente” ossia nel momento del fatto ed in relazione agli eventi, per cui magari non sarebbe completamente corretto o giustificato, per assurdo, oltretutto incomprensibile.

Da qui il concetto che a competenza di situazioni debba corrispondere una competenza del giudizio *experitum*. Esperto, dunque, fatto da esperti.

Da qui il secondo concetto secondo cui “il ragionamento va sempre messo in relazione al momento in cui avviene un fatto, e quindi all'azione”. Con la constatazione che possano essere differenti le determinanti che abbiano portato ad un tipo di atteggiamento piuttosto che ad un altro, sia in termini diagnostici che terapeutici.

Proseguendo nel ragionamento la difficoltà maggiore può essere legata al fatto che un'analisi a posteriori potrebbe certamente offrire “un giustificativo teorico anche ridondante” nell'analisi dei fatti e delle cause, evidenziando magari, sempre teoricamente ed in linea di principio, una gamma di possibilità diagnostiche (diagnostica differenziale) molto più ampia.

E la difficoltà del perito sta proprio nel considerare l'assunto

*Il ragionamento
clinico*

solo limitato al piano teorico, con questo distanziandosi notevolmente dalla realtà clinica e dall'atteggiamento medico al momento dell'evento analizzato.

*Il richiamo del
Codice Deontologico
al medico legale*

Tutto ciò per dire come anche, molto spesso, si possano innescare meccanismi di giudizio evidenziando elementi non sempre coerenti col ragionamento clinico e con l'attualità considerata, così da far emergere altri elementi di giudizio più dottrinali che sostanziali. Per questo motivo è forte il richiamo deontologico al medico legale o al medico che comunque svolga una funzione medico legale o peritale, perché si attenga scrupolosamente al principio della correttezza morale. In questo, richiamandolo, semmai non lo avesse presente, alla responsabilità etica- giuridica e deontologica e in più mettendolo in guardia dal considerare e dal cedere alle tentazioni di influenze esterne o a qualsivoglia suggestione extratecnica.

Ma il Codice Deontologico dice ancora di più.

Lo richiama alla competenza professionale e lo invita a sfruttare le competenze di altri medici che abbiano esperienza, e dunque competenza, in campi specifici proprio in virtù della peculiarità di certe specializzazioni per non incorrere in quelli che nella statistica si chiamano "bias" ma che, nel significato esteso del termine anglosassone, ne segnano il pregiudizio e non solo l'errore di valutazione.

In particolari situazioni cliniche complesse è dunque forte il richiamo al rispetto del requisito della competenza specifica e della capacità professionale che sono non a torto fattori che limitano o tendono ad escludere i componenti tipici o esponenti dell'autoreferenza. Ma, al di là del rispetto dei principi di collegialità e colleganza o fors'anche di quello fra colleghi, si ritiene che sia da considerarsi come elemento fondante dell'articolo 62 il quinto capoverso, in cui si riafferma che il giudizio peritale debba essere formulato sulla scorta delle evidenze scientifiche, nel rispetto dell'oggettività e della dialet-

tica, nonché, e ciò è ancor più cogente, della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti. Sebbene appaia come una sorta di meccanismo di salvaguardia per il perito e per il medico in generale, di fatto “norma” il principio più generale ed universalistico del rispetto non solo del soggetto coinvolto nello specifico del contenzioso, ma anche dei colleghi chiamati a valutare per parte avversa, con cui ha il dovere di collaborare secondo collegialità e colleganza.

In questo non fa differenza se si tratti, a seconda del mandato, di consulenti di parte o d’ufficio entrambi richiamati in linea di principio allo stesso compito.

Supera allo stesso tempo il concetto della contrapposizione pregiudiziale e unicamente orientata alla tutela semplice del diritto dell’assistito.

Il significato esteso si ritrova in modo specifico nell’applicazione della procedura che consente di giungere ad una verità fattuale, richiamandosi cioè agli articoli del codice deontologico che aiutano a definirne il percorso (artt. 6, 58 e 62 CDM), e, più concretamente, ponendo in essere una metodologia che di per sé dovrebbe condurre ad una “sorta di verità condivisa o condivisibile”, che trova il suo “minimo comun denominatore” proprio nel metodo e nell’emersione dei fatti.

Aspetti controversi nell’immaginario solo della contrapposizione dei fatti, ma non nel percorso di emersione di quella che è la verità fattuale raggiunta pur in presenza di plausibili differenze interpretative, pur con ovvi e naturali distinguo teorici.

Quello che si auspica è una cosiddetta base di ragionamento peritale che di per sé potrebbe configurare fin dalle prime fasi, creando una sorta di piattaforma naturale su cui costruire un possibile arbitrato. Ponendo come base una concorde analisi fattuale e ad una valutazione delle responsabi-

lità dei vari attori.

In estrema sintesi, date le premesse e in linea di principio, si afferma con una certa ragionevolezza che, sebbene la consulenza sia fatta per un patrocinato, le risultanze possano essere talvolta anche non coerenti col mandato assegnato al perito, laddove, in scienza e coscienza, il consulente abbia appurato situazioni che in qualche modo non ne avvalorino i presupposti contrattuali.

*L'esperienza clinica
come "evidenza"*

In altre parole è il dovere della difesa la ricerca della verità dei fatti, contrapposta all'utilità del singolo se non comprovata almeno come veritiera nell'onestà di giudizio. Che è come dire che va bene la letteratura, va bene il ragionamento, ma contano come corroboranti nel giudizio i giustificativi delle "evidenze fattuali", che sono, per il medico, l'esperienza clinica. Un atteggiamento mentale che dovrebbe presentare qualsiasi esperto chiamato alla perizia.

Certo è che un simile agire sembra orientare diversamente la giurisprudenza.

È un argomento, questo, che dovrebbe essere valutato con i magistrati magari anche in fase di discussione in altra sede congressuale dedicata all'argomento specifico.

È infatti un argomento forte e pregnante, talvolta disorientante proprio per quelle che sono le interpretazioni dei tecnici e della stessa magistratura, come è evidente nelle sentenze "contrapposte" della magistratura nei vari gradi di giudizio ordinario e della Suprema Corte.

Per una società votata allo sviluppo tecnologico calza il richiamo di Bertrand Russell, il quale ci esorta a valutare con attenzione il correre dei tempi non lasciando che la saggezza di ciascuno venga sopraffatta dalla volontà di seguire la tecnologia estrema.

Da qui l'invito ad una saggezza che porti ad una considerazione più umana e realistica delle cose. Anche se si deve riconoscere come in essi non vi sia chiara ed esplicita menzio-

ne dei rapporti fra gli altri Ordini ed i loro professionisti. Per questo accomunati dall'essere Enti dello Stato con obblighi e prerogative peculiari, legati come sono e dovrebbero essere alla funzione, in un rapporto di teorica collaborazione, pur coi limiti del loro agire legato ai doveri reciproci e della professione.

Procedendo ad un rapido excursus fra i vari codici, per primo di quello forense, viene evidente come si ribadisca nei principi generali quel concetto di verità prima menzionata, che si inserisce in un costrutto che preveda tanto il rispetto del cittadino, tanto dei colleghi, dei magistrati e di chi ruota in ambito forense e abbia parte nell'attività giudiziaria. Il richiamo della verità si riverbera su tutti gli aspetti della professione ma anche – vista la peculiare posizione professionale che in un certo qual modo mima quella del giudice senza però mai sostituirsi ad essa – si evidenzia nella capacità/mandato di coordinamento dei periti (Titolo IV). Una necessità e un'esigenza mutate dalla volontà espressa in *jure* del dovere di colleganza e ancor prima di verità fattuale (artt. 23 e 14).

Quali dunque le considerazioni finali?

In primis si deve dire che tutti i professionisti rappresentati da un Ordine hanno un obbligo immarcescibile del rispetto del codice deontologico, indistintamente ed indipendentemente dall'attività svolta. Allo stesso tempo si devono ispirare ai principi dei rispettivi codici deontologici, anche, e soprattutto, laddove si richiamino alla colleganza fra iscritti ad Ordini diversi.

Particolare, questo, non secondario che sembra essere l'aspetto trascurato nei rapporti fra i vari professionisti anche e non solo in ambito peritale.

In ambito peritale, poi, il legale che ha come compito quello di fare da raccordo fra i vari co-attori e deve coordinare i periti, ha una duplice peculiarità: quella di garantire il cliente e quello di agire in regime di colleganza e di collaborazio-

Conclusioni

ne con gli altri periti, anche se non è chiamato direttamente ad esercitare evidentemente una mediazione fra loro e le loro tesi.

Nella fattispecie a lui si chiede di perseguire prioritariamente l'emersione della verità, che è un "valore superiore con tutti i fondamenti filosofici che la sostengono" e che in teoria supera in linea deontologica e concettuale le altre valutazioni di merito.

Ma nella pratica quotidiana ci viene da chiedersi fino a che punto si sarebbe disposti a posporre l'interesse dell'assistito, che è un baluardo professionale non solo del legale, all'interesse dell'emersione della verità fattuale in sintonia coi principi deontologici richiamati proprio dagli articoli specifici dei vari codici, a maggior ragione, anche quando richiamano direttamente al dovere dell'intesa fra le parti, o espressamente detto, in caso anche di arbitrato.

Una simile evenienza si tradurrebbe in un metodo atto a definire i percorsi per favorire il raggiungimento di quella verità fattuale, che è l'unico principio per così dire universale, un baluardo cui tende la giustizia, ma anche lo stesso cittadino e, in via estensiva, anche la società.

È intuitivo che i richiami della Deontologia potrebbero creare in ogni caso problemi interpretativi e di metodo ai professionisti impegnati nell'attività peritale, qualora questi debbano esprimere pareri in contrapposizione, qualora siano appartenenti allo stesso ordine e svolgano la loro funzione come consulenti di parte o come Ctu.

Ma è fortemente evidente e non risibile che in linea di principio si debba fare un richiamo al rispetto, alla collegialità ed alla colleganza: questo sia fra colleghi che operino nello stesso ambito sia fra coloro che siano appartenenti non allo stesso ma ad Ordini differenti.

In secundis, rimanendo in ambito strettamente deontologico, sebbene non vi siano nella realtà dei codici degli articoli

che espressamente identifichino i rapporti fra professionisti, si individua la necessità (e non solo si auspicherebbe) che i doveri riconosciuti agli Enti ausiliari dello Stato, quali sono gli Ordini, siano condivisi anche da quelli maggiori ai quali si chiede di collaborare.

E da qui la necessità, e l'auspicio, che un simile aspetto, quale conferma del comune agire, fosse normato da disposizioni chiare ed inequivocabili.

Solo facendo seguito a queste esigenze si potrà arrivare a fornire al peritus peritorum una collaborazione fattiva, offrendogli un supporto chiaro e certo perché il Giudice possa emettere un giudizio certo ed equo, nel nome di quella giustizia giusta a cui ogni magistrato si deve riferire nel suo agire quotidiano

Ed il perito con il suo agire nel rispetto dei principi deontologici, riconosciuto in questo dal giudice, saprà essere il terminale dell'azione di valutazione dei fatti arrivando ad un'efficace sintesi d'azione che sia espressa nell'obiettività degli assunti e delle verifiche, dando cioè il valore essenziale ai fatti ed ai correlati finalizzati alla riprovazione della verità fattuale. Ma quel giudice che, primo dei periti, è colui a cui spetta l'onere della sentenza, e cioè del giudizio, deve essere supportato dai suoi consulenti e per estensione anche di quelli di parte nel momento in cui contribuiscono fattivamente al raggiungimento della verità fattuale.

Unica attività riconosciuta ai periti, infatti, è quella di analizzare i fatti per specifica competenza fino a formulare delle ipotesi che non sono un giudizio ma elementi di giudizio solo ed essenzialmente per il giudice.

Pertanto partendo dalla frase di Ovidio che segnava la contraddizione etica fra il vedere e conoscere il buono, nel comportamento e nei fatti, ma rispondendo alla vita di ogni giorno seguendo gli istinti socialmente più retri – diremmo più estensivamente utilitaristici – ed individualmente perseguiti

*Consapevolezza
e perseguimento
del "bene" come base
dell'agire
professionale*

(*deteriora sequor*), si potrebbe dire con maggior certezza che laddove vi sia la consapevolezza del bene, giammai questo sarà non perseguito. E allora, modificando la frase, si potrà dire: *video meliora proboque neque deteriora sequor*.

Non è, questa, una visione sognante, ma quanto i nostri Codici Deontologici, che contengono norme cogenti e non opinioni, ci obbligano a rispettare i “principi del vivere professionale”.

E gli Ordini, cui è sempre pressante l’invito alla collaborazione, devono essere parte attiva per arrivare a fare della collegialità e della collaborazione, anche con le altre categorie ordinistiche, il loro credo.

In conclusione, poiché il compito che mi ero preposto era quello di ingenerare dei dubbi, per me sempre fonte di ricerca personale e, dopo la relazione, mi augurerei anche per qualcun altro, mi avvierei a concludere col Manzoni: “È men male l’agitarsi nel dubbio che il riposar nell’errore”.

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*

Anno XIV • Numero I - MMXIII

Presidente
Amedeo Bianco

Direttore responsabile
Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"
Cosimo Nume (coordinatore, presidente Omceo Taranto)
Nicolino D'Autilia (referente C.C., presidente Omceo Modena)
Giancarlo Aulizio (consigliere Omceo Forlì Cesena)
Anna Rita Ecca (consigliere Omceo Cagliari)
Fausto Fiorile (consigliere Omceo Trento)
Bartolomeo Griffa (consigliere Cao Torino)
Alessandro Innocenti (presidente Omceo Sondrio)
Santo Monastra (consigliere Omceo Napoli)



Editore
Fnomceo
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Redazione
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06.594461
Fax 06.59446228

Finito di stampare nel mese di aprile 2013 con i tipi e gli impianti della
C.G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l. da Alma Tipografica - Villanova Mondovì (Cn)

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della Fnomceo:
Fnomceo
Centro elaborazione dati
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma