

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

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



III . MMXVI

*Terza Conferenza Nazionale
della professione medica e odontoiatrica*

GUARDIAMO AL FUTURO

QUALE MEDICO, QUALE PAZIENTE,
QUALE MEDICINA NEL SSN?

RIMINI, 19-20-21 MAGGIO 2016



LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

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



III . MMXVI

*Terza Conferenza Nazionale
della professione medica e odontoiatrica*

GUARDIAMO AL FUTURO

QUALE MEDICO, QUALE PAZIENTE,
QUALE MEDICINA NEL SSN?

RIMINI, 19-20-21 MAGGIO 2016



Indice

INTERVENTI INTRODUTTIVI

Rimini 2016: una grande occasione di confronto.....	11
intervista a Roberta Chersevani <i>a cura di Eva Antoniotti</i>	
L'odontoiatria nella società italiana.....	14
<i>Giuseppe Renzo</i>	
Introduzione ai lavori.....	19
<i>Luigi Conte</i>	
“Humanities” per essere medici (e non ingegneri di organi malati...).....	23
<i>Sandro Spinsanti</i>	
La personalizzazione delle cure come snodo cruciale per il medico e la medicina del futuro.....	39
<i>Christian Pristipino</i>	
La comunicazione e la relazione.....	51
<i>Silvana Quadrino</i>	
La posizione di garanzia del medico.....	58
<i>Gianfranco Iadecola</i>	
La questione medica.....	61
<i>Ivan Cavicchi</i>	

WORKSHOP 1. QUALE MEDICO

SESSIONE A

Formazione pre e post laurea

Il nodo critico della programmazione.....	71
<i>Ezio Casale</i>	
La formazione dei pediatri delle cure primarie.....	76
<i>Paolo Becherucci</i>	
Documento di sintesi del lavoro prodotto dall'Osservatorio Giovani professionisti medici e odontoiatri della Fnomceo.....	83
<i>a cura di Alessandro Bonsignore</i>	

SESSIONE B

ICT Information and Communication Technology

ICT e sanità elettronica.....	87
<i>Silvestro Scotti</i>	

SESSIONE C

Nuovi riferimenti della professione medica: accountability, advocacy, compliance

Fare di più non significa fare meglio..... 91
Sandra Venero

Accountability, advocacy.....96
Rodolfo Vincenti

SESSIONE D

Accreditamento delle SocietàScientifiche

Sintesi dei lavori della sessione..... 106
Franco Lavalle

Accreditamento Società Scientifiche in area odontoiatrica.....108
Carmelo Pulella

WORKSHOP 2. QUALE PAZIENTE

SESSIONE A

Ambiente e salute

Il medico come garante della tutela della salute..... 113
Emanuele Vinci

Le azioni strategiche per il contrasto alle malattie
attribuibili ai rischi ambientali..... 115
Antonio Faggioli

SESSIONE B

Medicina di genere quale paradigma della medicina personalizzata

Medicina genere-orientata..... 123
Giovannella Baggio

Differenze di genere e demenza.....129
Carlo Gabelli

Differenza di genere nelle malattie respiratorie croniche.....135
Anna Maria Moretti

Scompenso cardiaco e donna..... 144
Cecilia Politi

Il paziente del medico di Medicina Generale.....153
Raffaella Michieli

Farmacologia di genere..... 156
Teresita Mazzei

SESSIONE C

Evoluzione della società e nuovi bisogni di salute

La voce dell'esperienza e la voce dell'esperto.

L'integrazione della Medicina Narrativa 132

Massimiliano Marinelli

Una buona sanità per sostenere l'intera società.....170
Fiorella De Angelis

SESSIONE D**Relazione di cura e gestione della complessità**

Sintesi dei lavori della sessione.....	174
<i>Enrico Morello</i>	
“Esserci” nella relazione di cura.....	177
<i>Sabrina Cipolletta</i>	
La complessità interprofessionale nella relazione di cura.....	188
<i>Milena Giovanna Guarinoni</i>	
Costruzione complessa della relazione di cura nella Medicina di famiglia.....	191
<i>Tiziano Scarponi</i>	
Relazioni di cura: le vogliamo davvero?.....	196
<i>Giulio Cecchini</i>	

WORKSHOP 3. QUALE MEDICINA**SESSIONE A****Uno sguardo alle esperienze internazionali**

Sintesi dei lavori della sessione.....	203
<i>Nicolino G. D'Autilia</i>	
La pediatria e il territorio in Europa e nel mondo.....	205
<i>Stefano del Torso</i>	

SESSIONE B**Come ci vedono gli altri**

La costruzione di una professione adeguata.....	215
<i>Maurizio Scassola</i>	

SESSIONE C**La leadership funzionale medica in Sanità Complessa**

Relazione introduttiva alla sessione.....	219
<i>Guido Regis</i>	
La centralità del medico nella medicina delle complessità.....	231
<i>Giovanni Pietro Ianniello</i>	

SESSIONE D**Rapporti con le professioni sanitarie: responsabilità e competenze**

Dialogo e collaborazione con le professioni sanitarie.....	236
<i>Giancarlo Pizza</i>	

WORKSHOP 4. QUALE ORGANIZZAZIONE**SESSIONE A****Etica dell'organizzazione in sanità**

Ambiti e definizione dei problemi.....	243
<i>Maurizio Benato</i>	
L'etica dei policy maker nella organizzazione sanitaria.....	257
<i>Antonio Panti</i>	

Indice

Lavoro d'equipe multi disciplinare e multi professionale. fra competenze e compiti o mansioni.....	263
<i>Pierantonio Muzzetto</i>	
Intensive care nelle organizzazioni sanitarie.....	269
<i>Giorgio Guerra</i>	
I servizi informatici a supporto della cura.....	272
<i>Erasmus Michele Bitetti</i>	
Bed management e flow patient.....	291
<i>Giuseppe Ditaranto</i>	
Scelte Sagge per un'organizzazione centrata sul paziente.....	306
<i>Andrea Gardini</i>	
La responsabilità Sociale dell'azienda ospedaliera.....	312
<i>Fabrizio Russo</i>	
Documento di sintesi per la discussione in Comitato Centrale.....	323
<i>A cura del Gruppo di Studio Fnomceo su Organizzazione dei sistemi sanitari</i>	
<hr/>	
SESSIONE B	
Organizzazione dell'ospedale	
Sintesi dei lavori della sessione.....	331
<i>Guido Quici</i>	
<hr/>	
SESSIONE C	
Organizzazione delle cure primarie	
Sintesi dei lavori della sessione.....	339
<i>Giacomo Caudo</i>	
<hr/>	
SESSIONE D	
Medicina al femminile	
I lavori dell'Osservatorio Fnomceo della professione medica ed odontoiatrica al femminile.....	343
<i>Maria Erminia Bottiglieri</i>	
Sostenibilità di una medicina al femminile.....	346
<i>Mariantonietta Monteduro</i>	
La Fnomceo di fronte al Codice Rosa.....	354
<i>Rosalba Ristagno</i>	
Atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Quali strategie di prevenzione.....	359
<i>Monica Costantini, Ornella Cappelli</i>	
Conciliazione famiglia-lavoro: utopia per la donna o via maestra per il cambiamento?.....	365
<i>Cristina Cenci</i>	

TERZA CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA E ODONTOIATRICA

Interventi introduttivi

Rimini 2016: una grande occasione di confronto

Intervista a Roberta Chersevani
presidente Fnomceo

a cura di Eva Antoniotti

Presidente Chersevani, la Conferenza di Rimini ha avuto una formulazione molto ampia: tanti temi, tanti workshop, molte contemporanee occasioni di confronto. Perché avete scelto questo schema (che alcuni hanno considerato dispersivo)?

La presenza di sessioni contemporanee è disagiata perché consente di partecipare solo ad alcune, ma nel contempo è occasione di un gran numero di scambi, confronti e discussioni. Il risultato può essere visualizzato da tutti proprio negli atti che andiamo a presentare, e che spero abbiano grande diffusione. La professione incontra oggi tanta complessità, che non può essere appiattita in un solo convegno monotematico, né trovare soluzioni in tempi brevi.

La ministra Lorenzin ha partecipato ai lavori della Conferenza. Cosa le avete segnalato per il futuro della professione?

In questi tempi il nostro Ministro ha condiviso molte difficoltà

della nostra professione e si è dimostrata attenta. Certamente le soluzioni non sono immediate e non dipendono solo da questo dicastero. La complessità comprende i cambiamenti in atto nel Paese, nella società, nelle patologie prevalenti, nel rapporto medico-persona, nella necessaria riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, solo per citare alcuni temi. Il dialogo deve continuare ed allargarsi ad altri Ministeri.

Tra i temi strategici della Conferenza c'è quello della formazione. Cosa chiedete?

La formazione deve adeguarsi al cambiamento in atto. Va modificata la modalità di accesso all'insegnamento pre-laurea, favorendo percorsi di orientamento. L'insegnamento stesso deve essere arricchito con temi di etica, deontologia e *medical humanities*. Va dato grande spazio alla comunicazione. L'accesso al percorso di studi post-laurea deve tener conto del numero di laureati ma anche del numero di specialisti che si renderanno necessari in futuro. Il dialogo va rafforzato e reso produttivo.

Il confronto con le altre, molte, professioni sanitarie è un altro nodo caldo. In che direzione vi state muovendo?

Dialogo e mediazione sono importanti. Ma non significano debolezza. Le competenze sviluppatasi nel tempo vanno riconosciute e serviranno a migliorare la qualità dei servizi offerti. Restano sempre tuttavia competenze nell'ambito delle singole professioni, senza possibilità di travalicare, e senza il task-shifting che sembra andare di moda.

E nei confronti delle associazioni dei malati e dei cittadini?

I rapporti sono buoni e vanno ulteriormente rafforzati, allargando la relazione di cura che esiste tra il singolo medico ed il suo assistito, alla comunità dei medici e alla popolazione. La qualità della comunicazione ritorna ad essere di grande

importanza, per farsi comprendere e far comprendere. L'autonomia e la responsabilità di entrambi gli attori necessitano di una informazione comprensibile e condivisa.

Personalmente, cosa ha appreso da questi tre giorni di lavoro?

Che esiste ancora un senso di appartenenza, che si vuole combattere per la difesa della professione, che nonostante anni difficili e punitivi esiste ancora la disponibilità a recuperare, a migliorare la qualità dei servizi offerti. Il medico non vuole rinunciare al suo ruolo di mediatore tra salute e malattia.

Cosa farà la Fnomceo per “il futuro della professione”?

La Federazione continuerà ad essere un punto di riferimento per i propri iscritti, ma anche ad ascoltare le richieste degli assistiti. Continuerà a collaborare con le istituzioni, mettendo a disposizione competenze e professionalità. Chiederà di essere ascoltata in quei contesti che sembrano non comprenderne il ruolo. Continuerà a rappresentare la famiglia dei Medici e degli Odontoiatri.

L'odontoiatria nella società italiana

Giuseppe Renzo
presidente nazionale CAO

SONO PARTICOLARMENTE FELICE della grande partecipazione a queste manifestazioni organizzate congiuntamente con la professione medica in queste giornate riminesi che hanno chiamato a raccolta tutti gli interessati al mondo delle nostre professioni e alla tutela della salute.

Un filo rosso unisce questo incontro a quello precedete svoltosi a Taormina in cui quelli che ho chiamato gli Stati Generali dell'Odontoiatria insieme a tutti i Presidenti CAO si sono confrontati sui problemi fondamentali, come ad esempio quelli della formazione, dell'Odontoiatria sociale e della Carta dei Diritti e dei Doveri dell'Odontoiatra.

*L'odontoiatria
vive nella realtà
sociale del Paese*

Proprio da questo occorre partire per dimostrare che la professione non vive in una sorta di torre eburnea lontano dalla realtà sociale del Paese, ma che da tempo si sta interrogando, perché vive nella realtà, su come far fronte ad una situazione che rischia di emarginare dalla cure odontoiatriche non sol-

tanto le categorie sociali più disagiate, ma anche i cosiddetti nuovi poveri che sono precipitati da una situazione di classe media ad una nuova drammatica situazione di povertà. Sappiamo da tempo che la risposta pubblica dei Lea non garantisce l'accesso alle cure odontoiatriche necessarie e che purtroppo questa situazione difficilmente cambierà proprio per la insufficienza delle risorse da destinare all'assistenza. Senza fare polemica sarebbe d'aggiungere che la nuova normativa sulla cosiddetta appropriatezza prescrittiva rischia soltanto di affidare a regole burocratiche il rapporto fondamentale medico paziente contribuendo a creare ulteriori disagi ai cittadini che vorrebbero mantenere un rapporto umano con i propri medici.

Una prima parola d'ordine che provo a lanciare da questa riunione è *prevenzione* lo stesso Ministro Lorenzin ha riconosciuto recentemente come le attività di prevenzione siano state trascurate quando sono invece le sole che possono garantire un abbattimento dei costi sia a livello macroeconomico sia a livello di costi sociali. Si pensi a quanto pesante sia l'onere economico derivante dalla mancata prevenzione in termini di perdite di giornate lavorative, di diminuzione della produttività di aziende e di imprese. La professione da tempo si occupa del tema della prevenzione (si pensi da quanto tempo viene svolto il mese della prevenzione dentale e da quanto la CAO Nazionale abbia presentato alle Autorità il proprio progetto di odontoiatria sociale).

Con l'ottimismo della volontà oggi vorrei lanciare una nuova idea che ancora una volta si basa sull'impegno e sulla responsabilità degli odontoiatri italiani: perché non provare a costituire una rete di colleghi che offrono almeno un giorno al mese per curare con gli ordinari strumenti del loro studio i soggetti disagiati? Non solo quelli "conclamati", di cui do-

*La prevenzione
abbatte i costi
economici e sociali*

*La nuova
odontoiatria
per i nuovi poveri*

vrebbe farsi carico il Ssn, ma i cosiddetti *nuovi poveri*, cioè coloro che si sono trovati travolti dalla crisi economica, hanno perso il loro lavoro, hanno perso il loro suolo sociale e tuttavia si “vergognano” di ricorrere ai sistemi di sicurezza sociale e rimangono senza alcuna assistenza medica e odontoiatrica. È una pagina tutta da scrivere e spero di poterla scrivere insieme a voi, ma sono convinto che se gli odontoiatri vogliono dimostrare il loro impegno etico e la loro dignità professionale questa è la strada migliore.

È inutile ormai chiudersi nella difesa di privilegi che, per altro, non esistono più: ai cittadini poco importa dei problemi tecnici e giuridici che riguardano la nostra professione; sarebbe invece dirompente lanciare un messaggio di solidarietà e di impegno che vorrei tradurre in estrema sintesi con queste parole: *la nuova odontoiatria per i nuovi poveri*

Aspetto il vostro contributo, anche critico, ma sono convinto che sia finito il tempo dei recinti e delle barricate e sia iniziato quello dell'accoglienza e della responsabilità sociale.

*L'importanza
del settore del
dentale
nell'economia
del Paese*

Il secondo filo conduttore del dibattito che vorrei svolgere è quello dell'importanza del settore del dentale nell'economia del Paese.

Alcuni studi, come quelli della rivista *AltroConsumo*, hanno dimostrato che le cure odontoiatriche fornite nelle nuove strutture di grandi dimensioni imprenditoriali costano quanto quelle ricevute nei nostri studi monoprofessionali mentre la qualità è sicuramente molto più elevata nei secondi.

Sto preparando e spero già di potervi dare i primi dati, uno studio che dimostra quante siano numerose “le piccole aziende odontoiatriche” e quante persone vi lavorino fra dentisti, igienisti dentali e assistenti alla poltrona e quanto grande sia anche l'indotto in termini di aziende produttrici di attrezzature e manufatti che ruotano intorno alla figura dell'odontoiatra. Questo rilevante settore, sia in termini di persone coinvolte

sia in termini di “fatturato prodotto”, incide pesantemente nell’economia generale e dovrebbe essere oggetto di tutela da parte del sistema politico quando invece paradossalmente è spesso oggetto di ingiustificati attacchi.

Il ruolo degli odontoiatri è quindi molto più importante di quanto si creda perché costituisce il motore intorno al quale girano tutti gli altri ingranaggi.

Se questo motore si fermasse, tutto si fermerebbe e i costi sociali sarebbero rilevanti.

È importante però che i nostri professionisti continuino nel percorso di maturazione attraverso l’esaltazione dell’etica dei comportamenti che è l’unica strada che garantisce la crescita individuale e collettiva della nostra categoria.

Ecco perché una volta completato questo percorso, potremo legittimamente rivendicare la correttezza dei nostri comportamenti e rimandare al mittente le consuete accuse di evasione fiscale che troppo spesso sono l’indice del persistente fenomeno dell’esercizio abusivo che certamente è favorito, ma non giustificato, dal parallelo fenomeno del prestanomismo. A questo riguardo ancora una volta esprimo la speranza che finalmente la riforma dell’art. 348 del c.p. giunga alla sua conclusione, anche per evitare rischi di diffusione di malattie iatrogene che possono scaturire da attività sanitarie svolte da personale non competente e in locali non igienicamente in regola.

Vorrei concludere questa mia relazione rilanciando il tema della visita come atto medico che non può essere mai improntato ad ambiti meramente contrattuali e che costituisce il punto discriminante fra l’attività del professionista e quella del commerciante-imprenditore.

*La visita medica
come atto
fondamentale del
rapporto medico-
paziente*

Difenderemo contro tutti (ivi compresa l'Antitrust) la natura della visita medica come atto fondamentale del rapporto medico-paziente ove vengono svolti i preliminari accertamenti sanitari, viene raccolto il consenso informato e viene stabilito un piano terapeutico che permetterà di venire incontro alle esigenze di cura del paziente al livello più alto che le capacità culturali scientifiche ed etiche del medico odontoiatra possono consentire.

Qualcuno vuole interpretare il primo rapporto fra medico e paziente come la stesura di un contratto che prevede magari una scoutistica, quasi che l'odontoiatra dovesse fornire servizi di carattere commerciale o amministrativo.

Certamente la normativa in vigore prevede anche aspetti contrattuali, come ad esempio il riferimento alla polizza assicurativa o al preventivo di spesa, ma questi aspetti sono successivi e ovviamente subordinati allo svolgimento della visita e alla attività di diagnosi, prognosi e terapia che il professionista offrirà in scienza e coscienza per tutelare e risolvere le eventuali patologie riscontrate.

Solo in questo modo potrà essere difeso il ruolo della nostra professione intellettuale che, come dimostreremo in questi giorni, è attenta e partecipe al progredire dei tempi ma che affonda le propri radici nel terreno solido del giuramento di Ippocrate e dei principi di una deontologia antichissima.

Introduzione ai lavori

Luigi Conte

segretario Fnomceo

IL MEDICO È UN PROTAGONISTA centrale nel processo di cambiamento in atto del nostro sistema sanitario e la riflessione sull'evoluzione nei prossimi anni della sua figura è un momento essenziale per permettere a questo professionista di giocare un ruolo strategico nel servizio alla società.

All'interno dei nuovi scenari, il medico è oggi chiamato, in modo consapevole e proattivo, a:

- essere regista del proprio percorso professionale, cogliendo i momenti chiave di ogni fase (ad esempio quando specializzando, *leader* professionale, mentore per i colleghi più giovani, ecc.);
- approfondire le proprie competenze, tecniche e non-tecniche, utilizzando al meglio gli strumenti del *Continuous Professional Development*;
- agire come attore competente nella dimensione economica, sociale e politica della propria comunità;
- adattarsi allo sviluppo e contribuire a determinare i mu-

tamenti delle organizzazioni sanitarie e del loro governo, cogliendo le opportunità offerte dal cambiamento e valorizzando la centralità del paziente in ogni attività.

Il dibattito sull'evoluzione della figura del medico deve giovare del coinvolgimento del mondo professionale e di quello accademico, nonché dei contributi di tutti i soggetti che si rivolgono al medico. Particolare attenzione deve essere rivolta alle motivazioni che conducono all'intrapresa della professione medica.

La Fnomceo ha ritenuto utile operare una rigorosa riflessione sull'evoluzione della figura del medico in Italia nei prossimi anni.

Le considerazioni proposte mirano a:

- sensibilizzare sulla molteplicità e la complessità delle variabili che possono influenzare le decisioni relative alla sanità e alla professione medica;
- promuovere la figura di un medico che sia consapevolmente radicato nella propria storia e nella propria “*mission*”;
- promuovere e garantire la salute individuale e collettiva;
- essere al tempo stesso protagonista nel governare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari e contribuire attivamente a orientarne le politiche e le scelte in materia, identificando possibili linee di azione per intervenire proattivamente.

Nell'avviare un processo di riflessione sulla figura del medico è doveroso tenere presente che non esistono risposte semplici a problemi complessi, e che il tempo necessario per valutare l'impatto delle azioni intraprese in questo settore è medio-lungo (maggiore di 3-5 anni).

Inoltre, per orientare i sistemi complessi come la sanità, è importante individuare e diffondere alcune regole che fungano da motore e collante nel sistema.

Guardare al futuro

Il medico in Italia nei prossimi anni dovrà essere proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici.

Viviamo un periodo di grave crisi che pervade di odio la quotidianità della nostra vita ed affievolisce fino a farla sparire la solidarietà e la socialità.

In questa condizione non possiamo non partire dai secolari principi delle nostre professioni medica ed odontoiatrica. La solidarietà è uno di questi principi fondanti della nostra professione basti pensare che è al primo posto tra le motivazioni del 95 % dei giovani che si iscrivono alla facoltà di Medicina e Chirurgia.

La Fnomceo lavora per affermare:

- un medico detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze; attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;
- un medico capace di vedere in ogni paziente una persona che va ascoltata nella sua unitarietà umana, sociale ed intellettuale con un problema di salute e non, come definito dal professor Novarini, come un ingegnere di organi malati;
- un medico cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di advocacy-patrocinio, tutela, garanzia nei confronti del singolo cittadino e della intera collettività;
- un medico con la capacità di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno; capace di passare dalla comunicazione alla relazione unica ed irripetibile tra due persone;
- un medico che comprenda il contesto per essere capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità; nella consapevolezza che il medico è un attore economico che determina e gestisce risorse economiche ingenti;
- un medico consapevole che la Sanità e la salute sono temi

*L'impegno
della Fnomceo*

di alta complessità, e l'alta complessità non può avere risposte semplici ma va gestita con un'adeguata preparazione culturale;

- un medico del futuro che deve saper gestire la complessità e deve essere capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, rispetto agli altri professionisti della salute, rispetto ai pazienti ed alle persone assistite e rispetto ai cittadini;
- un medico detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;
- un medico attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltretutto a dimostrarlo; dimostrarlo attraverso una governance nuova dell'esercizio professionale che conduca ad una certificazione del mantenimento nel tempo del requisito dell'esercizio della professione per una sempre migliore qualità professionale.

“Humanities” per essere medici (e non ingegneri di organi malati...)

Sandro Spinsanti

Avvocato in Bologna

coordinatrice nazionale del Gruppo di ricerca “Sicurezza e Privacy”
della SIT

“HUMANITAS” E LE SUE VARIANTI:

UNA FAMIGLIA DI SIGNIFICATI

Chi in italiano fa ricorso a un termine straniero ha l’obbligo morale di addurre prove che lo stesso concetto non potrebbe essere espresso nella nostra lingua. L’espressione *medical humanities* non fa eccezione alla regola. La ragione determinante per preferirlo è presto detta: non esiste in italiano un’espressione che ricopra lo stesso ambito semantico. Ogni tentativo di cercare un equivalente in italiano è destinato a creare equivoci – come l’infelice “umanizzazione” della medicina – oppure riflette solo un aspetto parziale di quella complessa realtà denotata come *medical humanities* ⁽¹⁾.

1 Può essere di conforto a chi usa l’espressione inglese nel contesto italiano che anche per gli anglofoni non mancano le difficoltà. In un articolo pubblicato sul *Journal of American Medical Association* Rafael Campo prende le mosse da un convegno svoltosi a Londra, al quale partecipavano poeti, medici, registi, infermiere, sociologi, letterati, arte-terapeuti, esperti di etica, fotografi, studenti di medicina, operatori di hospice, storici, musicisti, filosofi, terapisti occupazionali, ballerini e pazienti: tutti radunati dal comune intento di porre rimedio al malessere della medicina, sotto il comune programma di *medical humanities*. “Ma che cosa sono, alla fin fine, le *medical humanities*?”, chiedeva uno studente dotato di senso pratico, durante una pausa. La difficoltà dell’autore di dare una risposta concisa si traduce nel titolo dell’articolo “The Medical Humanities: for lack of a better term” (*JAMA*, 2005; 214:1009-1011). Potremmo sottoscrivere: usiamo *medical humanities* in mancanza di un’espressione migliore.

È opportuno seguire le diverse piste fornite dalla famiglia di espressioni affini, consapevoli che ognuna, considerata nei suoi aspetti negativi e in quelli positivi, tratteggia solo un aspetto parziale del quadro, non il quadro nella sua interezza.

1. “Umanizzazione”?
No grazie!

La traduzione più fuorviante di *medical humanities* è quella di far equivalere la loro istanza a un progetto di umanizzazione della medicina. L'umanizzazione è un programma che si evoca solitamente con intenti polemicici. Presuppone un'analisi negativa dei comportamenti che si vogliono umanizzare, perché giudicati, appunto, disumani. Che riguardino i detenuti nelle carceri o i malati in ospedale. Il programma di umanizzazione della medicina ha suscitato nel tempo molte adesioni: per motivi religiosi-filantropici (perché il professionista sanitario è considerato nell'alone del Buon Samaritano...) o per ragioni laiche, riconducibili al rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone, anche in condizione di malattia. Non mancano motivi per rivendicare azioni correttive di comportamenti che si collocano al di sotto di quanto nella nostra società consideriamo un minimo decente. Sul banco degli imputati non c'è solo l'insensibilità degli operatori o semplicemente la maleducazione; anche la curiosità scientifica o gli interessi conoscitivi possono indurre a comportamenti biasimevoli. Per saperne di più su ciò che oggi i cittadini considerano non accettabile, basta aprire gli archivi di un qualsiasi centro di ascolto del Tribunale dei diritti del malato o di un ufficio relazioni con il pubblico. O leggere le lettere ai giornali che danno voce al lamento contro la “malsanità”. Questa non è imputata solo di errori e inadempienze, ma spesso semplicemente di disattenzione verso esigenze elementari della nostra vita sociale.

Eliminare dalla pratica della medicina ciò che offende e umilia rimane un programma inderogabile. È tuttavia discutibile che il termine “umanizzazione”, con cui abitualmente lo si

designa, sia una scelta felice. I sanitari che si sentono oggetto di un programma di umanizzazione non possono evitare di sentirsi accusati di comportamenti “disumani”. È facile immaginare che la reazione più prevedibile sarà quella di risentita chiusura, o di ricerca di altri capri espiatori (gli amministratori della sanità, le condizioni di lavoro...). In ogni caso, sarà arduo avere come alleati in un programma di umanizzazione i professionisti che si sentano messi sotto accusa.

Anche se concordiamo sulla non opportunità di utilizzare il termine umanizzazione, non possiamo ignorare che vi hanno fatto ricorso i decreti legislativi 502 (1992) e 517 (1993) che negli anni '90 hanno delineato il profilo rinnovato del servizio pubblico. Come indicatori per valutare la qualità delle prestazioni erogate venivano infatti menzionate la “personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza”. L’umanizzazione del servizio sanitario è diventata, più di recente, un obiettivo proposto ufficialmente dalla Regione Veneto, che ha anche pubblicato una lista dettagliata di parametri per verificarne la presenza. È opportuno tuttavia sottolineare con forza che le *humanities* che invochiamo come correttivo della pratica attuale della medicina non sono sovrapponibili all’umanizzazione. Quand’anche avessimo eliminato i comportamenti che violano i diritti e la dignità, il programma specifico delle *medical humanities* dovrebbe ancora avere inizio.

Etimologicamente, le *humanities* rimandano al latino “humanitas”, che è stato il potente motore del movimento che ha strutturato l’Occidente moderno: l’umanesimo, appunto. Siamo così condotti a considerare la medicina come un’impresa “umanistica” e il medico (in quanto referente simbolico di un complesso di azioni e di competenze proprie di numerose professioni che si dedicano alla cura) come un “umanista”. Questo uso linguistico richiede molta cautela. Si rischia, infatti, di scivolare verso aspetti caricaturali, così come quando

*2. Esercitare la
medicina nel solco
dell’umanesimo*

si enfatizzano la missione e la vocazione di quanti esercitano la medicina, quasi praticassero una specie di sacerdozio secolarizzato.

Eppure la correlazione tra i valori dell'umanesimo e quelli che guidano la pratica della medicina più esigente dei nostri giorni è seducente. Possiamo riconoscere una "assonanza culturale" tra l'*humanitas* rinascimentale e il nuovo paradigma della salute che si sta profilando nel mondo culturale e scientifico. Il riferimento va alla promozione della salute quale processo globale – sociale, politico, educativo, economico – finalizzato a mettere le persone in condizione di aumentare il controllo sul proprio stato di salute e di migliorarlo agendo sui determinanti della salute non solo di ordine bio-genetico, ma anche ecologico, sociale, economico e culturale. In questa prospettiva la medicina di oggi può attingere a piene mani dai valori dell'Umanesimo: riconsiderazione dell'uomo nel cosmo, accentuazione della personalità individuale come fulcro dell'azione umana, importanza della razionalità e della visione laica del mondo rispetto all'approccio centrato sulla fede. La medicina contemporanea può far proprio il discorso di Giovanni Pico della Mirandola nella *Oratio de hominis dignitate* (1486):

Non ti ho fatto del tutto celeste né terreno, né mortale né immortale affinché, quasi di te stesso arbitro e sommo artefice, tu possa scolpirti nella forma che avrai preferito. Tu potrai degenerare nelle cose inferiori proprie dei bruti, potrai rigenerarti secondo la volontà del tuo animo nelle cose che sono divine.

E soprattutto è legittimo cogliere e rilanciare gli impulsi al pluralismo etico e alla tolleranza che sono contenuti nel discorso umanistico di Pico della Mirandola (cfr. Pier Cesare Bori, *Pluralità delle vie. Alle origini del discorso sulla dignità umana di Pico della Mirandola*, Feltrinelli, Milano 2000). Questa dimensione profonda dell'"umanesimo" attribuita

alla medicina è sicuramente in sintonia con il progetto culturale che anima il movimento delle *medical humanities*. La medicina può ancora rivendicare di essere – per adottare la formula a effetto di Edmund Pellegrino – “la più umana (“umanistica”) delle scienze e la più scientifica delle *humanities*”. Senza per questo qualificare anacronisticamente i medici come “umanisti”.

L’aggettivo “umanitario” per qualificare la medicina sembra, a prima vista, ridondante, dal momento che l’erogazione di cure sanitarie è l’azione umanitaria per eccellenza. Eppure la sottolineatura umanitaria non è persa superflua all’“Associazione internazionale per la medicina umanitaria”. L’Associazione ha programmi molto concreti. Si impegna a fornire cure mediche, chirurgiche, infermieristiche e di riabilitazione a pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo mancanti di necessari specialisti; a portare soccorso alle vittime di disastri dove l’assistenza sanitaria è deficitaria; a mobilitare ospedali e specialisti nei paesi industrializzati per ricevere e trattare gratuitamente tali pazienti; a promuovere il concetto di salute come un diritto umano e a sostenere leggi e principi umanitari nella pratica medica.

È legittimo chiedersi se tutto ciò non faccia parte, costitutivamente, dello statuto etico della medicina. Insieme alla proclamazione di alti ideali filantropici, che indirizzano a curare *tutti*, senza distinzioni, all’interno dell’etica medica tradizionale c’è anche una differenza impalpabile, raramente esplicitata, tra “noi” e “loro”, che stabilisce una separazione fondata sull’affinità e sull’appartenenza al gruppo sociale. La medicina, in base a tale distinzione, è riservata ai “nostri”. Ne troviamo una traccia nell’aneddoto, riportato da Plutarco nelle sue *Vite*, che riferisce una risposta di Ippocrate al re di Persia. Richiesto da quest’ultimo di andare a curare, dietro lauta ricompensa, i suoi sudditi affetti da una pestilenza, Ippocrate gli fa rispondere che mai avrebbe messo la sua arte a servizio

3. La medicina come attività “umanitaria”

dei barbari, che erano nemici del suo popolo. La distinzione tra “noi” e “loro” – intendendo: l’obbligo di prestare cure si rivolge ai nostri, non agli altri – è molto più attuale di quanto l’episodio citato da Plutarco potrebbe far immaginare. Basti pensare alle perplessità che sorgono quando bussano alla porta dei servizi sanitari persone alle quali non riconosciamo un diritto di cittadinanza – extracomunitari, clandestini... –; ancor più, quando si candidano per ricevere risorse scarse, come organi per i trapianti, che non sono disponibili in numero sufficiente per tutti. Le tensioni tra “noi” e “loro” in quest’ultimo caso si possono presentare anche all’interno di una comunità nazionale (vedi la polemica delle regioni che investono molte energie per procurare organi per i trapianti nei confronti di regioni che non fanno altrettanto, ma avanzano pretese di poter accedere agli organi disponibili).

L’etica medica cresciuta sul tronco della tradizione ippocratica ha avuto bisogno di vigorosi innesti per bilanciare le sue evidenti parzialità e rispondere pienamente agli obiettivi che si prefigge la medicina umanitaria. Alcuni di questi correttivi hanno già una lunga storia. Basti pensare alle regole che hanno preso corpo intorno alla medicina di guerra, dall’istituzione della Croce Rossa internazionale alla Convenzione di Ginevra. La medicina si è sentita provocata a superare la dicotomia amico/nemico, che regola la vita civile e manda avanti le guerre (la medicina in guerra si regola secondo il principio che, quando sono feriti, i nemici diventano fratelli: la differenza tra i “nostri” e gli altri viene a cadere).

Gli sviluppi più recenti della vita sociale sul pianeta hanno creato le condizioni per un’altra trasformazione epocale, dopo quella che ha caratterizzato il sorgere degli stati moderni con le loro organizzazioni sanitarie nazionali. Siamo entrati nell’epoca dell’interdipendenza globale: nel male e nel bene. Il trauma del terrorismo internazionale ci ha fatto scoprire quanto sono interconnessi i sistemi sociali, anche quelli geo-

graficamente e culturalmente più lontani tra di loro. La guerra stessa ha cambiato volto: basti dire che ormai il 90% delle vittime sono civili e che le distruzioni più pesanti non riguardano le armi del nemico, ma i suoi sistemi produttivi e le infrastrutture sanitarie.

Non ci sentiamo più autorizzati a presentare la medicina come “super partes”. La presunta neutralità porta di fatto ad avallare le sopraffazioni vigenti. Essere “super partes”, oltre che eticamente inaccettabile, è autenticamente impossibile. Gli interventi umanitari, mescolati ad atti di oppressione, costituiscono un messaggio paradossale, come la sinistra metafora di pacchi di aiuti gettati sulla popolazione che si sta bombardando.... La medicina deve assumere con coraggio una posizione “di parte”, scegliendo ovviamente la parte degli oppressi. Non può più limitarsi a seguire le orme della guerra per sanare qualcuna delle innumerevoli piaghe che lascia: deve fare opera di prevenzione, aiutando a trasformare i conflitti in modo creativo e non violento.

In questa prospettiva possiamo dare diritto di cittadinanza alla medicina umanitaria, sottolineando la sua intrinseca precarietà. Lo scopo della medicina umanitaria è quello di rendere se stessa superflua. Quando la medicina umanitaria avrà ricordato alla medicina *tout court* che cosa comporta, in senso intensivo ed estensivo, lavorare per la salute, potrà anche scomparire come provincia separata della medicina. Non avremo più bisogno dell’aggettivo – umanitaria –, perché il suo significato sarà passato integralmente nel sostantivo: medicina. Ma finché questa situazione non sarà diventata realtà, si impone un imperativo etico: aprire il cuore e la mente – e prestare le mani – alla medicina umanitaria.

4. *Umanità /disumanità: quando la medicina è orientata al risultato*

Un altro ambito semantico di umanità /disumanità nella pratica della medicina è quello relativo a situazioni nelle quali, per scarsità di mezzi o per scelta, si privilegia il curare rispetto al prendersi cura. Una semplificazione concreta è fornita dal libro *Utopie sanitarie* (Feltrinelli, 2002), che ha come sottotitolo esplicito: “Umanità e disumanità della medicina”. Il libro, curato da Rony Brauman, raccoglie diversi saggi redatti da sanitari che lavorano all’organizzazione “Medici senza frontiere”, di cui Brauman è stato presidente dal 1982 al 1994. Sappiamo che questi medici si trovano in prima linea in paesi nei quali la cura ha il carattere dell’emergenza e le condizioni di bisogno sono estreme.

In questo libro a più voci, dedicato ad analizzare i presupposti, le convinzioni e i metodi della loro azione, non c’è ombra di compiacimento. Al contrario: i medici coinvolti, riflettendo sugli interventi che avvengono in condizioni di penuria, denunciano il carattere di freddo calcolo che talvolta la loro azione è costretta ad assumere. Devono scegliere tra chi curare e chi trascurare (scoprendo anche sorprendenti diversità culturali: in alcuni paesi, in situazione di carestia, sono i vecchi, in quanto garanti della coesione sociale, a dover ricevere per primi gli aiuti alimentari, e non i bambini, “gruppo debole”, che noi tenderemmo a privilegiare. Per gli organismi umanitari internazionali la priorità va data a evitare i decessi dei bambini, che ci sembrano più ingiusti e intollerabili, mentre in contesti culturali di sopravvivenza la scala delle priorità è un’altra).

Oltre a *chi*, i medici sono costretti a scegliere anche il *come* delle cure che erogano. I Medici senza frontiere sono i primi a denunciare che le loro azioni sono spesso costrette a essere “disumane”, perché assumono lo stesso carattere di “ingegneria” che siamo pronti a denunciare nella pratica medica a carattere più tecnologico. Tiziano Terzani, ad esempio, in *Un altro giro di giostra* (Longanesi, 2004) punzecchia i medici dell’ospedale oncologico di New York dai quali è in cura chia-

mandoli “gli aggiustatori”. Considerano, infatti, solo il problema clinico, al quale cercano di porre rimedio col meglio delle loro possibilità, ma non la persona malata:

I miei medici tenevano conto esclusivamente dei fatti e non di quell'ineffabile “altro” che poteva nascondersi dietro i fatti, così come i cosiddetti “fatti” apparivano loro. Io ero un corpo: un corpo ammalato da guarire. E avevo un bel dire: ma io sono anche una mente, forse anche uno spirito e certo sono un cumulo di storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri ed emozioni che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare! Nessuno sembrava volerne o poterne tenere di conto. Neppure nella terapia. Quel che veniva attaccato era *il* cancro, un cancro ben descritto nei manuali, con le sue statistiche di incidenza e di sopravvivenza, il cancro che può essere di tutti. Ma non il *mio*!

Paradossalmente, questa è la stessa accusa che i Medici senza frontiere rivolgono alla propria azione: lavorando in condizioni di estrema penuria, sono costretti a cadere negli stessi difetti criticabili nella medicina più scientifica. Per quanto “umanitaria” nelle motivazioni individuali di coloro che la praticano, anche la loro medicina diventa “disumana”, perché le condizioni in cui si svolge il loro lavoro li costringono a sacrificare quelle dimensioni della cura che qualsiasi malato considera essenziali. Indipendentemente dalla qualità degli affetti e delle relazioni che si instaurano, la medicina può essere *oggettivamente* disumana, se diventa, per necessità o per scelta, una specie di ingegneria applicata.

L'orizzonte in cui si collocano le considerazioni proposte da Medici senza frontiere non è quello delle intenzioni soggettive degli operatori e del loro impegno umano. Invitano a considerare il contesto. Scopriamo così che la medicina, nei contesti opposti dell'estrema indigenza e della massima opulenza, può essere ugualmente disumana. Mentre l'auspicio dell'“umanizzazione” della medicina fa riferimento agli operatori – e implica indirettamente l'accusa rivolta loro di mancanza di

dedizione e di motivazione – le analisi che si concentrano sulla disumanità della medicina prescindono dal vissuto degli operatori. Non equivalgono a un invito a “moralizzare” medici e infermieri, ma a un progetto rivolto a correggere la concezione stessa della medicina. Le differenze sono di grande peso: nel primo caso la terapia per la disumanità ha carattere predicatorio, nel secondo implica invece il correttivo delle *medical humanities*.

Una certa insofferenza nei confronti delle esortazioni moralistiche a favore del buon rapporto, senza tenere nel debito modo la qualità del servizio offerto, è comprensibile. La forte enfasi nel curare, a discapito del prendersi cura, ha fatto la fortuna della serie televisiva che ha il dottor House come protagonista. Questo medico impersona la scelta di puntare sui risultati, facendo economia non solo dei buoni sentimenti e dell’attenzione alla persona, ma provocatoriamente anche delle buone maniere. La giustificazione di questo stile si fa forte della presunzione che, tra un medico che ti guarisce trattandoti male e uno che ti faccia morire tenendoti affettuosamente la mano, tutti preferirebbero il primo. Ma quando a un dottor House di un ospedale metropolitano si attribuiscono scelte volontarie per comportamenti disumani che Medici di frontiera sono obbligati ad assumere si fa un’operazione mistificatoria (a meno che non sia una strategia di puro intrattenimento, centrato sul falso dilemma: “Preferisci un medico che ti fa morire tenendoti amorevolmente la mano, o uno che ti guarisce trattandoti male?”). Le *medical humanities* non hanno come obiettivo di contrapporre il curare e il prendersi cura, la qualità relazionale e l’efficacia dei trattamenti, bensì la loro integrazione. Le *humanities* in questo contesto sono un sinonimo della “centralità del paziente”, o piuttosto della centralità della relazione nel processo di cura, nonché dell’importanza della comunicazione tra chi eroga le cure e chi le riceve.

Completiamo il periplo delle diverse accezioni che può assumere la “humanitas” riferita alla medicina portando l’attenzione sull’umanità, intesa come sintesi di qualità morali, di coloro che praticano la medicina. Parallelamente emerge una riflessione sulle qualità richieste a coloro che delle cure mediche sono i beneficiari.

Un episodio, tratto dal resoconto dello scrittore inglese Thomas de Quincey *Gli ultimi giorni di Immanuel Kant* (Adelphi, 1983), ci introduce a questa ulteriore esplorazione del termine. De Quincey si è basato sulle relazioni di Vasiansky, che aveva assistito Kant in tutta la fase terminale della sua vita. Il racconto presenta anche un episodio singolare. Il vecchio Kant, che aveva anche enormi difficoltà a esprimersi – Vasiansky interpretava le parole che Kant balbettava – riceve il suo medico; questi vorrebbe che Kant si sedesse, ma il filosofo rimane in piedi. Racconta de Quincey, con le parole di Vasiansky:

Intanto continuava a tenersi in piedi, ma si vedeva che era sul punto di cadere a terra. Allora avvertii il medico, e ne ero ben convinto, che Kant non si sarebbe seduto, per quanto potesse soffrire rimanendo in piedi, finché non si fossero seduti i suoi ospiti. Il dottore sembrava dubbioso, ma Kant, che aveva udito quel che avevo detto, con uno sforzo prodigioso confermò la mia spiegazione del suo comportamento e pronunciò distintamente queste parole: “Dio non voglia che io cada così in basso da dimenticare i doveri dell’umanità”.

Certamente nel termine “*Humanität*” usato da Kant c’è il significato arcaico di “cortesia”, “gentilezza”; ma non soltanto questo. C’è un riferimento ai doveri dell’umanità, doveri verso se stessi, ma anche doveri verso gli altri: esistono i doveri della co-umanità.

Tutta la tradizione di riflessione sui doveri del medico ha incluso questi doveri di co-umanità nelle caratteristiche del buon sanitario. A partire dalla formulazione latina del medico come “*vir bonus, sanandi peritus*” (persona buona, esperta

nel curare). Ma questa “*bonitas*”, che determina la qualità professionale, va intesa in senso attributivo (un buon medico) o in senso predicativo (un medico buono)? I movimenti di umanizzazione della medicina accentuano la posizione predicativa: auspicano un medico buono. Lo immaginiamo disinteressato, attento ai problemi dei pazienti, sensibile, capace di dialogo, empatico. Talvolta queste e altre attese sono riassunte nella richiesta che abbia una “visione olistica” del paziente e della sua patologia, intesa come una somma di capacità e di virtù.

Dal buon medico, invece, ci si aspetta altro. Anzitutto la competenza scientifica e un saldo dominio dell’arte terapeutica. La scienza abbinata alla coscienza, che si è soliti invocare per delineare il profilo del buon medico, oggi ha assunto un profilo molto preciso: la medicina che pratica deve essere *Evidence based*; le linee guida hanno sostituito la libertà terapeutica, che in passato era talvolta sinonimo di arbitrio o di preferenze immotivate. Una cattiva medicina clinica non può essere etica; tuttavia la competenza clinica non basta più per fare un buon medico.

Il buon medico dei nostri giorni oltre alle conoscenze scientifiche deve avere competenze comunicative per praticare la medicina “nel modo giusto”, così come richiede la cultura contemporanea, orientata al rispetto dell’autodeterminazione della persona malata. E deve avere competenze gestionali, in accordo con le esigenze dell’etica dell’organizzazione. In una parola, il buon medico non può essere solo competente sul versante delle scienze biomediche, ma deve esserlo in misura non minore in tutto l’arco dei saperi coltivato dalle *medical humanities*.

I doveri di co-umanità riguardano anche, specularmente, quanto deve mettere in atto chi ricorre ai servizi della medicina per essere un “buon paziente”. La *Humanität* del vecchio Kant, traducibile essenzialmente in urbanità e rispetto, non

basta più. La fine della “minorità non dovuta”, che per il filosofo costituiva l’entrata nell’epoca dell’Illuminismo e della modernità, ha modificato in profondità il modo di esercitare la medicina. Quando il rapporto che vige tra sanitari e pazienti era fondamentalmente di stampo paternalista, il buon paziente era il malato *compliant*: docile e remissivo, coltivava una relazione fiduciale. Si affidava al discernimento del medico e interferiva il meno possibile con le decisioni che questi prendeva per il bene del malato.

Non è certo proibito comportarsi ancora secondo questo modello, se ciò corrisponde a una preferenza personale; ma in generale non è quanto ci aspettiamo dal buon paziente dei nostri giorni. Ai nuovi diritti corrispondono anche nuovi doveri. E nuove responsabilità da parte del malato. Deve partecipare al processo decisionale, prima di tutto informandosi, chiedendo. Il buon paziente non è più quello che non fa domande: al contrario, non smette di far domande finché non si è creato quel quadro della situazione clinica che gli permette di decidere insieme al medico. E deve anche accettare i limiti che il contesto dell’organizzazione sanitaria impone alle sue richieste di servizi. Non può essere un buon paziente chi si comporta secondo modelli di bulimia consumistica, a danno delle legittime esigenze di altri cittadini. Tutto questo è incluso oggi nell’*empowerment* che si richiede per essere un buon paziente. Questo è appunto il modello ideale di rapporto che le *medical humanities* vogliono promuovere.

Il rapporto tra chi eroga servizi per la salute e chi li riceve è cambiato con il tempo ed esige oggi altri modi di relazionarsi. Ci sono situazioni che urtano con la nostra sensibilità e con il concetto di rispetto dovuto alle persone, soprattutto se malate o fragili. Sono, appunto, le situazioni rispetto alle quali si sente invocare la necessità di procedere a una “umanizzazione” della medicina, nell’accezione che abbiamo esaminato

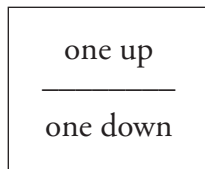
*6. Dalla cultura
dei diritti
all’empowerment
del cittadino*

per prima. Quand'anche non esistessero più occasioni per le quali si ritiene appropriata questa infelice espressione, rimarrebbe integro il problema di una riscrittura sociale delle regole che sovrintendono ai rapporti tra sanitari e cittadini.

Storicamente questa istanza ha preso voce con i movimenti che, dalla metà degli anni '70, hanno rivendicato la cura come un diritto del cittadino, piuttosto che come un atto di benevolenza del sanitario. La costituzione dei Tribunali dei diritti del malato è stato un momento politico rilevante di questa revisione del modello di rapporto. La prima sessione del Tribunale tenutasi a Roma in Campidoglio il 29 giugno 1980 (con il titolo programmatico: "Da malato a cittadino: contro l'emarginazione, per la gestione popolare delle strutture sanitarie") è culminata con la presentazione dei "33 diritti del cittadino". Nel lungo elenco di diritti rivendicati un'attenzione relativamente modesta veniva riservata alla partecipazione attiva del paziente alle decisioni cliniche (solo l'art. 28 parla di un diritto ad avere inserita nella cartella clinica "una scheda dove siano illustrate in termini chiari e comprensibili, e con testo obbligatoriamente dattiloscritto, la diagnosi e la terapia in corso, nonché le previsioni circa la durata del ricovero e le eventuali possibilità di guarigione").

Il confronto con altri movimenti che andavano prendendo consistenza in quegli stessi anni rivela una diffusa percezione che l'informazione fosse centrale per promuovere un diverso rapporto tra sanitari e cittadini malati. Per esempio, l'Associazione dei pazienti della Svizzera italiana presentava la propria attività non sotto l'immagine di un tribunale che tutela chi è costretto a subire maltrattamenti, ma come una struttura che può fornire consigli quando sorgono interrogativi, quali: "Ho diritto di vedere la mia cartella medica? A chi appartengono i risultati delle analisi e le radiografie? Quali informazioni devono esser date al paziente sul suo stato di salute e sulla cura che deve seguire? E ai suoi familiari? C'è libertà di scelta

della terapia?”. In pratica, si tratta degli interrogativi diventati correnti negli anni più recenti, e che circoscrivono il passaggio che possiamo chiamare, sinteticamente, dall’etica medica alla bioetica. Tuttavia, mentre la bioetica è andata sempre più concentrandosi su casi limite e scelte drammatiche, in cui possono confliggere sistemi e riferimenti morali, recedeva sullo sfondo il bisogno di un cambiamento sistemico dei rapporti, che può e deve dar forma anche alle relazioni routinarie. È questo, invece, l’interesse principale delle *medical humanities*. Con una sola parola, possiamo designare l’intero processo come “empowerment” del cittadino. La parola inglese contiene la nozione di “potere” (*power*). L’aspetto più visibile è proprio quello di uno spostamento di potere tra le persone coinvolte in una relazione sanitaria. Il potere al quale ci riferiamo non è quello di natura politica o, nei rapporti interpersonali, ciò che autorizza qualcuno a dare ordini, aspettandosi che altri obbediscano; si tratta piuttosto di quel potere che entra inevitabilmente in gioco quando qualcuno si prende cura di persone a lui affidate. Tutte le relazioni di cura e assistenza prevedono un potere, utilizzato in modo benefico a vantaggio di un altro: è quanto avviene nel rapporto tra genitori e figli, insegnanti e allievi, medici e infermieri e malati, appunto. Questo tipo di transazioni – che rientrano nella categoria delle *relazioni complementari* – si basa sulla differenza tra le posizioni coinvolte. Relazioni di questo genere funzionano bene quando ognuno si attiene al suo ruolo e non pretende di fare la parte dell’altro. Dal punto di vista grafico, il modello che le rappresenta prevede due posizioni: una sovrastante (*one up*) e una sottostante (*one down*):



Diverse sono invece le *relazioni simmetriche*, nelle quali i protagonisti hanno uguale potere e non si comportano secondo ruoli fissi. Ce li possiamo immaginare l'uno di fronte all'altro, faccia a faccia, senza poter dire chi comanda e chi obbedisce. Ora, il senso del processo di *empowerment* del paziente non è quello di mettere quest'ultimo in posizione *one up* e il medico in posizione *one down*, invertendo i rapporti di potere che siamo soliti associare con l'esercizio della medicina (dove il medico è considerato tanto più bravo quanto più esercita un'autorità indiscutibile e induce il paziente a essere "osservante" o *compliant*).

L'*empowerment* del cittadino è piuttosto un cambiamento di rapporti complesso, che ha luogo su diversi piani. Comprende una dimensione culturale (che renda le persone capaci di aumentare il controllo sulla loro salute e di migliorarla, nonché di assumere un atteggiamento psicologico "adulto" nei confronti dei professionisti sanitari); una dimensione clinica (con la raccolta sistematica delle informazioni sui trattamenti proposti e l'accesso consapevole alle prestazioni sanitarie, grazie alla conoscenza di benefici attesi, effetti collaterali, rischi, complicazioni); una dimensione etica (con l'autonomia come principio etico che controbilancia il principio di "bene del paziente" stabilito unilateralmente dal medico). L'*empowerment* del cittadino è l'atto finale della rivisitazione del rapporto medico-paziente che la situazione attuale della complessità ci costringe a intraprendere. Si tratta, in pratica, di ripensare la pratica della medicina entro i concetti che costituiscono la modernità. Implica una articolazione inedita della "humanitas", estranea alla cultura pre-moderna ma essenziale per il cittadino che vuole essere coinvolto nelle decisioni sul proprio corpo e, più in generale, sulla sua salute.

La personalizzazione delle cure come snodo cruciale per il medico e la medicina del futuro

Christian Pristipino

Presidente Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica (Assimss)

GUARDANDO AL FUTURO balza subito agli occhi una necessità primaria insita nella stessa ontologia medica e non ulteriormente rimandabile: la priorità di progettare un sistema di cure “su misura” per la singola persona.

Da sempre i medici curano i singoli ma gli approcci e gli strumenti in uso non consentono di rispondere a questa basilare necessità in modo rigoroso, appropriato e sostenibile.

Le linee guida e i protocolli diagnostico-terapeutici, attualmente alla base dell’appropriatezza e del governo clinico, sono infatti essenzialmente strumenti di standardizzazione e indirizzo ideati per garantire un accesso equo alle cure e nel contempo un’efficacia terapeutica che si avvicini a quella ottenuta nelle popolazioni molto selezionate degli studi randomizzati.

Tali strumenti operativi, nell’offrire una prospettiva di semplificazione dell’approccio, indicano in modo esplicito la ne-

Protocolli e fattori individuali

cessità di adattamento al singolo ma non indicano mai come e su quali principi. Questo adattamento però non è affatto scontato né automatico perché i documenti di indirizzo sono basati su evidenze di efficacia media che tendono a minimizzare il peso dei fattori individuali. Il medico si trova così obbligato a discostarsi da queste evidenze ottenute in popolazioni molto numerose, in base all'intuizione e all'esperienza personale, definita da sempre "l'arte del curare", spostandosi però in uno spazio di incertezza in cui non esistono prove di efficacia a causa della complessità individuale.

Il deflagrare della crescente conflittualità medico-legale a cui assistiamo negli ultimi anni peggiora sensibilmente la situazione e il medico si trova così prigioniero, in quello che Gregory Bateson chiamava un doppio vincolo¹: essere obbligato a discostarsi dalle linee guida pur sapendo che questo è aleatorio e lo espone a azioni di rivalsa in campo civilistico o, peggio, penale. A livello sociale questa schizofrenia si riflette sempre di più nell'indicare da una parte le linee guida come unica fonte tecnica per decidere della correttezza del comportamento medico (vedere le proposte di legge ancora in esame alle camere) e dall'altra parte nell'imporre ai medici di discostarsene in maniera empirica valutando i rischi individuali in maniera autonoma (vedere le sentenze della corte di cassazione in merito).

Tale situazione di stallo spinge in modo radicale verso una medicina difensiva e definisce parte di quella che è stata definita la "questione medica"².

A questo punto il modello protocollare, o amministrato, della medicina, rifugio da questa situazione ambigua, focalizza le malattie o le procedure dimenticando le persone, le quali si sentono sempre più reificate e rispondono secondo tale mo-

1 Bateson G, et al., *Toward a theory of schizophrenia*. Behavioral Science, 1956. vol.1.

2 Cavicchi I. *La questione medica. Come uscire dalla palude*. Roma, Quotidiano Sanità edizioni. 2015

dello. Tuttavia il rimedio è peggio del male in quanto nei pazienti, se il corpo viene visto come una macchina con componentistica da riparare, è consequenziale pensare che, quando non si sia riparata, sia colpa del meccanico; mentre nei medici si radica la convinzione di essere dei burocrati utili solo a fornire prestazioni tecniche ³.

Anche l'organizzazione sanitaria, per come è strutturata, attualmente ostacola la personalizzazione delle cure. Nonostante la celebrata efficienza del sistema sanitario italiano, esistono problemi gravi dal lato della sostenibilità economica e umana di un approccio standardizzato, aziendalizzato e tecnologizzato come quello attuale.

Tale sostenibilità è resa viepiù critica dalla crisi economica che incide su un sistema sanitario già provato dai piani di rientro. Questo crea disuguaglianze di accesso alle cure su base regionale, ma tali disuguaglianze esistono anche se si considera il genere, il censo, l'etnia e la gravità delle patologie (specie se croniche) che paradossalmente si vedono più penalizzate. La disparità di trattamenti impedisce una personalizzazione reale e si riverbera sulla collettività a livello sanitario ed economico, evidenziando la necessità di un'organizzazione sanitaria elastica e interdisciplinare.

Questa necessità, però, contrasta con la struttura del sistema sanitario che da una parte è diviso in specialità e in tecniche e dall'altra manca di connessioni tra ospedale e domicilio, tra specialistica e medicina generale, tra medicina dell'acuto e del cronico, tra cura e palliazione.

Per rompere questo stallo cruciale, è quindi prioritario che il cittadino si senta sicuro di avere la migliore risposta al proprio unico bisogno di salute e sappia a che condizioni e in che contesto questo possa avvenire. È quindi prioritario definire in maniera condivisa un metodo, un perimetro e un

³ Per un sondaggio del 2014 sul vissuto di 6.000 medici:
www.cimoasmd.it/approfondimenti/2013/15102013-.aspx

futuro focalizzando un sistema capace di rispondere alle esigenze individuali, pena il collasso del sistema nel suo insieme basato sul crollo di fiducia reciproca tra medico e paziente. Il problema non può però essere risolto con un semplice approccio di tipo normativo o con un inutile ritorno a modelli paternalistici in cui il medico riprenda il ruolo di *deus ex machina*, perché il problema nasce nella inadeguatezza epistemologica e di strumenti dell'attuale sistema di cura, fin dalla strutturazione stessa del sapere e dall'angolo di attacco della conoscenza che si basa essenzialmente sul modello scientifico della fisica classica.

I limiti dei test predittivi

A titolo di esempio si pensi all'estrema difficoltà predittiva dei modelli di rischio cardiovascolari ottenuti con studi classici. Sebbene si sia calcolato che il 63% della mortalità cardiovascolare a livello di popolazione sarebbe evitabile con il controllo dei fattori di rischio⁴, a livello individuale invece tale predittività rimane evanescente. Infatti, la grande maggioranza dei pazienti considerati ad alto rischio non moriranno per cause cardiache mentre 10% dei pazienti senza fattori di rischio avranno un infarto; l'80% dei pazienti con aterosclerosi coronarica non avrà mai un infarto, invece il 10% dei pazienti con infarto acuto ha le coronarie senza stenosi e nella maggioranza dei pazienti l'infarto si scatena su stenosi che non sono critiche⁵. Anche nelle terapie, nonostante i notevoli successi ottenuti negli ultimi anni⁶, si moltiplicano i dati indicanti

4 The Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration. *Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: a comparative risk assessment*. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014 doi: 10.1016/S2213-8587(14)70102-0.

5 Maseri A. Risk factors and IHD. In A. Maseri (ed). *Ischemic heart disease. A rational basis for clinical practise and clinical research*. New York: Churchill and Livingstone. 1995. pag 337-366.

6 Vikman S, Airaksinen KE, Tierala I, et al. *Improved adherence to practice guidelines yields better outcome in highrisk patients with acute coronary syndrome without ST elevation: findings from nationwide FINACS studies*. J Intern Med 2004; 256: 316-23.

un effetto plateau dell'efficacia dei farmaci vecchi e nuovi, deludendo le aspettative create dal notevole progresso delle conoscenze fisiopatologiche e dal moltiplicarsi dei bersagli terapeutici^{7 8}.

Inoltre, il limite dell'approccio attuale si rivela anche nella natura stessa di alcuni dati qualitativi, come il dolore, in cui la soggettività non quantificabile gioca un ruolo essenziale rivelando la dipendenza tra dato osservato e contesto/metodo di osservazione⁹. Queste falle mettono in evidenza l'insufficienza di un approccio che si vuole universale e assoluto, tendendo da una parte a isolare gli elementi dai contesti, perché considerati dei confondenti,¹⁰ e dall'altra a separare il fenomeno osservato dalle regole usate per osservarlo (e quindi dall'osservatore stesso nonostante sia lui a sceglierle).

Questa modalità di decontestualizzazione riduzionista, utile in fisica classica e anche in medicina ma solo per ideare modelli astratti e didattici, in realtà contraddice la radice bayesiana clinica e di ricerca in un ambito complesso per la quale invece qualunque risultato oggettivo acquista un senso solo se contestualizzato in un ambito di credibilità a priori.

Per la personalizzazione delle cure, ciò che definisce questa credibilità (o probabilità) a priori sono i descrittori delle proprietà e delle caratteristiche individuali. Il teorema di Bayes è quindi la chiave per accedere in maniera rigorosa e scientifica all'universo della persona e consiste nella connessione tra i dati e/o informazioni puntuali e l'universo dinamico della persona che li genera e che quindi ne definisce il significato,

*Perché è
necessaria una
personalizzazione
delle cure*

7 Garattini S, La Vecchia C. *Perspectives in cancer chemotherapy*. Eur J Cancer 2001; 37: S128-S147.

8 Overington JP, Al-Lazikani B, Hopkins AL. *How many drug targets are there?* Nat Rev Drug Discov 2006;5:993-6.

9 Corli O, Montanari M, Greco MT, Brunelli C, Kaasa S, Caraceni A, Apolone G. *How to evaluate the effect of pain treatments in cancer patients: results from a longitudinal outcomes and endpoint Italian cohort study*. Eur J Pain. 2013;17:858-66.

10 Maseri A. *The fundamental role of clinical research*. Ital Heart J 2000; 1:13-16.

il senso, il valore e il peso predittivo su base individuale. Il cambiamento che si rende necessario deriva dal fatto che definire un qualunque universo di significato complesso è possibile solo con un framework di tipo sistemico che consenta di approcciare le relazioni dinamiche tra elementi e processi. Infatti la persona è un sistema complesso, dinamico, costituito da dimensioni irriducibili, che interagendo continuamente fanno emergere nuove proprietà e nuovi processi non descrivibili in modo esplicito e completo e quindi non prevedibili in modo esatto e preciso¹¹. In altre parole, i dati rilevanti per la definizione di una dimensione individuale includono quelli che l'approccio astratto definisce "dati sporchi", escludendoli. È così necessario affidarsi a strumenti specifici che consentono di accedere a queste dimensioni per studiarne i comportamenti complessivi.

Si tratta in definitiva di un cambiamento di lente epistemologica per essere in grado di cambiare il modo in cui guardiamo la realtà e aprire nuove possibilità, in modo simile a quanto successo quando in fisica si è resa necessaria la nascita della quantistica per spiegare fenomeni che erano ingestibili con l'approccio classico.

*La complessità
dell'universo
individuale*

Nello specifico, la complessità dell'universo individuale risiede nelle dimensioni quantitative (biologiche, fisiologiche, fisiopatologiche, ecc.) e qualitative (psicologiche, sociali, valoriali, di senso, etiche, ecc) che sono organizzate in multipli livelli gerarchici interdipendenti, perché generati in modo circolare dalla loro stessa interazione. Per chiarire questo concetto si considerino le cellule che, interagendo e organizzandosi tra di loro, fanno emergere nei tessuti e negli organi proprietà di ordine superiore, che le singole cellule non possiedono (per es. i neuroni e l'autocoscienza), tuttavia queste proprietà

11 Minati G. *General System(s) Theory 2.0: a brief outline* In: Towards a Post-Bertalanffy Systemics (G. Minati, M. Abram and E. Pessa, eds.), Springer, New York. 2016

emergenti a loro volta influenzano la funzione delle singole unità che le generano in feedback (p.es. alcune emozioni sono in grado di attivare o silenziare intere popolazioni cellulari). A livello di essere umano, queste emergenze organizzative si articolano nei vari livelli da quello molecolare e cellulare, a quelli tissutale, dell'organo, del sistema organico o della persona nel suo complesso con il suo mondo psichico e valoriale. Anche la società e l'ambiente, sono livelli organizzativi ulteriori che l'individuo contribuisce a costituire o influenzare, e che a loro volta influenzano e modificano ognuno dei livelli della persona individuale in ogni istante dell'esistenza.

Nella loro organizzazione unica per ogni individuo, questi livelli posso essere rappresentati con un ecosistema bio-psico-socio-ambientale che viene chiamato fenotipo complesso o profilo individuale complesso^{12 13}. Il fenotipo complesso è quindi una rappresentazione che può spiegare la generazione di coerenze emergenti come la salute, ma anche come le patologie e in particolare le polipatologie, sempre più prevalenti nella popolazione, esse stesse sistemi di proprietà¹⁴ intrecciate fra di loro. Lo studio delle proprietà relazionali di queste rappresentazioni può quindi consentire, anche senza bisogno di disporre di una ipotesi a priori, una mappatura personalizzata^{15 16}.

L'estrema complessità di questo modello è stata per lungo

12 Auffray C, Balling R, Benson M, et al. *From Systems Biology to Systems Medicine*, European Commission, DG Research, Directorate of Health. Brussels 14-15 June 2010. Workshop report; 2010. [ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/health/docs/final-report-systems-medicine-workshop_en.pdf]

13 Bousquet J, Anto JM, Sterk PJ, et al. *Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases*. *Genome Med* 2011; 3: 43.

14 De Toni AF, Giacomelli F, Ivis S. *Il mondo invisibile dei pazienti fragili. La fragilità interpretata dalla medicina di famiglia mediante la teoria della complessità*. Torino: UTET Università. 2010

15 Liu YY, Slotine JJ, Barabási AL. Observability of complex systems. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110:2460-5.

16 Lewis TG. *Network science: Theory and applications*. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2009.

tempo oltre le possibilità tecniche a disposizione ma attualmente i nuovi mezzi ICT (information communication technology)^{17 18} permettono la generazione di modelli che – verificati in maniera sperimentale – possono essere utilizzati per stratificare a livello individuale e di sottopopolazione la prevenzione, diagnosi e ottimizzazione della terapia, colmando le lacune dell’attuale approccio.

Una conseguenza immediata dell’aggregazione “dal basso” dei big data individuali porterà inevitabilmente a una nuova classificazione dei processi patologici, non più basati su una nosologia derivata dalla clinica pre-molecolare, ma sui processi di emergenza dinamica di processi complessi. In altre parole, la classificazione dei fenotipi complessi si affiancherà, contestualizzandola, a quella delle manifestazioni cliniche che ne sono invece epifenomeni e che rimarranno utili per la cura delle acuzie immediate.

Le ricadute a livello clinico: da medicina personalizzata a medicina partecipativa

A questo punto è però opportuno sottolineare che la coesistenza e interazione di plurime realtà non riducibili e multidimensionali creano problemi di gestione anche a livello clinico¹⁹. Infatti è ormai ampiamente dimostrato che le dimensioni qualitative, sintetiche, simboliche, sono parte fondante dell’unicità dell’universo individuale e influenzano tutta l’organizzazione complessa della persona fin nella sua biologia^{20 21}. Questo non solo comporta il posizionamento del qualitativo all’interno della fenotipizzazione ma anche a livello clinico nella negoziazione stessa dei concetti di salute

17 Minati G, Brahm S. *The Dynamic Usage of Models (DYSAM)*. In G. Minati and E. Pessa (Eds.), *Emergence in Complex Cognitive, Social and Biological Systems*, New York: Kluwer. 2002.

18 Mayer-Schoenberger V, Cukier K. *Big Data*. Garzanti Ed. 2013.

19 Licata I. *Logical Openness in Cognitive Models*. *Epistemologia*. 2008;31:177-192.

20 Ader R., Kelley KW., *A global view of twenty years of Brain, Behavior, and Immunity*. *Brain Behav Immun* 2007; 21.

21 Colloca F, Benedetti F. *Placebos and painkillers: is mind as real as matter?*, *Nat Rev Neurosci*, 2005;6: 545-552

e benessere e nell'identificazione degli obiettivi terapeutici. In altre parole la medicina personalizzata può solo essere una medicina partecipativa, uscendo così radicalmente dai modelli di controllo unilaterale di una cura ipostatizzata o paternalistica²² ed entrando in un modello di co-costruzione complessa, "corresponsabile"²³, del processo di cura da parte di curanti e paziente. In altre parole la relazione terapeutica, incidendo sull'equilibrio dell'ecosistema individuale dal lato qualitativo, diventa cura essa stessa perché si incarna in molecole e processi biologici²⁴. Questo modello favorisce la transizione del paradigma di cura da quello "malattia -> terapia -> guarigione" al paradigma "persona -> definizione del problema -> qualità della vita", contribuendo nel contempo a una soluzione "dal basso" della problematica medico-legale.

La conseguenza di queste considerazioni è che il profilo del medico del futuro, se vorrà essere capace di personalizzare le cure in maniera rigorosa, dovrà essere consapevole della complessità strutturale e delle sue proprietà, con una conoscenza specifica di scienze dure e di information technology ma anche di scienze relazionali e metodi meta-riflessivi, tutti ancora al di fuori di un curriculum accademico classico²⁵. Dovrà in altre parole essere capace di adottare un approccio che sappia orientarsi tra più paradigmi perché un sistema complesso può essere approcciato solo con un sistema altrettanto dinamico e multidimensionale²⁶. Attraverso la relazione di cura

Conclusioni

22 Zuppiroli A, Bobbio M, Geraci E, Martelloni M, Spinsanti S, Vergassola R, Violini R. *Patterns of information and informed consent procedures*. Study of the Ethical Commission of the ANMCO. Ital Heart J Suppl. 2002;3:45-57.

23 Cipolletta S. *La relazione di cura: perché è importante "esserci"*. Riflessioni Sistemiche 2013; 8:101-121.

24 Benedetti F. *Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship*. Physiol Rev. 2013;93:1207-46

25 Cesario A, Auffray C, Russo P, Hood L. *P4 medicine needs P4 education*. Current Pharmaceutical Design 2014; 20, in press.

26 Minati G, Penna MR, Pessa E. *Thermodynamical and logical openness in general systems*. Syst

il medico deve saper perturbare la complessità con diversi strumenti quantitativi e qualitativi (counselling, medicina narrativa, epistemologia sistemica, medicina educativa, medical humanities, psicologia della salute, pratiche autobiografiche, ecc)^{27 28 29} per costruire insieme al paziente un atto curativo unico, creativo, “orientato a ottenere il miglior risultato possibile nonostante la difficoltà del compito”³⁰. Per tale motivo sarà necessario adattare e ripensare collettivamente e interdisciplinarmente il curriculum formativo professionale non solo dei medici ma di tutte le professioni di cura per creare specifiche competenze di personalizzazione delle cure.

Per lo stesso motivo è necessario che le strutture organizzative ospedaliere e territoriali siano disegnate per permettere una risposta adattativa alla complessità individuale e ciò comporta un profondo ripensamento dell’organizzazione, coordinamento e integrazione dei sistemi di cura³¹ e dei sistemi sociali mediante un coinvolgimento proattivo di tutti gli attori della salute³³. Sono quindi anche necessari interventi orientati sia alla generazione diretta di

Res 1998;15:131-45.

27 Gasparetti Landolfi S. *La bottega del filosofo ovvero del contagio amoroso*. Bollettino della Società Filosofica Italiana. 2006;188:51-60.

28 Scardicchio AC. *Il sapere claudicante. Appunti per un'estetica della ricerca e della formazione*. Milano: Mondadori. 2012.

29 Polvani S. *L'esperienza di medicina narrativa in una organizzazione sanitaria*. In: Polvani S e Sarti A (eds), *Medicina narrativa in Terapia Intensiva. Storie di malattia e di cura*. Milano: F. Angeli. 2013.

30 Consorti F. *Didattica pratica e personalizzante*. In: Collana di Pedagogia Medica SIPEM. Torino: Express edizioni. 2011. Pag. 11-13.

31 D'Addio L, Lipparini L. *Health support staff: resources or links for nurses?*. Prof Inferm. 2003;56:40-5.

32 Guarinoni MG, Motta PC, Petrucci C, Lancia L. *Progressive Patient Care Model and its application into hospital organization: a narrative review*. Prof Inferm. 2013;66:205-14.

33 Damiani G, Pinnarelli L, Scopelliti I, Sommella L, Ricciardi W. *A review on the impact of systematic safety processes for the control of error in medicine*. Med Sci Monit. 2009;15:RA157-66

processi e coerenze di salute a livello sociale³⁴ con nuove strategie di promozione della salute, di prevenzione e di cura, anche de-medicalizzate e territorializzate³⁵, in cui il management può giocare un ruolo fondamentale¹³ e in cui le strutture sanitarie possano operare non solo fornendo servizi ma anche costruendo relazioni fondate sulla reciprocità e sulla capacità di inserirsi nei processi in corso negli specifici contesti³⁶. Alcune esperienze organizzative del nord Europa suggeriscono dei modelli organizzativi di rete, elastici e adattabili, che si sono dimostrati efficaci e viabili³⁷.

Quindi una nuova medicina capace di personalizzare gli approcci deve basarsi su un approccio capace di vedere e capire i sistemi complessi dentro e intorno all'individuo nonché di saper scegliere la lente epistemologica adeguata ad ogni livello che si desidera focalizzare. In particolare deve orientarsi su tre assi inscindibili e fortemente connessi, che formano un'unità: a) una scienza che produca nuove evidenze derivate da modellizzazioni complesse, b) medici capaci di integrare i dati quantitativi con quelli qualitativi e dialogare con la complessità dell'individuo in modo partecipativo, c) un sistema organizzativo e sociale che crei il contesto adeguato e che sia esso stesso generatore primario di coerenze di salute. Le priorità operative di questa progettualità e le criticità previste connesse sono state discusse in altra sede, a cui si rimanda per approfondimenti³³.

Per progettare e realizzare questo salto di qualità in sanità

34 Pristipino C. *Sistemi viventi, medicina basata sulla complessità e cure personalizzate*. Riflessioni Sistemiche 2013;9:139-152.

35 Boria S. *Verso una medicina della complessità. Il ruolo del medico di famiglia a orientamento sistemico*. Collana I quaderni della Complessità. Rimini. Guaraldi. 2013.

36 Ingrosso M. *Ecologia sociale e salute: scenari e concezioni del benessere nella società complessa*. Milano: Franco Angeli. 1997.

37 Arnkil TE, Seikkula J. *Metodi dialogici nel lavoro di rete. Per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*. Trento, Erickson. 2013.

è necessaria un'ampia piattaforma interdisciplinare e interprofessionale che metta a dialogo costruttivo tutte le scienze e gli approcci che possono contribuire alla definizione di un futuro portatore di progresso e di soluzione di antichi e nuovi problemi nella personalizzazione delle cure.

La comunicazione e la relazione

Silvana Quadrino

docente di Pedagogia Generale e Sociale,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Torino

HO COMINCIATO più di 30 anni fa a occuparmi di comunicazione in ambito sanitario, e fin dall'inizio ho incontrato reazioni che, devo dire, mi hanno aiutata a farlo meglio. All'uscita del mio primo libro *Il medico e il counselling*, scritto con Giorgio Bert (1987), il commento di un personaggio rilevante del mondo medico del tempo fu: "Bravi, bene, lodevole occuparsi di ciò, ma... cercate di ricordare che per il medico la comunicazione resta e resterà sempre un optional".

Ai tentativi di organizzare momenti di formazione su questi temi in ambiti universitari o istituzionali, le obiezioni erano:

"Ben altri sono i problemi per la formazione dei medici: per la comunicazione, basterebbe il buon senso!" (qualcuno, ancora più indietro nel tempo, disse "basta la bontà d'animo del medico");

oppure

"Ma i medici non hanno tempo di giocare a fare gli psicologi, e poi i malati vogliono essere curati, non psicanalizzati".

Spesso poi, all' inizio di qualche corso, arrivavano le reazioni di qualcuno dei partecipanti:

Ma cosa vuol dire "imparare" a comunicare con il paziente? Che cosa abbiamo fatto finora? Io parlo con i pazienti da anni e adesso improvvisamente devo impararlo da qualcun altro?

Perché dobbiamo aggiungere anche questo a tutto quello che già dobbiamo fare? Perché NOI? Sono i pazienti che.....

Ho una formazione sistemica, sono specializzata in terapia della famiglia e sia le teorie sistemiche sia l'esperienza pratica in quell'insostituibile modello di sistema che è la famiglia mi hanno insegnato che tutto ciò che accade significa soltanto che ci sono le condizioni perché accada quello e non altro. Insomma, non serve indignarsi o spiegare che non bisognerebbe pensare o agire in qual modo: bisogna provare a capire che cosa ostacola un possibile cambiamento, non la *causa* o il responsabile di quell'ostacolo.

*Le ragioni della
resistenza al
cambiamento nella
comunicazione tra
medico e paziente*

Considerare la comunicazione medico paziente non come principio astratto, un dover essere vago e tutto sommato non fondamentale, ma come competenza fondamentale da acquisire e come responsabilità da assumere, rappresenta un cambiamento. Qual è l'ostacolo?

Ho fatto qualche ipotesi.

Ipotesi 1 - Troppo spesso la comunicazione medico-paziente è stata presentata come un invito a utilizzare modelli di intervento di tipo psicologico, o ancora peggio ridotta a slogan irritanti come "essere più empatici", "sapere ascoltare" ecc. A partire da questo, le obiezioni rispetto alla mancanza di tempo sono più che legittime: il medico *non ha* il tempo per impostare la sua comunicazione con le modalità di uno psicologo e, non bisogna dimenticarlo, il paziente non gli ha chiesto questo. *E non ha* il tempo per "ascoltare" se non si definisce bene cosa significa ascolto nella comunicazione medico-paziente.

Ipotesi 2 - L'obiettivo di una migliore comunicazione sembra essere unicamente il bene del paziente, qualunque cosa questo possa significare. E allora, diventa più comprensibile la reazione anche arrabbiata di chi combatte, letteralmente, tutto il giorno con le richieste dei pazienti, con i carichi burocratici, con i limiti organizzativi ecc. e si sente dire: "Sai, il vero problema è la tua comunicazione con i pazienti".

E loro? E gli amministratori? E i mass media? Se cominciassero i pazienti, i giornalisti, quelli della TV, i responsabili della rete, il mio direttore sanitario, i politici...? Perché io?

Del resto anche i pazienti, quando parlo della possibilità di migliorare il loro modo di comunicare con i medici, si arrabbiano: "Perché *noi*? Ci pensino i medici, che sono pagati per farlo, noi mica abbiamo scelto di essere malati...". E questo ci deve far riflettere sullo strano meccanismo che trasforma l'impegno a comunicare meglio in una sorta di penale, di punizione che si preferisce far scontare a qualcun altro.

Ipotesi 3 – Questa ipotesi incrocia il titolo di questa conferenza: forse parlare di comunicazione fra medico e paziente in generale non ha molto senso. Dovremmo interrogarci su quale medico e su quale paziente entrano in comunicazione e in relazione, oggi, nel sistema di cura di oggi, cosa succede in quell'incontro, e cosa può migliorarlo a vantaggio di tutti. Vorrei partire da questo: dal fatto che il paziente che oggi entra in comunicazione con un medico non è il paziente di una volta. Bella scoperta! Ma quali sono le differenze più significative? La prima differenza è la sempre maggiore densità informativa in cui tutti siamo immersi da almeno 30 anni. Ma non c'è solo questo. Negli ultimi 30-40 anni i progressi della medicina sono stati tali che l'esperienza delle persone riguardo alla malattia si è radicalmente trasformata: incontrare una malattia che non si può curare, sapere di averla e sapere che non si può curarla, o sentirsi dire "non so cosa sia quello

*L'organizzazione
mutualistica
"Kaiser
Permanente" in
USA*

che ha, aspettiamo e vediamo”, è una esperienza che le generazioni preantibiotici, precortisonici, pretecnologie diagnostiche sofisticate ecc. conoscevano bene. Oggi è una esperienza estrema: per il paziente di oggi, le malattie si guariscono, devono guarire. Meglio ancora, devono essere scoperte prima che si manifestino. Se questo non avviene, qualcuno non ha fatto bene il suo lavoro, qualcuno ha sbagliato.

Il paziente che incontra un medico, oggi, è una persona che dispone di molte (troppe?) informazioni, e che ha molte (troppe?) aspettative per quello che riguarda la diagnosi, la cura, la guarigione. Questo non va né bene né male, è semplicemente così.

Il medico di oggi, che incontra quel paziente, deve fare i conti con il patrimonio informativo dei suoi pazienti, con le loro aspettative e con i loro presupposti nei confronti della malattia e della medicina. In più, deve fare i conti con la regole, i limiti, le contraddizioni del sistema sanitario in cui è inserito. In più, la frammentazione delle competenze e l'aumento delle specializzazioni non gli permette di confrontarsi, con un sapere a 360 gradi, con le informazioni che il paziente ha acquisito, né con le sue attese di risposte e di soluzioni a qualsiasi sintomo o presunto sintomo. L'effetto di tutto ciò è abbastanza frustrante: si ha l'impressione che ogni sforzo informativo ed educativo, ogni tentativo di arrivare a scelte sagge e condivise sia inutile, che valga di più la voce di internet, della TV, di Facebook, di Red Ronnie o della Brigliadori. Che potere resta al medico in un quadro di questo tipo? Cosa può cambiare sforzarsi di comunicare meglio, se poi il potere ce l'ha comunque il paziente, che se non ottiene quello che la TV, o i blog di cui si fida ciecamente, indicano come la cura migliore, può anche denunciarmi?

Watzlawick parlando di cambiamento diceva che gli atteggiamenti mentali che ostacolano i cambiamenti possibili sono due: le semplificazioni terribili, quelle di chi dice appunto

“basterebbe che...” (e quello che *basterebbe* molto spesso è qualcosa che devono fare gli altri: i pazienti, i mass media ecc.)

E la sindrome da utopia, che potremmo definire una sorta di paralizzante vertigine della complessità: cosa pretendiamo di fare se nel frattempo... non si recuperano i valori, non si ripristina un'etica condivisa, non cambia questo sistema marciò che...

I medici, e i professionisti sanitari in generale, dispongono di una solida difesa rispetto a questi esercizi mentali a cui si possono dedicare i pensatori, seduti comodamente nei loro studi con i loro libri: loro con i pazienti ci devono trattare tutti i giorni. I problemi li devono superare momento per momento, e non possono aspettare che “prima” cambi il sistema, cambino i valori, e neanche che cambi il direttore sanitario.

La domanda è: è necessario, è utile a questi medici, quelli che incontrano i pazienti ogni giorno, che affrontano tutti i diversi momenti della comunicazione nella relazione di cura, dalla descrizione dei sintomi agli interventi di informazione, dalla condivisione di un sospetto diagnostico alla comunicazione di diagnosi, all'affiancamento nel processo decisionale, all'accompagnamento nei percorsi di cura ... è utile perfezionare le loro competenze di comunicazione?

Prima di cominciare un intervento formativo sulla comunicazione ho preso l'abitudine di chiedere ai destinatari del corso di rispondere a tre domande: in quali situazioni comunicative ti trovi in difficoltà? Quali atteggiamenti dei pazienti trovi più difficili da affrontare? Cosa vorresti saper fare meglio dal punto di vista della comunicazione? Questo mi permette di focalizzare i due aspetti fondamentali della motivazione ad apprendere e a modificare qualcosa nella comunicazione con i pazienti: l'obiettivo che si vorrebbe raggiungere e gli

È utile ai medici perfezionare le loro competenze di comunicazione?

ostacoli che sembrano impedirlo.

Quello che è emerso, in ormai 30 anni di risposte, e che sì: i medici e gli altri professionisti sanitari sentono fortemente la necessità di aggiungere qualcosa alla loro capacità di comunicazione. E l'obiettivo che individuano è il miglioramento della relazione di cura; il miglioramento, cioè, di quello che accade fra loro e il paziente.

Quello che accade in quello scambio è una comunicazione che definisce una relazione. Secondo Fabrizio Benedetti¹, nell'incontro fra il paziente e il curante si innesca (o *non* si innesca) il meccanismo antico e profondo della relazione di cura, della fiducia, dell'affidarsi: questione di pochi minuti, dice il neuroscienziato. Io empiricamente dico: questione di processo.

Il processo attraverso cui si definisce e si consolida una relazione di cura è a mio avviso meno istantaneo, si prolunga nel tempo, e si muove verso obiettivi chiari e non generici: il miglioramento della qualità dello scambio di pensieri, di informazioni, di richieste, di proposte; l'aumento delle possibilità di confronto non conflittuale, di negoziazione costruttiva, di attivazione dei processi decisionali condivisi anche a partire da premesse diverse. Alla base di tutto questo c'è quello che Marianella Scavi² definisce ascolto attivo, la capacità di accogliere il pensiero dell'altro anche se è diverso dal nostro ma senza rinunciare al nostro.

*Gli ostacoli alla
relazione tra medico
e paziente*

Questo ci riporta al punto chiave di questo incontro: cosa rende particolarmente difficile, oggi, una relazione di ascolto e di fiducia fra medico e paziente?

Ci sono, è indubbio, *ostacoli organizzativi*: il tempo concesso alla comunicazione è scarso, e poco riconosciuto. Ci sono *ostacoli attitudinali*: la formazione alla comunicazione

1 Fabrizio Benedetti, *Il cervello del paziente*, Giovanni Fioriti Editore, 2012

2 Marianella Scavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Bruno Mondadori 2003

non fa parte delle competenze di base del medico, bisogna volerla, cercarla.

Ma c'è un aspetto del tutto nuovo che ostacola l'instaurarsi di una relazione di fiducia fra medico paziente, è *la paura*. La paura dei pazienti di non essere curati bene, di non essere curati abbastanza (appropriatezza come sottrazione del diritto alla cura). La paura dei medici di trovarsi accusati, di essere denunciati. Difficile immaginare una relazione di fiducia fra due persone che si sospettano a vicenda, che vedono nell'altro una minaccia o un persecutore. E la sfiducia, il sospetto, si estendono all'intero sistema della cura, diventano dominanti e caratterizzanti. Le regole che si consolidano finiscono per essere le regole dell'escalation nel pretendere e ottenere, come nelle più classiche situazioni di famiglie disfunzionali: se chiedo e il medico dice di no, insisto e dice di no, minaccio e dice di sì, la regola diventa: se minacci ottieni, e il parametro per definire buono o cattivo il sistema della cura diventa la quantità, e non la qualità.

Il medico di oggi che incontra il paziente di oggi in un clima sociale e culturale che non facilita una relazione di cura basata sul dialogo, sulla condivisione, sulla fiducia, ha due opzioni: rassegnarsi, o scommettere sulle capacità di cambiamento di ogni sistema umano. In un sistema, ogni azione e ogni modificazione di uno degli elementi ha il potere di produrre modificazioni negli altri elementi, e nel funzionamento del sistema stesso. In questo senso, ogni momento di comunicazione e di relazione di un medico con un paziente ha influenza sull'intero sistema della cura, nella direzione della conservazione o nella direzione del cambiamento.

Questa è la scommessa di tutti noi per un futuro in cui la cura della comunicazione diventi una componente abituale e non eccezionale – non un optional! – del lavoro di cura.

La posizione di garanzia del medico

Gianfranco Iadecola
già magistrato di Cassazione

L'intervento medico secondo il Codice di procedura civile

L'espressione "posizione di garanzia del medico", oltre a rientrare – ormai – nel linguaggio comune ed evocare la destinazione funzionale dell'attività sanitaria alla tutela del bene della salute del paziente, possiede un preciso fondamento giuridico nella previsione dell'art. 40 cpv. c.p. ("Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"), in forza del quale essa implica l'obbligo del medico di attivarsi a protezione di detto bene, pena la responsabilità penale per l'evento lesivo che dovesse verificarsi.

I limiti dell'intervento

Va tenuto presente che la connotazione tipica della posizione di garanzia è il possesso dei mezzi impeditivi, ossia degli strumenti la cui attivazione è in grado di evitare l'evento in questione (non vi sarebbe posizione di garanzia senza di essi), ed allora è legittimo chiedersi se davvero il medico possa esserne titolare, poiché di tali mezzi il medico certamente non dispone (o non dispone sempre), attesi i limiti della cono-

scienza medica e della relativa applicazione (per cui, proverbialmente, la prestazione sanitaria integra una “obbligazione di mezzi e non di risultato”).

Alla luce di ciò, dovrebbe più esattamente affermarsi che il medico sia portatore di una posizione di garanzia limitatamente alle situazioni in cui egli possieda detti mezzi (d'altra parte, “*ad impossibilia nemo tenetur*”).

Non basta, peraltro, la sola violazione della posizione di garanzia da parte del sanitario ad ingenerare una responsabilità penale, occorrendo necessariamente che essa (ossia il comportamento illegittimo del medico) sia contrassegnata da colpa e che si ponga in correlazione causale con l'evento dannoso subito dal paziente.

*Responsabilità
penale e colpa*

Si deve in ogni caso tenere presente che l'attivazione della posizione di garanzia da parte del sanitario necessita del preventivo consenso informato del paziente (espressione della libertà di autodeterminazione di questi), considerato ormai, nel diritto “vivente” (ossia dalla giurisprudenza di vertice, costituzionale ed ordinaria), un vero e proprio presupposto di legittimità dell'intervento del medico, e ciò anche in caso di necessità di attuazione di cure salvavita: si ritiene ormai che neppure tali cure il sanitario possa prestare in presenza di un dissenso (*alias* rifiuto) del malato, purché questi sia capace di intendere e di volere (al momento della manifestazione del rifiuto) e sia stato adeguatamente informato dal medico sulle implicazioni pregiudizievoli della eventuale mancata somministrazione di dette cure (ipotesi emblematica di tale contesto è il rifiuto di trasfusione di sangue da parte del testimone di Geova).

*Il consenso
informato*

Va anche considerato che la posizione di garanzia permane in capo al medico anche allorché intervenga in *équipe* con

*Le responsabilità
nel lavoro in équipe*

altri colleghi, implicando in tal caso, secondo la giurisprudenza, il dovere di vagliare criticamente l'operato degli altri sanitari che stiano trattando il paziente o che l'abbiano già trattato, dovendo il medico intervenire ed attivarsi allorché, sulla base delle proprie competenze professionali, individui errori o inadeguatezze altrui, allo scopo di porvi rimedio. Si può aggiungere che la permanenza della posizione di garanzia nell'attività sanitaria di "gruppo" implica anche in diritto-dovere del medico di dissentire da scelte e comportamenti che non siano ispirati ai corretti criteri scientifici o esperienziali, quand'anche appartenenti a soggetti gerarchicamente sovraordinati (un tale atteggiamento critico è esigibile anche, secondo la Corte di Cassazione, da parte dello stesso medico specializzando nei confronti del proprio docente).

*La medicina
difensiva e la
posizione di
garanzia del
medico*

Forse il fenomeno della "medicina difensiva" (sulla cui insorgenza ha di certo decisamente inciso il notorio orientamento dichiaratamente *pro* paziente della giurisprudenza civile) ha attenuato la consapevolezza e l'orgoglio del medico di essere portatore di una posizione di garanzia: è auspicabile che la coscienza della straordinaria importanza del proprio ruolo venga al più presto recuperata, come di certo potrebbe avvenire con il varo della disciplina di riforma di cui alla proposta di legge (cd. Gelli-Bianco) *in itinere*, che per vari aspetti migliora la condizione del sanitario (anche) nell'ambito sensibile della responsabilità civile (che è quello in cui è più sofferente la posizione del medico, attesi le cennate tendenze giurisprudenziali, ispirate ad atteggiamenti protettivi verso il malato, ritenuto "il soggetto debole dall'interno del rapporto terapeutico").

La questione medica

Ivan Cavicchi

sociologo

I MEDICI DA PARECCHI ANNI sono nel bel mezzo di una mutazione professionale vale a dire che il loro status, il loro ruolo ma alla fine anche la loro funzione, per svariate ragioni, stanno cambiando. Scopriamo così, che la struttura valoriale della professione medica, il suo stampo deontologico-scientifico, la sua matrice operativa ha una stabilità relativa non assoluta. Cioè essa cambia nel tempo come un processo che evolve o involve.

Ma perché? L'esercizio della professione medica ha comportato sempre e comporta tutt'ora un doppio livello di problemi che sono tra loro inseparabili, cioè embricati come le tegole del tetto:

- essere medico, che vuol dire avere una certa preparazione scientifica, certi titoli, certe esperienze, che necessariamente è aggiornabile in ragione dei progressi scientifici della medicina;
- modo di essere medico, che vuol dire le modalità attraverso

le quali la professione viene esercitata in rapporto a contesti, sfondi, società che mutano.

A causa di questo doppio livello la professione medica è costituita almeno da tre grandi componenti:

- scientifica;
- socio-culturale;
- relazionale.

Il medico è quindi una professione che media i rapporti tra scienza e società e le mediazioni cambiano continuamente. Ciò che cambia è tanto la dimensione scientifica che quella sociale e relazionale. Cambiando la società cambia uno dei soggetti principali della relazione, cioè il cittadino, il quale a sua volta cambia la forma della relazione che ha con la medicina fino a sollecitare il medico a cambiare a sua volta.

Mentre si può continuare ad essere medico, specialmente se il suo paradigma scientifico non muta, non si può continuare ad essere medico allo stesso modo se cambia la società in cui si vive. Se cambia la società in questo caso il medico più che essere medico deve diventare medico cioè essere ma in un altro modo, e quindi ridefinirsi.

CAUSE CONCAUSE FATTORI CODETERMINANTI

Non esiste una causa della “questione medica” ma tanti fattori concomitanti, cioè elementi concorrenti, tanti rapporti modali che la fanno coemergere. Questi i più importanti.

Rapporti tra struttura economica e sovrastuttura sociale

Una società è composta da una struttura economica e da una sovrastruttura sociale. La medicina è a metà strada tra economia e società. La medicina, quindi il medico in quanto sovrastruttura, è fortemente condizionato dalla struttura economica, in particolare se vi sono crisi economiche, i problemi finanziari, problemi di compatibilità, particolari politiche fiscali. In questi casi le ragioni dell'economia arrivano a condizionare la medicina e quindi i comportamenti professionali del medico.

Mentre l'economia prende il sopravvento sull'autonomia del medico, la società non sta ferma. Da almeno mezzo secolo è in atto un cambiamento epocale. Cambia la figura classica del paziente, del malato, cioè cambia la premessa o il postulato dal quale parte qualsiasi decisione medica. Fa il suo ingresso la cittadinanza, la cultura dei diritti, dell'autodeterminazione, del valore della persona, dell'umanizzazione ecc. Tutto questo ha un fortissimo impatto sul medico e naturalmente sulla medicina. Il paziente diventa esigente, cioè la figura del beneficiario lascia il posto a quella del contraente, la cura non è più delegata al medico su base fiduciaria, ma diventa una questione contrattuale nella quale il malato a sua volta rivendica la sua conoscenza esperienziale. Il medico si trova a fronteggiare una forte domanda sociale di relazioni per co-decidere e co-determinare le necessità e gli scopi dei trattamenti, ma egli resta ancorato alla cura delle malattie non è preparato per la cura della persona, non è preparato ad usare le relazioni, e si trova così del tutto spiazzato.

*Il paziente
diventa esigente*

La medicina quale sovrastruttura ha un costo e produce una spesa, se essa è organizzata come funzione pubblica, cioè in sistemi universalistici, finanziati su base fiscale, essa produce una spesa specifica (definita spesa sanitaria e quantificata in un fondo sanitario nazionale). Da molti anni i governi, a torto o a ragione, ritengono che la spesa pubblica in generale sia in competizione con lo sviluppo di un paese, per cui da anni sono in atto politiche di restrizione della spesa pubblica. Da molti anni i governi, a torto o a ragione, ritengono che in particolare la spesa sanitaria, sia un problema per la spesa pubblica. A ciò si devono aggiungere le questioni degli sprechi, le diseconomie, gli abusi, cioè il discorso delle diseconomie. La spesa sanitaria è considerata a torto o a ragione sovradimensionata da molti costi inutili e parassitari. Per questo la sanità, quindi la medicina e quindi il medico sono diventati

*La medicina
ha un costo*

loro malgrado un problema di sostenibilità finanziaria dando luogo a politiche di forte condizionamento dei loro profili di spesa.

*Il medico
controparte di
spesa*

Il medico ha avuto sempre una ampia autonomia decisionale. Egli è sempre stato colui che decideva ciò che era necessario ad un malato e i fini della cura o dei trattamenti. Per questa ragione egli era nei fatti colui che decideva i costi della medicina. Nel momento in cui la sanità diventa agli occhi dei governi un problema di sostenibilità economica il medico piano piano nel tempo diventa la principale controparte prima delle politiche di compatibilità, poi di razionalizzazione e quindi di definanziamento. Il medico diventando un costo da ridurre comincia a perdere autonomia, perché condizionando l'autonomia si condiziona la sua operatività e condizionando la sua operatività si condiziona la spesa.

*Depauperamento
professionale*

Il condizionamento dell'autonomia aprirà la strada ad un lento ma inesorabile depauperamento professionale e che va a toccare i gangli fondamentali della professione.

L'autonomia del medico a interpretare la necessità del malato viene condizionata e in qualche caso revocata, e al suo posto subentra il ruolo invadente della medicina amministrata, della gestione dei suoi atti clinici, in altri casi il tentativo di surrogare le sue funzioni con altre figure meno costose (demansionamento, shift task, comma 566 ecc.).

L'autonomia del medico, fondamentale a decidere i fini, gli scopi, gli obiettivi dei trattamenti, viene di fatto subordinata alla disponibilità dei mezzi, cioè delle risorse assegnate. Avviene così un capovolgimento del rapporto mezzi/fini: non sono più i fini decisi autonomamente dal medico a decidere le cure, ma sono i mezzi assegnategli dal gestore.

Il ruolo del medico senza i postulati che riguardano l'autonomia del giudizio e gli scopi dei trattamenti, è di fatto de-

legittimato alle radici. Ha inizio un mutamento del ruolo e dello status.

Prendono forma delle vere e proprie aberrazioni cioè delle devianze come la crescita esponenziale del contenzioso legale e parallelamente l'espandersi della medicina difensiva come pratica ordinaria. Il medico non come singolo ma come professione è socialmente contestato dal malato. Il contenzioso legale non è null'altro che una forma moderna di conflitto sociale. Questo accentua i processi di delegittimazione sociale della professione e introduce un genere nuovo di costi legato alla crisi del ruolo medico e che sono costi di regressività, cioè di non adeguamento dell'essere e del modo di essere del medico in questa società.

*Contenzioso
legale e medicina
difensivistica*

Mentre l'economia tiranneggia il medico e l'esigente ne ridiscute le prerogative, cambia il pensiero che pensa la scienza e il modo di pensare della scienza, ma le università, le società scientifiche, i centri di ricerca non sono in condizioni di adeguarsi. I giovani medici, nonostante i tanti cambiamenti con i quali hanno a che fare, continuano ad essere formati con vecchi paradigmi nozionistici, sulla base di vecchie logiche scientiste, perpetuando vecchie epistemologie, metodologie ecc.

*Cambia l'idea
di scienza*

Il '900 ridiscute alle fondamenta il paradigma positivista che sostiene la scienza medica e spinge nuove idee sulla complessità, nuove logiche quindi nuovi modi di ragionare e di pensare. Ma la medicina resta indietro. La medicina scientifica nasce al tempo della rivoluzione industriale; questa rivoluzione è ormai finita da un bel po' ma la medicina continua ad essere quale razionalità scientifica quella di allora. Alla regressività causata da una società che cambia si aggiunge altra regressività causata da una scienza medica che pur progredendo sul terreno delle scoperte scientifiche (nuovi farmaci, nuove tecno-

logie, nuove scoperte ecc.) resta ancorata a un'idea di scienza vecchia, cioè difforme dai nuovi modi di conoscere e di pensare.

Evoluzione e/o involuzione della professione medica

Tutti questi problemi costituiscono la questione medica. Essa non è tanto un insieme di problemi che sommati creano una questione, ma un sistema di processi che investono il medico suo malgrado e che alla fine ne cambiano in peggio il ruolo. La questione medica riguarda le involuzioni del ruolo.

Nel momento in cui il ruolo storico è ridimensionato ma non ridefinito, cioè non è rimpiazzato con un altro ruolo deciso dal medico, nasce la questione medica. Il saldo tra vecchio medico e nuovo medico non è a vantaggio del medico, nel senso che ad un certo tipo di medico oggi corrisponde solo la sua negazione, il non medico, ma non la sua riaffermazione. Rimpiazzare un ruolo con un altro, cioè cambiare la barca mentre si naviga e senza tirarla in secco, non è semplice. Con la questione medica si infrange un sogno e un mito: se una professione crede che il suo ruolo è intoccabile perché mai dovrebbe preoccuparsi del suo futuro? Il medico fino ad ora non ha mai dovuto preoccuparsi del futuro ma solo del presente; ora invece dovrà preoccuparsi del suo futuro perché la professione è tutt'altro che intangibile.

Oggi i medici si trovano male (molto male) perché quel peso sociale che avevano una volta non ce l'hanno più, perché il consociativismo con la politica al quale erano abituati non c'è più; perché superata la concertazione essi sono stati esclusi dalle scelte e dalle decisioni importanti, perché l'aziendalizzazione li ha trasformati in semplici fattori di costo.

Concludendo: le mutazioni della professione hanno un forte carattere sfavorevole per il medico, nel senso che peggiorano tanto il suo status che il suo ruolo, e anche la sua funzione per non parlare della sua retribuzione.

In questo contesto i medici se la passano male, ma è con que-

sto contesto che se la devono vedere imparando a ragionare per contesti futuri, cioè imparando a costruire ora i condizionali di quei processi che si svilupperanno poi successivamente. Certo, i ritardi sono tanti, ma non è mai troppo tardi per invertire delle tendenze e per cambiare le cose, a condizione di dedurre da tutto quello che per loro risulta un problema delle soluzioni convincenti e plausibili. Oggi le soluzioni convincenti sono molto complesse perché devono dare risposte a molti interlocutori: alla società, all'economia, alla politica, all'etica e naturalmente ai medici in crisi di ruolo. Rimanere fermi, ormai è chiaro a tutti, non è più possibile. Un'ultima cosa, i medici avrebbero già perso la loro battaglia sul ruolo se la mutazione che li sta cambiando dall'esterno e dall'interno fosse conveniente al cittadino e alla società, cioè se il "non medico" fosse un vantaggio sociale. Ma questo per fortuna non è. Il non medico non è un affare per nessuno (neanche per l'economia) ma meno che mai lo è per il cittadino e per i malati.

L'errore che oggi i medici devono con tutte le loro forze evitare è credere che la questione medica, si risolva rimettendo le cose a posto come erano prima. Questo non è più possibile per tante ragioni.

Autoriforma

L'unico modo per risolvere la questione medica è entrare nella logica della ridefinizione, della reinvenzione, cioè nella logica dell'autoriforma.

Si tratta di interrompere un processo involutivo, di invertirlo con la mobilitazione e il progetto, sapendo che per invertire dei processi sfavorevoli si deve mettere in pista un programma, o meglio, concependo il futuro come la messa in opera di un programma. Ciò che si rivela decisivo a determinare una certa inversione delle tendenze in atto è in pratica l'idea di giocarci la carta di un altro medico.

Un medico altro, quindi un atto autonomo di riforma, può

invertire il processo di degenerazione del ruolo medico. Si tratta di dimostrare al governo di turno e a quelli che verranno, perché la battaglia non sarà breve, che la strada del “non medico” non è l’unica percorribile, che di strade per trovare le soluzioni ai problemi della nostra società e della nostra economia sono altre. Ormai siamo alla medicina amministrata, cioè all’idea che il medico si può solo mettere sotto tutela, guidarlo nelle sue decisioni, prepensando ciò che dovrà fare... il presupposto è folle... mettere sotto tutela una intera professione... ora tocca ai medici, prima che sia troppo tardi, dire l’ultima parola.

WORKSHOP 1 QUALE MEDICO

-
- SESSIONE A **Formazione pre e post laurea**
moderatori: Roberto Stella, Alessandro Bonsignori
- SESSIONE B **ICT Information and Communication Tecnology**
moderatori: Sergio Bovenga, Silvestro Scotti
- SESSIONE C **Nuovi riferimenti della professione medica: accountability, advocacy, compliance**
moderatori: Fulvio Borromeo, Enrico Ciliberto
- SESSIONE D **Accreditamento delle SocietàScientifiche**
moderatori: Luigi Presenti, Giancarlo Carnevale

Il nodo critico della programmazione

Ezio Casale

presidente Omceo Chieti

LA PROGRAMMAZIONE per la formazione dei professionisti medici e più in generale del personale sanitario, sulla base della *previsione* del futuro fabbisogno, rappresenta un nodo critico per le Organizzazioni Sanitarie dei vari paesi, a prescindere dal tipo di Servizio Sanitario esistente; errori di programmazione possono comportare una carenza di professionisti (con la necessità di importarli dall'estero) o viceversa una pericolosa pleora (con il rischio di programmare un numero eccessivo di futuri neolaureati che non riusciranno a trovare sbocco occupazionale).

Già da alcuni anni esiste a livello europeo un piano d'azione per la pianificazione della forza lavoro delle professioni sanitarie, la *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting* che ha affidato proprio al nostro Ministero della Salute il ruolo di capofila di un progetto pilota, il *WP5*, con l'obiettivo di migliorare la programmazione della futura forza

WP5, il progetto europeo per la pianificazione relativa alle professioni sanitarie

lavoro relativa a cinque professioni sanitarie (medici, odontoiatri, infermieri, farmacisti ed ostetriche), individuando un set di indicatori e confrontando le migliori pratiche in uso nei vari paesi europei.

Nell'ambito del progetto pilota è stato costituito uno *Steering Committee* in cui sono stati invitati a partecipare numerosi stakeholder nazionali (MIUR, Regioni, Enti previdenziali, Cogeaps, Ministero delle Finanze, Rappresentanti delle professioni).

Questa fase operativa del progetto e del gruppo di lavoro si è conclusa con la sperimentazione di un modello per il calcolo del fabbisogno per le cinque professioni sanitarie, un modello matematico basato su un algoritmo, che partendo da alcuni dati condivisi (relativi ad offerta e domanda attuali) e considerando diversi parametri (curve di pensionamento e mortalità, proiezioni su futura popolazione residente, tasso di successo per gli iscritti ai cdL nell'ambito delle varie professioni...etc...), consentirebbe una previsione molto realistica del futuro fabbisogno e quindi di programmare il numero degli accessi ai cdL in medicina per formare lo stock di futuri laureati in grado di soddisfare quel determinato fabbisogno.

Il fabbisogno italiano di medici

Per ciò che concerne la *professione medica* il dato condiviso relativo all'offerta attuale è stato quello fornito dall'Enpam: il numero di medici professionalmente attivi in Italia al 31 dicembre 2014 era pari a 263.357, con un rapporto sulla popolazione residente pari a 4,3 medici per 1.000 abitanti. Utilizzando questo semplice modello è possibile prevedere il *gap futuro*, nel periodo compreso tra il 2015 ed il 2040 e nei diversi intervalli di tempo considerati, tra *domanda attesa* (definita dal parametro pari a 4,3 medici per 1000 abitanti) e *futura offerta* (popolazione medica attiva che resterà in seguito alle cessazioni e al netto di ulteriori ingressi, se non quelli già predeterminati dalla programmazione universitaria

definita sino allo scorso a.a.): nell'arco dell'intero periodo questo gap sarà pari a 142.197, valore che, spalmato per i 19 anni del periodo considerato, corrisponderà ad *un fabbisogno di nuove entrate (neolaureati) pari a 7.484/anno.*

N.B.: il parametro di 4,3 medici professionalmente attivi x 1.000 abitanti, registrato nel nostro paese, è uno dei più alti nell'UE e molto probabilmente, per tutta una serie di ragioni, potrebbe essere destinato a ridursi.

Dallo stesso modello si può calcolare inoltre che: in base alla programmazione universitaria già definita sino all'a.a. 2015/2016, il numero di futuri neolaureati, calcolato nel periodo 2015-2020 sarà circa 48.912, pari a una media di circa 8.150/anno; mentre i posti disponibili per la formazione post laurea, in questo stesso periodo, saranno pari a circa a 35.000 (6.000+1.000); resteranno fuori dalla formazione post laurea circa 14.000 neo laureati che si andranno ad aggiungere agli 8-10.000 attuali per cui, nei prossimi cinque anni, resteranno nel cosiddetto imbuto formativo, oltre 22.000 medici;

nei prossimi 10 anni le cessazioni saranno circa 110.000 e interesseranno per la gran parte medici che esercitano nel Ssn (specialisti dipendenti e convenzionati e mmg); ad invarianza formativa post laurea ci sarà comunque una carenza sia di medici specialisti che di mmg, solo parzialmente compensata dall'attuale piccolo esercito di disoccupati/sottoccupati.

Per l'a.a. 2016/2017, *la stima del fabbisogno di professionisti medici rilevata dalla Fnomceo*, calcolata utilizzando il modello dello Steering Committee, prevede un numero di accessi al cdI pari a 8.005 (con una riduzione del 16% rispetto al numero di accessi dell'a.a. precedente).

Nel nostro modello, questo numero di accessi programmato garantirebbe un numero medio di laureati /anno pari a 7.506;

La stima di fabbisogno rilevata dalla Fnomceo per l'a.a. 2016-2017

valore tale da assicurare un futuro stock di professionisti attivo in grado di soddisfare una domanda calcolata con un parametro pari a 3,9, valore più vicino all'attuale media OCSE e più coerente con una futura domanda più sostenibile,

La nostra ipotesi di previsione degli accessi ai cdL *garantirebbe un numero di laureati/anno sostanzialmente pari al numero dei posti disponibili nella formazione post-laurea* e potrebbe inoltre favorire un più rapido riassorbimento nel mercato del lavoro dei medici attualmente non attivi.

La somma dei fabbisogni rilevati dalle singole regioni, per l'a.a. 2016/2017 è invece pari a **9.886**, valore che non si discosta molto da quello dello scorso anno.

I singoli dati regionali mostrano alcune importanti variazioni, rispetto allo scorso anno, sia in aumento (Sicilia + 75%) che in diminuzione (Lazio - 30%).

*Le criticità della
programmazione
relativa alle
specializzazioni
mediche*

Nel 2016 il numero dei posti disponibili per tutte le 56 scuole di specializzazione era pari a 6.000 ed il numero di candidati è stato pari a 13.188 (fonte dati: MIUR).

Confrontando il numero di posti disponibili per ciascuna specializzazione, negli ultimi cinque anni, relativamente alle prime 30 per numerosità di posti disponibili, è possibile osservare che non ci sono state variazioni significative (a parte l'aumento relativo all'ultimo anno in cui il numero totale è stato aumentato da 5.000 a 6.000).

Anche la programmazione delle scuole di specializzazione presenta delle criticità, sia nella determinazione del numero complessivo delle borse che nella loro distribuzione per singole specialità.

Se andiamo a confrontare le 20 scuole in cui c'è stato, nello scorso anno, il maggior numero di candidati, osserviamo che corrispondono a quelle in cui era più alto il numero dei posti disponibili: i candidati in genere scelgono quindi le scuole che offrono un maggior numero di posti disponibili

Attualmente non abbiamo dati certi, ma solo alcune indicazioni, su quante cessazioni ci saranno nelle diverse specializzazioni, dato che sarebbe utile per una tempestiva previsione del futuro fabbisogno e per una corretta programmazione. Va detto però che a tutt'oggi non è possibile prevedere una corrispondenza diretta, per ogni singola specialità, tra future cessazioni e reali opportunità lavorative nell'ambito del Ssn. Gli sbocchi occupazionali per i nuovi medici specialisti dipenderanno molto dai futuri assetti organizzativi del Ssn che saranno condizionati, oltre che dalle risorse disponibili, anche da fattori demografici ed epidemiologici della popolazione residente, nonché dal progresso tecnologico scientifico in campo sanitario.

La formazione dei pediatri delle Cure Primarie

Paolo Becherucci

vicepresidente Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche

IL PEDIATRA DELLE CURE PRIMARIE è nella stragrande maggioranza dei casi un professionista convenzionato con il Ssn come pediatra di famiglia; il titolo di studio per accedere alla convenzione è la specializzazione in pediatria (o equipollenti). Intorno al 50% dei pediatri sono pediatri di famiglia: parliamo di circa 7.000 medici.

La specializzazione in pediatria soffre dei problemi di accesso di tutte le specializzazioni ma con l'aggravio che nei prossimi anni vi sarà un massiccio turn over dei pediatri di famiglia, legato alla contingenza dell'ingresso di un gran numero di professionisti in convenzione negli anni '80, con la sua istituzione, e quindi l'andata in pensione piuttosto concentrata nel tempo. Ad oggi le borse per la specializzazione in pediatria (meno di 400 nell'ultimo decreto del MIUR) coprono poco più del 50% delle uscite per pensione o eventi vari. Si è persa l'occasione di ridurre la durata del corso a 4 anni, analogamente a quanto fatto per altre discipline, che avrebbe per-

messo un aumento del numero dei pediatri formati ad isorisorse per il sistema. Quindi, se non si porrà al più presto rimedio a questa discrepanza con un incremento specifico del numero delle borse per la pediatria (pur essendo in atto una riduzione dei presidi ospedalieri), si rischia la scomparsa di un pilastro del sistema sanitario italiano, ovvero la pediatria convenzionata, che tanti risultati ha dato nel miglioramento della salute dei bambini e adolescenti italiani.

Il lavoro del pediatra delle Cure Primarie si è notevolmente modificato negli anni; i cambiamenti della società, delle malattie, delle cure, degli aspetti preventivi sono stati notevolissimi e non sempre la formazione, soprattutto pre-lavorativa, è riuscita a fornire gli strumenti per far fronte a questo cambiamento. Inoltre le competenze necessarie per esercitare la pediatria sul territorio sono diverse, almeno in parte, rispetto al lavoro nel setting ospedaliero: raramente il percorso di specializzazione fino ad oggi è stato calibrato su queste esigenze. Il decreto di riordino delle Scuole di Specializzazione del 2015 rappresenta un'occasione irripetibile per colmare questo gap formativo. Per la prima volta viene definito un percorso specifico per il pediatra delle Cure Primarie, in alternativa alle Cure Secondarie e agli indirizzi delle Cure Specialistiche. Viene sancita la necessità di un tirocinio presso le strutture territoriali, se non altro per soddisfare gli obiettivi didattici (skill ed attività elettive), alcuni dei quali sono esclusivi del setting territoriale. Dovranno essere affrontate tematiche oggi poco valorizzate durante l'intero percorso formativo in medicina: il lavoro in team mono e multiprofessionale, l'organizzazione del lavoro, la gestione delle risorse. Questo tirocinio dovrà avere pari dignità rispetto alla frequenza in ospedale ed essere obbligatorio.

L'esigenza di una formazione orientata alla pediatria territoriale

Il dibattito istituzionale per la ridefinizione delle competenze professionali in sanità

Attività di tirocinio nel biennio delle Cure Primarie

- **Mesi 12** presso Reparti Universitari e/o Ospedalieri di Pediatria
- **Mesi 12** presso strutture territoriali

- **Mesi almeno 6** presso gli studi dei Pediatri di Famiglia
- **Mesi fino a 6** presso strutture territoriali diverse e differenziate in relazione all'organizzazione locale

Pediatria di comunità, consultori pediatrici, servizi vaccinali, servizi di neuropsichiatria infantile, gruppi aziendali per bambini con bisogni speciali, corsi di preparazione al parto ...

qualità medicina nel SSN?

Attività di tirocinio nel biennio delle Cure Primarie

- **Mesi 12** presso Reparti Universitari e/o Ospedalieri di Pediatria
- **Mesi 12** presso strutture territoriali

- **Mesi almeno 6** presso gli studi dei Pediatri di Famiglia
- **Mesi fino a 6** presso strutture territoriali diverse e differenziate in relazione all'organizzazione locale

Pediatria di comunità, consultori pediatrici, servizi vaccinali, servizi di neuropsichiatria infantile, gruppi aziendali per bambini con bisogni speciali, corsi di preparazione al parto ...

qualità medicina nel SSN?

Viste queste necessità, abbiamo progettato un percorso formativo per gli specializzandi in pediatria che scelgano l'indirizzo delle cure primarie, il quale preveda un anno di frequenza presso le strutture territoriali; di questo anno almeno sei mesi presso gli studi dei Pediatri di Famiglia e fino ad altri sei mesi in strutture territoriali diverse (consultori, ambulatori vaccinali, medicina di comunità, servizi di igiene, servizi di neuropsichiatria infantile ...). Al fine di dare una visione quanto più ampia e diversificata del lavoro del pediatra convenzionato, è opportuno che gli specializzandi (quando possibile) ruotino in due studi diversi, con tipologie organizzative differenti, magari con tutor di sessi diversi. Ovviamente, come per tutta la rete formativa, le sedi territoriali del tirocinio dovranno essere qualificate. Per questo abbiamo definito criteri essenziali per aspirare alla funzione di tutor; tali criteri debbono ottemperare a diverse esigenze, quali essere rilevabili da parte delle Aziende e dell'Università, essere qualificanti ma non eccessivamente restrittivi, pena non avere un corpo sufficientemente ampio e variegato di tutor.

Sono criteri *indispensabili* relativi al *professionista* che si candidi come tutor:

- anzianità di specializzazione > 10 anni;
- anzianità in convenzione pediatrica > 5 anni;
- numero degli assistiti > 600;
- rapporto esclusivo nella convenzione di Pediatria di Famiglia;
- lavorare in una forma associativa.

Sono requisiti *indispensabili* relativamente alla **struttura** presso la quale avverrà la formazione degli specializzandi:
che le visite avvengano di norma su appuntamento;
che la struttura sia in regola con la normativa vigente, anche relativamente alla sicurezza.

Abbiamo inoltre selezionato dei criteri qualificanti (vedi tabella), quali elemento preferenziale di scelta nell'elenco degli aspiranti tutor.

TABELLA

CRITERI QUALIFICANTI

NELLA SCELTA DEGLI ASPIRANTI TUTOR

PER IL PROFESSIONISTA

Aver seguito un corso specifico sul tutoraggio

Precedente attività come professore a contratto presso una scuola di specializzazione o precedente attività come tutor presso una scuola di specializzazione

Altre specializzazioni, Dottorati di Ricerca, Master e Corsi di perfezionamento universitari

Lavorare in gruppo o in rete

Essere iscritto all'Albo degli Animatori di Formazione regionale o aziendale.

PER LA STRUTTURA DELLO STUDIO

L'esecuzione delle vaccinazioni

La presenza di un servizio di segreteria e/o infermieristico

Lavorare in una sola sede

(non in più studi dislocati in sedi diverse)

Un ambiente per le visite di dimensioni adeguate alla contemporanea presenza di due medici.

La presenza di più stanze da visita e/o di una stanza per l'infermiera

Eseguire prestazioni di self help (Test rapido SBEGA, esame urine, dosaggio PCR, emocromo, glicemia; esecuzione di impedenzometria, spirometria, pulsiossimetria, prick test)

Al fine di dare una risposta idonea ai bisogni formativi degli specializzandi, sarà necessario offrire agli aspiranti tutor un apposito corso di formazione, dove si affrontino non solamente le tematiche generali del tutoraggio ma anche si sviscerino gli aspetti specifici del tirocinio sul territorio e si diano

degli strumenti pratici di lavoro; SICuPP in partnership con FIMP sta lavorando per metterlo in atto.

*Ipotesi di lavoro
per il futuro*

Sarà sufficiente un pur corretto iter formativo nel biennio finale a far fronte al fabbisogno di pediatri professionalmente pronti alle nuove sfide che le Cure Primarie proporranno? Probabilmente dovremo pensare a meccanismi di stimolo aggiuntivi. Dovremo “far vedere” ai laureandi in medicina quali sono le varie tipologie di lavoro possibili in ambito pediatrico e quindi non solo prevedere uno spunto didattico relativo alle Cure Primarie nel corso di pediatria durante la laurea, ma anche inserire la possibilità di un tirocinio abilitante pre-laurea anche nel setting territoriale. Durante il triennio del tronco comune della specializzazione in pediatria dovranno essere proposti momenti di didattica frontale e/o seminariale inerenti il lavoro del Pediatra di Famiglia; sarà inoltre opportuno un breve tirocinio anche “osservazionale” presso gli studi convenzionati, prima che lo studente decida l’indirizzo da scegliere nel biennio successivo.

Vi dovrà essere successivamente alla specializzazione, un punteggio premiante per l’accesso alle graduatorie della convenzione pediatrica per coloro che avranno correttamente concluso il biennio in Pediatria delle Cure Primarie.

Restano da superare alcuni ostacoli, organizzativi e non, per mettere a pieno in atto quanto previsto dal decreto: in primis gli aspetti assicurativi. Sarà quindi necessario la rapida stipula di convenzioni fra le Università sedi di specializzazione e le aziende territoriali, e questo non solamente per la Pediatria delle Cure Primarie ma anche per tutte le altre attività territoriali. Ricordiamo che l’attivazione degli indirizzi da parte delle Scuole di Specializzazione è subordinata alla presenza delle strutture specifiche in cui si svolgano le attività elettive: per la Pediatria delle Cure Primarie questo è sempre possibile purché lo si voglia.

Conclusioni Concludendo, l'elemento cruciale è la ricognizione del bisogno di pediatri non domani ma fra 5-11 anni e la formazione di specialisti per le branche carenti: troppo spesso, infatti, la scelta di quale percorso formativo o specifico interesse perseguire durante lo studio è orientato più dalle possibilità e dalle necessità delle singole Università piuttosto che dai reali necessità del Sistema Sanitario.

Documento di sintesi del lavoro prodotto dall'Osservatorio giovani professionisti medici e odontoiatri della Fnomceo

a cura di Alessandro Bonsignore

coordinatore dell'Osservatorio giovani professionisti medici e
odontoiatri della Fnomceo

IL PERCORSO FORMATIVO DEL MEDICO di domani necessita, in questi anni, di un profondo rinnovamento volto ad assicurare una preparazione che sia in linea con gli altri paesi europei ed adeguata rispetto alle innovazioni tecnologiche, senza – tuttavia – perdere di vista i principi deontologici del rapporto medico-paziente che devono e dovranno sempre ispirare la professione medica.

Su questi presupposti la Fnomceo si fa promotrice di novità sostanziali in tema di formazione pre e post lauream. Un rinnovamento che deve prender vita da una programmazione seria e concreta che – a sua volta – non può prescindere dalla reale quantificazione del fabbisogno di medici, non solo in termini di numeri assoluti bensì anche e soprattutto delle specificità di ciascuna disciplina.

Relativamente al primo aspetto, importante è stato il lavoro sinora svolto dalla Fnomceo che, insieme al Ministero della Salute, ha aderito al progetto europeo *Joint Action on Health*

Workforce Planning and Forecasting integrando il modello Steering Committee con i dati italiani per programmare il numero di accessi ai Corsi di Laurea.

*Aggiornare le
anagrafiche
inserendo specialità
e mansioni dei
professionisti*

Molto impegno, invece, deve ancora dedicato al tema della stratificazione – per singola specialità – dei 262.000 medici che esercitano oggi la professione medica.

È indubbio, infatti, che ad oggi esista un esubero di medici in alcune branche (cardiologi, igienisti, etc.) a fronte di una grave carenza in altre (medicina d’urgenza, pediatria, mmg, etc.). Per fare ciò risulta imprescindibile reperire banche dati dalle quali creare le fondamenta per un reale calcolo del fabbisogno di specialisti per i prossimi anni.

In quest’ottica l’impegno della Fnomceo, nei prossimi mesi, sarà quello di istituire un modello standardizzato che i singoli Omceo dovranno utilizzare per aggiornare le anagrafiche dei propri iscritti con i titoli acquisiti nel post-lauream e, soprattutto, con le specifiche mansioni in concreto svolte.

Un lavoro ambizioso e complesso che, se integrato dalla necessaria collaborazione delle Regioni cui spetta l’onere di calcolare le reali esigenze occupazionali, porterà finalmente ad una programmazione adeguata e capace di garantire un futuro sereno ai cittadini ed un equilibrio lavorativo agli esercenti la professione medica.

*La laurea
abilitante*

Sempre in tema di percorsi formativi pare opportuno intervenire con urgenza su quelle che sono le tempistiche – oggi ingiustificatamente lunghe anche in relazione alle altre realtà europee – necessarie al conseguimento dei vari steps professionalizzanti, *in primis* la laurea. La riforma della cosiddetta “laurea abilitante”, da tempo auspicata dalla Fnomceo, mai come oggi vicina all’essere realizzata, consentirà – infatti – di ridurre di almeno sei mesi l’ingresso dei giovani medici nel mondo del lavoro.

Passando, invece, ad analizzare il percorso post-lauream, notevoli sono le novità introdotte dal DM 04 febbraio 2015 n. 68; una riforma degli ordinamenti delle Scuole di Specializzazione che, laddove correttamente applicata, potrebbe emendare molte delle attuali criticità: l'implemento degli aspetti professionalizzanti (elevati al 70% del percorso formativo) e l'estensione delle reti formative al mondo ospedaliero (ove la frequenza non potrà essere inferiore al 20%) sin dai primi anni, sono – tra i tanti – gli aspetti cardine di questo rinnovamento.

Servirà, tuttavia, verificare che quanto sopra sia in concreto posto in essere. Gli organi preposti al controllo, infatti, quali gli Osservatori Regionali della Formazione Medica Specialistica, sono oggi spesso assenti o comunque non sufficientemente in grado di verificare la corretta applicazione delle normative, nonostante gli indicatori di qualità delle scuole di specializzazione di area medica siano già previsti da apposito DM.

Ma vi è di più. Del tutto carente è l'integrazione con il territorio, essendo le reti formative limitate a casistiche pressoché esclusivamente ospedaliere ed universitarie; analogamente insufficiente è l'insegnamento delle “non technical skills” (Management, Global Health, Leadership, comunicazione, etc) così come inaccettabili sono i costanti e ripetuti ritardi nell'indizione dei concorsi di specializzazione.

Questi aspetti suggeriscono l'opportunità di integrare l'iter di rinnovamento del sistema formativo iniziato nel 2015, senza – tuttavia – doverlo stravolgere nuovamente prima che sia entrato in vigore a pieno regime.

In questo senso non sembra condivisibile quanto auspicato nella bozza di disegno di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane ex art. 22 del “Patto per la Salute”, laddove si introduce la possibilità di un inserimento degli specializzandi degli ultimi due anni all'interno dei Ssr

e del Ssn; una frequenza dei medici in formazione nelle strutture accreditate ospedaliere, infatti, è – come detto – già stato previsto dal DM 68/2015, peraltro non solo nell'ultimo biennio bensì durante tutto il corso di specializzazione.

*Il capitolo della
formazione in
Medicina
Generale*

Da ultimo, ma non certo per importanza, vi è il grande e cruciale capitolo della Medicina Generale; un settore in cui non si può non sottolineare come – in questi ultimi anni – vi sia stato un notevole incremento della burocrazia, imposta da una politica che – paradossalmente – costringe il medico ad attenersi a dei decreti per esercitare la propria professione. Un medico a tratti dequalificato e spesso non valorizzato in maniera idonea, che già a partire dal corso di formazione è scoraggiato nell'accettare una professione che presenta tutele inferiori rispetto a quelle esistenti per le Scuole di Specializzazione. Per tale motivo la Medicina Generale è una branca sempre meno scelta, con la conseguenza che avremo una forte carenza di mmg nel prossimo decennio.

Pur in questo difficile contesto, la Medicina Generale di oggi richiede un sempre più ampio bagaglio di competenze: apre così le porte alla Slow Medicine e si affaccia – per la prima volta – nella ricerca scientifica. Tutto ciò diventa fondamentale nell'ottica di un futuro che presenta sempre maggiori sfide tra cui si segnalano la medicina difensiva, l'aumento delle cronicità e la tecnologia che avanza.

Conclusioni

Alla luce di tutto questo, solo tenendo in mente il concetto del *to care*, quale obiettivo principale della professione medica, sarà possibile avere sempre meno medici manager e più medici animati dall'amore per la loro professione.

ICT e sanità elettronica

Silvestro Scotti

presidente Omceo Napoli

IN ITALIA, A DIFFERENZA DI QUANTO si possa immaginare, c'è stato uno sviluppo rapido della sanità elettronica, ma le ricadute applicative avvicinano questo ambito di ricerca più alle valorizzazioni economiche riferite all'assistenza che alla definizione di strumenti di supporto del medico o dell'operatore sanitario. Per esempio, la telemedicina si sta espandendo molto ma questo modello va ancora ben chiarito rispetto ai parametri di prestazione: è evidente infatti che nei nomenclatori regionali non sono previste né valorizzate le prestazioni telemediche, ponendole perciò in una condizione di assimilabilità alle prestazioni in presenza senza nemmeno ottenerne il vantaggio di una migliore economia di scala (centralizzazione dei referti, e diffusione territoriale della prestazione).

*Sanità elettronica:
uno strumento per
la salute o solo un
vantaggio
economico?*

Sembra quindi che lo sviluppo della sanità elettronica, oggi in crescita in particolare negli atti medici di prescrizione e certificazione dematerializzate, sia più legato all'art. 81 (equilibrio della finanza pubblica) che all'art. 32 (diritto alla Salute) della Costituzione: una battuta per dire che la questione della nuova tecnologia si appresta ad essere appannaggio più del ciclo economico che non una estensione del diritto della tutela di salute. Questo aspetto evidentemente rischia di alterare il rapporto tra medico e paziente: il processo dei flussi dei dati, così come viene impostato oggi, non tiene conto del ruolo di una professione intellettuale quale è quella medica: infatti nel momento in cui in Italia si usa la codifica delle diagnosi cosiddetta ICD-9-CM nell'elaborazione di un ragionamento diagnostico, è chiaro che la classificazione sovrasta il ragionamento intellettuale su cui invece si basa sempre la diagnosi. Cioè, *l'approccio informatico costringe ad un codifica dei dati senza un apprezzamento intellettuale* nonostante le scelte diagnostiche e terapeutiche siano sempre più determinate dalle evidenze clinico-scientifiche basate su dati digitali (*N.d.R. La classificazione ICD-9-CM è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche*).

*ITC tra mercato,
professione medica
e bisogni di salute*

Sul delicato tema della *privacy* è necessario poi ricordare che i flussi di dati stanno oggi assumendo una mobilità che deve essere chiarita e maggiormente sistematizzata: ad oggi il cittadino non ha l'*empowerment* positivo alla sanità elettronica ed è quindi importante che possa conoscere le procedure ed avere un accesso diretto ai propri dati così come viene riportato nel nuovo Regolamento europeo. Questo criterio vale anche per il campo delle App sanitarie che in Italia, ma è un problema di dimensione internazionale, spesso non sono validate dall'istituzione sanitaria ma progettate e predisposte a fini di pro-

duzione di servizi *on-line for profit* creando un consumo di sanità piuttosto che una vera azione di prevenzione e di indirizzo agli stili di vita. Quindi in sé il prodotto non nasce ad uso del paziente o dell'operatore sanitario, attraverso un'analisi dei bisogni e delle ricadute, ma è finalizzato al mercato, al consumo. Questo modello è chiaro che non può essere sufficiente: ci vuole invece una reale conoscenza della professione in cui si calano questi strumenti e soprattutto tutti gli strumenti che producano informazioni sanitarie o potenzialmente utili alla salute dovrebbero tener conto anche delle possibili implicazioni deontologiche conseguenti per il medico che le intercetta. Lo sviluppo delle applicazioni informatiche in sanità dovrebbe essere affiancato da competenze specifiche che mettano a fuoco gli elementi tecnologici per una reale utilità per il paziente, per il medico e per tutte le professioni sanitarie, con un approccio intellettuale e non statistico o classificatorio.

Fnomceo vuole lavorare alla creazione di un *albo di consulenti medici esperti della trasferibilità degli applicativi informatici a supporto della buona pratica clinica e gestionale del futuro medico* proprio perché la salute non è sempre riconducibile a processi informatici ma ha bisogno di quella quota di relazione professionale che rimane fondamentale nell'area medica.

Creare un albo di consulenti medici esperti della trasferibilità degli applicativi informatici in ambito sanitario

La Pubblica Amministrazione, ma anche tutto il mondo dei servizi, è orientato ad estendere sempre più le offerte sul web. Ne sono un esempio i portali di accesso di Inps, Inail, e quelli delle Regioni. Tra i servizi che queste sono chiamate a sviluppare il famoso FSE (Fascicolo sanitario elettronico), dove confluiranno le diagnosi, le prescrizioni, le indagini effettuate. L'accesso a tali portali è vincolato a protocolli che utilizzano il riconoscimento del professionista medico attraverso credenziali che vengono consegnate previa la presentazione di un certificato di iscrizione all'Ordine.

FSE e protezione dell'identità digitale dei professionisti medici

L'uso (come sta avvenendo) di credenziali basate su sistema di autenticazione a due fattori (User-ID e Password) è un sistema di autenticazione *debole* che rende possibile il furto di identità, e rende problematico il controllo della permanenza nel tempo della idoneità-abilitazione a svolgere le mansioni per le quali il professionista si accredita e accede.

Il futuro disegna in questo campo l'identificazione digitale degli utenti e quello dei singoli professionisti che dovranno accreditarsi attraverso un'autenticazione che li abiliti a svolgere operazioni che sono di loro esclusiva pertinenza. Su questo orizzonte si proietta il futuro degli Ordini, che dovranno accreditarsi come Attribute-Provider per garantire al sistema la possibilità di identificare il medico e/o l'odontoiatra garantendo i suoi titoli ed il mantenimento nel tempo l'idoneità alle mansioni svolte.

Fare di più non significa fare meglio

Sandra Venero

cofondatore e vicepresidente Associazione Slow Medicine
coordinatore del progetto *Fare di più non significa fare meglio -
Choosing Wisely Italy*

L'APPORTO DI SLOW MEDICINE e del progetto *Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy* alla definizione di una nuova figura di medico può essere rappresentato da questi due recenti riferimenti della professione medica, che attengono alla dimensione etica e deontologica e che vanno attuati in maniera congiunta:

1. *l'assunzione di responsabilità nei confronti di sovrautilizzo e sottoutilizzo di esami, trattamenti e procedure (appropriatezza clinica);*
2. *il dialogo e la relazione con le persone assistite e i cittadini, perché possano essere effettuate scelte informate e condivise nel rispetto dei loro valori e delle loro preferenze.*

L'*Institute of Medicine* degli USA fin dal 2001 ha messo al centro del suo rapporto *Crossing the Quality Chasm*¹, pietra miliare nel mondo della qualità in medicina, la necessità di superare tre tipologie di problemi di inappropriatezza clinica:

*Appropriatezza
clinica e uso
appropriato delle
risorse*

- il sovrautilizzo (*overuse*),
- il sottoutilizzo (*underuse*),
- lo scorretto utilizzo o errore (*misuse*)
di esami o prestazioni terapeutiche.

E nel 2002 la Carta della Professionalità Medica², codice deontologico per i medici di tutto il mondo, per la prima volta chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell’allocazione appropriata delle risorse, che sono limitate, e dell’evitare test e procedure superflue, dato che “fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri”. Fino a poco tempo fa, tuttavia, il concetto di *appropriatezza clinica* non ha ricevuto la dovuta attenzione nel mondo medico né ha trovato una adeguata applicazione pratica.

Solo recentemente è emerso con sempre maggior chiarezza dalla letteratura scientifica³ che il *sovrautilizzo* di esami e trattamenti non ha solo valenza economica di spreco, ma si può configurare come un vero e proprio errore clinico, che danneggia i pazienti sia direttamente – come nel caso delle radiazioni ionizzanti in eccesso, di molte procedure invasive, degli effetti collaterali dei farmaci – sia indirettamente attraverso falsi positivi e sovradiagnosi⁴, cui conseguono ulteriori esami e interventi chirurgici in un circolo vizioso di sovra-trattamento.

La riduzione del sovrautilizzo può inoltre permettere un impiego più appropriato delle risorse e una medicina più equa se le risorse vengono impiegate per contrastare il sottoutilizzo, cioè per pratiche che secondo prove scientifiche apportano benefici certi, ma non vengono erogate a sufficienza.

Spetta dunque ai medici e agli altri professionisti affrontare in prima persona la questione dell’appropriatezza clinica nelle sue diverse componenti, come assunzione di responsabilità, in alleanza con i pazienti e i cittadini.

Una prima iniziativa concreta in questo senso è rappresentata dalla campagna *Choosing Wisely*⁵ promossa nel 2012 da ABIM Foundation, negli USA, con la collaborazione di *Consumer Reports*, organizzazione indipendente di consumatori. L'adesione delle società scientifiche USA è stata molto alta: dopo le prime 9 liste di test e trattamenti a rischio di inappropriatazza pubblicate ad aprile 2012, risultano attualmente più di 70 le società che hanno presentato una o più liste per un totale di più di 400 pratiche⁶. E f o n d a m e n t o zione medico-paziente e il ruolo più attivo di pazienti e cittadini: la decisione circa l'effettuazione di quegli esami e trattamenti non deve essere lasciata al solo medico, ma venire il più possibile condivisa tra medico e paziente, grazie ad un colloquio in cui il medico esponga i benefici e i possibili danni del trattamento in questione e ascolti e tenga in considerazione valori, aspettative e preferenze della persona che ha di fronte.

*La campagna
Choosing Wisely
negli USA*

L'assunzione di responsabilità dei professionisti e la centralità del coinvolgimento dei pazienti sono anche le caratteristiche del progetto italiano *Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy*⁷. Dopo il lancio da parte di medicina, a fine 2012⁸, si sono associati come progetto Fnomceo, Ispasvi, l'Istituto Change di Torino, *PartecipaSalute*, *Altroconsumo*, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano: professionisti in alleanza con pazienti e cittadini, i cui referenti sono parte del gruppo di regia del progetto. A maggio 2016 hanno aderito al progetto italiano 37 società scientifiche di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti, sono state pubblicate 29 liste di pratiche a rischio di inappropriatazza per un totale di 145 raccomandazioni e ulteriori 8 liste sono già state definite; inoltre è stato elaborato materiale ad hoc per i cittadini, tra cui 11 schede in collaborazione con *Altroconsumo*.

*Fare di più non
significa fare meglio
Choosing Wisely
Italy*

Come in *Choosing Wisely USA*, al centro del progetto c'è il dialogo tra il professionista e il paziente da cui possa derivare una decisione condivisa: sono dunque da prevedere sia l'adeguato tempo per la relazione sia le competenze dei professionisti in tema di comunicazione e di counselling.

Gli stessi principi animano *Choosing Wisely International*, composto da 16 Paesi di tutto il mondo⁹, che ha tenuto il suo terzo meeting a Roma a maggio 2016.

*L'indagine sul
comportamento dei
medici italiani sulle
richieste di
trattamenti non
necessari*

L'importanza del fenomeno del *sovrautilizzo* di esami e trattamenti è emersa anche dalla recente *indagine sul comportamento dei medici italiani* di fronte alla richiesta, da parte del paziente, di esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenuti non necessari.

L'indagine, condotta in collaborazione tra Slow Medicine e Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri negli ultimi mesi del 2015, si è basata sul questionario impiegato da ABIM Foundation presso i medici USA nel 2014 e si è avvalsa della pubblicazione online del questionario sul sito Fnomceo e della adesione volontaria dei medici alla compilazione.

Hanno iniziato il questionario 4.263 medici, e 3.688 l'hanno completato.

Dai primi risultati emerge che i medici italiani sono in generale molto *consapevoli* del fenomeno del sovrautilizzo di esami diagnostici e trattamenti: per il 93% dei medici rispondenti la frequenza di test, trattamenti e procedure non necessari rappresenta un problema molto o abbastanza serio e il 44% dichiara di ricevere dai pazienti richieste di esami e trattamenti non necessari almeno ogni giorno o più volte la settimana.

Il 51% dei rispondenti indica la necessità di sicurezza tra le maggiori motivazioni di prescrizioni non necessarie, mentre il timore di sequele legali rappresenta una motivazione mag-

giore per il 33% dei rispondenti e il desiderio di assecondare il paziente è chiamato in causa da percentuali ancora inferiori. Il 79% dei medici rispondenti ritiene che il medico sia la figura con il ruolo più adatto per affrontare il problema di test, trattamenti e procedure non necessari, distanziando di gran lunga altre istituzioni: solo per il 7% lo hanno le aziende sanitarie, per il 5% il legislatore o il governo, sempre per il 5% le società scientifiche.

Infine, i medici rispondenti indicano tra gli strumenti utili a ridurre la prescrizione di esami e trattamenti non necessari: avere più tempo a disposizione per discutere con il paziente le varie opzioni (88%), poter disporre di materiale informativo evidence based preparato per i pazienti (84%), e a seguire la riforma della legge sulla responsabilità del medico (83%) e la modifica del sistema di remunerazione/sanzione (60%).

-
- 1 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001
 - 2 American Board of Internal Medicine Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246.
 - 3 Grady D, Redberg R.F. Less Is More. *How Less Health Care Can Result in Better Health*. *Arch Int Med* 2010; 170: 749-750
 - 4 Welch HW, Schwartz LM, Woloshin S. Sovradiagnosi. *Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati*. Il Pensiero Scientifico Editore 2014.
 - 5 Cassel CK, Guest JA. *Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care*. *JAMA*. 2012;307:1801-2.
 - 6 <http://www.choosingwisely.org/>
 - 7 Vernero S. *La rivoluzione del paziente e del cittadino* SaluteInternazionale.info 5 giugno 2013
 - 8 Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. *Italy's Doing more does not mean doing better* campaign. *BMJ* 2014;349:g4703
 - 9 Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA; *On behalf of the Choosing Wisely International Working Group*. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167-174.

Accountability, advocacy

Rodolfo Vincenti

presidente di *Fondazione Chirurgo e Cittadino*

NON SI PUÒ NON PRENDERE ATTO di come nell'ultimo decennio sia avvenuta una rivoluzione nella professione del medico e di come i sistemi sociali e sanitari siano profondamente cambiati; tale situazione ha inciso profondamente nella domanda del cittadino e di conseguenza nel modo in cui il medico è tenuto ad esercitare la professione.

Accountability nella professione medica

L'aspetto maggiormente rilevante, che ripensa quanto la consuetudine passata ci ha sottoposto, è la necessità del dover "render conto", sia come individuo singolo che come gruppo di lavoro, rispetto, non solo alla performance e agli outcomes, ma anche agli strumenti messi in atto per ottenerli (*accountability*).

Accountability nella professione significa essere chiamati a rispondere del proprio operato fornendo informazioni su che cosa si fa, motivando le scelte, per garantire standard di qualità ragionevoli. In buona sostanza rappresenta il diritto alla co-

noscenza, attraverso il quale ridare fiducia a una alleanza, tra medico e cittadino, che oggi è al minimo storico. L'accountability disciplina il rapporto tra operatore sanitario e malato, privilegia la interazione e la condivisione e, in ultima analisi, risponde alla domanda di salute del paziente, rendendo il cittadino protagonista del proprio percorso di assistenza sulla base di scelte libere e consapevoli (empowerment). Quindi non semplicemente *performance* ma anche responsabilità sociale, superando la visione economica-finanziaria e guardando maggiormente alla dimensione delle attese del malato. Nel 2003 Harber e coll. hanno tentato di definirne i principi di base (v. tab.1).

TABELLA 1 - I SEI PRINCIPI DELL'ACCOUNTABILITY

- | |
|---|
| 1. Non si è accountable se non si ha il controllo |
| 2. Non è sufficiente controllare i processi senza raggiungere gli outcomes attesi |
| 3. L'empowerment dei soggetti coinvolti è fondamentale |
| 4. L'accountability è dinamica: cambiano le situazioni, gli obiettivi, gli outcomes |
| 5. Deve coinvolgere tutti gli operatori |
| 6. È priva di senso se non conduce a conseguenze eque e appropriate |

Fonte: Harber, Bruce and Ted Ball, From the blame game to accountability in health care, Policy Options 2003;24 (10):49-54

Agli stakeholders della Salute viene richiesto inoltre l'impegno a modificare e indirizzare le politiche pubbliche che potranno avere un impatto diretto sul "benessere" dei pazienti per favorire il cambiamento sociale intervenendo sugli "attori": istituzioni, professionisti, cittadini, per modificare il loro comportamento. Quindi "tutela" e protezione dei diritti del soggetto in difficoltà, ma anche "promozione", intesa come co-progettare un assetto istituzionale e gestionale che tenga conto delle esigenze dei soggetti svantaggiati (*advocacy*);

Advocacy

A tale proposito non è superfluo ricordare come più volte e da tempo determinazioni di legge (L.833/78; art. 14 Dlgs 502/92; art. 12 del D.lgs 229/99; d. l. 163/95 su carte servizi; L. 328/2000 sui servizi sociali) abbiano ribadito l'importanza a tal fine della azione delle organizzazioni di volontariato: *“partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato nelle attività non solo relative alla “programmazione” ma anche al “controllo ed alla valutazione” dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale”* -

Il fine ultimo sarà il miglioramento della percezione della qualità del sistema, della adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici, della relazione medico-paziente (*compliance*) e, non secondariamente, della riduzione del contenzioso medico-legale. La necessità di una relazione “nuova” con il paziente/esigente deve far superare la banalità del semplice miglioramento dei comportamenti, ma deve rappresentare una discontinuità totale ed essere frutto di nuove organizzazioni del lavoro, di un Impegno Istituzionale coerente ed usufruibile, della rendicontazione sociale e responsabilizzazione degli operatori sia nelle procedure e sistemi organizzativi sia nella ricerca della malattia attraverso l'ascolto e la conoscenza del malato.

**La Fondazione
Chirurgo
e Cittadino onlus**

La *Fondazione Chirurgo e Cittadino* onlus (FCC) è nata nel 2010 su iniziativa della Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI) nella considerazione di alcuni dati ormai stabilizzati e basati su evidenze scientifiche.

Malgrado gli alti livelli assistenziali presenti in Paesi industrializzati con sistemi di welfare avanzati, gli “errori” umani e i cosiddetti “eventi avversi” (che includono accadimenti negativi privi di conseguenze fino a gravi lesioni irreversibili – tipo gli scambi di lato – o decessi) sono riscontrabili in percentuali significative (v. tab. 2).

I fattori di rischio analizzati da metanalisi, studi prospettici e retrospettivi dimostrano con assoluta certezza statistica che

la insufficiente comunicazione in equipe e con il paziente, associata alla mancanza di coinvolgimento consapevole del malato nel percorso di cura rappresenta la principale causa di insorgenza di errore e di evento avverso (v. tabb. 3, 4).

TABELLA 2 - INCIDENZA DI EVENTI AVVERSI IN AREA CHIRURGICA (%)

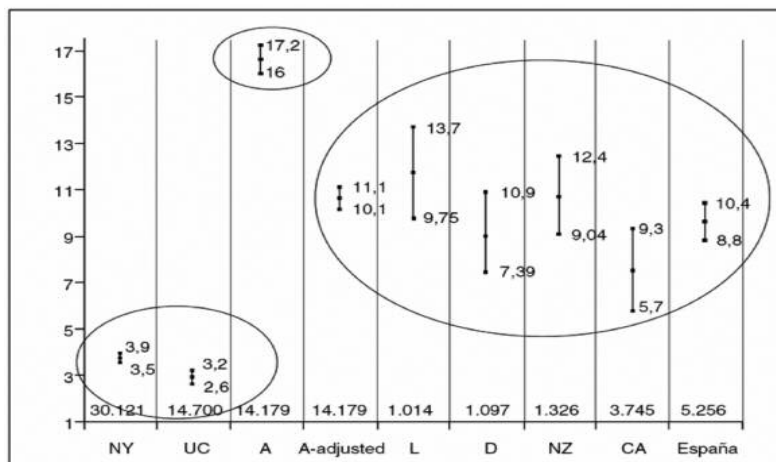


TABELLA 3 - FATTORI DI RISCHIO PER INSORGENZA DI ERRORE SANITARIO (MEDICO, TERAPIA, DIAGNOSTICA)

emergency care	OR = 1.7 // 2,5 P<0.001
hospitalization	OR = 1.6 // 2.3 “
three doctors involved	OR = 2.0, “
poor care coordination	OR= 3.9 // 5.4 “
poor doctor-patient communication	P<0.01
lack of patient involvement in care	“

Fonte: Osborn R, Squires D, *International perspectives on patient engagement: results from the 2011 Commonwealth Fund Survey*, J Ambul Care Manage. 2012 Apr-Jun;35(2):118-28.

(Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, United Kingdom, United States)

TABELLA 4 – FATTORI DI RISCHIO PER INSORGENZA
DI ERRORE

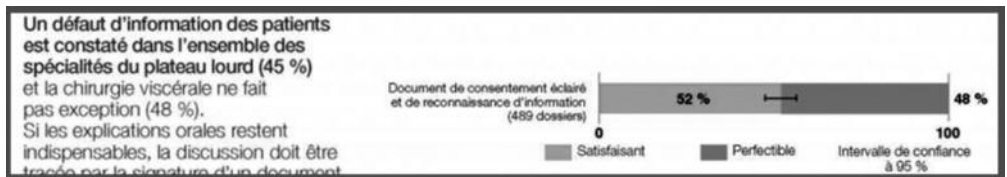
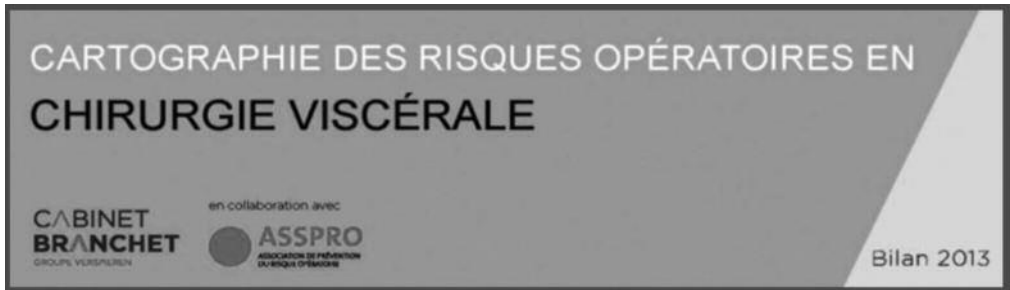
Logistic regression model	
Risk factor	Significance P<0.001
Age (>65)	yes
Education	yes
Chronic conditions (>2)	yes
Number of doctors (>3)	yes
Poor care coordination	yes
Poor doctor communication	yes

Fonte: Scobie A, *Self-reported medical, medication and laboratory error in eight countries: risk factors for chronically ill adults*, Int J Qual Health Care. 2011 Apr;23(2):182-6.10.

(including not knowing important medical history, not encouraging patient to ask questions, not involving patient in treatment decisions and not giving adequate care instructions)

In aggiunta a tali incontrovertibili dati è da segnalare che, a valle e conseguenza di molti eventi avversi, si instaurano procedimenti di rivalsa da parte del cittadino presunto danneggiato che, nella casistica di una delle maggiori compagnie assicurative di Francia, scaturiscono nel 48% dei casi dei dossier di sinistro da difetti di comunicazione (v. tab. 5)

TABELLA 5 – PERCENTUALI DI CAUSE DI LITE
BASATE SU DEFICIT DI COMUNICAZIONE



Come se tutto quanto sopra non fosse sufficiente a inquadrare la problematica esiste il dato, più volte e da più parti dimostrato, di come la qualità della assistenza sanitaria percepita dal cittadino sia notevolmente inferiore a quella realmente erogata. Alcuni sondaggi riferiscono che il 70% degli italiani ritiene abbastanza o molto probabile il rischio di incorrere in un errore medico (*Altroconsumo* 2011), mentre un sondaggio del Censis (2011) ha riportato che alle domanda “*è mai capitato a te o ad un tuo familiare di subire un grave errore medico*” il 15% ha risposto sì.

La FCC prende atto e invita a prendere atto, che il paradigma delle organizzazioni 2.0 è virato dall’era industriale a quella dell’informazione nella quale cambiamento, condivisione, empowerment sono le parole chiave che trasformano, nella Sanità del 2000, i malati da oggetti di malattia a persone con le quali stabilire una più profonda relazione di cura. Il medico, e il chirurgo in particolare, dovrà essere regista del

*L'impegno della
Fondazione*

proprio percorso professionale per approfondire le proprie competenze non solo tecniche, ma anche non tecniche (governo del rischio clinico, comunicazione, ecc.), utilizzando al meglio gli strumenti del *Continuous Professional Development* attualmente disponibili e sfruttando le numerose opportunità presenti nella disponibilità formativa per migliorare le proprie conoscenze professionali.

FCC, con il fondamentale e convinto sostegno di ACOI negli ultimi anni, anche sulla base dei risultati della ricerca nazionale *La Settimana dell'Ascolto* su “*le opinioni dei pazienti sulla qualità del ricovero, il rapporto con i medici e l'informazione sull'intervento*” eseguita grazie alla fattiva disponibilità dei colleghi di oltre 230 U.O. di chirurgia, ha posto in essere un modello di Corso di Formazione (ECM) alla Comunicazione in chirurgia, sia in equipe che con il paziente, che si avvale di docenti esperti (chirurghi, psicologi, counsellor, infermieri, risk manager) e che organizza a richiesta delle singole Aziende Ospedaliere di tutta Italia. I Corsi sono indirizzati ai medici e gli infermieri di area chirurgica.

Al momento della stampa di questa nota è in fase avanzata il progetto, con il sostegno del risk management della Regione Lombardia e di alcune Facoltà di Medicina, di analoghi moduli formativi per gli specializzandi di Chirurgia.

Conclusioni

Il cambiamento è operazione difficoltosa e densa di preconcetti negativi sulla opportunità di una nuova cultura della relazione che, attualmente sembra essere ineludibile. L'invito ad essere proattivi sulla tematica è rivolto a tutti i colleghi chirurghi che vogliono aggiungere le qualità non tecniche alle già notevoli qualità tecniche affinché possano raggiungere quella professionalità complessa e a tutto campo che sempre più insistentemente ci viene richiesta.

I Corsi sono gratuiti (gli unici nel panorama dell'ECM relativa all'argomento), per tale motivo e perché FCC possa conti-

nuare a svolgere il suo ruolo chiediamo sostegno, sia con la destinazione del 5 x 1000, sia con anche minime donazioni (con tutti i benefici fiscali che la legge consente).

Maggiori informazioni sono disponibili su www.chirurgocittadino.it.

Sintesi dei lavori della sessione

Franco Lavalle

componente Gruppo di lavoro Fnomceo
“Centro Studi, Documentazione e Ricerca”

IL COMITATO CENTRALE della Fnomceo ha dato mandato al Centro Studi di affrontare il tema dell'accREDITAMENTO delle Società Medico Scientifiche. È stato creato un gruppo di lavoro composto da Andrea Gardini, Roberto Monaco, Guido Regis, Franco Vimercati e Franco Lavalle (coordinatore). I Contributi elaborati dal Gruppo sono stati discussi in plenaria dai Componenti del Centro Studi ed è stato approntato un documento conclusivo che sarà portato all'attenzione dello stesso Comitato Centrale.

L'accREDITAMENTO delle Società Scientifiche è un argomento sul quale, da anni, si è incentrato l'interesse della Federazione e, approfittando del lavoro fatto dalla FISM (Federazione Italiana Società Mediche) si è provato ad elaborare una ipotesi di percorso, anche in virtù del fatto che il Ministero della Salute ha espresso la volontà di affidare a Società Medico Scientifiche accreditate il ruolo di elaborare Linee Guida utili all'esercizio della professione. Lo scopo della FNOMCeO è

quello di proporsi come interlocutore del Ministero per attuare la procedura di tale accreditamento e, nel contempo, di stilare un elenco delle Società Mediche perché, da un censimento effettuato dalla Federazione, risulta che in Italia il loro numero è alto e le modalità associative sono variabili.

Sono strumenti necessari per l'accREDITAMENTO:

- la presenza di un Board dedicato, all'interno della Fnomceo;
- di una direzione operativa;
- di una procedura partecipata per la scelta dei criteri e degli standard di accREDITAMENTO;
- di una procedura per l'avvio della richiesta di accREDITAMENTO da parte delle Associazioni;
- di una procedura per la formazione dei visitatori per l'accREDITAMENTO che è frutto di una verifica fra pari.

La Federazione, prima di attivare la procedura definitiva di accREDITAMENTO per la quale si propone, dovrà verificare se il processo sarà impegnativo, oneroso e, perciò, insostenibile. In attesa che il procedimento sia messo a punto e quindi istituzionalizzato, sarebbe opportuno identificare un set di requisiti minimi per poter definire un'Associazione Medico Scientifica accREDITABILE. Resta prerequisito, la "credibilità" delle Associazioni la cui forza è dovuta alla indipendenza "scientifica" nei giudizi di validità dei trattamenti ed all'autonomia nei confronti dei portatori di interessi economici. In mancanza di tale requisito le Associazioni non saranno accREDITABILI o riceveranno la revoca del pregresso conferimento.

Sono requisiti fondamentali per l'accREDITAMENTO:

- presenza di Atto Costitutivo e di Statuto con indicazione della composizione associativa, delle finalità e della mission scientifica e culturale;
- indicazione, su un format predisposto dalla Fnomceo, della

*Gli strumenti
necessari per
procedere
all'accREDITAMENTO*

*I requisiti
fondamentali per
l'accREDITAMENTO*

- sede nazionale legale con rappresentante legale, riferimenti di segreteria e loro contatti, sedi operative nazionale e regionali, indirizzi, sito web attivo;
- definizione degli Organi Statutari: Assemblea degli iscritti, Consiglio Direttivo, Collegio dei Probiviri, Collegio dei Revisori dei Conti, se previsto, Comitato Tecnico-Scientifico con presidente/direttore e modalità di funzionamento;
 - criteri di associazione ed esclusione degli iscritti;
 - diritti e doveri dei soci sotto forma di codice etico;
 - dichiarazione nello Statuto di assenza di finalità di lucro e clausola di devoluzione della disponibilità di cassa e di beni, in caso di scioglimento della Società Scientifica, ad Organismi con uguale finalità;
 - presenza di bilanci regolarmente approvati dai soci, elenco dei soci in regola, nel rispetto della privacy;
 - se trattasi di Federazione, certificazione delle Società affiliate;
 - rilevanza nazionale e territorialità, riportate nello Statuto e denominazione coerente con questo criterio; presenza di sezioni regionali, almeno la rappresentanza nel 50% delle Regioni e Province Autonome, con minimo 20 iscritti per Regione;
 - sito web attivo, con pagine di interesse generale e per le sezioni regionali;
 - le Associazioni possono essere generaliste o mono specialistiche, mono professionali o multi professionali.
- È da valutare se possano essere accreditate le Società Scientifiche a componente professionale mista, o almeno quelle a prevalente percentuale medica.

*Criticità
e possibili sviluppi*

Criticità: contrapposizione al ruolo della Federazione da parte di Società Medico Scientifiche non in grado di rispettare i criteri stabiliti per l'accREDITAMENTO; contrasto da parte di organi istituzionali non favorevoli al processo di accREDITA-

mento operato dalla Fnomceo; operazione di accreditamento economicamente onerosa e/o di difficile applicazione per la mole di lavoro.

Sviluppi: alle Società Medico Scientifiche accreditate si potrebbe chiedere:

- la formulazione di Linee Guida;
- la rivalidazione dei professionisti;
- la predisposizione di Corsi di Formazione Specialistica;
- il supporto tecnico per la Fnomceo su argomenti di pertinenza;
- altro.

Accreditamento Società Scientifiche in area odontoiatrica

Carmelo Pulella

coordinatore Commissione Affari Istituzionali CIC
(Coordinamento delle Società Scientifiche e Associazioni
Odontostomatologiche Italiane)

PARTIAMO DALLA PROPOSTA di riconoscimento delle Società Scientifiche da parte del Ministero della Salute avvenuto con il Decreto Sirchia nel 2004. L'allora Ministro volendo identificare la figura del provider ECM ideale individuò le SS come le naturali titolari della formazione post laurea. Sempre secondo il Decreto Sirchia, molti compiti di controllo e decisionali sulla identificazione delle SS mediche erano affidati alla FISM, che era ed è costituita da società prevalentemente mediche. La Corte Costituzionale ha annullato dopo due anni il decreto del Ministro della Salute accogliendo il ricorso della Provincia autonoma di Trento che aveva sollevato un conflitto di competenza, rinviando alle Regioni la gestione della materia. Di recente il Parlamento, con il decreto legge sul tema della responsabilità professionale del

personale sanitario, all'art. 3 comma 2 rievoca il coinvolgimento delle SS:

“per la preparazione di linee guida per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie”.

Precedentemente, il Ministro della salute e il presidente di Agenas si sono incontrati con rappresentanti della Fism per riattivare una collaborazione lasciata in sospeso per molti anni.

Oggi sono numerose le Associazioni che si autodefiniscono “scientifiche”, pertanto individuare quali siano quelle qualificate per poter collaborare con il Ministero della Salute potrebbe essere complesso.

Appare opportuno, quindi, definire quali siano le caratteristiche che debbano possedere e quali le funzioni da svolgere. Inoltre, va considerato che tra le varie specialità presenti nell'ambito delle professioni sanitarie, ci dovrà essere una discriminante che definisca quali siano le caratteristiche comuni per tutte le Società Scientifiche e quali siano le peculiarità che differenziano le Società Scientifiche di ciascuna professione.

Pertanto è nostra opinione, che andrebbero identificate le caratteristiche comuni che la singola Società Scientifica dovrà possedere:

- avere un sito, una sede legale, uno statuto ed un atto costitutivo pubblico con le caratteristiche della Società, definendo gli Organi Statutari come previsto per legge, con la indicazione della durata delle cariche, e che queste non siano remunerate;
- essere di rilevanza nazionale da almeno cinque anni, produrre attività di formazione residenziale e a distanza, di ricerca e/o di aggiornamento professionale con l'organizzazione di un Congresso nazionale all'anno e di corsi di formazione sul territorio nazionale;

*Le caratteristiche
necessarie per le
Società Scientifiche*

- che non abbia statutariamente fini sindacali;
- che i bilanci approvati siano pubblici e pubblicati sul sito societario;
- che non ci sia finalità di lucro e che siano previsti i revisori dei conti;
- che ci sia un codice etico a cui la Società e i soci fanno riferimento.

*Le caratteristiche
necessarie per le
Società Scientifiche
odontoiatriche*

Le caratteristiche di branca per le Società Scientifiche odontoiatriche potrebbero essere:

- un'offerta formativa scientificamente provata, perché prodotta da relatori affiliati e certificati dalle Società Scientifiche stesse;
- essere coinvolti nella produzione di protocolli e/o attività di prevenzione per la popolazione;
- di consentire l'accesso alle cariche sociali a quei soci che hanno diritto al voto;
- di poter essere a componente societaria mista, odontoiatra-odontotecnico-igienista;
- di poter essere di natura interdisciplinare e interprofessionale

Su questo tema certamente l'istituzione di un tavolo di lavoro specifico potrebbe essere strategico per considerare i numerosi aspetti del problema, con il contributo di tutte le componenti coinvolte. La Federazione Nazionale Fnomceo dovrebbe farsi carico della raccolta delle domande di iscrizione, della verifica dei requisiti, potrà porre delle prescrizioni, e successivamente procederà all'iscrizione in un apposito albo pubblico.

Dovrà essere istituito un organo di verifica che, con cadenza triennale, confermerà o meno l'iscrizione all'albo e avrà la possibilità di rivedere i requisiti di inclusione all'albo delle Società Scientifiche. Nel caso di perdita dei requisiti, la società verrà cancellata dall'albo delle Società Scientifiche entro un termine da definire.

WORKSHOP 2 QUALE PAZIENTE

SESSIONE A	Ambiente e salute moderatori: Raimondo Ibba, Gennaro Barone
SESSIONE B	Medicina di genere quale paradigma della medicina personalizzata moderatrici: Teresita Mazzei, Anna Maria Celesti
SESSIONE C	Evoluzione della società e nuovi bisogni di salute moderatori: Giuseppe Lavra, Salvatore Onorati
SESSIONE D	Relazione di cura e gestione della complessità moderatori: Fabrizio Consorti, Simona Gasparetti, Salvatore Amato

Il medico come garante della tutela della salute

Emanuele Vinci

presidente Omceo Brindisi

coordinatore Gruppo di lavoro Fnomceo “Professione, Salute, Ambiente e Sviluppo Economico”

LA CONFERENZA DI RIMINI “Guardiamo al futuro” della Fnomceo ha riproposto l’agire professionale del medico all’interno di alcune questioni fondamentali della vita del nostro Paese, confrontandosi con un futuro che è in gran parte già attuale nel vivere quotidiano dei singoli e delle collettività.

Ad una osservazione superficiale può essere sembrata dispersiva una discussione che passa dalla necessità della formazione continua all’utilizzo razionale ed efficace delle tecnologie, dal legame indissolubile ambiente/salute alla riproposizione della prevenzione primaria anche in odontoiatria, dalla medicina di genere alla relazione di cura, dall’accreditamento delle Società medico-scientifiche ai modelli innovativi dell’organizzazione sanitaria, dal rapporto con le altre professioni sanitarie alle sempre più indispensabili équipes multidisciplinari e multiprofessionali.

In realtà c’è un sottile filo rosso che lega tutte le questioni affrontate nei tanti workshop della Conferenza: la professione medica ha come obiettivo la tutela della salute come diritto

Il medico a tutela della salute come diritto universale

universale dell'essere umano. E la salute, assieme all'istruzione e al lavoro, sono i diritti fondamentali di uno Stato democratico. "Che succede se tali diritti sono messi in discussione dalla crisi economica? Se si ritiene che tali diritti siano un lusso incompatibile con la crisi economica? Se è il mercato a decidere che tali diritti sono un lusso, in realtà si decide che la democrazia stessa è un lusso!" (Stefano Rodotà).

È indubbio che oggi la negazione quotidiana di tali diritti, determinata dalle diseguaglianze, dalle discriminazioni, dalla povertà, dal rifiuto dell'altro specie se "migrante" impone a tutti delle scelte nette e trasparenti.

Nella Conferenza di Rimini la professione medica e odontoiatrica ha ribadito con forza la sua scelta di campo: dalla parte della persona e delle popolazioni e del loro diritto alla salute e alla cura. La consapevolezza del legame indissolubile tra salute e cura comporta scelte di politica sanitaria che pongano al centro la prevenzione primaria anche per l'utilizzo ottimale delle risorse finanziarie disponibili. Grande deve essere, pertanto, l'impegno a ridurre gli inquinanti ambientali per contenere le nuove pandemie (dismetaboliche, oncologiche, cardiovascolari e neurodegenerative) e al contempo è sempre più urgente rilanciare le vaccinazioni per impedire il ritorno di pericolose epidemie del passato; lo stesso impegno per estendere a tutti i pazienti HCV positivi l'accesso alla cura va posto per la ricerca e la prevenzione dell'infezione da HCV al fine di limitare in prospettiva l'utilizzo di costose terapie.

E nel perseguire tale obiettivo "il medicus, il curante d'ogni tempo e d'ogni luogo, non ha da temere critiche di sorta. Da curante competente e disponibile, egli si propone autorevole e responsabile, e resta il punto di forza e di resistenza che regge tutto quanto il sistema" (Giorgio Cosmacini).

A me sembra una buona base di partenza per affrontare la "questione medica" (Ivan Cavicchi) e per "guardare al futuro".

Le azioni strategiche per il contrasto alle malattie attribuibili ai rischi ambientali

Antonio Faggioli

Isde Italia (Associazione Medici per l'Ambiente)

NEL 2007 FNOMCEO e Isde hanno siglato un manifesto finalizzato a sensibilizzare e valorizzare il ruolo dei medici nella promozione e protezione della salute, sostenendo interventi non solo sanitari. Pertanto è stato assunto dalle parti l'impegno a contrastare le malattie attribuibili a rischi ambientali.

Il contrasto alla insorgenza di tali malattie comporta la collaborazione dei medici con le istituzioni e con altri professionisti per l'attivazione di precise azioni strategiche: la *prevenzione primaria*, l'applicazione del *principio di precauzione*, la *partecipazione della comunità*.

La prevenzione primaria è stata definita dall'Oms "la strategia per ridurre i fattori di rischio delle malattie o per accrescere i fattori dell'ospite che possono ridurre la sua suscettibilità" (WHO, *Glossary of terms used in the "Health for All"*, Geneva 1984).

Premessa

La prevenzione primaria

La spesa in Italia per la prevenzione in generale corrisponde appena al 4,1% della spesa pubblica totale, ma la maggior parte di queste risorse è impegnata per la “prevenzione secondaria” (gli screening per la diagnosi precoce), per cui le risorse per quella primaria è stato stimato siano circa 1/3 della suddetta percentuale.

Considerati 111 miliardi previsti per la Sanità nel 2016 e ipotizzando la stessa percentuale per la prevenzione pari al 4,1%, risultano per questo anno le seguenti risorse:

- 4,55 miliardi per la prevenzione in generale;
- 3,00 miliardi per la prevenzione secondaria;
- 1,50 miliardi per la prevenzione primaria.

La prevenzione primaria ha speso per i vaccini in Italia sino a ora 310 milioni/anno, pari all'1,2% della spesa farmaceutica totale e al 2,5% di quella a carico del Ssn. Pro-capite si sono spesi nel 2011 per tutti i vaccini 5,5 euro/anno. Per l'attuazione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2016-2018 si è in attesa delle decisioni sulla disponibilità della necessaria copertura calcolata in 620 milioni/anno.

Il minore impegno nella prevenzione primaria rispetto alla secondaria può essere dovuto anche al fatto che la strategia prettamente sanitaria di questa ultima ne ha favorito il recepimento nella cultura politica e dell'opinione pubblica; viceversa non è stata parimenti recepita la prevenzione primaria in quanto:

- si caratterizza piuttosto che sul piano sanitario su quello sociale, economico e ambientale;
- non ha di conseguenza acquisito pari rilevanza nella cultura politica e nella cultura generale;
- è penalizzata dal paradosso che quanto più è efficace, tanto meno i suoi effetti positivi sono percepiti dalla comunità.

Sono caratteri distintivi della prevenzione primaria:

- 1 il suo target, costituito dalla comunità o da gruppi a rischio,

- che si propone di mantenere in salute con azioni che precedono l'insorgenza delle malattie;
2. è prevenzione primaria "individuale" quella svolta con l'informazione, la comunicazione e la educazione dei cittadini a stili di vita salutari;
 3. è prevenzione primaria "collettiva" l'adozione di provvedimenti per contrastare o abbattere fattori di rischio che sfuggono al controllo dei singoli (come quelli di origine ambientale che richiedono il particolare impegno delle istituzioni), tramite la protezione e il miglioramento dell'ambiente naturale e costruito, di vita e di lavoro, outdoor e indoor;
 4. La prevenzione primaria presenta vantaggi rispetto alle terapie:
 - evita gli elevati costi della terapia delle malattie cronicodegenerative (tra cui i tumori), solitamente a lunga latenza clinica, con patologie protratte nel tempo, non sempre curabili né guaribili;
 - produce effetti positivi in tempi non brevi, ma di maggior durata rispetto a quelli terapeutici;
 - gli effetti positivi della protezione e miglioramento dell'ambiente sono più equi rispetto a quelli terapeutici, in quanto si distribuiscono tra ampi gruppi o nell'ambito di intere popolazioni.

Il "principio di precauzione" è stato enunciato nel Trattato istitutivo della CEE del 1957 (art. 174, paragr. 2), poi ripreso dal Trattato di Lisbona dell'UE nel 2007 (art. 191).

Ha assunto particolare rilevanza politica e pubblica allorché è stato compreso nella "Parte 15" della Dichiarazione di Rio del Giugno 1992, poi ratificato dall'UE e definito nei seguenti termini:

"Quando una attività crea possibilità di fare male alla salute o all'ambiente, misure precauzionali dovrebbero

*Il principio di
precauzione*

essere prese, anche se alcune relazioni di causa-effetto non sono stabilite con certezza dalla scienza”.

Uno specifico Comunicato della Commissione dell'UE del 2 Febbraio 2000 ne ha così precisato l'applicazione:

“Il principio trova applicazione nei casi in cui una preliminare valutazione scientifica obiettiva indica che vi sono ragionevoli motivi di temere che i possibili effetti nocivi sull'ambiente e sulla salute umana, degli animali e delle piante possano essere incompatibili con l'elevato livello di protezione prescelto dalla Comunità”.

L'Oms ha precisato che “il principio di precauzione non è sinonimo di prevenzione: questa ultima riguarda ciò che è noto come rischio, la precauzione riguarda ciò che è ancora incerto e che può essere un pericolo o un rischio” (WHO 2004, *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children*).

La legislazione italiana (D. Lgs, n. 152/2006, art. 301) disciplina il principio di precauzione secondo i criteri fissati dall'UE, aggiungendo:

- l'operatore interessato, quando emerge tale rischio, deve informare sollecitamente il Comune, la Provincia, la Regione e il Prefetto che, nelle 24 ore successive, informa il Ministro dell'Ambiente;
- il Ministro dell'Ambiente ha facoltà di adottare misure di prevenzione che risultino:
 - a) proporzionali rispetto al livello di protezione che si intende raggiungere;
 - b) non discriminatorie nella loro applicazione e coerenti con misure analoghe già adottate;
 - c) basate sull'esame dei potenziali vantaggi e oneri;
 - d) aggiornabili alla luce di nuovi dati scientifici;- inoltre il Ministro dell'Ambiente è tenuto a informare il pubblico sugli effetti negativi di un prodotto o di un processo.

In concreto il principio può essere invocato quando un fenomeno, un prodotto o un processo può avere effetti potenzialmente pericolosi, individuati tramite una valutazione scientifica obiettiva anche se tale valutazione non provi con sicura evidenza un nesso causale tra il pericolo e i suoi effetti. Tre sono i principi-base per il ricorso della strategia di precauzione:

1. una valutazione scientifica il più completa possibile, anche con la determinazione del grado di incertezza scientifica;
2. una valutazione del rischio e delle potenziali conseguenze dell'assenza di azione;
3. la partecipazione di tutte le parti interessate allo studio delle misure di precauzione.

Infine la gestione del rischio contempla i seguenti principi generali:

1. la proporzionalità tra le misure prese e il livello di protezione ricercato;
2. la non discriminazione nell'applicazione delle misure;
3. la coerenza delle misure con quelle già prese in situazioni analoghe;
4. l'esame dei vantaggi e degli oneri risultanti dall'azione o dall'assenza di azione;
5. il riesame delle misure alla luce dell'evoluzione scientifica.

Purtroppo anche il principio di precauzione, come la prevenzione primaria, ha difficoltà ad affermarsi soprattutto nell'ambito politico e amministrativo, mentre inizia il suo recepimento in ambito giudiziario.

Il Consiglio di Stato (Sentenza n. 2495/2015) si è così espresso a proposito del principio di precauzione:

“La Sezione in accoglimento dell'appello principale, ritiene assorbenti le ragioni che hanno portato il Comitato VIA ad avvalersi del principio di precauzione, ragioni da sole idonee a determinare la legittimità dei giudizi negativi

emessi dal Comitato VIA in considerazione dei rischi di danni insostenibili per la Collettività locale connessi al fenomeno della subsidenza.

Come noto, il richiamato principio di precauzione fa obbligo all'Autorità competente di adottare provvedimenti appropriati al fine di prevenire i rischi potenziali per la sanità pubblica, per la sicurezza e per l'ambiente, ponendo una tutela anticipata rispetto alla fase di applicazione delle migliori tecniche proprie del principio di prevenzione.

L'applicazione del principio di precauzione comporta dunque che, ogni qualvolta non siano conosciuti con certezza i rischi indotti da un'attività potenzialmente pericolosa, l'azione dei pubblici poteri debba tradursi in una prevenzione anticipata rispetto al consolidamento delle conoscenze scientifiche, anche nei casi in cui i danni siano poco conosciuti o solo potenziali”.

*Informazione e
comunicazione per la
partecipazione*

Le norme comunitarie e nazionali richiamano il ruolo della informazione e comunicazione, preliminari all'attuazione di progetti, per promuovere la partecipazione della comunità alla difesa della salute individuale e collettiva.

Nel caso della presenza di fattori di pericolo, informazione e comunicazione ai cittadini devono tenere conto:

- a) dello stato del sistema, dei fattori di pericolo individuati, dei rischi stimati e valutati nella loro entità; delle conoscenze richieste dalla comunità;
- b) origine e descrizione del rischio;
 - b) uoi effetti ed eventuale loro cumulabilità;
 - intensità del rischio, durata, livelli di accettabilità o meno e loro misura;
 - possibilità di controllo del rischio da parte dei singoli e della comunità;
 - azioni di controllo de rischio da parte delle istituzioni previste dalle norme;

- delle conoscenze dei cittadini sulla efficacia delle possibili azioni per l'adattamento al rischio;
- d) dell'attendibilità secondo i cittadini delle informazioni ricevute; dai dati rilevati dall'Eurobarometro, la graduatoria di merito derivata dalla consultazione dei cittadini dell'UE per varie tipologie di rischi era la seguente: 1. associazioni ambientaliste, istituzioni scientifiche; 2. mass media, organi istituzionali, governi regionali; 3. scuola, università, imprese, sindacati.
- e) della percezione dei rischi.

Infine la partecipazione, che secondo G. Maccacaro (L'Unità Sanitaria come sistema. "Unità Sanitaria", ott. dic. 1972) *"non è ma diventa per forza di esercizio e non di decreto"*, deve essere un processo strutturato:

1. con la precisazione delle sedi e delle regole;
2. articolato nelle seguenti fasi: informazione, ascolto, discussione, decisioni, motivazioni delle decisioni;
3. che si svolge con i seguenti criteri:
 - partecipazione attiva dei soggetti individuali, collettivi e istituzionali;
 - informazione e comunicazione sullo stato del sistema (per es. l'ambiente) e della salute della comunità, sui problemi di interesse comune, sulla disponibilità di norme ed evidenze scientifiche, sulle politiche e gli obiettivi delle istituzioni;
 - adozione di decisioni non solo indicative delle azioni (il programma), ma anche adeguate a promuoverle (gli interventi) e a verificarne i risultati (il controllo);
 - contributo di tutti i soggetti partecipanti alla formazione delle decisioni di competenza delle istituzioni.

Il Codice di Deontologia Medica 2014 (art. 5 - Promozione della salute, dell'ambiente e della salute globale) impegna i

Conclusioni

medici a:

- collaborare all'attuazione di politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze nella salute;
- promuovere l'adozione a stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio;
- contribuire alla comunicazione sulla esposizione a rischi ambientali collettivi (*ndr*: quelli che sfuggono al controllo dei singoli).

Sono tutti obiettivi che implicano non solo la collaborazione con altre professioni interessate alla promozione e tutela della salute, ma anche con le istituzioni per adempiere ai doveri che i medici hanno nei riguardi della società:

- la promozione della cultura della salute individuale e collettiva;
- l'informazione sullo stato dell'ambiente e la comunicazione sulla esposizione a rischi ambientali;
- il giudizio sugli interventi prioritari finalizzati alla conservazione della salute;
- il contributo all'adozione di norme legislative e regolamentari funzionali alla salute;
- la promozione della partecipazione delle comunità.

Medicina genere-orientata

Giovannella Baggio

Cattedra di Medicina di Genere,
Dipartimento di Medicina Molecolare, Università di Padova
Direttore UOC di Medicina Generale,
Azienda Ospedaliera Università di Padova
Presidente del Centro Studi Nazionale
su Salute e Medicina di Genere

LA MEDICINA DI GENERE è una nuova dimensione della Medicina che studia l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociologica) sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana. Nasce dall'osservazione che molti studi hanno descritto le malattie (epidemiologia, fisiopatologia, clinica e terapia) concentrandosi prevalentemente o talora quasi esclusivamente su casistiche di un sol sesso (1). In questi ultimi anni molta energia è stata posta nel focalizzare le patologie che prevalgono nei due sessi.

Il Ministero della Salute in particolare ha portato avanti sin dal 2006 un ampio lavoro sulla salute della donna: dal cancro dell'utero e del seno alla depressione, dalla menopausa al mobbing, dalla salute riproduttiva all'osteoporosi, con importanti lavori di sensibilizzazione e di studio sia sulla popolazione che sui medici. Il 22 aprile 2016 inoltre è stata promossa una giornata sulla Salute della Donna durante la quale è stato apprestato un manifesto con molti punti che il Mi-

nistro ha firmato quale programma per i prossimi tre anni. Il primo punto focalizza la Medicina di Genere. E questo è molto importante poiché la Medicina di Genere non è la salute della donna o la salute dell'uomo.

*Medicina di
Genere: risposte
diverse*

La Medicina di Genere è lo studio delle risposte in termini di terapia, diagnostica, prevenzione da dare a quelle patologie che incidono ugualmente nei due generi e che non sono legate alle funzioni riproduttive.

Di seguito vengono riportati alcuni esempi.

Malattie cardiovascolari: sono state studiate prevalentemente nel sesso maschile e invece sono la prima causa di morte delle donne. L'infarto acuto del miocardio presenta sintomi atipici nella donna e una più elevata mortalità sia in acuto che dopo 6 mesi e anche dopo 5 anni dai by-passes aorto-coronari (2). L'ictus è in aumento nella donna (3,4). I fattori di rischio (diabete, dislipemie, fumo di sigaretta, sindrome metabolica, ipertensione) hanno un impatto diverso nei due generi (2,5).

Neoplasie solide ed ematologiche: presentano differenze sia nella prevalenza/incidenza sia nella clinica. Il cancro del polmone ad esempio nella donna dalla metà del secolo scorso a oggi è aumentato del 600%. Il metabolismo dei carcinogeni del tabacco è differente nell'uomo e nella donna e il fumo di sigaretta è più nocivo nella donna. E purtroppo le giovani donne stanno aumentando l'abitudine al fumo (1). Il cancro del colon, che incide 5 anni dopo nella donna, può avere delle caratteristiche diverse: ad esempio è più frequente nella donna la localizzazione nel colon ascendente (1).

Osteoartrosi: nella donna ha un'incidenza più elevata, colpisce contemporaneamente più articolazioni e l'entità del danno è maggiore, inoltre è importante causa di disabilità motoria. Purtroppo poco si fa per la prevenzione e riabilitazione della malattia artrosica (1).

Ci sono poi malattie in cui il genere maschile è stato trascurato. Un esempio è la **depressione**: i suicidi prevalgono nell'uomo, i sintomi descritti nel DMS V non sono adatti per identificare la diagnosi di depressione nel genere maschile. Inoltre anche l'uomo sviluppa **osteoporosi** anche se con qualche anno di ritardo rispetto alla donna (1). Quando l'uomo frattura l'anca ha una mortalità più elevata della donna. Inoltre poche densitometrie ossee vengono eseguite sugli uomini e i valori normali di riferimento (ottenuti sulle donne) non sarebbero adatti per giudicare la condizione dell'osso dell'uomo.

Nell'era della conoscenza del genoma umano, la Medicina di Genere è una grave lacuna del sapere scientifico in particolare medico a livello mondiale. La Medicina di Genere è dunque una nuova emergenza. Le donne vivono più a lungo, ma tutto quello che guadagnano sull'uomo è malattia e disabilità.

**SPETTANZA DI VITA (SV)
E ANNI DI VITA SANA (AVS) A 50 ANNI**

	Uomini		Donne	
	SV	AVS	SV	AVS
AUSTRIA	29.08	14.53	33.70	15.66
FRANCIA	29.57	18.01	35.37	19.74
ITALIA	30.37	20.63	35.31	20.86
GERMANIA	28.96	13.56	33.41	13.55
OLANDA	29.14	20.21	33.28	20.41
PORTOGALLO	28.12	14.90	32.92	12.67
SPAGNA	28.48	19.16	35.02	18.62
SVEZIA	30.28	20.22	34.05	20.31
REGNO UNITO	29.46	19.74	32.69	20.78

Jagger et al Lancet (2008) 372: 2124-2131

È necessario un lavoro inter e multidisciplinare, sono necessarie nuove risorse e ricerche oltre alla sensibilizzazione del mondo medico e della popolazione.

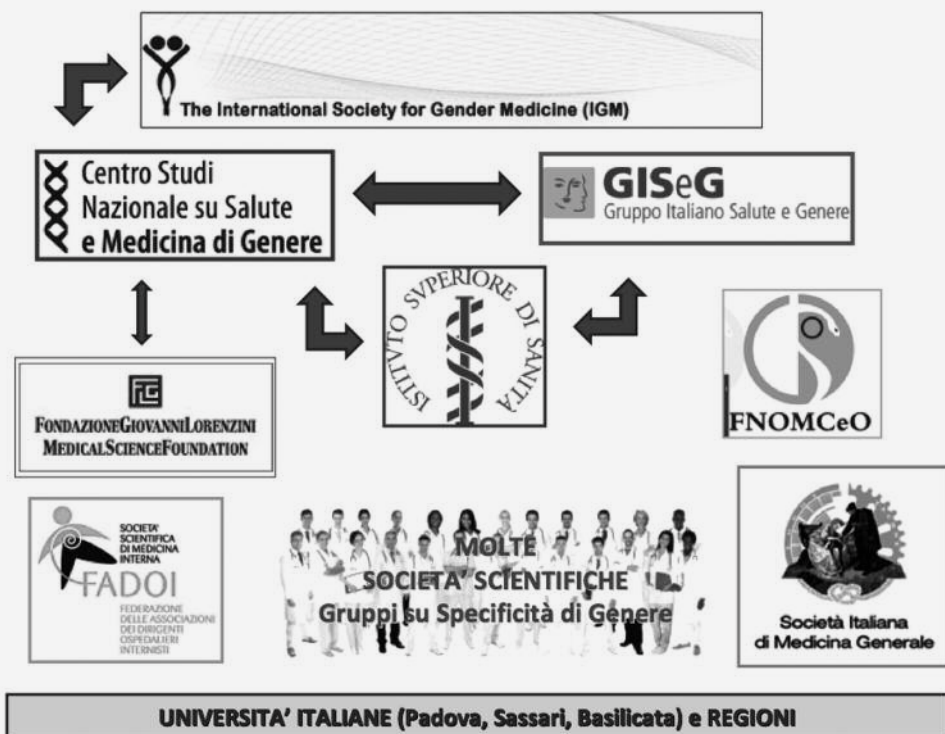
*Come si sta facendo
strada la Medicina
di Genere a*

Quali i maggiori impulsi alla Medicina di Genere in questi ultimi decenni? La Conferenza Mondiale sulle Donne di Pechino nel 1995 ha messo a punto una piattaforma d'azione nella quale per la prima volta si parla di salute delle donne e discriminazione della ricerca medica. Da allora l'OMS passando dal concetto di *Women in Development* a *Gender and Development* inserisce la Medicina di Genere nell'*Equity Act* e fonda il *Department of Gender and Women Health* ed il *Gender Mainstreaming*.

La situazione in Italia in questi decenni si è molto evoluta in termini di attenzione alla salute delle donne, ma solo da poche anni si parla di Medicina di Genere. Nel 2012 il Parlamento ha approvato all'unanimità una Mozione sulla Medicina di Genere. Dal 2013 ad oggi sono state depositate in Parlamento tre proposte di Legge sulla Medicina di Genere. Il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, insieme alla Fondazione Giovanni Lorenzini, all'Istituto Superiore di Sanità, al Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG), in questi anni ha organizzato numerosi Congressi e Corsi sulla Medicina di Genere che hanno contribuito a creare una rete molto attiva in questo campo insieme ad alcune Università, Regioni e Società Scientifiche (6).

A Padova dal 2013 è attiva una Cattedra di Medicina di Genere. È importante tuttavia che l'insegnamento delle differenze di genere di fronte alla prevenzione, clinica e cura delle malattie riguardi tutte le specialità della medicina e chirurgia. Dobbiamo passare quindi dal concetto di Medicina di Genere a quello di Medicina Genere-specifica (7,8).

LA RETE ITALIANA DELLA MEDICINA DI GENERE (6)



Bibliografia

- 1 Baggio G, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. *Gender medicine: a task for the third millennium*. Clin Chem Lab Med. 2013 Apr;51(4):713-27.
- 2 Laxmi SM et al *Acute Myocardial Infarction in Women*. A Scientific Statement from the American Heart Association . Circulation 2016; 133:916-947
- 3 Mozaffarian D et al. *Heart disease and stroke statistics- 2015 update: ea report from the American Heart Association*. Circulation 2015; 131:29-322
- 4 Cheryl Bushnell et al, *Guidelines for the prevention of Stroke in Women. A Statement for Healthcare Professionals from the American*

- Heart Association/American Stroke Association. Stroke* 2014; 45:1545-1588
- 5 Russo GT, Baggio G, Rossi MC, Kautzky-Willer A. *Type 2 diabetes and cardiovascular risk in women. Int J Endocrinol.* 2015;2015:832484.
 - 6 <http://www.quadernidellasalute.it/quaderni-flipbook/26-aprile-2016/index.php>
 - 7 Baggio G. *Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica. From Gender medicine to Gender-specific Medicine. [Ital J Gender-Specific Medicine.* 2015: 1: 2-5
 - 8 Ostan R, Monti D, Gueresi P, Bussolotto M, Franceschi C, Baggio G. *Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. Clinical Science* (2016) 130: 1711-1725

Differenze di genere e demenza

Carlo Gabelli

CRIC, Centro Regionale per lo studio e la cura dell'Invecchiamento
Cerebrale, Azienda Ospedaliera di Padova

IL TERMINE DEMENZA comprende diverse condizioni patologiche che causano una disabilità di tipo cognitivo: dalla malattia di Alzheimer, che è la forma più comune, ad altre patologie meno frequenti come la malattia con corpi di Lewy o l'encefalopatia post-traumatica. In questo momento nel nostro Paese soffrono di demenza circa un milione di persone con rilevanti effetti non solo sanitari, ma anche sociali ed economici. I dati epidemiologici mostrano che, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, la prevalenza della demenza è in crescita in modo preoccupante. A livello mondiale, il numero di persone con demenza è stato stimato essere nel 2013 di 44.3 milioni di persone, che diventeranno 75.6 milioni entro il 2030 per crescere ulteriormente nel 2050 a 135.5 milioni con un incremento del 205%.

La demenza di Alzheimer (DA) è la patologia largamente prevalente tra le diverse forme di demenza ed è fortemente influenzata dall'età. Dopo i 65 anni la prevalenza di DA tende

a raddoppiare ogni cinque anni di età raggiungendo una prevalenza media di oltre il 20% dopo gli 85 anni.

La differenza di genere nella demenza di Alzheimer

Sin dai primi dati epidemiologici è emerso che il numero di donne colpite da DA è maggiore rispetto ai maschi, tuttavia la ricerca sulle differenze di genere è relativamente recente e limitata, attribuendo semplicisticamente questa disproporzione ad una diversa sopravvivenza tra i due sessi. Appare evidente invece che una serie di altri fattori sono in grado influenzare la diversa prevalenza ed espressione della malattia nell'uomo e nella donna.

Lo sviluppo e funzione cerebrali sono fortemente modificati sia dal sesso, inteso come diverso corredo cromosomico XX o XY ed effetto degli ormoni gonadici, sia dal genere inteso come influsso degli aspetti psicosociali e culturali. Questi effetti iniziano in età perinatale e si prolungano per tutta l'esistenza dell'individuo. Recenti studi di Ingahlalikar et al hanno dimostrato come i sistemi di connessione, denominati connettomi, siano profondamente diversi nei due sessi: i cervelli maschili sono impostati per una comunicazione intra-emisferica mentre quelli femminili inter-emisferica. Tali osservazioni suggeriscono che il cervello maschile in età adulta sia strutturato per facilitare la connessione tra percezione e attività motoria coordinata, mentre il cervello femminile per facilitare la comunicazione tra processi analitici e intuitivi. Questi dati strutturali trovano parallelismi nelle analisi delle performance cognitive. I due sessi mostrano significative differenze: ad esempio i maschi adulti mostrano mediamente una miglior risposta nei test di memoria spaziale, mentre le femmine eccellono nelle risposte ai test di fluenza verbale e localizzazione degli oggetti. Nella donna queste risposte sono ulteriormente modulate dallo stato ormonale legato al ciclo mestruale e all'attività dei farmaci estroprogestinici.

Come accennato prima la prevalenza della DA è significativamente maggiore nelle donne. Negli Stati Uniti quasi due terzi dei malati con DA sono donne. Ma la misura dell'incidenza è un parametro più accurato dell'esposizione a una data patologia. I dati epidemiologici di incidenza hanno mostrato in passato risultati contraddittori: alcuni studi non rilevavano una differenza di genere mentre altri confermavano una maggiore incidenza nelle donne, specie nelle coorti di età più avanzata. Già nel 1998 Gao et al hanno condotto un'ampia metanalisi che conclude che il rischio di DA nella donna è aumentato rispetto all'uomo di 1,6 volte.

Nello studio epidemiologico di Framingham è stato possibile raccogliere dati longitudinali nel corso di alcuni decenni e si è potuto misurare il rischio di esposizione alla malattia nell'arco dell'intera vita. Si è evidenziato che le donne presentano un rischio quasi doppio di ammalarsi di DA: all'età di 65 anni è pari di a 17,2% rispetto al 9,1% nei maschi e all'età di 75 anni è pari al 18,5% contro il 10,2% nell'uomo. In un altro studio longitudinale su soggetti affetti da *Mild Cognitive Impairment* Lin et al (2015) hanno osservato che nell'arco di 8 anni le donne mostrano una progressione di malattia marcatamente più veloce rispetto ai maschi e che l'andamento della perdita delle facoltà cognitive era molto influenzata dal polimorfismo di apoE.

Una prima risposta alla domanda sulle cause della diversa espressione della malattia è stata ricercata negli ormoni sessuali. Essi esercitano un effetto neurotrofico nel corso di tutta l'esistenza dell'individuo. Gli estrogeni endogeni hanno un'azione protettiva verso la DA agendo a diversi livelli: migliorano la perfusione cerebrale e il metabolismo del glucosio, aumentano la formazione delle connessioni sinaptiche e anche le concentrazioni di acetilcolina a livello dell'ippocampo risultano più elevate. Con l'invecchiamento si assiste ad una riduzione

degli ormoni gonadici. Nell'uomo la riduzione del testosterone è molto graduale mentre nella donna dopo la menopausa la riduzione degli 17-beta estradiolo e progesterone è rapida. Nelle donne che sono sottoposte a ovariectomia bilaterale prima della menopausa presentano una brusca riduzione di estrogeni, progesterone e testosterone e presentano un rischio di DA raddoppiato. Tuttavia se viene attuato un trattamento ormonale sostitutivo tempestivo che si prolunga sino all'età della menopausa naturale tale eccesso di rischio viene annullato. Le esperienze delle diverse sperimentazioni con trattamenti ormonali sostitutivi hanno dimostrato che la terapia estrogenica non è sempre positiva, ma è di fondamentale importanza il tempo dell'intervento. L'uso di estrogeni può risultare addirittura dannoso se attuato tardivamente rispetto alla menopausa. Un trattamento entro cinque anni dall'insorgenza della menopausa è in grado di ridurre il rischio per DA del 30%, come dimostrato nel Cache County Study.

Un secondo elemento biologico rilevante è legato al polimorfismo del gene APOE. La apolipoproteina E (apoE) agisce come un trasportatore di colesterolo e beta amiloide tra le cellule del sistema nervoso centrale e la barriera ematoencefalica. L'allele $\epsilon 4$ del gene APOE è il principale fattore di rischio genetico per la malattia di Alzheimer a insorgenza tardiva: soggetti portatori di $\epsilon 4$ sono esposti ad un maggiore rischio di malattia ed a una insorgenza anticipata.

Studi epidemiologici longitudinali e metanalisi di dati condotti in popolazioni diverse hanno potuto evidenziare che nel sesso femminile il rischio conferito da $\epsilon 4$ è molto maggiore rispetto al maschio.

Gli effetti biologici del polimorfismo possono essere evidenziati a vari livelli. Donne con $\epsilon 4$ mostrano uno spessore corticale inferiore rispetto al corrispondente maschile, volume ippocampali inferiori e livelli di proteina Tau liquorale superiori.

Un terzo aspetto riguarda i fattori ambientali. Educazione scolastica, attività lavorativa, dieta ed esercizio fisico sono fortemente influenzati dagli aspetti sociali legati alla identità di genere.

Bassi livelli di scolarità e attività lavorative più semplici si associano in modo significativo con un maggiore rischio di DA. Gli stili di vita di tipo intellettuale (educazione scolastica, occupazione lavorativa e attività intellettuali attuali) spiegano oltre 10% della variabilità nelle performance cognitive. Tutti questi fattori sono connessi al concetto di “riserva cognitiva”. Il meccanismo per cui persone con bassa educazione sono più esposte al rischio di malattia è legato a una ridotta riserva cognitiva.

Le donne anziane di oggi hanno in genere un’inferiore riserva cognitiva rispetto ai maschi, principalmente a causa delle minori possibilità di accedere all’educazione scolastica e di ottenere lavori qualificati nel secolo scorso.

In diversi paesi occidentali è stato osservato che il tasso annuale di incidenza di DA mostra negli ultimi anni una riduzione. Il dato, sicuramente positivo, è stato attribuito alle politiche di prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolari. Sarà interessante valutare se e come le politiche di promozione sociale verso le donne (accesso all’istruzione e al lavoro) potranno modificare il rischio di malattia negli anni futuri.

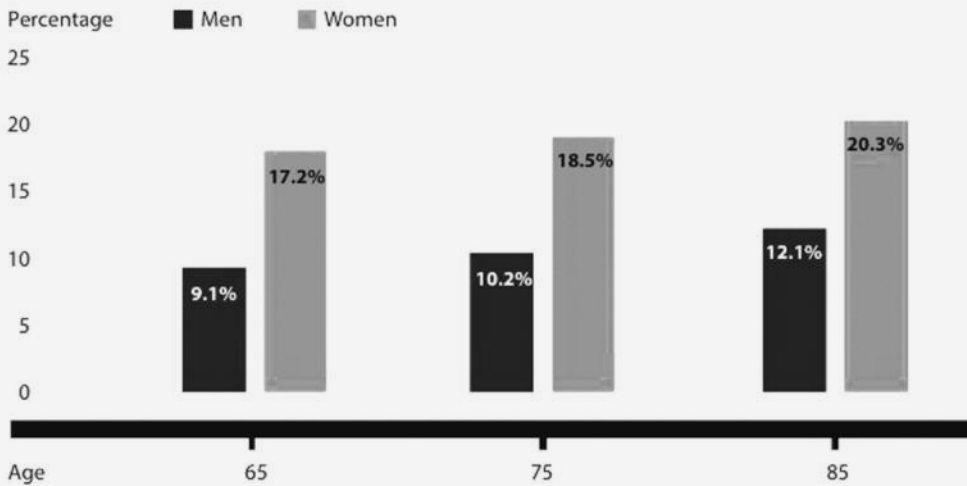
Bibliografia

- Ingalhalikar M, Smith A, Parker D, Satterthwaite TD, Elliott MA, Ruparel K, et al. *Sex differences in the structural connectome of the human brain*. Proc Natl Acad Sci U S A 2014 Jan 14;111(2):823-8.
- Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. *The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a*

- meta-analysis*. Arch Gen Psychiatry 1998 Sep;55(9):809-15.
- Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Au R, Kannel WB, et al. *The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study*. Stroke 2006 Feb;37(2):345-50.
 - Damoiseaux JS, Seeley WW, Zhou J, Shirer WR, Coppola G, Karydas A, et al. *Gender modulates the APOE epsilon4 effect in healthy older adults: convergent evidence from functional brain connectivity and spinal fluid tau levels*. J Neurosci 2012 Jun 13;32(24):8254-62.
 - Gabelli C, Codemo A. *Gender differences in cognitive decline and Alzheimer's disease*. Ital J Gender-Specific Med 2015; 1: 21-28

STUDIO FRAMINGHAM. ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIA DI ALZHEIMER NELL'ARCO DELLA VITA NEI DUE SESSI NELLE DIVERSE FASCE DI ETÀ.

Da Seshadri et al. 2006, modificato.



Differenza di genere nelle malattie respiratorie croniche

Anna Maria Moretti

Direttore U.O. Complessa Malattie Apparato Respiratorio,
Policlinico di Bari

LE MALATTIE RESPIRATORIE costituiscono oggi uno degli ambiti di indagine più interessanti rispetto alle differenze di genere. Attualmente disponiamo di numerosi studi che evidenziano sia in America che in Europa, una “femminilizzazione” di molte patologie che prima erano prevalente appannaggio del sesso maschile.

Il riscontro di differenze di genere in ambito respiratorio è presente già nel corso della vita fetale: sono infatti descritte nei due sessi significative differenze in termini di sviluppo embrionale, caratteristiche anatomiche ed aspetti funzionali. Alcuni indici indiretti di sviluppo polmonare evidenziano infatti nei feti di sesso femminile un più avanzato grado di maturazione ed una più precoce produzione di surfattante.

In ambito di differenze di genere i *fattori di rischio* rivestono un ruolo determinante. L'abitudine tabagica, prima del 1957, costituiva una prerogativa prevalentemente maschile: in Italia

*I fattori
di rischio*

fumava solo il 6,2% di soggetti di sesso femminile a fronte del 65 % di sesso maschile. Una indagine statistica effettuata nel 2009 (DOXA/ISS-OFAD) (fig.1) ha rilevato un incremento di abitudine tabagica nel sesso femminile (18-22%); nello stesso periodo l'Istituto Superiore di Sanità stima che tale abitudine si attesta al 22,3% nelle donne a fronte del 28,9% negli uomini. La riduzione nel tempo di tale abitudine nel sesso maschile e la tendenza all'aumento nel sesso femminile (fig. 2) ha prodotto nelle donne rilevanti problemi di salute che si manifestano con significativo incremento di incidenza del tumore polmonare, deterioramento della funzione respiratoria, severità del quadro clinico delle patologie respiratorie croniche.

Tra le cause determinanti il danno da fumo è documentata una attività degli estrogeni capaci di aumentare il metabolismo della nicotina e rallentare l'eliminazione di sostanze tossiche derivate dal fumo.

*Ladifferenza
di genere
nella BPCO*

La *broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)* è una malattia respiratoria prevenibile e curabile, associata a numerose comorbidità extrapolmonari che contribuiscono a determinarne il livello di gravità. È caratterizzata da persistente ed evolutiva ostruzione al flusso legata a rimodellamento delle vie aeree ed enfisema determinati da una abnorme risposta sia locale che sistemica delle vie aeree e del parenchima a numerose noxae esogene, tra le quale il fumo di sigaretta e l'inquinamento ambientale.

Attualmente, la BPCO presenta una prevalenza nella popolazione generale del 5-15% e costituisce la quarta causa di morte nel mondo, con una proiezione, stimata nel 2030, verso la terza posizione (fig.4) Tale patologia, secondo stime epidemiologiche dell'ultimo decennio, ha mostrato un incremento in termini di prevalenza e di mortalità più significativo tra le donne che tra gli uomini. Attualmente un'ostru-

zione bronchiale cronica moderata-severa è presente nel 14% degli uomini ed nel 6% delle donne di età superiore ai 45 anni; si ritiene che entro il 2020 sarà documentato un incremento di prevalenza pari al 50% negli uomini e al 130% nelle donne. Le cause di tale incremento sono riferibili all'incremento dell'abitudine tabagica tra i soggetti di sesso femminile, oltre che all'accesso delle donne in ambienti di lavoro tradizionalmente maschili. Infatti, numerosi studi condotti su pazienti affetti da BPCO, hanno dimostrato che, a parità di esposizione al fumo di sigaretta, le donne presentano rispetto al sesso maschile un declino più accentuato della funzione respiratoria, oltre che uno stadio più grave di patologia. Si ritiene che il minor calibro delle vie aeree e la maggiore reattività bronchiale, presenti nel sesso femminile, costituiscano le ipotesi più attendibili alla base di tale evidenza, ma sicuramente non va trascurato il ruolo degli estrogeni, capaci di stimolare a livello polmonare alcuni enzimi responsabili della trasformazione di componenti della sigaretta nella loro forma metabolicamente attiva, con conseguente liberazione di radicali liberi dell'ossigeno e danno polmonare. Le caratteristiche cliniche della BPCO differiscono nei due sessi. Le donne, anche a parità di VEMS, evidenziano una più grave sintomatologia con maggiore evidenza di tosse, produzione di espettorato, grado di dispnea e frequenza di riacutizzazioni significativamente più rilevante rispetto agli uomini. In merito al numero di ospedalizzazioni sono attualmente disponibili dati discordanti, che non confermano rilevanti differenze in termini di accesso all'ospedale, ma evidenzino nei casi di ospedalizzazione, tempi di degenza più protratti nel sesso femminile (Fig.5).

La presenza di comorbilità nei pazienti affetti da BPCO (Fig.6) determina un rilevante problema di definizione di gravità e di gestione della malattia. Le condizioni morbose più frequentemente associate alla BPCO sono le malattie

cardiovascolari, il diabete e i disturbi depressivi con significative differenze di genere per depressione ed ansia, malattie cardiovascolari.

È noto da tempo che la BPCO sia una patologia sottodiagnosticata e sottotrattata, ma recente è la evidenza che tale sottostima e inappropriatelyzza di trattamento siano più frequenti nel sesso femminile. Lo scarso ricorso alla diagnostica nel sesso femminile sembra essere legato ad un pregiudizio di base del medico, più frequentemente portato a sospettare tale patologia nel sesso maschile con un conseguente differente accesso al percorso diagnostico ed una elevata inappropriatelyzza terapeutica.

Bibliografia

- Anechino C, Rossi E, Fanizza C, De Rosa M, Tognoni G, Romero M; working group ARNO project. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and pattern of comorbidities in a general population. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2007;2(4):567-74.
- Aryal S, Diaz-Guzman E, Mannino D. Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes *N Engl J Med*, 2013;368:351–364
- Celli B, Vestbo J, Jenkins CR, et al. Sex Differences in Mortality and Clinical Expressions of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The TORCH Experience. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183:317–322.
- Chapman KR, Tashkin DP, Pye DJ. Gender bias in the diagnosis of COPD. *Chest* 2001;119:1691-1695
- Connett JE, Murray RP, Buist AS, et al. Lung Health Study Research Group. Changes in smoking status affect women more than men: results of the Lung Health Study. *Am J Epidemiol.* 2003; 157: 973–979.
- Cote CG, Chapman KR. Diagnosis and treatment considerations for women with COPD. *Int J Clin Prat.* 2009,63(3): 486 - 493.

- De Torres JP, Cote CG, López MV, et al. Sex differences in mortality in patients with COPD. *Eur Respir J*. 2009; 33: 528 – 535.
- De Torres JP et al. COPD heterogeneity: gender differences in the multidimensional BODE index *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2007, 2:151-55
- De Torres JP, Casanova C, Hernández C, Abreu J, Aguirre-Jaime A, Celli BR. Gender and COPD in patients attending a pulmonary clinic. *Chest*. 2005; 128: 2012–2016.
- Hepper PG, Shannon EA, Dornan JC Sex differences in fetal mouth movements. *Lancet* 1997; 350: 1820
- Liu S, et al. Biomass fuels are the probable risk factor for chronic obstructive pulmonary disease in rural South China *Thorax* 2007; 62: 889–97
- Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence and future trends. *Lancet* 2007; 370: 765–73
- Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, et al. Attitudes toward the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in primary care. *Arch Broncopneumol*. 2006; 42: 3–8.
- Moretti A.M., Gallone S., Parisi D., Tafuri S., Germinario C. Gender differences and hospitalization for COPD: an analysis of data from Puglia (Italy) *Ital J Gender-Specific Med* 2015; 1(2): 66-72
- Prescott E, Bjerg AM, et al. Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization of COPD: results from a Danish longitudinal populational study. *Eur Respir. J* 1997; 10(4): 822-827
- Rossi S. *I fumatori nel 2010 e 2020 e le morti fumocorrelate*. OSFAD. Istituto Superiore di Sanità. www.iss.it/binary/pres/cont/fumatori%202010-2020.1131448004
- Silverman EK, Weiss ST et al. Gender- related differences in severe, early-onset chronic obstructive pulmonary disease. *Am J. Respir. Crit. Care Med*. 2000; 162: 2152- 2158
- Sorheim IC, Johannessen A, Gulsvik A, Bakke PS, Silverman EK, De Meo DL Gender differences in COPD *Thorax* 2010 65(6):480-485

- Soriano JB, Maier WC, Egger P, Visick G, Thakrar B, Sykes J, Pride NB. "Recent trends in physician diagnosed COPD in women and men in the UK" *Thorax*. 2000 Sep;55(9):789-94.
- Torday JS, Nielsen HC. The sex difference in fetal lung surfactant production. *Exp Lung Res* 1987; 12: 1-19
- Watson L, Vonk JM, Löfdahl CG, et al. Predictors of lung function and its decline in mild to moderate COPD in association with gender: results from the Euroscop study. *Respir Med*. 2006; 100:746–753.
- Woloshin S, Schwartz L, Welch HG. The Risk of Death by Age, Sex, and Smoking Status in the United States: Putting Health Risks in Context. *J Natl Cancer Inst*. 2008;100:845–853

FIGURA 1 EPIDEMIA DI TABACCO IN ITALIA
PERIODO 1955-2020 (ELABORAZIONE OSSIFAD-ISS
SU DATI ISTAT-PETO,LOPEZ 2009

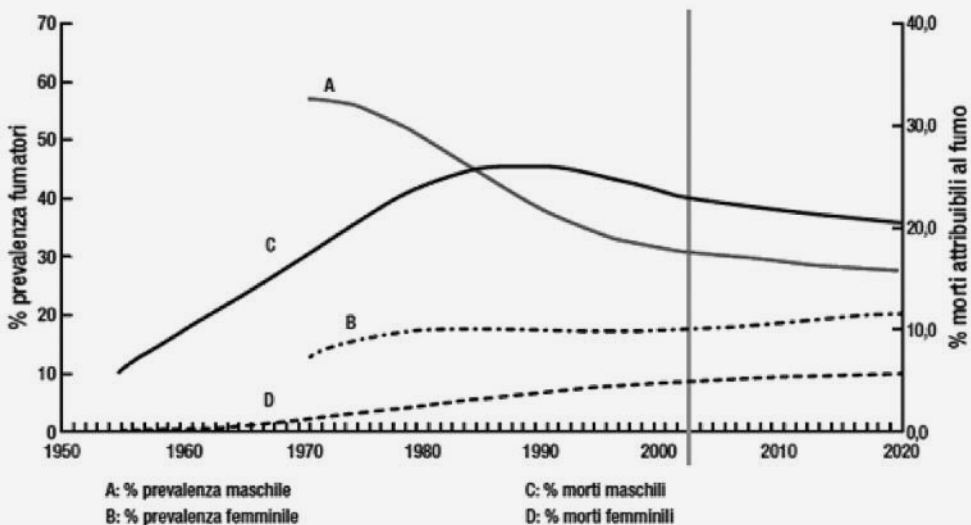


FIGURA 2 – INFLUENZA DEL SESSO SUL RISCHIO E SULLEFFICACIA DEL TRATTAMENTO DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA E SULLEFFICACIA DEL SUO TRATTAMENTO (ARYAL S ET AL, 2013).

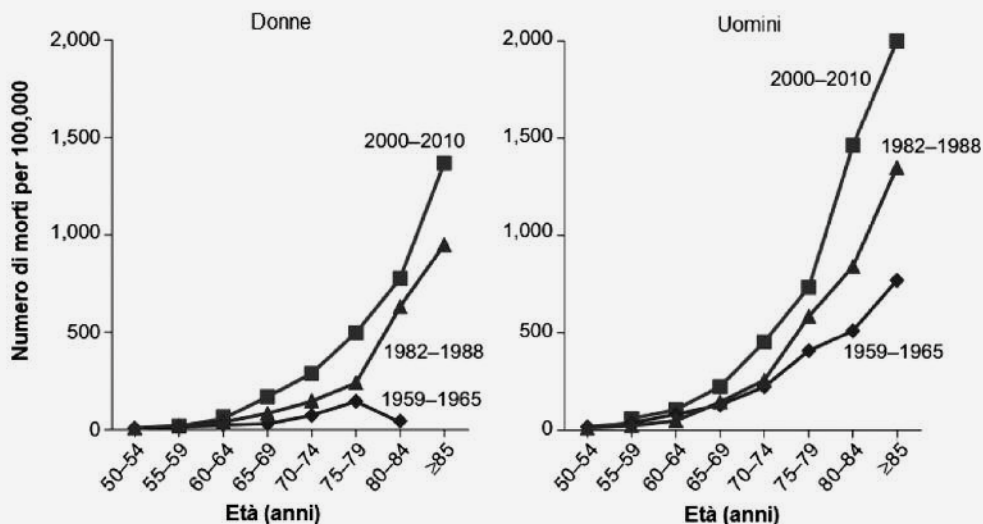


FIGURA 3 PREVALENZA DEL FUMO DI SIGARETTE (VALORI %) SECONDO LE INDAGINI DOXA CONDOTTE FRA IL 1965 E IL 2012 OSSFAD-INDAGINE DOXA-ISS 2012

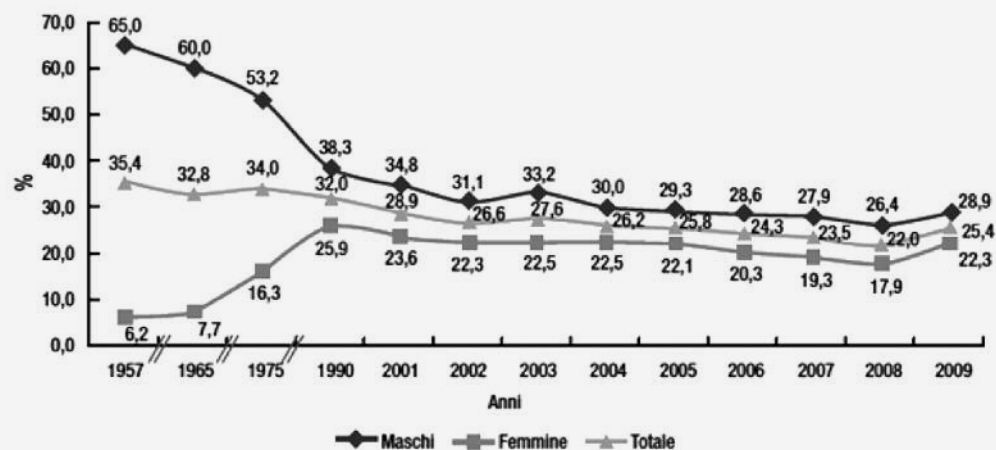


FIGURA 4 BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA,
[HTTP://WWW.WHO.INT/RESPIRATORY/COPD/EN/](http://www.who.int/respiratory/copd/en/)
 CONSULTATO IL 16 GENNAIO 2014.

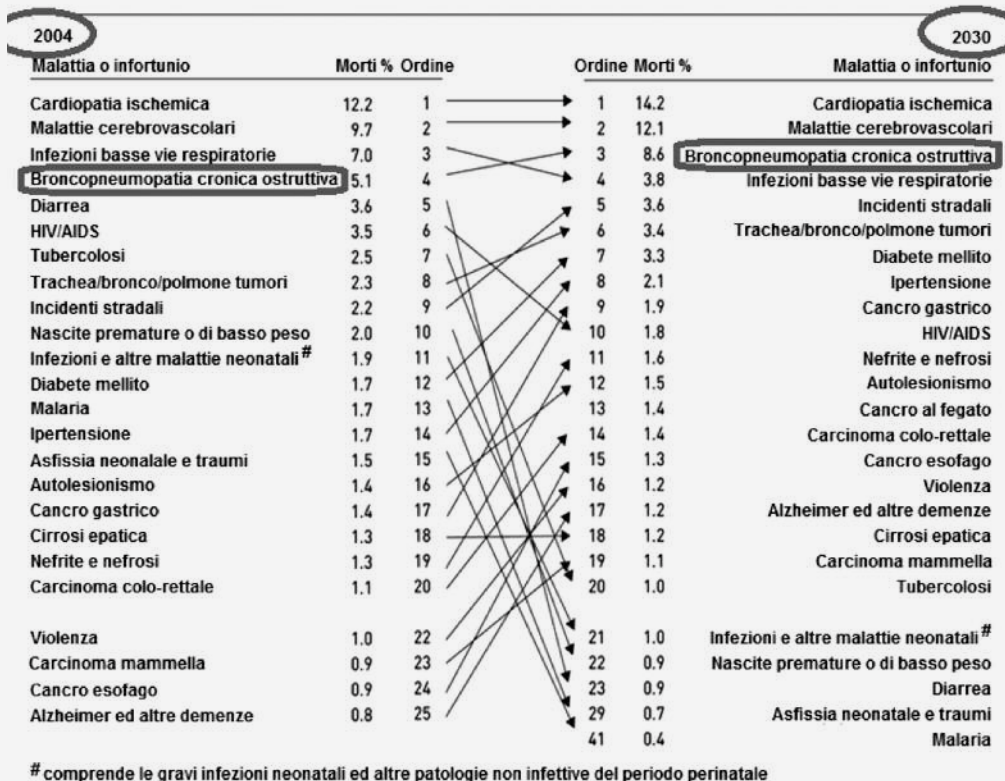


FIGURA 5 OSPEDALIZZAZIONE E DIFFERENZE DI GENERE NELLA BPCO: ANALISI DEI DATI NELLA REGIONE PUGLIA (MORETTI A.M., ET AL. 2015)

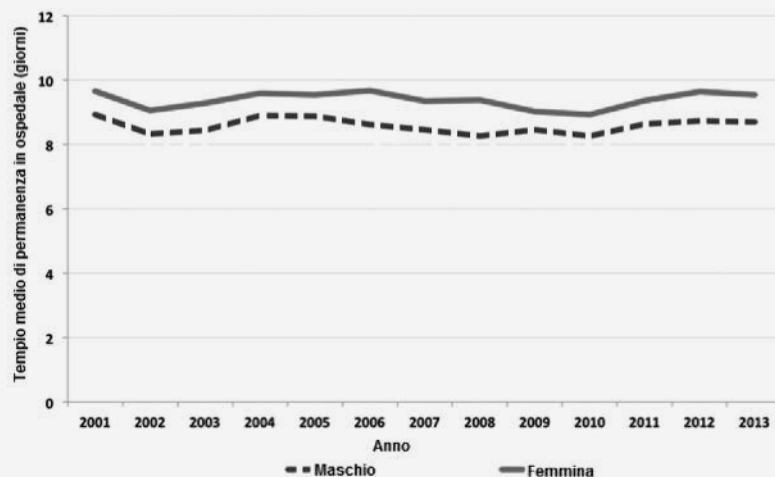
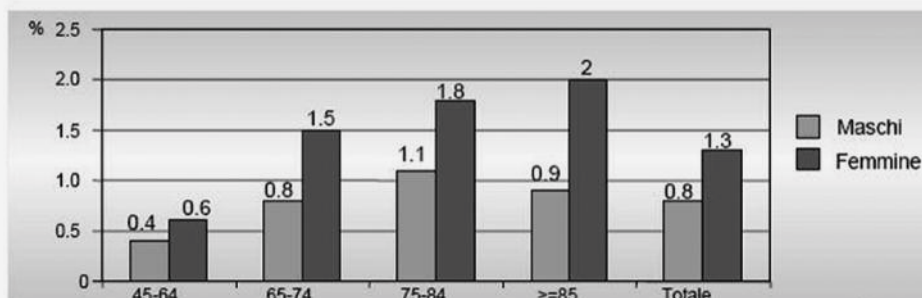


FIGURA 6 BPCO E COMORBILITÀ (>3 COMORBILITÀ)

19.168 pazienti (16%) presentano 2 su 3 delle comorbilità considerate
 1.352 (1,1%) soffrono di tutte e tre le comorbilità

Età	Pazienti	% BPCO stessa età
45-64	203	0,5
65-74	428	1,1
75-84	562	1,4
>=85	159	1,5



Scompenso cardiaco e donna

Cecilia Politi

Direttore UOC Medicina Interna P.O. Isernia,

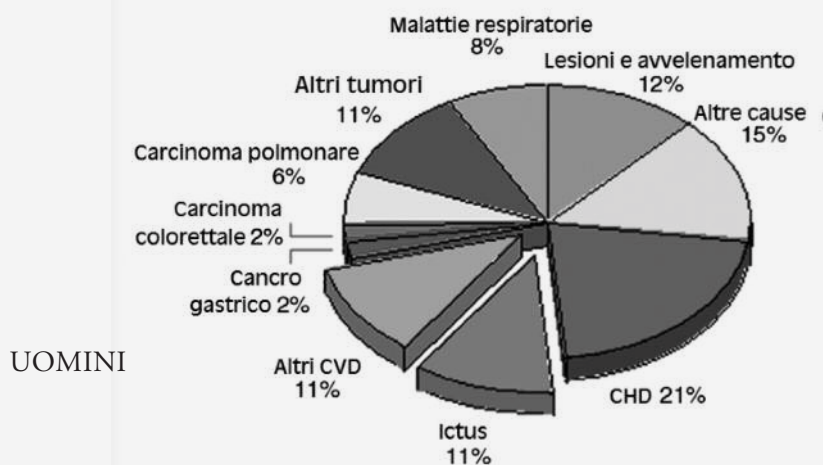
ASREM Regione MOLISE

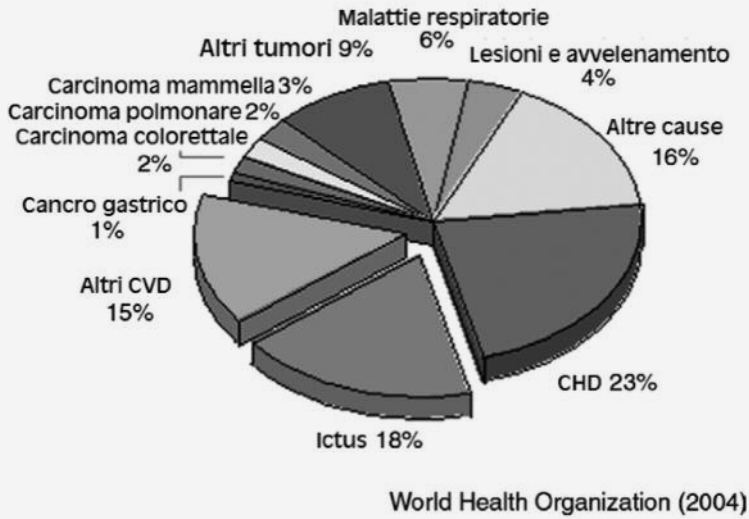
Responsabile della Area medicina di genere Fadoi (Federazione Italiana Dirigenti Ospedalieri Internisti)

Section Editor of the Italian Journal of Medicine (Section Gender Medicine)

LA MORTALITÀ cardio-cerebro vascolare in Europa è del 56% nel maschio e del 43% nella femmina (Fig. 1) e lo SCC (scompenso cardiaco) rappresenta il 35% della mortalità cardiovascolare globale.

FIGURA 1 MORTALITÀ PER GENERE IN EUROPA





La prevalenza dello scompenso cardiaco è in incremento in tutto il mondo, parliamo infatti di una “epidemia in crescita”, di una patologia che malgrado un miglioramento della sopravvivenza sia nel maschio che nella femmina grazie ai progressi terapeutici, presenta una mortalità annua che rimane estremamente elevata e costi sanitari in crescita esponenziale.¹

In Italia lo SCC è la prima causa di morte per malattia (circa 100.000 decessi/anno, più di 270 al giorno) ed è la terza causa di ricovero ospedaliero dopo il parto e la cataratta. Lo scompenso cardiaco è il primo DRG medico con oltre 200.000 ricoveri/anno (105.840 F e 99.033 M) ed un tasso standard di ospedalizzazione del 4,34 x1000. Con oltre 500 milioni di euro, lo SCC rappresenta inoltre il 3% dei costi totali del nostro Ssn per i ricoveri ospedalieri. Il rischio di ricovero per un paziente con SCC è del 25 %, la mortalità ospedaliera è del 7% ed il 45% dei dimessi viene ricoverato una seconda volta entro 6 mesi.^{2,3}

Il rapporto maschio/femmina nei pazienti con SCC evidenzia al di sotto dei 70 anni la presenza di un maggior numero di maschi, mentre oltre gli 80 anni una maggioranza femminile.²

Lo scompenso cardiaco negli uomini e nelle donne

Lo scompenso cardiaco, nella popolazione femminile presenta alcune specifiche caratteristiche (tab.1).

TABELLA 1 - SCC NELLA DONNA

LO SCC NELLA DONNA È:

- una epidemia in crescita (35% mortalità CV)
- frequentemente a frazione sistolica conservata (HFpEF)
 - correlato alla obesità
 - frequentemente complicato da FA
- prevenibile
- una patologia *quasi* esclusiva nella:
 - cardiomiopatia peripartum
 - cardiomiopatia da stress (Tako-Tsubo)
 - dopo terapia adiuvante per K mammella

Le donne con SCC sono quindi più anziane, ipertese, meno affette da cardiopatia ischemica e presentano più spesso una frazione sistolica conservata.⁴ Le femmine con insorgenza di SCC recente presentano una frazione sistolica conservata (HFpEF, EF >45 %) da 2 ad 8 volte in più rispetto ai maschi.⁵

Un altro aspetto da sottolineare è la correlazione con l'obesità, con un chiaro rapporto tra BMI e incidenza di SCC.⁶ Studi recentissimi evidenziano come anche lievi elevazioni del NT-proBNP possano avere implicazioni per un aumento del rischio assoluto di SCC nella popolazione obesa.⁷

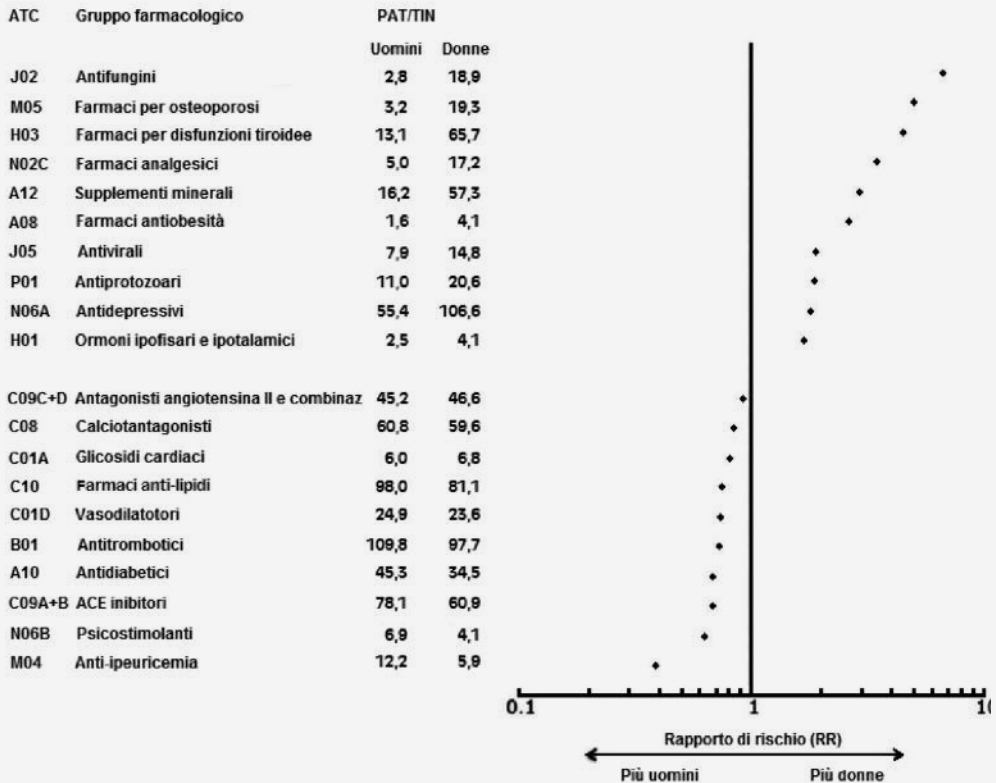
Lo SCC nella donna inoltre è frequentemente complicato da fibrillazione atriale (FA).⁸ I pattern di FA ricorrente e sostenuta, correlano in maniera significativa con il rischio di stroke, SCC e con la mortalità.⁹

Lo SCC è un evento prevenibile, uno stile appropriato di vita riduce infatti il rischio di scompenso nella donna in post

menopausa, anche in assenza di pregressa malattia coronarica, ipertensione e diabete.¹⁰ Un programma di intervento su pazienti ambulatoriali a rischio cardiovascolare e di screening con BNP > 50pg/mL ha dimostrato una riduzione dei tassi di scompenso (2.1 vs 1.0 %) e di ospedalizzazione.¹¹

Dal punto di vista del trattamento farmacologico, indipendentemente dall'età e dal sesso, i pazienti con SCC a ridotta frazione di eiezione devono essere trattati con B-bloccanti all'ingresso in ospedale.¹² Le linee guida ACCF/AHA per lo SCC, ci dicono che B-bloccanti, ACE-inibitori, antagonisti dell'aldosterone, nitrati, riducono significativamente i tassi di ospedalizzazione (anche del 40%) per SCC. Ma quando andiamo a valutare i tassi di prescrizioni di tali farmaci, questi insieme alle statine, agli antidiabetici e agli antitrombotici sono meno prescritti nella popolazione femminile (Fig.2), malgrado la maggiore mortalità cardiocerebrovascolare.¹³

FIGURA 2 – DIFFERENZE NELLA PRESCRIZIONE DEI FARMACI M/F IN SVEZIA¹³



Per quanto riguarda il trattamento non farmacologico, le donne sottoposte a terapia di risincronizzazione presentano, rispetto agli uomini, una maggiore riduzione del rischio di morte per tutte le cause, morte od ospedalizzazione per SCC, aritmie ventricolari o morte improvvisa con una significativa evidenza ecocardiografica della reversibilità del rimodellamento cardiaco.¹⁴

Va infine ricordato che è esclusiva della donna la *cardiomiopatia peripartum*, malattia associata alla gravidanza potenzialmente pericolosa per la vita che si verifica di solito nel periodo peri-parto ed è segnata da una disfunzione ventricolare sinistra e da insufficienza cardiaca. La malattia è relativamente rara, ma la sua incidenza è in aumento. La ricerca negli ultimi dieci anni ha suggerito che alla base vi sia una disfunzione vascolare, innescata da ormoni tardo-gestatazionale materni; più di recente sono state riconosciute basi genetiche della patologia. Le donne recuperano spesso la funzione cardiaca, ma morbilità di lunga durata e mortalità non sono infrequenti. Non esiste una terapia specifica per la malattia; la sua gestione è in gran parte limitata agli stessi antagonisti neuro-ormonali utilizzati in altre forme di cardiomiopatia.¹⁵

La cardiomiopatia peripartum

La *cardiomiopatia da stress* (Tako-tsubo) interessa prevalentemente la donna in età post menopausale, suggerendo un ruolo importante degli ormoni femminili. È caratterizzata da una reversibile disfunzione ventricolare sinistra, simula una sindrome coronarica acuta (ACS) con dolore precordiale o dispnea, variazioni del segmento ST, onda T o intervallo QTc all'elettrocardiogramma, con disturbi della contrattilità segmentale (ipocinesia apicale o acinesia) ed arterie coronarie normali. La vera prevalenza non è nota, di solito è descritto un trigger in forma di stress psicofisico. Le alterazioni elettrocardiografiche ed ecocardiografiche si risolvono spontaneamente in un periodo di tempo variabile (da giorni a mesi). Numerose sono le teorie fisiopatologiche (incremento delle catecolamine, effetto protettivo dell'elevazione dei livelli di estradiolo (E2) durante l'evento acuto nelle donne in post menopausa...) nessuna dei quali si è dimostrato definitiva. La prognosi è generalmente favorevole e la ricorrenza è molto rara.^{15, 16}

La cardiomiopatia da stress

*La cardiomiopatia
dopo trattamento
adiuvante per K
mammella*

La *cardiomiopatia dopo trattamento adjuvante* per K mammella con radioterapia, chemioterapia a base di antracicline e/o trastuzumab, è un evento ampiamente descritto in letteratura. Questi trattamenti sono associati ad eventi avversi cardiaci attraverso diversi meccanismi fisiopatologici. Numerose linee guida raccomandano una valutazione iniziale *di base* e il monitoraggio cardiaco volto a rivelare la comparsa di una disfunzione cardiaca in una fase precoce della terapia del cancro. Tuttavia, diverse questioni importanti rimangono irrisolte tra cui la tempistica ottimale di valutazione, il monitoraggio e l'avvio di farmaci cardiovascolari, il ruolo delle moderne modalità di imaging, nonché il ruolo dei biomarcatori cardiaci come primi predittori di tossicità cardiaca, il ruolo potenziale dei farmaci cardiovascolari come agenti cardioprotettivi e il valore di nuove tecniche di radioterapia nella riduzione della cardiotossicità a lungo termine. Questi temi sono al centro di ricerche in corso.¹⁷

*La necessità di un
approccio gender
sensitive*

Si pone a questo punto la necessità di individuare un approccio specifico (*gender sensitive*) nella donna con SCC? Probabilmente, mancando nelle attuali linee guida sullo SCC il riconoscimento dei diversi *bisogni* della popolazione femminile è necessario implementare una diffusione della conoscenza della malattia e dei sintomi, come riconoscere sintomi e segni di peggioramento dello scompenso rispetto alle altre patologie concomitanti, nonché il supporto sociale, promuovendo l'aderenza alle *self-care*.¹⁸

Le donne con SCC rispetto all'uomo sono tuttora: scarsamente rappresentate nei trial clinici, reclutate in numero insufficiente per raggiungere la significatività statistica per rilevare benefici da una terapia per lo SCC, più anziane, ipertese, meno affette da cardiopatia ischemica, presentano più spesso frazione sistolica conservata, sono meno trattate con terapia di risincronizzazione cardiaca (CRT) malgrado ne

beneficino maggiormente ed infine il trapianto cardiaco ed i LV devices sono utilizzati negli stadi più avanzati della malattia.

Scompenso cardiaco nella donna: è necessario migliorare la cura attraverso una crescita culturale, assicurando i trattamenti adeguati ed implementando la ricerca.

Bibliografia

- 1 AHA Policy statement. *Circulation Heart Failure* 2013; 6:606
- 2 Rapporti ISTISAN 10/43 - [www.iss.it /binary/publ/cont/ di-ci43web.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/di-ci43web.pdf)
- 3 Registro IN-CHF (ANMCO) [http://www.giornaledicardiologia.it /allegati/00702_2006_10/fulltext/10-06_06 %20689-694.pdf](http://www.giornaledicardiologia.it/allegati/00702_2006_10/fulltext/10-06_06%20689-694.pdf)
- 4 Heart failure in women—Insights from the Framingham Heart Study. *Cardiovasc Drugs Ther* (2015) 29;377-390
- 5 E.M. Hirsch, I.L.Pina. Heart failure in women – A need for Prospective data. *JACC* 2009 ; 54:491
- 6 D.M. Pedrotty, M.Jessup “Frailty, Thy Name Is Woman” Syndrome of Women With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, March 2015
- 7 D. Aune et al. Body Mass Index , Abdominal Fatness, and Heart Failure Incidence And Mortality. *Circulation* 2016;133:639-649
- 8 C.E. Endumele et al. N-terminal pro- BNP and Heart failure risk among individuals with and without obesity. *Circulation* 2016;133:631-38
- 9 S.A.Lubitz et al. Atrial Fibrillation Pattern and Risks of Subsequent Stroke, Heart Failure, or Death in the Community. *J Am Heart Assoc.* 2013

- 10 G.Agha et al. Haelthy lifestyle and decreasing risk of heart failure in Women. *J Am Coll Card* 2014;64:1777- 85
- 11 Natriuretic Peptide-Based Screening and Collaborative Care for Heart failure- The STOP-HF Randomized trial. *JAMA* 2013;310:66-74
- 12 D.Kotecha et al. Effect of Age and Sex on efficacy and tolerability of B blockers in patients with heart failure with reduced ejection fraction: individual patirnts data meta-analysis. *BMJ* 2016;353:i1855
- 13 D. Lokas et al. Differences in drug utilization between men and women: a cross sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden. *bmjopen.bmj.com* on May 15, 2013 - Published by group.bmj.com
- 14 Y.J.Cheng et al. More Favorable Response to Cardiac Resynchronization Therapy In Women Than in Men. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2014;7:807-815
- 15 Z.Arany, U.Elkayam. Peripartum Cardiomiopathy. *Circulation* 2016; 133:1397-1409
- 16 Brenner R et al. Clinical characteristics, sex hormones, and long-term follow-up in Swiss postmenopausal women presenting with Takotsubo cardiomyopathy. *Clin Cardiol.* 2012 Jun;35(6):340-7. doi:10.1002/ clc.21986. Epub 2012 Apr 9.
- 17 A.Valachis and C. Nilsson. Cardiac risk in the treatment of breast cancer: assessment and management. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2015; 7: 21–35. Published online 2015 Jan 16. doi: 10.2147/BCTT.S47227
- 18 K.D. Stamp. Women With Heart Failure: Do They Require a Special Approach For Improving Adherence to Self-Care? *Curr Heart Fail Rep* (2014)11:307-313

Il paziente del medico di Medicina Generale

Raffaella Michieli

Simg

mimg, ULS 12 Veneziana, Mestre

IL LAVORO DEL MEDICO DI FAMIGLIA è molto cambiato in questi ultimi anni. Non solo le richieste delle persone sono più incalzanti e più frequenti i contatti, ma il ruolo di *gate-keeper* si è rafforzato anche nella valutazione dell'appropriatezza delle richieste. Da una parte ci troviamo ad affrontare i grandi bisogni e gli alti costi necessari per l'assistenza alle persone che abbisognano di cure palliative o che stanno vivendo il loro nell'ultimo anno di vita, dall'altro conosciamo bene la necessità di attuare tutti i migliori sistemi di prevenzione ai vari livelli, primaria e secondaria. Per affrontare questo diverso tipo di lavoro sono sorti i nuovi modelli di organizzazione delle cure primarie, fondate sul lavoro di gruppo tra medici di medicina generale in integrazione con gli specialisti. In questo nuovo modello la necessità di seguire i PDTA e quindi la condivisione delle modalità di lavoro, sono essenziali per la buona riuscita dell'assistenza.

Uno dei principi su cui dovranno basarsi queste associazioni sarà anche quello della giusta considerazione da porre alla Medicina di genere. Attualmente infatti è difficile che vengano tenute in conto le differenze tra uomini e donne nella espressione sintomatologica, nella ricerca diagnostica, nella risposta ai farmaci.

Il medico di Medicina Generale, primo contatto di tanti adolescenti e giovani donne, dovrà porre attenzione all'aderenza agli appuntamenti vaccinali, in particolare la vaccinazione per la rosolia, che ancora in molte donne immigrate non è diffusa. Altrettanto andrà posta attenzione all'uso dei farmaci embriotossici nella donna giovane in età fertile che non sia protetta dalle gravidanze, al fumo, ed all'alcol, sostanze particolarmente dannose in questa età.

Un compito fondamentale del medico di famiglia è quello dell'attenzione ai fattori di rischio, in particolare parliamo di rischio cardiovascolare, ma anche di rischio per la salute dell'osso (pensiamo alle diete incongrue e alle magrezze) in un'età in cui si forma il patrimonio osseo. Andrà stimolata l'attività fisica ricordando che soprattutto le donne la svolgono meno, a tutte le età, proprio per motivi di tipo sociale.

Molta formazione sarà necessaria per far comprendere quanto sia diffusa la malattia cardiovascolare nel genere femminile e quanto sia importante, da parte del medico di medicina generale, non sottovalutare sintomi generali come l'astenia in donne a rischio perché obese o diabetiche o con familiarità per malattie cardiovascolari.

Fondamentale sarà spingere verso un'adeguata prescrizione di farmaci in caso di dislipidemia e sorvegliare l'aderenza visto i bassi livelli di prescrizione e la scarsa aderenza nel genere femminile. Del resto è vero che le donne patiscono maggiormente gli effetti collaterali di farmaci che sono stati studiati solo nei maschi, e per questo spesso ne sospendono l'assunzione. Anche in questo caso il ruolo del mmg sarà im-

portante per la segnalazione delle ADR.

Nella nuova mentalità che necessariamente il medico di famiglia dovrà formare, sarà indispensabile una maggior sensibilità al problema della violenza domestica, che ormai viene subita da un'altissima percentuale di donne al punto che un medico che segue 1.500 persone potrebbe avere 350 donne vittime di un qualche tipo di violenza.

La Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie è accanto ai medici nel loro lavoro quotidiano e li accompagnerà anche nel percorso formativo che li renderà più equi nell'approccio alle cure di genere.

Farmacologia di Genere

Teresita Mazzei

Dipartimento di Scienze della Salute – Sezione di Farmacologia
Clinica e Oncologia, Università degli Studi di Firenze

NONOSTANTE LE PRIME OSSERVAZIONI sperimentali su una diversità farmacologica in base al genere siano cominciate ad emergere agli inizi del secolo scorso (Nicholas KS e Barron DH, 1932), la disciplina “farmacologia di genere” si sta delineando con una certa chiarezza di dati solo negli ultimi decenni (Franconi F e Campesi F, 2014).

Le principali differenze farmacologiche fra i due generi sono legate principalmente ad una farmacocinetica che si diversifica in tutte le sue fasi, dall’assorbimento fino all’eliminazione, includendo sia il metabolismo che la distribuzione tissutale (v. Tabella 1). Nel genere femminile infatti l’assorbimento dei farmaci è più lento sia per una minore motilità gastro-intestinale che per una ridotta acidità gastrica (Freire AC et al., 2011): a risentire di ambedue le variabili sono soprattutto i farmaci assorbiti nel tratto duodenale.

Le donne hanno un volume di distribuzione inferiore agli uomini in quanto il compartimento intravascolare, gli organi e la massa muscolare sono meno rappresentati: tutto questo non viene normalmente considerato per aggiustamenti posologici che sarebbero consigliabili per farmaci a basso indice terapeutico soprattutto se somministrati per via endovenosa (Stolarz AJ e Rusch NJ, 2015). Infatti i farmaci, soprattutto quelli in uso clinico da decine di anni, sono stati studiati su popolazioni di volontari sani o pazienti di sesso maschile e molto raramente in casistiche femminili e quindi di solito la posologia si basa sul prototipo standard maschile del peso di 70 kg. Le donne hanno inoltre una maggiore componente di tessuto adiposo che condiziona un maggior volume di distribuzione delle molecole lipofile ed una minore distribuzione di quelle idrofile. Per quest'ultime si possono verificare dei picchi plasmatici più elevati con conseguenti maggiori effetti farmacodinamici in confronto al sesso maschile.

La ricerca sui farmaci è avvenuta spesso solo su maschi

Sono state inoltre descritte nei due sessi importanti differenze nei processi di biotrasformazione di numerosi farmaci legate alle diverse attività degli enzimi di fase I e II. In particolare, numerose pubblicazioni documentano nelle donne una maggiore funzione degli isoenzimi CYP2D6 e CYP3A4 insieme ad una minore funzione di CYP1A, CYP2E1, della P-glicoproteina e di alcune isoforme di glicuroniltransferasi e solfotransferasi (Hagg S et al., 2001; Anderson DG, 2005; Schwartz JB, 2007). L'aumentata attività dei citocromi 3A4 e 2D6 può esporre il sesso femminile ad un maggior rischio di interazioni farmacologiche.

Le differenze nei processi farmacodinamici e di biotrasformazione

Anche i processi di eliminazione renale della maggior parte dei farmaci possono risentire di una filtrazione glomerulare e di una clearance renale più lenta nelle donne e che si attesta su valori del 10-25% inferiori a quelli del genere maschile (ANDERSON DG, 2005).

Negli ultimi anni stanno inoltre emergendo fra i due sessi differenze farmacodinamiche sempre più rilevanti, governate spesso da diversità farmacogenetiche importanti ai fini sia della risposta terapeutica che alla tossicità dei farmaci. Queste consistono in una diversa espressione quali-quantitativa di recettori, in una loro diversa attività funzionale o in differenti attività di trasduzione del segnale (Soldin OP et al., 2011). Le donne assumono in generale più farmaci e vanno maggiormente incontro a reazioni avverse farmacologiche con un rischio superiore, variabile da 1,5 a 1,7 volte, rispetto agli uomini: questo dato è dimostrato da casistiche ospedaliere che vedono il 59% dei ricoveri per reazioni avverse a farmaci riportato per il sesso femminile.

Fra i fattori eziopatogenetici che possono contribuire alla maggior frequenza e gravità delle reazioni avverse si possono riconoscere sia una maggiore sensibilità del sesso femminile a specifiche condizioni patologiche farmaco-indotte (es. torsioni di punta cardiache, aritmia ventricolare) che diversità farmacocinetiche, farmacodinamiche e maggiori interazioni farmacologiche per politerapie (v. Tabella 2).

Un fattore determinante resta comunque quello legato alla consuetudine che la dose raccomandata viene ancora oggi calcolata per un uomo adulto del peso medio di 70 kg sulla base di studi registrativi che vedono poco o per niente coinvolti soggetti di sesso femminile (Franconi F e Campesi F, 2014).

Come esempio riportiamo nella Tabella 3 gli effetti farmacodinamici, intesi sia come terapeutici che tossici, della categoria dei farmaci cardiovascolari, e cioè dei farmaci più prescritti in assoluto.

Gli effetti terapeutici consistono in una inefficace prevenzione primaria degli attacchi cardiaci nelle donne ed una minore prevenzione dell'ictus nel sesso maschile.

Gli effetti collaterali sono ben più numerosi e fra gli altri si

distinguono una maggiore tossicità delle statine, più evidente nelle donne anziane e di basso peso corporeo, un aumentato rischio di sanguinamento per i farmaci antitrombotici, una maggiore mortalità femminile da digossina (Stolarz AJ e Rusch NJ, 2015). In particolare, le donne manifestano un rischio una volta e mezzo superiore di sviluppare miopia da statine nella maggior parte dei casi con dolore definito grave e con riflessi negativi sulle normali attività quotidiane; la miopia condiziona anche un maggior abbandono della terapia nel sesso femminile (Skilving I et al, 2016). L'aumento di mortalità da digossina viene comunemente attribuito alle concentrazioni più elevate del farmaco che si riscontrano, a parità di posologia, nel sesso femminile (Rosano GMC et al, 2015).

I dati che abbiamo finora illustrato sono però fortemente carenti di uno studio sistematico che possa fornire risposte eziopatogenetiche alla maggior parte delle problematiche correlate all'uso dei farmaci nella donna ed ad una migliore appropriatezza all'impiego.

Soltanto una maggiore rappresentatività della popolazione femminile negli studi clinici potrebbe portare ad una analisi genere-mirata dei farmaci personalizzandone l'impiego ed aumentandone l'indice terapeutico.

References

- Anderson DG. Sex and racial differences in pharmacological response: where is the evidence? Pharmacogenetics, pharmacokinetics, and pharmacodynamics. *J Women's Health* 2005;14(1): 19-29.
- Christianson M, Alex L, Wiklund AF, Hammarstrom A, Lundman B. Sex and gender traps and springboards: a focus group study among gender researchers in medicine and health sciences. *Health Care Women Int* 2012;33(8):739-755.
- Franconi F, Campesi I. Pharmacogenomics, pharmacokinetics and pharmacodynamics: interaction with biological differences between men and women. *Br J Pharmacol* 2014;171:580-594.

- Freire AC, Basit AW, Choudhary R, Piong CW, Merchant HA. Does sex matter? The influence of gender on gastrointestinal physiology and drug delivery. *Int J Pharm* 2011;415(1-2):15-28.
- Hagg S, Spigset O, Dahlqvist R. Influence of gender and oral contraceptives on CYP2D6 and CYP2C19 activity in healthy volunteers. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:169-173.
- Nicholas JS and Barron DH. The use of sodium amytal in the production of anesthesia in the rat. *J Pharmacol Exp Ther* 1932;46:125-129.
- Pirmohamed M, James S, Meaking S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *BMJ* 2004;329(7456):15-19.
- Rosano GMC, Lewis B, Agewall S, Wassmann S, Vitale C, Schmidt H, et al. Gender differences in the effect of cardiovascular drugs: a position document of the Working Group on Pharmacology and Drug Therapy of the ESC. *Eur Heart J* 2015;36:2677-2680.
- Schwarz JB. The current state of knowledge on age, sex, and their interactions on clinical pharmacology. *Clin Pharmacol Ther* 2007;82(1):87-96.
- Shah K, McCormack CE, Bradbury NA. Do you know the sex of your cells? *Am J Physiol Cell Physiol* 2014;306(1):C3-C18.
- Skilving I, Eriksson M, Rane A, Ovesjö M-L. Statin-induced myopathy in a usual care setting – a prospective observational study of gender differences. *Eur J Clin Pharmacol* 2016; doi:10.1007/s00228-016-2105-2 [Epub ahead of print].
- Soldin OP, Chung SH, Mattison DR. Sex differences in drug disposition. *J Biomed Biotechnol* 2011; Article ID 187103, 14 pages.
- Stolarz AJ, Rusch NJ. Gender differences in cardiovascular drugs. *Cardiovasc Drugs Ther* 2015;29: 403-410.

TABELLA 1

DIFFERENZE DI GENERE IN FARMACOCINETICA

FASI	DONNE	UOMINI
Assorbimento	↓ secrezione acida gastrica ↑ tempo di transito gastro-intestinale	
Distribuzione	↓ peso corporeo ↓ volume intravascolare ↓ volume organi ↓ volume muscolare ↑ tessuto adiposo	
Metabolismo	↑ CYP2D6 ↑ CYP3A4	↑ CYP1A ↑ CYP2E1 ↑ PgP
Eliminazione	↓ filtrazione glomerulare	

↑ aumento, ↓ diminuzione

TABELLA 2

DONNE E REAZIONI AVVERSE A FARMACI (ADRS)

- Le donne hanno un rischio maggiore, variabile da 1,5 a 1,7 volte, di sviluppare ADRs rispetto agli uomini
- Il 59% dei ricoveri dovuti a ADRs si riferisce alle donne
- I fattori che possono concorrere sia alla frequenza che ad una maggiore gravità delle ADRs sono i seguenti:
 - Maggiore suscettibilità della donna a specifiche condizioni patologiche farmaco-indotte (ad es. torsades de point, aritmia ventricolare)
 - Diversità farmacocinetiche, farmacodinamiche e maggiori interazioni farmacologiche per politerapie
 - Posologie studiate per soggetti di sesso maschile (spesso giovani volontari sani) e di peso medio intorno ai 70 kg
 - Fluttuazioni ormonali in relazione alle fasi della vita riproduttiva
 - Carenza di studi preclinici e clinici genere orientati

(Pirmohamed M et al, 2004;

Christianson M et al, 2012; Shah K et al, 2014)

TABELLA 3

**FARMACI CARDIOVASCOLARI CON EFFETTI
TERAPEUTICI E TOSSICI GENERE-SPECIFICI**

FARMACO	EFFETTI GENERE-SPECIFICI
Statine	Aumentati effetti collaterali in donne anziane con basso peso corporeo
Farmaci antiplastrinici	Prevenzione primaria inefficace per attacchi cardiaci nelle donne
Farmaci antitrombotici	Diminuita prevenzione dell'ictus negli uomini
Digossina	Aumentato rischio di sanguinamenti
Betabloccanti	Aumentata mortalità nelle donne
Farmaci antiaritmici	Maggior abbassamento pressione sanguigna e riduzione della frequenza cardiaca in donne che fanno esercizio fisico
Calcio-antagonisti	Aumentato rischio di prolungato QT e torsioni di punta nelle donne
ACE inibitori	Aumentata incidenza di tosse
Diuretici	Aumentato rischio di iponatriemia

(Stolarz AJ e Rusch NJ, 2015)

La voce dell'esperienza e la voce dell'esperto. L'integrazione della Medicina Narrativa

Massimiliano Marinelli

Gruppo di lavoro Fnomceo “Educazione Terapeutica,
Comunicazione Medico/Paziente, Medicina Narrativa”

*Il narratore ferito:
raccontare la propria
malattia*

Nell'ambito dell'evoluzione della società, per delineare un connotato e un'esigenza del paziente, vorrei partire dall'analisi di un fenomeno sociale che rivela tratti molto interessanti per la Medicina: quello che Arthur Frank ha denominato, intitolandone il libro, il *narratore ferito* (Frank, 2013), la figura cioè del malato che ha sofferto e sente la necessità di raccontare la sua storia. Arthur Frank iniziò a scrivere il libro nel periodo in cui temeva la recidiva di una patologia neoplastica che invece si rivelò una sarcoidosi. “Non avevo mai sentito parlare di sarcoidosi – racconta – ma non potevo prenderla seriamente: tutto ciò che importava è che non avessi ancora un cancro”.

L'obiettivo del testo, divenuto un classico, è connettere le voci di coloro che raccontano, affinché ciascuno potesse sentirsi meno solo, in quanto, seppure la sofferenza non scompare magicamente quando se ne parli, ascoltando altre storie, lo spazio della propria appare ridursi.

Sono passati alcuni anni e, sempre più spesso, i pazienti pubblicano libri con le loro esperienze (Jrecic, 2012), creano dei blog, frequentano forum tematici o health community. Al tempo della rivoluzione digitale ci sono sempre più persone che scrivono di loro stesse, della loro malattia, usando anche termini tecnici, e pazienti che li leggono, chiedendo indicazioni e consigli, in una unificazione digitale che non declina solamente i termini *illness* e *sickness* che tracciano i confini, personali e sociali della malattia, ma si appropria anche del *disease*, un volta esclusivo appannaggio del medico.

In questi blog o comunità, si riconosce l'autorità dell'esperienza di chi vive e testimonia sulla propria pelle l'avvenimento della malattia, come se solo coloro che sono passati attraverso certi eventi potessero parlare in modo autorevole degli stessi. (Yiannis, 2004).

Al di là della necessità di *ri-costruire* la propria identità, messa alla prova dall'immane potenza del negativo della malattia, che accomuna sia il cantastorie ferito che racconta nel web la propria storia sia chi l'ascolta, è interessante segnalare come dallo spazio virtuale del web emerga la figura del *paziente senza medico*.

In alcuni di questi blog, infatti, il medico appare sullo sfondo tecnico assieme alla *PET* e alla *TAC* e quando emerge è solo in virtù di un reale dialogo con il paziente. In queste narrazioni la sua voce di esperto non presenta quella autorevolezza che siamo abituati ad ascoltare quotidianamente nelle corsie ospedaliere e che riecheggia, ancora più limpida, nei convegni medici.

È come se il medico, nei luoghi dove si esprime la voce del paziente, dove risuona il linguaggio dell'esperienza e della testimonianza, fosse divenuto una figura troppo ingombrante, o non facesse parte dell'uditorio al quale la storia è dedicata.

*Pazienti senza
medici*

Un medico estromesso dai racconti del soffrire umano dà a pensare.

Voce del paziente o voce della malattia?

È certamente vero che se negli ultimi decenni la medicina ha dilatato a dismisura il “tempo per l’interazione tecnologica” con il paziente, quello dedicato al colloquio ed alla comunicazione interpersonale si è ridotto sempre più, limitato ormai spesso alle briciole che rimangono tra le mille procedure formali e amministrative.

Ed è certamente vero che tale situazione è fonte di profondo disagio per il medico che ogni giorno vede lo scarto tra ciò che deve fare e ciò che dovrebbe e ne percepisce il rischio etico, in quanto mentre non può rinunciare alla conoscenza scientifica e all’abilità tecnica, può talvolta abdicare al proprio *ethos umanitario*, perché necessita di ulteriore tempo o perché richiede una partecipazione emotiva che non sempre si è in grado di offrire.

Tuttavia qui è in gioco qualcosa di più profondo della sola mancanza di tempo, qualcosa che ha che fare con il fine stesso della Medicina e con il significato del curare le persone.

La voce del paziente, espressa in modo narrativo, è filtrata dalla Medicina in termini scientifici, allo scopo di diagnosticare e di trattare la malattia. Questo filtro, necessario e indispensabile, finisce però per trasformare la voce del paziente nella voce *della malattia del paziente*. Ed è soprattutto quest’ultima voce che risuona nelle corsie ospedaliere e in modo così autorevole nei convegni medici.

Come se nel passaggio da *illness* a *disease*, che avviene entro il recinto della Medicina, la voce avesse perso gli accenti soggettivi, biografici, dell’esperienza del soffrire, per assumere quelli oggettivi, anamnestici legati all’entità che sarà diagnosticata come malattia.

Lo sguardo medico (Foucault, 1969), così come è stato definito da Foucault, troppo occupato a scrutare il linguaggio del cor-

po, rischia di considerare come brusio di fondo l'elemento narrativo della voce del paziente.

Oggi, forse, abbiamo disimparato ad ascoltare la voce dell'esperienza, per lasciare risuonare solo la nostra voce, che tuttavia, per quanto autorevole e scientificamente fondata, esprime, soprattutto, la voce della malattia.

Per molto tempo il cittadino ha consegnato il suo corpo alla Medicina e ha accettato la traduzione della propria voce nel linguaggio clinico, anzi, in molti, casi ha imparato a parlare come il medico voleva, tuttavia, per quanto questo processo di trasformazione abbia dato vantaggi in termini di efficacia ed efficienza dei trattamenti, oggi, egli esige di poter raccontare la propria storia.

Grazie all'onda lunga della storiografia e della narratologia che ha raggiunto da alcuni anni la Medicina, questa esigenza può essere accolta.

La Medicina Narrativa fornisce gli strumenti, sia per riconoscere la voce dell'esperienza, sia per costruire assieme una storia di cura (Charon, 2006).

La recente Conferenza di consenso sulle linee guida sulla Medicina Narrativa, organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità, la definisce proprio come una metodologia d'intervento clinico-assistenziale, basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato. (Giarelli G., Marsico G. Taruscio D. 2015)

La definizione di Medicina Narrativa sottolinea da una parte l'importanza della narratività nella Medicina e d'altra l'opportunità di una specifica competenza comunicativa per costruire una storia di cura. Se si ritiene che per comprendere l'uomo sia indispensabile accedere alla narrazione, alla sua

*La Medicina
Narrativa: verso
una storia di cura
condivisa*

storia, se, in qualche modo, l'essere umano possiede una identità narrativa, allora la Medicina Narrativa si rivela una parte essenziale della Medicina, in quanto il nostro compito non è solo trattare le malattie spiegandone il processo biologico, ma prendersi cura della salute delle persone. (Marinelli, 2015) L'approccio narrativo permette, infine, un ulteriore guadagno: riporta lo sguardo del medico sul volto del paziente, quando la Medicina, al tempo della sua imputabilità giuridica, talvolta lo distoglie, rifugiandosi in un ethos difensivo, utilizzando, ad esempio, in modo improprio consenso informato e linee guida.

La Medicina Narrativa, nella sua opera di integrazione tra la voce dell'esperienza e quella dell'esperto, riporta al centro dell'attenzione la ricchezza antropologica della *cura*, al cui progetto partecipano sia i medici, sia i pazienti e i loro cari, e, in questo senso, rappresenta anche l'antidoto naturale per ogni Medicina Difensiva.

GRUPPO DI LAVORO FNOMCEO

EDUCAZIONE TERAPEUTICA, COMUNICAZIONE MEDICO/PAZIENTE, MEDICINA NARRATIVA

Salvatore Amato, coordinatore

Raimondo Ibba, referente C.C.

Maria Antonietta Annunziata

Ivana Garione

Ornella Mancin

Massimiliano Marinelli

Mirella Milioto

Pierfranco Ravizza

Rosa Revellino – Direttore del Portale Fnomceo

Michela Molinari – Uff. Stampa

Bibliografia

- Charon R., *Narrative Medicine, honoring the stories of illness*, Oxford University Press, 2006.
- Foucault M., *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969
- Frank A.W., *the wounded storyteller; body, illness and ethics*. The University of Chicago Press, 2013 (2 ed).
- Giarelli G., Marsico G. Taruscio D., et al *Qual è la definizione di medicina narrativa? Conferenza di consenso*” linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. Relazioni degli esperti Allegato de “Il Sole24Ore Sanità. I Quaderni di medicina n 7, 24 feb-2 mar 2015.
- Jrecic A., *illness as narrative* (pitt Comp Literary Culture) University of Pittsburgh Press, the emergence of illness narrative in the Twentieth century, 2012.
- Marinelli M., *trattare le malattie, curare le persone, idee per una Medicina Narrativa*, FrancoAngeli Milano, 2015.
- Yannis G., *the voice of experience and the voice of the expert – can they speak to each other?* In Hurwitz B., Greenhalgh T. e Skultans V., *Narrative Research in Health and Illness*, Blackwell, 2004.

EVOLUZIONE DELLA SOCIETÀ
E NUOVI BISOGNI DI SALUTE

Una buona sanità per sostenere l'intera società

Fiorella De Angelis
presidente Omceo Ascoli Piceno

SI RITIENE CHE UNA BUONA SANITÀ giovi a tutti i settori e all'intera società. Salute e benessere contribuiscono all'incremento della produttività, a rendere efficiente la forza lavoro, ad un invecchiamento più sano, ad una riduzione della spesa sanitaria e a limitare le indennità di invalidità. Una buona sanità può sostenere l'economia, lo sviluppo e la ricerca, per tali ragioni l'investimento sulla Salute non deve essere considerato un costo ma una risorsa. I Paesi della Regione Europea dell'OMS hanno riconosciuto il diritto alla salute diritto fondamentale di ogni essere umano e raccomandano l'universalità, la solidarietà, l'equità e la parità di accesso alle cure come valore guida all'interno dei Sistemi Sanitari, indipendentemente dall'etnia, dal sesso, dall'età, dallo stato sociale o dalla capacità economica dell'individuo.

Il nostro Ssn è stato sottoposto negli ultimi anni a notevoli restrizioni finanziarie, di personale, tecnologiche e strutturali che sicuramente hanno contribuito a contenere la spesa ma stanno producendo effetti preoccupanti sulla capacità di erogare servizi, disomogeneità fra le varie regioni e quindi effetti sull'equità del sistema stesso.

Crisi economica e salute

L'appropriatezza clinica di cui il medico deve essere fautore non coincide sempre con l'appropriatezza prescrittiva decretata per legge all'unico scopo di un risparmio immediato, che potrebbe a lungo termine determinare costi maggiori, soprattutto per i cittadini.

A tutt'oggi si registra un aumento della spesa privata dei pazienti che si rivolgono al mercato privato delle prestazioni e dei servizi sanitari.

Gli effetti dei tagli possono andare in due direzioni: da un lato la riduzione delle risorse pubbliche può far aumentare la privatizzazione della Sanità, dall'altro l'impovertimento della popolazione può far diminuire il ricorso alle prestazioni sanitarie e alle cure. Alcune statistiche ci dicono che una percentuale non esigua di cittadini rinuncia alle prestazioni sanitarie e alle cure.

Inoltre dobbiamo tener conto che la salute non deriva solo dall'efficienza dei servizi sanitari ma dalle politiche più generali come la salubrità di vita e di lavoro, pertanto è necessario investire in programmi di screening e vaccinali, promozione di stili di vita salutari, prevenzione di patologie sempre più frequenti come l'obesità, l'ipertensione, la cronicità e le dipendenze.

La necessità di riorganizzare il sistema

È necessario ripensare ed organizzare il territorio dotandolo di infrastrutture necessarie per riequilibrare il rapporto con altre aree di assistenza evitando l'ospedalizzazione quando non necessaria, vista anche la diminuzione a volte drammatica dei posti letto in ospedale.

È necessario tenere presente la centralità del cittadino paziente con presa in carico e garanzia di continuità assistenziale organizzata con percorsi integrati al di fuori di logiche prestazionali, utilizzando opportunità di assistenza e cura innovative.

È necessario incrementare continuità tra le diverse aree di assistenza sociale sanitaria, cure primarie ed ospedalizzazione. È necessario una maggior condivisione dei dati sanitari e collaborazione nel monitoraggio degli stessi nonché un sostegno allo sviluppo di nuovi tipi di cooperazione in rete e sul web. È necessario negli ospedali limitare il blocco del turn over e più in generale evitare il ricorso all'impiego di personale non strutturato, precario, non destinatario di attività formative e non titolare di alcune importanti tutele (maternità) soprattutto in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale, come il Pronto soccorso o la Rianimazione.

La sostenibilità del sistema sanitario passa attraverso la riqualificazione della dotazione della principale risorsa grazie alla quale il sistema può funzionare ovvero il personale.

*Il medico
principale
interlocutore
istituzionale sui
temi della salute*

In una nuova ed efficiente politica sanitaria il medico deve tornare ad essere il principale interlocutore istituzionale.

Perché, come già affermato dalla presidente Chersevani, a fronte di leggi, regolamenti, obblighi impropri, ingiunzioni burocratiche, la medicina vera risiede nel rapporto medico-paziente.

Non c'è medicina, non c'è salute senza medici.

È sicuramente necessaria una profonda riflessione sulla figura del medico e dell'odontoiatra che devono affrontare cambiamenti sociali, economici scientifici e rispondere quindi a nuovi bisogni di salute.

Il medico dovrà innanzitutto essere capace di esercitare una nuova leadership rispetto alle altre professioni sanitarie.

Deve promuovere con queste nuove forme di collaborazione

nel campo dell'assistenza sanitaria.

Deve essere detentore di competenze professionali approfondite ed aggiornate quindi detentore di un metodo scientifico e sempre attento alla produzione di nuove conoscenze, pronto ad affrontare l'innovazione non rinnegando le proprie radici.

Sempre più attento all'etica quotidiana della professione aderendo sempre alle pratiche raccomandate sostenute da evidenze scientifiche.

Il medico pur cosciente di essere un attore economico, in quanto gestisce risorse pubbliche e non, deve poter mantenere la propria autonomia professionale nei confronti di una medicina sempre più amministrata che lo vorrebbe invece condizionato nella sua autonomia.

Il medico di fronte al cambiamento delle esigenze del paziente, divenuto contraente non più beneficiario, deve imparare ad usare le relazioni per curare la persona e non la malattia, deve essere capace di vedere e dialogare con la complessità dell'individuo in modo empatico.

Sintesi dei lavori della sessione

Enrico Morello

ematologo

co-chair Area “modellizzazione e previsione” Assimss
ASST Spedali Civili Brescia

La relazione come cura

La relazione di cura non può non iniziare con la presentazione del terapeuta al paziente, come presa di responsabilità del medico o dell'operatore sanitario in senso deontologico e umano. E proprio dalla presentazione si struttura la presenza, l'esserci (il *Dasein* heideggeriano) e il creare una relazione unica per ciascun paziente. Tale relazione si fonda su necessità per il paziente di trovare risposte alla propria sofferenza. Fabrizio Benedetti (*The patient's Brain* – Oxford University press 2011) dimostra come durante la relazione di cura si attivino sistemi neurologici che favoriscono (o ostacolano) la guarigione. Quello che viene chiamato effetto placebo/nocebo o che in modo più completo può essere definito effetto relazione di cura. L'attivazione neuronale propria della relazione di cura contrasta quelle che sono le *pathways* tipiche dell'infiammazione cronica che attraverso l'asse ipofisi-ipotalamo-surrenalico genera messaggi pro-infiammatori di attivazione cellulare attraverso NF-kB. Quindi una relazione di cura per

qualsiasi patologia non può prescindere dalla psiche del paziente (anche in termini psicoterapeutici, di valutazione dell'inconscio e della dimensione onirica se indicato) e dall'ambiente circostante (ad esempio l'alimentazione, gli stili di vita, la relazione con i caregivers). Ad esempio interventi di psicoterapia applicate nel contesto dell'infarto del miocardio acuto migliorano gli outcomes clinici e psicologici ad un anno (Roncella et al 2013).

Una visione sistemica si applica quindi sia all'approccio relazionale con il paziente che a quello con gli operatori sanitari coinvolti nella cura dello stesso. Le capacità comunicative, la definizione dei ruoli e la conoscenza delle prerogative dei diversi componenti del team sistemico, la capacità di negoziare i conflitti contribuiscono alla buona riuscita della relazione di cura e delle relazioni interprofessionali. È infatti dimostrato che una relazione medico-paziente efficace migliora gli outcomes sanitari (Kelley 2014).

Lo stesso medico di Medicina Generale utilizzando la medicina narrativa, il coinvolgimento diretto del paziente nel modificare i propri stili di vita può contribuire significativamente a migliorarne lo stato di salute, la qualità di vita e la sua resilienza.

Affinché ogni mutamento di stile e tecnica, procedura e protocollo possa avvenire, è necessario un salto di paradigma: muovere da una visione che analizza/parcellizza i fenomeni (persone, malattie, contesti) ad una che li comprende, cogliendo la crucialità delle connessioni tra le parti.

Ciò implica, allora, che il medico stesso, come ogni operatore sanitario, accolga se stesso come “parte” mai neutra del sistema e che avvii, parallelamente all'aggiornamento della sua scienza, quotidiani, costanti, rigorosi processi di auto-osservazione del proprio ragionamento clinico e della sua applicazione: questa operazione di metariflessione è preconditione cruciale

*La visione
sistemica
nel team
professionale*

per il miglioramento continuo. Suo e del sistema stesso. Anche l'organizzazione territoriale beneficia di un approccio sistemico per definire quelli che sono i criteri di una complessità maggiore (rispetto a situazioni di emergenza che richiedono rapidità di azione) sia in termini di eventi che di contesto. Utilizzando checklists adattabili ai diversi ambienti lavorativi (MMG, territorio, ospedale) i percorsi del paziente complesso permettono un adeguamento del tempo di visita alla complessità da affrontare.

La relazione di cura presenta un ulteriore livello di complessità quando una macchina è interposta tra l'operatore sanitario e il paziente, come nel caso della radiologia. Il consenso informato e la comunicazione in ambito radiologico richiedono formazione comunicativa e multidimensionale in modo da ridurre lo stress per il paziente nel caso di indagini particolarmente impegnative dal punto di vista emotivo (sia per quanto riguarda l'esecuzione dell'indagine che il momento di consegna del referto).

L'articolo 20 del Codice Deontologico, richiamato più volte durante la sessione, promuove una relazione di cura "costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità" come peraltro già sottolineato nel manifesto per la professionalità del medico del nuovo millennio dell'ABIM del 2002.

Le 5 P Concludendo vorremmo proporre una relazione di cura basata su 5 P (Presentazione, Presenza, Psiche, interazione Professionale, medicina Partecipativa) e sugli strumenti di valutazione multidimensionale sui quali ASSIMSS si rende disponibile per progetti di ricerca sistemica.

“Esserci” nella relazione di cura

Sabrina Cipolletta

psicologa, psicoterapeuta

Comitato scientifico Assimss

Università di Padova

VORREI COMINCIARE questa relazione¹ muovendo da due scenari comuni in ambito medico. La prima è una vignetta, tratta da un articolo di Foulkner (1998) sulla comunicazione di cattive notizie, in cui si vede un medico che, rispondendo al telefono in un ambulatorio affollato e caotico, chiede di rivolgersi a lui se qualcuno avesse bisogno di aiuto. La seconda riguarda la comunicazione di una diagnosi di cancro come me ne sono state raccontate tante in una delle ricerche (Cipolletta, 2013a) che ho condotto in questo ambito:

“Buongiorno, i risultati dei suoi esami indicano la presenza di un tumore”

(silenzio)

“Dovrà fare della chemioterapia e un dottore del reparto le spiegherà tutto”

¹ Parte di questa relazione è tratta dal saggio Cipolletta, S. (2013). La relazione di cura: perché è importante “esserci”. *Riflessioni sistemiche*, 8, 101-110. Retrieved from http://www.aiems.eu/files/cipolletta_8.pdf.

(il paziente, la moglie e il figlio restano in silenzio)
“Allora arrivederci”

Non serve arrivare a situazioni estreme, come quelle menzionate sopra, per trovare esempi di questo tipo. Ho collezionato storie simili in ambito ostetrico e ginecologico (Cipolletta, 2016; Cipolletta e Sperotto, 2012) e di molte malattie croniche (Cipolletta e Amicucci, 2015a e b). La domanda che sorge spontanea in queste situazioni è: “Dov’è il paziente?”, ma anche “Dov’è il medico?”

Per questo ho cominciato a interrogarmi sul concetto di “presenza”, che è al centro di questa relazione. Per illustrarlo farò riferimento brevemente a tre approcci: la fenomenologia, il costruttivismo e l’approccio sistemico. Metterò in evidenza come essi pongano l’accento sul concetto di azione, riconoscendo un ruolo centrale al corpo. Da questo deriva la presenza nella relazione, che apre all’incertezza intrinseca nella relazione di cura e che implica apertura, onestà e co-responsabilità. Concluderò accennando a come si traduce tutto questo in termini di comunicazione con il paziente.

*Cosa vuol dire
“esserci”*

Per introdurre il concetto di presenza non si può non fare riferimento alla fenomenologia, che ha posto al centro della sua teoria la nozione di *Dasein* (esserci). Autori come Husserl, Heidegger, Schultz e Merleau-Ponty hanno sottolineato come il nostro essere al mondo è radicato nella nostra corporeità poiché noi incontriamo il mondo praticamente, agendo in esso (Heidegger, 1927). Merleau-Ponty (1945) suggerisce che “il mondo non è ciò che io penso, ma ciò che io vivo” (p.26). Di solito non siamo consapevoli di ciò che facciamo, come non siamo consapevoli dei nostri occhi che vedono finché non portiamo la nostra attenzione su di essi perché, ad esempio, soffriamo di un disturbo visivo che ci impedisce di usare questa funzione nel modo abituale. Del resto è questa

la caratteristica distintiva della percezione: non può essere conosciuta finché si dà; nel momento in cui la conosco diventa qualcosa di diverso.

Il concetto di presenza come azione non-mediata, pre-riflessiva è utilizzato nell'ambito della *Human-Computer Interaction* per comprendere come utilizziamo una tecnologia (Dourish, 2001) e ci muoviamo in un ambiente virtuale, dove le nostre intenzioni si trasformano in azioni (Riva, 2011). Questa visione è in linea con la teoria dell'azione situata (Suchman, 1987), che considera l'azione una risposta data "*moment-by-moment*" alla configurazione dell'ambiente in cui si svolge. All'interno di una visione cibernetica che considera la conoscenza come il risultato di un processo circolare e retroattivo dell'organismo nel suo ambiente (Bateson, 1972), Varela (1999) parla di "enazione" per indicare una forma di conoscenza risultante da una riorganizzazione immediata in un ambiente, come quando passa il controllore e gli porgiamo il biglietto del treno senza doverci pensare. Il mondo emergente in quel momento assume le caratteristiche di un'entità, come uno sciame d'api che agisce come un tutto, sebbene composto da tanti micro-mondi. È la visione costruttivista della conoscenza come azione.

Anche Kelly (1955), proponendo una visione della persona come forma di movimento, pone l'accento sul processo di anticipazione, definito come *questioning act*: "conosciamo un evento attraverso il nostro atto di avvicinarci a esso. Ci poniamo domande, non in modo meramente accademico, ma comportamentalmente" (Kelly, 1979, p.26). In questo modo anche lui sottolinea come incontriamo il mondo con il nostro agire in esso e getta le fondamenta per i più recenti sviluppi della psicologia dei costrutti personali volti ad integrare la teoria e la pratica costruttivista con teorie e pratiche più centrate sulla corporeità (Cipolletta, 2013b). Leitner (2007) parla di una psicoterapia esperienziale, proponendo

un'integrazione di teoria, tecnica e persona: "Nella misura in cui la mia 'tecnica' non sorge spontaneamente da me come reazione genuina all'incontro nella stanza della terapia, la terapia passa da un 'fare con' a 'un fare su'" (p. 35). L'interazione presente è posta quindi al centro della terapia.

Come alcuni autori costruttivisti hanno espressamente evidenziato, questa attenzione al presente come elemento costituente dell'esperienza è caratteristica del Buddismo. In quest'ottica non è possibile isolare un'essenza o identità esistente in sé perché tutti i fenomeni sono vuoti di una natura pre-definita (vacuità) e impermanenti (McWilliams, 2012; Varela, Thompson, Rosch, 1991). Ciò implica che anche noi non possiamo attaccarci al possesso di un'identità personale o a qualsiasi altra cosa come fosse esistente in sé, ma possiamo considerare noi stessi e gli altri come transitori. Il momento presente diviene quindi fondamentale e la meditazione è un modo per sperimentare questa presenza mediante l'accettazione di tutto ciò che accade nel presente, combinando l'attenzione alla sospensione del giudizio.

Nella *mindfulness* la presenza è contrapposta all'assenza, che si verifica "quando la persona si rifiuta di riconoscere o semplicemente vedere un pensiero, un'emozione, un desiderio o un oggetto percepito" (Brown e Ryan, 2003, p.823). Ma se consideriamo la presenza come esserci, il suo contrario, l'assenza, implicherebbe una non esistenza. Vorrei allora proporre di considerare piuttosto l'esserci nella relazione di cura su un continuum di "essere dentro" e "essere fuori". Per aiutare a comprendere ciò che intendo farò riferimento, questa volta, a una situazione tratta dal mio ambito, la psicoterapia, ma che è sicuramente capitata a ciascuno di noi. Mi riferisco a quei momenti in cui ci siamo sentiti assenti, magari parlando con un amico o un cliente. "Come si dice 'le nostre luci erano accese, ma noi non c'eravamo'. Potevamo guardare negli occhi l'altra persona e perfino assentire mostrando un'apparente

comprensione, ma la nostra coscienza era altrove. Chi ci conosce bene ed è sintonizzato con i sottotitoli della nostra presenza può richiamare la nostra attenzione chiedendoci ‘Ci sei?’, ‘Dove sei?’, ‘Ehilà... C’è qualcuno?’ Più spesso l’altro, per educazione, non dice nulla”. (Mahoney, 2003, p.16)

Mahoney (2003) si riferisce alla relazione psicoterapeutica e anche Stern (2004) ha dedicato un intero libro a *Il momento presente nella psicoterapia e nella vita quotidiana*. Quest’ultimo descrive il momento presente come un momento di incontro, che va oltre qualsiasi tecnica. Come possiamo descrivere quest’incontro?

Sintetizzerei le caratteristiche di un approccio alla persona che si basi sulla presenza in questi tre aspetti: apertura, onestà e co-responsabilità. In una prospettiva ermeneutica apertura significa accogliere l’orizzonte dell’altro nel proprio (Gadamer, 1960), ma anche praticare la *reverie* materna di cui parla Bion (1961), la capacità di sentire e dare senso a ciò che sta succedendo nel bambino. Prendersi cura vuol dire essere affezionati e questo non significa relegare il paziente in una posizione infantile di passività, ma accompagnarlo nel suo viaggio come una madre accompagna il suo bambino nella crescita. Questo implica che curare (*to cure*) si trasforma in prendersi cura (*to care*), come viene suggerito all’interno della medicina narrativa, e che la comprensione viene posta al centro del processo di cura. Per comprensione non intendo cercare una spiegazione razionale di ciò che il paziente vive, ma sussumere i processi di costruzione dell’altro nel proprio sistema di costrutti, come Kelly (1955) suggerisce. Questo processo può essere descritto come una forma di abbraccio, è un processo corporeo, intuitivo piuttosto che astratto e ragionato. Consiste nel mettersi nella posizione di imparare, essere toccato e cambiato dall’altra persona, *stand under*, come suggeriva Mair (1989) giocando con il termine inglese *understand*.

*La presenza nella
relazione di cura*

Questa posizione richiede umiltà, che permette di considerarci come parte di un mondo integrato (Bateson, 1972; Leitner, 2011). Preferisco riferirmi a questo aspetto con il termine onestà perché mi sembra più fedele alla visione paritaria che caratterizza l'ultimo aspetto di una relazione di cura che si basi sulla presenza.

L'onestà ha a che fare con l'accettazione del nostro essere come essere gettati nel mondo (Heidegger, 1927) e con la sospensione del giudizio che anche nella meditazione si pratica (Childs, 2007). Essa ci permette di interagire con l'altro sulla base della nostra manchevolezza, considerando questa manchevolezza un aspetto costitutivo dell'esistenza. Gadamer (1993) parla del "guaritore ferito" come di colui che è in grado di entrare in contatto con la sofferenza del paziente attraverso la propria sofferenza e suggerisce questa via ai medici per comprendere i propri pazienti. Il detto di Ippocrate, "Il medico che si fa filosofo è pari a Dio", non si riferisce al tentativo del medico di emulare o rivendicare l'onnipotenza divina, ma, al contrario, al medico che, mettendo in gioco la sua umanità, si pone al pari degli altri esseri umani (Jaspers, 1986). Anche Lacan (1964) ritiene che l'analisi inizia quando l'analista cessa di essere "il soggetto supposto sapere". Allora si apre la possibilità di una relazione co-operativa, che riconosca la co-responsabilità dei partecipanti alla relazione.

Entrambi sono responsabili di ciò che accade nella relazione. Se, ad esempio, consideriamo il tema dell'adesione alle cure mediche, quando un paziente non segue la cura farmacologica prescritta, invece di ritenere che si sta contrapponendo o sta disobbedendo a ciò che il medico gli suggerisce, possiamo chiederci che cosa sta tentando di fare, che cosa gli impedisce di fare qualcos'altro, cosa vorrebbe dire per lui aderire alla cura. Possiamo anche chiederci cosa vuol dire per il medico questa risposta, quanto essa minacci il suo ruolo. Stare dentro una relazione riconoscendo il ruolo attivo di entrambi i par-

tecipanti ad essa vuol dire riconoscere con onestà anche questa possibilità e poter di conseguenza scegliere di fare qualcosa di diverso.

Cosa può impedire al medico di entrare in una relazione autentica? Credo che la risposta sia da cercare nell'ansia di fronte all'incertezza. Ciò con cui il medico ha quotidianamente ha che fare è ben lontano dall'essere solido e immutabile e si confronta piuttosto con la sfuggevolezza che caratterizza tutto ciò che è vivente. Per muoversi in questo mondo "fluidico" (Bauman 2000) deve passare da una visione oggettivista, moderna della conoscenza e della vita a una costruttivista, post-moderna; da una visione univoca, a una riflessiva, in quanto relativa a colui che conosce e si conosce, di conseguenza meno statica e rassicurante e più dinamica e "rischiosa", ma anche innovativa piuttosto che conservativa, aperta alle nuove domande piuttosto che in cerca di risposte che chiudono la conoscenza e, infine, non diretta a uno scopo, ma inserita in un sistema più ampio, co-ordinato (Dell, 1982).

Dentro questo sistema è possibile interrogarsi sul senso della malattia (Frank, 1995; Bert, 2007) e scoprirne l'irriducibile inconoscibilità, che non è propria solo di certe malattie, considerate ambigue (Cipolletta, Beccarello, & Galan, 2012; Griffiths et al., 2010; Griffiths, Green, & Tsouroufli, 2005), ma di qualsiasi malattia. Perciò la diagnosi non può basarsi solo sull'evidenza perché l'evidenza deve essere interpretata, come evidenziato da Greenhalgh (1999) a partire da un esempio di diagnosi precoce di meningite. In quel caso il medico fece la diagnosi sulla base della conoscenza della famiglia, che gli permise di comprendere che l'apprensione materna per i sintomi del figlio era giustificata. Un altro esempio è l'interpretazione di una radiografia al torace che varia a seconda che si tratti di un accanito fumatore ultra sessantenne o di un ventenne tornato dall'India. Tutti questi casi mostrano

*Aprirsi
all'incertezza*

come l'integrazione di evidenze empiriche e intuito potenzi il sapere medico. La comprensione non è una forma di buonismo, ma un potente strumento nelle mani del medico. Non è qualcosa che può essere insegnato, né si limita all'applicazione di tecniche di comunicazione, ma è piuttosto un modo di stare con l'altro, di essere nella relazione.

*Esempi di presenza
nella relazione*

Esistono tante buone prassi e soluzioni che una medicina capace di reinventarsi ha introdotto, sostituendo all'ostinata ricerca di una guarigione la partecipazione nella relazione. Prendiamo, ad esempio, una visita da un medico generico per un banale mal di gola. Stewart et al. (2003) evidenziano come cinque secondi di scambio comunicativo di un certo tipo possono evitare che una visita di routine si trasformi in un dramma (Miller, 1992):

DOTTORE: *Mentre le guardo la gola, c'è qualcosa in particolare che devo sapere di questo mal di gola?*

PAZIENTE: *No (pausa)*

DOTTORE: *Pensa che ci sia qualcosa al di fuori dell'ordinario?*

PAZIENTE: *No... non penso.*

DOTTORE: *C'è qualcos'altro che vuole raccontarmi oggi?*

PAZIENTE: *No, va tutto bene.*

Gli autori evidenziano come semplici e veloci modalità comunicative possano caratterizzare un modo differente di porsi in relazione, che contraddistingue una medicina centrata sul paziente. Le componenti di questo metodo (Stewart et al., 2003) sono:

1. esplorare la malattia e l'esperienza della malattia;
2. comprendere la persona e il contesto (individuo e famiglia);
3. trovare un territorio comune (se vuoi conoscere una persona, chiedile cosa le interessa);

4. incorporare prevenzione e promozione della salute;
5. migliorare la relazione medico-paziente tenendo presente che la domanda sottostante la richiesta che il paziente pone è “posso fidarmi di te?”;
6. essere realisti, ad esempio rispondendo in modo diretto a domande del tipo “per quanto resterò in sedia a rotelle?”.

Gli autori propongono anche una serie di espressioni che veicolano empatia (ad es. “Immagino quanto sia sconcertante (o doloroso) per lei”, “È difficile anche per me”, “Mi dispiace doverle dire questo...”), domande esplorative (“Cosa intende?”, “Mi dica qualcos’altro in merito a questo”) e risposte validazionali (“Capisco come possa sentirsi”, “Chiunque potrebbe avere la stessa reazione”, “Altri pazienti hanno avuto esperienze simili” o “Mi sembra abbia capito di che si tratta”). Lungi dal rappresentare una sorta di prontuario queste indicazioni rappresentano solo un esempio di come si può entrare in con-tatto con la persona.

Per concludere, vorrei riportare un esempio di comunicazione empatica, tratto da Baile e al. (2000), per presentare anche un’alternativa alla comunicazione di diagnosi che ho riportato all’inizio:

Un esempio di comunicazione empatica

DOTTORE: *Mi dispiace dirle che la radiografia ha mostrato che la chemioterapia non sembra aver funzionato (pausa). Sfortunatamente, il tumore è progredito.*

PAZIENTE: *È ciò che temevo (piange).*

DOTTORE: *(sposta la sedia più vicino al paziente, gli offre un fazzoletto e aspetta) So che non è ciò che avrebbe voluto sentire. Avrei preferito che le notizie fossero migliori.*

Bibliografia

- Baile W. F., Buckman R., Lenzi R., Glober, G., Beale E. A., Kudelka A. P., 2000. *SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, *The oncologist*, 5(4):302-311.
- Bateson G., 1972. *Steps to an ecology of mind*, Ballantine, New York.
- Bauman Z., 2000. *Liquid Modernity*, Polity, Cambridge.
- Bert G., 2007. *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Brown K. W., Ryan, R. M., 2003. *The benefit of being present. Mindfulness and its role in psychological well-being*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Cipolletta S. 2013a. *The family caregivers of patients with cancer: Roles and challenges*, in *Caregivers: Challenges, Practices and Cultural Influences*, Nova Science Publishers, New York.
- Cipolletta S. 2013b. *Construing in action: Experiencing embodiment*. *Journal of constructivist psychology*, 26, 293-305.
- Cipolletta S. 2016. *When childbirth becomes a tragedy: What is the role of hospital organization? Under submission.*
- Cipolletta S. & Amicucci L. 2015a. *Illness trajectories in patients suffering from leg ulcers: a qualitative study*. *Journal of Health Psychology*.
- Cipolletta S. & Amicucci L. 2015b. *The family experience of living with a person with amyotrophic lateral sclerosis: A qualitative study*. *International Journal of Psychology*, 50, 288-294.
- Cipolletta S., Beccarello S., Galan A., 2012. *A psychological perspective of eye floaters*, *Qualitative health research*, 22, 1547-1558.
- Cipolletta S. & Sperotto A. 2012. *From the Hospital organization to the childbirth practice: Italian women's experiences*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30, 326-336.
- Dell P. F., 1982. *Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence*, *Family Process*, 21, 21-41.
- Dourish P., 2001. *Where the Action Is: The Foundations of Embodied Interaction*, MIT Press, Cambridge.
- Faulkner A., 1998. *ABC of palliative care: Communication with patients, families and other professionals*. *BMJ*, 316, 130-132.

- Frank W. A., 1995. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*, University of Chicago Press, Chicago and London.
- Gadamer H.G., 1960. *Wahrheit und methode*, J.C.B. Mohr, Tübingen (trad. it. Verità e metodo, Bompiani, Milano)
- Gadamer H.G., 1993. *Über die Verborgenheit der Gesundheit: Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag (trad. it. Dove si nasconde la salute, Raffaello Cortina, Milano).
- Greenhalgh T., 1999. *Narrative based medicine in an evidence based world*, British Medical Journal, 318, 323-5.
- Heidegger M., 1927. *Sein und Zeit*, Max Niemeyer Verlag, Tübingen.
- Jaspers K., 1986. *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München: Piper (trad. it. Il medico nell'età della tecnica, Raffaello Cortina, Milano)
- Kelly G. A., 1955. *The psychology of personal constructs*, vol. 1-2, Norton, New York.
- Kelly G. A., 1979. *Ontological acceleration*. In B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality. The selected papers of George Kelly* (pp. 7-45), Krieger, New York.
- Lacan J., 1964. *Les Quatre Concepts Fondamentaux De La Psychanalyse*, Seuil, Paris.
- Leitner L. M., 2007. Theory, technique and person: technical integration in experiential constructivist psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Integration*, 17, 33-49.
- Mahoney M. J., 2003. *Constructive Psychotherapy. A practical guide*, Guilford Press, New York.
- Mair M., 1989. *Between Psychology and Psychotherapy: A Poetics of Experience*, Routledge, London.
- Merleau-Ponty M., 1945. *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris (trad. it. Fenomenologia della percezione, Il Saggiatore, Milano).
- Miller W.L., 1992. *Routine, ceremony, or drama: an exploratory field study of the primary care clinical encounter*, *The Journal of Family Practice*, 34 (3), 289-96
- Suchman L., 1987. *Plans and situated actions. The problem of human-machine communication*, Cambridge University Press, Cambridge.

La complessità interprofessionale nella relazione di cura

Milena Giovanna Guarinoni

rn, mns, phd

Consiglio direttivo Assimss

Università di Brescia

I PROFESSIONISTI SANITARI si trovano a gestire persone che si presentano con problemi di salute di tipo complesso. Tale complessità si estrinseca a livello clinico (non va dimenticato che la persona porta in sé anche una sfera psicologica e una sociale che spesso si intrecciano con quella biologica) in tre dimensioni (Mollerman et al., 2008):

1. la numerosità dei problemi, che richiedono conoscenze e competenze di numerosi specialisti;
2. l'interrelazione dei problemi, che fa riferimento al fatto che si intrecciano in modo tale che la soluzione migliore per un problema potrebbe peggiorarne un altro e, di conseguenza, i problemi devono essere considerati nella loro globalità;
3. l'ambiguità dei problemi, ossia quando la disponibilità di prove di efficacia risulta essere ancora inconsistente o contrastante.

Ciò premesso è evidente che fornire cure efficaci per i pazienti

del nostro secolo diventa pressoché impossibile qualora venga coinvolta una sola professione. Nel 2008, Mollerman, in uno studio ha valutato l'ipotesi che esista una correlazione tra aumento della complessità del paziente e necessità di gestione attraverso un team interprofessionale. Il risultato di tale studio ha evidenziato che esiste una correlazione positiva soprattutto quando la complessità dei problemi clinici dell'assistito riguardano la dimensione dell'interrelazione e l'ambiguità. Ciò comporta la necessità per i professionisti della salute di lavorare spesso in team multiprofessionale, abbandonando la prassi della consulenza specialistica come attività avulsa dal processo clinico-assistenziale del paziente. La letteratura ha messo in risalto che i pazienti stessi ormai si aspettano di ricevere un'assistenza che sia in grado di individuare i problemi personali risolvendoli in maniera personalizzata grazie a un lavoro gestito da un gruppo interprofessionale coordinato. Questo tipo di approccio, infatti, favorisce lo sviluppo di una relazione di fiducia con i sanitari incoraggiando la discussione dei bisogni della persona e la condivisione dei trattamenti, andando così oltre al semplice consenso informato e dando invece avvio alla presa di decisioni condivise, ovvero *Shared Decision Making* (Sidani, 2014). Il goal del successo nella pratica della relazione collaborativa è dunque quello di sviluppare, mettere in pratica e valutare l'eccellenza nell'assistenza centrata sul paziente.

Le competenze chiave di un gruppo multiprofessionale (Mc Donald, 2010) sono: la comunicazione, il potere del proprio ruolo professionale, la conoscenza dei ruoli professionali degli altri, la leadership, la funzione del team, e la capacità di negoziare nella gestione dei conflitti.

La letteratura, in particolare, si sofferma e sottolinea la necessità che tutti i membri del team siano in grado di identificare e dimostrare il potere del proprio ruolo tanto quanto la conoscenza dei ruoli degli altri professionisti parte del team di la-

*Le competenze
chiave del gruppo
multiprofessionale*

voro. Le abbondanti evidenze scientifiche hanno dimostrato che vi è il miglioramento di diversi outcomes a seguito della collaborazione interdisciplinare definita come “processo nel quale differenti gruppi professionali lavorano assieme per impattare positivamente sull’assistenza del paziente”. Secondo Reeves et al. (2013) la collaborazione interprofessionale migliora la soddisfazione lavorativa del gruppo, riduce i doppioni nell’offerta, aiuta a ridurre la frammentazione nell’offerta dei servizi, migliora la sicurezza dei pazienti. A questi benefici si aggiungono minori ritardi, aumento dell’efficienza e riduzione degli errori, minore stress, migliore soddisfazione del paziente (Yaeger, 2005). Nonostante sia dagli anni ‘40 che le prime ricerche hanno dimostrato gli effetti positivi del lavoro in team multiprofessionale (in particolare allora ci si concentrava sui reparti medici e di lungodegenza), ancora oggi persistono barriere che rendono difficile la collaborazione tra le diverse figure professionali sanitarie. La principale barriera è la scarsa comunicazione: le evidenze, ad esempio, mostrano che nonostante solo il 2% di tutte le attività coinvolga la comunicazione tra medici e infermieri nei reparti di terapia intensiva, la comunicazione è la causa del 37% degli errori (Yeager, 2005). Tra le barriere troviamo inoltre la mancanza di tempo, i sistemi valoriali divergenti tra le varie professioni, l’ambiguità di ruoli, la persistenza di una cultura di tipo gerarchico (Yaeger 2005, Reeves 2013). Per superare tali barriere che osteggiano la relazione interprofessionale e, pertanto, limitando una migliore gestione dell’assistenza, è auspicabile che sin dagli studi universitari gli studenti delle diverse professioni sanitarie siano messi nelle condizioni di conoscere ruoli, culture e pratiche proprie e altrui anche al fine di superare stereotipi che sono stati correlati a una povertà di comunicazione nei confronti dei colleghi di altre professioni (Hind, 2003).

Costruzione complessa della relazione di cura nella medicina di famiglia

Tiziano Scarponi

Mmg, Perugia

co-chair Area “Salute e Prevenzione” Assimss

È probabilmente più facile per un medico che lavora con malati acuti o ricoverati in ospedale interagire e relazionarsi con i propri pazienti: i ruoli sono definiti, le richieste e le risposte sono abbastanza canoniche e omogenee. Non è la stessa cosa, invece, per un medico di famiglia che sempre più spesso deve costruire una relazione di cura con i propri assistiti, che il più delle volte sono portatori di tanta patologia cronica o al contrario anche sani. Se mettiamo in conto, inoltre, come siano cambiati i pazienti in questi ultimi venti anni ci accorgiamo come il lavoro del nostro medico di famiglia sia diventato complesso. Complesso non significa complicato, ma nell’accezione etimologica dal latino *complexor* vuol dire legato, unito tutto in sé, concatenato, di sistema costituito da molti parti interagenti che influiscono una sull’altra.

La Medicina di famiglia da tempo ha dovuto superare l’approccio riduzionista che concepisce il malato come un portatore di patologia d’organo, ma è stata quasi obbligata all’approccio relazionale, un approccio cioè, che pur mante-

*La Medicina di
famiglia “obbligata”
all’approccio
relazionale*

nendo le basi sulla conoscenza scientifica ha dovuto svilupparsi in maniera circolare su una conoscenza dell' 'uomo a 360°. Già negli anni '60 veniva detto come la Medicina Generale o di Famiglia avesse la funzione di mediare la soggettività dei pazienti con l' 'oggettività della scienza medica, ovvero di desumere dall' *illness* il *disease* e pertanto si è dovuta organizzare e apprendere sul campo degli atteggiamenti e delle modalità operative che non ha certo imparato all'Università. Fino ad ora, forse per qualcuno, coniugare competenza scientifica e competenza relazionale poteva essere considerata un'opzione, ma con i pazienti attuali deve invece essere considerata una prassi consolidata e obbligatoria, pena il fallimento di quasi sforzo e percorso terapeutico.

*Co-costruire il
percorso terapeutico*

Ci chiediamo in questo workshop *quale paziente oggi?* Cerchiamo di dare delle risposte. Senza dubbio un paziente rispetto al passato più vecchio, con maggiori richieste di assistenza in quanto portatore di più patologie e perché ha anche in mente un nuovo concetto di salute, in un contesto sanitario dove è sempre più presente la tecnologia, lo sviluppo dell'ICT, ma con risorse economiche sempre minori (1). L'invecchiamento del paziente comporta un forte aumento della cronicità, di comorbidità, e la pluripatologia obbliga ad un approccio multidisciplinare, ad una forte interazione fra figure sanitarie mediche e non mediche con un forte carico assistenziale di tipo infermieristico.

Il paziente di oggi è diverso da quello di ieri anche perché vive il concetto di salute in modo diverso (2): non più l'assenza di malattia, ma una soggettiva percezione di benessere e sufficiente funzionalità di se stessi nel proprio ambiente. In altre parole il saper convivere con la propria patologia anche in relazione ai propri vissuti e alle proprie narrazioni di vita ed al proprio grado di resilienza. Ecco da tutto ciò deriva l'importanza della Medicina Narrativa (3) per entrare e "com-

prendere” il paziente e co-costruire insieme a lui un percorso terapeutico. Fare raccontare e far narrare il paziente significa farlo riflettere sulla propria condizione e intravederne un senso che gli permetta di accettarla più facilmente e viverla in una prospettiva meno negativa. Significa facilitare lo sviluppo della resilienza (4) che è la capacità di far fronte in maniera positiva gli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita di fronte alle difficoltà. Significa far sviluppare l'*empowerment* (5): la propria responsabilizzazione individuale, la capacità di sapersi organizzare e gestire il proprio percorso terapeutico. Fondamentale sarà anche da parte nostra adottare un approccio proattivo, vale a dire riorganizzarsi sia dal punto di vista tecnologico che delle metodologie e soprattutto delle competenze, in modo tale che il sistema medico-paziente-contesto sanitario sia in grado di percepire in anticipo le tendenze di salute per prevenirne le evoluzioni patologiche: sviluppo quindi della medicina d'iniziativa.

Nel rispondere alla domanda *quale paziente oggi?*, non posso fare a meno di chiedermi *quale medico oggi?* In un'ottica complessa e sistemica infatti è impossibile concepire un soggetto separato da un oggetto, ma tutto è visto come delle parti di un sistema interagente che si condizionano e si progettano secondo un principio di reciprocità. Il più delle volte, pertanto, in medicina di famiglia oggi, la relazione di cura si instaura con un paziente affetto da patologia cronica che non guarisce, in terapia continua con molti farmaci. Una patologia che sconvolge lo stile di vita del paziente e la cui gestione richiede molta consapevolezza perché alla fine la vera responsabilità della cura è del paziente stesso. Il percorso della cura non è centrato più sulla malattia, ma sul paziente che diventa quindi il responsabile del trattamento, assume un ruolo attivo e indipendente e il ruolo del medico diventa spesso quello dell'educatore, del consulente e del facilitatore. A noi medici

*Il medico come
educatore, consulente
e facilitatore*

occorrono pertanto oltre alle competenze cliniche, anche competenze psicosociali e pedagogiche: è obbligo essere consapevoli che prendersi cura di un paziente vuol dire utilizzare la relazione come uno strumento per facilitare la sua autonomia e responsabilizzazione nella cura.

*Un progetto che
utilizza la Medicina
Narrativa*

A corollario di quanto esposto ritengo opportuno accennare a questo progetto di ricerca su cui stiamo lavorando che disegna un nuovo modo di costruire la relazione di cura in modo complesso(6): *L'Educazione Terapeutica in gruppo e la Medicina Narrativa come nuovo approccio di cura per i pazienti con diabete mellito tipo 2* (Natalia Piana, Tiziano Scarponi, Francesca Fulvi). L'obiettivo della ricerca è quello di migliorare la qualità della vita, il sentimento di auto-efficacia ed il compenso metabolico dei diabetici di tipo 2 arruolati: entrambi i generi di età compresa tra 45 e 75 anni con AbA1C >8.0% senza scompenso cardiaco e limitazioni motorie. Saranno costituiti 7 gruppi di 10 pz gestiti da uno o più mmg. che si riuniranno in sei incontri di 1,5 ore a cadenza quindicinale presso gli ambulatori dei mmg. Sono previsti anche tre incontri di macro-gruppo per andare a camminare insieme (attività outdoor). In questi sei incontri in piccoli gruppi i pazienti verranno informati, educati alla gestione della malattia, della dieta, e dell'attività fisica attraverso l'utilizzo della narrazione e della scrittura di sé e della propria storia per far emergere le rappresentazioni e i vissuti legati alla malattia, far acquisire maggiore consapevolezza di sé, motivare al cambiamento e alla cura di sé. Come indicatori saranno utilizzate le determinazioni dell'AbA1C al momento 0, a tre e sei mesi e la somministrazione all'inizio ed alla fine della ricerca dei questionari Health Survey Short Form-36 (7) e Self-Efficacy Scale (8). La ricerca partirà a settembre e per il momento è stata fatta la formazione ai mmg con uno stage residenziale di Medicina Narrativa di tre giorni che si è tenuto nel mese

di aprile sotto la direzione della dottoressa Natalia Piana, pedagoga che supervisionerà tutto il progetto. Questo senza dubbio è una costruzione complessa della relazione di cura!

Bibliografia

- 1 Scarponi T. 2014. Anziani, medicina generale, medicina della complessità. *Sistema Salute*, vol.58 n1 10-13
- 2 Machteld Huber et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163
- 3 R. Charon, Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust, *JAMA*, 2001
- 4 Domenico Di Lauro, *La resilienza. La capacità di superare i momenti critici e le avversità della vita*, Milano, Xenia Edizioni
- 5 Aujoulat I, Marcolongo R, Bonadiman L, & Deccache A. *Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control*.
- 6 WHO Europe, *Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases*, 1998
- 7 Apolone G., Mosconi P.: The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1025-1036. (Schwarzer, R., Jerusalem, M. 1995)
- 8 Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, M. Johnston, *Measures in health psychology: a user's portfolio. Casual and control beliefs* (pp. 35-37), Windsor, England)

Relazioni di cura: le vogliamo davvero?

Giulio Cecchini

Scuola di Specializzazione di Radiologia
Diagnostica per Immagini (Cimo)

LA MIA ESPERIENZA PROFESSIONALE per i primi 25 anni si è svolta su due percorsi paralleli, molto diversi tra loro. Da una parte l'attività di radiologo, per quarant'anni, da specializzando a direttore di Dipartimento, a Genova e Sanremo, uno dei posti più gradevoli d'Italia: un'attività a forte rischio di lontananza dal paziente, superata in questo rischio, tra le attività cliniche, forse solo dalla Patologia clinica: contatti fugaci, istantanei con il paziente, spesso resi impossibili dalla logistica che pone la sala di refertazione lontano dai percorsi dei pazienti, rendendoli quasi inavvicinabili. Dall'altra parte, circa 25 anni dedicati all'assistenza agli anziani ed ai disabili cominciando, giovanissimo, venticinquenne, in una residenza protetta del Comune e poi, nel privato, con ampie responsabilità anche organizzative. Un'esperienza questa completamente diversa, agli antipodi di quella radiologica, emotivamente tra le più coinvolgenti e profonde: la relazione di cura diventa relazione di vita, fino a diventare accompa-

gnamento, vicinanza nella morte. Spesso si diventa l'unico riferimento, l'unica presenza insieme ai collaboratori, l'unica speranza e affetto quando magari la famiglia non c'è più o non ci vuole essere.

Centinaia di migliaia di diagnosi radiologiche, molte per fortuna rassicuranti, altre, tante, inutili, altre sicuramente preoccupanti ma alcune, infine, incomunicabili drammatiche sentenze inappellabili. Nel fine vita invece, l'energia vitale che viene meno, gli "acciacchi" sempre più frequenti e invalidanti, le giornate sempre più vuote da riempire, la mancanza di progettualità, prospettive e gioia, la contiguità con la sofferenza degli altri ricoverati che porta a un egoismo difensivo. Le conoscenze cliniche, le competenze e, di conseguenza, le responsabilità sono ovviamente diverse tra medici, infermieri, oss, impiegati, personale ausiliario e chiunque altro faccia parte dell'equipe, ma l'etica, l'empatia, la comunicazione devono avere per tutti lo stesso orientamento, gestiti con lo stesso entusiasmo e con la stessa carica vitale, attenzione e rispetto.

La comunicazione corretta è la base della relazione di cura. Non è scontata, non è facile, solo per pochi è dote naturale. Viene insegnata poco o affatto nei corsi di studio ma soprattutto non se ne fa esercizio pratico. Bisogna insegnare ad ascoltare il paziente, la sua anima, prima che la cartella clinica o i numeri, i grafici, le immagini degli esami e gestire la propria ansia, che ci fa dimenticare come la parte più debole sia il paziente grave e, quasi sempre, la causa delle nostre ansie è ben poca cosa rispetto ai suoi problemi. Bisogna identificare il messaggio giusto per il paziente e con il messaggio trasmettere energia, forza, che coinvolga e trascini.

Di recente è stata introdotta per i licei l'alternanza scuola-lavoro ed è capitato che le classi degli ultimi anni abbiano frequentato il mio Ospedale e che il Direttore Generale mi

*Imparare a
comunicare*

abbia affidato il compito di parlare con questi giovani. Ho chiesto al mio coordinatore tecnico di condividere il compito, abbiamo coinvolto anche gli infermieri ed il restante personale e abbiamo parlato di queste cose, oltre a presentare le più avanzate tecnologie e gli effetti speciali di immagini da viaggio nel corpo umano ai limiti della fantascienza. Massima disciplina e una concentrazione durata ore senza sbadigli. Qualcuno ha fatto fatica a controllare l'emozione che è stata massima quando abbiamo spiegato che, qualunque sia il ruolo rivestito in sanità ed assistenza, in ospedale, ambulatorio, nel territorio e ancora di più a casa del paziente o nelle strutture residenziali e nei pazienti gravi, la persona deve essere presa per mano e accompagnata nel suo percorso, con la sensazione forte di una progettualità basata sulla competenza ma realizzata con vicinanza e disponibilità. La persona deve "sentire" che si sta facendo con competenza quello che si farebbe per se medesimi e solo così svaniscono o almeno sbiadiscono i fantasmi più terribili.

Certo è pesante, difficilmente sopportabile, usurante, creare sempre empatia, vivere la com-passione con il paziente ed evitare il burn out. Ma chi pensa di non farcela è meglio che cambi mestiere, o magari resti nelle retrovie: si può sempre fare Direzione Sanitaria, Centro Direzionale di controllo, fare le pratiche per l'accreditamento e la qualità, organizzare la formazione (magari facendola realizzare ad altri). Entrare nella dinamiche della relazione di cura può essere meraviglioso o terribile ma si può prevedere.

Così come è facilmente prevedibile che un radiologo ben difficilmente potrà rincuorare dei genitori sulle sorti del loro ragazzino apparentemente vittima di un incidente serio se referta dal piano di sopra o addirittura da un altro ospedale, chiuso nella sua stanza, solo davanti ad una fila di monitor, telefoni e l'immane caffè o bottiglia di acqua. E ogni altro paziente, giovane o anziano, grave o semplice, tranquillo

o ansioso, non potrà avere, non solo le parole che aspetta, ma nemmeno quella visita e quell'anamnesi che spesso completano e talora correggono la diagnosi anche in maniera significativa.

E che dire del tempo? È vero, spesso bastano pochi minuti per cambiare la vita di un paziente, di una persona, ma oggi sempre di più ogni prestazione rientra in un "tempario" con le incombenze burocratiche e le attività collaterali, spesso inutili, che bruciano tempo ed energie qualche volta più del burn out. Spesso il personale accumula ore su ore (parliamo di centinaia di ore di attività non retribuite, non riconosciute e periodicamente cancellate a cuor leggero da amministrazioni cui evidentemente interessa molto il conto e forse meno queste note) che sarebbe molto spiacevole se venissero considerate inutili chiacchiere.

*I rischi del
"tempario"*

Questo problema è spesso molto sottovalutato e deriva da modelli organizzativi efficientisti, disattenti alla qualità e fortemente orientati alla produttività, da cui il personale medico e sanitario viene pressoché escluso nelle fasi decisionali e programmatiche. Nascono così i centri di medicina low-cost che offrono, per esempio, visita cardiologica ed ecg a 41 euro full optional! Si riuscirà in quei pochi minuti consentiti dal tempario a spiegare i rischi di un'aritmia, di un infarto e le regole di igiene, di abitudini di vita, di prevenzione, di modalità di terapia? D'altronde quanti si possono permettere di aspettare mesi, senza danni, per effettuare questo esame o, in alternativa, possono pagare le tariffe che la slow-medicine di qualità spesso impone?

Questo mondo corre veloce non solo nella tecnologia, nella scienza, nella farmaceutica ma anche nell'economia e nella finanza e dobbiamo accorgercene: non basta più prendere per mano il paziente, ascoltarlo e comunicare con lui, magari salvargli la vita. Diventa evidente ed indispensabile comuni-

care sempre di più e fornire messaggi forti anche con la politica e l'economia . Questo compito, le domande che ci siamo posti sopra e altre ancora, devono essere affrontati subito con forza ed entusiasmo da noi, dai tecnici, dalle forze sociali, dalla federazione degli Ordini dei medici per mantenere un equilibrio tra etica, costi e qualità e conservare umanità nella vita.

WORKSHOP 3 QUALE MEDICINA

-
- SESSIONE A **Uno sguardo alle esperienze internazionali**
moderatori: Nicolino D'Autilia, Filippo Anelli
- SESSIONE B **Come ci vedono gli altri**
moderatori: Maurizio Scassola, Eva Antoniotti
- SESSIONE C **La leadership funzionale medica in Sanità Complessa**
moderatori: Francesco Alberti, Gianluigi Spata
- SESSIONE D **Rapporti con le professioni sanitarie: responsabilità e competenze**
moderatori: Anna Maria Ferrari, Cesare Fassari

Sintesi dei lavori della sessione

Nicolino G. D'Autilia

responsabile Fnomceo Area Strategica Estero

NELL'AMBITO DELLA TERZA CONFERENZA nazionale non poteva mancare uno sguardo alle esperienze internazionali che spesso vengono portate, a torto o a ragione, come esempio da seguire o da evitare nel confronto con la nostra realtà nazionale.

Gli ospiti statunitensi Maria La Porta e Brian Zachariah hanno illustrato un contesto sanitario ospedaliero assai lontano dal nostro, dove la prima è primario anestesista presso il Memorial Hospital di Freeport nell'Illinois oltre che Presidente della commissione medica disciplinare dello stesso Stato e il secondo è Direttore medico del Department of Financial and Professional Regulation sempre nell'Illinois. Entrambi si sono soffermati sugli aspetti organizzativi del loro lavoro professionale e in particolare la prima ha centrato l'attenzione sulle modalità di collaborazione tra anestesisti (team strutturato) che comporta varie fasi di contrattazione dei budget con la Direzione ospedaliera in rapporto stretto con i risultati rag-

giunti. Introiti economici rilevanti a fronte di altrettante significative uscite per supportare le consulenze dei commercialisti impegnati *day by day* a far quadrare il bilancio tra investimenti nella professione, laute polizze assicurative e incassi derivanti dall'attività ospedaliera. Uno scenario profondamente differente dal nostro Servizio sanitario nazionale fondato sui principi di equità, universalità e solidarietà.

Stefano Del Torso, referente Fimp per i rapporti internazionali, si è soffermato sulle ricerche in campo pediatrico nell'ambito europeo, sottolineando la peculiarità della figura di un pediatra di libera scelta come quello italiano, punto di riferimento sicuro per la famiglia fin dalla nascita del bambino.

Un *workshop* in buona sostanza particolarmente interessante e seguito da molti colleghi che non hanno voluto perdere una preziosa occasione di confronto con le realtà sovranazionali che sempre più spesso ci troviamo ad affrontare in occasione di viaggi, scambi culturali e maggiormente di esercizio professionale che i giovani medici decidono di svolgere in realtà lontane dal nostro Paese.

L'impegno in questo senso della Fnomceo sul versante della partecipazione alle varie Commissioni Europee nelle quali i colleghi rivestono anche importanti ruoli di responsabilità politica depone per una attenzione allo scenario europeo della Professione, pur in un contesto storico come l'attuale di incertezza nel governo della stessa Comunità.

La Pediatria e il Territorio in Europa e nel Mondo

Stefano del Torso

Pediatra di Famiglia, Delegato FIMP ai Rapporti Internazionali
Vice-Presidente EAP (European Academy of Paediatrics),
Chairman EAP Research in Ambulatory Settings Network
EAPRASnet

DURANTE L'ULTIMO DECENNIO, i sistemi sanitari basati sulle cure primarie pediatriche sono in calo, e molti paesi si trovano ad affrontare difficoltà a causa della carenza di pediatri che lavorano nelle cure primarie (1). Il curriculum di studi formativo in pediatria per i medici di famiglia/medici di medicina generale varia da paese a paese ed è generalmente o troppo breve o addirittura assente. Vi è, inoltre, la necessità di misurare l'impatto sulla salute dei soggetti in età pediatrica, nei diversi sistemi di cure primarie, attraverso adeguati indicatori di salute e sanitari in questa fascia di età (1).

A partire dal 1978, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) italiano ha erogato l'assistenza pediatrica di base attraverso i "pediatri di libera scelta (pls)" o "pediatri di famiglia" (pdf). Rispetto all'Europa, in Italia esiste una diversità, specie per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi materno-infantili. In particolare esiste la peculiarità data dalla Pediatria di famiglia, che comincia ad essere un modello che i paesi europei, le or-

*L'assistenza
pediatrica nei paesi
europei: i numeri*

ganizzazioni e le riviste pediatriche internazionali (2) osservano con attenzione. In alcuni paesi europei il pediatra viene considerato uno specialista di secondo livello e il personale paramedico svolge gran parte dell'attività preventiva e di puericultura. Nel Sistema sanitario italiano, i pdf lavorano nei loro ambulatori, fornendo l'assistenza di primo livello per le patologie acute e croniche ai bambini da 0 a 16 anni, inoltre si occupano in prima persona anche di prevenzione e puericultura.

Nell'ambito di un confronto tra i vari paesi europei, con particolare riguardo alle cure primarie in pediatria, nella prospettiva di una auspicabile integrazione nel campo della sanità sono stati utilizzati dei questionari (3, 4), inviati a pediatri di alcuni paesi europei e dell'area mediterranea quali Austria, Germania, Francia, Belgio, Lussemburgo, Spagna, Svizzera, Grecia, Gran Bretagna, Slovenia, Ungheria, Repubblica Ceca e Israele. In Europa ci sono 180.000 pediatri, di cui 76.000 lavorano nell'area delle cure primarie e assistono circa 170.000.000 di bambini di età inferiore a 15 anni. Il rapporto tra numeri di pediatri e popolazione residente varia da 1 pediatra ogni 2.986 abitanti in Grecia a 1 pediatra ogni 53.846 abitanti in Irlanda.

Se consideriamo la sola popolazione pediatrica da 0 a 14-15 anni la differenza è ancora più significativa e passiamo da 1 pediatra ogni 485 pazienti pediatrici in Grecia a 1 ogni 10.743 in Irlanda. In Italia ci sono oltre 7.000 pdf contro un massimo di 3.900 in Spagna, mentre i medici di Medicina Generale (mmg) sono molto più numerosi in Spagna. Bisogna notare come in Gran Bretagna, con una popolazione simile a quella italiana, ci siano meno di un terzo di mmg (23.000 contro 70.000) rispetto all'Italia

Oltre che in Italia anche in Austria, Germania, Slovenia, Spagna, Svizzera, Ungheria, Slovacchia e Repubblica Ceca esiste un'esclusiva competenza del pdf per gli assistiti, tra 0 e 6

anni, negli altri paesi valutati l'assistenza viene condivisa con i mmg o addirittura solo o prevalentemente effettuata dal gp, come accade in Gran Bretagna e nelle zone extracittadine in Francia. Tra 7 e 14 anni il pdf rimane come unico responsabile sanitario per l'età pediatrica solo in Austria, Slovenia, Ungheria, Svizzera, Repubblica Ceca e Slovacchia. Tra i 15-16 e i 18 anni anche la Spagna e l'Italia, oltre alle già citate Gran Bretagna e Francia, demandano l'assistenza ai medici di Medicina Generale, negli altri paesi l'assistenza viene ancora condivisa. In Austria, nella Repubblica Ceca e in Slovacchia tutti i pazienti fino a 18 anni vengono seguiti dai pediatri e in Austria il pediatra è specialista in Pediatria e Adolescentologia.

L'attività del pdf in Italia viene svolta, in una buona parte dei casi, in ambulatori singoli. A seconda delle varie realtà loco-regionali cambia la percentuale di pdf che lavora in associazione (sempre in ambulatori separati) o in gruppo (presenza di più pediatri nello stesso ambulatorio); quest'ultima anche in Italia è guardata con sempre più interesse (5). La percentuale dell'attività in gruppo è nettamente più alta negli altri paesi, fino ad arrivare all'89% dei GP in Gran Bretagna, all'80% in Slovenia e Ungheria. È comune nelle varie nazioni il dato della femminilizzazione della pediatria con percentuali che nella maggior parte dei paesi supera il 50 % di pediatre donne per arrivare all'85 % della Repubblica Ceca. In un recente sondaggio negli Stati Uniti il 64% degli specializzandi del 1° anno erano donne.

Nella maggior parte dei paesi europei presi in esame, l'attività pediatrica ambulatoriale è svolta al 90% a tempo pieno, mentre in Belgio e in Svizzera i pdf svolgono anche servizio ospedaliero (90% in Belgio e 40% in Svizzera). Molto basse le percentuali di pdf (tra il 5 e il 10% al massimo) che praticano attività di ricerca e di insegnamento e ciò avviene solo in 4

*L'organizzazione
dell'assistenza
pediatrica nei
Paesi europei e
nel mondo*

paesi: Italia, Spagna, Svizzera e Israele.

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale è utile mettere a confronto tra i vari paesi le modalità organizzative per quanto riguarda l'utilizzo di personale di segreteria ed infermieristico e l'effettuazione di alcuni semplici esami di laboratorio e strumentali. La Gran Bretagna è il paese che più si serve della possibilità di eseguire esami di laboratorio come l'esame delle urine, il tampone faringeo, ecografie e radiografie in ambulatorio. In Italia poco più della metà dei pdf pratica semplici esami di laboratorio, e solo una minoranza può usufruire di personale (pur senza una figura professionale specifica).

Il numero di pazienti per pediatra è variabile, in Italia fino a un massimo di 1.000 con una media nazionale di 780, mentre negli altri paesi i numeri sono molto più alti con una media di circa 2.000-3.000 pazienti, considerando anche le ben diverse modalità organizzative che consentono l'apertura dell'ambulatorio di gruppo per 3-6 ore fino ad un massimo di 8 ore in Gran Bretagna, Svizzera e Lussemburgo. In Belgio invece non ci sono limiti di orario neanche per il sabato e la domenica. Per quanto riguarda il sabato, i giorni festivi e le notti in Italia, così come in Spagna, l'assistenza è di prevalente competenza dei servizi di continuità assistenziale, mentre viene garantita dai medici del territorio in tutti gli altri paesi mediante tipologie organizzative di gruppo o associazioni. Rimangono ovviamente molte possibilità di miglioramento dell'organizzazione delle cure pediatriche, con particolare riguardo alla frammentazione dei servizi sanitari (6) e all'utilizzo efficace delle risorse seguendo l'effettiva priorità dei bisogni di salute dell'infanzia e dell'età evolutiva (7).

La situazione delle cure pediatriche negli Stati Uniti è notoriamente molto diversa: alti livelli di cura ad altissimi costi per circa l'80% dei pazienti in età pediatrica (0-18 anni, con l'intenzione della American Academy of Pediatrics di proseguire l'assistenza fino ai 21 anni), ma almeno un 20% di

bambini ed adolescenti resta senza nessun tipo di assistenza pediatrica, fatte salve le urgenze in strutture ospedaliere statali. È stato recentemente pubblicato un articolo (8) che documenta come negli ultimi 20 anni l'assistenza pediatrica primaria negli Stati Uniti sia sempre più effettuata dai pediatri con un aumento dal 1990 al 2000 dal 56.2% al 64.2 % . Nello stesso periodo le visite dei pazienti da 0 a 17 anni presso i medici di Medicina Generale sono scese dal 33.7% al 23.9 % . Rimangono da determinare le ricadute sulla qualità dell'assistenza, sulla pianificazione assistenziale ed economica di queste variazioni.

Un problema ancora aperto non solo in Italia, ma comune anche agli altri paesi europei si evidenzia nel momento in cui sia necessario un ricovero. In rari casi è il pdf a mediarlo, più frequentemente il paziente si rivolge direttamente al Pronto soccorso; il paziente viene gestito dai pediatri ospedalieri che raramente comunicano con il pdf se non attraverso la lettera di dimissione nella quale viene descritto l'andamento della degenza e vengono date le direttive per il proseguimento della convalescenza. Ciò che manca è l'interazione tra le figure professionali, manca la comunicazione delle decisioni prese e cosa ancora più importante la discussione di tali decisioni in previsione di un riaffidamento delle cure al pdf. In termini di globalità assistenziale possiamo pertanto porre l'accento sull'importanza della comunicazione bi-direzionale tra l'ospedale e il pdf. È interessante notare che la comunicazione tra ospedale e territorio risulta soddisfacente solo in Svizzera, paese nel quale un'elevata percentuale di pediatri ambulatoriali lavora anche in ospedale. La necessità di una figura professionale pediatrica operante totalmente in ambito ospedaliero sta emergendo anche negli Stati Uniti dove il pdf era anche il medico curante durante la degenza ospedaliera. La riduzione delle risorse economiche e la necessità di migliorare la qualità

Il problema delle ospedalizzazioni

dell'assistenza hanno comportato questa modifica del tradizionale modello organizzativo sanitario. Negli Stati Uniti sta, peraltro, emergendo la figura del medico ospedaliero (mo), definito come un medico che spende almeno il 25% del suo tempo prestando cure a pazienti inviati a ricovero in ospedale dal medico delle cure primarie, dimessi poi dall'ospedale e riaffidati alle cure del proprio medico; le prime esperienze ed i primi risultati sono stati presentati anche in campo pediatrico (9-10).

*Il dibattito sui
diversi modelli di
assistenza sanitaria
ai bambini*

Il futuro della pediatria delle cure primarie vedrà l'affermarsi di team interdisciplinari composti da specialisti e da personale paramedico specializzato in pediatria, la cura del singolo verrà effettuata sempre più in una visione di salute pubblica (11). L'attività del pediatra delle cure primarie verrà svolta nel territorio fortemente integrata con le varie strutture assistenziali con l'obiettivo di creare una "casa pediatrica" e potrà essere assicurata attraverso modelli organizzativi innovativi con l'utilizzo anche di moderne tecnologie informatiche.

Il dibattito su quale sia la metodologia migliore di assistenza sanitaria per i soggetti in età pediatrica è molto acceso (1, 12-15). I modelli di riferimento più studiati sono certamente i sistemi presenti in UK ed in Svezia comparati anche con altri paesi europei (14-15). Alcuni parametri sembrano favorire sistemi che prevedano il pediatra delle Cure Primarie o un sistema dove siano presenti il medico di Medicina Generale/gp a stretto contatto professionale con il pediatra delle Cure Primarie nel territorio (14-16).

I bambini dipendono sia dagli adulti che dai soggetti responsabili delle politiche sanitarie rispetto ai servizi di assistenza sanitaria primaria di cui possono usufruire. Tuttavia, non c'è consenso unanime sul modo migliore di fornire assistenza sanitaria primaria ai bambini. Diversi paesi adottano diversi modelli, i due principali sono: medici di medicina generale

che vedono il bambino nel contesto familiare, e pediatri di libera scelta con esperienza specifica. Non vi è ancora nessuna evidenza scientifica che dimostri quale modello sia più efficace, il che implica che alcuni bambini in Europa potrebbero non essere assistiti nel miglior modo possibile.

Recentemente si è tenuta a Londra la riunione inaugurale per il lancio di un nuovo progetto di ricerca europeo che intende esaminare criticamente i servizi di assistenza sanitaria pediatrica primaria nei 30 paesi dell'Unione europea e dell'area economica europea, e formulare raccomandazioni su quali modelli sono più efficaci.

Il progetto, coordinato dall'Imperial College di Londra, è finanziato nell'ambito del programma della Commissione Europea Horizon 2020, e il coordinatore scientifico è il professor Mitch Blair. Al progetto partecipano 19 partner scientifici provenienti da 10 paesi europei, più Australia, Svizzera e Stati Uniti. Il progetto MOCHA si propone di studiare i vari modelli sanitari adottati nei 30 paesi della Commissione europea e dell'area economica europea. I 19 partner scientifici lavoreranno in collaborazione con esperti nazionali (*country agent*) identificati in ogni paese per ottenere e analizzare informazioni chiave su una serie di argomenti che riguardano il bambino e le cure primarie:

- modelli di assistenza primaria pediatrica (incluse le urgenze);
- continuità della cura e integrazione dei servizi socio-sanitari (cure secondarie, assistenza sociale, istruzione, ecc), comprese le cure complesse, ed i servizi per la tutela dei minori;
- servizi sanitari scolastici;
- servizi di accesso diretto per gli adolescenti;
- individuazione di misure innovative sulla qualità e risultati clinici;
- identificazione di misure composite, utilizzando banche

*Il progetto europeo
MOCHA*

dati di grandi dimensioni, per misurare la qualità e i risultati clinici;

- analisi economiche e di abilità;
- garantire equità per tutti i bambini;
- l'uso delle cartelle cliniche elettroniche in pediatria.

Il progetto MOCHA avrà una durata di tre anni, i risultati finali verranno presentati entro la fine del 2018. Durante il primo anno, il progetto MOCHA raccoglierà informazioni sul sistema sanitario di cure primarie pediatriche di ciascun paese, attraverso un country agent che ha il compito di raccogliere dati scientificamente mirati. Nel secondo anno il team del progetto analizzerà le informazioni raccolte e trarrà delle conclusioni preliminari. La fase finale del progetto sarà quella di proporre quali sono i modelli migliori e come i paesi li possano adottare. Tutte queste fasi sono affiancate da un costante processo di diffusione e di coinvolgimento degli stakeholder.

Il progetto si avvale di un comitato consultivo esterno formato da esperti internazionali, spesso provenienti da varie organizzazioni internazionali, ed agisce in rappresentanza di tutti gli interessi degli stakeholder. I Pediatri Europei sono rappresentati dalla European Academy of Paediatrics, Sezione Pediatrica dell'Unione Europea Medici Specialisti UEMS.

Tutte le informazioni sono disponibili sul sito: <http://www.childhealthservicemodels.eu/>

In un documento preparato per una interpellanza al Parlamento si richiedeva:

1. che sia definita a livello europeo l'età di competenza pediatrica, che non può essere inferiore ai 18 anni, in sintonia con quanto prevede la Convenzione Internazionale sui Diritti del bambino;
2. che sia affermato il principio che, indipendentemente dal modello assistenziale, il pediatra è il medico naturale del bambino;

3. che sia riconosciuto al bambino il diritto ad una sua specificità assistenziale;
4. che il bambino non subisca riduzioni di servizi pediatrici territoriali dipendenti da condizionamenti legati a politiche di sostegno economico;
5. che sia garantito nell'iter formativo delle scuole di specializzazione in Pediatria una idonea e specifica formazione in pediatria delle cure primarie (o pediatria ambulatoriale) anche attraverso la frequenza presso gli studi dei pediatri di famiglia;
6. che il pediatra generalista debba comunque essere il supervisore delle cure primarie territoriali, quando queste vengano ad essere effettuate da medici di Medicina Generale o personale paramedico.

Una attenta analisi dei programmi di assistenza pediatrica e dei risultati ottenuti nei vari paesi sviluppati nell'ottica di un confronto tra pari potrà permettere di soddisfare i bisogni del futuro del nostro mondo, i bambini e anche dei pediatri attuali e futuri di tutte le nazioni.

Bibliografia

- Diego van Esso, Stefano del Torso, Adamos Hadjipanayis, Armand Biver, Elke Jaeger-Roman, Bjorn Wettergren, Alf Nicholson and the members of the Primary–Secondary Working Group (PSWG) of the European Academy of Paediatrics (EAP). Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child* 2010 95: 791-795
- Del Torso S., Bussi R., DeWitt TG. Primary Care Pediatrics in Italy. *Pediatrics* 1997,99,1
- Del Torso S., Luchelli R., Camporese E., Meneghelli G. Il pediatra del territorio in Italia e in Europa. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 1998, 24:808 –811
- Camporese E.,del Torso S. La organizzazione delle cure pediatriche

- primarie in Europa. *Il Medico Pediatra* 1999, 3,161- 164
- Calia V., Causa P., Venturelli L. Pediatria di Gruppo. *Medico e Bambino* 1998, 17,7
 - Meneghelli G. Analisi dei fattori di crisi dell'assistenza Pediatrica. *Il Medico Pediatra* 1998: 7,5
 - Schuster MA, Duan N., Regalado M., Klein D. Anticipatory Guidance. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1191-1198
 - Forrest CB, Counting Child Health Care Professional. *Arch Pediatr Adolesc Med* ,2004,158 : 13-14
 - Bellet PS, Wachter RM. The Hospitalist Movement and its implication for the care of Hospitalized children. *Pediatrics* 1999,103,473 - 477
 - Bellet PS, Withaker R. Evaluation of a Pediatric hospitalist Service: Impact on Length of Stay and Hospital charges. *Pediatrics*, 2000,105,478- 482
 - Cheng T. Primary Care Pediatrics: 2004 and beyond. *Pediatrics* 2004, 113(6):1802-18092
 - Ingrid Wolfe, Matthew J Thompson, Alan Craft, Ed Peile, Pieter A Wiegiersma, Staffan Janson, T L Chambers, Martin McKee. *BMJ*, 2011, 342: 901.
 - Ingrid Wolfe, Matthew Thompson, Peter Gill, Giorgio Tamburlini, Mitch Blair, Ann van den Bruel, Jochen Ehrich, Massimo Pettoello-Mantovani, Staffan Janson, Marina Karanikolos, Martin McKee. *The Lancet*, 2013, 381: 1224 – 1234
 - Fiore M, Del Torso S, Chiamenti G *BMJ* 2014; 348:g3030 <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3030?tab=responses>
 - Sanchez Pina C, Carrasco A, Villaizán C, Aparacio M, Sanchez L, Begoña D *BMJ* 2014;348:g3030 <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3030?tab=responses>
 - Tom Stiris, Stefano del Torso S, Jean Christophe Mercier et al. *The Lancet* 2015, 385:1505

La costruzione di una professione adeguata

Maurizio Scassola

vicepresidente Fnomceo

AL CENTRO DEL NOSTRO DIBATTITO con “gli altri” ci sono stati tre i temi fondamentali di riflessione: la necessità di avere una professione medica adeguata, una vera alleanza politica tra medico e paziente, l'alleanza tra tutti gli operatori della salute.

La costruzione di una *professione adeguata* (Ivan Cavicchi) ci deve impegnare a ricontestualizzare i nostri principi, i nostri doveri ma anche i nostri diritti all'interno di un ambiente sociale, culturale, professionale ed economico in continuo cambiamento. Ci siamo sempre detti che dobbiamo recuperare il senso più profondo della *cura, come attività umana* dove scienza, cultura, valori, etica, sensibilità, appropriatezza interagiscono per *sostenere la persona malata nel suo percorso di vita*. La formazione professionale ed un nuovo rapporto costruttivo con il mondo accademico devono portare al cambiamento della professione; d'altra parte la formazione non può essere svolta solo in ambito universitario ma anche al-

l'interno dei luoghi formativi per eccellenza: dove si svolge la vita quotidiana delle persone. La formazione è quindi strumento di ricontestualizzazione, di pratica clinica legata strettamente ai bisogni di salute, di riorganizzazione dei servizi che devono essere coerenti con la vita e i suoi ritmi circadiani. Il confronto con “gli altri”, pazienti, operatori sanitari, amministratori, politici, ci permette di porci criticamente in discussione e di rivisitare il nostro ruolo: durante la nostra vita professionale non dobbiamo perdere occasione per svolgere una verifica e una revisione costante dei nostri atti e dei nostri comportamenti. Questo percorso di qualità è anche un percorso di ricollocazione sociale e politica. In questo senso noi dobbiamo essere *nuovamente adeguati*.

La nostra presenza nel contesto sociale sarà tanto più incisiva e determinante quanto più riusciremo a svolgere anche una attività politica; è in questo senso che ci vengono le sollecitazioni dal mondo dell'associazionismo (Tonino Aceti, *Cittadinanzattiva*) che ci sollecita esplicitamente alla *protesta*, richiamando la necessità di “stringere un patto tra tutti gli attori per difendere la sanità pubblica”. Questo *invito* è anche una richiesta di alleanza vera per definire attività sociali, informative, educative e politiche che permettano alle persone di esprimere i propri bisogni ed agli operatori della salute di formulare proposte e progetti per salvaguardare la Sanità Pubblica.

Difendere l'autonomia del medico nelle scelte secondo criteri di appropriatezza vuol dire difendere il diritto alla salute dei cittadini, dare sicurezza nelle cure, offrire al Ssn modelli organizzativi efficienti, ottimizzare le risorse, indicare obiettivi di salute concreti ed evitare lo smantellamento dei Servizi per soli fini contabili o per *efficientamento* organizzativo-amministrativo.

Ecco che la strategia di una parte del mondo associativo – *difendere il medico per difendere il cittadino* – non è solo una

proposta provocatoria (Gabriella Accoramboni, presidente della Associazione Onlus *La voce del cuore per la chirurgia*) ma pone la questione di una vera alleanza che riunisce pazienti in un rapporto positivo, proattivo con i propri medici; la promozione del valore di questo rapporto, di questa alleanza tra medici e pazienti è infatti la mission dell'Associazione. Se leggiamo l'art. 20 del Codice di Deontologia Medica comprendiamo come questa relazione rafforzi ancora di più il concetto di relazione che “persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura”. Possiamo affermare che questa alleanza è necessaria e strategica: la mia sicurezza come operatore della salute è la tua sicurezza come persona che assisto; abbiamo interessi comuni che identificano le priorità di questa alleanza: la sicurezza e la qualità delle cure.

Per offrire serenità ai medici come è possibile limitare il contenzioso medico-paziente? Qual è il ruolo degli avvocati? Esiste la possibilità di fare alleanza con gli avvocati? Giovanna Ollà – Consiglio Nazionale Forense – non nasconde le difficoltà di questa relazione ma parte dal protocollo siglato recentemente da Fnomceo e Cnf. Lo rappresenta come un piccolo punto di partenza che può incominciare ad incidere sulla *deriva di mercato* che introduce forme e strumenti aggressivi di pubblicità e vede l'inserimento di nuovi soggetti che con l'etica dei comportamenti hanno poco a che vedere. D'altra parte la forte pressione della sottoccupazione nell'ambito della avvocatura spinge molti professionisti a ricercare ossessivamente spazi professionali.

Tutti concordano che i medici devono trovare anche all'interno delle equipe multiprofessionali uno stimolo importante per il loro cambiamento. Il lavoro in team è una occasione di crescita professionale, di responsabilizzazione individuale

e collettiva, di sicurezza; anche in questo ambito *la mia sicurezza è la tua sicurezza*. All'interno di attività sempre più complesse, è essenziale che queste siano tracciate e le responsabilità individuali identificate; nel gruppo l'audit interno, la formazione inter e intraprofessionale, la comunicazione degli errori e degli incident reports fanno parte costitutiva della sicurezza e della efficacia delle cure.

Credo che da questa tavola rotonda sia scaturito un messaggio, un invito pressante: il medico deve affrontare con consapevolezza e determinazione i cambiamenti in atto; il suo ruolo è vissuto da tutti come fondamentale in una società in grande trasformazione; il suo compito è quello di riuscire ad adeguare velocemente il proprio profilo professionale e civile ai nuovi bisogni di una Società in grande trasformazione e in grande disorientamento.

Crediamo che la sua capacità di orientare le persone e le Comunità di appartenenza verso questi nuovi orizzonti gli permetta di recuperare pienamente ruolo e autorevolezza.

Relazione introduttiva alla sessione

Guido Regis

vicepresidente Omceo Torino

componente Gruppo di lavoro Fnomceo “Centro Studi,
Documentazione e Ricerca”

IN SEGUITO AL CONTINUO MUTARE ed evolversi del nostro sistema sanitario, si è iniziato a parlare di Sanità Complessa.

Riassumiamo brevemente alcuni degli aspetti principali di questi mutamenti.

*I mutamenti
della sanità*

- *Evoluzione del quadro demografico, sociale, epidemiologico:* invecchiamento, urbanizzazione, multietnicità, povertà, inquinamento, malattie croniche, polipatologie, disagio mentale, ambiente e salute.
- *Evoluzione del concetto di attesa di salute e personalizzazione delle cure:* esigenze del paziente, elevate aspettative, difficoltà a riconoscere i limiti scientifici tecnologici, speculazione mediatica e rivendicativa risarcitoria.
- *Impatto dell'ICT (Information Communication Technology)* sulle organizzazioni sanitarie e sul ruolo dei professionisti.

- *Ruolo sempre più centrale del cittadino* a fronte di una diversità di *compliance* nel saper utilizzare gli strumenti tecnologici (internet), nel partecipare al percorso di cura, nel comprendere il concetto di appropriatezza.
- *Incremento d'investimenti ed innovazione nel settore biomedico.*
- *Quantità di risorse limitata rispetto alla crescente domanda di salute.*
- *Complessa integrazione fra gli interessi delle persone, comunità, "stakeholders" e decisori politici.*
- *Evoluzione delle caratteristiche ed esigenze delle professioni sanitarie:* lauree brevi, specializzazioni, masters...
- *Sanità business* con l'utilizzo tra l'altro di un concetto prevalentemente economicistico nella governance dei sistemi sanitari, pericoloso sia nel sistema pubblico sia in quello privato, con implicazioni notevoli sul concetto di universalità ed equità delle cure, ed un impatto notevole sugli aspetti etici e deontologici della professione.

*Le trasformazioni
per la professione
medica*

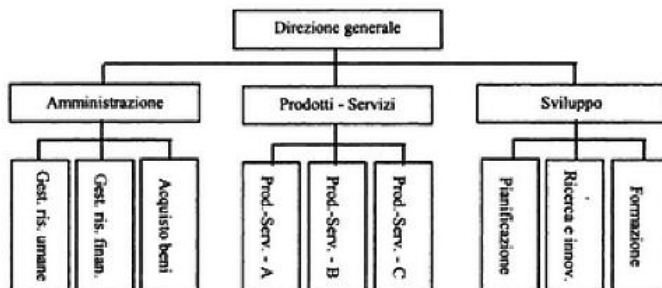
La professione medica si trova pertanto ad affrontare una rivoluzione che la pone di fronte a trasformazioni di significativo impatto, tra le quali:

- dover rendere conto delle performance, degli esiti nonché dell'impatto economico rispetto alle strategie utilizzate per raggiungerle, cercando di evitare i conflitti d'interesse;
- necessità di lavorare in team;
- utilizzare e filtrare l'elevata quantità di informazione e dati disponibili sia in materia scientifica sia per quanto riguarda la conoscenza dei processi di "governance";
- aderire a regole e raccomandazioni scientifiche ed etiche non sempre immediatamente traslabili a fronte di decisioni politiche contraddittorie e talvolta in conflitto con le stesse;
- modificare il modello di relazione con le persone e con la comunità.

A tutto questo si aggiunge la necessità di elaborare “nuovi” modelli organizzativi che prevedano una integrazione equilibrata tra il sociale e il sanitario, le varie fasi del “percorso” del paziente, l’intensità di cura e la continuità delle cure, la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, la garanzia di standard di sicurezza ed efficienza con la riduzione dei costi. Esiste a tal proposito una discreta letteratura concorde nell’individuare la necessità di una evoluzione dell’organizzazione e programmazione anche del sistema sanitario, con progressivo passaggio dal modello funzionale verso quello a matrice (v. Tab 1; Giorgio Gosetti, Michele La Rosa, *Sociologia dei servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*; 2010)

TABELLA 1
IL MODELLO FUNZIONALE

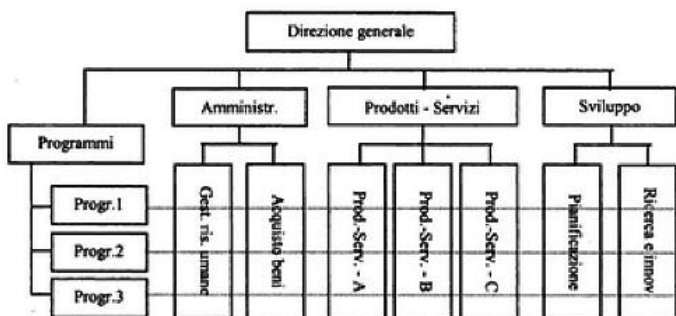
Schema 2.2 - Modello funzionale



Schema 2.3 - Modello divisionale



Schema 2.4 - Modello a matrice



Ma a fronte dei diversi modelli organizzativi è fondamentale non perdere di vista quale sia la principale *mission delle organizzazioni sanitarie*, vale a dire rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cura di qualità.

Per perseguire questa mission è necessaria:

- una buona organizzazione con integrazione multi professionale al fine di tradurre in una buona assistenza i PDT più aggiornati;
- una partecipazione del personale attiva e consapevole;
- un miglioramento del clima organizzativo.

Non possiamo dimenticare il ruolo centrale delle risorse umane. Da sempre in ogni tipo di organizzazione la differenza la fanno le persone, le loro motivazioni, il loro sentirsi attori del processo. Il clima organizzativo è peculiare, è come la parte sommersa di un iceberg di cui costituisce la componente più voluminosa e determinante nel garantirne la stabilità e sopravvivenza, pur risultando la dimensione invisibile del sistema. È l'espressione degli umori delle persone, delle loro motivazioni, dell'entusiasmo e del modo con cui si relazionano ai vari livelli organizzativi.

In questo contesto le principali caratteristiche richieste ad un medico nel nuovo millennio sono riassumibili in: *capacità di integrazione delle diverse conoscenze, competenze tecniche specifiche delle disciplina, abilità di relazione, adattamento al contesto organizzativo, capacità di affrontare la complessità delle situazioni, positività delle abitudini mentali con capacità osservare le proprie emozioni e riconoscere gli errori* (Epstein RM, Hundert EM; "Defining and assessing professional competence"; *JAMA*, 2002 Jan 9; 287(2): 226-35.)

Ma il medico è chiamato anche ad essere formatore, secondo quegli elementi compresi nell'ormai ampiamente utilizzata definizione di *non technical skills* (NOTTS) (Yule S at all; "Non technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature"; *Surgery* 2006;139 :140-9.)

La mission delle organizzazioni sanitarie

Le caratteristiche del medico del nuovo millennio

TABELLA 2
NON TECHNICAL SKILLS

Abilità interpersonali	Abilità cognitive
Comunicazione	Coscienza della situazione
<i>Leadership</i>	Prontezza mentale
Lavoro in <i>team</i>	Valutazione dei rischi
Briefing / Preparazione/ Pianificazione	Anticipazione dei problemi
Gestione delle risorse	Prendere decisioni
Ricerca di consigli e di <i>feed back</i>	Strategie di adattamento/ flessibilità
Far fronte alla pressione, allo stress e alla fatica	Distribuzione del carico di lavoro

Come si evince dalla tabella all'interno dei NOTTS vengono indicati alcuni elementi peculiari quali la consapevolezza della situazione, il saper prendere delle decisioni, il saper comunicare, il saper lavorare in gruppo e non ultima la *leadership*.

Ma come intendiamo la leadership? Saper dirigere, guidare un gruppo o esserne piuttosto un riferimento riconosciuto? Tutte queste cose? E come si deve porre un leader rispetto al gruppo davanti, di fianco, in mezzo?

L'Academy of Medical Royal Colleges nel 2010 ha prodotto un modello di leadership medica che riportiamo nella Tabella 3.

TABELLA 3
 IL MODELLO DI LEADERSHIP MEDICA

Qualità personali	<ul style="list-style-type: none"> - agire con integrità - sviluppo autonomo - autogestione - consapevolezza di sé
Lavorare in gruppo	<ul style="list-style-type: none"> - spronare ciascuno a fornire il proprio contributo - costruire e mantenere relazioni - sviluppare reti
Gestione dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> - gestione delle <i>performance</i> - gestione delle persone - gestione dei servizi - pianificazione
Orientare verso una direzione	<ul style="list-style-type: none"> - valutare l'impatto - prendere decisioni - applicare conoscenza ed evidenze - identificare i contesti del cambiamento
Migliorare i servizi	<ul style="list-style-type: none"> - facilitare il cambiamento - promuovere l'innovazione - giudicare sempre in modo critico - garantire la sicurezza del paziente

Fonte: Academy of Medical Royal Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement. Medical Leadership Competency Framework. 1st Edition July 2010.

Il modello dell'Accademia Britannica disegna una sorta di Superman della medicina! Il medico italiano è stato selezionato e formato per questo? Gli sono stati forniti gli strumenti? Ha compreso questo tipo di missione? Perché oggi il medico rivendica una leadership? L'ha forse in parte perduta? Se sì, quali sono i motivi? Proviamo a dare delle risposte iniziando dall'ultimo quesito. Perché sembra esserci una crisi della leadership medica in Italia?

Crisi della leadership medica?

Partiamo da un elemento semplice ma dirimente, l'etimologia della parola. Il termine *leader* nasce dal verbo *to leade* cioè guidare, condurre, dirigere.

Analizziamo un concetto comune di guida, quella dell'auto, rapportandolo a quello di leader in medicina, una sorta di pilota esperto che diviene anche istruttore di se stesso e degli altri. Per essere un esperto pilota d'auto è necessario innanzi tutto conoscere bene l'auto ed aver imparato a guidarla al top. Avere la stima ed il riconoscimento di coloro che trasportano con te, ai quali devi insegnare come funziona l'auto ed indicare il metodo per guidarla al top. Saper riconoscere i nuovi piloti leader, valorizzarli ed avere la capacità di farti da parte quando sono in grado di superare le tue conoscenze e capacità, mettendoli eventualmente al volante al tuo posto. Motivare e responsabilizzare chi non ha le caratteristiche del pilota leader. Un leader non può essere imposto ma deve imporsi con le sue reali competenze.

Trasliamo questi concetti in sanità e riprendiamo un principio semplice ma caro a molti noti studiosi di organizzazione in questo campo, come Andrea Gardini o Ivan Cavicchi.

In sanità tutto parte da un *momento clinico*, un bisogno di cura con i suoi aspetti in primis clinici. Da qui si sviluppa tutto il *percorso di cura* che deve essere di *qualità*, con tutti i fattori noti a determinare questo percorso ma che ne rappresentano solo gli elementi formanti, non il principio. Questo percorso si completa con un risultato che nuovamente è in assoluto un *momento clinico*.

In sostanza, sia che si parli di prevenzione sia che si parli di cura, il tutto parte dalla clinica e termina nella clinica.

Ed allora la leadership medica parte da un curriculum clinico reale, non virtuale, che si sviluppa in un percorso di formazione ed esperienza sul campo dei percorsi di cura, terminando con la realizzazione di un medico leader vero, non imposto.

Quel tipo di leader medico diviene realmente utile all'organizzazione del sistema sanitario. Ecco perché gli stessi studiosi che amano il concetto di momento clinico sono altrettanto propensi a ricordare in molte loro relazioni il concetto di *self government* in medicina. *Self government* non significa anarchia, ma naturale selezione delle professionalità e del leader, al fine di sviluppare il miglior percorso di cura in qualsiasi condizione ambientale esterna. Anche in un ospedale militare da campo si può esercitare una medicina di qualità; è sufficiente che si permetta ai medici di autogovernarsi. Il medico meno esperto chiederà aiuto al medico che lui stesso riconosce più esperto e capace di risolvere insieme una situazione clinica ed organizzativa complessa. Non avrà la stessa sensazione di sicurezza, libertà, responsabilità, autonomia se si troverà costretto a chiedere aiuto ad un leader imposto dagli alti comandi ma non all'altezza di quella situazione clinica ed organizzativa. E da qui si ritorna necessariamente al clima organizzativo. Il professionista deve essere messo nelle condizioni di un uomo libero all'interno di un organizzazione che ne riconosce l'identità, che lo mette nelle condizioni di scegliere perché è a conoscenza della meta e del fine di una sua azione all'interno della collettività, in sostanza responsabilizzandolo con lo strumento della libertà.

La libertà è come l'aria, diceva Don Luigi Sturzo, se è viziata si soffre, se è insufficiente si soffoca, se manca si muore.

Un serio professionista medico se da un lato riconosce il vero leader, ne rispetta la "gerarchia", determinando un ambiente positivo, collaborativo e con elevato standard di qualità, dall'altro disconosce il leader imposto e la sua funzione "gerarchica", alimentando un ambiente negativo, poco collaborativo e con mediocre standard di qualità

La crisi di leadership medica in Italia può essere ricondotta proprio a queste criticità e viene ben descritta proprio da Gozzetti e La Rosa nel loro libro ove spiegano che il "modello

organizzativo in sanità è ancora di tipo funzionale”, “a canne d’organo” e soprattutto “fortemente autoreferenziale”.

Negli ultimi decenni si è amplificata l’abitudine di imporre troppi “non leader” ad ogni livello, generando una serie di paradossi: pochi *underskilling* che vengo insigniti a governare molti *overskilling*, amplificando arbitrariamente nel tempo il loro curriculum professionale, non essendo quasi mai soggetti ad una reale valutazione dei loro *outcome*. Troppi professionisti divengono autorevoli senza esserlo.

La loro autorevolezza nasce dalla posizione ottenuta e non dalla reale competenza ed il fatto stesso di aver ottenuto una posizione di *governance* li autorizza a presentarla nel loro curriculum. In questo modo si genera progressivamente un ingiustificato gap formale rispetto gli *overskilling*, difficile da superare nel momento in cui venissero posti a confronto sulla base dei curriculum.

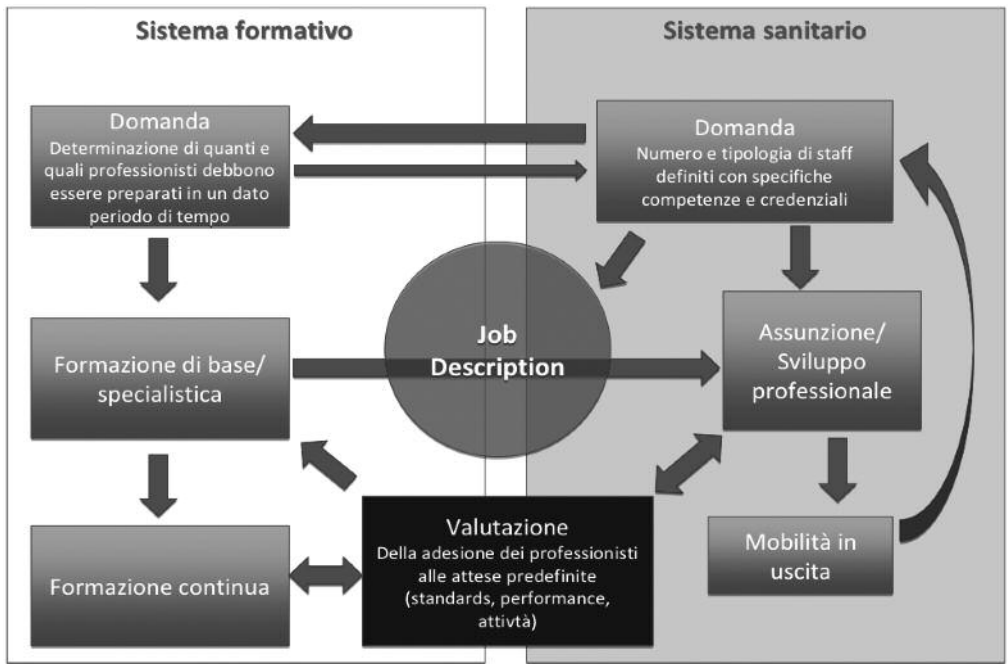
Si determina così una riduzione delle motivazioni nei professionisti di elevato livello ed una scarsa credibilità delle scelte strategiche.

Se a questi fattori aggiungiamo la ormai cristallizzata riduzione del turn over medico negli ospedali va da sé che il prodotto siano nuove generazioni tardivamente formate e soprattutto, una volta assunte, messe in una condizione di difficoltà a reperire medici esperti in grado di supportarli nel loro percorso formativo, o perché demotivati o perché fuoriusciti dal sistema.

*Correttivi necessari,
semplici e urgenti*

Il risultato è un ambiente “viziato” ed un impoverimento del concetto di leadership medica. Credo che da questa analisi i correttivi siano semplici da dedurre ma di fatto difficili da applicare, se non si opera una repentina e radicale rivoluzione culturale nel senso di alcune formule, per altro già ben consolidate in letteratura, come ad esempio la Job Description.

TABELLA 4
 LA JOB DESCRIPTION



Formule che non possono però ancora una volta essere interpretate utilizzando modelli economicistici o sviluppate con sistemi di selezione autoreferenziale.

Parallelamente è essenziale che altri elementi innovativi proposti per la fase di reclutamento delle nuove generazioni mediche e per il percorso formativo del medico laureato, fin anche specializzato, vengano rapidamente recepiti soprattutto dal mondo universitario.

Innanzitutto è auspicabile lo sviluppo di un metodo raffinato e credibile che valuti preventivamente gli aspetti vocazionali, cioè l'attitudine alla professione medica.

Quindi è importantissimo che sia nel percorso formativo universitario sia in quello post universitario si individuino spazi adeguati per argomenti quali:

- etica e deontologia;
- Non Technical Skills (NOTTS);
- organizzazione sanitaria;
- leadership;
- comunicazione e relazione.

È necessario inoltre conferire una sempre maggiore dignità al concetto di *Continuous Professional Development* (CPD). Un altro concetto ampiamente condiviso, in funzione della programmazione di una figura medica moderna e leader, è quello dell'integrazione strutturata fra Università e Ssn nel suo percorso formativo.

*Articolare una
nuova proposta di
Organizzazione
Sanitaria*

In ultimo, un accenno ai nuovi modelli di Organizzazione Sanitaria. Fatta salva la necessità già ampiamente argomentata di una profonda rivoluzione culturale e conseguentemente strutturale, ritengo sia opportuno esprimere un concetto che non so quanto sia condiviso in letteratura ma ritengo incontri un discreto consenso tra i teorici esperti. Non è corretto pensare che la politica governi la sanità: è la sanità che negli ultimi decenni si è lasciata governare e non necessariamente dalla politica. Se il mondo sanitario vuole ritrovare una più che lecita e virtuosa autonomia nei processi di Organizzazione Sanitaria, si deve ripartire in modo convinto da uno stretto rapporto tra Università, Società Scientifiche, Organizzazioni Sindacali, Collegi professionali e non ultima Fnomceo. È impellente programmare un percorso che li veda tutti attori, rispettosi l'un l'altro dei ruoli e delle funzioni, di una proposta ben articolata in termini di Organizzazione Sanitaria, che divenga un modello dinamico al quale la politica di qualsiasi colore non possa esimersi dall'uniformarsi.

La centralità del medico nella Medicina delle Complessità

Giovanni Pietro Ianniello
presidente Omceo Benevento

LA REALTÀ DEGLI SCENARI in cui il medico si trova attualmente a operare porta il clinico a confrontarsi con pazienti affetti da più condizioni morbose coesistenti.

Il modello di persona malata che più comunemente contraddistingue il nostro secolo è non tanto la persona affetta da un'unica e definita malattia, acuta e risolvibile nel breve-medio termine, quanto piuttosto un malato cronico, affetto da più patologie incidenti contemporaneamente, in cui il fenotipo clinico risultante è determinato e influenzato non solo da fattori biologici (malattia-specifici), ma anche da determinanti non biologici (status socio-familiare, economico, ambientale, accessibilità alle cure ecc.), che interagiscono fra loro e con i fattori malattia-specifici in maniera dinamica a delineare la tipologia del “malato complesso”.

Ciò richiede di guardare oltre le definizioni tassonomiche tradizionali, e di individuare nuove presentazioni fenotipiche relative ai pazienti, siano essi adulti ma anche, e soprattutto,

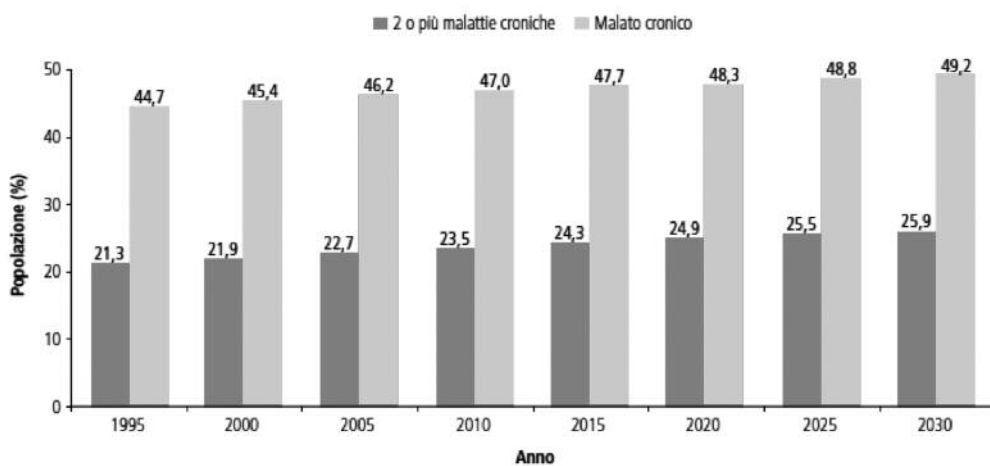
*Il medico
e la complessità*

bambini/adolescenti e anziani.

I progressi della medicina hanno infatti permesso, da un lato, di curare, ma non di guarire patologie che un tempo avevano un esito letale precoce (es. cardiopatie congenite, difetti genici) e, dall'altro, hanno prolungato la sopravvivenza di pazienti affetti da malattie croniche (es. cardiovascolari, metaboliche, oncologiche).

Tutto ciò ha condotto all'emergenza di quadri clinici/fenotipi complessi. Il fenotipo o Fenoma Complesso, lungi dall'essere una semplice sommatoria delle condizioni morbose che lo compongono, rappresenta un'entità fenomenica con caratteristiche peculiari in termini di eziopatogenesi, necessità terapeutiche e prognosi.

FIGURA 1
POPOLAZIONE CON MALATTIE CRONICHE
(ANNI 1995 – 2030)



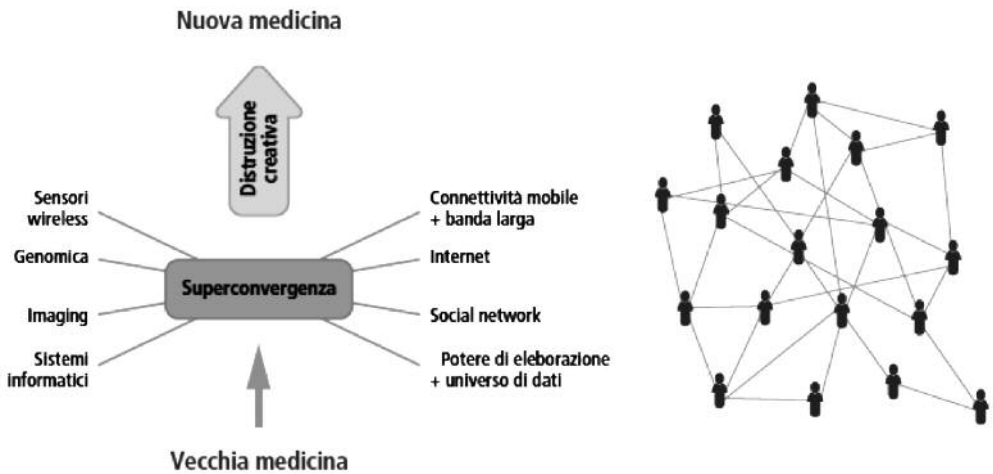
Fonte: Wu et al. RAND, ottobre 2001

La gestione del paziente complesso richiede un approccio, che vada al di là del semplice coordinamento delle varie prestazioni specialistiche, ma che si configuri come messa a punto di percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi il più possibile individualizzati, con buon rapporto costo/efficacia, e che prevedano sempre di più l'empowerment del paziente e della sua famiglia, e la costituzione di percorsi assistenziali in continuità ospedale/territorio.

Approccio alla complessità

Questi "nuovi bisogni di salute" stanno determinando un cambiamento nell'agire medico sempre meno incentrato su un approccio riduzionistico (malattia → terapia → guarigione) soverchiato dalla necessità di un approccio di sistema (persona → definizione dei problemi → qualità della vita).

FIGURA 2
DALL'APPROCCIO RIDUZIONISTA VERSO LA MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ



Questo approccio prende in considerazione l'aspetto tecnico-clinico, necessario per un adeguato studio del paziente, quello umanistico-comunicativo per analizzare appropriata-

mente la persona, e quello economico-gestionale per realizzare gli approcci che, per i diversi contesti clinici, l'HTA indica come adeguati.

Modelli gestionali della complessità

La realizzazione di un modello di assistenza sanitaria, che possa prendere in carico in modo sostenibile i pazienti con patologie croniche, richiede una nuova definizione dei modelli gestionali.

In tale ottica lo sviluppo di una *sanità d'iniziativa*, ovvero di un modello assistenziale che sia in grado di intervenire, quando possibile, prima dell'insorgere della malattia e di gestire la malattia stessa, in modo tale da rallentarne il decorso e limitarne le riacutizzazioni, garantisce al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. Il modello che meglio integra gli aspetti di prevenzione e promozione della salute è l'*Expanded Chronic Care Model*, dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti della salute, in un'ottica di Community Oriented Primary Care; gli outcome non riguardano solo i pazienti, ma le comunità e l'intera popolazione. Con questo nuovo modello gli sforzi della prevenzione sono di ampio respiro, con il riconoscimento dei determinanti sociali della salute e una maggiore partecipazione della Comunità.

Questo approccio alla sanità di iniziativa ha la caratteristica di unire l'empowerment del paziente con l'approccio comunitario: l'accessibilità alle cure, l'informazione, la proattività e l'autocura insieme ai bisogni della comunità, alla partecipazione, alla lotta alle disuguaglianze, alla prevenzione primaria.

FIGURA 3
EXPANDED CHRONIC CARE MODEL



Questo modello gestionale permette di superare l'approccio per patologia (disease oriented), focalizzando l'attenzione sul livello di complessità.

Solo un modello *person-focused* può portare un reale vantaggio nella qualità delle cure, permettendo di modulare la tipologia di intervento sulla base del grado di rischio.

FIGURA 4
 TIPOLOGIA DI INTERVENTO SULLA BASE DEL GRADO
 DI RISCHIO

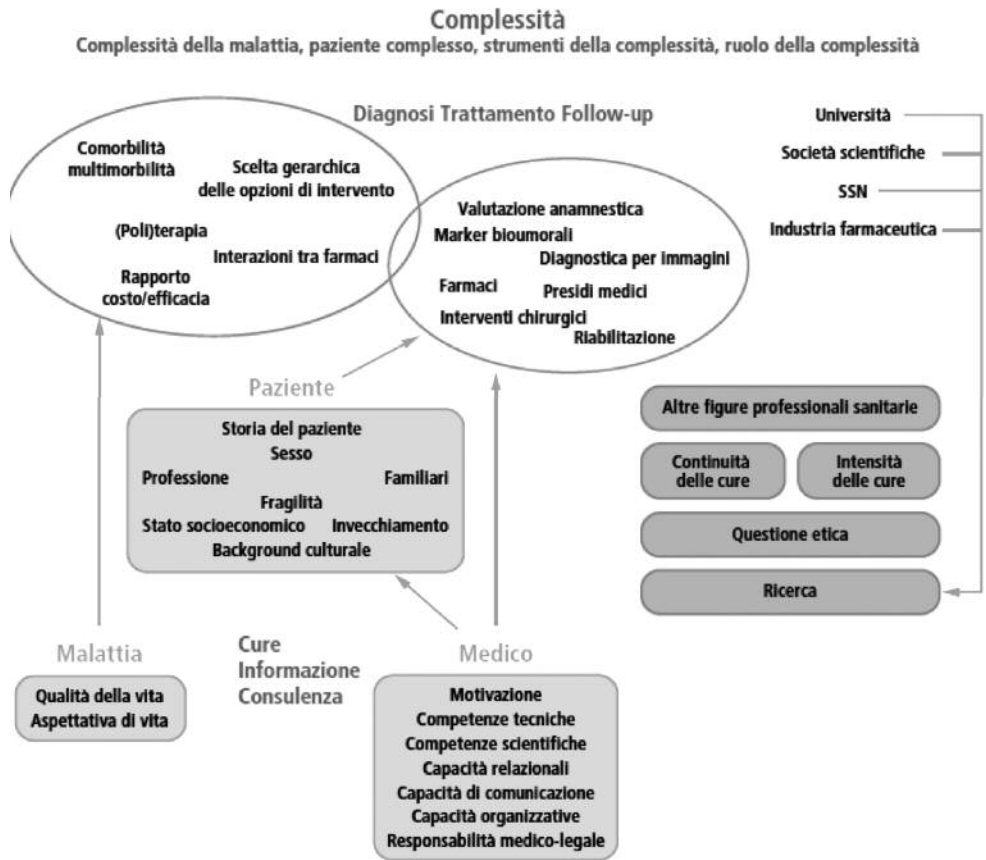


*Professione
 medica e
 Medicina della
 Complessità*

La medicina della complessità offre una efficace e concreta risposta ai bisogni sanitari in evoluzione in quanto: si apre alla medicina sociale, ponendo l'attenzione alle persone socialmente e clinicamente più fragili, che rappresentano la grandissima parte dei bisogni, ai quali un sistema sanitario deve dare risposta; si rivolge alla Global Health, nella quale s'identificano gli ammalati cronici, gli anziani, i poveri, ma anche i migranti.

In quest'ottica, il medico, essendo in grado di analizzare e di gestire nella sua interezza il tema della complessità in medicina, è il solo che può coniugare ruoli scientifici, ruoli di relazione, ruoli clinici e ruoli organizzativi, in un'unità inscindibile, perché rappresentano gli elementi costitutivi della Medicina. Oltre a possedere competenze tecniche, relazionali e organizzative, il medico deve, pertanto, essere in grado di utilizzare tutti gli strumenti a sua disposizione per analizzare nella sua interezza la complessità in medicina.

FIGURA 5
 IL MEDICO E LA COMPLESSITÀ



In conclusione, il medico, in quanto punto di riferimento del paziente nel processo diagnostico, curativo e riabilitativo, è il centro nevralgico della complessa rete del sistema sanitario, possedendo egli la formazione e le competenze necessarie a garantire lo stato di ben-essere del cittadino.

Dialogo e collaborazione con le professioni sanitarie

Giancarlo Pizza
presidente Omceo Bologna

IL CONSIGLIO DIRETTIVO dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Bologna ritiene indispensabile continuare a favorire e sviluppare sempre di più un dialogo tra le professioni sanitarie sottolineando come abbia sempre svolto un ruolo attivo in questo senso promuovendo incontri ed invitando i relativi Presidenti dei Collegi. Ricorda come nel recente incontro con le realtà sanitarie della città richiesto dal Ministro Lorenzin abbia facilitato, all'interno della sede ordinistica, un dialogo ritenuto proficuo dal Ministro stesso, non solo con i direttori generali, sanitari e scientifici delle aziende ospedaliere ed Irccs cittadini, ma anche con i presidenti di tutti Collegi provinciali vigilati dal ministero stesso. Si intende dunque rassicurare la Presidente nazionale del Collegio delle Ostetriche sul fatto che il Suo appello al dialogo, appena lanciato, non solo non cadrà nel vuoto ma che è già tenuto presente a Bologna e soltanto l'agenda di impegni molto fitta della Presidente Ipasvi Mangiacavalli ha impedito

la concretizzazione di una recente nostra richiesta di incontro che giusto poco fa siamo riusciti a concordare.

Dunque nessun problema in tal senso. Non solo dialogo comunque ma anche collaborazione stretta. Si ricorda che tutte le componenti operanti nel Servizio sanitario nazionale hanno l'obbligo non solo normativo, ma soprattutto deontologico, di cooperare per la migliore salvaguardia possibile del diritto alla salute sancito dal dettato costituzionale. Bologna non ha nessuna intenzione di venire meno ai principi suddetti naturalmente nel rispetto delle diverse competenze di cui ciascuna componente medica e sanitaria è latrice e nei confronti delle quali si augura ogni sviluppo secondo quanto previsto dalle norme vigenti.

WORKSHOP 4 **QUALE ORGANIZZAZIONE**

-
- SESSIONE A **Etica dell'organizzazione in sanità**
moderatori: Vito Nicola Gaudiano, Maurizio Grossi
- SESSIONE B **Organizzazione dell'ospedale**
moderatori: Riccardo Cassi, Cosimo Napoletano
- SESSIONE C **Organizzazione delle cure primarie**
moderatori: Giampietro Chiamenti, Guido Giustetto
- SESSIONE D **Medicina al femminile**
moderatrici: Maria Erminia Bottiglieri, Sandro Frojo

Ambiti e definizione dei problemi

Maurizio Benato

Gruppo di lavoro Fnomceo

componente del “Centro Studi, Documentazione e Ricerca”

L'ORGANIZZAZIONE DELLA NOSTRA SANITÀ è oggi non adatta alle esigenze del presente, si presenta statica e regressiva perché si ispira ad un modello culturale che si limita solo ad affrontare la dimensione “oggettiva” delle prestazioni sanitarie; sembra dimenticarsi che il giudizio di qualità di una prestazione, non si basa solo sulle caratteristiche scientifiche e tecnologiche per loro natura più facilmente misurabili, ma include necessariamente elementi “soggettivi”, a cominciare dalle percezioni positive sperimentate dal paziente che accede ai Servizi Sanitari. Si tratta, in altri termini, di considerare il suo grado di soddisfazione.

Questo è l'assunto della qualità della prestazione percepita, che dipende in larga misura dalle concrete relazioni che si instaurano tra il paziente, l'operatore sanitario e la struttura. Se poi si aggiunge che i rapporti interprofessionali, la “governance” stessa è oggi messa in crisi dalla discussione in atto sul tipo di tutela da assicurare, sul tipo di assistenza, di cura

e di prassi professionali, tutto il sistema organizzativo è in seria difficoltà.

Assistenza patient-centeredness e servizi di qualità

Il termine *patient-centeredness* – o “assistenza centrata sul paziente” – è usato ormai comunemente a livello internazionale. Viene usato soprattutto in parziale opposizione alla visione di una assistenza *technology centred, doctor centred, hospital centred, disease centred, economics centred*. Il paziente è visto inserito in un progetto di cura quale processo unitario centrato sulla sua persona (percorsi integrati), quale processo clinico (dalla prima diagnosi al follow-up) multidisciplinare, quale processo assistenziale (nursing modulare) omogeneo per livello di assistenza; è in sintesi favorito nel suo esito di salute dall’integrazione di tutti i processi “accessori” intorno al processo principale. È un cambio di paradigma che reclama soluzioni organizzative capaci di rispondere a un’intensità diversificata per gestire pazienti complessi sia sotto il profilo clinico che in quello assistenziale. Il focus è sul paziente e non sulla malattia e il modello è innovativo perché ha nella sua prospettiva importanti soluzioni di qualità. Cosa può significare allora dar vita a “servizi di qualità”? Un servizio non deve essere “autoreferenziale”; deve cioè rispondere a concrete istanze (bisogni espliciti, impliciti, latenti, attese, eccetera) dei pazienti; deve presentarsi in forma “rendicontabile”, deve avere cioè un sistema di controllo trasparente verso terzi. La qualità dei servizi non può infine che rapportarsi alla qualità che le professioni sanitarie riescono ad esprimere nell’erogazione delle cure.

I punti di forza della *customer* o *patient satisfaction*

- ❑ consapevolezza dell'utilità della soddisfazione dei cittadini nei confronti dei servizi socio-sanitari anche per garantire necessarie forme di partecipazione;
- ❑ valorizzazione, coinvolgimento degli operatori impegnati nei processi di assistenziali, anche in un'ottica di responsabilizzazione per il miglioramento dei percorsi diretti alla qualità;
- ❑ rafforzamento dei sistemi relazionali diretti al cittadino-utente, che sempre di più deve sentire la sua valenza di elemento centrale nel sistema sanitario;
- ❑ potenziamento della rete relazionale interna (comunicazione interna), per sviluppare capacità per la progettazione di servizi che tengano conto in modo determinante dei bisogni del cittadino

I principali obiettivi concreti della *customer* o *patient satisfaction*

- ❑ l'emersione della qualità così come percepita dai fruitori esterni (utenti) ed eventualmente interni (personale) ai servizi in questione e la misurazione della soddisfazione rispetto ai loro singoli aspetti;
- ❑ la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni;
- ❑ la verifica dell'opportunità di introdurre nuovi servizi o modificare quelli indagati;
- ❑ l'individuazione delle aree di sviluppo e miglioramento della qualità;
- ❑ la riallocazione delle risorse in funzione del massimo gradimento degli utenti (e del personale); a parità di risorse (strutturali, umane, economiche);
- ❑ il miglioramento del clima interno ai servizi e l'aumento del consenso presso la comunità di riferimento.

Si sottolinea spesso come il prodotto finale delle attività sanitarie, ovvero il miglioramento dello stato di salute della popolazione e del singolo individuo (*outcome*) ottenuto con una modifica positiva del decorso naturale del quadro epi-

*Organizzazione
sanitaria e
performance*

demiologico, sia intimamente collegato all'organizzazione sanitaria e alla sua performance; quest'ultima richiede una costante e sistematica misurazione del livello di intensità e del modo in cui l'organizzazione stessa svolge le sue funzioni. L'organizzazione sanitaria è costituita: dalla *struttura di base* (che va dalla struttura architettonica all'organigramma e funzioni-gramma, alla suddivisione dei locali, alla decisione sugli spazi assegnati); da *meccanismi operativi* (regole ufficiali sovra-individuali che ne regolano il funzionamento) e da *processi sociali* (i comportamenti umani degli operatori inseriti). Per ottimizzare un'organizzazione sanitaria occorre sostanzialmente incidere su tutti gli elementi costitutivi, dalla struttura di base in tempi e modi diversi, per modificare i meccanismi operativi e comportamentali dei singoli operatori rispetto ai mutamenti dei processi sociali o della struttura di base stessa. La struttura sanitaria è un luogo morale, perché sede in cui si svolgono attività umane con il fine etico della tutela della salute del paziente. È un sistema "aperto" perché vi operano persone con ruoli e compiti professionali "ad intra" e "ad extra" nel quale vengono utilizzati e/o trasformati beni in entrata (*inputs*) costituiti da risorse umane, beni materiali ed immateriali per la produzione di risultati di salute (beni/*outcomes*) attraverso l'erogazione di servizi (*outputs*). Sono soprattutto i processi, intesi quale insieme di meccanismi operativi e comportamenti umani, che sono apprezzati dall'utenza e la loro qualità percepita è indice della correttezza tecnica, del coordinamento ed integrazione degli stessi e della continuità dell'assistenza. Il modello sanitario italiano si rifà al modello "Beveridge" in cui la salute è un bene protetto, all'interno dell'ordinamento giuridico, sia da norme costituzionali che da leggi ordinarie attuative (vedi tabella) e l'insieme delle istituzioni, delle persone e delle risorse, umane e materiali, che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute, costituisce il sistema sanitario.

Organizzazione dei sistemi sanitari nel mondo

Le tre tipologie principali sono:

- Modello Beveridge (es. Gran Bretagna, Italia) • Copertura sanitaria generalizzata della popolazione • Controllo o proprietà pubblica dei fattori della produzione • Finanziamento principalmente tramite tassazione fiscale con o senza ticket • Rapporto di lavoro pubblico o misto per il personale sanitario
- Modello Bismarck (es. Germania, Francia) • Sistema assicurativo sociale • Proprietà tendenzialmente privata dei fattori di produzione • Finanziamento tramite premi assicurativi con o senza ticket • Rapporto di lavoro privatistico per il personale sanitario
- Modello di libero mercato (es. Svizzera, Stati Uniti) • Sistema assicurativo privato • Proprietà privata dei fattori di produzione • Finanziamento tramite premi assicurativi • rapporto di lavoro privatistico sanitario

Il pensiero in sanità è a tutt'oggi di matrice positivista e si rifa in gran parte a un modello "tayloristico" come concezione e "fordistico" come attuazione: Taylor si applica al processo di produzione in maniera da scomporre i movimenti e i tempi, rendendo predefinite tutte le parti che compongono il processo per far diventare più produttivi i lavoratori; Ford applica questi principi nella catena di montaggio dell'auto e inizia la produzione industriale di massa, che ha cambiato la mentalità del produrre aprendo all'economia dei consumi di massa.

È ancora in stretto rapporto con la professionalizzazione medica di fine Ottocento per cui è centrato sulle discipline mediche legate alla storia della professionalizzazione medica.

È centrato e in stretto rapporto con il "riduttivismo" scientifico di quell'epoca, nonostante emerga nella nostra società un nuovo quadro paradigmatico le cui caratteristiche aiutano a descrivere la nostra società e la stessa disciplina medica nella sua organizzazione, quale complesso di sistemi aperti, che si auto-organizzano continuamente e la realtà si presenti mul-

Il pensiero in sanità, tra taylorismo e fordismo

tidimensionale sociale, psicologica, scientifica, economica ecc. ecc.

Si sovrastruttura “ex ante” rispetto alle attività e agli attori che oggi ne fanno parte.

In diverse situazioni ritroviamo elementi di fordismo in sanità, quando per esempio l’obbiettivo della cooperazione professionale sanitaria è solo basato sull’efficienza produttiva in cui il costo della prestazione assume una forte rilevanza o quando il medico e il professionista sanitario sono misurati, in maniera spuria, come numero di pazienti che sono in grado di processare in un dato periodo di tempo. Elementi di fordismo reggono la razionalità applicata all’organizzazione che è concepita come divisione scientifica del lavoro sviluppata industrialmente .

*La necessità
di introdurre
un paradigma
sistemico*

Oggi invece è il paradigma sistemico, cui dovrebbe uniformarsi l’organizzazione sanitaria, che sembra cogliere meglio la complessità, dando senso, significato e portata agli elementi nel proprio contesto.

Adottare questa nuova prospettiva in sanità sarebbe un passo nuovo, perché significherebbe porre mano a tante cose:

- prendere atto innanzitutto della crisi tutta interna all’oggettivismo della scienza medica , cioè la concezione dell’essere (paziente) come oggetto manipolabile e misurabile, sottoposto al dominio teoretico e pratico del medico, come se la conoscenza delle singole parti costituisse la conoscenza della persona, e sappiamo tutti che non lo è;
- prendere atto che l’organizzazione dovrebbe essere strutturata intorno al bisogno del paziente e non alle discipline mediche legate alla storia della professionalizzazione medica, adottando un sistema basato sull’intensità della cura in rapporto al bisogno e con aree disciplinari integrate.

L’adozione del paradigma sistemico richiede che gli scopi centrati sul paziente debbano essere inter-dipendenti, inter-

connessi e circolari con le diverse concezioni derivate dall'epistemologia, dalla metodologia applicata, dalle diverse concezioni del servizio e dalla professione.

Se, al contrario, non c'è coerenza paradigmatica (per esempio, tra come si concepisce il malato e come si cura o tra la concezione di cura e l'organizzazione, tra la professione medica e le sue forme di gestione) si assiste al verificarsi di conflitti, malesseri e nuovi problemi.

In sintesi si deve intervenire nella divaricazione oggi presente tra i "fini" del sistema sanitario e i "fini" della medicina superando la dicotomia esistente tra i modelli dei "riferimenti sociali" del porsi del paziente nei confronti del servizio rispetto ai sistemi di modalità di offerta delle prestazioni. Da questo divario di "qualità" tra medicina e sanità nasce anche il problema della delegittimazione sociale della medicina e, di conseguenza, della perdita di credibilità del medico.

Vengono, infatti, sacrificate "le specificità" insite nelle operatività delle discipline mediche e sanitarie nel loro diverso grado di complessità e si negano gli effetti importanti della burocratizzazione intervenuta su di esse.

Una prima necessaria riflessione consiste nell'individuazione dei fattori di mutamento nella relazione di cura e nel contesto sanitario e sociale con i relativi riflessi nell'organizzazione; fattori di mutamento che ci limitiamo ad elencare nella tabella perché oggetto di diverse trattazioni.

I Principali mutamenti del contesto

- Innovazione e sviluppo tecnologico
- Transizione professionale
- Allargamento degli ambiti di applicazione strategie diagnostiche terapeutiche
- Aumento e sofisticazione della domanda e del consumo di prestazioni e transizione demografica
- Sicurezza del sistema di produzione e del prodotto
- Aumento del disagio e delle diseguglianze sociali ed economiche

Esaminiamo più dettagliatamente i primi due citati nella tabella:

Contesto: Fattori tecnici

- **Innovazione e sviluppo tecnologico, allargamento degli ambiti di applicazione delle strategie diagnostiche – terapeutiche**
 - Un identico caso costa **molto** di più di prima
 - Le procedure sono immesse in produzione prima della dimostrazione della loro efficacia
 - Il guadagno di efficacia della nuova procedura è spesso marginale sulla popolazione in generale
- **Possono essere possibili strategie con diversa efficacia e con diversa preferibilità personale**

Contesto: transizione professionale

La professioni sanitarie: un'occasione per un nuovo sviluppo organizzativo

- Evoluzione delle competenze
- Possibile ri-articolazione del processo produttivo degli ospedali e delle cure primarie
- Possibile fonte di conflitti

Cerchiamo allora di pensare alle ricadute di un tale cambio di pensiero sull'edilizia ospedaliera. L'ospedale non potrà più essere un contenitore generico, come poteva esserlo fino a diversi decenni fa, l'ospedale è un insieme storico, dinamico, vitalizzato da tanti interessi; dovrebbe essere organizzato sul concetto portante della centralità del paziente e non della malattia. L'organizzazione dell'ospedale dovrebbe essere strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree disciplinari integrate dove la persona compie un intero percorso curativo e riabilitativo. Dovrebbe rispondere alle necessità della persona, dove si completa una congruenza verticale per intensità di cura e quindi di livello di cura e assistenza appropriato al bisogno, con l'integrazione orizzontale; modalità per cui i professionisti sanitari intervengono sui pazienti "ovunque essi siano". Si dovrebbe abbandonare il lavoro centrato sui compiti e si dovrebbe porre attenzione al progetto di salute della persona. Lavorando per processi ad alta integrazione multidisciplinare si riorganizzano e si differenziano le respon-

Le ricadute del cambio di paradigma sull'organizzazione sanitaria

sabilità cliniche, gestionali e logistiche.

Elenco alcuni strumenti strategici per l'integrazione (intra ed extra-ospedaliera):

- un *ambiente virtuale* basato sulla cartella clinica elettronica, alimentata in tempo reale (record del paziente: EPR);
- moduli di *teleconsulto* che permettano ai clinici di condividere le informazioni specifiche relative al singolo paziente;
- strumenti di *teleassistenza domiciliare (homecare)* per la cura dei pazienti presso le loro abitazioni o presso il proprio mmg e per l'interazione con la rete sanitaria.

Questa tipologia di lavoro favorisce molto meglio la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo di percorsi di cura in cui la professione medica e quelle sanitarie sarebbero chiamate ad intrecciare rapporti meno conflittuali e quindi più efficienti, efficaci ed equi.

*Una nuova
formazione:
didattica attiva e
"cultura comune" tra
le professioni
sanitarie*

Come dovrà essere concepita la formazione? Non una didattica passiva, in funzione delle regole vigenti del sistema ma una didattica attiva, di analisi e soluzione dei problemi al fine di prendere coscienza del proprio ruolo. Il progetto di riorganizzazione per intensità di cura porta con sé una nuova cultura: la centralità della persona. Poiché non si tratta solo di una implementazione di modelli, ma di attivazione di un processo, di spinta all'innovazione, di potenziamento della motivazione e di definizione delle competenze attese, richiede una formazione continua perché ognuno di questi elementi è il risultato di un apprendimento. Nella varietà di significati da attribuire a questa nuova cultura, in primo piano, non c'è solo un ritorno per il malato ma anche per la persona-malato e il professionista. La formazione quindi assume diverse valenze, si connota cioè come un processo, ma anche come uno strumento. Processo attraverso il quale l'individuo e l'organizzazione apprendono e strumento che accompagna e so-

stiene l'agire, la crescita e lo sviluppo. Di conseguenza, i piani di formazione che verranno progettati a sostegno della riorganizzazione, richiederanno una mappatura delle competenze attese per ogni setting operativo e ciò non potrà che coinvolgere le diverse aree professionali. Inoltre gli apprendimenti interesseranno i team e dei gruppi di lavoro intra e interprofessionali proprio per la forte valenza multidisciplinare. Oggi la formazione è separata dal contesto organizzativo e lavorativo, ma non lo potrà essere nel prossimo futuro, perché è parte del processo ed essa stessa processo. Attraverso l'analisi di concetti quali il lavoro di rete, l'integrazione, la multidisciplinarietà e la condivisione interprofessionale della cura (*shared care*) si potranno individuare soluzioni praticabili. Le prestazioni professionali tenderanno all'integrazione dei saperi e delle competenze.

Se l'organizzazione si modifica e la rigidità basata sulla parcellizzazione e specializzazione del lavoro si trasforma, l'emergenza del modello a rete richiede configurazioni flessibili, ridefinizioni di competenze se non scoperta di nuovi ruoli, superando standardizzazione delle attività produttive e pervasività delle procedure di gestione e controllo.

Se l'organizzazione si "orizzontalizza" all'interno di essa possono essere collocate conoscenza, controllo, management e anche potere con modalità diffuse.

Pertanto man mano che le organizzazioni sanitarie si "orizzontalizzano", specializzandosi in base al progetto, al prodotto-servizio e valorizzando le competenze professionali specifiche, le storiche gerarchie del sistema vengono a perdere rilievo per effetto della nascita di équipe socio-assistenziali integrate e multi-professionali in cui si attua l'incontro interdisciplinare di conoscenze specializzate diverse, complementari e complanari; un processo d'integrazione che non si limita alla ricostruzione dei rispettivi ruoli nella gestione responsabile della salute, ma che prevede diversi livelli di intervento ognuno

dei quali presenta strumenti, contenuti specifici e professionalità specifiche e questo in risposta alla centralità dei bisogni della persona. La necessità di sviluppare una “cultura comune” tra le varie competenze (multi) professionali porta con sé altre considerazioni; i membri dei gruppi multi-professionali devono dunque possedere e gestire *key competence*:

- una visione multidisciplinare, interprofessionale e integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia;
- una educazione orientata alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute nell’ambito della comunità e del territorio;
- una profonda conoscenza delle nuove esigenze di cura e di salute, incentrate non soltanto sulla malattia, ma, soprattutto, sull’uomo ammalato, considerato nella sua globalità di soma e psiche e inserito in uno specifico contesto sociale.

Occorre pertanto una chiara condivisione dei significati del nuovo paradigma culturale, perché, senza questa condivisione, non è possibile rimodellare i servizi stabilendo nuove gerarchie, definire le autonomie tecnico-operative o l’appartenenza delle pratiche.

Anche per il medico serve sicuramente un ripensamento profondo perché oggi più che mai non basta più eseguire dei compiti secondo regole e procedure, ma serve un sanitario che assicuri impegno attraverso lo scambio “autonomia/responsabilità”, condizionato dalla verifica degli esiti delle sue decisioni e in grado di farsi primo interprete della nuova “governance” del sistema dove la questione interprofessionale richiede la ridefinizione di atto medico e atto sanitario; sicuramente sono da contrastare ed eliminare sovrapposizione funzionali, incertezze ed equivoci sulla stretta biunivoca rispondenza tra competenze e responsabilità.

Il ragionamento deve rimanere sempre coerente con la centralità dell’utente della sanità che va assistito con le massime

garanzie professionali nel rispetto della sua salute e della promozione della salute stessa.

Occorre il ripensamento del modello formativo di base del medico ancora oggi rappresentato dal pensiero portante dell'ex tabella 18 al fine di controbilanciare tendenze che implicitamente gestiscono il medico attraverso tecniche, senza minimamente curarsi dei problemi di percezione sociale, dei problemi relazionali che ciò implica, dei problemi della cognizione, dei problemi riconducibili alle modalità ragionative del giudizio clinico e delle modalità organizzative in cui si troverà a operare.

Un ultimo accenno a elementi di etica interprofessionale.

Occorre adoperarsi per evitare la frammentazione, la eterogeneità dei fini globali, di reparto, individuali, la demotivazione, un carente senso di appartenenza alla struttura in cui si lavora.

I migliori studi sull'organizzazione e la gestione del lavoro riportano che l'organizzazione vive perché coloro che lavorano nell'organizzazione ne costruiscono insieme il senso nelle pratiche, nelle procedure, nella comunicazione.

Occorre pertanto passare attraverso le pratiche e il sentire delle persone, nelle realtà della vita lavorativa di ciascuno.

Occorre superare poi la percezione negativa della stratificazione del potere anche quando non è formalizzata.

È certo che la matrice dei cambiamenti organizzativi non può appartenere solo alle figure apicali ma deve invece essere fatta propria dalla cultura e dall'etica pratica delle persone perché è nell'atto pratico che si generano le empatie relazionali. L'attività di formazione in etica è pertanto fondamentale per tutti, medici e operatori sanitari; dovrebbe fornire gli strumenti e i criteri di analisi razionale etica su come tradurre il ragionamento etico in concreta azione nel contesto del servizio. A questo riguardo occorre ricordare che il più impor-

*L'etica
professionale nelle
organizzazioni
sanitarie*

tante fattore nella costruzione dell'etica di un'organizzazione è l'esempio dato dai suoi *leader* che godono di prestigio maggiore rispetto ad altri professionisti.

Il comportamento dei *leader* invia un messaggio ai dipendenti più chiaro di qualunque codice etico aziendale.

Mi auguro, da medico, che la “dominanza etica”, la prima delle strategie professionali in un mondo interprofessionale, veda ancora la *leadership* della mia professione.

Conclusioni

- Un modello di sistema sviluppato intorno alla persona tende a coinvolgere più soggetti erogatori.
- Lo scenario di sviluppo del Ssn/Ssr richiede un'organizzazione a rete, nel quale l'ospedale ha un ruolo definito e non esclusivo.
- L'efficienza non può essere perseguita esclusivamente in termini di rapporto fra risorse e volumi di servizi.
- Indispensabile articolare il ciclo di cura su più livelli assistenziali (appropriatezza di offerta).
- Le professioni devono rivedere modalità operative e ripensare le competenze sul percorso clinico (*case management*).

L'etica dei policy maker nella organizzazione sanitaria

Antonio Panti

componente della Consulta Deontologica nazionale

LA POLITICA SANITARIA è affidata al Parlamento, al Governo e alle Regioni. Tuttavia anche i professionisti della Sanità, in particolare i medici, svolgono questo ruolo. Le macroallocazioni indirizzano la spesa ma questa è costituita da un numero enorme di microallocazioni: le prestazioni dei medici. Scegliere saggiamente “choosing wisely” è un movimento che esalta il ruolo dei medici come decisori politici quando affrontano il problema dell'uso delle risorse seguendo le norme del Codice Deontologico. I medici possono indirizzare il paziente verso scelte razionali. Questa “politica professionale” interpreta al meglio la tradizione del medico quale garante della salute della persona e della comunità.

L'etica è definita come scienza della condotta e, nell'organizzazione sanitaria, si fonda sui valori della Costituzione della Repubblica: l'universalità del diritto e l'uguaglianza nell'accesso ai servizi medici senza alcuna discriminazione. La morale rappresenta il complesso di norme che disciplinano le con-

Le virtù del policy maker: onestà, trasparenza, tolleranza e appropriatezza

dotte umane e si esplicano attraverso le virtù, cioè le capacità morali che ispirano i comportamenti. Queste, per ogni policy maker politico o amministratore o professionista, sono rappresentate dall'onestà, dalla trasparenza, dalla tolleranza e dall'appropriatezza. Virtù che debbono ispirare la condotta morale sia a livello macro (il Parlamento e le Regioni), sia a livello meso (le Aziende sanitarie e le Università), sia a livello micro (i medici e le loro organizzazioni). Ogni discorso sull'etica della policy non può che concludersi con l'esortazione a seguire questi imperativi etici proponendo condotte idonee ad attuarli.

Tuttavia è possibile tentare un passo avanti nella logica della costruzione sociale. L'etica trascende e insieme è immersa nella struttura del mondo, che da un lato la apprezza e la vuol perseguire, dall'altro le frappone ostacoli o addirittura la osteggia. L'etica del libero mercato, dominato dalla finanza, e l'etica della solidarietà non conducono agli stessi esiti. I servizi sanitari universalistici richiedono regole che sovente confliggono con quelle meramente liberiste del mercato, così come vi è contrasto tra la concezione della salute intesa come merito personale che ciascuno deve mantenere e quella che la prospetta come diritto della collettività che lo Stato tutela nell'interesse dell'individuo.

Da questa sommaria descrizione potremmo già suggerire condotte valide per tutti. Tuttavia ci interessa affrontare alcuni snodi che potrebbero rappresentare istanze dei medici per confrontarsi con la società, incidere sulla struttura economica e mantenere vivi i valori della medicina nell'attuale assetto politico.

Le scelte dell'agire medico

L'istituzione del servizio sanitario fu resa possibile dalla previsione che l'economia del paese avrebbe retto al passaggio dal regime mutualistico alla fiscalità generale. Da allora i costi di ogni caso trattato sono aumentati in modo logaritmico e

l'incremento procede a causa degli oneri dell'innovazione. Occorre pensare in termini di intervento economico strutturale se si vuol mantenere l'assistenza universale e promuovere l'impegno dei medici. Voglio quindi toccare alcuni punti nodali dell'agire medico per individuare le scelte con cui misurarci sul piano etico e politico.

- 1) La *relazione tra medico e paziente*; nel riaffermare la medicina narrativa, quale istanza antropologica per una rinnovata personalizzazione delle cure in cui genetica, epigenetica e modello biopsicosociale si incontrano, occorre ricordare che la relazione umana esige tempo. Il motto del rapporto giuridico e contrattuale dei medici deve essere la lotta al taylorismo. Il tempo dedicato alla relazione col paziente è tempo di cura. I contratti di lavoro vanno ribaltati e misurati non sulla numerosità delle prestazioni ma sul tempo necessario per prendersi cura di ciascun paziente.
- 2) La *valutazione degli esiti delle cure* implica un nuovo concetto di responsabilità per tutti i policy maker per quanto attiene sia all'offerta che alla domanda. "Scegliere saggiamente" ribalta il concetto caro a alcuni magistrati e politici di introdurre il populismo nei Lea. I medici rivendicano libertà e autonomia nelle cure ma, nello stesso tempo, debbono assumersi la responsabilità di convincere il paziente che l'interesse collettivo non può essere eluso e che quasi sempre in medicina "less is better".
- 3) Il *rapporto fra scienza e diritto* deve trovare un giusto equilibrio impedendo ai magistrati di diventare arbitri della scientificità delle cure. I casi Stamina e Di Bella rappresentano l'epifenomeno di un malinteso concetto di diritto e della scarsissima conoscenza dei magistrati della metodologia della scienza. Lottare contro i negazionisti dei vaccini, contro la giustizia sommaria, contro la lentezza dei processi, nei confronti di una magistratura spesso

ascientifica e superficiale, vuol dire incidere nella società. La correttezza dei periti interessa quanto la qualità delle perizie. Che siano i criteri di Daubert, come negli Usa, o che si trovino altre soluzioni, il problema del rapporto tra giudizio dei magistrati e quello degli scienziati è urgente e ineludibile.

- 4) Dobbiamo assecondare l'*innovazione tecnologica* oppure affermare limiti etici? La medicina si trova di fronte allo stesso bivio della fisica dopo la bomba atomica. Quale è il ruolo dei medici nel decidere sugli strumenti di potenziamento psicofisico dell'essere umano e sui rapporti tra l'uso dei cosiddetti big data e il consenso informato?
- 5) I medici non hanno niente da dire sui *costi incrementali dell'innovazione*? Al di là dell'antico problema delle cosiddette scelte tragiche possiamo lasciare la determinazione del costo delle innovazioni all'economia di mercato o, al contrario, esigere trasparenza nella formazione dei prezzi dei farmaci e dei dispositivi e concorrenza tra le imprese? Sono i medici che, definendo l'equivalenza dei risultati e la sovrapponibilità delle reazioni avverse, individuano quali farmaci e dispositivi possono essere posti a gara? Chi decide il *value for money* dei farmaci e dei dispositivi, la Borsa o i medici?
- 6) Di fronte alla tendenza ad abbreviare i tempi della ricerca per giungere alla precoce immissione in commercio di nuove tecnologie, pur nel rispetto delle esigenze dei pazienti, chi decide sul *rispetto della metodologia della scienza* e quindi sulle garanzie da offrire ai cittadini, cioè se un farmaco sia o no efficace e sicuro, i medici o le imprese?
- 7) Sui *rischi ambientali* è possibile volta per volta una posizione della professione che esprima una concreta mediazione fra le esigenze di produttività e di sviluppo e la tutela della salute sia ora che delle future generazioni?
- 8) E chi decide sull'*equità*, cioè sui limiti delle cure nell'in-

teresse dei pazienti, ciascun medico in base alla propria autonomia o si cerca un compromesso con l'amministrazione? Al di là della razionalizzazione del servizio resta il fatto che il trattamento di ciascun caso ha un costo sempre maggiore. Se il bilanciamento fra l'interesse dell'individuo e della collettività è proprio della politica, la misura dei risultati inerisce la responsabilità delle organizzazioni sanitarie. Occorre un nuovo accordo con la società per trovare la misura tra la medicina da ipermercato e l'individualità della domanda di salute.

- 9) Le *tecnologie moderne* in particolare l'ITC sono strumenti potenti di integrazione e di supporto alla prassi medica. Tuttavia incidono negativamente nel rapporto col paziente che perde in individualità e possono avere effetti negativi sulla professione. La distruzione creatrice propria della tecnologia del mondo del capitale può provocare in futuro la necessità di un minor numero di medici con compiti diversi. Chi trova la mediazione?
- 10) Ultimo punto di un elenco provvisorio e incompleto: i medici debbono aprire un grande dibattito sulla *fase finale della vita*. Non possiamo seguitare a offrire tecnologie esorcizzando l'accanimento terapeutico. La fase "end stage" deve essere preparata col paziente e con i familiari con ampio margine di tempo e l'ascolto, la comprensione, lo stimolo anche spirituale alla resilienza e al coping, devono essere compiti del medico per riportare l'eutanasia al concetto primario di "buona morte" quanto più possibile serena e scevra da sofferenze. Di questo si deve discutere con la gente. La morte moderna non si esorcizza con la tecnica ma con la palliazione intesa come abito mentale del medico.

*Discutere in una
trasparente dialettica
democratica*

Vi sono problemi di struttura che precedono quelli posti dalla medicina. Problemi che condizionano il modo con cui affrontare la tumultuosa trasformazione tecnologica e cognitiva della professione e l'evoluzione dei rapporti fra medicina e società; un lavoro politico arduo che non nasce spontaneo nei medici. Tuttavia i medici devono ragionare sulla realtà dei fatti e prendere atto delle loro divisioni in una trasparente dialettica democratica, rinunciando ad un ideale di medico inesistente e all'autoreferenzialità. Se discutiamo sulla struttura della società, cioè sul rapporto tra economia e morale, almeno creeremo scandalo e consapevolezza. Nell'epoca dei grandi trionfi della medicina, quasi per una sorta di irrazionalità pervasiva nella società, la domanda di salute appare distorta, la medicina è ben lontana dalla razionalità, i medici mostrano comportamenti spesso fuori del tempo. In conclusione proponiamo un "patto per la responsabilità" tra tutti i policy maker. I medici si assumono l'onere di combattere l'eccesso di consumismo inutile e dannoso e quindi, di fatto, di contrastare le scorribande del libero mercato che fa aggio sulle eccessive attese della gente. I politici condividano e supportino queste scelte fornendo gli strumenti amministrativi e organizzativi necessari. È compito delle organizzazioni sanitarie prendere consapevolezza che i rapporti tra medicina e mondo e tra medici e pazienti sono assai cambiati negli ultimi decenni. Esprimere il parere dei medici sui problemi che assillano la società, dai problemi della PMA alla cura degli anziani, dal costo della sanità alle contraddizioni del diritto, dai rischi ambientali, al giovanilismo, all'immortalità, insomma inserirsi in qualsiasi dibattito sulla scienza medica è ciò che la gente si aspetta e che restituisce autorevolezza e ruolo alla professione. Troppo spesso le riunioni dei medici si volgono a sterili recriminazioni o a frustrazioni corali; non è mai troppo tardi per riprendere in mano il proprio destino.

Lavoro d'equipe multi disciplinare e multi professionale. Fra competenze e compiti o mansioni

Pierantonio Muzzetto
presidente Omceo Parma

A PARTIRE DAL 12 MAGGIO DEL 1820, data della nascita Florence Nightingale riconosciuta come l'iniziatrice delle scienze infermieristiche, si è andato costruendo nel tempo il sistema di rapporti fra medici e altre professioni, in un chiaroscuro di competenze e aspettative tutt'altro che definite. Oggi si parla insistentemente di lavoro multidisciplinare e in sanità si delinea una tipologia di lavoro multi professionale oltreché multidisciplinare, la cui definizione dipende da una serie di variabili formative. Si devono infatti considerare gli aspetti della conoscenza delle abilità e quelle proprie dell'agire, in relazione alla necessità di dover garantire un'indubbia sinergia d'interventi: per questo motivo ci s'interroga sul come si debbano coniugare i concetti di competenza, abilità e comportamento.

In buona sostanza si ricercano quegli elementi che possono essere considerati idonei per comprendere l'evoluzione delle

*Competenze e
compiti*

professioni, che sono legittimate a richiedere un riconoscimento *di più avanzate competenze*, ma che sarebbe più corretto definire *più avanzati compiti o mansioni*.

Senza dover agitare antichi spauracchi, questi due termini, usati come sinonimi, identificherebbero piuttosto le funzioni che si innovano e non certo si cede alla tentazione di riesumare il vecchio e obsoleto mansionario. Certo si è chiamati a ragionare in termini alti sulle professioni e più concretamente sul loro futuro e sui loro rapporti.

In particolare oggi è evidente quanto sia bassa la considerazione di quella medica, e ne sono testimonianza ad esempio le modifiche apportate in sede parlamentare agli articoli della proposta di legge sulla Responsabilità, in cui il primo risultato è stato depennare “il sostantivo medico” da ogni passaggio in cui era presente in origine, per far posto a quel “sanitario” che viene declinato in vario modo. Così da definire in un primo momento l’“atto sanitario” in sostituzione di quello medico, in questo attribuendo quegli elementi caratterizzanti la professione medica a tutte le professioni e non più considerandole unica prerogativa del medico.

Forti della premessa si è chiamati a vedere il futuro della professione in un ambito non più di esclusività ma piuttosto di confronto e di mediazione con le altre realtà professionali, in un clima però d’incertezza su chi abbia le prerogative del fare. Nel futuro, senza avere la palla di vetro del chiromante, si auspica un sistema “adulto” di rapporti professionali che debbano essere incentrati sulla collaborazione piuttosto che sull’acquisizione di autonomie assolute che da certa parte si vorrebbe considerare piuttosto una piena indipendenza.

Mentre si contrappone un’altra visione che vuole piuttosto identificare un sistema di collaborazione dovuto alla partecipazione di varie figure, che agiscono sì in autonomia ma “di scala” o per meglio dire subordinata ad un sistema coordinato d’interventi in cui vi siano titolarità e responsabilità

differenziate.

In termini più semplici l'agire del medico e delle stesse professioni non mediche fa rilevare un *comune denominatore* costituito dall'insieme delle *competenze acquisite* e delle *abilità affinate* che rendono specifico ogni comportamento: in definitiva si definirebbe in questo modo la peculiarità di ogni singolo attore e della professione che è rappresentata nella filiera della salute. E le "avanzate competenze" rese possibili dalle peculiarità formative delle regioni, se usate impropriamente come strumento che scardina gli attuali equilibri formativi, diventano comunque un limite per un corretto rapporto interprofessionale.

A questo conseguono le novelle organizzative in ambito professionale a testimonianza delle cosiddette *avances formative a prescindere dai ruoli, tipiche di certe politiche regionali delle professioni*, che legittimano proprio la formazione regionale, atta a assegnare compiti e mansioni, indipendentemente dal vissuto storico, formativo e professionale.

Se da un lato le *avances* consentono d'identificare le caratteristiche che sono determinanti nelle *prestazioni individuali al di sopra della norma nel ruolo ricoperto*, dall'altro creano una disparità professionale e sono in grado di favorire crescenti aspettative oltreché conflitti interprofessionali.

È lecito chiedersi allora quali siano i rapporti più idonei ed efficaci che debbano intercorrere fra le professioni: questo è il punto centrale su cui, per così dire, si dibatte.

Nel sistema organizzato delle professioni Choic, in un lavoro pubblicato nel 2006 su *Clinical & Investigation Medicine*, parla di tre aspetti: multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà.

Entrando nel dettaglio si ritrovano alcune particolarità legate al valore dell'integrazione multi professionale, che non a torto è il cavallo di battaglia delle politiche della salute.

Quali sono i rapporti più efficaci tra le professioni?

Nello studio citato, trattando la multidisciplinarietà si evidenzia l'aspetto che la caratterizza ossia la complementarietà e l'indipendenza professionale che si manifesta nella collaborazione; nella seconda, ossia l'interdisciplinarietà, si parla invece d'integrazione e di *meticciano* dei saperi, mentre nella terza predomina l'aspetto dell'interscambiabilità e si realizza l'integrazione totale .

Perciò in ambito interprofessionale oggi si ritiene che la scelta forse più realistica e rispettosa delle peculiarità e delle diverse professioni sia proprio la multidisciplinarietà. Sempre rimanendo nell'ambito dello sviluppo professionale e del riconoscimento dei valori, occorre prevedere un riequilibrio delle funzioni lavorative con previsione di assetti, omogenei e coerenti, evitando il riconoscimento e la legittimazione di “performances superiori in altri ruoli”, che, come detto prima, si prestano a critica e portano a confliggere.

Questo è un aspetto tutt'altro che secondario perché tali politiche del personale vanno a vanificare gli assetti lavorativi, come anche i ruoli e le funzioni finora determinati da un processo di formazione del pre e post laurea per così dire tradizionali, creandosi di fatto nuove figure e nuove competenze lavorative, con una situazione che si riverbera in modo non certo positivo in ambito sanitario e sullo stesso paziente.

Ritornando al concetto d'“autonomia di scala declinata per le professioni sanitarie” questa interpretazione esclude “un'indipendenza nel sistema assistenziale” a maggior ragione perché se così non fosse si tradurrebbe in un inefficace controllo dei bisogni di salute del cittadino.

Per cui in una stagione come l'attuale, delicata per la professione medica e per i non facili rapporti con le professioni sanitarie, si è chiamati a trovare i possibili rimedi. E si può parlare di responsabilità delegate derivanti da autonomie graduate solo in un sistema collaborativo “di scala”, che va contro ogni irragionevole ipotesi di task shifting che è esattamente l'op-

posto della preservazione della qualità degli interventi sanitari e del rispetto delle singole peculiarità professionali. E ne consegue addirittura un grosso *vulnus* nella tutela della salute del cittadino comune.

Pertanto, al fine d'arginare talune derive della formazione, si ritiene di dover procedere ad una *revisione di quella universitaria* sia nel *pre che nel post laurea* con diversa partecipazione in tale attività proprio del Ssn e regionale. Occorre quindi richiamare l'Università ad un intervento, oggi improcrastinabile, sui piani formativi delle facoltà mediche e delle professioni sanitarie, uniformandoli a livello nazionale.

E si considerano inalienabili due principi: la necessità di core curricula che siano nel contempo omogenei e coerenti in tutte le facoltà mediche e in quelle delle professioni sanitarie, e il reale peso da dare alla formazione di tutte le professioni. Soprattutto non si può certo prescindere da una terza considerazione, quanto mai stringente, ossia che non è *concepibile porre sullo stesso piano 11 anni formativi del medico con i 3 anni di corso delle professioni sanitarie*. Indipendentemente del QI dei singoli.

Da anni si propone un'armonizzazione dei saperi secondo criteri di distinzione che seguano l'assioma "crescere nelle differenze", che a cascata presuppone una formazione specifica, da cui derivano competenze specifiche e altrettante specifiche responsabilità.

Questo, quale limite alla crescente conflittualità tra le professioni, definendone preliminarmente i limiti d'azione di ciascuna in quanto strumento identificativo di comportamenti, ruoli e funzioni cui deriva gradualità e specificità delle responsabilità.

Quali le prospettive, dunque? E quali i significati dare a leadership o il riproporre termini come compiti o mansioni? E

*La necessità di una
revisione della
formazione
universitaria*

Domande aperte

quali i valori di scelte per mero economicismo ? E dove sta il limite fra il medico e l'infermiere o fra il medico o le altre figure professionali, in una stagione di rivendicazioni e di più o meno motivate pretese di riconoscimento di funzioni proprie del medico ?

Domande aperte. Ne diventano facilmente equivocabili le possibili risposte, considerando le molteplicità di vedute all'interno della famiglia medica e la considerazione modesta di cui gode il medico in ambito politico e regionale.

In conclusione occorre avere il coraggio di difendere i valori della professione medica ispirata a principi etici , non subordinata a interessi diversi dalla peculiare gestione della salute. Occorre perciò modificare lo status quo, evitando al medico l'oppressione di una professione che debba sottostare a norme e a comportamenti non deontologici, prona alla proceduralizzazione della medicina.

Si ritiene di dover operare per dare il giusto valore all'interpretazione, anche politica, delle linee guida che si vogliono applicate acriticamente per legge e anche dei protocolli.

Quelle stesse Linee guida e protocolli , più che mai grimaldello degli assetti della professione medica, come nel caso dell'attività del 118.

Il tutto a fronte di una medicina dell'evidenza che progressivamente lascia il posto a una medicina basata su valori o *outcomes*, dunque alla VBM contrapposta all'EBM.

E allora, dove ci collochiamo? O meglio, dove saremo collocati da chi oggi decide sopra le nostre teste?

Ogni risposta è legittimata dal nostro atteggiamento e dal valore che sapremo dare al nostro essere medici. Adulti e consapevoli con un occhio attento ai nostri giovani e al nostro agire che si riverbererà sulle future generazioni di medici.

Intensive care nelle organizzazioni sanitarie

Giorgio Guerra

Direttore Sanitario Azienda USL della Romagna

LE RIANIMAZIONI sono le strutture che gestiscono i pazienti più critici dell'ospedale. Per svolgere questa attività sono dotate delle tecnologie più avanzate, di personale medico e infermieristico specificamente addestrato e con un rapporto medico/paziente, infermiere/paziente molto superiore rispetto agli altri reparti. Tutto questo comporta costi elevati e limita di conseguenza il numero di posti letto con queste caratteristiche di cui ogni struttura può disporre.

Negli Ospedali italiani i PL di Rianimazione sono mediamente il 5% del totale complessivo ed è stato stimato che il costo di una giornata di degenza sia mediamente di oltre 2.000 euro.

Si tratta pertanto di risorse molto limitate, ad alto costo, che devono essere utilizzate a favore della collettività secondo principi rigorosi di appropriatezza e tenendo conto che ogni ricovero inappropriato può significare l'impossibilità di offrire cure intensive dello stesso livello ad altri pazienti che ne avrebbero bi-

*Risorse limitate
e alti costi*

sogno. La mancanza di PL in Rianimazione in alcune aree d'Italia è la causa di trasferimenti ad alto rischio che hanno spesso il carattere di viaggi della speranza, e altrettanto spesso si concludono tragicamente.

L'accesso in Rianimazione e le relative scelte rappresentano pertanto un primo aspetto che ha a che vedere con l'etica. La decisione di ricoverare un paziente non può basarsi solo sulla gravità clinica, ma piuttosto sulla reale possibilità di offrire al paziente stesso una cura migliore di quella che gli può essere garantita in un altro reparto. La Rianimazione deve essere utilizzata per pazienti, magari gravissimi, ma che devono poter essere curabili, altrimenti all'intera collettività verrebbe sottratta una risorsa di cura preziosa. La letteratura medica affronta da anni questa problematica cercando di individuare criteri chiari da applicare in questo difficile processo decisionale. La decisione di non ricoverare in Rianimazione un paziente morente a causa di una patologia non trattabile, comporta da parte del medico rianimatore la capacità di informare correttamente i familiari, e a volte lo stesso paziente. Portarli a comprendere che vi sono casi in cui la tecnologia non ha nulla da offrire a favore della vita e può tradursi in sofferenza. È un campo dove etica e medicina si tengono per mano.

*Fine vita:
tecnologie e rispetto
dell'essere umano*

Le Rianimazioni sono ambiti in cui, nel tentativo di curare i pazienti più gravi, vengono utilizzate le tecnologie più avanzate e talvolta terapie veramente estreme. Molto spesso questo sforzo ha successo. Oggi più dell'80% dei pazienti ricoverati in Rianimazione sopravvive; la mortalità era più del doppio nel 2000. Ma a volte, malgrado le cure più avanzate ci si rende conto che il paziente non può essere curato con successo. Ci sono situazioni in cui la vita del paziente è supportata dalle macchine senza possibilità alcuna di garantirgli di superare la crisi e continuare a vivere autonomamente. È spesso il caso di persone anziane i cui organi hanno sofferto al punto da non poter più riprendersi.

In questo scenario l'etica e la bio-etica hanno un ruolo centrale. Il Codice Deontologico e gli stessi documenti di fonte confessionale sono concordi nel raccomandare ai medici di non utilizzare terapie sproporzionate rispetto ad un esito certamente infausto. Per aiutare i rianimatori e le famiglie ad affrontare situazioni che potrebbero tradursi in un prolungamento dell'agonia, le Commissioni di Bioetica delle Società Scientifiche hanno prodotto documenti importanti focalizzati alla corretta gestione dei percorsi di "fine vita". Sono documenti che pongono al centro, insieme al paziente, i curanti e i familiari, in una sorta di alleanza emotiva per aiutarli ad affrontare una situazione anche psicologicamente difficile per tutti loro. Questa è una nuova frontiera su cui si sta confrontando la Società Civile, con l'obiettivo di coniugare una tecnologia sempre più avanzata con il rispetto dell'uomo, delle sue possibilità di vita, ma anche della fine della vita.

Infine le Rianimazioni sono gli ambiti in cui si pongono le basi per un altro importantissimo "passaggio" dell'etica di Comunità: la donazione di organi e tessuti. Quando malgrado le terapie, una persona viene a trovarsi in uno stato di morte cerebrale, può donare i suoi organi, consentendo ad altre persone di sopravvivere. Le Rianimazioni sono la sede in cui apposite Commissioni di esperti accerta e ricontrolla l'esistenza di uno stato di morte cerebrale. La persona morente che non abbia espresso in vita la sua opposizione alla donazione, può donare i proprio organi. I suoi familiari rappresentano in questa decisione i punti di riferimento della volontà del paziente. In assenza di chiare indicazioni, come ad esempio l'iscrizione al registro dei donatori di organi, sono spesso i familiari a dover testimoniare la volontà del proprio caro. Anche in questo caso si tratta di valutazioni complesse, rese drammatiche dal dolore e che richiedono una forte empatia tra i curanti e i congiunti del deceduto e una forte attenzione ai valori dell'etica e di appartenenza all'Umanità.

*La donazione di
organi e tessuti*

I servizi informatici a supporto della cura

Erasmus Michele Bitetti
presidente Simg Matera

QUANDO LE NUOVE GENERAZIONI scriveranno la storia dei nostri giorni potranno giustamente collocare la nostra epoca nell'*era digitale* fissandone l'inizio negli anni '80 con la comparsa dei primi personal computer. Tra le scoperte che più di altre hanno segnato la storia dell'uomo, dopo il fuoco, la ruota, la scrittura, il motore a scoppio, l'elettricità dovremmo citare l'informatica con tutte le sue implicazioni, anche in campo sanitario.

Qui faremo cenno ad alcuni degli attuali sviluppi, partendo da qualche riflessione di fondo che voglio con voi condividere.

Nessuna delle scoperte dell'uomo esprime compiutamente quello che da esse ne è derivato come sviluppo: prendiamo ad esempio la ruota, la troviamo inizialmente in "forme" rudimentali per arrivare poi agli utilizzi nella produzione di autoveicoli, di treni ed aerei. Le stesse considerazioni andrebbero

fatte per l'informatica, i cui sviluppi nei vari campi applicativi non possono che derivare da una creatività e progettualità niente affatto scontate.

Nel finale dell'ultimo film della Disney *Il libro della giungla*, viene posta una domanda che bene si presta a questa sottolineatura: cosa rende anche un cucciolo d'uomo diverso da qualunque animale, anche il più intelligente? Non svelerò la risposta ma dirò, solo per incuriosirvi, che si tratta di una *scoperta*, ma di una scoperta che l'uomo è *in grado di governare!*

La nascita dei PC, similmente ad altre scoperte nella storia dell'uomo, non avrebbe prodotto i cambiamenti che oggi abbiamo sotto gli occhi se non fosse accaduto un altro evento decisivo: in Italia questo è avvenuto esattamente 30 anni fa quando si realizzò il primo collegamento alla rete internet. Quasi nessuno si accorse allora dell'importanza di quell'avvenimento che metteva le basi di una connessione globale: a tutt'oggi quel salto evolutivo non ha ancora investito tutti gli ambiti applicativi (v. figura 1).

Molte delle realizzazioni informatiche in ambito sanitario soffrono ancora di autoreferenzialità e di una sostanziale incommunicabilità con altri ambienti operativi.

In un articolo appena pubblicato su *Recenti progressi in medicina* dal titolo "Per un'informatica medica basata sulle prove" il professor Enrico Coiera del Centre for Health Informatics della Macquarie University di Sidney descrive così lo stato della sanità digitale:

“Chi lavora nell'ambito della e-health vive in due universi contraddittori. Il primo universo è quello del nostro eccitante futuro nella salute digitale. Questo luccicante paradiso carico di gadget vede la tecnologia in armonia con il sistema sanitario, che è diventato flessibile, personale ed efficiente. Le malattie soccombono sotto l'assalto furioso dei big data e di miracolosi orologi intelligenti. Governo, industria, medici e cittadini si tengono per mano

*La sanità ai
tempi di internet*

intorno al falò dell'innovazione. Il secondo universo è (...) il mondo preoccupante in cui i medici cercano di limitare i danni, costretti a utilizzare sistemi informatici chiaramente mal funzionanti. Le cartelle cliniche elettroniche assorbono tutto il tempo a disposizione dei professionisti e non si adattano alla pratica clinica. I provider sanitari si nascondono dietro barricate in fiamme quando i clinici si ribellano. Burocrati governativi in abiti inamidati spiegano a bassa voce l'ultimo sfioramento dei costi preventivati, i ritardi o la violazione dei sistemi di sicurezza. I dati della nostra salute personale passano di mano in mano su chiavette illegali, fino a quando finiscono nelle grinfie di ricettatori senza scrupoli. Entrambi questi universi sono reali”.

Non voglio anticiparvi le conclusioni cui giunge Coiera: potremo condividerle alla fine, dopo un rapido sguardo alle possibilità offerte oggi dalla sanità digitale, limitandoci alle sole applicazioni finalizzate ai processi di diagnosi e cura.

*I sistemi
informatici di
supporto ai processi
decisionali*

Quanto alle prime un cenno meritano i *sistemi informatici di supporto ai processi decisionali* in ambito clinico (CDSs: Clinical Decision Support System). Non parliamo qui degli applicativi che sostituiscono i manuali cartacei e da cui attingere rapidamente linee guida, protocolli terapeutici, interazioni tra farmaci, calcoli clinici. Ci riferiamo piuttosto ai cosiddetti *sistemi esperti* che, realizzati con rigorosi criteri metodologici e condivisi tra specialisti di varie discipline, possono favorire l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici ottimali oppure la migliore selezione di pazienti candidati a programmi di ricerca o a nuovi protocolli di cura. Un esempio? Tra i progetti vincitori del premio *Innovazione digitale in sanità 2016* del Politecnico di Milano vorrei segnalare l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari che ha ottenuto il riconoscimento nella categoria “processi clinico-sanitari” per il *progetto Ulysses* che consente l'individuazione precoce dei pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare la malattia renale cronica, spesso asintomatica nelle sue prime

fasi, sfruttando il patrimonio informativo dell'Azienda (circa 170.000 pazienti tra ambulatoriali e ricoverati). Sulla base di un algoritmo costruito intorno a parametri clinici definiti, viene calcolato un fattore di rischio per pazienti asintomatici consentendo un'eventuale diagnosi precoce. Si stima che a livello nazionale il progetto Ulysses potrebbe ritardare di almeno 5 anni la progressione del danno renale per almeno il 10% dei soggetti.

Nell'ambito della Medicina Generale voglio citare un progetto ambizioso che vide la luce negli anni '90 grazie al concorso di un gran numero di aziende farmaceutiche: il *progetto Medusa*. Il software, costruito su moduli specialistici interagenti fra loro, forniva un elenco di possibili diagnosi cliniche, in ordine decrescente di probabilità statistica, aggiornato dinamicamente sulla base di sintomi, segni, dati anamnestici, esami strumentali e di laboratorio. Il software si prestava a scopi didattici oltre che clinici ma non ebbe sviluppi, anche a causa della morte precoce dell'ingegnere informatico che lo aveva realizzato. Da alcuni mesi è riapparso un Progetto Medusa, sotto l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di fornire materiale educativo online a medici e pazienti. Il portale, tuttora in versione beta, si propone di emulare il ben più ricco sito Medline plus della US National Library of Medicine.

A proposito di *portali dedicati all'aggiornamento professionale*, oltre a quelli ben noti in lingua inglese, vorrei segnalare il sito *Medicina in Biblioteca*, weblog della Biblioteca medica Pinali dell'Università di Padova, che raccoglie giornalmente il meglio della letteratura scientifica internazionale con brevi note di commento e link alle fonti originali.

Per venire agli strumenti informatici funzionali alla cura dovremmo parlare di:

- cartelle cliniche elettroniche;
- fascicolo sanitario elettronico (FSE);

*I portali dedicati
all'aggiornamento
professionale*

- app medicali e m-Health;
- telemedicina.

Una penna ed una risma di fogli non garantiscono a chi li utilizza di scrivere un capolavoro della letteratura mondiale, analogamente la registrazione in formato elettronico dei dati clinici è solo la prima condizione per entrare nel mondo della sanità digitale ma per alcuni sprovveduti manager della sanità questo sarebbe già un punto di arrivo! Ciò contraddice la *prima legge della informatica*, magistralmente espressa dal professor Branko Cesnik pioniere della informatica medica:

“La premessa alla base di qualsiasi sistema informativo clinico è che questo deve esistere per risolvere un problema clinico. Se si parte dalla tecnologia e si ignora il problema, l’esito sarà negativo”.

La cartella clinica elettronica

Negli Stati Uniti è stato appena lanciato un programma nazionale di incentivi economici a providers e singoli professionisti che accettino di condividere un progetto avanzato di registrazione elettronica dei dati clinici che li renda fruibili tra più operatori ed accessibili ai pazienti stessi ed agli enti governativi preposti al controllo della salute pubblica.

È possibile valutare la qualità di una *cartella clinica elettronica* attraverso uno score, validato a livello internazionale con punteggi da 1 a 7, l’EMRAM (*Electronic Medical Record Adoption Model*) che si caratterizza per livelli crescenti di interoperabilità e di complessità di operazioni svolte (v.figura 2).

Sono ancora pochi gli ospedali italiani dotati di una cartella clinica di alta qualità: in ogni caso mai una cartella elettronica ospedaliera dovrebbe prendere a modello quella cartacea! (v.figura 3)

Nell’ambito della medicina generale una cartella clinica informatizzata di buona qualità non si limiterà alle sole funzioni di base (registrazione di dati e stampa) ma dovrà segnalare con degli alert reazioni avverse, interazioni farmacologiche, scadenze

cliniche importanti (ad esempio screening ad intervalli definiti, controlli di esami non a target); dovrà proporre, sulla base di linee guida e delle diagnosi codificate per ciascun paziente, l'aggiunta di terapie specifiche (es. ASA in pazienti ad alto rischio cv, gastroprotezione in pazienti ultra 65 in terapia cronica con FANS), il monitoraggio di pazienti con patologie croniche. Una cartella clinica elettronica, se ben progettata e strutturata per problemi, dovrà permettere di condividere dati clinici, indicatori di appropriatezza e di aderenza, dati di consumo favorendo così progetti di audit personale e di gruppo nonché la creazione di grosse basi di dati. Il database Health Search, realizzato su specifiche della *SIMG* (Società Italiana di Medicina Generale), è un esempio ben riuscito di applicazione della "tecnologia informatica" alla gestione di dati complessi come quelli di natura sanitaria.

Se condividiamo l'idea che la messa in rete dei dati clinici sia una delle tappe più promettenti nel futuro della sanità dovremmo concludere che lo strumento di questo progresso abbia un solo nome: il *fascicolo sanitario elettronico* (FSE).

Secondo le Linee guida nazionali del 2010 il Fascicolo sanitario elettronico è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, alimentato in maniera continuativa dai soggetti del Ssn che prendono in cura l'assistito. È istituito dalle Regioni e Province Autonome per le finalità di:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.

La consultazione dei dati e documenti presenti nel fascicolo sanitario elettronico può essere realizzata *soltanto con il consenso dell'assistito*, salvo i casi di emergenza.

*Il fascicolo sanitario
elettronico*

Il fascicolo sanitario elettronico si compone di:

- un nucleo minimo di documenti (referti, verbali di PS, lettere di dimissione);
- profilo sanitario sintetico (unico, creato/aggiornato solo dal mmg/pls) e dossier farmaceutico;
- taccuino personale del cittadino e dichiarazione di volontà alla donazione di organi;
- documenti aggiuntivi.

Perché il progetto del fascicolo sanitario possa effettivamente decollare occorrono alcuni prerequisiti di tipo sanitario, tecnologico, legislativo:

- coinvolgere i professionisti sanitari;
- condividere percorsi diagnostici ed assistenziali;
- definire un sistema di codifica delle informazioni cliniche (interoperabilità semantica);
- realizzare una infrastruttura di rete (interoperabilità tra sistemi di generazione degli eventi sanitari);
- implementare l'anagrafe nazionale degli assistiti;
- garantire investimenti finanziari adeguati.

A che punto siamo in Italia? Il Decreto Crescita 2.0 (legge 221/2012) ne prevedeva l'adozione obbligatoria entro il giugno 2015, termine poi spostato al dicembre 2016. Tutte le regioni hanno presentato all'Agenzia per l'Italia digitale il loro progetto, poche quelle che lo hanno *attivato* (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Valle d'Aosta e provincia di Trento). Allo stato attuale ogni FSE opera solo all'interno dei confini regionali: lascio a voi ogni commento.

Le *specifiche tecniche per la interoperabilità* dei sistemi regionali di FSE sono state pubblicate nell'aprile 2015 ed aggiornate nel gennaio di quest'anno. Solo nel novembre 2015 è stato pubblicato il *Regolamento in materia di FSE* che definisce criteri, contenuti e profili autorizzativi.

Qualche regione, pur di colmare i ritardi accumulati, ha deciso

di adottare un FSE semplificato che assomiglia di più ad un “faldone elettronico” auspicandone un miglioramento per tappe successive. Purtroppo nessun progetto informatico, per quanto scalabile, potrà mai realizzare a posteriori degli scopi che non siano stati identificati fin dall’inizio. Fra le nazioni europee che hanno realizzato dei progetti efficaci di FSE vanno citate la Spagna e l’Olanda: per raggiungere questo traguardo sono stati necessari, oltre ad un lavoro decennale di condivisione di obiettivi, anche adeguati investimenti economici.

Per promuovere l’acquisizione di competenze digitali da parte di tutti gli operatori della sanità in Italia è appena partito un progetto quinquennale di e-learning basato sul web e con un finanziamento iniziale di 4 milioni di euro. Una ricerca della Bocconi del 2003 ha stimato in 850 milioni di euro le perdite legate all’ignoranza informatica in sanità; alcuni professionisti dell’ICT si sono spinti a denunciare la *pericolosità sociale* della fragilità digitale.

Tra le risorse digitali utilizzabili a fini di diagnosi e cura non possiamo non parlare delle *app per la salute*, software applicativi progettati per dispositivi mobili (smartphone, tablet e smartwatch), il cui numero supera ormai le 150.000, con circa 5.000 app localizzate in lingua italiana. Questa enorme diffusione è dovuta a quattro ragioni principali: la facilità con cui vengono installate ed aggiornate; la connettività “nativa” con cui interagiscono in rete e con altre app sullo stesso dispositivo; la loro modularità; la possibilità di essere utilizzate sempre, in qualsiasi luogo e momento.

*Le app
per la salute*

Le app per la salute rientrano nel più ampio settore del *mobile Health* “pratica medica e di salute pubblica supportata da dispositivi mobili, dispositivi per il monitoraggio dei pazienti, dispositivi di assistenza personale (PDA) ed altri strumenti wireless” (OMS).

Il 70% delle app per la salute è rivolto al settore del benessere

del consumatore (app per il mantenimento della forma fisica o *fitness app*; app per il controllo *degli stili di vita*, es. fumo, diete; *diary app*; *reminder app*; app per *accesso ai servizi sanitari* es. CUP online, Qurami-teleticket per evitare le file).

Il 30% delle app per la salute è dedicato al mercato professionale: si tratta di vere e proprie *app medicali* o *app per la cura*. Le possiamo così suddividere:

- *app per la gestione di patologie specifiche*, collegate a dispositivi esterni (o integrati in essi) quali glucometri, bracciali per la misurazione della pressione arteriosa;
- *app per l'autodiagnosi*, es. per la misurazione della vista, dell'udito;
- *app per il calcolo del rischio* (malattie cardiovascolari, melanoma);
- *reference app funzionali alla diagnosi e cura* (esempi: l'app "La borsa del medico" realizzata dalla SIT Società italiana di telemedicina, l'app "Algoritmi AMD", Associazione medici diabetologi, per la terapia personalizzata del diabete mellito, le app per la gestione dei farmaci);
- *app funzionali ad applicazioni di telemedicina*.

Come fare ad orientarsi tra le migliaia di app per la salute? Esistono dei *portali specializzati* per i consumatori (*My health apps*) ed altri per la classe medica (*iMedicalApps*, *Medicap Collection*, *Mobimed*) (v. figura 4).

In Europa tutte le app mediche realizzate per finalità di diagnosi, cura e prevenzione sono equiparate a veri e propri *dispositivi medici* e come tali sottoposte a specifica regolamentazione. Non mancano importanti criticità in merito alla certificazione di qualità, alla privacy e ad aspetti bioetici (modifica delle relazioni medico/paziente) che non possiamo qui approfondire (v. figura 5).

La mHealth è una tappa evolutiva fondamentale nello sviluppo dell'informatica e potrebbe contribuire alla trasformazione

della sanità, aumentandone qualità ed efficienza, spostando la cura dagli ospedali al territorio, favorendo un ruolo più attivo dei pazienti (empowerment), diventando il volano per la telemedicina.

Nel Patto per la sanità digitale alla *telemedicina* è riservata un'attenzione particolare.

La telemedicina

Le linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina ne danno questa definizione:

“una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alla ICT, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località”.

“I servizi di telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione di telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per *potenzialmente* migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario”.

I principali obiettivi della telemedicina sono: assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto nella gestione della cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Le applicazioni della telemedicina sono molteplici ma il loro utilizzo appare particolarmente promettente nell'ambito delle cure primarie e della domiciliarietà (v. figura 6).

Tra le esperienze più significative di telemedicina in Italia vanno citate:

- la *telecardiologia* al servizio delle emergenze mediche (in regione Puglia e Lombardia);

- la *teledialisi* per il monitoraggio dei pazienti in dialisi domiciliare;
- *'assistenza ai naviganti* da parte del Centro Internazionale Radio Medico Cirm diretto dal professor Sergio Pillon, direttore della unità operativa di telemedicina ospedale San Camillo-Forlanini di Roma, uno dei maggiori centri di telemedicina del mondo.

Nelle linee guida nazionali viene precisato che l'utilizzo di strumenti ICT per la condivisione on line di dati o informazioni sanitarie (social network, posta elettronica, whatsapp ...) non costituiscono di per sé servizi di telemedicina. Una riflessione su questi strumenti però si impone, tenuto conto dell'utilizzo sempre crescente che ne viene fatto da parte di medici e pazienti. Nel 2013 sono state pubblicate, sugli *Annals of Internal Medicine*, le prime raccomandazioni sulla gestione dei rapporti medico paziente al tempo dei social network: il suggerimento che emerge è quello di utilizzare con molta prudenza questi strumenti privilegiando i contatti (esempio mail, sms) con i soli pazienti che intrattengono già dei buoni rapporti personali "face to face" (v. figura 7).

Nonostante rimangono ostacoli anche di natura culturale allo sviluppo della sanità elettronica (v. figura 8) si iniziano ad intravedere dei segnali positivi: il ministero della Salute ha da poco nominato Pillon coordinatore della Commissione "di governo" delle linee di indirizzo della telemedicina italiana. La commissione si occuperà di censire e rendere pubbliche tutte le esperienze di telemedicina, validare le migliori, attribuire loro un valore economico per la successiva inclusione nei Lea (v. figure 9 e 10). Si va così nella direzione auspicata dal professor Coiera, quella di una *Evidence-based-health-informatics* (EBHI), un passaggio importante perché la sanità digitale non sia più un miraggio ma inizi ad essere realtà (v. figura 11).

FIGURA 1

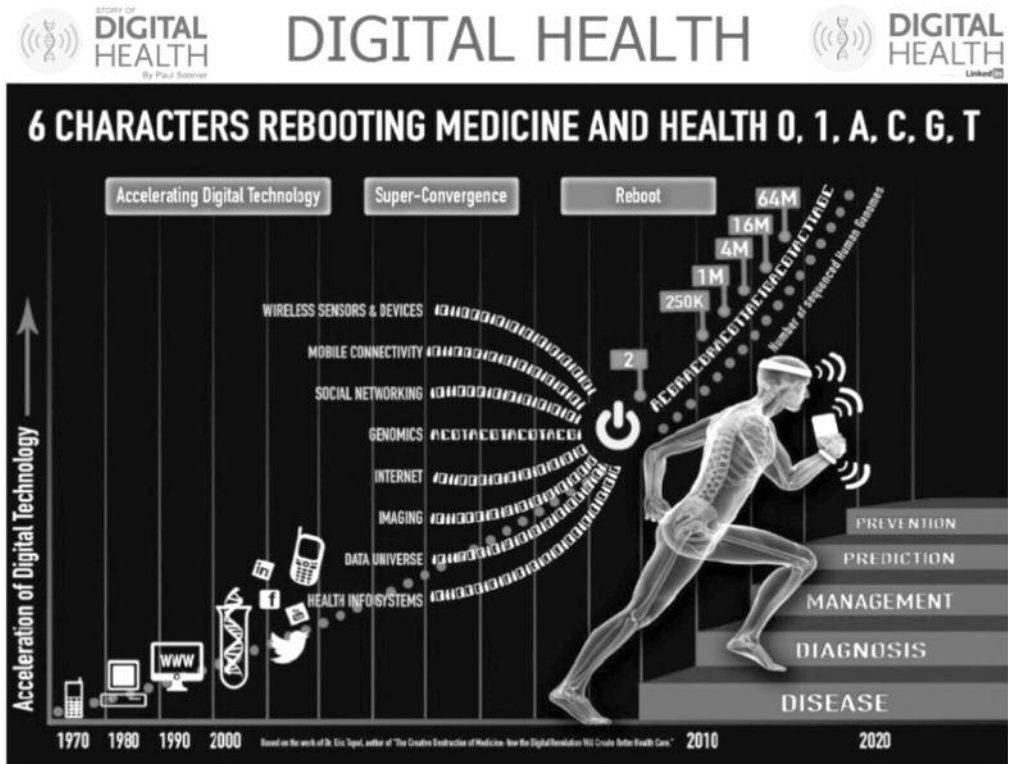


FIGURA 2

EMR Adoption Model SM	
Livello	Competenze Cumulative
Stage 7	EMR completo e integrato con tutte le aree clinico-sanitarie (es. Terapia Intensiva, PS, ambulatorio) che sostituisce tutti i dossier cartacei dell'ospedale; Standard di continuità delle cure per lo scambio dati; Data Warehouse come base analitica sia dei processi clinici che di quelli economici
Stage 6	Documentazione clinica e/o infermeristica informatizzata che interagisce con un avanzato Supporto Decisionale (basato su elementi di dati discreti) e somministrazione a ciclo chiuso (regola delle 5G) della terapia farmacologica informatizzata
Stage 5	Soluzione integrata per la gestione dell' <i>Imaging</i> (es. PACS) che sostituisce completamente le immagini su pellicola dell'ospedale
Stage 4	Inserimento elettronico di ordini che prevede Supporto Decisionale Clinico (basato su motori inferenziali) in almeno un'area clinica della struttura e per prescrizione terapie
Stage 3	Documentazione clinica e/o infermeristica informatizzata e inserimento elettronico degli ordini da parte dei medici e/o degli infermieri; include gestione informatizzata della terapia farmacologica (eMAR)
Stage 2	Clinical Data Repository/EPR che permette la raccolta e la normalizzazione dei dati provenienti da diverse aree cliniche all'interno dell'ospedale
Stage 1	I Sistemi di Laboratorio, Radiologia e Farmacia sono installati oppure l'output dati - proveniente da fornitori esterni di questi servizi - è gestito elettronicamente
Stage 0	I Sistemi di Laboratorio, Radiologia e Farmacia non sono installati oppure l'output dati - proveniente da fornitori esterni di questi servizi - non è gestito elettronicamente

FIGURA 3

Sanità. Le valutazioni del sistema Emram sull'avanzamento dell'e-health nei Paesi europei

Corsie in ritardo sulla tecnologia

Il confronto sul fronte sanitario

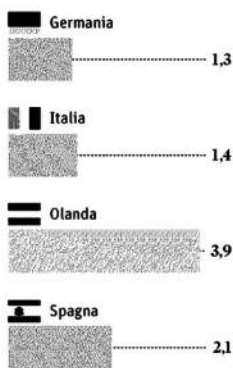
LA PAGELLA DELL'E-HEALTH

Il grado di raggiungimento di sette step (% sul totale degli ospedali)

Stage	Germania	Italia	Olanda	Spagna	Europa*
7	0,3	0,0	0,0	0,5	0,1
6	0,0	0,6	3,8	4,3	1,4
5	8,3	6,6	34,6	40,9	14,9
4	1,9	1,8	3,8	6,7	2,8
3	8,3	3,4	1,9	1,9	4,0
2	34,9	26,7	55,8	18,8	27,2
1	0,6	41,4	0,0	9,6	18,8
0	45,7	19,5	0,0	17,3	30,7

SPESA OSPEDALIERA IT

Percentuale su spesa totale



(*) Europa occidentale e Polonia

Fonte: Himms Analytics Europe eHospital Census

FIGURA 4



FIGURA 5

Classificazione dei servizi di Telemedicina

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI	RELAZIONE	
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente

FIGURA 6

<i>Table. Online Physician Activities: Benefits, Pitfalls, and Recommended Safeguards</i>			
Activity	Potential Benefits	Potential Pitfalls	Recommended Safeguards
Communications with patients using e-mail, text, and instant messaging	Greater accessibility Immediate answers to nonurgent issues	Confidentiality concerns Replacement of face-to-face or telephone interaction Ambiguity or misinterpretation of digital interactions	Establish guidelines for types of issues appropriate for digital communication Reserve digital communication only for patients who maintain face-to-face follow-up
Use of social media sites to gather information about patients	Observe and counsel patients on risk-taking or health-averse behaviors Intervene in an emergency	Sensitivity to source of information Threaten trust in patient-physician relationship	Consider intent of search and application of findings Consider implications for ongoing care
Use of online educational resources and related information with patients	Encourage patient empowerment through self-education Supplement resource-poor environments	Non-peer-reviewed materials may provide inaccurate information Scam "patient" sites that misrepresent therapies and outcomes	Vet information to ensure accuracy of content Refer patients only to reputable sites and sources
Physician-produced blogs, microblogs, and physician posting of comments by others	Advocacy and public health enhancement Introduction of physician "voice" into such conversations	Negative online content, such as "venting" or ranting, that disparages patients and colleagues	"Pause before posting" Consider the content and the message it sends about a physician as an individual and the profession
Physician posting of physician personal information on public social media sites	Networking and communications	Blurring of professional and personal boundaries Impact on representation of the individual and the profession	Maintain separate personas, personal and professional, for online social behavior Scrutinize material available for public consumption
Physician use of digital venues (e.g., text and Web) for communicating with colleagues about patient care	Ease of communication with colleagues	Confidentiality concerns Unsecured networks and accessibility of protected health information	Implement health information technology solutions for secure messaging and information sharing Follow institutional practice and policy for remote and mobile access of protected health information

FIGURA 7

Ostacoli allo sviluppo della sanità elettronica

Nonostante le opportunità e i vantaggi, la diffusione su vasta scala della sanità elettronica è intralciata dai seguenti ostacoli :

- sensibilizzazione carente e scarsa fiducia nelle soluzioni di sanità elettronica da parte di pazienti, cittadini e operatori sanitari;
- mancanza di interoperabilità tra le soluzioni di sanità elettronica;
- poche prove concrete su vasta scala dell'efficacia sotto il profilo dei costi degli strumenti e dei servizi di sanità elettronica;
- assenza di chiarezza giuridica sulle applicazioni mobili nel settore sanitario e del benessere e mancanza di trasparenza sull'uso dei dati rilevati con tali applicazioni;
- inadeguatezza e frammentazione dei quadri giuridici, ad esempio per quanto riguarda i regimi di rimborso dei servizi di sanità elettronica;
- elevati costi iniziali per chi intende realizzare sistemi di sanità elettronica;
- differenze a livello regionale relative all'accesso ai servizi TIC, accesso limitato in aree svantaggiate.

FIGURA 8

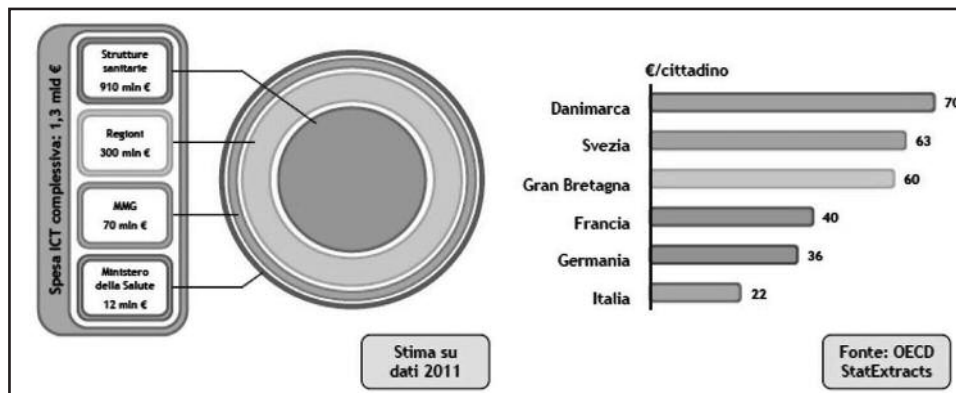


FIGURA 9

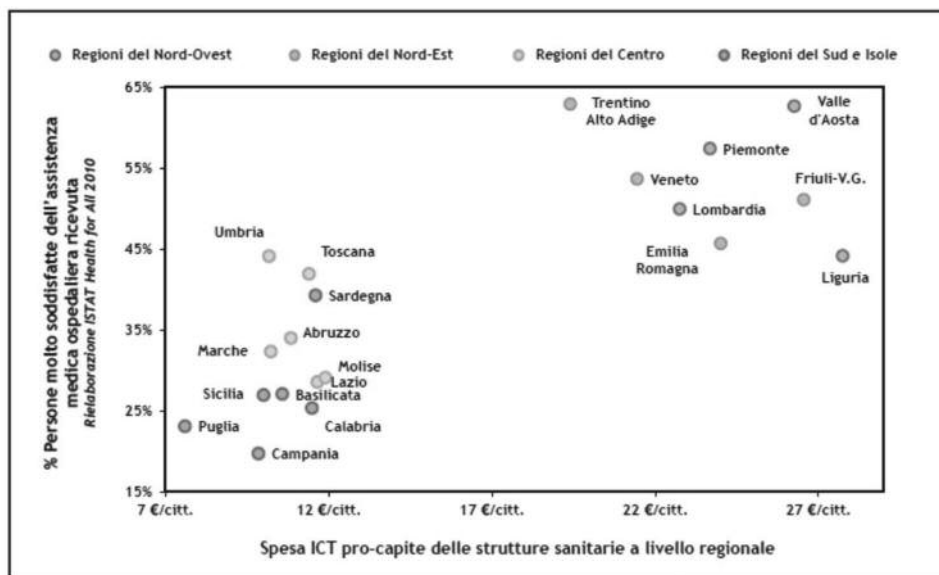


FIGURA 10

 **POLITECNICO MILANO 1863**
SCHOOL OF MANAGEMENT

 **OSSERVATORI.NET**
digital innovation

Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

Sanità digitale: non più miraggio, non ancora realtà

Presentazione dei risultati della Ricerca 2015-2016

Mercoledì 4 Maggio 2016, ore 9.00 - 16.30
Sala Conferenze - Istituto Mario Negri
Via La Masa 19, 20156 Milano

 Hashtag: #ODS

FIGURA 10

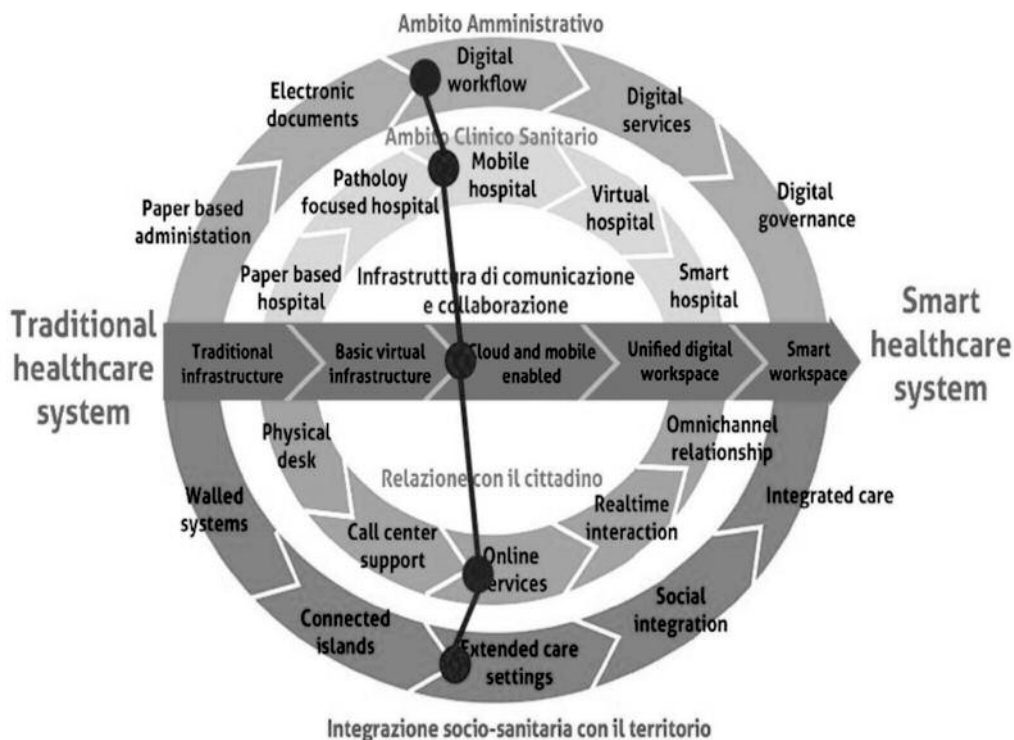


FIGURA 10

I PORTALI SPECIALIZZATI

	<p>http://medicapp.info/appmediche/</p>	<p>Portale curato da una società di sviluppo software (Stratos SpA). Contiene ad oggi una selezione di circa 15.000 app mediche, ricercabili tramite diversi filtri. <u>Sviluppata anche la APP per l'accesso al portale.</u></p>
	<p>http://www.imedicalapps.com/</p>	<p>Portale delle app sulla salute disponibili sul mercato USA. Ciascuna App è sottoposta alla valutazione di un gruppo di medici. Ha anche una sezione per i pazienti.</p>
	<p>http://myhealthapps.net/</p>	<p>Portale di app testate direttamente dai pazienti. Le app sono organizzate per categorie ed è disponibile sia la valutazione dei pz che il referaggio</p>

Bed management e flow patient

Giuseppe Ditaranto

già responsabile del Centro Studi Qualità,
Formazione Ricerca Asl Matera

IL RAZIONALE DELLA PROCEDURA del Bed Management è quello di assicurare al paziente giusto, nei tempi giusti, il setting assistenziale giusto e per la giusta durata. La procedura si basa su un modello concettuale di Ospedale che potremmo definire “dei vasi comunicanti”: in un Ospedale, considerato come sistema complesso, nessuna Unità Operativa o Area Funzionale può essere considerata avulsa dal contesto di cui fa parte ma necessariamente inserita in una rete organizzativa e relazionale.

Altro elemento a fondamento della procedura è la modalità di ammissione in Ospedale, essenzialmente distinta in due corsie preferenziali: l'urgenza e l'elezione. Nella prima il paziente arriva al Pronto Soccorso dove avviene la valutazione del suo problema attivo, cui segue la dimissione a domicilio oppure il ricovero; per quest'ultimo viene preso in carico dalla Unità Operativa, dove gli viene assegnato il posto letto. Nell'ammissione in elezione il paziente, già noto alla Unità

*Il Bed
Management: come
gestire il flusso dei
pazienti in ospedale*

Operativa e inserito in lista di attesa secondo criteri diversi (classe di priorità, cronologia di prenotazione), viene direttamente preso in carico dalla Unità Operativa che provvede all'assegnazione del posto letto.

Elemento critico per il corretto funzionamento della procedura di Bed Management è la durata della degenza; è fondamentale assicurare la giusta durata della degenza rispetto al problema clinico attivo per evitare “tappi” o “colli di bottiglia” al regolare flusso dei pazienti, per una ottimale gestione delle risorse umane e organizzative.

Questo è reso possibile dall'adozione di percorsi di cura specifici per ciascuna Unità Operativa, definiti in base alle patologie più frequentemente trattate nella stessa. In questo modo è possibile ridurre i tempi della diagnosi e del trattamento, con evidenti ricadute positive su tutto il sistema. L'attenzione alla giusta durata della degenza, inoltre, significa programmare con sufficiente anticipo la dimissione domiciliare o quella protetta.

Gli strumenti per gestire tutta la procedura del Bed Management sono:

- una cabina di regia dedicata formata da personale con competenze sulla procedura, inserita nella Direzione sanitaria del presidio ospedaliero;
- un “cruscotto” digitale collegato con il sistema di gestione dei ricoveri e quello della cartella clinica informatizzata, con l'indicazione dei posti letto disponibili, e della loro localizzazione, all'interno della Unità operativa o dell'area funzionale e dei livelli di allerta per i percorsi di cura utilizzati.

Anche il Pronto Soccorso potrà aver accesso agli stessi dati e, in questo modo, può scegliere il setting assistenziale più appropriato per il problema clinico del paziente. La procedura del Bed Management può avere applicazioni anche in ambito di assistenza territoriale, quali l'area della cronicità e l'assistenza

domiciliare integrata: è sufficiente considerare ogni paziente come occupante di un posto letto “virtuale”.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI BED MANAGEMENT

La gestione del posto letto assume una valenza importante ai fini di assicurare il setting assistenziale più appropriato al paziente che necessita di ricovero ospedaliero, sia nella fase di acuzie che in quella di post-acuzie, in particolare nella fase attuale di riorganizzazione della rete ospedaliera dell’Azienda, che deve ottemperare a disposizioni regionali e nazionali che prevedono una ulteriore riduzione del numero dei posti letto nelle strutture di degenza.

1. Razionale

Il presente documento definisce una procedura organizzativa per gestire il processo del Bed Management a livello aziendale, al fine di assicurare l’assegnazione del posto letto appropriato al paziente che ne ha necessità in base al suo problema di salute attivo, nel setting di degenza e per la durata appropriati.

2. Obiettivi

La presente procedura si applica al processo di Bed Management in tutte le strutture operative aziendali che sono sedi di degenza

3. Campo di applicazione

Nel modello concettuale del Bed Management occorre superare la visione della Unità Operativa differenziata per disciplina specialistica, al fine di recuperare spazi funzionali e operativi di integrazione e di coordinamento, definendo Strutture e Aree con i criteri di intensità di cura, di complessità assistenziale, di durata della degenza e di regime di ricovero.

4. Il processo di Bed Management

Il processo di Bed Management si basa sul modello organizzativo della rete integrata aziendale dell’assistenza ospedaliera e sul modello concettuale della erogazione delle prestazioni

4.1 Il Modello concettuale

in base ai bisogni di salute attivi del paziente e il loro livello di complessità assistenziale.

In questo modello i posti letto sono funzionalmente raggruppati in “pool” distinti per aree specialistiche, il cui numero non è predefinito, anche se fa riferimento al numero dei posti letto teorici previsti nell’assetto strutturale aziendale, ma integrati, nel senso che un “pool” può diventare l’area di compensazione, per una durata limitata, di un altro “pool”, della stessa area disciplinare o, in caso di necessità, di un’area disciplinare diversa, all’interno dello stesso Presidio Ospedaliero oppure in un Presidio Ospedaliero differente, comunque appropriato per i bisogni clinico-assistenziali del paziente.

Una Struttura Organizzativa Professionale Specialistica così definita prescinde dal numero dei posti letto assegnati e dalla loro allocazione logistica ma assume un numero dei posti letto “teorici”, appropriato per il modello gestionale e organizzativo; questo significa che i posti letto non sono rigidamente assegnati alle diverse specialità, anche se viene definito un numero di riferimento basato sugli indici storici di attività, e che viene garantita la piena flessibilità per fronteggiare eventuali picchi di domanda, mediante la disponibilità di posti letto nell’Area funzionale di afferenza.

L’Area funzionale specialistica ad attività integrata comprende tutte le Strutture Operative specialistiche omogenee per disciplina e per tipologie di cure prestate. Per ogni Presidio Ospedaliero per acuti devono essere individuate le Strutture operative specialistiche e le Aree funzionali specialistiche ad attività integrata. Il modello concettuale del Bed Management presuppone la differenziazione della linea delle funzioni gestionali da quella delle funzioni professionali. L’area funzionale specialistica integrata è il livello ottimale per l’esercizio del processo gestionale mentre a livello di Struttura Operativa specialistica si esercitano le funzioni professionali, sia cliniche che assistenziali. Nel processo del Bed Management è neces-

sario individuare una figura professionale responsabile di Area per il processo gestionale.

Nella gestione efficiente dell'assegnazione del posto letto in rapporto alle esigenze dei bisogni espressi dal flusso dei pazienti in entrata le fasi critiche sono:

Fasi

- l'ammissione;
- la durata della degenza;
- la dimissione.

Tutte le fasi devono essere presidiate dal personale che gestisce il processo di Bed Management. L'ammissione

In una struttura ospedaliera di degenza per acuti l'ammissione del paziente può avvenire attraverso due modalità:

- il sistema dell'emergenza;
- il sistema di elezione (ricovero programmato).

La entità del flusso dei pazienti nei due sistemi considerati varia in rapporto all'area disciplinare interessata e ai contesti specifici.

È necessario definire criteri e procedure per la gestione del sistema dell'emergenza (appropriatezza del ricovero rispetto al problema clinico attivo, appropriatezza del tempo per la presa in carico e per l'assegnazione del posto letto dopo la prescrizione del ricovero) e del sistema della elezione (gestione della lista di attesa per il ricovero in base a priorità cronologiche o di complessità clinico-assistenziale).

La durata della degenza condiziona in maniera significativa la disponibilità del posto letto per il flusso dei pazienti in entrata; è necessario, pertanto, mettere in atto tutte quelle procedure che possono essere utili a rendere appropriata la durata del ricovero, in particolare quelle finalizzate a:

La durata della degenza

- ridurre i tempi della diagnosi;
- ridurre i tempi per il trattamento.

I due obiettivi si ottengono mediante la definizione e l'atti-

vazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le patologie, epidemiologicamente più significative, trattate nello specifico contesto di ricovero.

La dimissione Ritardare la dimissione del paziente per cause non inerenti la sua condizione clinica attuale mette a rischio la sicurezza delle cure, oltre ad essere un ostacolo per una efficace gestione del posto letto. È necessario, pertanto, gestire il processo della dimissione prevedendola e programmandola con adeguato anticipo, procedura relativamente semplice se basata su percorsi clinico-assistenziali, soprattutto nel sistema della elezione, e attivando nei tempi appropriati la dimissione protetta e la continuità assistenziale, ove richieste dalla condizione clinica del paziente.

LA GESTIONE DEL BED MANAGEMENT

La gestione del Bed Management prevede una serie di fasi sequenziali e di attività, interdipendenti l'una dall'altra, di seguito rappresentate.

La "Unità di Bed Management" La gestione efficace del processo del Bed Management richiede il coinvolgimento di personale dedicato organizzato in team, con ruolo e responsabilità definite, integrato nei processi gestionali delle strutture aziendali di degenza. Pertanto viene istituita, presso ogni Presidio Ospedaliero per acuti, una Unità di Bed Management formata preferenzialmente da operatori afferenti al Servizio delle Professioni. Il gruppo può essere integrato, in base alle specificità del contesto o in particolari situazioni, da altro personale con competenze specifiche.

L'Unità di Bed Management, in quanto funzionale al processo del Governo Clinico, è supportato dalla funzione di staff della Delivery Unit, con la quale opera in stretta connessione. La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero sede della

degenza assume il ruolo e la responsabilità di integrare le diverse fasi del processo, gestito dalla Unità di Bed Management, con i percorsi e le attività delle strutture ospedaliere coinvolte.

Compiti specifici della Unità di Bed Management sono quelli di gestire (programmare, organizzare, valutare, monitorare) tutte le fasi del processo, come descritte successivamente.

*Compiti e funzioni
dell'Unità di Bed
Management*

All'Unità di Bed Management competono, in particolare, le seguenti funzioni:

- favorire la diffusione all'interno delle Strutture Operative specialistiche del modello della gestione funzionale dei posti letto, assegnati alla struttura ma appartenenti funzionalmente, oltre che alla struttura stessa, all'Area Specialistica integrata, e, in ultima analisi a tutta la struttura di ricovero;
- gestire il processo di Bed Management come linea gestionale separata dalla linea gestionale professionale, medica e infermieristica;
- monitorare le procedure per l'ammissione, sia nel sistema dell'emergenza che in quello della elezione;
- favorire la riduzione del tempo di attesa per l'assegnazione del posto letto dopo la prescrizione del ricovero;
- gestire, insieme alla Struttura Operativa Specialistica, la lista di attesa per il ricovero, medico e chirurgico;
- monitorare la durata della degenza;
- monitorare le procedure per la dimissione;
- favorire la dimissione protetta e la continuità assistenziale;
- attivare e mantenere canali comunicativi con la Direzione Sanitaria di Presidio, segnalando i livelli di allerta, il superamento della durata prevista di degenza, i ritardi nella dimissione;
- attivare e mantenere canali comunicativi con le strutture specialistiche, le Aree Specialistiche Integrate e le altre strutture operative aziendali sede di degenza, nonché con la

Delivery Unit;

- assicurare una reportistica del processo a tutte le strutture aziendali coinvolte;
- gestire l'electronic board (il "cruscotto").

Definizione dei livelli di allerta

La gestione del processo di Bed Management richiede la definizione di livelli di allerta del sistema, in base ai quali gestire il flusso dei pazienti e l'assegnazione del posto letto.

I livelli di allerta sono definiti sulla base di:

- numero dei posti letto presenti nella Struttura Operativa Specialistica di presa in carico;
- numero dei posti letto nell'Area Funzionale Specialistica ad attività integrata di afferenza disciplinare (Medica, Chirurgica);
- numero dei posti letto disponibili nelle aree di post-acuzie.

I livelli di allerta individuati sono riportati nella tabella.

Livello di allerta	Descrizione
1	L'assegnazione del posto letto avviene nell'ambito logistico della Struttura operativa specialistica di presa in carico, nel rispetto del numero dei posti letto previsti.
2	L'assegnazione del posto letto è gestibile all'interno dell'Area specialistica integrata, attivando le appropriate misure di compensazione fra le Strutture operative specialistiche afferenti all'Area.
3	L'assegnazione del posto letto non è gestibile all'interno dell'Area specialistica integrata cui afferisce la Struttura operativa specialistica di presa in carico, ma richiede appropriate misure di compensazione fra Aree Specialistiche Integrate differenti.

L'AMMISSIONE

La Struttura di Pronto Soccorso, dopo aver valutato il caso ed il problema attivo del paziente, accerta la necessità della ospedalizzazione, definendo la struttura operativa specialistica di ricovero più appropriata alla gestione del problema clinico attivo e prescrive il ricovero.

*Ammissione in
Emergenza*

Il medico di Pronto Soccorso attiva la Unità di Bed Management, presente nella struttura nelle ore diurne (dalle 8 alle 20); quest'ultima individua la disponibilità del posto letto nell'ambito della Struttura operativa specialistica oppure presso l'Area Specialistica Integrata, e provvede alla assegnazione del posto letto. Nelle ore notturne la comunicazione del ricovero e della struttura di presa in carico viene fatta al Medico di Guardia Interdivisionale, che assegna il posto letto, in conformità alle procedure di gestione del Bed Management.

L'ammissione in ricovero programmato avviene su criteri predefiniti da parte della Struttura operativa specialistica che ha preso in carico il paziente, dopo averne valutato il problema attivo e individuato il setting assistenziale più appropriato.

*Ammissione in
Elezione*

I pazienti che necessitano di ricovero programmato sono inseriti in una lista di attesa per singola Struttura operativa, determinata in base a criteri espliciti, preferibilmente per classi di priorità.

L'attivazione del ricovero programmato e l'assegnazione del posto letto relativo viene effettuata dalla Unità di Bed Management, in base alla disponibilità dei posti letto nell'ambito della Struttura operativa specialistica o, in casi eccezionali, in quello dell'Area Specialistica integrata.

Nel processo del Bed Management una fase particolarmente significativa è la presa in carico del paziente con il problema clinico attivo da parte della Struttura operativa specialistica. La presa in carico è antecedente al ricovero in caso di am-

Presa in carico

missione del paziente in elezione, mentre è conseguente al ricovero prescritto dalla struttura di Pronto Soccorso in caso di ammissione in emergenza.

Con la presa in carico la Struttura Operativa specialistica si fa carico del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per tutta la durata della degenza, fino alla dimissione o al trasferimento in altro setting assistenziale.

ASSEGNAZIONE DEL POSTO LETTO

Azioni propedeutiche

La gestione operativa dell'assegnazione del posto letto deve essere preceduta dalla propedeutica definizione della mappa aziendale sulla disponibilità di:

- posti letto ospedalieri disponibili nell'ambito dei Presidi Ospedalieri aziendali;
- posti letto ospedalieri per singole Unità Operative;
- posti letto ospedalieri per Aree specialistiche integrate;
- posti letto disponibili in Lungodegenza;
- posti letto assistiti/protetti disponibili in RSA e Case di Riposo.

La gestione operativa si basa sulle seguenti azioni:

- ricognizione puntuale del numero di posti letto liberi all'interno delle Strutture operative specialistiche e Aree specialistiche integrate;
- ricognizione puntuale del numero di pazienti immediatamente dimissibili;
- ricognizione puntuale del numero di pazienti dimissibili nelle 24 ore successive;
- ricognizione puntuale del numero di posti letto disponibili per l'ammissione in emergenza durante le ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8);
- stima dei posti letto disponibili per i ricoveri programmati;
- stima dei posti letto ricavabili dalla sospensione dei ricoveri programmati;

- monitoraggio giornaliero della durata del ricovero sul singolo posto letto;
- confronto della durata con quella prevista dai piani diagnostico-terapeuticoassistenziali per quella tipologia di problema clinico;
- segnalazione alla Direzione Sanitaria del Presidio dei casi che hanno superato il valore soglia per la durata prevista.

Le attività per la gestione operativa sono correlate al livello di allerta così come definiti precedentemente.

Gestione operativa

L'Unità di Bed Management assegna il posto letto nell'ambito della Struttura operativa specialistica di presa in carico, come da protocollo.

Livello di allerta 1

L'Unità di Bed Management assegna il posto letto nell'ambito dell'Area Specialistica integrata cui afferisce la Struttura Operativa specialistica, segnala il livello di allerta al responsabile della linea organizzativa, medica e infermieristica, della Struttura operativa specialistica, al fine di facilitare la disponibilità del posto letto, agendo sui pazienti dimissibili e sui ricoveri programmati, e alla Direzione Sanitaria del Presidio.

Livello di allerta 2

L'Unità di Bed Management assegna il posto letto nell'ambito dell'Area Specialistica integrata che al momento dispone di posti letto liberi, preferibilmente rispettando le affinità delle discipline, segnala il livello di allerta al responsabile della linea organizzativa, medica e infermieristica, della Struttura organizzativa specialistica, al fine di facilitare la disponibilità del posto letto, agendo sui pazienti dimissibili e sui ricoveri programmati, e alla Direzione Sanitaria del Presidio. In questo livello di allerta può essere necessario rendere disponibili posti letto provvedendo al trasferimento di pazienti presso altre strutture di degenza dell'Azienda.

Livello di allerta 3

Durata della degenza L'Unità di Bed Management ha il compito di monitorare la durata della degenza e di segnalare ai responsabili della struttura operativa specialistica e alla Direzione Sanitaria del presidio il raggiungimento di eventuali valori-soglia. Ha, inoltre, il compito di favorire, nell'ambito della Struttura Operativa, le azioni efficaci alla riduzione dei ritardi diagnostici e dei ritardi per il trattamento, e la implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le patologie più frequenti che sono trattate nella struttura.

Dimissione Al fine di favorire il flusso dei pazienti in uscita l'Unità di Bed Management ha il compito di monitorare le procedure della dimissione e di implementare i processi della dimissione protetta e della continuità assistenziale.

RUOLI E RESPONSABILITÀ

Si definiscono di seguito il ruolo e le responsabilità delle varie articolazioni aziendali in ordine alla gestione processo di Bed Management.

Unità di Bed Management Ruolo, funzioni e responsabilità della Unità di Bed Management sono descritti nei paragrafi precedenti, ai quali si rimanda.

Direzione Sanitaria Ospedaliera La Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri Aziendali:

- partecipa al processo di Bed Management;
- riceve le segnalazioni dalla Unità di Bed Management relative alle diverse fasi del processo;
- favorisce l'efficienza e l'efficacia del processo riducendo la variabilità comportamentale professionale nella gestione del processo, relativamente alle fasi di ammissione, durata della degenza e dimissione.

La Direzione del Servizio Aziendale delle Professioni:

- favorisce i processi di integrazione e di coordinamento intra ed interprofessionale;
- partecipa alla definizione ed alla implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;
- implementa modelli assistenziali innovativi finalizzati alla efficacia del processo di gestione del Bed Management.

Direzione del Servizio delle Professioni

La Unità Operativa di Pronto Soccorso:

- valuta il paziente e lo invia al setting assistenziale più appropriato;
- definisce con i responsabili delle Strutture operative interessate percorsi condivisi per l'invio nell'area di degenza più appropriata;
- adotta modelli organizzativi coerenti con la gestione del processo di Bed Management.

U.O. Pronto Soccorso

Il Direttore delle Strutture operative specialistiche di degenza:

- facilita l'efficacia e l'efficienza del processo di Bed Management;
- definisce e implementa percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali finalizzati alla appropriatezza della durata di degenza;
- definisce e implementa procedure operative con la U.O. di Pronto Soccorso per l'ammissione al ricovero, la presa in carico e l'assegnazione del posto letto;
- definisce e adotta procedure per la dimissione;
- definisce e implementa percorsi di integrazione con altre strutture operative specialistiche all'interno dell'Area funzionale specialistica di afferenza e di altre Aree funzionali specialistiche.

U.O. Ospedaliera

Le Unità Operative di degenza dei Presidi Ospedalieri Distrettuali definiscono e implementano con le Strutture operative specialistiche e le Aree specialistiche integrate dei Presidi ospedalieri per acuti i percorsi per il trasferimento di pazienti

Unità Operative dei Presidi Ospedalieri Distrettuali

stabilizzati presso i setting assistenziali di competenza.

GLI STRUMENTI PER LA GESTIONE:

L'ELECTRONIC BOARD (IL "CRUSCOTTO")

Ai fini di una gestione del processo di Bed Management efficiente ed efficace l'Unità dedicata deve disporre in tempo reale dei dati relativi a:

- quanti sono i posti letto totali del Presidio Ospedaliero e dove sono allocati (Area Medica, Area Chirurgica);
- quanti sono i posti letto disponibili e dove sono allocati, definiti per intervalli temporali;
- il numero delle ammissioni in elezione, programmate e in atto, distinte per intervalli temporali;
- il numero delle ammissioni in emergenza, prevedibili o in atto, distinte per intervalli temporali;
- la durata prevista della degenza per ogni paziente;
- il numero delle dimissioni previste, distinto per intervalli temporali.

I dati utili per il Bed Management, da usare non per la gestione immediata ma quali indicatori del processo, sono quelli relativi alla lista di attesa per il ricovero programmato, alla lista di attività operatoria programmata, al numero delle procedure chirurgiche annullate, alla tipologia di ricovero (ordinario, Day Hospital), ai dati delle ammissioni e delle dimissioni aggregati per ora del giorno e per giorno della settimana. Per la gestione operativa di tutte le fasi del processo di Bed Management viene utilizzato un sistema di supporto informatico che consente a personale autorizzato l'accesso a dati archiviati nel sistema di gestione della documentazione clinica integrata aziendale (SIREP) necessari per la gestione di tutte le fasi del processo. Questo sistema ("cruscotto"), implementato con i dati provenienti dal SIREP, è finalizzato al processo di Bed Management e viene gestito dalla Unità di Bed Management.

Mediante il “cruscotto” è possibile avere in tempo reale i dati relativi a:

- la mappa dei posti letto: situazione di occupazione dei posti letto a livello di presidio ospedaliero, per Struttura operativa specialistica e per Area funzionale integrata. Il dettaglio della mappa mostra per ogni unità operativa, i letti occupati, i letti liberi, i letti occupati da altre unità operative e i letti occupati da propri pazienti in altre unità operative. Inoltre, per i letti occupati è possibile visualizzare le informazioni principali del ricovero (numero di cartella, data e reparto di ricovero, diagnosi di accettazione con codice ICD9- CM, tipo di ricovero, anagrafica del paziente, numero della stanza e del posto letto occupato, eventuale unità operativa di presa in carico del paziente);
- la mappa della durata della degenza, con esplicitazione dei valori-soglia predefiniti per i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e con possibilità di segnali di allerta dei valori-soglia raggiunti o superati;
- la mappa della dimissione, con visualizzazione del numero pazienti immediatamente dimissibili o dimissibili nelle 24 ore;
- la mappa dell'ammissione per i ricoveri programmati, con possibilità di gestione della lista di attesa e del numero di ricoveri programmati da attivare in base alla disponibilità attuale del posto letto;
- la lista di attesa per il ricovero programmato, sia di tipo medico che di tipo chirurgico, in cui sono definite per ogni paziente l'anagrafica, la diagnosi codificata ICD9-CM, le priorità e i tempi massimi relativi, con possibilità di allerta del sistema in caso di superamento di questi ultimi.

Scelte Sagge per un'Organizzazione Centrata sul Paziente

Andrea Gardini
Slow Medicine

NEL MARZO 2001 l'Institute of Medicine pubblica (1) un libro molto adatto al nuovo millennio: *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century* (Saltare il fosso della qualità: un nuovo sistema per la salute del 21° secolo), nel quale si indicano 5 sfide obbligatorie per riprogettare i sistemi sanitari: riordinare i processi assistenziali, usare bene le tecnologie informative, gestire la conoscenza e le competenze, sviluppare gruppi di lavoro efficaci, coordinare le cure attorno al paziente. Afferma che le cure dovevano puntare su 6 obiettivi generali: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività, efficienza, equità.

Il 5 febbraio del 2002 l'ABIM Foundation, l'ACP-ASIM Foundation e la Federazione Europea di Medicina Interna pubblicano contemporaneamente sugli *Annals of Internal Medicine* e sul *Lancet* un documento comune intitolato *Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter*. Fra i redattori e firmatari il professor Alberto Maliani, dell'Università di Milano (2).

Tre i principi esposti:

- il principio della centralità del benessere dei pazienti;
- il principio dell'autonomia dei pazienti;
- il principio della giustizia sociale.

Fra gli impegni cui la Carta chiama i medici uno appare rilevante ai fini di questo contributo: *l'impegno ad un'equa distribuzione delle risorse limitate*. “La responsabilità professionale del medico verso un'appropriata allocazione delle risorse consiste nell'evitare scrupolosamente test e procedure superflue, poiché la fornitura di servizi non necessari non solo espone i propri pazienti a danni e spese evitabili, ma riduce anche le risorse a disposizione degli altri”.

Nel 2009 a Basilea il Congresso Mondiale dei Medici di Medicina Generale riuniti nel WONCA fa proprio il concetto di “Prevenzione Quaternaria”, la prevenzione cioè degli interventi medici non necessari. Fra gli estensori di questo documento due medici di Medicina Generale italiani, Giorgio Visentin e Donatella Sghedoni (3).

Nel 2009 John Ovreteit pubblica un documento importante commissionato per lo Health Fund inglese: *Does Improving Quality Save Money* (4), in cui dimostra che operare con buona qualità (progettare processi di cura con il paziente al centro, prevenire gli eventi avversi, favorire partecipazione dei professionisti e dei cittadini al disegno dei sistemi sanitari) non solo migliora lo stato di salute dei pazienti ma anche riduce di molto gli sprechi e quindi i costi.

Nel dicembre 2009 Howard Brody, dell'Institute of Medical Humanities dell'Università del Texas scrive sul *New England Journal of Medicine* un articolo intitolato “Medicine's ethical responsibility for health care reform: the top five list” in cui propone che ogni società scientifica discuta le 5 pratiche di propria competenza specifica ad alta probabilità di inappropriatezza, delle quali, al momento della prescrizione, discutere con i pazienti.

“Less is More” Subito di seguito un articolo sugli *Archives of Internal medicine*, di Deborah Grady, direttrice del Clinical & Translational Science Institute, intitolato “Less is More” (6) punta l’interesse sui guasti della medicina quantitativa e sulla possibilità concreta che fare di più non significhi fare meglio.

La nascita di Slow Medicine

Nel 2010 la Società Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria nel proprio congresso nazionale a Grado, sulla base di un documento programmatico proposto dal presidente e sottoscritto da 20 soci (7) approva l’avvio della costituzione di un movimento che si riferisce ai contributi precedenti di letteratura e nello specifico a Slow Food. *Slow Medicine*, viene fondata nel gennaio del 2011, con il contributo di Siquas e dell’Istituto Change, con un manifesto contenente tre parole chiave: per una cura sobria, rispettosa e giusta (8).

Nel 2012 l’Abim Foundation, assieme a *Consumer reports*, promuove l’iniziativa Choosing Wisely per coinvolgere quante più società medico scientifiche americane nella scelta delle 5 pratiche ad alta probabilità di inappropriately sulle quali promuovere un colloquio con i pazienti (9).

Subito dopo inizia Slow Medicine che promuove, assieme alla Fnomceo, alla Federazione dei Collegi Ipasvi, *Altroconsumo*, Partecipasalute del Mario Negri, Slow Food e altri partners il progetto “Fare di più non significa fare meglio”, con l’obiettivo di prevenire l’errore medico consistente nel fare più del necessario, o anche meno del necessario e di coinvolgere i pazienti nelle scelte che possono avere una bassa probabilità di essere appropriate (8).

Nel maggio 2016 si tiene a Roma il seminario internazionale di Choosing Wisely International, che vede la partecipazione di rappresentanti di 17 Paesi e l’osservazione dell’OECD e del Karolinska Institute, essendo diventato un fenomeno rilevante a livello internazionale (8).

Sempre più appare evidente che un'organizzazione sanitaria pubblica o privata che sopravvive sulla base del pagamento delle prestazioni o delle rette è portata a privilegiare la quantità delle prestazioni piuttosto che la qualità o gli esiti, ed a incoraggiare, con i suoi comportamenti, l'inflazione medica.

Il sistema di remunerazione delle organizzazioni sanitarie, per poter centrare con efficacia i suoi obiettivi sui bisogni delle persone, secondo alcune voci autorevoli, come quella della fondazione "Allineare sanità e salute" (10), dovrebbe modificare le proprie modalità di finanziamento, privilegiando la qualità (centralità dei bisogni dei pazienti e loro partecipazione alla progettazione dei percorsi trasversali di prevenzione- cura - riabilitazione, cure basate sulle prove di efficacia, in loro assenza ricerca e sperimentazione indipendente) al posto della quantità, che genera inappropriatelyzza, maggior rischio per i pazienti, maggiori contenziosi, sprechi, rischio di frodi, appesantimento burocratico inaccettabile, inflazione di prestazioni spesso anche inutili o dannose al solo scopo di profitto.

Per fare questo l'organizzazione tradizionale del lavoro, derivante da una teoria meccanicista di 100 anni fa che è stata utile a sviluppare l'industria manifatturiera ma che ha contribuito pure a creare la sciagurata corsa dell'uomo verso la distruzione della biosfera non può essere applicata al sistema sanitario, costituito da professionisti dotati di autonomia, responsabilità e libertà (11, 12). Il cambio di paradigma necessario vede cambiare un obiettivo: curare la salute delle persone e del pianeta e non solo le malattie, progettare i processi di prevenzione cura e riabilitazione a livello di singoli e di comunità, misurare i risultati in termini di guarigione e di miglioramento, subordinando gli obiettivi economici a quelli di salute.

È quindi necessaria una modifica del paradigma organizzativo... passare da un'organizzazione piramidale, fondata su

processi di potere verticali e lineari ad una organizzazione sistemica a rete, basata su processi trasversali orientati alle persone, alle comunità ed ai loro problemi di salute, concordata con gli attori, compresi i pazienti e le persone a loro più vicine, previsti nei percorsi stessi con ruoli, responsabilità, competenze e abilità di volta in volta definiti e concordati.

*Un sistema
organizzativo per
le persone e le
comunità*

Un sistema organizzativo per le cure alla salute adatto alla complessità della cura delle persone e delle comunità:

- riproduce se stesso senza modificarsi strutturalmente, ma nello stesso tempo deve la propria sopravvivenza all'apporto di risorse e conoscenza che provengono dal proprio contesto, con cui l'organizzazione dei professionisti per la salute continuamente si correla;
- deve la propria efficacia alla capacità di elaborare di continuo nuove strategie di cura, adattate alle sempre nuove conoscenze ed ai sempre nuovi bisogni delle persone e delle comunità trattate. Queste proprietà emergenti vanno favorite attraverso la ricerca diffusa ed alla medicina traslazionale. È quindi sbagliato tagliare le risorse per la conoscenza dei sistemi sanitari. Per battere la crisi è invece necessario aumentarle investendo in conoscenza.

È chiaro e conseguente a tutto ciò che lo stile di management migliore per gestire organizzazioni complesse non è quello che mette l'organizzazione al proprio servizio, ma è quello che si mette, con eleganza e ascolto, al servizio dell'organizzazione, perché l'organizzazione sanitaria è prima di tutto una organizzazione morale che trae dall'etica la sua fonte primaria e non può essere piegata a limitate logiche economiche, che, è sotto gli occhi di tutti, hanno fallito nel loro intento di tenere sotto il solo controllo economico e dei comportamenti dei professionisti la meravigliosa complessità dei sistemi interrelati per la salute.

Bibliografia

1. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* the National Academy of Sciences, 2001
2. <http://abimfoundation.org/what-we-do/medical-professionalism-and-the-physiciancharter/physician-charter>
3. http://www.primarycare.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2010/2010-18/2010-18-368-ELPS_ital.pdf
4. http://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingQualitySaveMoney_Evidence.pdf
5. Howard Brody, M.D., Ph.D Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List. *N Engl J Med* 2010; 362:283-285 January 28, 2010 DOI: 10.1056/NEJMp0911423
6. Deborah Grady, MD, MPH; Rita F. Redberg, MD, MSc Less Is More: How Less Health Care Can Result in Better Health. Editorial | May 10, 2010 *Arch Intern Med.* 2010;170(9): 749-750. doi:10.1001/archinternmed.2010.90.
7. Andrea Gardini: Il primo manifesto per una Slow Medicine, novembre 2009. in Bert G., Gardini A. Quadrino S, *Slow Medicine*. Sperling&Kupfer, 2014
- 8) www.slowmedicine.it
- 9) <http://www.choosingwisely.org>
- 10) <http://fondazioneallinearesanitaesaalute.org>
- 11) Gareth MOrgan. *Le Metafore dell'Organizzazione*. Franco Angeli. Nuova edizione aggiornata 2002)
- 12) Henry Mintzberg. Managing the myths of health care organisation https://aoc.mcgill.ca/channels/sites/mcgill.ca/channels/files/channels/attach/managing_the_myths_of_health_care.pdf

La Responsabilità Sociale dell'Azienda Ospedaliera

Fabrizio Russo

economista esperto di Etica applicata ai sistemi sanitari

*Introduzione: la
responsabilità nelle
diverse cornici
filosofiche*

IL CONCETTO DI RESPONSABILITÀ è stato oggetto di diverse analisi filosofiche (per un approfondimento si veda Miano 2010). Senza avere la pretesa di fornire un quadro esaustivo, si ritiene utile segnalare alcune delle principali posizioni: Max Weber guarda alla responsabilità come la disposizione a tenere conto delle conseguenze e degli effetti “prevedibili” di una decisione. Più recentemente, Hans Jonas, sostituisce l’aggettivo “prevedibili” con “possibili”. Jonas, antesignano del concetto di sostenibilità, afferma: “Agisci in modo che le conseguenze delle tue azioni non distruggano la possibilità futura di tale vita” (Jonas, 1990).

La responsabilità nasce dalla paura del futuro, dalla consapevolezza per i pericoli intrinseci della tecnologia. L’“euristica della paura” porta a scoprire anche le conseguenze possibili del proprio agire. Un nuovo imperativo categorico emerge, dunque, nell’ambito del concetto di responsabilità, riferito non tanto e non solo alla persona presente *hinc et nunc* ma

anche alle generazioni future. Si è fatto riferimento all'imperativo categorico e ciò chiama in gioco il teorico dell'etica deontologica, Emmanuel Kant, che tanta parte ha nell'etica delle organizzazioni, a distanza di due secoli, influenzando la teoria normativa degli stakeholders (Freeman R. Edward, Phillips Robert A., 2002). Kant afferma: "Agisci in modo da trattare l'umanità, tanto nella tua persona quanto nella persona di ogni altro, sempre nello stesso tempo come un fine, e mai unicamente come un mezzo". L'etica del dovere kantiano si contrappone ad una certa visione utilitarista, secondo la quale: "Il supremo principio dell'etica è accrescere al massimo la felicità [della maggior parte degli individui], in modo che nel bilancio complessivo il piacere superi il dolore. Secondo Bentham, è giusto fare tutto quel che può accrescere al massimo l'utilità; e per utilità il filosofo intende qualunque cosa riesca a produrre piacere o felicità e qualunque cosa eviti il dolore o la sofferenza[...]" (Sandel 2010, p.44); in ambito economico infine, M. Friedman, premio Nobel per l'economia, ci informa che l'unica responsabilità dell'azienda è massimizzare il profitto, per una categoria di *stakeholders*, gli *shareholders*, gli azionisti i proprietari (Friedman, 1970), sollevando una serie di critiche che daranno il via alla teoria degli stakeholders, secondo diverse cornici etiche (Freeman, Evan, Argandoña...).

“La sanità riceve dalla società un mandato preciso: curare l'uomo malato. Il processo di aziendalizzazione che ultimamente ha caratterizzato il settore sanitario, è una grande opportunità per rispondere a tale mandato in modo efficace e appropriato. Tuttavia il ricorso allo strumento aziendale presuppone un solido approfondimento della ragion d'essere di tale settore [...]. Da tale mandato discende, una responsabilità dei diversi soggetti (manager, medici infermieri, amministrativi) nei confronti della società che consiste nel realizzare, attraverso il loro contributo,

*Un mandato
fiduciario*

il fine istituzionale dell'azienda stessa. Se è evidente che il soggetto titolare di una responsabilità è sempre la persona capace di agire, parlare di responsabilità sociale di un'azienda e, nel nostro caso, di un'azienda ospedaliera ha senso solo se si ricorre ad una analogia, assimilando l'azienda ad un agente morale che ha una responsabilità verso la società.” (Russo, 2014).

Attraverso lo strumento organizzativo, l'azienda ospedaliera può usare le sue risorse in modo efficiente ed appropriato per soddisfare i bisogni di salute della comunità che serve. Per realizzare questo fine, l'ospedale, in quanto azienda, ha la responsabilità di governare i suoi processi gestionali in modo da sopravvivere nel lungo periodo e ciò al fine di soddisfare bisogni, come insegna la dottrina economico aziendale italiana (Gino Zappa, 1956 in Costa and Ramus, 2011), bisogni di salute. L'azienda ospedaliera, infatti, attraverso un'appropriata struttura organizzativa, coordina gli sforzi di professionisti dai diversi saperi multidisciplinari per il conseguimento di un fine comune, di un bene comune, qual è appunto la soddisfazione dei bisogni di salute. Complesse procedure amministrative e finanziarie, costosi investimenti in tecnologie, la qualità del lavoro dei suoi operatori, bisogni formativi sempre più vasti, crescente attenzione ai bisogni e ai diritti dei pazienti e all'impatto ambientale, queste alcune delle dimensioni sulle quali l'azienda sanitaria è oggi chiamata a vivere la sua responsabilità sociale, assicurando elevata qualità di cura, alta complessità, costi bassi, appropriatezza clinica e organizzativa con il ricorso agli appropriati setting assistenziali.

In particolare, se non si vuole banalizzare l'uso dello strumento organizzativo in sanità, a parere di chi scrive, occorre che l'azienda sanitaria promuova al suo interno un'attento processo introspettivo, finalizzato alla comprensione ed esplicitazione della sua ragion d'essere, del suo posizionamento rispetto al bacino epidemiologico di riferimento; in estrema sintesi, la

prima responsabilità sociale di un'azienda sanitaria è consolidare il significato più profondo della sua identità organizzativa, attraverso un coinvolgimento fattivo di tutti i suoi stakeholders ed in particolare di quelli interni, i dipendenti, teso ad esprimere cosa è l'azienda ospedaliera per il territorio di riferimento.

Questo processo non è per nulla scontato: una ricerca che si sta conducendo all'interno di un'azienda sanitaria, dimostra che su 200 dipendenti coinvolti, solo il 10% è a conoscenza della mission della propria azienda; gli altri hanno una conoscenza vaga, della funzione generale di un servizio sanitario ma non conoscono le caratteristiche specifiche delle mission della propria azienda, i tratti distintivi che la distinguono da altri provider. Investire nella conoscenza della mission ed in generale dell'identità dell'azienda sanitaria consente di creare un asset intangibile che però è capace di generare un forte senso di appartenenza. Una crisi aziendale si trasforma in crisi etica “quando è in gioco non solo ciò che abbiamo fatto male, ma addirittura ciò che siamo” (Argandoña 2.X.2015) e ancora “Una ricerca condotta da Fiaso – sottolinea il presidente, Francesco Ripa di Meana – dimostra che, soprattutto in tempo di crisi, assume valore strategico (...) la capacità del management di generare un forte senso di appartenenza aziendale (...)” (*Sole 24 ore sanità*, 7.5.2015).

Accanto alla mission va approfondito anche tutto il sistema valoriale che fonda il *modus operandi* dell'azienda, quel codice di comportamento non scritto che è però una bussola alla quale gli operatori possono aggrapparsi quando si è di fronte a momenti di scelte difficili.

Cos'è l'azienda sanitaria per il territorio, qual è l'aspettativa di tutti coloro che hanno un interesse legittimo verso l'azienda? Mappare questa aspettativa è una ulteriore dimensione

*Identità
organizzativa*

Gli stakeholders

di responsabilità sociale dell'azienda: conoscere chi siano i propri stakeholders e quali aspettative abbiano nei confronti dell'azienda sanitaria è un'operazione che in qualche modo completa il processo di definizione dell'identità organizzativa. Gli stakeholder spesso hanno un pre-giudizio nei confronti dell'azienda, una valutazione a volte temeraria ma anche definitiva sulla capacità dell'azienda ospedaliera di soddisfare le loro aspettative.

Compito dell'azienda è superare le aspettative dei portatori di interessi legittimi. Andare oltre, sorprendere il suo interlocutore privilegiato, lo stakeholder appunto; quell'”andare oltre” così diffuso nella terminologia della responsabilità sociale, da essere assunto a paradigma e significato più autentico della cosiddetta *Corporate Social Responsibility*.

Evidentemente, la responsabilità sociale dell'azienda ospedaliera verso i suoi stakeholders si manifesterà in attività concrete, come: gli investimenti in formazione verso i suoi operatori, perché abbiano le conoscenze più aggiornate possibili ed in particolare verso i medici, perché possano costruire una relazione terapeutica che tenga conto di varie dimensioni (outcomes, costi, livello socio-culturale del paziente...), valutando i dati delle *best evidence* disponibili ed attualizzandoli nelle scelte e nell'esercizio delle responsabilità professionali, operando alla luce dei dati desunti da una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo dall'esperienza ed opinione personale; la definizione partecipata delle strategie di tutela della salute, con un coinvolgimento ampio alla comunità di riferimento; l'adozione di procedure che tutelino la privacy degli operatori e dei pazienti; politiche ambientali e di efficienza energetica, ecc.

Il ruolo delle unità operative di Programmazione e Controllo di Gestione

Per completare il processo di responsabilità sociale, è necessario che l'azienda sanitaria si doti di un idoneo processo di ren-

dicontazione delle sue performance; che la struttura organizzativa preveda al suo interno una unità operativa capace di confrontare dati economici, di attività e di struttura e li possa rappresentare in modo da dare conto del modo in cui l'azienda ha realizzato il suo impatto verso gli stakeholders interni ed esterni ed in particolare verso il paziente. In effetti, il dare conto mette in gioco anche la coerenza tra ciò che l'azienda dice di essere (la sua mission) e ciò che l'azienda è stata per i pazienti, i dipendenti, i fornitori, le altre aziende ecc. Rendicontare le sue performance è, pertanto, per l'azienda un'altra dimensione della sua responsabilità sociale: dare conto di come si sono utilizzate le risorse per realizzare la mission dell'organizzazione è qualcosa di profondamente etico, che ha a che fare con un'etica del dare conto, di più con un'etica del lavoro ben fatto!

Ciò implica una capacità organizzativa non banale, adeguata ad integrare informazione di natura eterogenea (costi e ricavi, setting assistenziale, stile relazionale, utilizzo dei posti letto ecc.). Il sistema di programmazione e controllo in questo ambito svolge un ruolo fondamentale. Il controllo di gestione non può e non deve gestire il suo ruolo in modo ragionieristico ma deve fornire al management informazioni di varia natura che consentano all'azienda di comprendere se essa sta realizzando la sua mission in modo:

- appropriato;
- efficiente;
- efficace.

Il continuo monitoraggio che un ufficio di controllo di gestione può assicurare in raccordo con la direzione sanitaria deve fondarsi su una continua collaborazione tra organi di staff ed unità organizzative assistenziali, dalla quale scaturisce la possibilità di correggere comportamenti organizzativi errati e dispendiosi.

L'attenta disamina dell'attività assistenziale, lo studio dei ca-

se-mix di reparto con l'individuazione dei costi variabili per tipologia di prestazione e la definizione del profilo di cura, attraverso l'intervista realizzata con il medico, i feedback che possono derivare da un sistema di controllo direzionale capace di fornire informazioni integrate, eterogenee, e confrontabili nel tempo, sono elementi che possono favorire e promuovere la dimensione della cooperazione, dell'autonomia e in definitiva della responsabilità.

Occorre, però, sottolineare una dimensione ulteriore che va tenuta sotto controllo e rendicontata da parte di un'azienda ospedaliera che è quella che fa riferimento all'efficacia; con la possibilità che deriva dai tanti sistemi informativi messi a disposizione dagli osservatori epidemiologici regionali e dal programma nazionale esiti, oggi, qualsiasi ufficio di programmazione e controllo è in grado di realizzare delle analisi di benchmarking, capaci di evidenziare qual è il *best performer* per una data patologia oppure con riferimento ad un dato indicatore (appropriatezza clinica, complessità, indice chirurgico, rischio di inappropriatazza...). Questo è un dato particolarmente utile, frutto della condivisione, della cooperazione, che consente all'azienda di uscire da una certa autoreferenzialità e di confrontarsi con altri provider simili per dimensione o funzione istituzionale (policlinici, presidi ospedalieri, aziende ospedaliere...). Il benchmarking è uno strumento che, utilizzato adeguatamente, può spingere l'azienda verso comportamenti virtuosi, dove per una volta virtù non è sinonimo di economicità ma di efficacia e di eccellenza. Il dare conto della propria attività, attraverso il controllo di gestione o altre unità organizzative di *staff o di line*, è una importante responsabilità sociale che deve spingere al miglioramento continuo, all'insegna di un'etica del lavoro ben fatto, e all'atteggiamento di lasciarsi valutare dagli stakeholders di riferimento.

In questo quadro appare utile al fine di dare conto del modo in cui l'azienda ospedaliera ha vissuto la sua responsabilità sociale, ricorrere a strumenti di rendicontazione sociale come appunto il bilancio sociale (si veda Hinna, 2004) uno strumento idoneo a:

- costruire e diffondere una comune identità organizzativa con l'aiuto degli stakeholders interni ed esterni;
- facilitare la circolarità delle informazioni all'interno e all'esterno in merito alla pianificazione strategica dell'azienda dei prossimi anni e alle funzioni organizzative presenti in azienda;
- costruire una mappatura completa e sintetica degli stakeholders dell'organizzazione;
- rendicontare le attività svolte verso pazienti, risorse umane, utenti, fornitori....;
- conoscere il modo in cui l'azienda ha utilizzato le risorse economiche e finanziarie a livello aziendale e per centro di costo;
- rappresentare un appropriato strumento di comunicazione istituzionale capace di superare alcune asimmetrie informative, specie in un ambito sanitario, tra azienda e stakeholders.

In sintesi, uno strumento capace di realizzare un confronto tra idee e fatti: le idee che l'azienda ha immaginato sul proprio futuro, impegnandosi a realizzarle con i propri stakeholders (il patto con gli stakeholders) e i fatti, ossia le attività effettivamente realizzate e più o meno coerenti con queste idee, assolvendo in un certo senso anche a strumento di controllo direzionale. Un confronto da effettuare tra dimensioni previsionali e consuntive, accomunate da un denominatore comune, l'assetto valoriale, il *modus operandi* dell'azienda che dovrebbe integrare e costituire la filigrana di tutti i comportamenti aziendali. Ricordando la lezione di alcuni autori :
“The organisation must be judged morally purely by the way

in which it pursues those goals” (Wilmot 2000).

Occorre avviare una poderosa azione formativa in business ethics e in responsabilità sociale, affinché gli operatori aziendali possano acquisire dimestichezza con questi temi e si possa superare in tal modo una certa visione economicista che da troppi anni imperversa nel nostro sistema sanitario. L’atto sanitario, per non rimanere prigioniero di una valutazione utilitaristica o kantiana, richiede un fondamento su un’etica robusta, che sappia superare i limiti delle precedenti, la massimizzazione del profitto come unico o principale obiettivo o un’arida lista di doveri dettati da linee guida e protocolli, e che favorisca la cooperazione.

Radice etica della proposta

L’etica alla quale si vuole fare riferimento è l’etica del bene comune¹, un’etica che porta a riconoscere i limiti dei saperi disciplinari e che pertanto spinge a ricercare la collaborazione di differenti soggetti, nella convinzione che l’atto sanitario è un atto integrato che si realizza attraverso il contributo di tanti soggetti, incluso il contributo dell’amministrativo che registra fatture, che hanno come fine comune la soddisfazione dei bisogni di salute e nel realizzare tale contributo il singolo soggetto cerca di svolgerlo nel modo migliore possibile, realizzando simultaneamente due obiettivi: il miglioramento delle condizioni di salute del paziente ed il proprio miglioramento umano e professionale, nella logica aristotelica dell’etica delle virtù, attraverso la ripetizione di atti che realizzati nel modo migliore possibile porta a perfezionare non solo gli atti stessi ma anche il loro autore, divenendo così un bravo medico, infermiere, amministrativo ecc.

Un’organizzazione ospedaliera che desidera essere socialmente responsabile deve favorire, pertanto, che ciascuno stakeholder

1 Il bene comune è “l’insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono ai gruppi, come ai singoli membri, di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più speditamente” (Tommaso D’Aquino (De Reg., 1. I, c. 15, n. 817).

interno o esterno realizzi la propria parte nel modo migliore possibile (Borgonovi 2005), come un buon direttore d'orchestra che svolge il suo ruolo, armonizzando e valorizzando il contributo di ciascuno orchestrale; di conseguenza, l'azienda curerà la formazione dei suoi dipendenti, l'uso efficiente delle risorse, la riduzione delle esternalità negative e il suo impatto sociale e ambientale. Questo sforzo a fare la propria parte nel modo migliore possibile è ciò che definiamo etica del lavoro ben fatto, un ambito, per così dire, applicato dell'etica del bene comune, un'etica che spinge ad un continuo miglioramento personale, ad andare oltre, prevedendo gli effetti prevedibili e possibili di un dato comportamento, in modo tale da superare le aspettative dei nostri stakeholders e superando la logica della contrapposizione tra i portatori di interesse legittimi, in vista della realizzazione del nostro bene comune ossia il soddisfacimento dei bisogni di salute.

Bibliografia

- Argandoña A. The Stakeholders Theory and the Common Good, *Journal of Business Ethics* 17: 1093-1102, 1998
- Borgonovi E., La responsabilità sociale in sanità, *Mecosan*, 2005, n. 56: 3-9
- Costa E., Ramus T. (2011), "The Italian 'Economia Aziendale' and Catholic Social Teaching: How to Apply the Common Good Principle at the Managerial Level", *Journal of Business Ethics*, 106(1), pp. 103-116. <http://dx.doi.org/10.1007/s10551-011-1056-x>
- Freeman R. Edward, Phillips Robert A. *Stakeholder Theory: A Libertarian Defense* (pp. 331- 349) vol. 12, n 3, Jul. 2002
- Friedman M The social responsibility of business is to increase its profits. *New York Times Magazine* 1970;Sept. 1:122-26.
- Hinna L. *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche* ed. Franco Angeli 2004
- Jonas H. *Il principio di responsabilità un'etica per la civiltà tecnologica*

Einaudi 1990

- Russo F. *La responsabilità sociale dell'azienda ospedaliera verso il paziente* (Volume 11 di
- Quaderni di ricerca economico-aziendale. Teoria e casi) Aracne, 2014
- Sandel M. *Il nostro bene comune*, Feltrinelli 2010
- Weber Max Scritti Politici Donzelli, 1998
- Wilmot S. (2000) Corporate moral responsibility in healthcare Medicine, *Healthcare and Philosophy* 3: 139–146, 2000.

Documento di sintesi per la discussione in Comitato Centrale

*A cura del Gruppo di Studio Fnomceo
su Organizzazione dei sistemi sanitari*

IL COMITATO CENTRALE DELLA FNOMCEO, in occasione della Conferenza Nazionale della Professione Medica, prevista a Rimini nelle giornate del 19-21 maggio, ha dato mandato al Centro Studi di affrontare il tema dell'Organizzazione dei Sistemi Sanitari, al fine di predisporre un documento aggiornato da porre all'attenzione della professione per ulteriori approfondimenti.

Il bisogno di un approfondimento dei processi verso una posizione comune della professione in tema di organizzazione dei sistemi sanitari nasce dall'evidente situazione di difficoltà organizzative in cui versano i sistemi sanitari italiani.

Queste si manifestano con vari fenomeni che ne mettono in discussione la credibilità:

- i fenomeni corruttivi;
- i tempi d'attesa;
- l'aumento del contenzioso legale fra pazienti e medici;

*Le criticità
nell'organizzazione
sanitaria*

- l'eccesso di burocrazia amministrativa non compensato dalle promesse mancate dell'informatica, che sta ulteriormente appesantendo il lavoro dei medici togliendo tempo alla relazione di cura, che è soprattutto un rapporto di comunicazione e di scambio fra persone, medici e pazienti, per un progetto diagnostico terapeutico da condividere e da rinnovare ad ogni occasione nel corso di un episodio di malattia;
- i rapporti molto variabili con i vertici manageriali delle aziende sanitarie e con la politica;
- le rivendicazioni delle altre professioni sanitarie, per certi versi in contrapposizione al ruolo del medico;
- i tagli economici lineari che riducono i margini di flessibilità del sistema provocando penalizzazioni improprie;
- le tecniche di programmazione e controllo come la negoziazione del budget ed il controllo di gestione che raramente sono utilizzate per sviluppare e far crescere l'organizzazione sanitaria ma al solo scopo di controllo formale dei costi e di adempimento normativo;
- gli strumenti per la legittimazione e la valorizzazione delle prestazioni nel sistema sanitario pubblico, (come i Livelli Essenziali di Assistenza, i DRG, le tariffe delle prestazioni ambulatoriali, i meccanismi di accreditamento istituzionale e i conseguenti contratti di fornitura), fanno dipendere le entrate economiche delle organizzazioni sanitarie dalla complessità e dalla capacità di "produrre" prestazioni, e dalla capacità di conquistare sempre nuovi spazi di mercato (ad esempio le rette per i ricoveri in strutture sanitarie protette). Le entrate economiche in sanità dovrebbero piuttosto dipendere dall'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici, dagli esiti degli interventi clinici ed organizzativi e dall'adeguatezza delle organizzazioni sanitarie ai bisogni dei cittadini del loro territorio. La filosofia organizzativa e i conseguenti strumenti amministrativi vigenti nelle or-

ganizzazioni sanitarie che operano in Italia determinano una corsa alla quantità delle prestazioni con tendenze inflattive, che richiedono efficienza. La corsa alla produzione di prestazioni sanitarie in grande quantità, perché remunerative, non può contemporaneamente assumersi la responsabilità della qualità delle cure e di alcune sue componenti, essenziali per il successo del sistema, come l'efficacia clinica, l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, la sicurezza e la soddisfazione dei pazienti e degli operatori, la partecipazione dei cittadini al loro progetto di prevenzione, cura e riabilitazione;

- di conseguenza la tendenza alla certificazione di qualità viene effettuata più con obiettivi di immagine, di marketing, di efficienza e di riordino che per obiettivi di miglioramento misurabile dei servizi per le persone e degli esiti degli interventi di cura. La certificazione di qualità tende a mettere in ordine l'esistente frenando le innovazioni, che, non essendo note, non sono certificabili;
- le pressioni del mercato hanno reso meno chiaro il rapporto fra le scelte cliniche dei medici, le fonti delle informazioni da cui sono ispirate, le richieste dei pazienti e la loro induzione influenzata dalla pubblicità, palese o occulta, dei media;
- Internet ha determinato una rivoluzione simile a quella portata da Gutenberg con l'invenzione della stampa...il sapere medico è oggi alla portata quasi di tutti, così come i contenuti della Bibbia lo sono stati a quel tempo...;
- l'informatica promette di sostituirsi al medico come capacità di riassumere, personalizzandoli, i dati per il singolo paziente e formulare diagnosi e terapie "personalizzate" e basate sui big data, che dal medico non sono direttamente controllabili, rischiando lo stesso medico di diventare solo un esecutore o un mediatore con il paziente, di decisioni prese dalla macchina. Una posizione difficilmente accettabile.

*Una nuova sfida
per il medico*

Il medico, sia che operi come singolo professionista, sia che operi in équipe, si trova ad affrontare una sfida nuova, la sfida della costruzione di un rapporto di fiducia con i pazienti in un contesto complesso, che è cambiato enormemente negli ultimi tre decenni.

La combinazione fra le innovazioni delle conoscenze, le spinte del mercato e delle tecnologie e gli aspetti normativi, amministrativi e gestionali delle attività sanitarie ha contribuito a deviare le organizzazioni sanitarie dagli obiettivi di salute della popolazione e dei pazienti, fissati dalla Legge 833 del 1978 per l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, tuttora in vigore. Da più di un ventennio queste spinte hanno portato le organizzazioni sanitarie su obiettivi di aziendalizzazione che quasi mai si sono adattati agli obiettivi di salute, ma hanno ritenuto più importante sviluppare strumenti di programmazione e controllo e stili di gestione utilizzati per il comparto industriale, con adattamenti marginali. Purtroppo o per fortuna la sanità non è solo un luogo di produzione (ad esempio di esami radiologici o di laboratorio), ma è un *sistema etico* complesso di prevenzione, cura e riabilitazione, e come tale non governabile, per definizione, con strumenti lineari di gestione ma con quelli della complessità.

Sia che partiamo, quindi, dal pensiero della bioetica, e dell'evoluzione della deontologia medica, sia che partiamo dal pensiero dei sistemi complessi appare evidente che il sistema sanitario, appunto, un "sistema", non ha caratteristiche tali da poter essere gestito come fosse un comparto produttivo industriale. Se si prova a farlo, come ad esempio succede in Italia, emergono problemi apparentemente non risolvibili, quelli in parte elencati sopra, che, trattati goffamente nel modo classico, lineare, generano ulteriori problemi.

C'è bisogno di un nuovo modo di pensare la tutela della salute delle persone di una comunità. Anche i comparti produttivi industriali di stampo meccanicista, pensati per essere

gestiti con una cultura gestionale lineare, proprio in seguito alla crisi economica, energetica, ecologica, etica si scoprono inadeguati a sostenere il peso della concorrenza se non adottano modelli organizzativi che affrontano con decisione, curiosità e umiltà i temi della complessità modificando profondamente la propria filosofia produttiva. Anche per l'organizzazione dei sistemi sanitari può essere giunta l'ora di un cambio di paradigma, riportando il diritto della persona all'interno del sistema organizzativo per la tutela della sua salute.

Il sistema sanitario sempre di più appare, negli studi organizzativi più moderni, come una rete di sistemi interconnessi, costituiti da un lavoro prevalentemente di tipo "artigianale". In questo lavoro l'oggetto della cura è l'essere umano ammalato dotato di diritti e di doveri, un essere unico appartenente ad una specie unica fra le tante nella biosfera e il soggetto che cura è un altro essere umano dotato di valori, competenze. Si tratta di un sistema interconnesso aperto.

L'organizzazione sanitaria non è solo una fabbrica di prestazioni. È un luogo complesso della comunità in cui le relazioni fra le persone contano molto ai fini della cura e si avvalgono delle tecnologie per migliorare sia le relazioni stesse che la cura.

Questa visione più avanzata, innovativa, nasce proprio dall'attuale prevalenza del punto di vista industriale e dalla constatazione dei suoi effetti collaterali proprio negli stili di gestione manageriale della sanità, che stanno generando una visione critica del modo attuale di considerare l'organizzazione sanitaria e conseguentemente gestirla.

L'organizzazione che i medici, assieme agli altri professionisti della salute, mettono insieme quando operano in autonomia in una comunità, per farsi carico dei suoi problemi di salute ha molte caratteristiche paragonabili a quelle di un essere vi-

*Caratteristiche
dell'organizzazione
sanitaria*

vente, come descritto dai ricercatori più attenti allo studio degli esseri viventi.

- È costituita da un insieme di saperi, competenze ed abilità che vengono messi al servizio della presa in carico dei problemi di salute, l'organizzazione sanitaria è un'organizzazione cognitiva che si presenta in continuo equilibrio con il proprio contesto,
- È costituita da una struttura di sostegno, fatta da persone, edifici, tecnologie, che produce al suo interno processi tecnici, assistenziali, sociali ed amministrativi a sostegno del raggiungimento degli obiettivi di salute, negoziati, paziente per paziente, con e fra i professionisti interessati per formulare contratti terapeutici dinamici, perché adattabili alla situazione che via via si ripropone negli esseri umani in salute e malattia. Tale organizzazione si avvale delle risorse che vengono messe a disposizione del contesto e produce i trattamenti ragionevolmente appropriati ed efficaci più adatti ai problemi da risolvere.
- È un'organizzazione che per essere utile e sopravvivere ha bisogno di relazionarsi con altre organizzazioni nel proprio contesto: *l'organizzazione sanitaria è un'organizzazione interconnessa.*

In questo momento, tende a prevalere, nell'interpretazione dei fenomeni che avvengono al interno delle organizzazioni sanitarie, un solo sapere, quello economico che è una visione, vista la complessità delle organizzazioni sanitarie, estremamente limitata e sicuramente fuorviante per quanto riguarda le decisioni da assumere quando si presenti un apparente problema. Non bisogna guardare solo ai risultati economici ma bisogna avere un occhio ben attento ai risultati clinici che sono il vero motore dell'essere medico e che nascono da una corretta diagnosi e terapia patrimonio della professione. L'interdisciplinarietà nell'affrontare i problemi delle organiz-

zazioni sanitarie è diventata obbligatoria e non può che coinvolgere tutti i saperi che si interconnettono al loro interno ed al loro esterno. L'interdisciplinarietà richiede una revisione dei saperi attraverso una formulazione della formazione.

È ulteriormente evidente che i governanti che allocano risorse, i managers che gestiscono queste risorse, i medici che utilizzano queste risorse a favore dei cittadini o dei pazienti per attività di prevenzione cura e riabilitazione, i cittadini stessi, faticano a mettersi al passo con queste nuove conoscenze e ad adattare di conseguenza i loro comportamenti.

In qualche modo gli unici che sono abituati ad affrontare le difficoltà dell'interdisciplinarietà sono proprio i medici, avendo scelto di affrontare le condizioni della salute della popolazione da diverse attività specialistiche ed essendo indotti naturalmente a confrontarsi fra loro e con altre professioni, per risolvere i problemi dei pazienti che a loro si rivolgono ma sempre guidate ai codici deontologici, dall'attenzione al paziente ed alla comunità, dalle loro competenze specifiche rinnovate di continuo dall'obbligo di aggiornamento.

Il focus è sul paziente e non solo sulla malattia con la proposta di recupero e qualificazione di risorse per l'assistenza intensiva a pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative e con forte necessità di continuità assistenziale non disgiunta da una maggiore efficienza operativa e gestionale.

La struttura sanitaria è un luogo morale, perché luogo in cui si svolgono attività umane con il fine etico della tutela della salute della persona. È un sistema "aperto" perché vi operano persone con ruoli e compiti professionali "ad intra" e "ad extra" nel quale vengono utilizzati e/o trasformati *beni in entrata* (inputs) costituiti da risorse umane, beni materiali ed immateriali per la *produzione di risultati di salute* (beni/outcomes) attraverso l'erogazione di servizi (outputs).

Conclusioni Riteniamo ai fini di un miglioramento dei processi che si debba favorire la realizzazione di una rete di cura in cui l'ospedale e il territorio siano centrati sulle necessità del paziente che facilita il lavoro per processi ad alta integrazione multidisciplinare differenziando le responsabilità cliniche, gestionali e logistiche; un'opportunità da non perdere per superare le criticità del sistema, per costruire una reale continuità ospedale territorio, tale da permettere di rispondere in modo appropriato con spazi organizzativi, competenze, tecnologie, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale.

Il modello proposto possiede importanti soluzioni di qualità, perché è inserito e partecipa in un progetto di cura quale processo unitario centrato sulla sua persona (percorsi integrati), quale processo clinico (dalla prima diagnosi al follow-up) multidisciplinare, quale processo assistenziale (nursing modulare) omogeneo per livello di assistenza è favorito nel suo esito di salute dall'integrazione di tutti i processi "accessori" intorno al processo principale. Un'organizzazione etica delle organizzazioni sanitarie dovrebbe poter ripartire da questi nuovi presupposti scientifici, formativi culturali e deontologici.

GRUPPO DI STUDIO FNOMCEO

ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI

Componenti:

Maurizio Benato

Piero Cappelletti

Andrea Gardini

Franco Lavallo

Roberto Monaco

Sintesi dei lavori della sessione

Guido Quici

vicepresidente vicario Cimo

LA PROFONDA E CONTINUA EVOLUZIONE della organizzazione ospedaliera, attraverso le proprie risorse professionali, strutturali e finanziarie, unitamente ad un diverso concetto di ospedale che pone al centro i bisogni di salute della persona, necessita di certezze e le certezze non possono che derivare dalla implementazione di modelli organizzativi che assicurino un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale assegnando, ai professionisti della salute, analoghe certezze dei ruoli e delle responsabilità.

Occorre, tuttavia, ridefinire una nuova mission ed una nuova vision. L'ospedale moderno deve essere la struttura di riferimento per la diagnosi e cura dei casi acuti e complessi; deve, cioè garantire la continuità delle cure nell'ambito di una forte integrazione con i servizi territoriali attraverso un processo assistenziale che vede l'ospedale quale anello di congiunzione tra la prevenzione e la continuità delle cure post acuzie. Al tempo stesso, per le patologie complesse e di alta specialità,

*Quici:
introduzione
ai lavori*

l'integrazione tra l'attività ospedaliera per pazienti acuti e subacuti e l'attività territoriale deve essere realizzata attraverso l'articolazione delle reti per patologia con particolare riguardo alle patologie tempo-dipendenti il cui nuovo modello organizzativo assistenziale deve prevedere un contestuale sviluppo del servizio di emergenza territoriale, tecnologicamente avanzato ed in grado di affrontare le emergenze e garantire la reale continuità dell'assistenza anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118. Nell'ottica della centralità del paziente, l'ospedale deve assicurare un'assistenza personalizzata con percorsi integrati multiprofessionali e multidisciplinari attraverso l'appropriatezza delle prestazioni ed il corretto uso delle risorse. In particolare le risorse non devono più essere oggetto di tagli lineari ma commisurate alla reale complessità della struttura e delle patologie trattate ed agli esiti di salute. La medicina ospedaliera non può essere più ostaggio di budget virtuali ma occorre ridefinire il rapporto tra costi, variabilità clinica, esiti di salute e sicurezza del paziente.

L'ottimizzazione della rete ospedaliera con ammodernamento dei presidi, l'innovazione dei processi di cura con il supporto delle tecnologie sanitarie avanzate, l'umanizzazione, la qualità e la sicurezza delle cure devono rappresentare l'obiettivo primario di ogni struttura ospedaliera. Non è più tempo di ospedali piccoli ed insicuri come non è più tempo di medici che lavorano su più presidi ospedalieri distanti decine di chilometri tra loro. L'ospedale deve essere un luogo sicuro sia per i pazienti che per gli stessi operatori sanitari; ma, soprattutto, non è più rinviabile l'implementazione di un modello di organizzazione che rappresenti la sintesi delle attuali "best organization" di ciascuna regione.

La recente definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, basati sui bacini di utenza e sui volumi ed esiti ma rilevati sulle attuali assetti organizzativi, proba-

bilmente non è più sufficiente. Nell'ottica di una nuova mission e vision, il modello organizzativo ospedaliero deve prevedere, a valle, una organizzazione del lavoro che tenga conto dei percorsi integrati realizzati da professionisti con profili formativi diversi tra loro e tanto è sufficiente a chiarire, in modo definitivo, i ruoli e le responsabilità di ciascuno di essi. Un'assistenza personalizzata al paziente con percorsi integrati multiprofessionali e multidisciplinari richiede il superamento della vecchia gestione dei posti letto attraverso una nuova classificazione per intensità di cure e per intensità assistenziale a condizione, tuttavia, che siano definiti gli standard di fabbisogno del personale medico e sanitario non medico, che vi sia il superamento del comma 566 e che la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie sia attuata secondo i principi contenuti nell'art. 22 per Patto della Salute 2014-2016.

In altre parole, che si tratti di ospedali organizzati per intensità di cure o per agglomerati funzionali omogenei o per dipartimenti, emerge la consapevolezza di dover chiarire le “regole del gioco” che sono alla base delle dinamiche interne di ogni attività ospedaliera, “regole” che devono essere applicate in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale con particolare riferimento allo stato giuridico dei professionisti.

In questa ottica alla centralità del ruolo medico nella diagnosi, cura e riabilitazione del paziente deve corrispondere la responsabilità nella governance delle strutture. Ad una forte impronta professionale deve corrispondere la capacità nel saper governare tutti quei processi che sottendono alla organizzazione del lavoro, alla gestione delle risorse umane e strumentali, alla formazione del personale ed ai processi di valutazione. Da qui la necessità di implementare un nuovo percorso di carriera del medico, di natura sia gestionale che professionale, finalizzato a valorizzare la professione medica e la centralità del ruolo nella organizzazione dell'ospedale.

All'ospedale moderno si chiede, inoltre, appropriatezza ed

affidabilità, laddove necessario rinnovamento strutturale e tecnologico ma, soprattutto, maggior impegno nella ricerca scientifica ed un vero ammodernamento della formazione professionale che non può essere limitata al solo aggiornamento continuo ma deve essere estesa alla formazione sul campo, incluso il retraining ed il mantenimento delle competenze.

L'organizzazione ospedaliera ha bisogno di processi innovativi ed il medico italiano vuole essere protagonista del cambiamento.

*I contributi alla
discussione*

CARLO PALERMO, vicesegretario nazionale vicario Anaao Assomed, è poi intervenuto sul tema *Medicina ospedaliera tra controllo dei costi e variabilità clinica*, sviluppando un nodo problematico che dal 1995 si è trasformato in un vero “tormentone”.

ALESSANDRO VERGALLO, presidente nazionale Aaroi Emac, sviluppando una relazione su *Autonomia professionale e linee guida*, ha evidenziato il labile confine, molto spesso fonte di contenzioso medico-legale, tra le linee guida e l'autonomia professionale.

CARMINE GIGLI, presidente coordinatore Fesmed, ha portato un contributo di riflessione sulla *Carriera dei professionisti*, questione sulla quale è ben nota la posizione della Cimo e della Fesmed che parte dal presupposto che, oggi, vi sia un appiattimento della stessa, con livellamento verso il basso della professione. In sintesi: sviluppo di carriera gestionale e professionale non separate tra loro, dove la valorizzazione professionale è legata alla possibilità di affidare tutti gli strumenti di governo clinico ai medici e di esaltare le peculiarità delle singole branche specialistiche nella diagnostica e terapia. *Il fabbisogno del personale* è stato il tema sviluppato da Giuseppe Montante, vicesegretario nazionale Anaao Assomed. Il

suo intervento ha sottolineato la necessità di definire una volta per tutti il fabbisogno standard di personale, ma con alcuni chiarimenti preliminari: gli ospedali quale organizzazione intendono darsi? e, a cascata, quale organizzazione del lavoro? e, ancora, quale rapporto tra le professioni sanitarie (chi fa cosa)? e, infine, quale reale fabbisogno standard di personale?

PAOLO SARTORI, presidente Snr, ha infine analizzato Il ruolo delle Aree Cliniche dei servizi dei nuovi assetti organizzativi ospedalieri, affrontando il ruolo centrale dei servizi ospedalieri sia nella governance che nell'ambito dei nuovi assetti organizzativi, alla luce del costante sviluppo tecnologico: la capacità gestionale e tecnica insita nella cosiddetta HTA, quindi la valutazione economica (rapporto costi/benefici rispetto all'appropriatezza clinica) e l'assunzione di un ruolo fondamentale, non solo nella fase della diagnostica ma anche in quella terapeutica (vedi radiologia interventistica, radioterapia, ecc.).

Un'analisi di approfondimento è poi stata compiuta sulla riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Toscana. Questi i criteri fondamentali su cui si è lavorato:

ottimizzazione rete ospedaliera (*da 93 a 41 ospedali*);

- ammodernamento dei presidi (*funzionalità ed efficienza*);
- innovazione processi di cura (*appropriatezza prestazioni*);
- evoluzioni tecnologie sanitarie;
- sviluppo ICT (*sistemi informativi / informatici*);
- umanizzazione e qualità delle cure.

Più estesamente i concetti chiave del modello toscano sono riassunti in 5 punti.

1. All'ospedale moderno si chiede di mettere al centro la persona e le sue necessità, di garantire assistenza continua e personalizzata con percorsi integrati di tipo multiprofessionali e multidisciplinari, riferimenti sanitari certi e ap-

*La rete ospedaliera in
Toscana*

proprietà costante nell'uso delle risorse.

2. L'ospedale diventa il presidio di riferimento per i casi acuti più complessi, con una forte integrazione con i servizi territoriali in modo da assicurare la più completa continuità delle cure, dal territorio e verso il territorio (T-H-T).
3. A sostegno del cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale e del suo inserimento nella più ampia rete dei servizi sul territorio sono i nuovi progressi scientifici e tecnologici, l'evoluzione dell'assetto demografico e socio-culturale, l'innovazione dei processi di cura e la particolare attenzione verso l'umanizzazione dell'assistenza.
4. Per la realizzazione delle strutture edilizie ospedaliere, il sistema sanitario toscano si è avvalso del *Project Financing* come strumento innovativo di partenariato pubblico-privato: il costo complessivo di realizzazione ammonta a 419 milioni e 499 mila euro, dei quali 169 milioni messi dallo Stato, 56 milioni dalle Aziende sanitarie e 194 milioni dal concessionario.
5. *Tutti i nuovi presidi hanno caratteristiche simili dal punto di vista organizzativo e strutturale:* organizzati complessivamente nell'ottica dell'intensità di cura rispondono alle esigenze previste dal sistema sanitario di una struttura per acuti, compatta, flessibile, tecnologica, completamente informatizzata e innovativa.

*La
riorganizzazione
della rete
ospedaliera a
Modena*

Il processo di riorganizzazione si fonda su una migliore appropriatezza degli interventi, maggiore interdisciplinarietà dell'atto medico dato che professionisti di diverse discipline lavoreranno insieme in un'unica area, aumento delle occasioni d'informazione nei confronti del paziente e dei suoi famigliari grazie alla presenza di un soggetto di riferimento facilmente identificabile. Infatti il paziente, nell'ambito di una équipe predefinita, avrà un unico interlocutore medico ed un unico interlocutore infermieristico.

Per dare concreta applicazione al nuovo modello, nell'ospedale organizzato per intensità di cura sono previsti tre differenti livelli assistenziali: uno ad intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive (ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica, ecc...) collocato al primo piano; un secondo, ad intensità media, che comprende le degenze suddivise per aree funzionali (Area medica, chirurgica, materno-infantile ...) e infine uno a bassa intensità, dedicato ai pazienti post-acuti. I nuovi percorsi di ricovero saranno individuati partendo dalla valutazione di due parametri principali: l'instabilità clinica della persona assistita e il livello di bisogno assistenziale del paziente.

Giunge quindi a pieno compimento il percorso di avvicinamento avviato all'inizio del 2013 in coerenza con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna e della direzione dell'Azienda Usl di Modena che porterà al superamento di un'organizzazione strutturata in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura. Queste ultime saranno sostituite da aree omogenee, chiamate "piattaforme logistiche di ricovero", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale.

"Si tratta di un passaggio molto importante che andrà ad incidere positivamente sulla qualità della cura e sull'efficienza organizzativa. La parola chiave sarà l'integrazione. Potremo sviluppare ulteriormente il nostro lavoro che punta al miglioramento continuo dell'assistenza valorizzando i professionisti e le dotazioni tecnologiche delle quali disponiamo. Tutti insieme abbiamo lavorato per quasi due anni, per prepararci nel migliore dei modi a questa evoluzione. Il progetto è stato studiato, condiviso, verificato in tutti i suoi aspetti e grazie alla grande disponibilità e attenzione da parte di tutto il personale siamo pronti per rendere operativa la trasformazione" ha sottolineato il direttore generale dell'Ospedale di

Sassuolo, Bruno Zanaroli.

“L’Azienda Usl di Modena ha aderito alla sperimentazione promossa dalla Regione, al fine promuovere l’adozione in tutti i nostri ospedali del nuovo modello organizzativo, che offre notevoli vantaggi sia per i pazienti, cui viene garantito il livello di intensità assistenziale adeguato, che per assicurare un utilizzo virtuoso delle competenze professionali e delle attrezzature a disposizione. Interventi di questa natura sono già stati posti in essere a Pavullo ed a Mirandola e sono in fase di avvio a Baggiovara, ma non vi è dubbio che l’Ospedale di Sassuolo rappresenta la struttura all’interno della quale ad oggi il cambiamento sarà più significativo. Ho seguito con attenzione il lavoro preparatorio svolto sino ad ora e sono convinta che il risultato sarà più che soddisfacente. Allargando l’orizzonte al contesto provinciale, vorrei sottolineare che questi interventi determineranno positive ricadute sull’organizzazione più complessiva dei servizi sanitari che potranno così trovare un equilibrio ancora più soddisfacente tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali” ha evidenziato il direttore generale dell’Azienda Usl di Modena, Mariella Martini.

Sintesi dei lavori della sessione

Giacomo Caudo

presidente Omceo Messina

L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE, definita ancora validamente dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978, è parte fondamentale del Servizio sanitario nazionale, a costi sostenibili per la collettività, è il primo livello di accesso all'assistenza sanitaria ove ricevere la prima risposta ai bisogni di salute. Le cure primarie si caratterizzano per la prossimità, avvicinando l'assistenza ai luoghi dove le persone vivono, per l'estensività delle cure con la gestione dei processi assistenziali, per la promozione attiva della salute attraverso la cosiddetta medicina di iniziativa.

Le cure primarie rappresentano un sistema differente ma complementare al sistema ospedaliero che necessita di adeguata organizzazione ed investimento per dare efficace risposta ai mutati bisogni di salute in un contesto economico impoverito che può pregiudicare la sostenibilità economica del Servizio sanitario nazionale.

In particolare i mutati bisogni di salute sono rappresentati:

- dal progressivo invecchiamento della popolazione con conseguente aumento di necessità sanitarie;
- dall'incremento delle malattie croniche sostenuto dall'invecchiamento ma soprattutto da stili di vita poco salubri sui quali si deve intervenire con maggiore determinazione;
- dall'aumento delle pluripatologie che necessitano di interventi complessi e multi professionali,
- dalle disabilità da gestire con prestazioni socio-sanitarie.

*Approccio olistico e
continuità delle cure*

Tali bisogni sono tutti caratterizzati dalla necessità di un approccio olistico e dalla continuità delle cure che sono peculiarità proprie delle cure primarie. Inoltre, la diminuzione delle risorse economiche rende obbligatorio l'investimento su una medicina di iniziativa e prossimità per un trattamento capace di ridurre la morbilità.

Infatti, se i determinanti di salute di un Paese sono essenzialmente rappresentati dal benessere economico e dalla qualità del servizio sanitario nazionale, a parità di risorse i Paesi che hanno investito nelle cure primarie hanno un'aspettativa di vita superiore.

Le risposte che oggi le cure primarie devono dare non possono più essere soddisfatte dal modello organizzativo attuale basato su una gestione ancora troppo "solitaria", che non riguarda solo la Medicina Generale, ma si deve transitare su nuovi assetti, previsti e in parte descritti dal cosiddetto Decreto Balduzzi.

La Medicina Generale ha dimostrato di possedere le potenzialità necessarie come attestano le varie forme associative già realizzate, che dimostrano che non esistono remore per il superamento dell'attività esclusivamente "personale", e l'interesse manifestato verso le nuove tecnologie e l'adozione di sistemi informativi che sono fondamentali per un'ottimale gestione della cronicità, della disabilità e del governo clinico.

La riorganizzazione delle Cure Primarie deve perseguire i seguenti obiettivi:

- la centralità del cittadino e dell'assistito (prefigurando modelli organizzativi non rigidi ma che tengano conto delle diversità territoriali);
- favorire l'accessibilità al sistema di cure (prevedendo, di norma, un punto di accesso facilmente percorribile che è rappresentato dal medico di medicina generale e dal Pediatra di libera scelta);
- mantenimento e rafforzamento del rapporto fiduciario medico-paziente, l'unico capace di rappresentare al contempo le esigenze di salute del paziente e del sistema;
- garantire i livelli di assistenza essenziali e la continuità delle cure attraverso la realizzazione di nuovi modelli organizzativi che prevedano le figure sanitarie necessarie;
- favorire la prossimità delle cure, non solo geografica, realizzabile attraverso la capillarità sul territorio ma anche economica, culturale e comunicativa;
- favorire la risoluzione dei problemi minori con accesso diretto che può realizzarsi con risorse limitate.

Per la realizzazione di tali obiettivi la Medicina Generale supera il modello solista, che rimarrebbe come eccezione, per passare al lavoro di squadra attraverso team mono e multi-professionali anche se deve essere garantita adeguata flessibilità per poter rispondere a specifici bisogni individuali o a bisogni territoriali necessari al raggiungimento di specifici obiettivi di salute.

A tal fine devono essere definite le caratteristiche delle AFT, delle UCCP, dei sistemi informativi e dei modelli operativi della medicina di iniziativa.

L'aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), dimensionata con flessibilità che tiene conto delle caratteristiche orogeografiche, è costituita da medici di Medicina Generale, continuità assistenziale e medicina dei servizi o da medici di fa-

miglia a ruolo unico, quando sarà istituito, capace di assistere una popolazione di circa 30.000 cittadini. Garantisce assistenza nel periodo di maggior bisogno ovvero dalle ore 8.00 alle ore 24.00. Infatti, dati epidemiologici come accessi ai Pronto Soccorso o ai presidi di Continuità Assistenziale evidenziano che le richieste si concentrano in detto periodo di tempo. Tali forme aggregative permettono una più efficace continuità assistenziale, la possibilità di affiancare alla medicina di attesa la più produttiva medicina di iniziativa, la condivisione di obiettivi, il governo clinico, l'appropriatezza.

Le UCCP rappresentano una aggregazione multiprofessionale che può strutturarsi in strutture fisiche composte da medici di medicina generale e da altro personale sanitario ed amministrativo, capace di gestire domande di salute che richiedono risposte complesse. Sono strettamente collegate con le AFT e si avvalgono di PDTA condivisi elaborando piani assistenziali personalizzati.

La riorganizzazione si deve avvalere di sistemi informativi integrati con la realizzazione di una rete clinica che permetta una condivisione dei dati anche attraverso un cloud dedicato nel rispetto della riservatezza garantita per i cittadini.

I lavori dell'Osservatorio Fnomceo della Professione Medica ed Odontoiatrica al femminile

Maria Erminia Bottiglieri

coordinatrice dell'Osservatorio Fnomceo della Professione Medica ed Odontoiatrica al femminile

DA GENNAIO 2016 la presidente Fnomceo Roberta Chersevani e il Comitato Centrale hanno nominato le nuove componenti dell'Osservatorio della Professione Medica ed Odontoiatrica al femminile.

La riunione di insediamento si è svolta a febbraio 2016 ed in quella occasione il gruppo ha già affrontato varie tematiche ed ha iniziato a programmare le attività.

Tutte le presenti hanno concordato su due aspetti: il ruolo del gruppo non deve e non può essere solo di "osservare", ma deve poter realizzare concretamente progetti che vadano ad incidere sulla condizione delle donne; ci deve essere ampia collaborazione con altri gruppi ma, soprattutto, dobbiamo "aprirci" al confronto con gli uomini e non ghetizzarci in gruppi "chiusi" perché continuare a lavorare "separatamente" su problemi che spesso sono comuni non è utile a nessuno. Si è deciso all'unanimità di porre pochi ma precisi obiettivi

*Il primo incontro
del nuovo
Osservatorio*

da poter realizzare partendo da ciò che era stato iniziato in precedenza, ma non ancora concluso. A tale proposito le colleghe, già presenti nei precedenti Osservatori, hanno relazionato sulle attività svolte: Annamaria Calcagni ha illustrato le indagini effettuate sulle condizioni di lavoro delle giovani professioniste; Anna Rita Frullini ha illustrato un report su tutti i progetti iniziati nel corso del triennio in cui lei era coordinatrice dell'Osservatorio ed ha anche proposto di allargare il gruppo ai giovani medici.

Monica Costantini ha proposto un argomento "trasversale" quale quello della sicurezza nei luoghi di lavoro ed a tale proposito Ornella Cappelli si è impegnata a portare i risultati di un'indagine già effettuata.

Sandra Morano e Carolina Ciacci hanno proposto di delineare un modello da portare all'attenzione degli Ordini per un diverso modo di fare medicina: "una medicina che si cura con la testa della donna".

Anna Maria Ferrari è intervenuta sul problema della violenza di genere e, in relazione alla legge 208/2015, si è riproposta di effettuare un'indagine per verificare dove sia stato attuato il "Codice Rosa" nel Pronto Soccorso.

*In vista di
Rimini 2016*

La riunione di aprile 2016 dell'Osservatorio è stata imperniata prevalentemente sull'organizzazione del congresso di Rimini e si è deciso di illustrare, in quella sede, i progetti in itinere. Annamaria Calcagni parlerà della "Tutela della genitorialità: la proposta Enpam", sottolineando che l'Enpam ha già dato l'assenso alle richieste ma il MEF non ha risposto in maniera positiva; Rosalba Ristagno affronterà il problema della violenza di genere con la relazione "La Fnomceo di fronte al Codice Rosa". A tale proposito, in qualità di coordinatrice ho proposto, e la proposta è stata accettata, di elaborare un documento da inviare a tutte le Regioni e, per il loro tramite, a tutti i Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed AORN per in-

formarli della legge e farla applicare lì dove non è stato fatto. Ciò perché, anche se siamo in attesa del censimento sui vari PS che Anna Maria Ferrari sta effettuando, purtroppo ancora molte regioni non conoscono la legge.

Sandra Morano relazionerà su “La Professione medica al femminile” illustrando il progetto che vorremmo realizzare presso gli Ordini; la relazione di Monica Costantini riguarderà “Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.

I vari argomenti trattati nel corso del Convegno saranno oggetto di successiva elaborazione affinché possano diventare atti concreti.

**OSSERVATORIO FNOMCEO
DELLA PROFESSIONE MEDICA
ED ODONTOIATRICA AL FEMMINILE**

(dal gennaio 2016)

Maria Erminia Bottiglieri, coordinatrice
Anna Maria Ferrari, rapporti con Comitato Centrale
Annamaria Calcagni
Ornella Cappelli
Carolina Ciacci
Monica Costantini
Caterina Ermio
Sandra Frojo
Annarita Frullini
Antonietta Monteduro
Sandra Morano
Maria Laura Ponti
Rosalba Ristagno
Sabrina Santaniello
Gabriella Tantarri

Sostenibilità di una medicina al femminile

Mariantonietta Monteduro

componente Osservatorio della professione medica e odontoiatrica al femminile

Per definizione l'Osservatorio è *un'Istituzione od organo cui è affidato il compito di rilevare e seguire il verificarsi di vari fenomeni, in particolare economici o sociali.*

Un ruolo non poco rilevante, considerate le criticità economiche, gestionali, organizzative, che caratterizzano in questo periodo il mondo sanitario e non solo.

L'Osservatorio della professione medica e odontoiatrica al femminile, gruppo coordinato da Maria Erminia Bottiglieri, si interessa di fenomeni che riguardano la condizione lavorativa della donna medico, proponendo dei correttivi che tendono a migliorarla.

Nell'ambito del workshop, l'Osservatorio ha illustrato le quattro tematiche su cui sta lavorando e che sono di interesse "trasversale", coinvolgendo anche la parte "maschile" della sanità e, più in generale, della società.

Tra gli argomenti trattati, il primo è stato quello della *Tutela della genitorialità* con la *Proposta Enpam*, frutto del lavoro di

una commissione di esperti coordinati da Annamaria Calcagni, componente dell'Osservatorio.

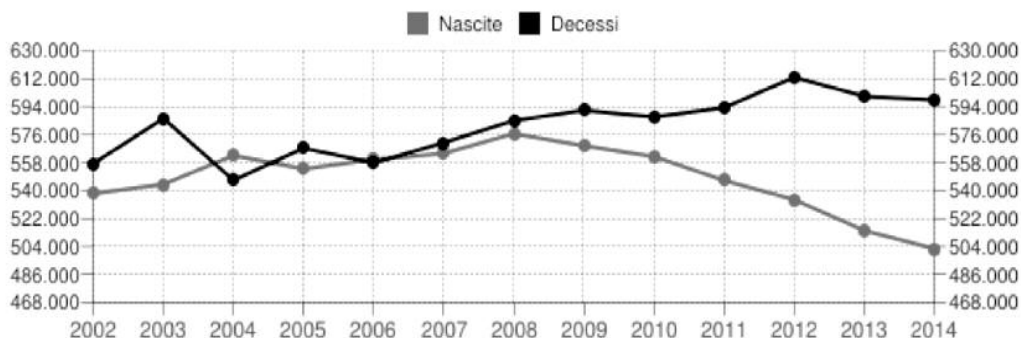
La proposta prevede:

- aumento indennità minima (+400 euro);
- indennità di gravidanza a rischio per libere professioniste;
- tutele equiparate per adozioni nazionali e internazionali;
- sussidi per baby sitting e nido;
- possibilità di colmare il buco contributivo.

La proposta è stata bocciata per motivazioni di carattere prevalentemente formale in quanto Alberto Olivetti, presidente della Fondazione Enpam, dichiara che “la Fondazione è privata ed è in grado di far fronte alla spesa che le misure proposte comporterebbero”, mentre la Ragioneria dello Stato considera l'Enpam “pubblica” dato che è inserita nell'elenco Istat della Pubblica amministrazione e, quindi, ogni spesa Enpam viene considerata in negativo al saldo del bilancio consolidativo dello Stato.

La genitorialità è uno dei punti critici determinanti la forza sociale ed economica di un paese; infatti tra le variabili che più influiscono sul futuro di una nazione primeggiano le dinamiche demografiche. In Italia dal 2009 ad oggi, in coincidenza con la crisi economica-finanziaria, si registra un crollo delle nascite (grafico 1).

GRAFICO 1



Movimento naturale della popolazione

ITALIA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Le donne, sebbene sia stato ormai superato il gap di genere nel campo dell'istruzione, rimandano la maternità aspettando di trovare spazi d'occupazione, di crescita professionale, di avere potere e ruoli decisionali. I dati relativi alla maternità per le donne medico ricalcano la tendenza nazionale sebbene le donne medico al disotto dei 35 anni già nel 2011 rappresentino più del 65% del totale dei medici (dato Ocse) e sono la maggioranza nella fascia di età dai 30 ai 39 anni (dato Enpam). Nel nostro paese, oltre al crollo delle nascite, è in aumento la popolazione di anziani ed è in calo anche il numero dei decessi. È necessario considerare l'esodo dei cittadini italiani che risulta negativo secondo l'Istat per 65mila unità. Si tratta di forze vitali dato che circa il 50% del totale appartiene alla fascia di età più giovane e produttiva della popolazione (20-40 anni), che rappresenta anche la quota maggiore di consumatori nella popolazione.

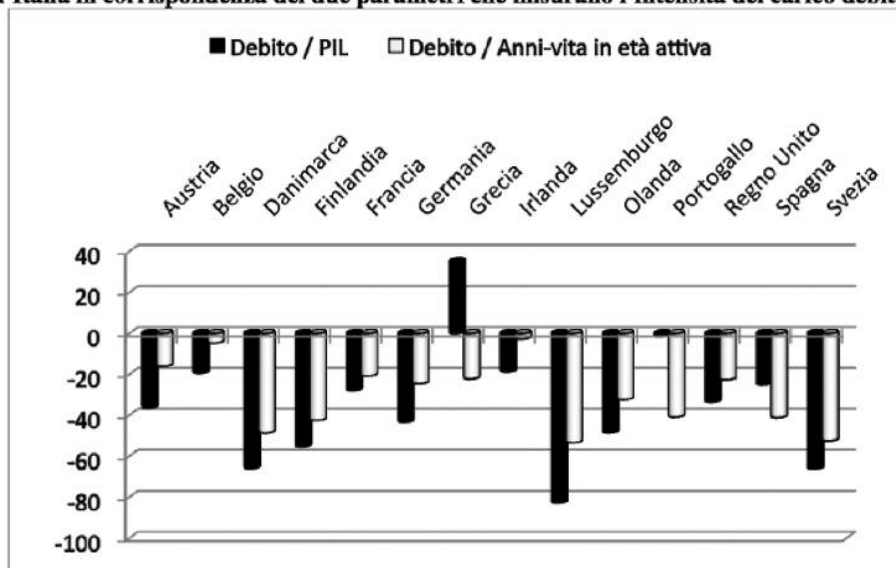
La genitorialità è un'opportunità di crescita per la professione e per la società.

A sostegno di ciò abbiamo voluto prendere in considerazione

lo studio di Gian Carlo Blangiardo, docente di demografia presso l'Università di Milano Bicocca, che introduce il concetto del "Pil demografico" (23 febbraio 2016 NEODEMOS.it). Questo parametro permette di calcolare in modo diverso l'abbattimento del debito pubblico, che risulta complementare al rapporto debito-Pil. Infatti, "Rapportando in un dato istante il debito di un popolo al suo corrispondente patrimonio di anni-vita spendibili in condizione di (potenziale) attività, si avrebbe modo di valutare l'entità del carico debitorio assunto da quel popolo anche sulla base di "quanti" e "chi" risultano essere – misurati in quello stesso istante – i sottoscrittori del debito stesso e, in ultima analisi, i garanti del suo futuro rimborso". Un contributo che per l'Italia, allo stato attuale, sarebbe comunque il più alto nell'Unione europea, maggiore anche di quello della Grecia (grafico 2).

GRAFICO 2

Differenza (in %) tra il dato che compete a ogni singolo paese di EU-15 e quello che spetta all'Italia in corrispondenza dei due parametri che misurano l'intensità del carico debitorio



Fonte: elaborazioni su dati UN 2015 e Eurostat (General Government consolidated gross debt, Anno 2014)

Da ciò si deduce l'assoluta *sostenibilità della proposta Enpam a tutela della genitorialità*, dato che è necessario *investire* sul vero motore portante della tenuta del sistema, le nuove generazioni.

La seconda relazione trattata da Rosalba Ristagno è stata *La Fnomceo di fronte al Codice Rosa*. Sono stati affrontati gli aspetti inerenti il Percorso di tutela delle vittime di violenza sessuale ed atti persecutori (stalking). La legge di stabilità 2016 (approvata con legge del 28 dic 2015 n. 285) ne prevede l'istituzione nelle aziende sanitarie ed ospedaliere. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge (entro il 29 febbraio.2016), sono definite a livello nazionale le linee guida volte a renderlo operativo. Il Codice Rosa è un codice virtuale di accesso al pronto soccorso, assegnato ai casi riconducibili a una violenza, anche se l'abuso non viene dichiarato. Prevede un percorso particolare di accoglienza, all'interno della "stanza rosa", un ambulatorio non identificabile dove la vittima riceve l'assistenza medica e psicologica, dove, se occorre, può parlare con un assistente sociale e rilasciare testimonianze alle forze dell'ordine, nel caso in cui decida di sporgere denuncia.

La collaborazione tra le Istituzioni, i centri antiviolenza e le associazioni di volontariato e solidarietà è fondamentale. L'Osservatorio ha in itinere l'elaborazione di un documento che la Fnomceo dovrà inviare alle Regioni per censire i PPSS che hanno attuato i percorsi di tutela per le vittime di violenza e per sollecitarne l'attuazione agli ospedali che ancora non si fossero adeguati.

Il terzo argomento, trattato da Sandra Morano, è stato *Per la formazione medica al femminile*. L'Osservatorio sottolinea l'assenza di un approccio *sessuato e di genere* nell'ambito degli insegnamenti oggi praticati. Alla base di una visione neutra

del sistema di cure è il concetto della “sameness as the norm”, cioè considerare l’individuo neutro per sesso e genere. Gli studi di Medicina tuttora prevedono un’immersione acritica ed asessuata nella Scienza. Si propongono insegnamenti neutri ad una platea che si considera neutra, senza mai farsi attraversare dalla curiosità di domande del tipo: esiste una declinazione “di genere” nell’insegnamento?

Le stesse donne, così pervase dal modello di neutralità, non riescono a riconoscere differenze e come si diceva in un recente convegno (*Donne in Medicina: una nuova sfida per la sanità del futuro, I Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed - Iniziativa Ospedaliera, 1/2013*) “nel rincorrere una improbabile parità, sono state perse di vista le contraddizioni e il malessere che deriva, per le donne, dall’essere formate, e poi lavorare, in un contesto maschile, con un pensiero ed un linguaggio estranei”.

Un futuro poco solidale sta preparando, non da oggi, sanità sempre meno sociali, per la contrazione delle risorse e una visione economicistica che ne impoverisce l’efficacia terapeutica e talvolta gli esiti. La progressiva perdita di autorevolezza dei medici, la distanza tra curanti e curati, e, non ultimo, la preponderanza del numero di donne che scelgono la professione medica, occhi e cuore di una differenza che può fare la differenza, sono fattori che esprimono la necessità di un cambio di passo nelle forme tradizionali del “fare Medicina”. Il cambiamento si può realizzare solo con una formazione integrativa-innovativa. L’obiettivo è la costruzione di un pensiero pedagogico di integrazione fra discipline ed orientamenti già presenti e che prepari le future generazioni di curanti all’esercizio e ad una nuova leadership “di genere”.

La Dott.ssa Monica Costantini ha relazionato su *Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Questi sono considerati eventi sentinella per situazioni a rischio e richiedono l’adozione di opportune misure di prevenzione e protezione

dei lavoratori, previste dalla raccomandazione n. 8 del 2007 del Ministero della Salute. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che circa il 50% del personale sanitario in un anno ha subito almeno un attacco fisico o verbale. I dati sono sottostimati, infatti solo il 20-30% di questi episodi viene denunciato. La mancata denuncia è dovuta in parte all’assenza di successivi adeguati provvedimenti ed in parte alla paura di perdere il posto di lavoro.

L’*International Journal of Occupational and Environmental Health* definisce le aree a rischio maggiore: quelle di emergenza-urgenza, le strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, le sale di attesa, la medicina e i servizi di continuità assistenziale.

Da un’indagine condotta nel 2013 dal Centro Studi NARSID emerge che l’incremento degli atti di violenza risulta principalmente correlato all’aumento dei pazienti con disturbi psichiatrici, al maggior consumo di sostanze alcoliche e stupefacenti, a limitazione delle fasce orarie per visita parenti, mancanza e/o riduzione di personale, a scarsa illuminazione e assenza di apparecchiature di videosorveglianza nelle aree adibite a parcheggio.

I dati Inail hanno evidenziato per le donne, nel 2013 rispetto al 2009, una riduzione degli infortuni sul lavoro in sanità del 13,7%. La quasi totalità degli infortuni avviene in occasione del lavoro e il 3,6% è rappresentato da aggressioni o molestie. Le vittime in circa il 50% dei casi sono donne dai 35 ai 49 anni.

Da uno studio socio-statistico del 2011, realizzato dall’Ordine dei medici di Roma, sulla condizione di oltre 15 mila “camici rosa” della Capitale, risulta che, per il dato *molestie*, il 46,4%

delle donne medico l'ha subita almeno una volta e il 5,1% molte volte. Le donne che più dichiarano tali episodi sono le giovani fino a 44 anni (12,5%) e le nubili (9,8%), le dipendenti di case di cura (16,7%), quelle appena laureate o in corso di specializzazione (15%) e quelle operanti in libera professione (19,2%). Nella fascia d'età oltre i 65 anni afferma di aver subito molestie il 75% del totale.

In Italia, attraverso un esplicito rimando all'interno dell'art. 28 del D.Lgs 81/08, ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza con particolare riguardo all'analisi dei luoghi di lavoro per individuare i fattori di rischio, all'attuazione di soluzioni di tipo logistico-organizzative o tecnologiche e l'addestramento e la formazione del personale.

Per prevenire, di fatto, questi episodi andrebbero garantiti ambienti di lavoro sereni, efficienti e personale sanitario adeguatamente formato anche alla gestione del delicato rapporto interpersonale col paziente il quale, sentendosi realmente preso in carico, possa gestire meglio lo stress emotivo e quindi non perdere il controllo.

Esiste una progressione nel comportamento violento: espressioni verbali aggressive, gesti violenti, minacce fino ad atti estremi di cui sono state vittime non poche colleghe; ricordiamo Paola Labriola, Rita Fossacesia, Maria Monteduro, Eleonora Cantamessa, donne medico "innamorate" di una professione che ha insito lo spirito di sacrificio e dedizione, indispensabili per un'arte che tuttora sappiamo di dover custodire!

La Fnomceo di fronte al Codice Rosa

Rosalba Ristagno

componente Osservatorio Fnomceo della Professione Medica
e Odontoiatrica al Femminile
consigliera Omceo Messina

L'istituzione del Codice Rosa

LA F^{NOM}C^{EO}, nell'ambito delle sue specifiche attribuzioni, nel considerare la violenza di genere una piaga sociale e soprattutto un problema di salute pubblica, un diritto alla salute negato, ad elevatissimi costi in termini di sofferenza ed economici, nel farsi portavoce per la difesa e il mantenimento della salute quale bene primario dell'uomo e diritto costituzionalmente protetto, intende aprire e mantenere un dialogo con a livello nazionale affinché presso tutti i Pronti Soccorso delle Aziende Ospedaliere venga attivato il Codice Rosa.

È stata approvata il 28 dicembre 2016 la legge di stabilità 2016 n. 285 che contiene le ultime novità in materia di contrasto alla violenza sulle donne ai commi 790 e 791 dell'unico articolo 1 della legge.

L'emendamento (comma 790), richiamandosi alle direttive del Parlamento Europeo e del Consiglio della convenzione di Istanbul e successiva ratifica con legge italiana n. 77 del

27 giu. 2013 e alle norme contenute nel decreto legge n. 93 del 14 ago. 2013 convertito con modificazioni in legge n. 119 del 15 ott. 2013, dispone l'istituzione di un "Percorso di tutela delle vittime di violenza" all'interno delle aziende sanitarie e ospedaliere "con finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti e atti persecutori (stalking)".

È previsto altresì (comma 791) che "con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con i Ministri della Giustizia, della Salute e dell'Interno, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, *tenuto conto delle esperienze già operative a livello locale*, entro sessanta giorni (ndr 29 febb. 2016) dalla entrata in vigore della presente legge, sono definite a livello nazionale le linee guida volte a rendere operativo il Percorso di tutela delle vittime di violenza di cui al comma 790..."

Il provvedimento è stato però oggetto di contestazioni e polemiche, alimentate dalla diffusione di notizie che hanno generato un allarmismo preoccupante. Argomento principale delle contestazioni è stata l'affermazione che il Codice Rosa obbliga le donne alla denuncia e che, a causa di ciò, le donne non si rivolgeranno più ai Pronti soccorso.

Molte associazioni, tra cui Donne in Rete contro la violenza (D.i.R.e), Udi, Casa Internazionale delle donne, Telefono Rosa, Pari e dispare, Fondazione Pangea e altre avevano lanciato un appello per scongiurare l'approvazione.

A questo punto diventa necessario chiarire. Il Codice Rosa cos'è?

Il Codice Rosa è un codice virtuale di accesso al Pronto Soccorso, assegnato ai casi riconducibili a una violenza anche se l'abuso non viene dichiarato. Prevede un percorso particolare

Cos'è il Codice Rosa?

di accoglienza all'interno di una "stanza rosa" virtuale, un ambulatorio non identificabile dove la vittima riceve l'assistenza medica e psicologica, dove se occorre, può parlare con un assistente sociale e rilasciare testimonianze alle forze dell'ordine, nel caso in cui decida di sporgere denuncia. Codice Rosa è una attività che avviene nella più ampia tutela della privacy e del "silenzio" delle vittime, e rispettosa della loro scelta sul tipo di percorso da seguire dopo le prime cure.

È un lavoro di squadra che prevede, la realizzazione di un protocollo inter istituzionale dove si costituisce la rete, una task force, in cui sanitari, forze dell'ordine, operatori sociali, esponenti di volontariato utilizzano le stesse procedure condivise anche se trattasi di istituzioni diverse per funzioni e competenze. In riferimento a quanto recita il succitato comma 791 circa le "esperienze già operative a livello locale" bisogna dire che è già operante in molte regioni italiane: il Codice Rosa, nato il 1 genn. 2010 presso l'ASL di Grosseto, con un incredibile effetto domino si è diffuso in tutto il territorio italiano. Ad oggi sono circa ventiquattro (ma l'elenco non è completo) le ASP che hanno aderito al protocollo Codice Rosa Bianca contro l'abuso sui più deboli, sottoscritto il 16 dic. 2014 tra l'ASP di Grosseto che fa da capofila e la Fiaso (Federazione Italiana di Asp e Ospedali) con l'impegno di esportare in tutte le Aziende Sanitarie il modello toscano.

Pertanto, visto che ad oggi non sono state ancora definite le linee guida nazionali, la Fnomceo ritiene necessario che venga effettuato un censimento dei Pronto Soccorso che con leggi locali hanno attuato i percorsi di tutela per le vittime di violenza ed al contempo ne vuole sollecitare l'attuazione agli ospedali che ancora non si sono adeguati.

È utile ricordare, altresì, la direttiva data dalla Ministra Beatrice Lorenzin con il *Manifesto per la Salute Femminile* del 22 apr. 2016, che al punto 7. Prevenzione, Individuazione e Contrasto della violenza sulle donne, indica la base su cui

costruire le iniziative dei prossimi cinque anni.

La collaborazione tra le istituzioni, i centri antiviolenza, e delle altre associazioni di volontariato e solidarietà è l'altro elemento fondamentale che caratterizza il Codice Rosa.

Sono tre le fasi fondamentali di attività:

- *prevenzione*, dove ASP e centri antiviolenza svolgono un ruolo fondamentale;
- *urgenza*, in cui il Codice Rosa entra in azione con le proprie competenze;
- *presa in carico del territorio*, che vede la stretta collaborazione tra i servizi sociali, consultoriali e la rete antiviolenza.

La situazione drammatica fotografata da tutti gli studi, nonché dagli ultimi dati ISTAT sulla violenza di genere ed EURES sui femminicidi, ci dice come la priorità dovrebbe essere quella di aumentare gli sforzi nei campi dell'educazione e della formazione, nel miglioramento dell'emersione e del contrasto alla violenza mettendo in rete tutte le esperienze, le professionalità e le competenze necessarie.

Non basta infatti solo il lavoro del Pronto Soccorso ma ci deve essere una rete estesa che si prende carico della vittima. Servono più centri antiviolenza, più case rifugio, più centri di aiuto psicologico, più progetti di formazione per far tornare le donne al lavoro e all'autonomia. In attesa delle Linee Guida Nazionali, volte a rendere operativo il Percorso di tutela delle vittime di violenza con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori, la Fnomceo, nel ribadire il suo convinto impegno su questa questione, ha dato mandato all'Osservatorio di elaborare un documento che la stessa Fnomceo invierà ai presidenti per avviare un'indagine conoscitiva all'interno di ciascuna Regione per avere dati di certezza sul livello di diffusione del Codice Rosa, e indirizzare le ASP e le Aziende Ospedaliere con norme regionali all'avvio del Codice Rosa come già avvenuto in nu-

*Come agisce il
Codice Rosa*

merose altre realtà. Non è più tempo di aspettare!

La realtà siciliana

In Sicilia:

- Legge regionale n. 3/2012, *Norme per il contrasto e la prevenzione della violenza di genere*;
- Circolare n.6 del 7 marzo 2014, *Iniziative regionali per la pianificazione di azioni di contrasto al fenomeno della violenza verso le persone fragili: introduzione in Sicilia del Codice Rosa*.

A Messina:

- Dal 2015 l'Azienda Ospedaliera Papardo è capofila del Progetto Regionale "Codice Rosa" nella qualità di coordinatore di 17 Pronto Soccorsi siciliani per la realizzazione di una procedura pilota regionale. È inoltre inserita nel Progetto Nazionale di sperimentazione del Codice Rosa che vede coinvolte cinque Regioni d'Italia.
- *La Violenza di Genere: conoscerla, prevenirla, riconoscerla, contrastarla*: ciclo interdisciplinare di seminari 2014-2015/2015-2016 organizzati dal Dipartimento di Scienze Politiche e Giuridiche dell'Università degli Studi di Messina, insieme al CUG (Comitato Unico di Garanzia) dell'Ateneo, la Consigliera provinciale di parità, in collaborazione e/o con il patrocinio di UN-Women Comitato Nazionale Italia, dell'ERSU, dell'Assessorato per le Pari Opportunità del Comune di Messina, dell'Ordine degli Avvocati, dell'Ordine dei Medici, del CEDAV onlus, del Soroptimist International, dell'AIDM sez. Tirreno-S.Stefano C. (ME), dell'Ordine professionale degli Assistenti Sociali della Regione Sicilia, dell'Associazione ALuMnime e di "Posto Occupato".
- In luglio 2014 presso la Prefettura, su iniziativa del CEDAV, è stato firmato il "Protocollo di intesa interistituzionale per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere" che ha quali principi ispiratori la Convenzione di Istanbul. È stata avviato il primo ciclo di attività formativa con carattere di interdisciplinarietà.

Atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Quali strategie di prevenzione

Monica Costantini

Ornella Cappelli

componenti Osservatorio Fnomceo della professione medica e odontoiatrica al femminile

IL TEMA, come Osservatorio per la professione al Femminile della Fnomceo, è particolarmente sentito in quanto si tratta di un problema oltre che grave, anche diffuso. Da più studi infatti è ribadito che, tra le condizioni potenzialmente dannose per la salute, a cui gli operatori sanitari sono esposti nel corso della loro attività lavorativa, particolare rilevanza assume il rischio di affrontare un'aggressione.

E ancora, il personale socio-sanitario è tra le categorie professionali più esposte. E più esposto è il personale femminile, che peraltro costituisce la maggioranza dei lavoratori in sanità.

Anzitutto, di cosa parliamo? Il National Institute of Occupational Safety and Health (1) definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. Il fenomeno è universalmente diffuso.

Negli Stati Uniti, secondo il Bureau of Labor Statistics (2),

nel 2014 il tasso di incidenza (n. di lesioni/10.000 lavoratori full time) di aggressioni non mortali è stato maggiore per i lavoratori del settore sociosanitario rispetto alla totalità dei lavoratori, sia nel settore privato (14,4 vs 4,0) che, soprattutto, nel settore governativo statale (135,2 vs 35,1).

Analoghe considerazioni Viitasara e Mankel riportano, anche per la Svezia, già in un lavoro del 2002 (3).

La situazione in Italia

E in Italia? Non abbiamo trovato statistiche puntuali, ma ci sono dati che confermano la consistenza del fenomeno. Il rapporto Anmil, *Prendersi cura di chi cura* (4), prende in considerazione gli infortuni sul lavoro indennizzati dall'Inail nel 2013. In esso troviamo che, su circa 4.000 infortuni riconducibili ad aggressione o violenza da parte di estranei, circa 1.200 (oltre 1/3) sono avvenuti in Sanità, e di questi il 71% (851 casi) hanno interessato la componente femminile. E ancora, di tutti i 23.530 infortuni che hanno interessato il personale femminile nel settore sanitario, il 3,6% (851 appunto) sono dovuti ad aggressione o violenza da terzi.

Ma già nel 5° *Rapporto del Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella* (5) (relativo agli anni 2005-2012), il Ministero della Salute ha riportato gli "atti di violenza a danno di operatore" al 4° posto tra i 16 eventi sentinella segnalati (165 segnalazioni, 8,6% del totale, di cui 4 mortali).

Gli eventi sentinella

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari sono considerati "eventi sentinella", cioè eventi inattesi che comportano la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche, o il rischio di esse. Sono segnali della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio o di vulnerabilità, che richiedono la messa in atto di opportune misure di prevenzione e di protezione dei lavoratori.

Nel citato documento del Ministero della Salute vengono analizzati in dettaglio (6). Gli eventi di violenza si verificano

più frequentemente nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (Sert);
- luoghi d'attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale (postazioni di guardia medica);
- aree di integrazione socio-sanitaria.

Vogliamo sottolineare come particolare criticità e drammaticità, come la cronaca purtroppo ci ricorda, presentino le postazioni dislocate sul territorio. Pensiamo in primis a tante sedi di continuità assistenziale in cui colleghe e colleghi si trovano ad operare in totale solitudine, dovendo spesso anche affrontare condizioni oggettive di pericolo.

Numerosi sono i fattori che concorrono all'incremento degli atti di violenza, tra questi:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire, nei pazienti o accompagnatori, uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto dei pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;

■ mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;

■ scarsa illuminazione nelle strutture e nelle aree di parcheggio.

Gli operatori più a rischio sono gli infermieri, poi i medici e gli operatori socio-sanitari che gestiscono direttamente il rapporto con il paziente e con i familiari.

Il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari varia da struttura a struttura, dipendendo da diversi fattori riferibili (secondo i già citati Viitasara e Menckel) (2) a:

1. fattori specifici, caratteristici degli individui coinvolti (genere, età, educazione, scolarità, esperienze precedenti);
2. fattori di contesto, situazionali, caratteristici dell'ambiente lavorativo (lavoratori, attività svolte, ambiente fisico, ambiente psicosociale);
3. fattori strutturali, caratteristici dell'organizzazione (management, policy di riferimento, fonti di finanziamento, ambiente fisico e psicosociale, personale, educazione e training degli operatori).

L'individuazione delle caratteristiche degli specifici ambiti operativi è la base per una contestualizzazione efficace delle strategie di gestione

Ancora, il comportamento violento segue spesso una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare a gesti estremi come il contatto fisico violento e l'uso di armi che possono ovviamente causare lesioni gravi fino alla morte.

La conoscenza di tale progressione può consentire al personale, opportunamente formato, di comprendere quanto sta accadendo ed interrompere l'escalation violenta.

Investire in prevenzione

Come ci ricorda il documento Ministeriale già citato (6) ciascuna struttura sanitaria deve investire risorse per mettere in atto un programma di prevenzione della violenza attraverso:

- l'elaborazione di un programma di prevenzione della violenza e di identificazione del rischio;
- l'analisi del contesto lavorativo (revisione degli episodi segnalati, conduzione di indagini ad hoc, analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione);

e successivamente:

- la definizione e l'implementazione delle soluzioni (strutturali e organizzative) individuate per prevenire e controllare le situazioni di rischio;
- il trattamento ed il sostegno degli operatori vittime di violenza;
- la formazione adeguata del personale.

Gli operatori devono ricevere formazione su:

- rischi specifici connessi con l'attività svolta;
- metodi di riconoscimento dei segnali di pericolo o delle situazioni che possono condurre ad episodi di violenza;
- metodologie per la prevenzione degli stessi (tecniche di de-escalation, protezione del contesto e degli altri utenti/operatori).

La conoscenza della natura del conflitto e delle dinamiche conflittuali è alla base di una buona relazione e interazione umana e l'apprendimento di come trasformare i conflitti favorisce, oltre che il lavoro in team professionale, anche una relazione più costruttiva con i pazienti e i loro care-giver.

Come ci insegnano una recente pubblicazione del Ministero della Salute (7) e il corso Fad che ne deriva curato dalla Fnomceo (8), i punti di tale progetto formativo potrebbero essere:

- caratteristiche e origini del conflitto;
- il modello M/m di Patfoort;
- il modello dell'Equivalenza di Patfoort;
- combattere e risolvere il conflitto;
- trasformazione del conflitto;
- il metodo CASE.

Consapevoli e convinte del ruolo chiave di adeguate strategie

di comunicazione, come Osservatorio intendiamo proporre Corsi di Formazione sulla Comunicazione rivolti agli operatori sanitari più esposti. Vogliamo concludere sollecitando le Organizzazioni Sanitarie a porre in atto le soluzioni più adeguate al problema della violenza ai danni degli operatori sanitari, ribadendo ancora come, in linea con altre realtà europee ed extraeuropee, il Ministero della Salute ha riconosciuto la rilevanza del problema e ha delineato le strategie per affrontarlo.

Bibliografia

- NIOSH : Violence in the workplace. *Current Intelligence Bulletin* 57, July 1996
- Bureau of Labor Statistic; U.S. Department of Labor. *Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses Requiring Days Away From Work* , 2014. Released :Nov 19, 2015
- Viitasara E, Menckel E. Developing a framework for identifying individual and organizational risk factors for the prevention of violence in the health-care sector. *Work*: vol.19, n2, pp 117-123; 2002
- D'Amico F, Giovannone M. *Prendersi cura di chi cura. La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell'Assistenza Sanitaria*. ANMIL, 2015
- Ministero della Salute. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella*. 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012). Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti.
- Ministero della Salute. *Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Raccomandazione n.8. Novembre 2007
- Ministero della Salute. *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*. I Modulo. Elementi teorici della Comunicazione. Maggio 2015.
- Quaderni Fad/Ecm de la Professione. Medicina, scienza, etica e società. (Ott. 2015) *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Modulo I - Elementi teorici della comunicazione.*”

Conciliazione famiglia-lavoro: utopia per la donna o via maestra per il cambiamento?

Cristina Cenci

vicesegretario regionale vicario Cimo Umbria

QUANDO ALLA FINE DEL V LICEO SCIENTIFICO comunicai ai miei genitori, entrambi insegnanti di educazione fisica, la decisione di iscrivermi alla Facoltà di Medicina, mio padre andò su tutte le furie, trovando inconciliabile la professione del medico con la donna e la sua “naturale inclinazione” alla famiglia e ai lavori domestici. Dopo 25 anni da allora, eccomi qui oggi a rappresentare Cimo come donna (sposata da 13 anni, madre di tre bambine di 12, 10 e quasi 6 anni) e come medico (specialista in medicina interna, assunta a tempo indeterminato nel Ssn da 7 anni). Sarà stato merito della determinazione tipica delle donne, o del sistema paese, con il suo welfare a misura di donna??? Sicuramente di entrambi... Infatti senza mia madre (e a dire il vero anche senza mio padre!) avrei potuto concedermi il lusso di fare la metà delle cose che ho fatto e che continuo a fare! Ho voluto condividere con voi questo particolare della mia vita privata, per introdurre due concetti fondamentali per il coordinamento donne Cimo del quale sono oggi la portavoce.

*L'esperienza
privata*

Far ripartire il sistema paese

1) Se non cambia il sistema paese le nostre figlie non potranno contare sul nostro sostegno per conciliare famiglia e lavoro e tutti i nostri sforzi di progettare un futuro per loro saranno vani. Infatti se è vero che siamo destinate a vivere più a lungo di quanto accadeva in passato, (anche se nel 2015 per la prima volta l'aspettativa di vita subisce una battuta d'arresto) è anche vero che invecchiamo male e che siamo soggette a patologie da "stress lavoro correlato" due volte più rispetto agli uomini. Inoltre per le modifiche pensionistiche introdotte di recente per arginare la crisi economico-finanziaria, saremo costrette a lavorare più a lungo di quanto non abbiano fatto le nostre madri. Se per "naturale inclinazione" riusciamo a sopportare questi "pesi", comuni a tutte le donne che lavorano, difficilmente negli anni a venire riusciremo a sopportare il peso aggiuntivo che la crisi ha imposto all'organizzazione del lavoro in sanità: i 25 miliardi di tagli lineari si sono abbattuti principalmente sugli organici, sui nostri stipendi e sui posti letto per acuti, senza una reale riconversione o rimodulazione dell'offerta di posti letto nel territorio. E nessuna donna medico, per "naturale inclinazione" al sacrificio per il bene degli altri, potrà sopportare il taglio della propria professionalità per esigenze di finanza pubblica perché nel quotidiano ciò si traduce in un peggioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate. È perciò necessario ripartire per poter prevedere un futuro che permetta realmente di conciliare famiglia e lavoro...

La maternità è un'opportunità per la donna e per l'ambiente in cui lavora

2) Vivere l'esperienza della maternità è una ricchezza aggiuntiva che sublima la professionalità e la competenza della donna medico. Pertanto la maternità deve essere vissuta come un'opportunità per la donna e per l'azienda e non come un ostacolo alla carriera o un torto fatto ai colleghi di lavoro.

In che modo? Tornando ad investire sul capitale umano e quindi sulla professionalità del medico ed in particolare sulla donna

medico che si appresta a vivere la maternità, tenuto conto anche delle potenzialità dei nuovi mezzi informatici che permettono di lavorare a distanza e di gestire in maniera nuova spazio e tempo:

- sostituendo immediatamente le assenze per gravidanza/maternità;
- modificando l'attuale istituto del part-time, prevedendo flessibilità della durata dell'orario di lavoro per i periodi nei quali la donna ne ha maggiore necessità (a seconda delle fasi della vita che attraversa);
- realizzando asili nido aziendali per favorire il rapido reinserimento della donna dopo il parto;
- proponendo: corsi di formazione altamente professionalizzanti per acquisire competenze aggiuntive strategiche per gli obiettivi di salute da realizzare;
- incentivando studi indipendenti di ricerca clinica anche per revisionare modelli organizzativi e/o proporre di nuovi;
- riservando posti negli uffici di staff della direzione generale per realizzare quella *clinical governance* che ancora oggi resta lettera morta sulla carta.

Per chi sta pensando che tutto questo è *utopia* in Italia, concludo con una provocazione che però nel profondo del mio cuore non considero poi tale...

Se crediamo veramente che le donne medico possano essere il futuro del Ssn, perché non introdurre tra i titoli da valutare per diventare Direttore di Struttura Complessa, Direttore Generale, Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo (al pari dell'attestato di formazione manageriale regionale), l'aver cresciuto almeno tre figli come avviene in Francia per l'accesso all'insegnamento??? A mio modo di vedere questo potrebbe portare ad una minore ingerenza della politica in sanità e, dati di Bankitalia alla mano, ad una riduzione della corruzione, ad una migliore allocazione delle risorse e ad un aumento del PIL.

La maternità come titolo nei concorsi

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

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

ANNO XVII • NUMERO III - MMXVI

Presidente
Roberta Chersevani

Direttore responsabile
Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"
Cosimo Nume (coordinatore, presidente Omceo Taranto)
Alessandro Conte (Osservatorio giovani professionisti medici ed odontoiatri)
Antonio De Rosa (consigliere Omceo Napoli)
Anna Rita Ecca (consigliera Omceo Cagliari)



Editore
FNOMCEO
Via Ferdinando di Savoia, 1
00196 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

Chiuso in redazione nel mese di dicembre 2016
Finito di stampare nel mese di gennaio 2017 con i tipi e gli impianti della
Cartostampa Chiandetti - Reana del Rojale (UD)

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della FNOMCEO:
FNOMCEO
Centro elaborazione dati
Via Ferdinando di Savoia, 1
00196 Roma