

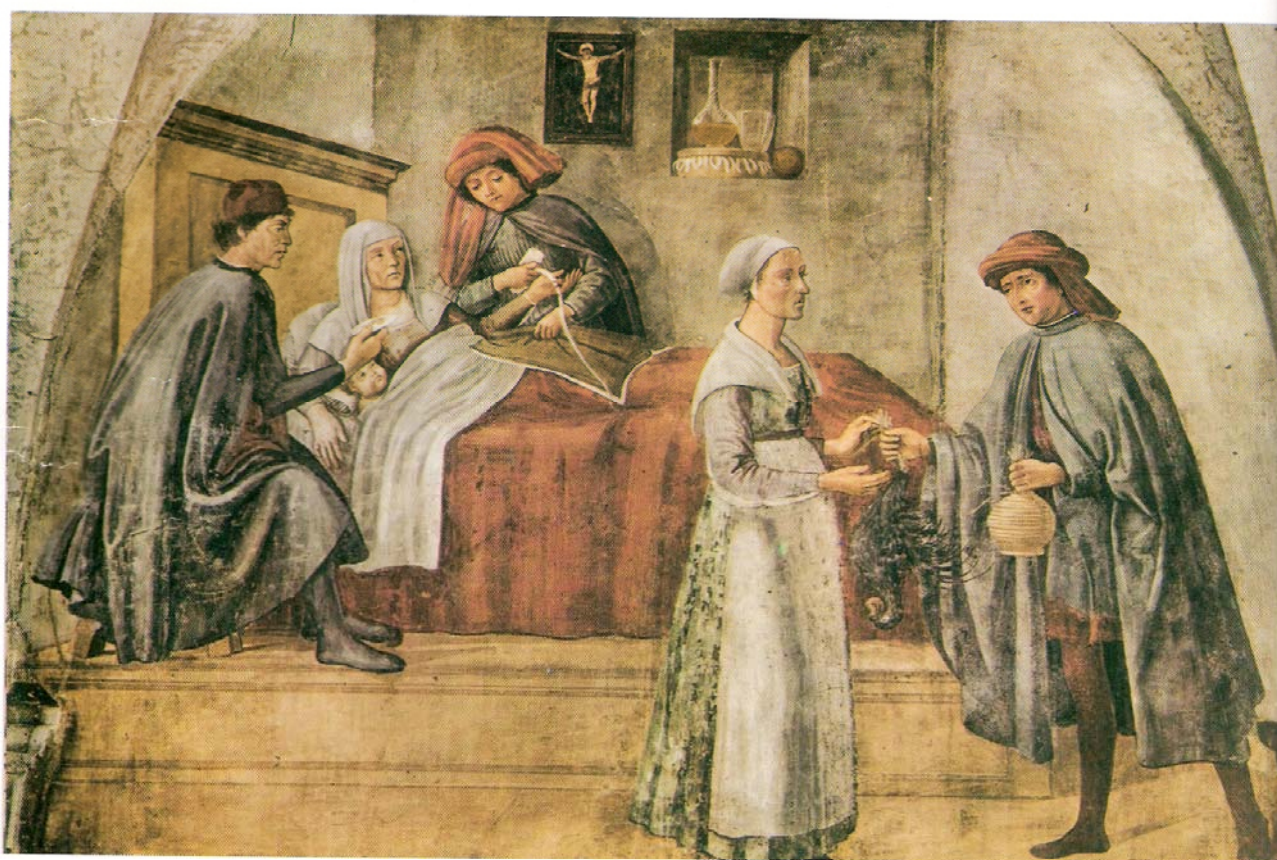


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA



CULTURA E VITA

CONVEGNO DI BIOETICA
**DIGNITÀ DEL MALATO
E DIGNITÀ DEL MEDICO**



Modena 6-7 Maggio 2005

in collaborazione con:

**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI
ORDINE DEI MEDICI DI MODENA
SOCIETÀ ITALIANA DI BIOETICA E COMITATI ETICI**

CONVEGNO di BIOETICA
DIGNITA' DEL MALATO E DIGNITA' DEL MEDICO
in collaborazione con
Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Modena e Reggio E.
Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
Ordine dei Medici di Modena
Società Italiana di Bioetica e Comitati Etici
6 – 7 maggio 2005
Aula Magna Centro Servizi Facoltà di Medicina e Chirurgia
Via del Pozzo, 71 - Modena

Programma

Venerdì 6 maggio 2005

Ore 9	Saluto delle autorità (Rettore, Sindaco, Presidente Provincia, Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia)
Ore 10	Introduzione <i>Medicina e dignità umana, alla luce della Costituzione europea e della Carta dei principi di bioetica dell'UNESCO</i> Adriano Bompiani (Roma)
Sessione I	Presidente e Moderatore Giuseppe Torelli (Modena)
Ore 10,30	<i>Il medico e la medicina ieri e oggi</i> Maurizio Ponz de Leon (Modena)
Ore 11,15	<i>La formazione professionale e etica del medico</i> Almerico Novarini (Parma)
Ore 11,45	<i>Etica medica interculturale</i> Salvatore Geraci (Roma)
Ore 12,15	<i>Discussione</i>
Sessione II	Presidente Vittorio Silingardi (Modena)
	Moderatore Filippo Maria Boscia (Bari)
Ore 14,30	<i>Il rischio dell'abbandono</i> Domenico Di Virgilio (Roma)
Ore 15	<i>La medicina difensiva</i> Daniele Giovanardi (Modena)
Ore 15,30	<i>L'uso e il misuse dei farmaci</i> Federico Manenti (Modena)
Ore 16	<i>Discussione</i>
Sessione III	Moderatore Antonino Leocata (Catania)
Ore 16,30	<i>Etica psichiatrica</i> Gian Paolo Guaraldi (Modena)
Ore 17	<i>Etica chirurgica</i> Alfredo Anzani (Milano)
Ore 17,30	<i>Etica aziendale</i> Claudio Macchi (Modena)
Ore 18	<i>Discussione</i>
Ore 18,15	<i>Conclusioni</i> Sandro Spinsanti (Roma)

Sabato 7 maggio 2005

Sessione IV	Lezione magistrale
Ore 9	<i>Riscoprire il valore antropologico della professione medica</i> Gian Luigi Gigli (Udine)
Ore 9,30	<i>Intervento preordinato</i> Carlo Amedeo Giovanardi
Ore 10	Tavola rotonda DEONTOLOGIA MEDICA ED ETICA MEDICA <i>Analisi e proposte di modifiche dell'attuale Codice Deontologico della FNOMCeO in chiave etica</i>
	Moderatore Francesco Sala (Modena) <i>Vicepresidente dell' Ordine dei Medici di Modena</i>
	<i>Medico legale</i> Giovanni Beduschi (Modena)
	<i>Giurista</i> Mauro Lugli (Modena)
	<i>Responsabile di Azienda Sanitaria</i> M. Monica Daglio (Modena)
	<i>Rappresentante Medicina di Base</i> Nunzio Borelli (Modena)
	<i>Clinico</i> Gioachino Coppi (Modena)
Ore 11,45	<i>Discussione</i>

Coordinazione Scientifica Giovanni Battista Cavazzuti (Modena)

Organizzazione Associazione Cultura e Vita Modena tel e fax 059 390249 e-mail tatino9@alice.it

RELATORI e MODERATORI

Prof. Anzani Alfredo	<i>Docente di Etica Clinica, Università Vita Salute, Milano</i>
Prof. Beduschi Giovanni	<i>Professore Ordinario di Medicina Legale, Università di Modena e Reggio Emilia</i>
Sen. Prof. Bompiani Adriano	<i>Presidente SIBCE, Roma</i>
Dott. Borelli Nunzio	<i>Responsabile di Medicina di Base, Modena</i>
Prof. Boscia Filippo Maria	<i>Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia, Università di Bari</i>
Prof. Coppi Gioachino	<i>Professore di Chirurgia Vascolare, Università di Modena e Reggio Emilia</i>
Dott. Daglio Maria Monica	<i>Rappresentante Direzione Sanitaria ASL, Modena</i>
On. Prof. Di Virgilio Domenico	<i>Accademico Pontificio, Sottosegretario alla Salute, Roma</i>
Dott. Geraci Salvatore	<i>Presidente Società Italiana Medicina delle Migrazioni, Roma</i>
Prof. Gigli Gian Luigi	<i>Presidente Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici, Udine</i>
On. Avv. Giovanardi Carlo A.	<i>Ministro per i Rapporti con il Parlamento</i>
Dott. Giovanardi Daniele	<i>Direttore del Pronto Soccorso, Policlinico di Modena</i>
Prof. Guaraldi Gian Paolo	<i>Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia</i>
Prof. Leocata Antonino	<i>Presidente Onorario SIBCE</i>
Dott. Lugli Mauro	<i>Presidente Tribunale di Modena</i>
Dott. Macchi Claudio	<i>Direttore Azienda Ospedaliera Policlinico, Modena</i>
Prof. Manenti Federico	<i>Professore di Gastroenterologia, Università di Modena e Reggio Emilia</i>
Prof. Novarini Almerico	<i>Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Parma</i>
Prof. Ponz de Leon Maurizio	<i>Professore Ordinario di Medicina Interna, Università di Modena e Reggio Emilia</i>
Dott. Sala Francesco	<i>VicePresidente Ordine dei Medici, Modena</i>
Prof. Silingardi Vittorio	<i>Professore di Oncologia Medica, Università di Modena e Reggio Emilia</i>
Prof. Spinsanti Sandro	<i>Presidente Comitato Etico Provinciale, Modena</i>
Prof. Torelli Giuseppe	<i>Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Modena e Reggio Emilia</i>

PRESENTAZIONI

La raccolta delle relazioni del Convegno di Bioetica “Dignità del malato e dignità del medico” del 6 / 7 maggio 2005, promessa e desiderata, si realizza dopo due anni, per l’interessamento della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Modena e Reggio Emilia, che sentitamente ringrazio.

Ed ancor oggi, nel tempo delle veloci ma a volte fugaci comunicazioni, ritengo che abbia senso una traccia scritta da offrire alla meditazione ed alla riflessione sul significato da dare alla malattia, evento che accompagna ineludibilmente ogni essere umano.

Gli elaborati sono ampi, documentati e di altissimo livello scientifico e culturale, ma sono dotati di un ulteriore pregio: recano l’impronta della sensibilità e della umanità propria di ogni singolo Relatore.

A tutti, di gran cuore, la mia riconoscenza.

Maria Teresa Camurri
Presidente di Cultura e Vita

Modena, maggio 2007

Sono lieto di dare il benvenuto alla pubblicazione di questa raccolta delle relazioni del Convegno di Bioetica “Dignità del malato e dignità del medico”, svoltosi presso il Centro Didattico della nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia nel maggio 2005 e mi complimento con l’Associazione Cultura e Vita che ancora una volta propone all’attenzione del vasto orizzonte degli esperti ed operatori del settore medico e, più in generale, al mondo della cultura argomenti di strettissima attualità, quali quelli della bioetica; essi, infatti, importantissimi e delicati, richiedono confini e regole, tali da non frenare l’attività di ricerca e il ricercatore che, tuttavia, deve sempre tenere elevato il rispetto dell’essere umano e della dignità della vita.

Questi scritti, per la profondità delle tematiche e la competenza dei relatori, sono certo, avranno una ricaduta accademica e saranno occasione di crescita formativa per gli studenti.

Gian Carlo Pellacani

Magnifico Rettore Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Modena, maggio 2007

Gli amici carissimi Giovanni Battista Cavazzuti e Maria Teresa Camurri mi hanno domandato di scrivere alcune righe di presentazione alla pubblicazione degli atti del Convegno di Bioetica Dignità del Malato e Dignità del Medico. Sapendo di non meritare questo onore, (infatti devo confessare che per impegni intercorrenti non avevo potuto partecipare al convegno) sono andato a leggere gli interventi che si tennero in quei due giorni molto intensi. I numerosi relatori hanno offerto alla discussione e al ripensamento argomenti “perenni”. Nel corso del mio mandato come presidente di corso di laurea in Medicina e Chirurgia, non considero un successo quello di avere dato il mio contributo a re-introdurre nel curriculum degli studi medici, il cosiddetto “core curriculum”, lo studio della bioetica; piuttosto ho percepito chiaramente il fatto che per troppo tempo l’assenza dell’insegnamento della bioetica sia passata inosservata. Vari relatori citano il giuramento di Ippocrate, la discussione sulle analisi e proposte di modifiche dell’attuale codice deontologico della FNOMCeO in chiave etica è stata appassionata; ne è apparsa chiara l’inscindibilità tra etica e professione medica ed appare anche altrettanto chiaro come questi temi siano stati trascurati nell’insegnamento della Medicina. Anche attraverso questo convegno, si è dato inizio, spero, a ri-acquisire la dimensione etica nella formazione del medico; la lettura degli interventi sarà di sicuro stimolo per Medici, Docenti e Operatori sanitari.

Aldo Tomasi

Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Modena e Reggio Emilia

Modena, maggio 2007

Il Convegno di Cultura e Vita, del quale ora vengono pubblicate le relazioni, ha rappresentato una significativa opportunità per una approfondita riflessione su un tema di indubbia attualità.

Riflettere sui diritti del malato confrontati coi diritti del medico vuol dire affrontare un problema assai complesso, se dalle enunciazioni teoriche si passa alla realtà quotidiana.

Se infatti si proclama, come oggi è abituale, il tramonto del paternalismo medico (vigente da Ippocrate in poi), si constata poi che ciò spesso non è confermato nei fatti, ma soprattutto ci si chiede che significato concreto abbiano espressioni oggi di uso comune come “condivisione” o “alleanza terapeutica” tra medico e malato. O non è piuttosto vero che il malato teme che al paternalismo del medico si vada sostituendo il paternalismo dell’azienda sanitaria e che il medico teme che il malato rivendichi non tanto il diritto alle cure quanto il diritto ai desideri? E non è anche vero che sul rapporto medico-paziente interferiscono pressantemente economia, politica e mass media?

A questi e ad altri cruciali interrogativi hanno cercato di dare risposte, nel corso del Convegno, illustri medici, giuristi, sociologi, eticisti. Ci sembra di poter dire che, attraversando una realtà non facile, tutti questi esperti di umanità, abbiano voluto cogliere i valori fondamentali dell’uomo, patrimonio comune di medico e malato che nessuna contingenza storica o sociale può in alcun modo offuscare.

Dell’impegno da loro profuso dobbiamo essere sinceramente riconoscenti.

I lettori saranno grati all’Associazione Cultura e Vita, che ha coraggiosamente proposto e realizzato il Convegno ed ora ne diffonde i contenuti.

.

Giovanni Battista Cavazzuti
Direttore Scientifico del Convegno

Modena, maggio 2007

RELAZIONI

1

Adriano Bompiani

MEDICINA E DIGNITÀ UMANA ALLA LUCE DELLA COSTITUZIONE EUROPEA E DELLA CARTA DEI PRINCIPI DI BIOETICA DELL'UNESCO

PREMESSA

Lo sviluppo dei diritti umani è, forse, l'avvenimento di maggior rilievo che ha caratterizzato gli ultimi decenni del XX secolo e prolunga i suoi effetti nel secolo presente.

Questo giudizio appare condiviso sia da illustri esponenti del pensiero laico -liberale contemporaneo - e fra questi ci basti citare per tutti Norberto Bobbio - sia da autorevolissimi esponenti del pensiero cattolico e dello stesso Magistero. Pochi ricordano che il Primo documento della Pontificia Commissione "Iustitia et Pax", intitolato *La Chiesa e i diritti dell'uomo* comincia così: "Il dinamismo della fede spinge continuamente il popolo di Dio alla lettura attenta ed efficace dei segni dei tempi. Nell'epoca contemporanea, tra i vari segni dei tempi non può passare in secondo piano la crescente attenzione che in ogni parte del mondo è attribuita ai diritti dell'uomo, sia per la coscienza sempre più sensibile e profonda che si forma nei singoli e nella comunità intorno a tali diritti, sia per il continuo doloroso moltiplicare delle violazioni contro di essi".

Scriveva, quasi in consonanza il Bobbio nel 1991: "...l'attuale dibattito sempre più esteso sui diritti dell'uomo, tanto da essere posto all'ordine del giorno delle più autorevoli assise internazionali, può essere interpretato come un *segno premonitore*, forse il solo, di una tendenza dell'umanità, per riprendere l'espressione kantiana, verso il meglio".

Segni dei tempi, segni premonitori, dunque.

Ed in effetti, di fronte ai pericoli ed alle tendenze distruttive dell'annientamento atomico, della distruzione progressiva ed inarrestabile delle condizioni di vita sulla terra, di fronte al diffondersi del nichilismo morale ed a quello che è stato definito il «rovesciamento di tutti i valori» l'insistenza sulla proclamazione dei diritti umani può apparire in - controtendenza - come un segno di speranza, una volontà precisa di restituire all'uomo la sua dignità e, di conseguenza, ad indurlo a riprendere un posto responsabile nella amministrazione dell'universo.

Siamo consapevoli, tuttavia, che se i diritti umani tendono - in ogni versione che se ne vuol dare - a riconoscere e promuovere la dignità umana, tuttavia esistono notevoli varianti nella concezione stessa della dignità, che per il laico è - sul messaggio kantiano - affidata al "modello di valore" interiore ed assoluto di ogni persona umana, mentre per la Chiesa è collegata a quella "sacralità della vita" che deriva dal dono della stessa operato dal Creatore alla Sua creatura prediletta, e dal riscatto dalla profonda ferita infertagli dal peccato, operato dall'incarnazione, morte e resurrezione di Gesù Cristo.

(Diritti umani: Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa; Lib. Ed. Vaticana, 2004, pag. 81-82>.

I diritti umani, che sostengono la dignità, non sono dunque situati meramente nella volontà degli uomini e nelle forme in cui la società si organizza nel corso della storia, ma sono universali, inviolabili ed inalienabili, poiché sono presenti costitutivamente in tutti gli esseri umani, come le felici memorie di Paolo VI e poi Giovanni Paolo II ebbero modo di richiamare in varie occasioni (Paolo VI: Messaggio alla Conferenza Internazionale sui Diritti dell'Uomo, 15 aprile 1968, MS 60,1965, 255; Giovanni Paolo II: Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace, 1999,3, MS *SI*, 1999, 379.

Siamo soliti considerare i diritti umani nell'ambito della Comunità politica, particolarmente allorché si vieti la libertà di pensiero, di religione, di libera associazione, di scelta della dimensione della famiglia e dell'educazione morale dei figli, o quando - peggio ancora - vi siano attentati alla integrità corporale dei singoli, o torture, discriminazioni e sopraffazioni da parte dei pubblici poteri.

Dobbiamo, però, in questa sede ed in questa occasione, chiederci: "Che rapporti intercorrono fra dignità umana, diritti umani e sviluppo delle scienze biomediche e dell'assistenza per la promozione della salute dell'uomo?"

BIOETICA E BIODIRITTO: LA RISPOSTA DEI DIRITTI UMANI AI PROGRESSI DELLA RICERCA E DELLA MEDICINA

La prima risposta la dà la bioetica, quel vasto movimento che - nel sentire comune dei popoli appena usciti dalla sanguinosa seconda guerra mondiale - ha voluto riaffermare la dignità umana soprattutto nei confronti di quei tristissimi avvenimenti che una sperimentazione al di fuori di ogni limite di eticità aveva prodotto su esseri inermi - nell'impossibilità di potersi difendere - come i

prigionieri, i disabili, i malati mentali, gli internati nei campi di concentramento, evolvendo infine nell'olocausto, sterminio di massa razziale per mero intento politico.

Non dobbiamo dimenticare che il filone più autorevole e primario della bioetica - nato dalla stessa professione medica - è quello che ha redatto -dopo il Codice di Norimberga (1946-47) - il Giuramento di Ginevra della Associazione Medica Mondiale (1948), il Codice Internazionale di Etica Medica (Londra, 1949), la Dichiarazione di Helsinki (1964), la Dichiarazione delle Hawey (1963) e poi - in epoca più recente - le Dichiarazioni sulla tortura di Tokyo (1975), i Principi di etica medica del CIOMS (1987), e così via, tutti documenti di alta ispirazione etica per la tutela della persona umana ed insieme del corretto comportamento deontologico dei medici, documenti che fanno onore alla medicina.

Questi documenti hanno concordemente affermato che - se la salute è da considerarsi un bene primario dell'uomo - peraltro il principio della suprema dignità dell'essere umano impone il criterio che nessun intervento medico può essere condotto al di fuori del consenso della persona interessata.

Ma la bioetica - poco oltre - dal filone dell'etica professionale si estende alla riflessione interdisciplinare, in particolare alla filosofia morale ed al diritto.

Le ragioni sono evidenti: sempre di più lo sviluppo delle tecnologie biomediche offre spettacolari occasioni di intervento sull'inizio e sulla fine della vita umana, delineando con chiarezza da un lato i concetti di tecnologie sostitutive dei processi naturali (come nel caso della procreazione assistita) o dei trapianti d'organo, dall'altro quello dell'accanimento terapeutico (come nelle tecnologie della rianimazione).

Si destano nuovi timori nell'opinione pubblica, a riguardo dell'avanzamento pur affascinante e sotto alcuni aspetti ricco di promesse della ricerca biomedica, e filosofi e giuristi accorrono per interpretare i bisogni di salute più profondi dell'uomo, partecipare infine alla discussione delle soluzioni possibili, e regolamentare - assieme ai medici - le pratiche terapeutiche. Il messaggio e gli strumenti teorici non possono essere che i concetti di "dignità" e di "diritti dell'uomo", gli strumenti operativi i Comitati etici, nella complessa articolazione internazionale, nazionale e locale che essi hanno assunto.

L'EUROPA E IL BIODIRITTO

L'Europa, intesa come ricerca della "costruzione progressiva della casa comune", non rimane assente da questo movimento della bioetica, ma - con le sue istituzioni - si prefigge di elaborare per quanto possibile un ravvicinamento delle legislazioni nazionali già esistenti e di sviluppare nuove regole, ove necessarie per la tutela dei diritti dell'uomo anche nel campo della salute.

A questo scopo nasce, sin dal 1949, il Consiglio d'Europa che diviene la sede dei dibattiti e delle decisioni per i diversi paesi che mano a mano vengono e formano la frastagliata carta etnico-geografica dell'Europa, oggi ben 43.

Una lunga serie di Raccomandazioni dell'Assemblea parlamentare e del Comitato dei Ministri documenta lo sforzo fatto fra il 1976 ed il 1992 (v. tabella), allorché si decise di costituire un Comitato direttivo per la bioetica <CDBI>; con compiti di sovrintendere in futuro alle attività in questo settore, attività che ormai costituivano un campo specifico del diritto internazionale sui problemi della vita, o biodiritto, valido per i paesi aderenti d'Europa ma offerto a qualunque altro Stato volesse adottarlo.

Ben presto ci si rende conto che occorre qualcosa di più vincolante di una Raccomandazione, e matura nel 1990 la ipotesi di redigere una CONVENZIONE sui diritti dell'uomo e la biomedicina, che fornisca i principi generali ed i limiti entro i quali possa esercitarsi l'attività medica nel rispetto dei diritti del paziente.

Tanto più questo appare opportuno, in quanto è nata e sta progressivamente estendendosi la elaborazione dottrinale di nuovi rapporti fra medicina e società civile, fondati sui principi di autonomia, beneficenza, non malevolenza e giustizia, che non solamente una copiosa dottrina, ma anche Comitati etici a carattere nazionale e/o a carattere locale (ospedaliero) vanno precisando nelle situazioni concrete dell'assistenza, e taluni giudici già applicano nelle controversie professionali.

I valori della Convenzione sulla biomedicina e i diritti dell'uomo ai quali si è ispirato il Comitato redigente, cioè il citato CDBI, sono i seguenti:

- rispetto della dignità umana, dunque dell'autonomia e della libertà della persona
- protezione dell'integrità dell'individuo
- responsabilità pubbliche nei confronti dell'applicazione delle scienze biomediche
- divieto di ogni forma di discriminazione

Questo Convenzione afferma con sicurezza alcuni principi, e fra questi la necessità di proteggere l'identità dell'essere umano e l'integrità di ogni persona umana; il primato dell'uomo rispetto alla società e alla scienza; il valore del "consenso" in ogni atto medico; il divieto dell'utilizzazione commerciale del corpo umano; la tutela della vita privata per quanto concerne i dati sanitari ; il diritto di manipolazione genetica non terapeutica per la persona interessata; il divieto di produrre embrioni umani a scopo di ricerca. Su questi principi vi può essere il pieno consenso.

Rimangono da precisare questioni delicate, che derivano soprattutto dalle applicazioni del principio di autonomia in settori non contemplati dalla Convenzione come quello dell'assistenza alla fase terminale della vita, ove tuttavia è ammessa la rinuncia del paziente ad ogni trattamento di prolungamento artificiale della vita anche mediante precedenti dichiarazioni di opzioni terapeutica.

Ma soprattutto, per i cattolici è insoddisfacente lo spazio riservato alla tutela della vita prenatale: e questo è stato rilevato da tutti coloro che attribuiscono valore etico "assoluto" (e non "prima facie" rispetto ad altri valori conflittuali) alla tutela della vita embrionale.

Una serie di protocolli addizionali ha chiarito molti punti che la stessa Convenzione non poteva analiticamente contemplare: sono i protocolli sul divieto di donazione umana, sui trapianti d'organo e tessuti, sulla ricerca terapeutica e non terapeutica già pubblicati, ai quali si aggiungeranno i contributi giuridici sulle banche dei tessuti e sulla genetica.

Nei tardi anni '90 del secolo scorso entra in campo, infine, anche l'Unione Europea che con i trattati di Amsterdam e Maastricht include negli obiettivi dell'Unione anche la prevenzione della salute dei cittadini degli stati consociati con le numerose Direttive sulla protezione dei consumatori - in particolare a riguardo degli alimenti geneticamente modificati - e con la Direttiva sulla non commerciabilità (e non brevettabilità in se stessa) del genoma umano (Direttiva 48/1998).

La CARTA DEI DIRITTI DEL CITTADINO EUROPEO emanata a NIZZA nel 2002 è la più recente affermazione del contributo che la teoria dei diritti umani ha dato alla definizione sullo "status" personale e sociale del cittadino europeo (v.allegato).

LE INIZIATIVE A LIVELLO MONDIALE

Tra le molte iniziative riguardanti la promozione dei diritti umani in ambito della sanità mondiale mi limito a ricordare la costante presenza "tecnica" ed operativa della Organizzazione Mondiale della Sanità, ma - in questa sede -mi piace ricordare l'azione sviluppata particolarmente da l'UNESCO.

L'UNESCO - Agenzia delle Nazioni Unite per lo sviluppo della Scienza e della cultura - elabora nel 1997 la Dichiarazione solenne sul genoma umano ed i diritti dell'uomo (1997), che contempla in sette articoli modalità per coordinare l'armonioso convergere nella promozione dei diritti umani di quattro obiettivi:

- lo statuto della conoscenza, con la *valorizzazione della scienza e della ricerca scientifica*, mediante l'affermazione che la libertà della ricerca costituisce un diritto fondamentale per il progresso dell'umanità; tuttavia, l'imperativo della sicurezza delle ricerche dal punto di vista della salute umana e dell'ambiente può giustificare talune restrizioni a tale libertà,
- la protezione della persona umana, sotto il profilo della identità, della vita familiare, della volontarietà delle decisioni nei confronti della diagnosi e della terapia (ciò che comporta il consenso informato), della solidarietà fra gli uomini;
 - la salvaguardia della specie umana, nell'interesse delle generazioni future;
 - l'educazione, la formazione e l'informazione al pubblico.

Cari Colleghi e cari Studenti, qui termina la mia presentazione introduttiva al Convegno sull'etica medica, che si svolgerà con dovizia di dottrina nelle tavole rotonde dell'incontro così bene organizzato dal Prof. Cavazzuti. Abbiamo tutti il dovere di conoscere e di credere in questi strumenti internazionali, che governano ormai anche la nostra vita nazionale; strumenti che traggono la loro finalizzazione dalla promozione di ciò che - per la sua stessa dignità - spetta all'uomo. E' un nuovo umanesimo che l'etica ed il diritto costruiscono insieme per far fronte ai notevoli problemi dell'assistenza sanitaria, nella ricerca dell'armonia fra due personalità di pari dignità morale:

il cittadino e il medico.

Ma abbiamo anche il dovere di valutare serenamente, e se necessario denunciare, i pericoli per il pieno assolvimento degli obiettivi che possono derivare, vuoi dalla ristrettezze delle risorse, vuoi dal modello meramente aziendale della organizzazione.

E in particolare, noi che ci fregiamo del titolo di "medici-cattolici", dovremmo saper far vivere l'incontro paritario fra medico e cittadino, nel rispetto reciproco non solamente per quanto è di natura strettamente contrattuale, ma alla luce della carità.

TESTI DEL CONSIGLIO D'EUROPA IN MATERIA DI BIOETICA, SECONDO L'ARGOMENTO PRECEDENTI LA CONVENZIONE DI OVIEDO 1997

Tutela malati e morenti

Assemblea Parlamentare RISOLUZIONE 61.3 (1976)

Assemblea Parlamentare RACCOMANDAZIONE 779 (1976)

Tutela malati mentali

Assemblea Parlamentare RACCOMANDAZIONE 818 (1977) Comitato dei Ministri RACCOMANDAZIONE R.(83)2

Armonizzazione regole autopsia

Assemblea Parlamentare RACCOMANDAZIONE 1.159 (199.1)

Trapianti {armonizzazione legislazioni nazionali, scambi intraeuropei,}

Comitato dei Ministri RISOLUZIONE (78)29/ar

Comitato dei Ministri RACCOMANDAZIONE R(79)5

Test clinici per l'uso di derivati ematici

Comitato dei Ministri RACCOMANDAZIONE R(93)4

Ingegneria genetica, biotecnologie ed effetti sulla salute umana

Assemblea Parlamentare RACCOMANDAZIONE 934(19S2)

Assemblea Parlamentare RACCOMANDAZIONE 1213 (1993)

Comitato dei Ministri RACCOMANDAZIONE R(84)16

Genetica clinica e ricerca sull'essere umano (comprese le banche di tessuti)

Comitato dei Ministri R(90)3

Comitato dei Ministri R(92)1

Comitato dei Ministri R(92)3

Comitato dei Ministri R(94)1

Protezione dei dati personali

Comitato dei Ministri R(97)5

Utilizzazione di embrioni e feti umani

Assemblea Parlamentare R 1046(1986)

Assemblea Parlamentare R 1100 (1989)

Rapporto sulla procreazione artificiale umana (elaborazione CAHBI, 1989)

Rapporto del Gruppo di lavoro sull'embrione umano (elaborazione CDBI, 2002)

Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina (STE N. 164) o Convenzione d'Oviedo (1997)

Protocolli addizionali alla Convenzione

- Divieto di donazione umana (STE168)
- Trapianti d'organo e tessuti di origine umana (STE N.186)
- Raccomandazione sugli xenotrapianti R (97) 5
- Protocollo relativo alla ricerca biomedica (Oslo, 2005)

In corso avanzato di elaborazione:

- Raccomandazione sulla utilizzazione di materiali biologici di origine umana (fine 2005/2006)
- Protocollo sulle applicazioni della genetica alla biomedicina (2006)

UNIONE EUROPEA

- Direttiva 98/44 del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla protezione giuridica delle innovazioni biotecnologiche
- Carta di Nizza sui diritti del cittadino europeo (2002)

UNESCO

- Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti dell'uomo (11 novembre1997)
- Dichiarazione sui test genetici ed i diritti umani (2003)
- Dichiarazione sulle norme universali di bioetica (in corso di redazione)

ARTICOLI DI INTERESSE BIOMEDICO E MEDICO-SOCIALE CONTENUTI NELLA "CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI" DELL'UNIONE EUROPEA (Nizza, 2001)

Titolo I: Dignità

Articolo II-1: Dignità umana

La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.

Articolo II -2: Diritto alla vita

1. Ogni individuo ha diritto alla vita.
2. Nessuno può essere condannato alla pena di morte, né giustiziato.

Articolo II-3: Diritto all'integrità della persona

1. Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica
2. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:
 - a) il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge
 - b) il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone
 - c) il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro
 - d) il divieto della donazione riproduttiva degli esseri umani

Titolo II Libertà

Articolo II - 8: Protezione dei dati di carattere personale

1. Ogni individuo ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che lo riguardano.
2. Tali dati devono essere trattati secondo il principio di lealtà, per finalità determinate e in base al consenso della persona interessata o a un altro fondamento legittimo previsto dalla legge. Ogni individuo ha il diritto di accedere ai dati raccolti che lo riguardano e di ottenerne la rettifica.
3. Il rispetto di tali regole è soggetto al controllo di un' autorità indipendente.

Articolo 11-9: Diritto di sposarsi e di costituire una famiglia

Il diritto di sposarsi e il diritto di costituire una famiglia sono garantiti secondo le leggi nazionali che ne disciplinano l'esercizio.

Articolo 11-35: Protezione della salute

Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

Articolo II-37: Tutela dell'ambiente

Un livello elevato di tutela dell'ambiente e il miglioramento della sua qualità devono essere integrati nelle politiche dell'Unione e garantiti conformemente al principio dello sviluppo sostenibile

Articolo II-38: Protezione dei consumatori

Nelle politiche dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione dei consumatori.

Titolo III Uguaglianza

Articolo II-21: Non discriminazione

1. E' vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.
2. Nell'ambito d'applicazione della costituzione e fatte salve disposizioni specifiche in essa contenute, è vietata qualsiasi discriminazione fondata sulla cittadinanza.

Articolo II-24: Diritti del bambino

1. I bambini hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere. Essi possono esprimere liberamente la propria opinione; questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità.
2. In tutti gli atti relativi ai bambini, siano essi compiuti da autorità pubbliche o istituzioni private, l'interesse superiore del bambino deve essere considerato preminente.
3. Ogni bambino ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo qualora ciò sia contrario al suo interesse.

Articolo II-25: Diritti degli anziani

L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.

Articolo II-26: Inserimento dei disabili

L'Unione riconosce e rispetta il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.

2

Maurizio Ponz de Leon

IL MEDICO E LA MEDICINA IERI ED OGGI

Quando Giovanni Cavazzuti mi chiese di parlare del medico e della medicina ieri ed oggi, la prima cosa che gli chiesi fu: ieri cosa vuol dire? Mi chiarì che “ieri” andava inteso come gli anni in cui mi laureavo (1972) e facevo i miei primi passi per il Policlinico di Modena. Sono passati più di trent’anni da quel periodo, e non ci vuol molto a rendersi conto di come e quanto sia cambiata la medicina in un arco di tempo così breve. Naturalmente il cambiamento è avvenuto in meglio, e questo ci fa dire che oggi i pazienti sono curati molto più efficacemente rispetto a “ieri”. Però è un “meglio” pieno di insidie, su alcune delle quali converrà riflettere, specie per evitare di prendere sempre tutto ciò che è nuovo per migliore, concetto che non si applica alla sola medicina.

L’aspetto più macroscopico della nuova medicina è senza dubbio l’impatto della tecnologia, sia in campo diagnostico che terapeutico. Trenta anni fa dovevamo arrangiarci con gli esami del sangue, alcuni esami radiografici e le scintigrafie, oltre al nostro caro fonendoscopio. In fondo non era poco, anche se ad un giovane laureato del duemila potrebbe sembrare pochissimo. Oggi abbiamo a disposizione TAC, Risonanza Magnetica, PET, coronarografia ed altri esami angiografici, marcatori sierici di ogni tipo e tanto altro. L’ecografia ha quasi sostituito l’esame obiettivo. Naturalmente tutto ciò rappresenta un grosso vantaggio per il paziente di oggi, ma occorre tener conto di svariati problemi, come quello di riuscire a contenere i costi – almeno fin quando vorremo una Sanità pubblica – quello di evitare l’eccessiva “medicalizzazione” del paziente e, soprattutto, quello di limitare l’ansia che ogni nuovo test genera nel paziente. Non sono problemi da poco. Lo stesso progresso si è visto in campo terapeutico, basti pensare alla disponibilità di antibiotici, di antinfiammatori e di antitumorali. L’approccio terapeutico è radicalmente cambiato per alcuni pazienti; per molti cardiopatici, ad esempio, nuovi e più potenti farmaci hanno preso il posto della digitale e dei più tradizionali antiaritmici, e l’approccio interventista (pace-maker, coronarografia, angioplastica, by-pass) è divenuto quasi di routine. Anche in questo caso occorrerà sempre più stare attenti al lievitare dei costi; inoltre, ogni nuovo farmaco può nascondere delle insidie, le quali a volte si rivelano dopo vari anni, quando il farmaco è ormai da tempo consolidato nel mercato.

L'esempio dei Coxib – i più recenti antinfiammatori ultraselettivi, che però inducono un aumento del rischio cardiovascolare – è quanto mai illuminante in proposito.

Un'altra realtà di oggi praticamente sconosciuta trenta anni fa è la medicina molecolare. Oggi è possibile identificare individui geneticamente predisposti verso lo sviluppo di varie malattie, sottoporli ad una attenta sorveglianza e, almeno in alcuni casi, evitare che la malattia si manifesti in uno stato avanzato, quando le possibilità di cura sono molto ridotte. Nelle epatopatie croniche la diagnosi molecolare può permettere di caratterizzare il tipo (e il sottotipo) di infezione virale, in modo tale da disegnare approcci terapeutici molto più mirati. Ancora più rivoluzionario quanto avvenuto nella Leucemia mieloide cronica, dove la medicina molecolare ci ha fornito un farmaco (Imatinib) in grado di colpire selettivamente le cellule neoplastiche, risparmiando le cellule normali. La nuova realtà che prende forma e consistenza giorno dopo giorno ci affascina e ci stupisce, ma non è priva di insidie. Stiamo gradualmente passando da una medicina “probabilistica” ad una medicina “deterministica”, con tutti i rischi che ciò potrà comportare, come la possibile discriminazione di individui portatori di mutazioni genetiche che inducono un elevatissimo rischio di cancro o di altre malattie.

Sembrerà paradossale, ma anche le malattie “cambiano”. L'invecchiamento della popolazione induce un progressivo aumento delle patologie croniche, degenerative e neoplastiche. Vecchie malattie che, come il vaiolo, hanno accompagnato la storia dell'uomo, talvolta influenzandone il decorso, sono oggi scomparse (l'ultimo caso di Vaiolo fu segnalato nel 1977; dal 1980 l'OMS ha dichiarato la malattia “scomparsa”). Purtroppo nuove ed ancor più letali malattie – come l'AIDS, Ebola, la SARS – hanno subito preso il posto delle malattie scomparse, ponendo così nuove sfide a medici e ricercatori. Tutto ciò ha portato ad un “rimodellamento” della struttura ospedaliera, con l'espansione di alcuni reparti e la creazione di nuovi servizi più mirati su quelle che sono le sfide più attuali e più insidiose.

Un'altra tendenza della medicina di oggi è lo sviluppo delle specializzazioni, tutte le branche specialistiche – sia mediche che chirurgiche – si sono sviluppate in modo considerevole rispetto alla realtà di 30-40 anni fa. L'odontoiatria si è definitivamente staccata dalla Medicina, e sono sorte numerose lauree brevi (dall'Infermieristica alla Logopedia, dalla Fisioterapia alle Scienze dell'Alimentazione) che, come nel caso degli odontoiatri, tendono a formare figure professionali sempre più specializzate. La tendenza è ormai irreversibile, ed ogni anno i nostri Atenei vedono

nuovi professionisti affiancare quelli già esistenti. Come era logico attendersi, la Medicina Interna cerca (affannosamente) una propria identità; in alcune Facoltà straniere la Medicina Interna scompare del tutto dagli ospedali di insegnamento, per essere sostituita dalla somma delle varie specialistiche. In queste Facoltà l'Internista rimane come figura di consulente, per aiutare a risolvere casi clinici particolarmente complessi, per i quali occorrono competenze multidisciplinari. Anche le tradizionali Specializzazioni si subspecializzano: dall'Oculistica si sviluppano Retinologia e Strobologia, dalla Gastroenterologia tendono a staccarsi Epatologia ed Endoscopia Digestiva, dalla Endocrinologia nascono Diabetologia e Malattie del Metabolismo. Una cosa sembra certa: il medico (e il chirurgo) degli anni futuri dovrà rassegnarsi a curare una parte sempre più ridotta del paziente.

La Medicina preventiva è divenuta una realtà che tende sempre più a consolidarsi. Un'affermazione sempre più di moda è che “prevenire è meglio che curare”; da qui la ricerca di svariati fattori di rischio (molti dei quali conosciuti da tempo), e la strategia “da guerra” (questo atteggiamento è proprio dei nostri tempi) che si sviluppa per combatterli. Se la guerra al fumo può considerarsi quasi vinta (peccato che i giovani e le donne non ci consentano di togliere quel “quasi”), le guerre in corso sono contro il colesterolo e contro l'obesità, e si tratta di battaglie dall'esito molto incerto. Se ieri si parlava di screening solo in termini sperimentali, oggi lo screening è una realtà che impegna non solo i singoli individui (che possono desiderare di sottoporsi ad uno screening di loro iniziativa) ma anche i Governi, sempre più impegnati in interventi di Sanità pubblica su ampie fasce di cittadini, per la prevenzione dei tumori della mammella, del colon-retto o della prostata. Tutto ciò è indubbiamente positivo, e si traduce in numerosi vantaggi per il cittadino. Ma neanche la Medicina preventiva è priva di insidie ed incognite, prima fra tutte l'ansia e la depressione, legate alla cultura della cosiddetta “malattia temuta” ed ai rischi di “vivere continuamente da malati” (i più cinici aggiungono “...per morire sani”).

L'organizzazione sanitaria è cambiata profondamente in questi ultimi 30 anni. Gli Ospedali cambiano nome e diventano “Aziende”, proprio a sottolineare il cambiamento di gestione, che d'ora in avanti sarà sempre più ispirata da criteri economici piuttosto che da motivazioni umanitarie. All'interno delle Aziende nascono nuovi servizi – come il Day Hospital, il Day Surgery, il Week Hospital – che rispondono meglio ai nuovi criteri di gestione, ma che in alcuni casi offrono anche una più razionale assistenza al paziente. Come conseguenza, il Primario e la sua équipe dovranno rassegnarsi ad essere un po' meno medici ed un po' più economisti, ed a spendere una parte sempre

maggiore del loro tempo a discutere di “budget” e di “qualità”. Altra conseguenza è la competizione sempre più spiccata tra le Aziende ospedaliere per attrarre pazienti da altre Regioni, specie quando si tratti di condizioni morbose ad elevato DRG. Il principale problema di questo nuovo sistema è quello di bilanciare il diritto individuale alla salute con le risorse economiche della società in cui viviamo.

Anche il ruolo del medico all'interno dell'ospedale si è in parte modificato. Fino agli anni settanta in fondo al medico era “solo” richiesto di essere un buon diagnosta e terapeuta; se universitario anche un buon didatta e, possibilmente, un ricercatore. Con gli anni ottanta al medico è stato progressivamente richiesto non solo di conoscere i rudimenti dell'economia, ma anche di essere un po' avvocato, un esperto di statistica sanitaria e, soprattutto, un valido organizzatore. La discussione collegiale dei casi clinici, un tempo la più stimolante delle attività del medico ospedaliero, è stata in larga parte sostituita dalle discussioni su come ridurre la durata della degenza, come aumentare l'attrazione di pazienti da altre regioni, come ricoverare pazienti con elevati DRG, come ridurre le spese di reparto ed incrementare le visite ambulatoriali. Con i chirurghi si è stati ancora più drastici: fare tutto il possibile nel tempo più breve possibile, meglio se in un solo giorno. Il principale problema che emerge da questa nuova situazione è che il percorso formativo del medico è diventato molto più complesso, sia nei sei anni del corso di laurea che durante la specializzazione. Infatti, sono cambiati i programmi e gli insegnamenti universitari; scompare la fondamentale Clinica Medica per trasformarsi in Medicina Interna; il numero di ore di lezione aumenta notevolmente e si allungano gli orizzonti culturali dello studente, con nuovi insegnamenti come Bioetica, Economia Sanitaria ed Informatica.

E che dire dei pazienti? Sono cambiati anche loro, come era prevedibile. Oggi il paziente partecipa molto più attivamente alla sua malattia. Se un epatopatico degli anni settanta chiedeva timidamente al sanitario qualche informazione sulle transaminasi, oggi molti pazienti non esitano a chiedere i risultati della PCR o i sottotipi virali. Il paziente è spinto ad aggiornarsi in modo indipendente, ricorrendo a letture, trasmissioni televisive o, sempre più spesso, a Internet. Non solo, ma un numero sempre crescente di pazienti utilizza direttamente la rete per scegliere il loro sanitario in base a ciò che appare nel curriculum. Il medico del 2000 non dovrà quindi limitarsi ad aggiornare se stesso, ma dovrà fare il possibile per mantenere costantemente aggiornati i suoi pazienti. Il paziente di oggi non si limiterà ad essere assistito dal suo curante, con l'aiuto occasionale dello specialista. Il paziente tenderà invece ad avere una schiera di “propri specialisti”, tra i quali è facile che vi sia

anche un medico non convenzionale. Così, inevitabilmente, il paziente si sentirà sempre più “curato a pezzi” da 5 o 10 diversi specialisti, e si troverà sempre più confuso di fronte ai numerosi fattori di rischio per tante malattie, ai sempre più impegnativi fattori protettivi, alla scelta di quali e quanti screening eseguire (e quando cominciare), a cosa e quanto mangiare e bere. Il più serio dei rischi che si corre è che di fronte a tutte le controversie esistenti su screening e fattori di rischio il paziente finisca per assumere un atteggiamento rinunciatario e fatalista.

Negli anni sessanta e settanta le medicine non convenzionali esistevano già, ma vivevano un po' nell'ombra; i pazienti che si rivolgevano a loro erano relativamente pochi e lo studente in medicina era tenuto all'oscuro sull'esistenza di queste altre possibilità di cura. Oggi circa 1/3 degli italiani si rivolge anche o esclusivamente a medici non convenzionali. Tra le medicine cosiddette alternative, l'Omeopatia, l'Osteopatia, la Chiropratica, l'Agopuntura e la Fitoterapia sono oggi accettate da buona parte dei medici come approcci terapeutici utili, almeno in certi ambiti e per certi pazienti. Inoltre, la letteratura medica, anche qualificata, ospita sempre più spesso articoli scientifici che riguardano medicine non convenzionali, fatto del tutto impensabile fino a pochi anni fa. Questo “boom” delle medicine non convenzionali può essere in buona parte spiegato alla luce di varie considerazioni. Con ogni probabilità, di fronte a tanta specializzazione il paziente avverte la necessità di consultare qualcuno che almeno provi a ricomporre i pezzi, e continui a considerarlo un tutt'uno. Inoltre, al paziente piace essere ascoltato (il colloquio è una parte importante di alcune medicine alternative) ed esprimere le sue teorie, anche su argomenti di medicina che conosce molto poco. Similmente il paziente è talora portato a credere che i rimedi non convenzionali siano più naturali rispetto ai farmaci prescritti da uno specialista, e come tali più vicini alla sua filosofia. Infine, la medicina alternativa è spesso a basso costo, non richiede molti accertamenti e presenta meno frequentemente effetti collaterali di rilievo.

A questo punto è ragionevole chiedersi se i rapporti tra medico e paziente si siano modificati in questi ultimi 30-40 anni. La mia impressione è che sostanzialmente non siano cambiati, ma che il paziente di oggi, come già sottolineato, deve rassegnarsi ad accettar di avere molti interlocutori per la propria salute. D'altro canto, il medico dovrà rassegnarsi a circoscrivere sempre di più il suo campo di competenza ed ad essere meno onnipotente, perché la nuova medicina e le più moderne tecnologie diagnostiche e terapeutiche vanno spiegate ai pazienti ed ai loro familiari, e ciò deve avvenire in termini quanto più semplici possibile.

Cosa ci riserverà il futuro non lo sappiamo, ma è possibile fare delle previsioni in base a quanto osservato in questi 30 anni. Così, è verosimile che la burocrazia tenderà sempre più ad appesantire il lavoro del medico, il quale sarà ossessionato da sigle ed acronimi come DRG, ECM, SSN, ASL, USL e tantissime altre ancora. E' anche prevedibile che la tecnologia verrà sempre più in aiuto a medici e pazienti, ma si tratta di una tendenza che comporterà vari problemi, non solo di natura economica. A mio avviso gli iscritti a Medicina diminuiranno, e successivamente diminuirà il numero dei medici. In altre parole, avremo una situazione assai simile a quella che oggi viviamo con gli infermieri. A cosa ciò possa portare, non è prevedibile.

Termino esprimendo tre auspici per il futuro. Il primo, e forse più importante, è che il nostro Sistema Sanitario Nazionale possa continuare ad erogare una assistenza gratuita ed efficiente a tutti i cittadini. Il secondo è che il rapporto medico-paziente continui ad essere fondato principalmente sulla fiducia. Il terzo auspicio è che le Università riescano a formare – come accade oggi – medici preparati, aggiornati e competitivi con i loro colleghi europei.

3

Almerico Novarini

LA FORMAZIONE PROFESSIONALE ED ETICA DEL MEDICO

Introduzione

Le sfide alla mission educativa dell'Università sono continue in rapporto al velocissimo progresso tecnico – scientifico della conoscenza ed alla cangiante realtà sociale per cui è necessario, ancorché difficile, programmare ed attuare un adeguato percorso formativo dopo un'attenta analisi delle modificazioni del ruolo della medicina e della formazione del medico. Raccogliendo e condividendo le analisi e le proposte avanzate dagli oratori che mi hanno preceduto, in particolare Ponz de Leon propongo alcuni ulteriori spunti di riflessione per la formazione professionale ed etica del medico:

- Modelli simbolici dell'attività medica
- Corsi integrati e tutor
- Medical humanities
 - Formazione etica
 - Management clinico
- Adeguamento dell'insegnamento clinico
 - Umanizzazione del rapporto con il malato

Modelli simbolici dell'attività medica

Fondamentalmente due sono i modelli, in cui si articola tale attività:

- il modello direttivo-strategico, proprio della tradizione scientifico-sperimentale nella quale è il primato della competenza strettamente biomedica a strutturare la logica dell'attività. L'attenzione del medico è focalizzata sulla patologia dell'organo o dell'apparato come macchina e sulla strategia per ripararla (schema del servizio di riparazione: Medico - Organo

- Paziente). In questo rapporto "oggettivante" il malato è un caso da studiare come "spettacolo" o malattia da curare come "strumento" (studi epidemiologici, pubblicazioni scientifiche, etc.);
- il modello direttivo empatico, proprio della tradizione clinico-umanistica nella quale alla competenza biomedica si uniscono valenze affettivo-morali. Il paziente è sia un corpo da riparare, sia un essere umano con il quale entrare in sintonia per potersene prendere cura adeguatamente (schema del rapporto interpersonale: Medico - Paziente - Organo). Fra questi due modelli da sempre è in atto una dialettica che, come un pendolo, evidenzia, volta per volta, i valori e i limiti dell'uno e dell'altro con riferimento soprattutto alle caratteristiche dei due attori principali di fronte alla malattia: la persona-malato e la persona-medico.

Corsi Integrati

Si tratta di una proposta di individuare e indicare obiettivi unificanti a fronte delle eccessive suddivisioni, in cui si frammentano le conoscenze delle singole discipline, prevedendo i corsi integrati secondo una struttura che manifesti l'organizzazione di parti interdipendenti, non solo come risultato di una semplice sommatoria di contenuti prima dispersi, ma consideri essenziale per le singole discipline il "core curriculum", disegnato per prevalenza, urgenza, importanza, gravità, curabilità, valore prototipico, ricaduta sociale dei problemi di salute (PUIGER). In tal modo l'integrazione multi – ed interdisciplinare dovrà essere organica e finalizzata alle conoscenze primarie, irrinunciabili ed indispensabili da presentare agli studenti e dovrà fornire al medico la consapevolezza del suo modo di agire in una visione coerente delle conoscenze che renda compatibile l'insegnamento pre clinico oggettivistico-cognitivistico (scientifico razionale: analitico, descrittivo schematico, teorico, astratto, nosografico) con quello clinico di tipo costruttivistico che porta alla conoscenza della individualità, del concetto di variazione biologica della popolazione, della medicina personalizzata in contesti evolutivi e differenti da paziente a paziente. Peraltro tale tentativo incontra effettive difficoltà nella singolarità delle specifiche competenze culturali e di ricerca, oltre alla consolidata autonomia didattica dei singoli docenti con il "patriottismo" di disciplina).

Per aiutare tale percorsi integrati è stata proposta la figura del "Tutor", come "facilitatore dell'apprendimento" ponendosi al servizio del discente e non in posizione preminente al centro del processo formativo (teacher –centered) così da stimolare nell'allievo interesse, curiosità, dubbi,

ricerca di soluzioni con intelligenza razionale, con fantasia, con creatività, non temendo di sbagliare. In tal modo il Tutor si costituisce come un curatore del sapere medico, la cui missione tende a favorire l'autonomia dello studente mediante la facilitazione dei modi di azione propri delle specifiche discipline, rimuovendo gli ostacoli ad una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini ed alle esigenze dei singoli. In definitiva ne risulta una figura con una duplice accezione:

1 - il tutor impegnato sia nell'area teorica (moderatore di piccoli gruppi nell'attività didattiche interattive, come problem based learning e problem solving), che in quella pratica (decision making);

2 – il tutor con funzione di consulente – consigliere che deve guidare, correggere e sostenere lo studente nella continuità degli anni e per una diversificata lettura dei bisogni di orientamento (sviluppo di interessi personali, maturazione di proprie tendenze professionali).

Peraltro i docenti (forse in virtù del carico di lavoro supplementare) hanno continuato a svolgere la loro funzione accademica, ignorando o delegando la funzione tutoriale per una difficoltà di interpretazione.

Scienze Umane (*Medical – Humanities*)

L'inserimento delle *Humanities* nei curricula, peraltro già applicato in molti Paesi, ha come obiettivo una formazione equilibrata e completa del medico, a fronte di una insufficienza della semplice preparazione tecnico-scientifica, per rispondere ad una assistenza centrata sulla globalità e complessità delle esigenze del paziente.

Di fatto emerge sempre più chiaramente la necessità di un approccio multidimensionale che superi la frattura fra le due culture (“scienze della natura” e “scienze dello spirito”) con effetti benefici su entrambi, prendendo coscienza reciprocamente dei propri limiti.

È quindi necessario elaborare una sintesi della cultura che armonizzi la diversità delle scienze nella unità della verità con una speciale attenzione ai contenuti di tipo storico, umanistico, filosofico e teologico, che accompagnino e integrino le discipline di tipo scientifico e tecnico con argomenti relativi alla epistemologia, alla antropologia, all'etica (vedi punto successivo), alla filosofia della natura e della società. Tale competenza si acquisisce con un corretto insegnamento teorico - pratico che integri:

- conoscenze (scienze umane, etiche e tecnico – scientifiche);
- partecipazione attiva e responsabile alle scelte diagnostiche e terapeutiche (training clinico);
- aspetti relazionali organizzativo–gestionali e psicologico–antropologici.

Formazione etica

A fronte delle crescenti potenzialità di intervento diagnostico – terapeutico al medico è richiesta un’iniziativa creativa con capacità di motivazione e di riflessione non potendo assumere un atteggiamento passivo, né ignorare i problemi (alternative tra possibilità: ciò che si deve fare piuttosto che ciò che si fa o si può fare) ed i dilemmi (alternative tra valori entrambi accettabili, ma in conflitto fra loro) chiedendosi qual è, nell’interesse del malato, la decisione migliore da prendere o il consiglio migliore da dare.

L’utilità della preparazione specifica di etica medica ha lo scopo di rendere i discenti capaci di:

- Identificare i valori che sono in gioco in ogni decisione clinica;
 - Distinguere bene i valori tecnici dai valori etici;
- Conoscere e riconoscere le alternative di un dilemma etico e gli argomenti che giustificano la scelta;
- Valutare in modo corretto il rapporto costo/beneficio (inteso in senso lato) di un programma assistenziale;
- Identificare le opinioni ed i valori etici del malato per ottenere, con l’informazione e la persuasione, il consenso informato.

La formazione etica contribuisce alla “rettitudine” dei comportamenti (compassione, sensibilità, umanità) ed alle buone relazioni con il malato, mentre la sua assenza forma degli “ingegneri degli organi malati”, ma non dei medici.

Management Clinico

La formazione universitaria nella facoltà di medicina, da sempre, si basa su tre grandi pilastri (ricerca scientifica, didattica ed assistenza) altamente interconnessi, inscindibili ed essenziali per la realizzazione di una formazione di qualità (non c’è formazione di qualità senza eccellenza

nell'assistenza e nella ricerca), ma contemporaneamente in concorrenza nel percorso formativo (l'eccesso di ricerca può soffocare l'assistenza o viceversa; etc.), così da accumulare un bagaglio di esperienza sufficiente attraverso un confronto con realtà cliniche, didattiche e di ricerca diverse per dimensioni, bacino di utenza ed obiettivi.

Inoltre è indispensabile che il percorso formativo consideri adeguatamente che con l'istituzione delle Aziende Sanitarie (D.lvo 502/92 e successive integrazioni e modificazioni) è in corso nel nostro Paese una profonda trasformazione nella pratica di cura della salute. Tale riorganizzazione dei sistemi sanitari ha comportato l'ingresso di nuovi criteri operativi (DRGs; budgets, PDT, etc.), di nuove figure professionali (amministrativi, socio-assistenziali, etc.) e di inattesi criteri di economicità, di appropriatezza e di efficienza (degenza media, tasso di occupazione, punto medio di complessità etc.) nel normale agire professionale medico attraverso le analisi costo-beneficio, costo-utilità, costo-efficacia.

Infine è necessario che il percorso formativo consideri anche che il setting odierno del lavoro medico è un setting, stante la vastità e specificità delle conoscenze, interdisciplinare e di lavoro in "équipe" con la necessità di acquisire alcune modalità di operare che considerino le caratteristiche psicologiche e comportamentali proprie di tale approccio :volontà di collaborazione, capacità di dialogo, rispetto reciproco, accettazione dei ruoli, attenzione ai valori della persona etc.

Adeguamento dell'insegnamento clinico

L'insegnamento clinico, che è di primaria importanza nella formazione del medico, deve essere effettuato tenendo presente la grande influenza che i principi morali (libertà e responsabilità) esercitano sui rapporti fra il personale sanitario medico e non medico ed il malato specie se è in ospedale in quanto è maggiore la gravità della malattia ed è frequente l'incontro con équipe più numerose. Durante questo percorso formativo è importante che siano bene evidenti e quindi interiorizzati, alcuni principi etici che riconoscono la dignità della persona-malato:

- L'autonomia del malato: egli ha diritto di conoscere ciò che accade alla sua persona, per cui può accettare o rifiutare di essere utilizzato come strumento di insegnamento clinico o come puro oggetto di studio.
- Rispetto della sua integrità personale: l'uso del numero del letto, oggi meno comune di un tempo, ma purtroppo riemergente per la tutela della privacy, ha tradizionalmente

rappresentato il primo “attacco”, in senso temporale, alla sua integrità – identità personale nel corso del viaggio-malattia, così da non vedere il volto, non comprendere le ansie e non portare alla luce le risorse interiori.

- Rispetto della nudità: non è raro il rischio di far perdere l'identità personale specie nell'atto di visitare il paziente (esame obiettivo), in cui la mano del medico, spesso sconosciuto, entra nell'intimità profonda del corpo. L'esame obiettivo è forse l'unico caso in cui viene consentito ad una persona estranea di “esplorare” il nostro corpo al di fuori da ogni rapporto affettivo.
- Consenso informato: il malato deve essere informato che le manipolazioni cui verrà sottoposto (esame fisico, procedimenti diagnostici e terapeutici) vengono effettuati non solo da medici, ma anche da studenti in medicina per scopo di istruzione-formazione.
- La non maleficienza, ossia il dovere di non nuocere al malato: ciò si può ottenere mediante l'istruzione preliminare degli studenti con i simulatori tridimensionali e con la costante sorveglianza degli studenti quando effettuano le loro prime esperienze “in vivo”.

La crescita esponenziale della cultura medico-scientifica in questi ultimi decenni ha determinato una vera dicotomia tra le informazioni di ordine strettamente biologico e la scarsità di orientamento sulla psicologia della persona malata, così che pur in presenza di elevate competenze specifiche, la cultura sanitaria odierna corre il rischio di diventare largamente disumanizzante perché tecnicizza i problemi vitali dell'uomo.

Per rispondere a queste problematiche è necessario che nell'attività assistenziale la persona-malato, considerata nella sua integrità, riceva attenzioni, premura ed amore, considerando ed applicando alcuni principi etici fondamentali:

- dell'identificazione e del rispetto dei valori del malato: vedere l'uomo conoscendo i suoi bisogni di autostima, di sicurezza e di affiliazione e sforzarsi di soddisfarlo;
- dell'informazione: chiara e perfettamente comprensibile per avere il consenso informato e fugare i dubbi, rassicurare e sedare l'ansia;
- della collegialità: buone relazioni di rispetto e di collaborazione tra i membri della équipe per creare atmosfera di calma e serenità, per dare sicurezza al malato;
- della competenza professionale: essere capaci di curare ed assistere il malato nel migliore dei modi e volerlo fare (evitare malattie iatrogeniche e nursigeniche);

- della riservatezza e del segreto professionale: evitare la presentazione di casistica clinica con le generalità del paziente, con la fotografia identificatoria e con caratteristiche che ne permettono il riconoscimento.

Umanizzazione del rapporto con il malato

E' importante che nell'esperienza di pratica clinica, spontanea o programmata (tirocinio), lo studente veda fare sull'esempio di maestri o almeno di tutor e viva direttamente momenti di formazione che lo aiutino ad affrontare tutti i bisogni della persona-malato e non solo quelli strettamente connessi alla patologia d'organo: il malato è persona "sempre", soggetto di sentimenti, di dignità e di ruoli (non è un numero, non è una pratica, non è un organo, non è una malattia).

E' necessario riconoscere e dare risposte ad alcuni e fondamentali diritti a:

- tutela della salute: interventi tempestivi e professionali per le cure possibili, anche per malattie terminali (AIDS, cardiopatie, neoplasie, ecc...), avvicinandosi con partecipazione anche con piccoli gesti affettivi (esempio tenere la mano, etc.) in quanto la "compassione" del medico è un elemento fondamentale per una corretta relazione con la persona-malato nella sua integrità, non arrendendosi dinanzi alle difficoltà, ma alimentando serenità e speranza.
- essere trattato come essere umano: rispettare la sua dignità sempre specie in situazioni difficili (perdita della coscienza, della ragione , ecc) Peraltro l'informazione adeguata e responsabile sulla propria situazione di malattia può facilitare la compliance della persona-malato alla terapia e quindi anche al possibile successo terapeutico;
- rapporti sociali e serenità dell'ambiente, anche nella non autosufficienza (corsia affollata, rispetto della privacy, isolamenti, orario di visita, ecc...), superando con buona volontà e con spirito innovativo "usanze" consolidate nei decenni in quanto ritenute funzionali, ma contrarie alla vera ospitalità;
 - assistenza religiosa: recuperare la dimensione spirituale (a qualunque religione appartenga o no) costruendo una vera e propria alleanza terapeutica aperta a varie figure (familiari, infermieri, psicologi, sacerdoti, etc.)

Conclusioni

Con gli argomenti trattati vengono affrontate alcune problematiche che cercano di ridisegnare e riscoprire le caratteristiche culturali, sociali ed umane della professione medica mediante il rinnovamento del processo formativo. E' un tentativo di rispondere con buona volontà e con fiducia, in spirito di servizio, alle persone sofferenti e alla società civile globalmente intesa cercando di dare sostanza alle principali caratteristiche per far bene il medico con riferimento a tre principi fondamentali:

Rispettare la dignità e la centralità della persona

- Il primato attribuito al benessere del paziente
- Il rispetto della volontà del paziente
- Il perseguimento dell'equità sociale
- Atteggiamento obiettivo e realistico sull'intervento medico (presunzione di inefficacia: utile – inutile; primato del non fare: prudenza, primo non nuocere)

Non arrendersi

- Tensione morale (senso di giustizia, desiderio di far bene, rispetto per gli altri)
- Spirito di tolleranza e compassione
- Rettitudine quotidiana: non discriminare i tuoi pazienti
- Mantenere il rispetto di se stessi e del proprio lavoro: no al gioco del mercato

Conservare la fiducia dei pazienti

(Carta della professionalità medica nel nuovo millennio)

- Competenza professionale
- Franchezza coi pazienti

- Rispetto della riservatezza
- Appropriatezza nei rapporti personali
- Miglioramento della qualità delle prestazioni
- Facilitazione dell'accesso alle cure
- Incremento delle conoscenze scientifiche
- Controllo dei conflitti d'interesse per conservare la fiducia
- Contributo all'integrità della professione

4

Salvatore Geraci

ETICA MEDICA INTERCULTURALE

Non sono un esperto in argomenti di bioetica interculturale ma lavoro da tanto tempo in ambito sanitario con gli immigrati: sono quasi 20 anni nei quali sono impegnato in un ambulatorio per immigrati di Roma dove abbiamo seguito quasi 80.000 stranieri di oltre 140 nazioni; allora forse posso provare a fare qualche considerazione partendo proprio da questa esperienza.

Abbiamo cominciato ad occuparci di immigrati prima ancora di immigrazione, di persone malate, di bisogni sommersi e di diritti negati. Protagonisti sono stati molti medici, infermieri, operatori sociali prevalentemente nell'ambito del volontariato e del privato sociale, che a Roma ma anche in varie parti d'Italia hanno avuto umanità, sensibilità professionale e un forte senso di giustizia sociale, e diremmo profonde motivazioni etiche, per impegnarsi nel garantire tutela della salute, senza esclusione. Dall'impegno personale si è passati ad una coscienza collettiva di una nuova realtà, dall'emergenza all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'incontro con questi "nuovi cittadini".

Definire l'immigrazione in Italia come elemento di un cambiamento epocale della nostra società potrebbe sembrare esagerato in un periodo storico di grandi modificazioni culturali ed economiche, pensiamo alla così detta globalizzazione, e di accelerate dinamiche sociali dettate da livelli di comunicazione sempre più veloci e diffusi.

Eppure l'incontro con persone di culture, storie, aspettative, espressioni e percezioni dei bisogni diversi dai nostri ci modifica e modificherà la nostra società più di quello che possiamo oggi immaginare: è una modifica nei comportamenti e negli atteggiamenti, nel linguaggio, per molti di noi una modifica nel modo di lavorare, nel modo di essere e di porci in ambito professionale, un'occasione per sperimentarci anche sul piano etico e culturale.

Ma andiamo con ordine e cerchiamo di acquisire una serie di elementi base del fenomeno migratorio che potrebbero esserci utili nel definire anche delle priorità nell'etica interculturale.

L'immigrazione è certamente un fenomeno molto articolato. Possiamo individuare almeno quattro parole chiave: fenomeno in evoluzione, eterogeneo, strutturale e necessario.

In poco più di venti anni l'Italia è diventata e si è consolidata come meta più o meno definitiva per un flusso di cittadini stranieri in costante aumento: all'inizio del 2006 si stima una presenza di poco oltre 3 milioni di stranieri, con un'incidenza sulla popolazione residente di circa il 5,2%, in linea con la media dell'Unione Europea.

Ma l'Italia ha anche circa 3.500.000 nostri concittadini che vivono stabilmente in altri paesi e sono di origine italiana (cioè potrebbero diventare cittadini Italiani a tutti gli effetti qualora tornassero più o meno definitivamente nel nostro territorio) quasi 60.000.000 di individui.

Per via di questo “effetto doppio” (paese di emigrazione e paese di immigrazione) l'Italia assume una rilevante dimensione internazionale con un ventaglio di paesi di origine degli immigrati più allargato anche rispetto a paesi come la Germania che accoglie più di 7 milioni di stranieri. Attualmente gli immigrati nel nostro paese provengono da poco più di 190 nazioni in un variegato intreccio di lingue, culture, tradizioni e religioni: se a Berlino (e, fino ad un recente passato, in genere in Germania) per arrivare quasi all' 80% delle presenze straniere basta fare riferimento a coloro di origine Turca, in Italia per raggiungere l'80% degli immigrati servono 22 comunità etniche diverse. Non è quindi esagerato affermare che l'Italia è ormai una realtà multietnica ma anche “multietica”.

Un altro fattore di certa attenzione in Italia, come anche in Spagna, è l'accentuato ritmo di aumento, dovuto all'intreccio tra declino demografico e mancanza di forze lavoro specialmente in determinati settori. Se gli immigrati nel mondo raddoppiano ogni 35 anni, questo in Italia è avvenuto fino al 2000 ogni 10 anni ed attualmente un ulteriore raddoppio è avvenuto in 5 anni.

Evoluzione, eterogeneità ma anche strutturalità: come abbiamo scritto all'inizio del 2006 erano 3.035.000 gli immigrati presenti regolarmente in Italia secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes e, tra questi, 2.670.514 gli stranieri residenti secondo l'Istat. Ai dati “ufficiali” vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente (da vari studi dal 10% al 18% sui regolari) e quindi complessivamente possiamo considerare la presenza di immigrati nel nostro territorio in circa 3.500.000 persone (stima min 3.000.000 e max 3.800.000). Altro elemento di eterogeneità quindi è anche il diverso status giuridico (grossolanamente regolare versus irregolare o clandestino) che spesso attribuisce giudizi etici (regolari “buoni”, irregolari “cattivi”) a persone costrette a subire scelte politiche che allargano o restringono le possibilità di presenza legale: in realtà legali ed illegali sono le stesse persone, sono gli stessi immigrati in rapporto al nostro momento di osservazione, prima o dopo una regolarizzazione (provvedimento per far emergere l'irregolarità sommersa). Con le 5 regolarizzazioni (sanatorie) dal 1986 al 2002 si sono “sanati” oltre 1.600.000 immigrati e possiamo a ragione affermare che la maggioranza degli

immigrati regolari oggi hanno avuto direttamente o indirettamente (perché famigliari ricongiunti o figli) una storia di irregolarità giuridica subita e non voluta. Non giustifichiamo certamente la clandestinità, condizione da prevenire ed a cui opporsi perché espone a diversi rischi chi la subisce, ma la vogliamo correlare a politiche di accoglienza ed integrazione spesso deboli ed incerte.

Il 64,4% degli immigrati regolarmente presenti ha una età compresa tra 19 e 40 anni, poco meno del 50% è di genere femminile, gli europei sono il 48,8%, gli africani il 23,1%, gli asiatici il 17,4% e gli americani l'10,6%. Ciò implica la compresenza di molte fedi: quella cristiana (49,1%), la musulmana (33,2%) e le religioni orientali (4,4%). La maggioranza dei permessi di soggiorno è a carattere stabile: è presente per lavoro il 62,6% dei soggiornanti e il 29,3% per famiglia, vi è poi un 5,3% per "altri motivi" anch'essi stabili o di una certa durata (motivi religiosi, residenza elettiva, corsi pluriennali di studio).

Negli anni '90 il processo di radicamento è stato molto incisivo e la popolazione con almeno 5 anni di soggiorno è passata da un terzo a più della metà. All'inizio del 2001, secondo una verifica effettuata dall'ISTAT, il 10% degli immigrati viveva in Italia da più di 15 anni, il 26% da più di 10 anni e il 54% da più di 5 anni. Le persone coniugate alla fine del 2002 hanno superato la maggioranza assoluta delle presenze (51,8%), includendo in questo calcolo quelli con e senza prole. I minori secondo stime hanno superato le 650.000 unità (oltre la metà nati in Italia) e oltre 550.000 sono iscritti a scuola nell'attuale anno scolastico.

Considerando quindi i dati riferiti ed in particolare che oltre il 97% del totale dei permessi di soggiorno è a carattere stabile, il fenomeno migratorio si caratterizza sempre più non come qualche cosa di provvisorio ed estemporaneo ma ormai come componente strutturale del tessuto sociale, economico e culturale del nostro paese. La presenza di famiglie ricongiunte inoltre, fa sì che si passi da una condizione di tendenziale invisibilità sociale ad una relazione più intensa con il paese d'accoglienza, imponendo un rapporto più serrato tra le culture.

Per quanto scritto, l'immigrazione è vista dai più come una necessità: economica e produttiva, sociale e demografica. A noi piace sottolineare un'altra necessità che ci fa ben disporre all'arrivo ed alla stabilizzazione di cittadini di altri paesi: è la necessità di innestare nella nostra cultura stimoli, entusiasmi, concezioni della vita, spessore storico, tradizioni e aspettative di altri contesti culturali e sociali. L'immigrazione in Italia non è solo numeri, dati e statistiche: è culture che si incontrano, che si fecondano più o meno consapevolmente, dando vita ad un meticcio culturale che

probabilmente solo i nostri figli o nipoti vivranno pienamente e che non può che produrre, come costantemente è successo nella storia, i passi avanti di una umanità da sempre in cammino.

Solo in tempi relativamente recenti l'Italia ha definito delle chiare politiche per garantire l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sanitarie ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale. Dal 1998, con il Testo unico sull'immigrazione e con gli atti ad esso conseguenti - nello specifico sanitario è da segnalare una corposa Circolare ministeriale datata 24 marzo 2000 e pubblicata su G.U. n. 126 Serie generale del 1 giugno 2000 - e con le indicazioni contenute nelle ultime tre edizioni del Piano sanitario nazionale (Psn) si è evidenziata una politica sanitaria estremamente attenta e pragmatica. Si è così definita l'inclusione a pieno titolo degli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati rimossi alcuni requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale - Ssn, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio: richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso per legge anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità (decreti legge prima e ordinanze ministeriali poi avevano introdotto e sostenuto tale norma dal 1995), garantendo loro oltre le cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva in una logica solidaristica, di cui è permeato ad oggi il nostro sistema sanitario, ma anche in termini di tutela della collettività e di prevenzione della comunità che passa necessariamente dalla promozione della salute individuale indipendentemente dalla status giuridico, sociale e culturale.

I dati sulle condizioni di salute degli immigrati, fino ad un recente passato, sono stati legati ad esperienze locali (alcune Regioni hanno prodotto statistiche in particolare sui ricoveri ospedalieri, alcune Aziende sanitarie sui propri assistiti), a reti di strutture di volontariato o comunque sostenute dal privato sociale o da società scientifiche, o a singole situazioni di patologia (malattie infettive) o di bisogno specifico (interruzione volontaria di gravidanza). Dati comunque significativi perché hanno permesso di tratteggiare un profilo di salute dello straniero nel nostro paese credibile e scientificamente attendibile e hanno potuto individuare alcune aree critiche dove destinare maggiori attenzioni e risorse.

Il profilo sanitario così tracciato, sotto l'impulso degli input del Psn e della strutturazione del fenomeno migratorio, oggi trova conferma e si arricchisce di un maggior numero di ricerche statistico-epidemiologiche e di flussi di dati seppur ancora frammentari e non omogenei.

Ad esempio l'analisi delle Sdo sono coerenti con quanto ci si poteva attendere sia per un aumento assoluto degli stranieri in Italia, sia come auspicabile conseguenza di politiche tese a dare maggiore permeabilità alle strutture sanitarie pubbliche: in questo senso può essere letta la tendenza alla diminuzione della differenza in particolare tra i ricoveri di un giorno e sull'utilizzo del day hospital, trend da valutare attentamente negli anni a venire per capire se ciò indichi una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali. Che una tendenza in questo senso ci sia stata è evidenziato da una ricerca recentemente pubblicata dall'Istituto Superiore della Sanità (Rapporto Istisan 03/4 del 2003) che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da paesi ad economia meno avanzata ed in particolare si è proposta di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici. Lo studio partito nel 1995-96 è stato riproposto nel 2000-01 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa introdotta nel 1998. In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero di ecografie è quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media con il 3°, come tra le italiane. Altre rilevazioni sugli esiti della nascita su diversi campioni di popolazione a livello nazionale confermano questa tendenza al miglioramento dei percorsi assistenziali e degli esiti sulla salute da quando l'Italia ha scelto chiare politiche di accesso ai servizi per tutti gli immigrati.

I dati sanitari disponibili evidenziano quindi un superamento delle situazioni di esclusione dai servizi da parte degli immigrati ma indicano anche una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria (malattie da disagio, infortunistica soprattutto sul lavoro, alto ricorso all'ivg, alcune malattie infettive prevenibili, ...) in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà persistenti di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

Tuttavia il pregiudizio sugli immigrati come "untori", portatori di malattie infettive e tropicali (oggi il numero maggiormente significativo di immigrati in Italia proviene dall'Europa dell'Est!) sembra essere ancora radicato, non solo nella popolazione italiana condizionata da un dibattito sull'immigrazione sempre dai toni troppo accesi, ma anche tra gli stessi operatori sanitari: un nostro

studio su un ampio campione di operatori sanitari italiani (circa 3.000) ha evidenziato che oltre il 50% ritiene le malattie più frequenti tra gli stranieri in Italia essere proprio le malattie infettive, in particolare la tubercolosi, la malaria o quelle sessualmente trasmesse e l'Aids (per quest'ultima condizione patologica, è da evidenziare come a fronte di un aumento assoluto e relativo dei nuovi casi in cittadini stranieri, in realtà i tassi, cioè i casi rapportati alla popolazione di riferimento, indicano un trend di chiara diminuzione nel tempo).

Questo pregiudizio, spesso alimentato da semplificazioni pseudoscientifiche, è purtroppo trasversale in tutte le professionalità sanitarie (medici, infermieri ed altri operatori socio-sanitari) e costante nel tempo (la rilevazione è iniziata dieci anni fa ed è tuttora in corso). A completamento di quanto detto va anche rilevato come un altro 30% del campione attribuisce a problematiche psichiatriche, che di per sé sono stigma di alienità, i quadri patologici più frequenti tra la popolazione straniera e solo una minoranza ha inquadrato il fenomeno nei termini corretti (malattie routinarie o condizioni patologiche espressione di un disagio socio-economico e culturale).

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

Oggi è fondamentale garantire realmente agli stranieri pari opportunità rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità delle prestazioni sanitarie come sancito dalle leggi in vigore.

Infine alcune considerazioni sull'etica interculturale. Anche su questo tema dobbiamo stare attenti a non cadere in facili semplificazioni se non in pregiudizi. Abbiamo prima citato quello di tanti medici ed operatori sanitari che vedono l'immigrato "vettore" di malattie infettive e tropicali. Abbiamo chiamato questo atteggiamento sindrome di Salgari: tutti noi lo conosciamo come l'autore dei Pirati della Malesia, di Sandokan, del Corsaro Nero e tanti altri eroi. Ci ha fatto sognare, ci ha fatto vivere delle esperienze culturali bellissime ma lui, Salgari non è mai andato in Malesia. E' nato vicino Verona, il suo spostamento più grande è stato da Verona a Torino, poi da Torino a Collegno perché aveva qualche problema di salute mentale, ma sostanzialmente lui pur non visitando quei luoghi ci ha fatto vivere delle emozioni con i suoi racconti immaginari. Lo stesso è successo quando sono arrivati gli immigrati, quando l'immigrazione è diventata visibile nel nostro paese. Moltissime persone, molti politici, hanno affrontato il tema senza nessun tipo di conoscenza, ma immaginando un mondo di malattie tropicali, un mondo di incomunicabilità assoluta. E questo,

in alcuni momenti storici ha condizionando anche le scelte di politica sanitaria. E' il senso delle proposte del controllo sanitario alle frontiere, costose, inattuabili e perfettamente inutili, ma rassicuranti per difendersi da un'alterità impregnata di esotismo fantasioso.

Rischiamo forse anche in ambito etico di concentrarci su elementi certamente critici, pensiamo alle mutilazioni genitali femminili, alla poligamia o altri ambiti culturali specifici, senza affrontare la quotidianità dell'etica che è quella dell'incontro, della relazione: è quella di alcuni temi che abbiamo sintetizzato in accoglienza, relazione, equità, in termini di approccio transculturale.

Uno degli elementi emergenti, parlando di immigrati è, ad esempio, l'alto ricorso delle donne straniere all'interruzione volontaria della gravidanza e qualcuno ha detto: *questo è dovuto per il fatto che hanno un'etica diversa nell'affrontare questo tema*. In parte forse è vero ma forse dobbiamo interrogarci su quali siano le politiche che oggi possono permettere ad una donna straniera che rimane incinta di mantenere il proprio bambino, di affrontare serenamente una gravidanza, di pensare ad un futuro positivo. Non giustifichiamo la scelta dell'ivg ma ci mettiamo in gioco in un'ottica di condivisione e non di giudizio.

Ed ancora un altro tema etico è quello dell'equità: non c'è equità nell'accesso alle cure, non c'è equità nella fruibilità delle prestazioni, non c'è equità tra cittadini italiani poveri e ricchi, non c'è equità tra cittadini italiani acculturati e con minore scolarità, non c'è assolutamente equità tra cittadini italiani e cittadini stranieri.

Concludiamo, richiamando la nostra esperienza alla stazione Termini dove dal 1983 visitiamo pazienti senza permesso di soggiorno. Il nostro intervento si basa essenzialmente su quattro ambiti: quello clinico assistenziale, quello di studio e di ricerca, di formazione e quello di impegno per i diritti. Gran parte delle associazioni del privato sociale e del volontariato in Italia che si sono occupati per lo meno storicamente dell'assistenza agli immigrati si sono organizzati più o meno in questi ambiti. Il nostro primo direttore, monsignor Luigi Di Liegro, fondatore della Caritas di Roma, ha proprio dato "l'imprinting" in questo modello di intervento che è sintetizzato con la nostra "mission", scritta insieme a centinaia di volontari che in questi anni si sono impegnati con noi. Rileggendola sembra quasi un mandato etico: *mettersi in relazione con ogni persona partendo dalla stima e dal valore della vita di ciascuno a qualsiasi cultura o storia appartenga, per conoscere, capire e farsi carico con amore della promozione della salute. Prendersi cura soprattutto di coloro che sono più svantaggiati affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi ad ogni livello dai singoli, dalla comunità e dalle istituzioni diritti e dignità di tutti senza nessuna esclusione*. Grazie.

Bibliografia essenziale

- Caritas e Migrantes: Dossier Statistico Immigrazione (anni 2003, 2004, 2005 e 2006). Roma, edizione Nuova Anterem, 2003, 2004, 2005 e 2006
- Geraci S, Marceca M. La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali. In: Atti della Conferenza nazionale "Migrazioni e salute" - Bari, 3-4 maggio 2002. Lecce, 2002: 36-51.
- Geraci S.: La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. In Studi Emigrazione. Centro Studi Emigrazione, Roma, anno XLII, marzo 2005, n. 157, Roma, 2005, pp. 53:74
- Geraci S.: Medicina e nuove povertà: immigrati e comunità etniche. In Orizzonte medico. Numero monografico dedicato agli Atti del XXIII Congresso Nazionale "Medicina e dignità umana: i medici promotori di salute e strumenti di salvezza". Bari, 2004 – 15:18
- Geraci S.: Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora "fragili". In Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull'immigrazione – Caritas/Migrantes. Nuova Anterem, 2003; 183:192
- Geraci S: Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere. In Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM. Lampedusa (Ag), 2004 – 6:9
- Marceca M. L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti. L'Arco di Giano 1999; 22: 27-35
- Mazzetti M.: Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto, Carocci, Roma, 2003
- Spinelli A, Grandolfo ME, Donati S. et al: Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. Rapporti Istisan 2003; 03/4: 11-23

5

Domenico Di Virgilio

IL RISCHIO DELL'ABBANDONO

Ho impostato questo mio intervento su riflessioni di ordine psicologico, filosofico, sociologico. Ho cercato di tirar fuori l'esperienza maturata in 40 anni vissuti in ospedale. Inizio con queste due frasi: " Oh mio Dio fa che io entri vivo nella mia morte!" e questa altra presa dalla lettera di S.Paolo ai Corinti: "Mentre il nostro uomo esteriore va in rovina il nostro uomo interiore si rinnova di giorno in giorno!". Ebbene, queste due frasi credo che bisognerebbe inciderle all'ingresso di ogni struttura sanitaria. Cosa intendo proporvi con ciò? Voglio dire prima di ogni cosa che io desidero essere "vivo" fino alla morte indipendentemente da come possa esprimermi o non esprimermi, che io sia conscio o inconscio, che io possa comunicare o non possa farlo, perché io voglio poter entrare vivo nella mia morte quindi non essere lasciato in un letto in attesa di...o a casa in attesa di...né sentirmi dire comunque "ci spiace, non c'è più niente da fare". Io sono vivo fino alla fine! Ed ho il diritto di entrare vivo nella mia morte! Quello che c'è dopo è un problema di fede personale. Comunque noi facciamo fatica a riconoscere l'uomo nella sua totalità in ogni istante del suo vivere. Certo se si è belli di cultura è molto più facile farsi accettare, è facile comunicare attraverso l'apparenza, è difficile comunicare con qualcuno in cui noi non ci riconosciamo. Se mi accorgo che il mio corpo se ne sta andando, quasi che mi tradisse, che non mi ubbidisse più, non mi accetto e mi accorgo guardando negli occhi degli altri che gli altri non mi accettano o fanno finta, per me nasce un grande problema; ecco che allora mi soccorre proprio la frase di S.Paolo che in fondo mi vuol dire: anche se io non riesco più a comunicare perché il mio uomo esteriore se ne va a pezzi... attenzione c'è comunque dentro me questo mio uomo interiore...ed allora bisogna vincere la repulsione, il primo rifiuto che compare, bisogna accettare che in ogni persona malata, vecchio o demente, c'è comunque un uomo interiore che non può essere trascurato! Occorre aiutare sia il volontario, sia l'infermiere, sia il medico a capire che si può sempre comunicare, perché bisogna cercare sempre in ogni modo l'aggancio con questo uomo interiore anche senza parole perché in fondo la comunicazione è energia, è vibrazione intensa e tutto ciò va fatto capire anche ai familiari e agli amici che anche in quel momento in cui la persona non sembra più essere se stessa è comunque un uomo! In queste circostanze, il primo approccio, dovrebbe essere basato e guidato da una profonda umiltà. L'umiltà autentica di essere davanti al mistero della vita e della morte che pur sempre un mistero rimane. Nessuno potrà mai insegnarci pienamente il vero e più positivo metodo

dell'accompagnamento. Si può insegnare una tecnica, si possono insegnare delle manovre, ma l'accompagnamento alla morte è qualcosa di molto più difficile, sfugge perché collegato anche al rapporto più emozionale tra le persone, al dare e al ricevere, anche alla nozione del tempo: quante volte sentiamo e diciamo: "Io non ho tempo!", "Il personale curante non ha tempo", "Il medico non ha tempo"! Però anche questa cognizione di tempo è fondamentale, il tempo del morente non è come il nostro! Per noi il tempo è composto da un passato, da un presente ed un futuro, qui invece la nozione del tempo viene completamente scombussolata sia al momento della diagnosi di una malattia grave sia quando questa malattia diventa inguaribile, pur sempre curabile, ma inguaribile e poi ancora quando il malato diventa terminale e si giunge ai cosiddetti ultimi momenti che non si sa naturalmente quando e come, però in quel momento lì il tempo per una persona morente diventa un unico presente, non è più suddivisibile in tre momenti diversi. E' un oggi senza domani. Ecco, in quel momento bisogna essere in grado di capire che non si può più rimandare, che qualsiasi momento è fondamentale che deve essere immediatamente percepito perché i bisogni di una persona sono cambiati radicalmente e sono tanti e non si può rimandare perché non si sa bene quanto tempo c'è ancora a disposizione. Perché allora nascono tante difficoltà in queste fasi della malattia? Perché noi partiamo da un punto di vista che è la nostra paura d'insicurezza. Tutta la difficoltà ad accompagnare correttamente la persona è legata alla nostra paura della sofferenza e della morte perché viviamo in una società in cui la morte è tabù, la morte è un freno, un elemento di rottura, insomma comunque rimane un grande problema! Per fortuna oggi cominciamo a fermarci un po', a riflettere, a riprendere in mano il nostro diritto alla morte, perché in fondo la morte fa parte della vita. Il rispetto dell'altro è basato soprattutto sulla conoscenza dell'altro quindi occorre impegnarsi per conoscere meglio l'altro. Momento centrale è allora l'ascolto, la capacità di ascolto, un ascolto attivo, se vogliamo, un silenzio parlato, un silenzio che comunica e non è solo star seduti senza far nulla ma essere all'ascolto dell'altro anche se non parla! Ma anche questo silenzio costituisce la base di una delle grandi paure, perché noi viviamo in una società di rumori, di movimento, perciò spesso c'è la tendenza a dire: devo fare, devo agire frettolosamente; ma a volte è sufficiente una presenza silenziosa senza movimento per far sorgere un feeling positivo con l'altro che è di fronte a noi in un momento delicato e particolare della sua vita. E' certamente difficile entrare in relazione con un malato terminale e ancor più con un malato destinato ad una lunga e lenta progressione della malattia. Eppure un buon approccio comportamentale può ridurre sensibilmente la presenza di ansia e depressione o di sintomi specifici, questo indipendentemente dalla posizione della propria fede pur importante nonché della fede del paziente e di chi lo assiste. Il rispetto del malato come persona e il rispetto della sacralità della vita possono certamente però

migliorare la qualità di vita anche di un paziente non credente. Nessuno è da considerarsi inadatto per stare accanto a chi soffre. Chi si autodefinisce troppo sensibile a volte è perché è troppo egoista per prendere in considerazione la possibilità di portare aiuto a prezzo di un coinvolgimento o anche di una sofferenza personale. Inavvertitamente mettiamo ogni volta sulla bilancia il peso dei nostri problemi e quello della nostra serenità. E' sicuramente comprensibile cercare la serenità tipo nirvana, ma comunque è da persone dotate di grande umanità scegliere il soccorso e quindi l'accompagnamento diventa il peso di questa scelta. Ricordate quella frase evangelica: "cercate di entrare dalla porta stretta". Nessuno è da considerarsi insufficiente per star vicino a chi soffre, siamo solo dei canali per portar acqua ai fratelli. L'acqua è vita, non il canale! Sono poche le cose da ricordare per iniziare un percorso vicino a chi soffre, ma prevedono per chiunque un coinvolgimento importante, superabile solo se si ha nella fede (per chi la possiede) e comunque nella coscienza che la salvezza non è la salute ed è per noi il bene prioritario. Vado avanti per riflessioni come vedete. La sofferenza e la morte non sono la sconfitta della medicina sono delle condizioni stesse della vita. Il segno in fondo della nostra finitezza. La perdita di questa consapevolezza alimentata dall'idea che si possano razionalizzare e gestire tutte le fasi della vita secondo una propria progettualità è una, anche se certamente non la sola, delle ragioni che oggi stanno alle spalle del larvato consenso che si sta instaurando ad esempio intorno al tema dell'eutanasia. Se la natura non è altro che un neutro seppur complesso sistema di funzioni e di informazioni, se la dimensione biologica e fisiologica dell'umano non ha senso fuori del progetto dell'uomo stesso, allora si rischia di credere che non ci siano più cause naturali del morire e che tutto dipenda dalla volontà umana dalla propria o di quella altrui. La sofferenza infatti è stato il primo e profondo disagio esistenziale di chi, in prossimità della fine della vita, si interroga su quale sia il fine cioè il senso, il significato, la direzione della propria vita o di colui a cui ha affidato la propria salute. Oggi grazie agli sviluppi della medicina è certo più facile che in passato, rispondere ad esempio con cure palliative alla dimensione del dolore, ma resta aperto comunque il problema della sofferenza. Mentre il medico ha un dovere primario ed anche una competenza specifica che lo porta a prescrivere la terapia delle componenti fisiche e biologica dell'esistenza umana quando si tratta di esprimere il senso della vita umana si trova, per così dire, nelle stesse condizioni del suo paziente, cioè non può vantare una specifica competenza perché anche lui deve attingere la risposta alla fonte della filosofia o della religione. Indubbiamente la condizione del morente ha una forte carica evocativa nei confronti di tutti noi perché in qualche modo richiama la nostra condizione reale di mortali. La morte in questa nostra civiltà molto tecnologica assume un aspetto angosciante anche perché sembra drasticamente smentire tutte quelle promesse di felicità e di benessere sulle

quali si è costruita la medicina del desiderio o della guarigione a tutti i costi; si resta mortali malgrado tutto. E nella condizione del morente come anche nell'esperienza della vecchiaia e nell'infermità emerge questa dimensione di passività. C'è poi anche un concetto sociologico di dignità che attiene alle aspettative della singola società ai suoi parametri di efficienza e di valore, ma questo concetto non può essere posto a fondamento della dedizione per il malato e rischia di promuovere delle autentiche discriminazioni ispirati a criteri salutistici. Il rischio è infatti sulla base di criteri empirici e sulla lettura del rapporto costi/benefici in termini quantitativi è quello di descrivere non soltanto la vita dei morenti, ma anche quella dei disabili come vite prive di senso che comportano soltanto costi sociali e disagi per coloro che li assistono e questo è estremamente attuale. Molti di voi conoscono, ad esempio, certe scelte che vengono fatte in rapporto ai costi economici. In Olanda le leucemie al di là dei 70 anni, mi sembra, non vengono curate perché il costo è eccessivo per la società, quindi c'è una scelta in rapporto ad un parametro che non tiene assolutamente conto della dignità della persona. La consapevolezza diventa possibile anche nel breve cammino che resta, può restituire forza e dignità alla persona o al malato, per vivere questo poco tempo che ha a disposizione. La realtà del termine della vita e della morte pur presente come fatto di cronaca ogni giorno sui mezzi di informazione viene di fatto accantonata, nascosta, modificata, e per quanto possibile rapidamente rimossa e dimenticata. Forse non si teme più la morte in sé, ma il percorso talora drammatico che la precede e l'accompagna. La medicina ha cercato di dare risposta a questa realtà di sofferenza. Ha cercato di concedere al paziente di impostare un iter di progressiva appropriazione personale della realtà oggettiva di questi momenti e di vivere umanamente questo evento naturale anche se tanto doloroso. E l'invocazione della morte spesso è una protesta contro la solitudine, l'abbandono, la mancanza di attenzione per esempio dei familiari o degli operatori sanitari! In un mondo come l'attuale dominato dall'edonismo, dal valore della produttività, dall'efficienza, non si sopporta facilmente la vita nella sofferenza. Proprio per venire incontro al rischio della solitudine e dell'emarginazione, sono sorte ad esempio numerose associazioni di volontariato in tutte le regioni italiane. Solo per dare un esempio parziale di una dimensione al fenomeno cito il numero verde del filo d'argento USER presente in più di 80 città che in pochissimi mesi ha avuto oltre 13.000 telefonate di soccorso. La grande maggioranza di queste telefonate provenivano da anziani, specialmente donne con età tra i 70 e gli 80 anni. Cosa ci ha insegnato quanto avvenuto nell'estate scorsa o di due estati fa? Che quando le città iniziano a svuotarsi il dramma della solitudine si fa sentire puntualmente e con maggiore crudezza. E c'è da chiedersi a questo punto se il futuro degli anziani sani o peggio ancora, non autosufficienti e malati sia senza speranza. Se veramente nulla è possibile fare per cambiare questo stato di cose. A mio

avviso, e qui c'è un po' di degenerazione professionale perché ho fatto anche per quattro anni il primario geriatra, il problema degli anziani è il più misconosciuto, il più urgente da risolvere ai nostri giorni e la violenza più arditamente nascosta dalla nostra società e lo scheletro nei nostri armadi, la menzogna su cui prosperiamo. So di dire delle parole forti ma lo sto vivendo anche con il mio impegno politico. Abbiamo presentato nel 2002 un progetto di legge riguardo alla non autosufficienza; ebbene pur trovando molti accordi ci siamo dovuti fermare e siamo fermi di fronte a difficoltà economiche perché l'aspetto economico ha condizionato le scelte. Il grande problema di essere vicino globalmente all'anziano non più autosufficiente comporta dei costi notevolissimi, ma io sono convinto che una società che voglia essere definita una società umana al di là delle ideologie, della propria fede, non possa ulteriormente rimandare questo problema che di anno in anno, come saprete dalle proiezioni, si accentuerà sempre di più. A parte pochi privilegiati per reddito, cultura e salute che occupano un ruolo preminente nella scala sociale a volte perfino eccessivo, la maggior parte degli anziani vive una penosa condizione di invivibilità, di mancanza di potere e di emarginazione. Gli anziani sono lenti nei movimenti, mal si adattano ai vorticosi cambiamenti del mondo del lavoro e alla filosofia produttivistica delle aziende, hanno perso flessibilità, sono spesso rigidi le loro opinioni ed atteggiamenti, sono a volte persino portatori di concetti difficilmente difendibili, potrebbero rappresentare perfino valori sconfitti dall'attualità. Testimoni noiosi e ripetitivi, spesso minati da penose malattie di insufficienza e di incapacità che costringono tutti noi a misurarci con i nostri limiti e la nostra fragile condizione di uomini. Non deve stupire allora se questi anziani vengono fiduciosamente affidati a quegli ospizi una volta chiamati così, oggi più pomposamente R.S.A., le case di riposo, spesso terrificanti già nell'architettura finto razionalista. Qui forse ho esagerato perché per fortuna le cose stanno cambiando, ma se girate l'Italia come ho avuto modo di girarla io per vari motivi, vi accorgete che questa situazione è in Italia per così dire a "chiazze di leopardo". Ci sono delle condizioni veramente non conosciute e che ogni tanto riempiono le cronache dei nostri giornali, di luoghi, diciamo così, di riposo dove vengono abbandonati, vengono trattati in maniera incredibilmente disumana. Ma detto questo anzi proprio a causa di questo, occorre essere convinti che molte cose rimangono da fare per migliorare la condizione degli anziani, per ridare maggiore dignità alla loro esistenza e per lottare contro la disumanizzazione oggi prevalente. Intanto proprio il destino umano comune deve spingere i sani e gli attivi all'impegno e alla solidarietà. Dobbiamo riconoscere nell'altro, ammalato, bisognoso, la parte rimossa di noi stessi, quella che l'ossessivo attivismo quotidiano tenta a tenerci lontani; è spesso celata questa realtà. Inoltre bisogna migliorare e personalizzare l'offerta dei servizi, bisogna razionalizzare gli interventi socio sanitari evitando di

ridurre al lumicino le già insufficienti risorse destinate all'assistenza e alla sanità. Occorrono delle pensioni più adeguate che permettono agli anziani una più sicura autonomia economica. Bisogna incentivare e premiare concretamente economicamente chi si prende cura degli anziani, occorre ridare forte valenza alle famiglie offrendo loro risorse umane ed economiche. Io qui non faccio demagogia, parlo da medico non da parlamentare, però qualche accenno va fatto anche ad iniziative anche recenti ad esempio, e scuserete la auto citazione, nell'ultima finanziaria sono lieto che sia passato un emendamento, un mio emendamento, che permette la deduzione di 1860,00 euro l'anno per le badanti. E' poca cosa. Voi conoscete benissimo sicuramente che cosa significa tenere un anziano non autosufficiente in casa, come è giusto che sia. Bisogna ripensare soprattutto alla nostra organizzazione di vita occidentale, la nostra filosofia falsamente vincente quando l'automazione tende sempre di più a liberarci del tempo di lavoro e quando questo tempo potrebbe essere proficuamente impiegato nel migliorare la qualità della vita dei soggetti più deboli e bisognosi. Una vita possibile. Questo è l'obiettivo di chi assiste i malati terminali. Un malato inguaribile non è tuttavia incurabile e il superamento della soglia del dolore e della sofferenza, la consapevolezza di una vita possibile anche nel poco tempo rimasto restituiscono forza e dignità al malato per vivere con pienezza questo tempo; ma questo è possibile solo se adeguatamente accompagnato. Ascoltare e dare voce al malato questo è il compito che si prefiggono il medico e chi assiste il paziente spesso stravolto da sintomi devastanti. La realtà della sofferenza e della morte, lo dicevo prima, per quanto presente sulle prime pagine dei giornali e in televisione, viene accantonata, nascosta e per quanto possibile dimenticata. Oggi forse non sarebbe più la morte in se ma come dicevo il drammatico percorso del morire che fa paura! Si teme la "meccanizzazione" del malato, si ha paura di vivere una lenta agonia e vedersi derubati in questa fase non solo di una fine pietosa ma anche degli eventi che la riguardano. Anche se la medicina ha cercato di dare risposta in questa realtà di sofferenza non solo nel senso di una progressiva evoluzione delle cure finalizzate alla guarigione delle malattie ma anche specialmente alleviando il dolore e coniugando tecnologie ad umanità. L'uso di farmaci specifici ha permesso di dominare il dolore anche se noi medici non lo sappiamo usare e non li usiamo adeguatamente. L'uso di farmaci, dicevo, ha permesso di dominare il dolore e di dare nuova dignità al malato ma soprattutto ha concesso al medico e al paziente di impostare un iter della progressiva appropriazione della realtà e della sofferenza e di vivere in serenità ed umanità questo evento naturale per quanto doloroso. Attualmente, nella maggior parte della realtà italiana, il servizio fornito ai malati in fase terminale, è disorganico a carico di strutture inadeguate, con personale culturalmente spesso impreparato ad affrontare la situazione di quotidianità ed emergenza, con elevati costi ed incerti benefici. Alcune iniziative locali, frutto della disponibilità

dei singoli professionisti, in collaborazione con organizzazioni di volontariato benemerite, eccezionali, sono esempi di sviluppo razionale ed organico, di forma, di assistenza qualificata. Secondo tali esperienze, nella grande maggioranza di questi malati un progetto razionale dovrebbe prevedere l'interazione tra medico di medicina generale e le strutture ospedaliere, con una medicina a doppio binario, al fine di realizzare delle missioni protette, con modelli assistenziali domiciliari o con ricoveri in sede appropriata. Tale soluzione presenta però difficoltà spesso insormontabili di comunicazione e organizzazione del lavoro, assenza di sostegno e di supporto, modalità definite e comuni circa gli accessi preferenziali dell'ospedale e di costi certamente non irrisori. La rete assistenziale territoriale è costituita dai medici e dalla medicina generale e dal personale distrettuale che potrebbe essere in grado di fornire, se opportunamente sensibilizzato e formato, una esauriente risposta almeno al 70-80% dei malati terminali. Nel programma assistenziale ottimale invece ciò di cui il sistema si dimostra attualmente carente sono le figure di riferimento professionali all'interno delle strutture ospedaliere per forme di consulenza su territorio e circa il 20-30% dei casi per la gestione di letti o di ricovero, temporaneo o definitivo, che rispettano i principi delle cure palliative. Il personale medico deve possedere una formazione specifica che integra nell'ambito dell'evoluzione culturale, specialistica, ospedaliera differenti background professionali. La figura dello specialista di cure palliative è oggi in grado di dare delle risposte in situazioni varie in un'accezione ampia di medicina palliativa. Con ciò evitando sia comportamenti aberranti quale l'accanimento o l'abbandono sia lo svuotamento dei contenuti che caratterizzano la disciplina attraverso le richieste di intervento nelle ultime ore di vita del malato. Il contenuto culturale multifattoriale ed interdisciplinare dello specialista in cure palliative è specifico anche se non si focalizza su un organo o su una categoria nosologica o su un tipo di popolazione ma su una particolare categoria di bisogni quella dei malati terminali e delle loro famiglie cui dare una risposta composita, medica ed umanistica. Da più parti si afferma che le cure palliative, oltre che un insieme di conoscenze interdisciplinari, sono anche un modello di assistenza proponibile alla medicina generale e specialistica. Un bagaglio di questo tipo può certamente rientrare nell'esperienza quotidiana di qualsiasi medico, nel qual caso l'attenzione va indirizzata sull'opportunità di un'educazione generale, delle cure palliative, con l'introduzione dell'insegnamento e dei principi fondamentali nel corso di laurea di chirurgia e medicina ed una formazione specifica post-laurea sia per gli specialisti che per i medici generali nonché per gli infermieri. Quello che si cerca di fare anche con questa tanto discussa "educazione continua in medicina". Tale considerazione sottolinea l'opportunità di una formazione generale nelle cure palliative oltre ad arricchire l'esperienza quotidiana di qualsiasi medico. D'altronde ricordo a me stesso che il codice di deontologia medica,

tra l'altro approvato dal consiglio nazionale nel '98 (oggi aggiornato al 16 dicembre 2006), dedica ampio spazio ai doveri del medico nei confronti dei malati terminali ricordando che proprio il sollievo della sofferenza rientra tra i compiti specifici del medico. In particolare gli articoli 3,4,16,17,18 e 39 del nuovo codice di deontologia medica condannano l'abbandono terapeutico e sottolineano la necessità di operare nei casi a prognosi sicuramente infausta e pervenuti alla fase terminale al solo scopo di alleviare le sofferenze del malato, mantenendo la migliore qualità di vita possibile. Nel suo ultimo rapporto l'OMS elenca le priorità in relazione alla difesa del malato che non può guarire: il controllo, il dolore e la diffusione delle cure palliative, sottolineando la necessità per ogni sistema sanitario di una più giusta allocazione delle risorse evitando l'utilizzo esasperato, ad esempio, di costose terapie antineoplastiche pur in assenza di concrete possibilità curative. Quanto affermo è molto delicato ma in fondo voglio dire che lo stesso Magistero della chiesa ci dice che il medico non è tenuto a fare terapie sproporzionate; voi comprendete cosa voglio dire, favorendo invece programmi terapeutici volti al controllo della sofferenza nelle fasi terminali della vita nel rispetto della volontà e della dignità della persona. Pertanto se la cura dei malati alla fine della vita rappresenta un dovere assoluto per il medico e quindi per le stesse istituzioni sanitarie, il problema è però legato agli atteggiamenti e alle scelte terapeutiche più appropriate da tener di fronte ai pazienti inguaribili e in fase terminale, ed esso non può non essere affrontato anche dal punto di vista delle implicazioni etiche. Il principio etico della sacralità della vita, bene non disponibile, da sempre ha ispirato e deve sempre ispirare l'opera del medico che deve porsi come obiettivo primario la difesa della vita ad ogni costo. Ciò mal si adatta al caso di pazienti terminali per i quali la salvaguardia della vita o l'aumento della sopravvivenza oltre gli obiettivi raggiungibili potrebbero rappresentare persino motivo di conflitto con quello che di fatto rimane l'unico fine ragionevolmente perseguibile e cioè la miglior qualità di vita possibile. In altre parole, il tentativo di difendere la vita contro la malattia inguaribile giunta ormai alla sua fase terminale potrebbe tradursi esclusivamente in un accanimento diagnostico terapeutico il quale ancor che condannato dallo stesso codice deontologico finisce spesso per aumentare le sofferenze del malato peggiorando in definitiva la sua qualità di vita. Credo che una tappa fondamentale perché si realizzi una scelta giusta e consapevole debba essere una corretta informazione al malato ed ai familiari tanto più importante proprio perché coinvolge il contenuto più drammatico della vita stessa, l'inevitabilità della morte. Non può esistere scelta se non c'è consapevolezza. Cito tra virgolette ancora il codice deontologico: "La volontà del paziente liberalmente ed attualmente espressa deve informare il comportamento del medico entro i limiti della potestà, della dignità e della libertà professionale." E qui c'è tutta la discussione sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. La dignità insomma è una

caratteristica dell'uomo in quanto tale non la condizione da cui dipende l'esistenza dell'umanità. Non può dirsi un individuo vivente appartenente alla specie umana che non abbia dignità. Nella dignità umana si individuano i diritti fondamentali quello alla vita, alla salute, alla libertà, gerarchicamente ordinate tra di loro. Perciò nella lotta per difendere la vita, la salute, la libertà è compito doveroso ed essenziale di una società. La lotta contro la sofferenza ne è parte necessaria anche se la dignità umana può rifulgere nel modo più alto quando l'uomo sa accettare coraggiosamente e generosamente la sofferenza, e di contro neppure il dolore può annullarla ed offuscarla. Si può e si deve invece fare tutto il possibile per rendere buona la vita o almeno per renderla meno amara possibile fino all'ultimo istante fino all'attimo della morte. Questo significa umanizzare la morte, far sì che l'uomo resti tale il più possibile fino all'estremo riconosciuto, nella sua dignità, oggetto di solidarietà, di cura globale, aiutato ad affrontare nel fisico e nello spirito il passo estremo. Quando si fa chiaro che la persecuzione della lotta contro la morte non ha più alcuna prospettiva di successo, la lotta deve cedere il posto all'accettazione e tutti gli sforzi vanno rivolti ad assicurare al malato le necessarie condizioni di tranquillità e la possibilità di valersi di ogni forma di sostegno e di conforto, da quello della vicinanza dei familiari e degli amici, a quello di un assistenza religiosa delicata ed attenta. La scelta di dare la morte e l'accettazione della morte non sono certamente la stessa cosa; contro questa umana e ragionevole resa di fronte alla morte sta l'accanimento terapeutico. L'impegno appassionato per la salute e la vita che non trascura la benché minima possibilità di cura è altamente meritorio. Tuttavia in senso tecnico non appare possibile o per lo meno non appare doveroso un accanimento terapeutico inteso come l'impiego di interventi fortemente invasivi e spesso umilianti volti esclusivamente a procrastinare per brevissimo tempo la morte imminente, con ciò prolungando congiuntamente inutili agonie quanto addirittura intollerabili sofferenze. In un discorso che Pio XII, quando ancora non si parlava di bioetica, nel 1957, in un congresso internazionale di anesthesiologia ad una domanda di uno dei presenti che chiedeva se fosse lecito usare farmaci antidolorifici pur se l'effetto secondario potesse essere l'abbreviazione della vita il pontefice rispose: "Sì, è lecito usare farmaci antidolorifici pur se l'effetto secondario non voluto sia quello di abbreviare la vita". In conclusione risulta quanto mai vera la considerazione già proposta dalla carta degli operatori sanitari: l'ammalato che si sente circondato da presenze amorevoli, umane e cristiane non cade nella depressione e nell'angoscia di chi invece si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte e chiede di farla finita con la vita. E' per questo che l'eutanasia è una sconfitta di chi la teorizza, la decide e la pratica. Grazie.

6

Daniele Giovanardi

LA MEDICINA DIFENSIVA

Ringrazio la mia collega, Dottoressa Bucciarelli perché, quando è arrivato il tema della mia relazione, ci siamo chiesti insieme cosa significasse esattamente medicina difensiva; abbiamo trovato qualche definizione aulica che poi riporterò, ma sono emersi anche concetti molto più semplici che riguardano la sopravvivenza quotidiana ovvero non essere coinvolti in fatti di cronaca. Sostanzialmente la definizione è molto semplice: si può parlare di medicina difensiva quando i medici ordinano esami, percorsi diagnostici, terapeutici o visite in eccesso, ma anche quando evitano pazienti e/o procedure ad alto rischio per ridurre la loro probabilità di essere accusati di malpractice (per dirla in Italiano, di imperizia, imprudenza, negligenza). Quando i medici prescrivono esami e procedure supplementari e superflue stanno praticando la medicina difensiva positiva, quando invece evitano la cura di determinati pazienti o l'esecuzione di alcune procedure stanno praticando la medicina difensiva negativa. Può quindi verificarsi un uso eccessivo di tecnologia o, al contrario, un rifiuto di prendersi carico del paziente. Vi sono dati numerici che dimostrano ciò che intuitivamente tutti sappiamo, cioè che c'è stato uno straordinario miglioramento della vita in termini di durata e di qualità, basti pensare che l'età media nell'800 non superava i 40 anni; nonostante questo gli utenti o pazienti sono insoddisfatti e protestano sempre di più e si dicono sempre più preoccupati del rapporto che hanno con la medicina e con i medici. Questo ha anche degli amari risvolti penali; quasi ogni medico è stato raggiunto almeno una volta da un avviso di garanzia. Si stima che in venti anni di attività ci sia l'80% di probabilità di ricevere un avviso di garanzia; senza parlare del Tribunale per i Diritti del Malato o dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, che mandano pressoché ogni giorno qualche esposto con richiesta di relazione circostanziata, accurata e tempestiva. Io credo che il direttore della struttura potrebbe fornire una risposta articolata direttamente al cittadino; invece non è così perché il direttore della struttura la risposta la inoltra all'ufficio, da dove il burocrate la inoltra al cittadino spesso in modo parziale o dopo aver apportato modifiche; magari se è cortese la fa vedere anche al medico. Poi le conseguenze psicofisiche per i medici sono ovvie: traumi emozionali prima e dopo il processo; perdita dell'autostima, burn out. Vi sono dati interessantissimi negli Stati Uniti e in Australia: il numero di ginecologi in certe aree è crollato del 30-40%; oppure, negli Stati Uniti, c'è una migrazione degli specialisti in stati dove la legge è meno severa. In Italia i parti cesarei sono

centuplicati, ma non per motivi strettamente clinici: questo è un classico esempio di medicina difensiva.

Per i medici ogni giorno i rischi sono numerosissimi e devo dire che noi medici siamo pochissimo attenti a quelle misure che potremmo prendere per difenderci. Recentemente abbiamo organizzato un incontro con un esperto di cartella clinica, il professor Perelli Ercolini; l'auditorio era numeroso ed attento ma composto quasi esclusivamente da amministrativi e studenti, scarsi i medici strutturati, che evidentemente considerano la cartella clinica una cosa secondaria. La cartella clinica è invece uno strumento di difesa formidabile e deve essere compilata con la massima cura, correttezza e completezza. Altrettanto dicasi per il consenso informato che molte volte viene acquisito con superficialità, mentre bisogna prestare una attenzione straordinaria. E allora noi come facciamo a difenderci, per esempio, nell'ambiente del Pronto Soccorso? Considerando che il tempo a disposizione per ogni singolo paziente è pochissimo (i consulenti psichiatri per esempio dicono "adesso ci mettiamo seduti e ragioniamo, ci prendiamo 3-4 ore..."), il medico dell'urgenza deve basarsi su linee guida predeterminate. Vi mostro, per esempio, per esempio, la scheda relativa al trauma cranico, che distingue, attraverso l'anamnesi e i sintomi, se fare o meno un TAC, e fornisce consigli per il paziente. Altro esempio è la scheda per dolore toracico, con istruzioni per il paziente: viene chiarito che il medico del Pronto Soccorso deve escludere patologie importanti: infarto del miocardio, embolia polmonare, o una rottura dell'aorta, usando tutti i mezzi tecnici a disposizione. Non è sempre però possibile escludere con sicurezza un'insufficienza coronarica e si spiega al paziente che una diagnosi approfondita richiederebbe ulteriori accertamenti, eseguibili sul territorio. Nel contempo gli si chiede di avallare il percorso con una firma. Spesso i pazienti sono disposti solo a condizione di aver la garanzia assoluta di non correre rischi e purtroppo in questi casi null'altro rimane che un ricovero cautelativo. Purtroppo i media rendono obbligatorio questo comportamento con titoli a piena pagina tipo "Dimesso dall'ospedale, muore d'infarto" e leggendo l'articolo si scopre che la dimissione risaliva a quindici giorni prima.

Ma anche per le patologie minori esiste una medicina difensiva. Alcuni giorni fa una nonna preoccupata aveva portato il nipote di 8 anni, e lei stessa diceva più che altro per uno scrupolo dovuto alla momentanea assenza dei genitori. Il bambino, che il giorno prima era caduto dalla bicicletta, accusava modesta cefalea nella zona dell'impatto e modesta dolorabilità ad una spalla. Ho impiegato molto tempo per spiegare alla nonna che era inutile fare radiografie al cranio o TAC cerebrale ma era sufficiente un'osservazione a domicilio nel tempo, poi per scrupolo ho inviato il bambino all'ortopedico per confermare la banalità del trauma alla spalla. L'ortopedico non ha voluto pronunciarsi senza una radiografia della spalla; cosa che succede anche per i traumi tibio-tarsici

(slogatura di caviglia). Abbiamo provato ad applicare la linee guida canadesi che riserverebbero le radiografie solo a determinati traumi; ma i colleghi ortopedici hanno chiesto l'avallo di questa linea guida dalla Direzione Sanitaria, che a sua volta ha chiesto parere alla Medicina Legale, che ha rimandato tutto all'ortopedico dicendo che la responsabilità comunque era personale del singolo professionista. Il risultato finale è che si continuano a fare centinaia di radiografie della tibiotarsica , il 99% delle quali negative.

Invece a proposito dell'accanimento terapeutico ricordo il caso di un paziente novantenne, in coma, inviato alle tre di notte da un ospedale periferico per eseguire TAC cerebrale, e deceduto durante il ritorno alla struttura d'origine. I parenti del paziente si chiedevano (e ci chiedevano) le motivazioni del trasporto e dell'esame quando appariva chiaro che la cosa migliore sarebbe stata lasciarlo trapassare tranquillamente. Allo stesso modo un sabato notte mi è stato mandato con l'ambulanza un paziente ultraottantenne, dimesso il pomeriggio da un ospedale di periferia dopo mesi di ricovero in attesa di un posto in struttura protetta. In struttura, vedendo le condizioni scadenti del paziente, gli operatori hanno chiamato la guardia medica che, senza visitare il paziente ha detto: "Ma come? Un novantenne in queste condizioni? Mandate un' ambulanza!". Il paziente è tornato in ospedale dopo 6 ore, in condizioni identiche a quelle della dimissione. E qui si apre il grande capitolo del limite fra assistenza e accanimento terapeutico che spesso è addirittura accanimento diagnostico.

Diverso è il discorso del rispetto del paziente. Non si dimette nessuno dall'ospedale alle tre di notte anche se tecnicamente l'intervento dell'ospedale è terminato. Per esempio un anziano policontuso che dovrebbe tornare con mezzi propri a domicilio nel cuore della notte. Al contrario è difficilissimo resistere alle proteste dei parenti che vogliono tutto e subito. Ci è stata indirizzata un lettera di protesta dall'Assessore alla Sanità, che patrocinava la parente di un paziente quarantenne trattato presso il nostro Pronto Soccorso per un trauma della strada, e per il quale era stata disposta la dimissione. Dice la parente che solo grazie alle sue ferme e vibrante proteste era riuscita ad ottenere il ricovero del parente e anche l'esecuzione di un TAC cerebrale non eseguita in Pronto Soccorso, il tutto con esito negativo.

Tutti i giorni il medico è stretto fra la coscienza che gli imporrebbe di usare una tecnologia sempre più costosa e la pressione di chi dice che bisogna dare tutto a tutti senza limite, come se le risorse fossero infinite. E la conclusione è: se l'automobile per eccesso di velocità esce fuori strada alla fine chi paga? Paga il medico? Paga la società? Paga il paziente? E questo rimane un interrogativo senza risposta.

7

Federico Manenti

L'USO E IL «MISUSO» DEI FARMACI

Desidero anzitutto ringraziare, per l'invito a trattare questo argomento, la Professoressa Camurri a cui va la responsabilità del titolo inglesizzante che tuttavia mette bene a fuoco il tema.

La mia quota di responsabilità è stata quella di accettare sia il titolo che l'invito, attirato anche da lontani ricordi della mia crescita professionale, certo a lei non noti, che mi videro coinvolto direttamente nel tema in discussione. Fatti come una conferenza del Professor Coppo, poi tanto determinante nella mia storia universitaria, rimasta indelebilmente fissata nella memoria - ero studente del terzo anno - sul danno da antibiotici, tema allora non usuale. Come, ancora, la collaborazione con il Professor Bonati, insieme ad altri Assistenti della Clinica, per la redazione un testo su "Patologia e malattie iatrogeniche", dedicato largamente ai farmaci. Voglio citare infine, per la importanza formativa che ha avuto per me e per le implicazioni nei confronti dell'utilizzo dei farmaci, l'essere stato coinvolto fin dalle sue fasi iniziali nello sviluppo della teoria della sperimentazione terapeutica controllata che risale agli inizi degli anni '70 e che ha poi fornito la base alla medicina cosiddetta della evidenze,.

Per entrare nell'argomento, in parte a dispetto della citata medicina dell'evidenza ma per trarre un messaggio "digeribile" dal mare di informazioni disponibili (4000-5000 voci bibliografiche ad una semplice ricerca su Internet, un numero che farebbe pensare ad una ricerca "sbagliata" ma da invece un'idea della vastità del tema) mi limiterò ad alcuni esempi dalla letteratura medica più recente per chiarire i tratti più salienti del problema.

Questo degli errori in medicina non è problema nuovo. Noto da sempre, tendenzialmente sottovalutato dagli addetti ai lavori, periodicamente esso viene alla ribalta sull'onda di segnalazioni della stampa scientifica che fanno tanto scalpore da essere riprese dalla stampa in generale. Un caso esemplare è il dibattito sviluppatosi in Inghilterra dall'Agosto del 2004 per un articolo sul *British Medical Journal* del "Dottor Foster": questo è il nome di un'associazione *non profit* che si occupa di problemi sanitari e che allora aveva pubblicato un breve rapporto, non più di una facciata, sugli eventi avversi in medicina. In una vastissima casistica di ricoveri in ospedali inglesi il 2% delle cartelle risultava riportare, in modo piuttosto costante nel tempo, il codice di "eventi avversi"; più spesso questi ultimi ricorrono nei ricoveri prolungati, in situazioni di emergenza e nella popolazione

di pazienti anziani: onesta autodenuncia che non so se sarebbe confermata dall'analisi delle nostre cartelle, forse per una certa prudente discrezione. Però nella stessa pagina è pubblicato un rapporto della *Nacional Patients Safety Agency*, un ente recentemente costituito il cui nome indica chiaramente finalità e programma, in cui si parla di una cifra globale annua, per l'Inghilterra, di 850.000 errori medici circa metà dei quali connessi con la prescrizione dei farmaci. Questi errori causerebbero direttamente la morte di 42.000 pazienti e contribuirebbero alla stessa in altri 72.000. Cosa di meglio di questa notizia per un articolo sul *Times*, alla ricerca di temi stimolanti, che titola: "Gli ospedali incapaci uccidono 40.000 pazienti all'anno; uno ogni dieci cade vittima di errore". Se si vuole, si può parlare di scandalismo, ma forse non tanto se subito dopo, dall'interno della professione, in un editoriale del *Medical Legal Journal*, una Caposala scrive: "*Doctors are still burying their mistakes!*", e s'intende che i Medici tuttora seppelliscono i loro errori insieme ai pazienti che li subiscono. In questo clima, e con questi dati, se poi anche dalle nostre parti troviamo analoghi titoli di giornali sulla "mala sanità" non possiamo meravigliarci tanto.

Visto il contesto della giornata odierna devo premettere un'altra cosa prima di entrare nel merito del tema: e cioè la dimensione etica dell'uso dei farmaci come risulta dall'applicazione al tema dei "*four principles*", i quattro principi che sintetizzano le basi dell'etica medica: operare per il bene del malato; non provocare danni; rispettare l'autonomia del malato; operare con "giustizia".

Ora, l'uso e il «misuso» dei farmaci hanno a che fare sostanzialmente con i primi due principi relativi al mancato beneficio od al danno diretto della terapia. Ne parleremo più avanti, ma altri aspetti, su cui non tornerò, sono anche da considerare.

Certamente quello dell'autonomia del paziente. La mancata o scorretta informazione, particolarmente nel caso dell'uso di misure terapeutiche eccezionali, il condizionamento delle decisioni per interessi scientifici o di tipo economico, che è ancora peggio, sono esempi che attengono a questo argomento, ed a poco valgono i sottili distinguo per trovare scuse a scelte che sono ai limiti della correttezza etica e professionale.

Ma anche per il criterio della "giustizia" c'è una dimensione etica che può coinvolgere il problema dei farmaci. Faccio un esempio, quello degli inibitori specifici di COX-2, la recente evoluzione dei FANS. Ma non voglio riferirmi al prodotto recentemente tolto dal commercio perché rivelatosi tossico (questo è un evento mai eliminabile) ma all'uso dei COX-2 in generale. Essi hanno rappresentato indubbiamente un progresso per quanto riguarda il minor rischio di complicazioni gastroduodenali. Tuttavia, da un lato il rischio non è stato eliminato completamente, dall'altro, in una quota importante di pazienti, il rischio è molto basso anche con i FANS di prima generazione.

Nonostante questo, in 3 anni, dal '99 al 2002, la prevalenza degli inibitori di COX-2 nelle prescrizioni generali è passata dal 30% al 61% di tutti i FANS ed oltre il 60% di queste prescrizioni è andato a pazienti in cui tutti i dati permettevano di prevedere un bassissimo rischio di complicazioni gastrointestinali. Tutto questo avrebbe relativa importanza se non fosse per un piccolo particolare che, maliziosamente, potrebbe essere la chiave di lettura del fenomeno: in un settore, come quello dei FANS, di vastissimo consumo, la spesa unitaria per quelli COX-2 selettivi è di circa 3-5 volte che per quelli non selettivi. Una scelta più meditata e responsabile potrebbe essere più “giusta”? la prescrizione di un farmaco antiinfiammatorio tradizionale, non selettivo, in un trentenne con uno strappo muscolare non rappresenterebbe una scelta medica più indipendente dalla forte promozione commerciale, a fronte di un rischio di tipo emorragico assolutamente irrilevante, ponendosi il problema di una corretta utilizzazione delle risorse?

Ma ritorniamo all'uso e «misuso» dei farmaci che, come dicevo all'inizio, non tratterò sistematicamente ma limitandomi ad alcuni aspetti rilevanti ed esemplificativi.

Sull'uso di farmaci non ci dovrebbero essere problemi perché il nostro mestiere è quello di curare la gente e quando ci impegniamo per fare una diagnosi, è solo perché sia possibile una cura. Però la nostra pretesa di avere farmaci efficaci, senza effetti collaterali è senz'altro eccessiva. Qualcuno ne esiste in gastroenterologia: dopo decine di milioni di dosi somministrate, ad esempio, i bloccanti della secrezione gastrica per inibizione della pompa protonica, non hanno fatto rilevare effetti collaterali (quanto meno, non più spesso del *placebo*). Può darsi che ce ne siano anche in altre aree specialistiche, ma si tratta comunque di eccezioni: la possibilità di un danno da farmaci, anche se efficaci e correttamente prescritti dovrà essere sempre considerata. Sotto questo aspetto il Medico può essere un incolpevole responsabile di danno.

Nell'atto curativo possono rilevarsi altri aspetti di natura principalmente psicologica che vanno considerati. I medici sono uomini, hanno sentimenti, paure, preoccupazioni che li possono condizionare. Ne richiamo alcuni esempi.

Il Medico può lasciarsi coinvolgere dall'atto professionale personalizzandolo eccessivamente. «Io mi trovo molto bene con questo farmaco», si sente dire. Non si sa bene se il paziente si trovi altrettanto bene, ma così viene espresso un misto di tranquillità nella prescrizione e di fiducia su qualche risultato positivo osservato o presunto: stiamo infatti parlando in un contesto di buona fede, senza sospetto di secondi fini.

La prescrizione può essere un ansiolitico per il medico. Il medico vuol fare qualche cosa, pensa di essere insufficiente, forse agisce un inconscio atteggiamento difensivo (non si sa mai ...) e reagisce,

nella terapia come negli accertamenti diagnostici, con un eccesso di prescrizioni. O comunque può rifiutarsi di accettare la assenza di opzioni terapeutiche, può rifiutare un non-intervento che può dare la sensazione di nichilismo terapeutico e di conseguente abbandono del suo malato. Tanto tempo fa io fui effettivamente accusato di nichilismo terapeutico, ma l'esperienza di alcuni anni di lavoro in Inghilterra mi aveva reso allergico all'uso, che imperversava nelle nostre corsie, della classica soluzione glucosata, obbligatoriamente tinta di rosa, tanto da rendermene intollerabile l'uso. Ovviamente la sua eliminazione non provocava niente di male ai pazienti: soltanto veniva meno un motivo di inutile fastidio al malato, si riduceva il lavoro dell'Infermiere e si chiariva che in altri atti (atteggiamenti, colloquio) stava la vera professionalità.

Questo non vuol dire negare l'uso "curativo" del *placebo*, quali quelle glucosate effettivamente erano, ma porlo nella giusta prospettiva. Quando si era giovani medici di guardia, per garantirsi qualche ora di riposo, uno faceva un giro serale e prescriveva talvolta qualche sedativo. Ma c'era in alternativa quello che chiamavamo "americana", niente altro che soluzione fisiologica che tuttavia aveva il suo effetto se suggerita con convinzione e accolta con fiducia. Al di là dell'esempio specifico, non più pensabile oggi in un diverso contesto culturale, la utilizzazione dell'effetto *placebo* fa parte dell'uso di farmaci ed ha un ruolo terapeutico preciso ma solo nel quadro di una scelta consapevole. Si tratta infatti di un mezzo terapeutico potentissimo che però va impiegato correttamente, perché non crei problemi o critiche; va usato non come ripiego ma prescritto al paziente come ragionevole tentativo per aiutarlo, spesso con successo, ad uscire da una situazione probabilmente legata alla sola ansia.

L'esemplificazione di "anomalie" dell'atto curativo potrebbe continuare; si tratta comunque, nel complesso, di peccati veniali, che non sono, di regola, causa di danno.

Diverso e più serio è problema degli eventi avversi dovuti ad errori nell'uso dei farmaci. Nella Tabella I sono riportate alcune definizioni su cui non insisterò se non per sottolineare che quello da atto medico è un danno non intenzionale causato non dalla malattia di base, ma da ogni tipo di pratica medica messa in atto e che pone il paziente a rischio di conseguenze comunque rilevanti e talora gravi. Il danno da farmaci rientra nella definizione con la precisazione di essere correlato specificamente con l'uso di un farmaco. Esso può derivare da un effetto collaterale non previsto, specifico per quel determinato paziente o generale, ma mai prima osservato (ed in questo caso il Medico è veramente incolpevole) oppure da quello che gli anglosassoni chiamano *medication error*: si intende con questo che il danno non è legato alla sostanza in causa ma ad un errore verificatosi nel corso del processo che include prescrizione, approvvigionamento, distribuzione e

somministrazione del farmaco. L'errore non viene cancellato dal fatto che non ne consegue (come è possibile) un danno, ma conserva il valore di segnale di allarme di uno o più comportamenti errati, medici e non medici.

L'errore di prescrizione (assenza di indicazione del farmaco prescritto) è in genere evidente: è un vero e proprio errore medico che sottrae al paziente un intervento utile e tempestivo, mentre rappresenta un inutile rischio di danno.

Ma quello che sorprende nell'analisi della letteratura è la vastità degli errori di somministrazione: una specie di lista degli orrori che riesce difficile credere: somministrazione di farmaco errato, in dose errata, con un ritmo errato, con un errata concentrazione, per errata via di somministrazione, nel momento sbagliato o nel malato sbagliato. Sembra impossibile che persone in buona fede e con le migliori intenzioni di curare un paziente, caschino in queste trappole che spesso sono proprio banali. E' qualcosa che impone un esame di coscienza perché, su questo non c'è dubbio, si tratta non solo di eventi possibili, ma che si verifica regolarmente come è stato provato da chiunque abbia approfondito la materia. Va aggiunto che, di regola, quelle effettuate su questo tema sono ricerche svolte in Unità, Ospedali o da gruppi di lavoro istituzionalmente molto qualificati (e per questo anche più sensibili ed attenti al problema). Il che può far legittimamente ritenere che in altri contesti frequenza e gravità degli errori sia ancora maggiore.

Nella Tabella II sono riportati i risultati di uno studio sul comportamento dei medici e infermieri attuato in una Università danese. Essi sono espressi come frequenza di errori effettivamente commessi in situazioni in cui ne esisteva una concreta possibilità; errori che avrebbero però potuto essere evitati con un comportamento corretto. Gli errori, in rapporto a questa possibilità teorica di errore, furono osservati in circa la metà dei casi (si salvano i farmacisti che hanno nella distribuzione del farmaco, il loro specifico compito, una quota di errore bassissima). Personalmente sono stato colpito moltissimo dal fatto che, in un ambiente considerato qualificato, il livello più elevato di errori, più che nel tre quarti dei casi, si realizzasse nella redazione della lettera di dimissione: mancano istruzioni, farmaci essenziali usati durante la ospedalizzazione non vengono confermati nella prescrizione domiciliare, manca la indicazione della formulazione del farmaco o ne vengono modificate senza giustificazione le dosi, manca il controllo dell'identità del paziente. La metà circa degli errori era di tipo omissivo.

Su questo sfondo di possibili modi di sbagliare che si può ritenere generalizzabile io ho scelto due situazioni in cui il rischio di errore si accentua e le conseguenze di quest'ultimo possono diventare più gravi.

La prima è quella delle Unità critiche, o di analoghe situazioni di emergenza, come in Pronto Soccorso, dove esiste anche un problema di rapidità delle scelte. Ne propongo qualche esempio. Sul *New England Journal of Medicine* di qualche anno fa (Tabella III) uno studio eseguito in Unità di terapia intensiva, dimostrava che la riduzione della sedazione poteva portare alla riduzione di 3-5 gg (cioè di circa un terzo della permanenza media dei pazienti nell'Unità) della necessità di ventilazione meccanica, con un minor rischio di complicazioni per non parlare dei vantaggi economici ed organizzativi che ne conseguono. La rinuncia ai vantaggi rappresentati dall'avere un paziente sedato, con una ventilazione tranquilla perché non spontanea, a favore di una scelta cosciente e responsabile, adattata al singolo paziente, anche se esige più attenzione nell'assistenza, rivela come anche la prassi della sedazione, una terapia standardizzata e generalmente accettata, può essere un «misuso» terapeutico, un eccesso di terapia da ridurre od eliminare. Altro esempio: uno studio recentissimo (Tabella IV) ha verificato le prescrizioni farmacologiche in ventuno *Intensive Care Units* inglesi, confrontandole con i relativi *standards* come definiti dalla farmacopea nazionale inglese, un documento verificabile ed ufficiale. I farmaci implicati sono moltissimi, dal potassio cloruro fino ad insulina, paracetamolo e così via. Lo studio ha rivelato numerosi errori che in oltre il 5% dei casi potevano avere conseguenze serie o potenzialmente pericolose per la vita; essi si verificavano con una frequenza diversissima da Unità ad Unità, frequenza che risultava grossolanamente proporzionale alla numerosità dei ricoveri ed alla brevità della degenza. La singola Unità, che si distingue in modo anomalo da tutte le altre con quasi 500 errori per 1.000 prescrizioni era infatti caratterizzata da un'altissima frequenza di ricoveri ed una brevissima degenza. Il che può indurre a considerazioni interessanti sull'accento all'accelerazione del *turn over* dei pazienti che caratterizza (od ossessiona) la medicina ospedaliera attuale.

La seconda situazione su cui voglio soffermarmi è quella relativa agli anziani, con un interesse che, ahimè, da professionale sta diventando personale. Il primo riferimento è ad uno studio italiano del 2003 (Tabella V) condotto dal Gruppo italiano di farmaco-epidemiologia dell'anziano. Un gruppo di pazienti dell'età media di 79 anni aveva ricevuto, nel 14% dei casi, uno o più farmaci classificati come inappropriati sulla base di criteri predefiniti; il rischio di ricevere un medicamento inappropriato risultava legato direttamente al numero di farmaci prescritti. L'età più anziana e il deficit mentale erano associati ad un rischio di errore ridotto forse perché tali situazioni cliniche comportavano un'attenzione maggiore dei medici o di chi assiste.

L'ambito ambulatoriale non è immune dal problema ed è importante per le sue dimensioni quantitative. In un'enorme casistica (oltre 750.000 visite ad anziani di età media di 73 anni) studiata da Lesley (*Arch Int Med*, 2004; 164: 1621) in diversi stati USA tornano più o meno gli stessi

numeri. Nel 21% dei soggetti erano stati prescritti farmaci definiti come inappropriati, con rischio di effetti collaterali, gravi nella metà dei casi; come è possibile immaginare farmaci psicotropi e agenti neuromuscolari erano quelli più spesso in causa.

Quando si mettono insieme l'anziano con l'emergenza, il quadro è disastroso. Uno studio del 2005 (Cornish et al, *Arch Int Med*, 2005; 165: 424) che mi è sembrato significativo riguarda pazienti che vivevano in un'unità di lunga degenza ed erano trasferiti in un unità di medicina per eventi clinici nuovi che lo richiedevano. Nei 500 pazienti studiati, selezionati in quanto assumevano regolarmente almeno quattro diversi farmaci, sono state constatate discrepanze tra la terapia in atto e quella instaurata nel nuovo reparto in circa metà dei casi: esse erano rappresentate dall'omissione di un farmaco (la più frequente), un cambiamento ingiustificato della dose o del ritmo di assunzione o addirittura la sostituzione del farmaco con un altro. Nel 6% circa questi errori erano ad alto rischio di danno e di nuovo uno si può chiedere come mai tutto ciò possa succedere.

Ancora, al Karolinska Hospital si analizza l'eventuale rapporto tra uso inappropriato di farmaci con ospedalizzazione e mortalità: in questo studio di popolazione anziana in ambito rurale si constata che la maggioranza assumeva farmaci, in media oltre 4 per persona. Le prescrizioni inappropriate risultarono intorno al 15-20% ed erano associate ad un aumento di quasi tre volte della probabilità di ospedalizzazione per colpa, presumibilmente, anche del farmaco. Non venne constatato un aumento della mortalità. Questo invece è stato osservato in un'altra ricerca di Beers, pubblicata da questo autore e da suoi collaboratori in due lavori su *Archives of Internal Medicine* rispettivamente nel 1991 e 1997, lavori importanti perché precisano alcuni criteri, largamente seguiti e citati, per potere definire una prescrizione potenzialmente inappropriata. Dallo studio, durato numerosi anni, emerge che, nonostante la focalizzazione sul problema, le percentuali di errore sono andate aumentando. In generale erano in causa antibiotici, agenti cardiovascolari, sedativi e farmaci gastrointestinali. La probabilità di errore correlava con l'aumento dei ricoveri, l'abbreviazione della degenza, il numero dei farmaci, la introduzione di nuovi farmaci ed il carico di lavoro. Ne emerge chiaramente come aspetti di tipo organizzativo possano avere un rapporto diretto con un aumento di probabilità di ricovero ed anche di morte.

Paradossalmente insieme alla frequenza di errori si verifica d'altro canto, forse come inconscio atteggiamento di difesa ("uso meno farmaci in quanto potenzialmente pericolosi"), una tendenza all'«ipotratamento» (*undertreatment*). In uno studio di oltre 2.000 residenti di case di riposo per anziani (Sloane e coll., *Arch. Int. Med.* 2004; 164; 2031) è stata constatata una mancata prescrizione di farmaci attivi quali ACE-inibitori, antiaggreganti, beta-bloccanti, farmaci per l'osteoporosi in

soggetti che ne avevano precise indicazioni e senza accertate controindicazioni. La omissione prescrittiva di queste categorie di farmaci si verificava in percentuali diverse, ma sempre molto elevate, dal 40% fino ad oltre il 70%: una “sottrazione” di una terapia espressamente indicata, anche questo un serio «misuso».

Perché si verificano gli errori? Ho provato ad elencarne alcune possibili cause nella Tabella VI. La prima è d’obbligo: siamo uomini, si sbaglia e questo è qualcosa di inevitabile. Altre sono legate al farmaco, alla numerosità dei farmaci, o sono inerenti il personale: sono tutte cose che ho già via via richiamato. Gli aspetti logistici, l’aumento dei numeri di ricoveri e l’abbreviazione della degenza sono risultati capaci, in molti studi, di aumentare in modo importante il rischio potenziale d’errore. Io insisterei anche sulla organizzazione del lavoro: avendo vissuto direttamente la situazione dei nostri medici di guardia di area internistica che lavorano da anni, in particolare di notte, in numerosi reparti distribuiti su più piani, ritengo impossibile che non commettano errori di cui certamente non portano la esclusiva responsabilità.

Quale terapia per questa situazione? I suoi cardini sono richiamati nella Tabella VII. Sembrerebbe un compito agevole: protocolli, procedure definite, controlli di processo e risultato fanno parte del bagaglio culturale della medicina attuale, eppure sembrano avere scarsa efficienza nel controllo dell’errore medico in generale ed in quello della somministrazione dei farmaci in particolare. C’è sicuramente da fare molto nella impostazione didattica riducendo l’accento sugli aspetti nosografici e favorendo l’approfondimento della farmacologia clinica e della metodologia. A quest’ultimo proposito va stimolata la necessità del costante aggiornamento critico e il riferimento, dove esiste, ai risultati dell’evidenza scientifica a cui si dovrebbe contribuire facendo oggetto regolare di ricerca l’attività quotidiana. Vanno individuate aree e procedure a rischio oltre che quelle che ho utilizzato per scopi esemplificativi, come pediatria e cardiologia; si deve intervenire sull’organizzazione, semplificando alcune procedure, creando controlli incrociati ed automatici che potrebbero essere già fatti adesso senza difficoltà. Quello che è importante riconoscere ed accettare che questa non sarà mai una battaglia vinta definitivamente ma dovrà essere combattuta quotidianamente, a tutti i possibili livelli.

Tabella I

Danni da farmaci: nomenclatura.

- **Danno (*Adverse Event*)**. Un danno non intenzionale causato dalle pratiche mediche piuttosto che dalla malattia di base, a cui consegue morte, malattia a rischio di morte, danno disabilitante alla dimissione, ricovero ospedaliero o prolungamento del ricovero
- **Danno da farmaci (*Adverse Drug Event*)**. Un danno (come sopra definito) correlato con l'uso di un farmaco
- **Errore in terapia farmacologica (*Medication error*)**. Errore nel processo di prescrizione, distribuzione o somministrazione di un farmaco, a cui può conseguire o non un danno
- **Errore di prescrizione (*Prescription error*)**. Una prescrizione (decisa od ordinata) che risulta in una non intenzionale, ma significativa ...
- riduzione della probabilità di un trattamento tempestivo o efficace
- aumento del rischio di danno
- **Errore di somministrazione di farmaci (*Drug administration error*)**. Errata interpretazione di una corretta prescrizione scritta a cui consegue ...
- somministrazione di un farmaco errato *e/o*
- somministrazione di una dose errata di un farmaco *e/o*
- somministrazione con un ritmo errato *e/o*
- somministrazione di una errata concentrazione o formulazione *e/o*
- somministrazione per via errata *e/o*
- somministrazione nel momento sbagliato *e/o*
- somministrazione nel malato sbagliato
- **“Disavventura” medica o chirurgica (*Medical or surgical misadventure*)**. Un danno che avrebbe potuto essere evitato se il paziente avesse ricevuto i livelli *standard* di cura

Tabella II

Errori nel processo della terapia farmacologica: frequenza, tipo e potenziali conseguenze cliniche. *Lisby et al. Int J Qual Health Care, 2005; 17: 15*

- **Tipo di studio:** cross-sectional, con diversi metodi (osservazione diretta, visite, esame cartelle) in Reparti Medici e Chirurgici del Aarhus University Hospital, Danimarca
- **Oggetto dello studio:** azioni di Medici e Infermieri in relazione a pazienti di oltre 18 anni.
- **Misura di outcome:** frequenza, tipo e conseguenze cliniche potenziali degli errori evidenziati, in rapporto alle “opportunità” di errore
- **Risultati:** errori furono constatati nel 43% delle condizioni di errore possibile. Essi si riferivano:
 - nel 39% alla prescrizione del farmaco
 - nel 56% alla trascrizione
 - nel 4% alla distribuzione
 - nel 41% alla somministrazione
 - nel 76% alla compilazione della lettera di dimissione
- **Tipi più frequenti di errore:** mancata indicazione della formulazione del farmaco; somministrazione di farmaci non prescritti, omissione di un farmaco, modificazione della dose, mancato controllo dell'identità del paziente. Circa il 50% di tutti gli errori era rappresentato da omissioni.

Tabella III

Interruzione giornaliera delle infusioni sedative nei pazienti “critici” ventilati meccanicamente. *Kress et al. NEJM 2000; 342:1471*

- Riduzione della durata media di ventilazione meccanica di più di 2 giorni (> 33%)
- Riduzione della durata media di permanenza in ICV di 3,5 giorni (> 35%)
- Minori rischi di complicazioni da respiratore meccanico
- Minore uso di farmaci
- Possibilità di effettuare meglio una valutazione dello stato mentale
- Minori costi diretti
- Più responsabilità, necessità di maggiore attenzione nell’assistenza

Tabella IV

Errori di prescrizione in ICU inglesi. *Ridley et al. Anaesthesia, 2004; 59: 1193*

- Studio su 21 ICU inglesi nel 2003 mediante revisione giornaliera delle prescrizioni, confrontate con gli standards del *British National Formulary*
- Errori prescrittivi rilevati nelle singole Unità: oscillanti da circa 10 a quasi 500 per 1.000 prescrizioni
- Potenziali conseguenze degli errori di prescrizione
- Senza conseguenze 16,6%
- Con possibili conseguenze insignificanti 61,3%
- Con possibili conseguenze significative 15,0%
- Con possibili conseguenze serie 3,4%
- Con possibili conseguenze potenzialmente pericolose per la vita 2,2%

Tabella V

Uso di terapia inappropriata tra adulti anziani ospedalizzati in Italia. *Onder et al. Eur J Clin Pharmacol, 2003; 59:157*

Studio del Gruppo italiano di Farmacoepidemiologia dell'Anziano su 5.700 soggetti anziani (età media: 79 anni) ricoverati in reparti di Medicina tra il 1995 ed il 1997

- Il 14,6% ricevette uno o più farmaci classificati come inappropriati
- Il fattore più determinante per il rischio di ricevere un medicamento inappropriato risultò essere il numero di farmaci prescritti
- La età più anziana e il deficit mentale risultarono associati con minore probabilità di ricevere un farmaco inappropriato

Tabella VI

Perché si verificano gli errori?

- **Errare humanum est**
- **Fattori legati al farmaco**
 - Introduzione di farmaci nuovi
 - Numerosità dei farmaci usati quotidianamente
- **Fattori legati al personale**
 - Rotazione del personale
 - Nuove assegnazioni
 - Stanchezza (fine turno)
 - Ignoranza o accettazione acritica dell'offerta di mercato
- **Aspetti logistici**
 - Ambiente e organizzazione del lavoro
 - Aumento del numero di ricoveri
 - Abbreviazione della degenza

Tabella VII**Che fare?**

Rivedere alcuni aspetti della impostazione didattica

Curare l'autoformazione e l'aggiornamento critico

Applicare i risultati della "medicina dell'evidenza"

Contribuire alla stessa con attività di ricerca

Segnalare le reazioni avverse

Individuare la aree a rischio

Intervenire su organizzazione ed istituzioni: controlli incrociati, computerizzazione e automazione, maggiore disponibilità del Farmacista, revisione e razionalizzazione delle confezioni dei farmaci, ecc.)

Ma anche... semplificare le procedure

Mantenere un costante stato di allerta sul problema, accettando che non sarà mai una battaglia vinta definitivamente, sia per il mutare delle situazioni (farmaci nuovi e delle modalità di impiego, ecc.), sia per la ineliminabile, umana propensione all'errore

8

Gian Paolo Guaraldi Francesca Villanti

ETICA PSICHIATRICA

PREMESSE:

A seguito di una relazione presentata nel febbraio 2004, in occasione di una serie di incontri sulla bioetica organizzati dall'associazione "Moscati", è stata portata avanti una riflessione sull'intreccio tra l'etica e la psichiatria. Se nell'incontro precedente ci si era soffermati maggiormente sugli interrogativi che, in psichiatria, rimangono aperti nonostante l'introduzione, per quanto possibile, del codice deontologico, mettendo in evidenza la limitazione della libertà di decidere del malato psichiatrico e le conseguenze che questa comporta, in questa occasione si vorrebbe mettere l'accento su quello che ci piace definire "comportamento etico". "Il comportamento etico, consiste nel ri-conoscere e coerentemente testimoniare, dimostrare, provare con le azioni ciò che, a torto o a ragione, l'individuo giudica vero o falso e, quindi, bene o male per se stesso e per gli altri con cui è in relazione, in ogni possibile tipo di relazione" (Vella, 1996). Il comportamento etico riguarda, pertanto, il professionista, il malato e la relazione tra il medico e il suo paziente ed è strettamente legato al contesto culturale in cui questa relazione si instaura. Tale precisazione sembra necessaria in psichiatria, ambito in cui viene piuttosto spontaneo assumere la posizione antietica di "buoni" psichiatri del 2005, rispetto ai "cattivi" psichiatri del passato. E se "buoni" significa medici il più possibile attenti alla dignità del malato, "cattivi" significa aver messo in pratica la maggior parte dei trattamenti utilizzati sui pazienti psichiatrici fino, almeno, agli ultimi anni '70. Qualsiasi psichiatra o medico di altre discipline, o persona in generale, rimane, oggi, scandalizzata di fronte all'immagine dei "vecchi" manicomi, al ricordo delle camicie di forza e della maschera di plastica per impedire ai malati di sputare, al pensiero di pazienti segregati con periodi più o meno lunghi di detenzione, ma più che altro senza prospettive di uscita. E' noto che gli istituti erano costruiti con i muri alti, le inferriate alle finestre, le porte di ferro, le celle con lo spioncino, i letti inchiodati al pavimento. I pazienti internati vivevano chiusi, legati, isolati, sorvegliati di continuo. Esistevano mezzi di contenzione fisica di ogni genere: corde, lacci, manette, gabbie e collari. Venivano usati diversi tipi di shock, vale a dire: le iniezioni endovenose di acetilcolina, le applicazioni di elettroshock e la provocazione di coma insulinico. Si ritiene, tuttavia, di commettere un errore e di non essere pertanto etici, nel condannare tali modalità di trattamento e chi le praticava e nell'etichettare la psichiatria del passato come una disciplina priva o addirittura contraria ai valori

dell'etica. Così sarebbe se si pensasse all'etica come a qualcosa di statico e di universale, se si stabilisse ciò che è “buono” e ciò che è “cattivo” tramite prescrizioni rigide e indipendenti dal contesto storico e culturale. Senza dubbio, invece, la possibilità, la capacità etica, è legata necessariamente alle possibilità ed ai metodi della conoscenza, quindi alla soluzione, anche se provvisoria, del problema vero-falso, qualunque sia il modo di impostare questo problema (Vella, 1996). Si ritiene, pertanto, necessaria un'analisi approfondita delle modalità di trattamento del passato che, alla luce delle conoscenze attuali, sarebbe senza dubbio incompatibile con un'etica attenta alla dignità del malato oltre che alla dignità del medico. Tuttavia non si ritiene utile una critica distruttiva di un modo di agire la professione, che, senza dubbio, trovava le sue fondamenta in un diverso contesto giuridico e culturale. Il malato psichiatrico era, per la legge e per la cultura del tempo, un individuo pericoloso per la società, da cui bisognava difendersi; l'istituto era un dato di fatto, all'interno del quale lo psichiatra si ritrovava a lavorare con scarse conoscenze sul piano psicofarmacologico e con pochi mezzi riabilitativi. Senza dubbio, pertanto, la possibilità di utilizzare i principi etici attuali, anche in psichiatria, nasce da importanti modifiche avvenute negli ultimi quaranta anni sia sul piano giuridico che sul piano culturale che hanno consentito una rapida trasformazione dello scenario all'interno del quale il professionista deve lavorare. La stessa ridiscussione del vigente Codice Deontologico mette in evidenza quanto sia fondamentale una rivisitazione costante della deontologia medica che tenga conto dei continui sviluppi giuridici e culturali di tutte le branche della medicina, psichiatria inclusa.

Date queste premesse, nell'incontro di oggi si vogliono tracciare i confini giuridici e culturali all'interno dei quali si muove lo psichiatra del presente, che senza dubbio sono orientati ad un rispetto, il più assoluto possibile, della dignità del malato. All'interno di questi confini si vogliono sottolineare le difficoltà che lo psichiatra incontra, per la particolarità della sua disciplina rispetto alle altre aree della medicina, quando si trova di fronte al dubbio etico di non rispettare la dignità del suo paziente o quella di sé-medico. Inoltre, dal momento che la nostra clinica ha, da tempo, un particolare interesse per la condizione di Ritardo Mentale, si ritiene importante dedicare una parte di questa relazione all'etica del professionista che abbia a che fare con questa condizione.

ETICA E NORME GIURIDICHE IN PSICHIATRIA:

E' impossibile definire se sono le norme giuridiche a modificare i valori etici o se è l'etica che impone di modificare le leggi. Senza dubbio le due discipline sono fortemente intrecciate tra di loro e si può osservare come, da sempre, siano andate avanti (o indietro) di pari passo.

In Italia la Psichiatria ha assistito ad una importante evoluzione sia in senso giuridico che in senso etico nel 1978 quando è stata approvata la legge 180 (13 maggio 1978), successivamente inglobata nella legge 833 del medesimo anno che:

- vieta il ricovero presso gli ospedali psichiatrici: questi divengono strutture ad esaurimento, diviene vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici e utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali.
- prevede il contenimento dei ricoveri non volontari attraverso i T.S.O
- prevede l'attivazione di presidi territoriali e servizi presso ospedali generali

Mettendo a confronto la vecchia legge del 1904, che era caratterizzata dal concetto di pericolosità verso se stessi e verso gli altri e di pubblico scandalo, con quella attualmente in vigore si osserva che la rottura è completa.

E' evidente che una variazione così radicale delle norme giuridiche e, di conseguenza, la variazione degli scenari all'interno dei quali lo psichiatra esercita la sua professione abbiano comportato necessarie riflessioni sui principi etici precedentemente condivisi e abbiano introdotto l'obbligo, per i professionisti del campo, di attenersi a quei valori dell'etica già, forse, scontati nelle altre branche della medicina.

Ed ecco che anche la psichiatria si appoggia al modello contrattualistico, basato prevalentemente sul principio di autonomia, rivendicando così il primato dell'autodeterminazione della persona, allontanandosi sempre di più da quel modello paternalistico basato esclusivamente sul principio di beneficiabilità. In questa ottica la regola prioritaria di comportamento dello psichiatra risulta l'instaurazione e il mantenimento della relazione. L'obiettivo da perseguire è centrato sulla persona del malato, il quale diventa protagonista attivo di un progetto terapeutico e perde la connotazione di elemento pericoloso e destabilizzante per la società.

ETICA E CONOSCENZA IN PSICHIATRIA:

Le recenti e sempre maggiori acquisizioni in campo farmacologico e psicoterapeutico hanno dato, senza dubbio, un forte sostegno allo psichiatra nel consentire un trattamento della sofferenza psichica che avvenga nel rispetto della dignità della persona. Ciò nonostante è innegabile una discrepanza tra la psichiatria e le altre branche della medicina, nei confronti di principi etici, oggi condivisi. Si tenta, per semplificare, di delineare un elenco di differenze che intercorrono tra la psichiatria e le altre discipline mediche e di elaborare una osservazione su quanto l'etica stessa sia in relazione con tali differenze:

- Assenza di una eziologia monofattoriale dei Disturbi Mentali. I disordini psichici sono Sindromi, ovvero insiemi di sintomi. Non sempre vi è un rapporto causa-effetto evidenziabile per la sofferenza psichica; non esistono indagini strumentali oggettive e ripetibili che consentano di effettuare una diagnosi sicura. La diagnosi e il trattamento che ne deriva sono compiti esclusivi del medico. A tale difficoltà la psichiatria ha cercato di ovviare creando manuali diagnostici (DSM-IV e ICD-10) che forniscano le indicazioni per effettuare diagnosi categoriali basandosi sulla presenza o meno di un numero prefissato di sintomi, tuttavia, appare evidente la grande responsabilità che viene attribuita al clinico di dover riconoscere sintomi spesso ambigui o misti e di dover impostare un progetto terapeutico adeguato.
- Origine Bio-Psico-Sociale dei Disturbi Mentali. Se ad una diagnosi coincide un preciso trattamento, questo è solo parzialmente vero per la psichiatria. Non è sufficiente il farmaco giusto per il sintomo giusto ma, per effettuare un trattamento completo ed efficace, si devono considerare gli aspetti più intimi e personali della vita di un paziente, si deve entrare nel merito del suo funzionamento sociale, si devono analizzare i suoi bisogni e bisogna intervenire perché vengano soddisfatti. Se una volta la psichiatria era più attenta all'aspetto biologico della malattia psichica, oggi sarebbe antietico non prendere in considerazione anche gli elementi psicologici e sociali che stanno alle origini di ogni disturbo. Rispettare la dignità della persona significa anche, nell'ambito della psichiatria, chiedersi con apertura di mente e onestà intellettuale quali possono essere le conseguenze positive o negative- derivanti dalla scelta e dall'applicazione di un modello teorico anziché di un altro.
- La sofferenza psichica, spesso, priva il paziente della libertà di decidere. Le scelte di un paziente psichiatrico, sono, in molti casi, vincolate dai profondi condizionamenti affettivi e cognitivi causati dalla stessa psicopatologia. In questo ambito rientrano tematiche importanti quali quella del suicidio che rappresenta forse la più drammatica e sentita situazione clinica di fronte a cui si trovano gli psichiatri. Nel caso dei pazienti psichiatrici il suicidio, così come l'eutanasia e il suicidio assistito sono sempre eticamente inapplicabili, giacché per queste persone la malattia si pone come una forma di limitazione dell'autonomia personale, e perciò tutti gli sforzi terapeutici devono essere protesi a fornire un'espressione di autonomia.

Altrettanto importante il tema della contenzione, nei casi in cui la sofferenza psichica conduce il paziente a mettere in atto condotte autolesive od eteroaggressive ovviamente indipendenti dalla sua volontà. I mezzi di contenzione fisica accompagnano con lugubre evoluzione tutta la storia della Psichiatria. In epoca manicomiale abbondano le descrizioni e le denunce, spesso da parte degli stessi psichiatri che vi lavoravano,. Innegabile a questo proposito l'importanza che ha assunto la terapia psicofarmacologica nel controllo di tali comportamenti, che rischia però di assumere un significato sedativo invece che curativo come dovrebbe essere. Nell'ottica moderna, in cui è ormai ufficiale il dovere da parte del medico di tutelare non solo la salute ma, soprattutto, la qualità della vita dei propri pazienti, appellarsi alla sola psicofarmacologia nella risoluzione di tali problemi potrebbe risultare un atteggiamento eticamente riprovevole. Sicuramente la contenzione farmacologica risulta più elegante e meno lesiva in termini di opinione pubblica rispetto alle vecchie contenzioni fisiche ma non è forse altrettanto limitante in termini di dignità umana e rispetto della persona?

Il gruppo di lavoro del CDBI (Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio d'Europa) ha esaminato la questione della contenzione fisica e ha ritenuto che: "il ricorso a mezzi di breve contenzione fisica appropriati dovrebbe essere proporzionato allo stato di agitazione del paziente e al rischio, inoltre, il personale dovrebbe poter avere una formazione particolarmente approfondita in merito.

Nel luglio 1999 una commissione composta da medici dell'Azienda USL di Modena, dell'Azienda Policlinico, dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, dal Collegio Provinciale degli Infermieri di Modena, da membri della Provincia e del Comune di Modena e dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, ha redatto le Linee Guida a sostegno delle azioni di tutela e garanzia delle persone non autosufficienti assistite nei servizi ospedalieri e residenziali. In esse si afferma che l'intervento professionale comporta obblighi di mezzi e non di risultati con la necessità di includere per la cura e l'assistenza dei malati anche mezzi intrinsecamente discutibili qualora indispensabili a risolvere un problema grave e contingente, purché adottati secondo una corretta prassi professionale e con gli accorgimenti che il caso richiede di volta in volta. In questa ipotesi rientrano i mezzi di contenzione fisica e farmacologica che vengono legittimati appunto dal ricorso di uno "stato di necessità", da cui l'opportunità di chiare regole di comportamento.

Allo stesso modo la frequente "non coscienza di malattia", presente in molteplici quadri sindromici, rivela una limitazione importante delle facoltà decisionali del paziente e obbliga il

medico ad assumere una posizione contrapposta a quella che, apparentemente, è la volontà del paziente.

Dal momento che è ormai ufficialmente condivisa l'origine bio-psico-sociale della sofferenza psichica, non deve stupire che stiano prendendo piede approcci integrati di cura che comprendano sia la farmacoterapia che la psicoterapia. Nonostante ancora oggi si faccia spesso l'errore di tenere distinti i farmaci dalle psicoterapie, come se fossero due mezzi terapeutici in lotta fra di loro, come se un paziente ne dovesse scegliere uno o l'altro a seconda del suo buon senso, sarà bene riaffermare il concetto che l'integrazione tra farmacoterapia e psicoterapia è spesso necessaria e sempre utile. E' pertanto dovere del medico elaborare una strategia integrata e provvedere alla sua realizzazione anche ricorrendo, qualora non abbia competenze specifiche nella psicoterapia scelta come la più idonea al caso singolo, alla collaborazione di altro collega. La prescrizione e talora la stessa somministrazione dei farmaci devono avere come supporto la relazione, data l'importanza e la sinergia di vissuti psicologici e contesti simbolici per cui il paziente viene sensibilmente influenzato dal significato che attribuisce a quanto gli viene dato, in aggiunta e indipendentemente dai meccanismi farmacocinetici e farmacodinamici. Una buona clinica, infatti, non deve limitarsi alla sedazione o alla remissione dei sintomi più severi e penosi, ma deve procedere nella via dell'empatia e della relazione a una comprensione dell'esperienza di malattia e dei suoi risvolti esistenziali.

Oggi è innegabile l'utilità del farmaco in tutte le malattie mentali, sono sempre più numerosi gli studi scientifici che dimostrano l'efficacia dei farmaci e la psicofarmacologia sta facendo enormi passi avanti mettendo a disposizione farmaci con effetti collaterali sempre minori. Vanno tuttavia rifiutati i due estremi dell'accanimento terapeutico di tipo farmacologico, come anche la rinuncia di presidi di comprovata efficacia. E' infatti illecito perseguire una remissione farmacologica per via chimica se questa dovesse comportare costi pesanti per il paziente nel senso di perdita della creatività e dell'iniziativa, di depauperazione complessiva della personalità, o di induzione di gravi sofferenze: sono eclatanti gli esempi derivanti dall'uso di neurolettici per contrastare i sintomi positivi con eventi avversi, qualora non vi siano adeguate abilità e prudenza, a carico della qualità della vita, della dignità e dell'integrità personale. Anche nell'uso del farmaco non va dimenticato mai il vecchio, ma sempre attuale, aforisma "non esistono le malattie ma i malati". Lo psichiatra, quando è necessario, deve dimostrare un equo coraggio nel ricorrere al presidio farmacologico, pressoché insostituibile in tutte le patologie mentali senza farsi condizionare dai rischi. E' infatti impensabile che un farmaco sicuramente attivo sia esente da effetti collaterali; ma non va dimenticato che un mancato ricorso a un mezzo

sicuro con alternative meno affidabili sia altrettanto illegittimo dell'abuso. Inoltre il trattamento farmacologico deve venire criticamente monitorato in riferimento alle abitudini alimentari, all'interazione con altri farmaci e a comportamenti "tossicologici", anche allo stile di vita e alla storia personale del paziente e al tipo di suo contesto sociale.

Per quanto riguarda la psicoterapia e, più in generale la relazione medico-paziente, le norme etiche di comportamento del terapeuta riguardano fondamentalmente l'inquietante problema della dipendenza. Presupposto essenziale di una buona psicoterapia è, infatti, la necessità della collaborazione tra terapeuta e paziente connotata da sentimenti reciproci di fiducia e di rispetto. In realtà la dipendenza ha, in psicoterapia, un significato e un ruolo clinici e non è eliminabile se non sotto pena di fallimento. Dal momento che senza dipendenza non si cura e neppure si instaura la relazione, si deve distinguere tra una dipendenza "buona" e una dipendenza "cattiva". Innanzitutto lo psicoterapeuta, come qualsiasi medico, deve evitare che i suoi convincimenti ideologici, filosofici, etici e religiosi interferiscano in senso valutativo sul paziente e sul suo mondo. La condizione privilegiata conferita al terapeuta, consente e implica l'influenza sul paziente senza manipolazioni radicali e coattive per finalità esclusivamente cliniche (liberare il paziente dall'ansia, migliorare il suo tono dell'umore ecc.) senza invadere l'area delle credenze e dei valori del paziente stesso: è doveroso, cioè, un uso razionale e autolimitativo del potere. Il paziente va guidato e aiutato per acquistare una maggiore consapevolezza sul suo disturbo e sul suo contesto psico-socio-esistenziale in cui è circoscritto, onde consentirgli un'adeguata esplorazione di se stesso e dei suoi bisogni psicologici profondi. (Invernizzi, G. 2000)

- La malattia mentale comporta, per definizione, una limitazione notevole del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti (APA, 1994). Tali limitazioni dell'autonomia personale, richiedono un sostegno più o meno importante, temporaneo o costante a seconda del tipo di malattia, da parte della società. Lo psichiatra ha il dovere etico di fare da ponte tra il paziente e il suo contesto sociale. Non è sufficiente capire e curare i sintomi, bisogna assicurare al paziente una rete sociale soddisfacente che sia di supporto e non di danno. Questa necessità di mediare tra la persona e il suo ambiente può portare il medico a scontrarsi con familiari ostili o, più semplicemente, non preparati alla sofferenza psichica e con una società ancora impreparata ad accogliere chi funziona diversamente.

ETICA, PSICHIATRIA E RITARDO MENTALE:

La condizione di Ritardo Mentale ha una storia un po' a parte nell'ambito della psichiatria soprattutto se si considerano i risvolti etici. Se fino ad ora è stata sostenuta l'importanza del contesto giuridico e culturale nell'utilizzo di principi etici condivisi, quando si considera il Ritardo Mentale si osserva una spiacevole particolarità, probabilmente legata sia alla difficoltà clinica sia allo scarso interesse che la psichiatria dell'adulto ha storicamente mostrato nei confronti di questa condizione esistenziale nonostante la sua elevata frequenza nella popolazione generale (1-3%) e nonostante la stretta correlazione tra RM e Disturbi Mentali (incidenza di Disturbi Mentali nelle persone con RM 3-4 volte più alta che nella popolazione generale). Se, infatti, la psichiatria va, di pari passo con le altre branche della medicina, sempre di più verso il rispetto della dignità del malato, assicurando il più possibile diagnosi e trattamenti precisi, i dati della letteratura che riguardano le persone con Ritardo Mentale sembrano andare in tutt'altra direzione.

Le persone con RM assumono terapie psicofarmacologiche con una frequenza che, per consenso scientifico unanime è considerata eccessiva. (Guaraldi e coll., 2004). Diversi studi (Reiss e Aman, 1997; Bonati e coll., 1996; Jacobson, 1990) mettono in evidenza la grossolana dissonanza tra frequenza dei Disturbi Psicotici nelle persone con Ritardo Mentale (1-6%) e frequenza di utilizzazione dei farmaci neurolettici (20-30%). Questa grossolana dissonanza conduce ad alcune osservazioni:

- I farmaci psicotropi sono prescritti, in una parte dei casi, in assenza di una diagnosi di Disturbo Mentale. Nella casistica di Fan (1991), 1 soggetto solo dei 69 che assumono neurolettici ha una diagnosi di Disturbo Mentale; nella casistica di Clarke, Kelley, Thinn e Corbett (1990) nessuno dei 183 soggetti che assumono neurolettici ha una diagnosi di Disturbo Mentale.
- I neurolettici sono prescritti principalmente per controllare Disturbi del Comportamento: agitazione psicomotoria, eteroaggressività, iperattività, sia nelle persone che vivono nella società che nei soggetti istituzionalizzati.

Sono sufficienti pochi dati per evidenziare quanto il Ritardo Mentale rappresenti una grande lacuna etica della psichiatria di oggi. Lo psichiatra, infatti, entra obbligatoriamente e frequentemente in contatto con la popolazione RM ma, dai dati esposti, sembra utilizzare metodologie terapeutiche diverse, rispetto a quelle utilizzate negli altri pazienti, utilizzando i farmaci in assenza di una diagnosi psichiatrica, somministrando le terapie a scopo sedativo e non a scopo curativo. Tuttavia si vuole mantenere un certo ottimismo, supportato dai risultati incoraggianti che, il grande interesse della nostra clinica nei confronti del RM, ha prodotto. Si vuole credere che anche la persona con

Ritardo mentale, possa, sempre di più, ricevere una cura che sia, prima di tutto, rispettosa della dignità del malato. La nostra clinica, grazie anche alla collaborazione presente da alcuni anni con il Professor Matson, utilizza l'applicazione di una batteria psicometrica standardizzata alle comuni valutazioni cliniche delle persone con Ritardo Mentale con lo scopo di effettuare diagnosi categoriali che siano il più preciso possibile e di ottenere una descrizione funzionale dei comportamenti problematici. I risultati sono sorprendenti: l'applicazione della metodologia diagnostica a popolazioni con Ritardo Mentale ha condotto a una riduzione della prevalenza della utilizzazione dei neurolettici dal 57 al 40% in un arco di tempo di 5 anni (Ruggerini, Guaraldi, Neviani e Castagnini, 2003) e ad una riduzione di questa prevalenza dal 34 al 16% in un arco di tempo di 8 anni (Matson e coll., 2004). L'utilizzazione di metodi psicometrici standardizzati nelle procedure di valutazione clinica di persone con Ritardo Mentale che afferiscono a un dipartimento di Psichiatria, ha permesso di realizzare inquadramenti diagnostici più accurati e di impostare terapie psicofarmacologiche più parsimoniose e, nello stesso tempo, efficaci (Ruggerini e coll., 2004).

Pertanto, se, come si è detto l'etica è strettamente legata alla conoscenza, si spiega perché la mancanza di interesse e attenzione per la diagnosi psichiatrica nelle persone con Ritardo Mentale abbia comportato un uso dei farmaci psicotropi a fini esclusivamente contenitivi e perché solo recentemente si sia dimostrata la necessità di legare l'uso di questi farmaci alla presenza di entità diagnostiche specifiche e secondo indicazioni condivise dalla letteratura .

La condizione di RM rappresenta un esempio emblematico di quanto, in assenza di conoscenze approfondite, in assenza di linee guida esplicite e condivise, anche il professionista più attento rischi di mettere in atto comportamenti antietici.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE:

Nonostante le modalità terapeutiche e assistenziali utilizzate in campo psichiatrico fino a trenta anni fa non siano oggi condivisibili, si ritiene più utile una riflessione storica sui principi etici in psichiatria piuttosto che una condanna netta del nostro stesso passato. Alla luce di questa riflessione, si condivide l'idea degli esperti nel campo che non esista un'etica universale accettata da tutti. Il confine tra la libertà individuale del professionista nell'esercizio della sua professione e la necessità di aderire a principi non solo giuridici ma anche etici condivisi è difficile da delineare. Se da un lato non è accettabile un procedere caso per caso senza regole fisse e senza un esplicito ricorso ai principi è altrettanto pericoloso presumere di dedurre con assoluto rigore formale da leggi universali indicazioni prescrittive rigide alla situazione particolare emergente (Vella, 1996). Si ritiene che, all'interno di qualsiasi contesto storico e culturale, l'imperativo etico del professionista,

psichiatra e non, debba avere come obiettivo la persona e la sua crescita, accogliendola e restituendola nei suoi bisogni bio-psico-sociali. In particolare lo psichiatra ha il dovere etico di condividere una sofferenza invisibile, quella psichica, attraverso la via dell' empatia, con il proprio paziente e con la società che lo circonda. Deve promuovere una sensibilizzazione continua nei confronti di un disagio che, più di altri, ha bisogno della società. Deve promuovere una qualità della vita soddisfacente per i suoi pazienti, attribuendo importanza al punto di vista soggettivo del paziente.

In questo senso si ritiene che lo stesso professionista debba provvedere al rispetto della propria dignità oltre che a quella del malato, mantenendo sempre aggiornate le proprie conoscenze, evitando, pertanto, di lavorare al buio, mettendosi da parte quando una persona non ha bisogno di lui ma aiutandola sempre a trovare la strada giusta. Si ritiene necessario considerare la personalità dell'individuo, espressione di quella qualità di essere persona nella quale essa radica la sua dignità e nella quale è radicato l'obbligo universale di rispettarla (Schiavone, 2000).

BIBLIOGRAFIA:

American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) (trad. it., Andreoli, V., Cassano, G.B., Rossi, R. e coll., 1995. DSM-IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Milano: Masson). Washington DC.

Asioli, F., Bassi, M., 2000. Lotta allo Stigma- Atti della Giornata Internazionale- Bologna, 10 giugno 2000. Editrice Compositori: Bologna.

Azienda USL di Modena, Azienda Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia- Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia- Cattedra di Medicina Legale, Collegio Provinciale degli Infermieri di Modena, Commissioni di Vigilanza ex D.R 560/91 della Provincia di Modena, Comune di Modena- Assessorato alle politiche sociali, sanità ed educazione alla salute, Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, Provincia di Modena- Assessorato alla Sanità e ai Servizi Sociali, 1999. Linee Guida a sostegno delle azioni di tutela e di garanzia dell'anziano non autosufficiente assistito nei servizi ospedalieri e residenziali.

Bellentani, S., Valgimigli, C., 2000. Ai confini tra il nascere e il morire. Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena. Edizioni Mucchi: Modena.

Benciolini, P., Viafora, C., 1999. *Etica e Psichiatria- Dal Manicomio al Territorio*. CIC Edizioni Internazionali: Roma.

Bertoncelli, Mazzi, Greco, Pastorelli, Pelosi, Soli, Vasta, Venuta, Zaccarini, 2003. *Trattamento d'urgenza del paziente con turbe comportamentali potenzialmente lesive*. Documenti interno all'Unità Operativa di Psichiatria relativo alla procedura di contenzione fisica.

Bloch, S., Chodoff, P., 1991. *Etica in Psichiatria- Seconda edizione-*. Trad. It. a cura di Conte, G., 1995. La Nuova Italia Scientifica: Roma.

Bonati, A., Comi, G., Pierri, M., 1996. *La prescrizione neurolettica in una popolazione istituzionalizzata affetta da Ritardo Mentale*. In: Sala, M., Pierri, M., Campari, A. (Eds.) *La persona adulta con Ritardo Mentale nelle istituzioni: cura e riabilitazione*. Milano: Ghedini.

Cassano, G.B. e coll., 1994. *Manuale di Psichiatria*. UTET: Torino.

Cattorini, P., Ghetti, V., 1997. *La bioetica nelle facoltà di medicina*. FrancoAngeli: Milano.

Chiodi, M., 2003. *Il suicidio e il senso, una riflessione etica*. Frammenti- Rivista di Psichiatria-AUSL Ravenna. Anno 12, N.1.

Clarke, D.J., Kelley, S., Thinn, K. e Corbett, J.A., 1990. *Psychotropic drugs and mental retardation*. 1. *Disabilities and the prescription of drugs for behaviour and for epilepsy in three residential settings*. *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 385-395.

Climati, C., 10 e 11 aprile 2003. *Congresso: "Bioetica e Psichiatria. Etica dei Modelli in Psichiatria"*: Ateneo Pontificio Regina Apostolorum (Facoltà di Bioetica).

Comitato Nazionale per la Bioetica, 24 novembre 2000. *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici- sintesi e raccomandazioni*.

De Bertolini, C., Rigatelli, M., 2000. *Questioni etiche nell'intervento dello psichiatra nell'ospedale generale*. In: Bassi, M., De Risio, S., di Giannantonio, M (Eds). *La questione etica in psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Fan, T.W., 1991. *Prescribing in mental handicap hospitals*. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 282-283.

Ferracuti, S., 2003. Rilevanza degli aspetti giuridici nel suicidio. La questione dell'eutanasia. Frammenti- Rivista di Psichiatria- AUSL Ravenna. Anno 12, N.1.

Grassi, L., Magnani, K., Ercolani, M., 1999. Attitudes toward euthanasia and physician- assisted suicide among Italian primary care physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*; 17: 188-196.

Guaraldi, G.P., Ruggerini, C., Villanti, F., Neviani, V., 2004. La terapia neurolettica nel Ritardo mentale: review della letteratura. In: Sala, M., Bonati, A. (Eds.) *Ritardo Mentale e psicofarmaci, verso la costruzione di un approccio razionale*. Gussago (BS): Vannini (pp. 61-86).

Invernizzi, G. 2000. *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*. Seconda edizione. McGraw-Hill Libri Italia: Milano.

Jacobson, J.W., 1990. Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? *American Journal of Mental Retardation*. 94, 596-602.

Matson, J.L., Lott, J.D., Mayville, E., Logan, J.R., Swender, S.L., Ruggerini, C., Neviani, V., Matson, M., 2004. Un metodo di valutazione e di intervento clinico per ridurre l'utilizzo di psicofarmaci nelle persone con ritardo mentale. *American Journal on Mental Retardation*. 2, 297-301.

Mordini, E., 1997. Rpbil. Da Lo Psichiatra Italiano. Hippocrates Edizioni Medico-Scientifiche: Milano.

Munizza, C., 2001. *Salute Mentale e Diritti- Problemi e percorsi di tutela*. Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, WHO, ASL 4: Torino.

Priebe, S., 2003. Predizione e prevenzione del suicidio nei servizi di salute mentale. Frammenti- Rivista di Psichiatria- AUSL Ravenna. Anno 12, N.1.

Prodi, G., 1996. Lineamenti di sociologia degli invisibili, in "Micromega", 4, pp. 221-240.

Reiss, S., Aman, M.G., 1997. The international consensus process on psychopharmacology and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 41, 448-455.

Ruggerini, C., Guaraldi, G.P., Neviani, V., Castagnini, A.C., 2003. Prescribing psychoactive drugs in a long-term charitable facility for people with intellectual disabilities: a five-year follow-up. Atti del IV Congresso Europeo "Mental Health and Mental Retardation", Roma, 17-20 Settembre 2003.

Ruggerini, C., Neviani, V., Greco, V., Guaraldi, G.P., Matson, J.L., Ricchetti, E., Vezzosi, F., 2004. Effetti della introduzione di linee guida nell'assistenza psichiatrica alle persone con ritardo mentale. *American Journal on Mental Retardation*. 3, 493-505.

Schiavone, M., 2000. Luci e ombre nell'etica psichiatrica contemporanea. In: Bassi, M., De Risio, S., di Giannantonio, M (Eds). *La questione etica in psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Vella, G., Siracusano, A., 1996. *Il consenso informato in Psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

9

Alfredo Anzani

ETICA E CHIRURGIA: QUALE ALLEANZA

1. Introduzione

La chirurgia generale, nel corso degli ultimi anni, è stata caratterizzata da un progressivo nascere e moltiplicarsi di molti rami specialistici e superspecialistici che hanno permesso ai chirurghi operatori di raggiungere e superare traguardi sempre più impensabili.

Si pensi, ad esempio, alla chirurgia epatobiliopancreatica. Definita “altissima” – come tante altre chirurgie - , proprio per questo, deve essere praticata in centri definiti “di alta specializzazione”.

La conseguenza immediata è che anche il paziente si rende conto di trovarsi degente in un centro di altissima qualità e il suo vissuto di malato, di degente, di operando, di operato assume una valenza maggiore. Gli interrogativi che si pone il paziente sono semplici e nello stesso tempo sono, anch’essi, “altissimi”: ce la farò? saprò sopportare un intervento come quello che mi hanno proposto? a chi sto affidando la mia vita in questo momento?

Un'altra branca della chirurgia generale, quella trapiantologica, è particolarmente portatrice di problematiche etiche, quali: il reperimento dell'organo da trapiantare, la lista di attesa, il consenso informato.

Ancora, la patologia neoplastica, rispetto alle altre patologie, presenta alcune peculiarità in termini di prognosi e terapia che rendono l'alleanza tra etica e chirurgia oltremodo necessaria, non solo per perseguimento del bene del paziente ma anche per una corretta adesione alle norme della Good Clinical Practice. Ad esempio, per quanto riguarda la patologia neoplastica primitiva del fegato, va ricordata la usuale concomitanza dell'epatopatia cronica cirrogena, che condiziona una chirurgia ad elevato consumo di risorse ed ad alto rischio di morbidità-mortalità perioperatorie, mentre, d'altra parte, l'obiettivo curativo è discutibile, considerando l'elevata incidenza di recidiva a breve-medio termine.

Quando lo sfavorevole bilancio tra costi economici-biologici e risultati è ancora più evidente, come in alcuni casi della chirurgia oncologica dove, a fronte di elevati costi e complicanze, le percentuali di sopravvivenza a distanza risultano essere prossime allo zero a cinque anni, che fare, come decidere, con chi consultarsi?

L'approccio alla chirurgia oncologica in generale non può essere esclusivamente tecnico ("si può fare!") ma deve costantemente essere bilanciato da attente considerazioni etiche ("si deve fare?"). Queste riflessioni aiutano a tener conto dei benefici previsti a fronte dei costi biologici che il malato è destinato a sopportare e delle risorse che la società deve impegnare in uno scenario che appare sempre più caratterizzato dalla necessità dell'ottimizzazione dei risultati. Non si tratta di mettere limiti alla ricerca di terapie o soluzioni sempre più efficaci, anzi! Si tratta, piuttosto, di possedere una visione d'insieme, necessariamente globale.

Il medico chirurgo viene a trovarsi di fronte a molteplici scelte che i vari protocolli clinico-terapeutici gli offrono: dagli interventi chirurgici apparentemente più semplici a quelli altamente demolitivi e complessi.

Problemi di natura etica emergono facilmente se si pone attenzione a questa ampia gamma di possibilità: quale la scelta "giusta"? in quale momento? per quale caso? E per "questo" paziente, di cui debbo prendermi cura, cosa devo fare?

Certo, anche il rapporto medico-paziente, nel caso specifico, presenta una particolare valenza etica. Di fronte a queste problematiche il chirurgo non può non interrogarsi e porsi fino in fondo nell'atteggiamento di ricerca del significato del suo agire.

Il mio intervento desidera essere un'occasione di riflessione in questa direzione. È un problema che vorrei affrontare sotto il profilo della bioetica, ossia di quella riflessione scientifica e sapienziale che considera le più diverse questioni della vita (bios) in riferimento ai valori e alle esigenze più radicali dell'uomo nella sua specifica dignità di persona (ethos). La mia vuole essere una riflessione razionale, che ha nell'intelligenza e nella ragione umana il suo criterio di lettura e di discernimento: è, dunque, una riflessione per sua natura aperta a tutti e da tutti, almeno in qualche modo, condivisibile.

Quando si fa riferimento ai valori etici di un comportamento umano e ci si rifà alla bioetica che, in ultima istanza, definisce ciò che l'uomo "deve" fare o "non deve" fare nell'area delle scienze che riguardano la vita, non si può non presupporre l'accettazione di valori oggettivi, universali, perenni, non dipendenti, quindi, né dal soggettivismo né dal relativismo.

Nella esposizione che segue, farò riferimento alla concezione dell'uomo inteso come "persona", assumendola come parametro di valore, di misura e di giudizio.

L'uomo come persona è il criterio fondamentale di eticità. Persona è l'essere umano nella sua totalità unificata, cioè in tutte le sue componenti e dimensioni, integrate ed unificate

indivisibilmente nell' "io" personale. Nella dignità dell'uomo inteso come "persona" sta il fondamentale criterio morale oggettivo, universale e perenne.

Quando il medico si rivolge al malato e ne ha cura, che cosa cura? Egli è chiamato a pensare a un tutto, superiore alla parte malata e all'insieme delle parti, ricorda il filosofo Massimo Cacciari. Infatti, è possibile curare senza pensare alla dimensione invisibile che supera la parte, l'insieme delle parti? L'insieme delle parti è qualcosa che le uniforma tutte. Che cos'è? E' soffio, vento, anima, psiche, respiro non riducibile alla parte né alla somma delle parti. E', dunque, possibile curare senza riferirsi a tale sovrasensibile?

Non si dà cura se non si fa riferimento all'anima: c'è un tutto superiore alle parti. Ci si imbatte in qualcosa di indefinibile e dobbiamo averne cura. Aver cura significa, allora, avere misericordia e cioè essere capaci di "scardinarsi", di scardinare il proprio cuore di fronte al malato: fare fatica, avere angustia, angoscia nei confronti del malato che diventa prossimo.

Dal recupero della salute si giunge alla scoperta della bellezza: il bello diventa sentire uno spasmo al cuore per il sovrasensibile. Bello è avere cura dell'anima curando il corpo: la cosa più difficile.

Occorre dialogare col paziente da paziente: insieme cercare la "firmitas" che ci manca. Per questo, di fronte a quello che occorre fare, è necessario innanzitutto "cogitare" che significa "agitarsi", altrimenti – sottolinea Cacciari – il medico è solo un meccanico. Ne consegue l'ineluttabilità di "ascoltare". La tecnica medica si accompagna all'ascolto, alla riflessione.

Etica e chirurgia sono chiamate, naturalmente, ad allearsi.

La riflessione bioetica, in tema di malattia, permette di cogliere alcuni importanti aspetti che, secondo Dionigi Tettamanzi, attuale cardinale di Milano e autorità indiscussa in campo bioetico (intervento al 2° Winter European Cancer Conference, Genova 7.3.2001), riguardano innanzitutto il malato stesso e il suo comportamento morale di fronte alla malattia che lo provoca. Il malato è chiamato ad affrontare la sua malattia da essere morale; è invitato, cioè, a raggiungere liberamente il fine della sua piena realizzazione.

La moralità è propria e specifica dell'uomo in quanto tale perché egli osserva di essere "ordinato" a dei valori, primo fra tutti il bene, la perfezione, la realizzazione piena di se stesso, e quindi il raggiungimento della felicità. Inoltre, l'uomo sa di essere cosciente e libero, responsabile di autoordinarsi liberamente al fine.

Come l'esperienza insegna, *l'umanità del malato viene messa a prova* proprio dalla malattia stessa nei suoi molteplici aspetti. Il malato, infatti, viene intaccato

- nella sua *umanità*, nella sua *unità psicofisica*, segnata da una tensione se non persino da una qualche lacerazione (il corpo non ubbidisce facilmente allo spirito);
- nella sua *relazionalità*, resa difficoltosa nel rapporto con gli altri e comunque costretta a forme di separazione e di solitudine;
- nella sua *religiosità* e *fede*, sfidate dalla nuova situazione e chiamate a dare risposta al "perché" del male di fronte alla bontà di Dio.

Di fronte alla malattia, ad ogni malattia, quella oncologica compresa, l'uomo intelligente e libero si pone un inquietante interrogativo: come posso, in questa situazione di malattia, vivere da uomo? Vivere in coerenza con la moralità che mi segna profondamente? Come posso esplicitare la mia libertà responsabile?

E la bioetica, di fronte alle domande che sorgono dal campo così ampio e in continua evoluzione della oncologia, quali risposte offre?

2. Il rapporto medico-paziente

Il rapporto medico-paziente che si instaura nel caso di terapia antitumorale è del tutto peculiare.

Il medico, infatti, sa che non può mentire, anche se a volte è restio a comunicare la verità, particolarmente quando il rapporto medico-paziente, che avviene fra un paziente e molti medici che lavorano in équipe, può comportare una sorta di deresponsabilizzazione: quale dei medici dell'équipe deve dire la verità al malato?

Il medico non dovrebbe mai mentire, specie in questo tipo di rapporto ove l'atto terapeutico proposto, nella grande maggioranza dei casi, consisterà in un atto chirurgico il cui risultato finale non potrà non compromettere l'integrità anatomica dell'organo interessato dalla patologia; e di ciò il paziente non potrà non rendersi conto.

In realtà oggi, di fronte ad interventi chirurgici, semplici o complessi che siano, i pazienti sono portati a credere di non essere affetti da una neoplasia e, a volte, il medico glielo lascia credere.

Si pone, allora, il problema della "verità al malato"; dire o tacere?

Certamente questo problema tocca l'ambito dell'etica del medico in generale ogni volta in cui egli instaura un rapporto col paziente, ma nel nostro specifico caso ne costituisce un momento cruciale.

Se si afferma che il malato ha diritto di sapere la verità, questa dev'essere detta in un contesto di dialogo fiducioso. Non ci si può limitare a fornire dati ed elementi di diagnosi, terapia e prognosi, fuori dall'ambito di una cordialità di rapporti. Il medico è invitato a coniugare il suo sapere scientifico con gli elementi di una nuova antropologia, quella che Jean Francois Malherbe, filosofo della medicina, vuole "basata sul personalismo e che abbia come asse portante la concezione dell'uomo come essere di parola e di comunicazione".

La parola si concretizza nel dialogo e il buon andamento dell'atto terapeutico dipende essenzialmente dal rapporto di fiducia che si instaura fra medico e paziente. La domanda che il paziente rivolge al medico è che gli venga restituita la salute o, nei casi estremi, la speranza. Questa non può essere comunicata da un anonimo nozionismo, né tantomeno da uno strumento tecnologico ancorché raffinatissimo, bensì da un persona vivente e pensante.

E quando il dialogo ha per tema la malattia oncologica, il medico si vede coinvolto, nell'affrontare questi problemi, in un modo particolare. In realtà il medico sa che la malattia tumorale non deve essere demonizzata; essa è una malattia come le altre, ma le implicazioni socio-culturali e gli specifici vissuti di ciascuno danno, di fatto, a questa malattia una valenza particolare.

Qualcuno dice che il medico deve munirsi di un certo grado di "anaffettività" per poter essere obbiettivo nei giudizi. In realtà vi è un aspetto di distacco critico ed emozionale che partecipa di uno sforzo di necessaria saggezza, consapevole della grandezza insita negli eventi decisivi di ogni storia umana. Ma questo non toglie che il medico, che è uomo come è uomo il malato, con la sua sensibilità divenga necessariamente partecipe dei sentimenti e delle sofferenze del paziente. E costui, quand'anche non capisca nulla dell'agire medico in senso stretto, avvertirà invece in pieno la partecipazione umana con cui viene seguita la sua vicenda. E' soprattutto così che il medico conquista la stima e la fiducia del suo paziente.

Solo allora sarà possibile attuare una comunicazione della verità con modalità progressiva e criteri pedagogici e si renderà il malato capace di conoscere, giorno dopo giorno, un po' più di verità. Il medico gliela potrà rivelare completamente quando il paziente sarà in grado di accettarla in modo positivo.

In questo delicato compito di "dosaggio" della verità, il medico mette a prova tutta la sua preparazione psicologica, la sua sensibilità, la sua "arte". Non si tratta tanto di sapere quello che si deve dire. Ciò che conta è il "come" si dice e si comunica. La comprensione umana, basata sulla prudente gradualità, non potrà mai confondersi, però, con la falsificazione dei dati oggettivi riguardanti una proposta di trattamento o riguardanti la natura della malattia. Per questo motivo è

richiesto al medico di avere nozioni di psicologia. Sarebbe troppo facile fare ricorso allo specialista in materia, ma così operando si frammenterebbe sempre di più il rapporto medico-paziente che deve rimanere, per quanto possibile, unico e insostituibile.

In un'epoca di superspecializzazioni, quale la nostra, è necessario ricondurre ad unità le prestazioni terapeutiche se si vuole mantenere "umano" il rapporto fra il medico e il paziente. Questo rapporto, come ho avuto modo di rimarcare, è di fondamentale importanza nell'impostazione clinica e terapeutica e ha dei risvolti etici precisi, nel senso che è necessario che avvenga in un determinato modo e non in un altro.

3. I protocolli terapeutici

Tutti i vari protocolli terapeutici adottati presentano rilievi di natura etica per il medico che, consapevole della continua evoluzione delle terapie, deve saper proporre ciò che ritiene ordinario e proporzionato per il paziente. Il paziente, poi, correttamente informato sulle varie possibilità esistenti decide liberamente l'accettazione o meno della terapia.

Quello che viene proposto al paziente rientra nel rapporto fiduciario che si è instaurato con il medico curante quando la cura indicata riguarda un preciso stadio della malattia che prevede un trattamento standardizzato e consueto. Maggiori rilievi di natura etica si evidenziano quando "si inseriscono" i pazienti in protocolli sperimentali.

Dal punto di vista etico occorre che siano rispettate le raccomandazioni in materia, formulate da organismi nazionali ed internazionali. Ricordo le "Raccomandazioni a guida dei medici nelle ricerche biomediche" promulgate dall'Associazione Medica Mondiale (Helsinki 1964; riviste negli anni successivi, l'ultima nel 2000), la Good Clinical Practice for Trials on Medicinal Products in the European Community, i decreti ministeriali italiani del 1997, 1998, specie quelli riguardanti la costituzione e il funzionamento dei comitati di etica ospedalieri.

Quando si effettuano sperimentazioni su esseri umani, annota P.Cattorini, (*Comitati d'etica e sperimentazione clinico-farmacologica*. In *Etica della ricerca biomedica*, a cura di V. Ghetti. Ed. F. Angeli, 1991, p.214) vengono ad essere coinvolte molte esigenze: a) sviluppare il progresso scientifico, b) non violare la dignità delle persone, c) promuovere il bene della collettività, d) rispettare l'autonomia dei soggetti interessati dalla sperimentazione.

Il comportamento etico corretto è quello che più di altri riesce a salvaguardare tutte queste esigenze, rispettando alcune norme precise:

- quella relativa al controllo scientifico (è necessario fare riferimento a rigorosi principi scientifici generalmente riconosciuti);
- quella relativa al rapporto rischi-benefici (i benefici di una ricerca sull'uomo devono essere proporzionati al rischio del danno che può essere inflitto);
- quella relativa al consenso informato (è la norma più rilevante dal punto di vista etico di tutta la sperimentazione).

A volte, specie quando i pazienti si presentano tardivamente all'osservazione medica con un quadro clinico di particolare gravità (la malattia viene ormai definita inguaribile), al medico si pone il dubbio se sia etico sottoporre ugualmente il malato a terapie aggiuntive.

Il non far nulla potrebbe apparire una resa incondizionata di fronte al cancro che ha ormai compiuto la sua opera devastatrice; il fare "di più" potrebbe giudicarsi accanimento terapeutico.

La risposta va ricercata all'interno della "gestione" dei casi singoli e concreti che mai potranno diventare termine di paragone per altri casi: il saper in partenza che non sarà possibile realizzare tutto ciò che occorre per ottenere il bene totale del malato non significa che è proibito mettere in atto quei minimi accorgimenti che consentano al paziente di vivere almeno con dignità gli ultimi suoi momenti. Le cure palliative rendono più sopportabile, in tutti i sensi, la propria malattia. Si tratta di compiere quello che taluno definisce "intervento chirurgico samaritano".

Un'attenta valutazione etica va posta anche quando ci si trova di fronte a ricadute della malattia nonostante gli atti terapeutici messi in atto. Se all'inizio della malattia l'obiettivo primario per il medico era il ripristino della salute con la guarigione del paziente, ora l'obiettivo secondario è lo "stabilire" i mesi di sopravvivenza e la qualità di vita del paziente.

In questo delicatissimo lavoro di equilibrio fra il decidere se ricorrere a mezzi proporzionati o sproporzionati di terapia, fra la lotta ad oltranza contro la malattia o la resa di fronte alla realtà delle cose, sta la capacità del medico di intessere un dialogo con il paziente e i suoi familiari nel rispetto assoluto della scelta che solamente il paziente dovrà compiere. Tale scelta, pur sofferta, troverà sollievo dal conforto che i familiari e il medico saranno capaci di offrire con dignità ed umanità.

Queste affermazioni richiedono chiare risposte ai seguenti interrogativi: chi stabilisce se un atto medico è proporzionato o meno al caso concreto? Ciò che è accanimento per uno è o deve essere

ritenuto tale anche da altri? E' il paziente o il medico che definisce ciò che è "accanimento terapeutico"? E' la comunità scientifica che deve intervenire a dirimere il dubbio con linee guida? Come coinvolgere i parenti senza venir meno a quanto stabilisce la legge sulla privacy?

Ritengo che una attenta e precisa responsabilità etica e professionale possa aiutare il medico a trovare le risposte a questi interrogativi, mai dimentico che può sempre incorrere in errori di valutazione sia in senso prognostico che diagnostico.

4. Gli interventi medici

Nuove domande etiche scaturiscono dall'applicazione dei progressi terapeutici e degli interventi medici.

L'utilizzo scientifico e terapeutico delle cellule staminali fa emergere un interrogativo etico, quello che riguarda la fonte del prelievo delle cellule staminali. La fonte può essere l'adulto, il cordone ombelicale, l'embrione. In quest'ultimo caso sorgono i problemi etici, quando l'intervento comporta il provocare la morte dell'embrione stesso.

Anche la proposta di nuove terapie in campo oncologico crea un'aspettativa ansiosa se non spasmodica verso i risultati della ricerca, al punto che con facilità si finisce per accogliere ogni possibile proposta.

Da un punto di vista etico occorre verificare che gli interventi medici non risultino, in qualche caso, inadeguati o addirittura si configurino come *accanimento terapeutico*.

I criteri oggettivi, che definiscono un atto medico atto di accanimento terapeutico, si riconducono fondamentalmente a tre: l'inutilità, la gravosità e l'eccezionalità. In particolare, l'inutilità (o l'inefficacia) significa che l'atto medico in sé non è più configurabile come "terapeutico"; la gravosità significa per il malato essere sottoposto ad ulteriori sofferenze; l'eccezionalità sottolinea come l'atto sia "sproporzionato" rispetto al miglioramento che si cerca, e in tal senso il trattamento risulta inutile nonostante la sua eccezionalità.

Dai tre criteri indicati risulta, in definitiva, che l'accanimento terapeutico consiste nell'uso di mezzi particolarmente pesanti per il malato che, di fatto, viene condannato ad un'agonia prolungata artificialmente.

Non rientra nell'accanimento terapeutico il sostegno vitale offerto con l'idratazione e il controllo della respirazione.

Se, sotto il profilo etico, viene escluso l'accanimento terapeutico che si configura realmente come tale, è da escludere anche quello che si suole chiamare "abbandono terapeutico". In tal senso occorre impegnarsi nell'uso proporzionato dei mezzi terapeutici, cioè di quei rimedi che si ritengono ancora utili e necessari e la cui sospensione si configurerebbe come inaccettabile omissione.

5. Il problema etico centrale

La domanda di fondo diventa: come curare la malattia neoplastica? O, meglio ancora: su che cosa concentrare i propri sforzi? Quale obiettivo per la medicina?

Molte volte si ritiene, più o meno consapevolmente, che l'obiettivo della pratica medica sia la sconfitta della malattia e della sofferenza. Di fatto, la medicina di questi ultimi cinquant'anni si è impegnata come non mai in una lotta implacabile contro ogni forma di malattia, tumore compreso o questo forse più di altre malattie, non sempre però tenendo in debito conto un suo compito non meno importante e decisivo, il compito cioè dell'assistenza e della cura del paziente.

C'è da chiederci se l'aver dimenticato o sottovalutato questo compito della medicina non abbia contribuito a far sì che cadesse nell'ombra il valore stesso del paziente.

In "Notizie di politeia" del 1997 si legge che l'Hastings Center di New York ha curato una ricerca con esperti provenienti da tredici Paesi sugli scopi della medicina alla luce delle sue possibilità e dei suoi problemi attuali. Alla fine del lavoro è stato preparato un rapporto dal titolo "Gli scopi della medicina: nuove priorità". In questo documento si afferma: "La medicina si è impegnata in una guerra implacabile e costosissima contro ogni malattia, specialmente contro il cancro, le cardiopatie, gli infarti, dimenticando la necessità dell'assistenza alla persona e della compassione di fronte alla mortalità".

In questo senso, oggi giustamente si afferma che la medicina deve avere come obiettivo sia quello dell'assistenza alla persona (*care*), sia quello della terapia (*cure*).

Eppure c'è ancora chi continua a teorizzare che scopo della ricerca e della pratica medica sarebbe unicamente quello di sconfiggere la sofferenza.

E' questo il pensiero di una certa bioetica laica, che in Italia si è espressa in modo organico e significativo nel primo Manifesto di bioetica laica pubblicato nel 1996 (il testo è apparso per la prima volta su "Il Sole 24 Ore", n.156, 9 giugno 1996, p. 27). Tra l'altro si può leggere: "La visione laica vede nel progresso della conoscenza la fonte principale del progresso dell'umanità, perché è soprattutto dalla conoscenza che deriva la diminuzione della sofferenza umana".

Il porre quale fine della conoscenza in campo medico unicamente la diminuzione della sofferenza può portare a operare delle scelte discutibili o chiaramente contrarie alla morale, come nel caso dell'eutanasia. In questo preciso caso non si diminuisce semplicemente, ma si sopprime definitivamente la sofferenza: ma il prezzo pagato è la soppressione della stessa persona che soffre.

Ora, già la stessa riflessione razionale ci può far comprendere come al centro della ricerca e della pratica medica debba essere unicamente la persona e il suo vero bene. Questo è il "cuore" di una bioetica che vuole essere veramente e pienamente "umana" e perciò stesso veramente e pienamente "umanizzante".

E' a partire e in riferimento alla antropologia personalistica che, alla luce della riflessione razionale matura e critica, si possono individuare gli orientamenti e le indicazioni etiche, ossia i contenuti di un agire conforme e coerente con l'inviolabile dignità personale dell'uomo. Solo così è possibile riempire di contenuto la cura della malattia neoplastica e porre il malato al posto che assolutamente gli spetta, ossia al primo posto.

Come la stessa esperienza insegna, il paziente domanda qualcosa di più che non una semplice terapia: domanda di non essere lasciato solo nel momento in cui si trova di fronte alla sofferenza, al declino delle proprie forze e della propria volontà. Egli si domanda: che senso ha il soffrire? Perché la malattia, proprio ora e a me? Che cos'è la morte? Nota l'Hasting Center: "La medicina non è in grado di proporre nessuna risposta a queste domande; esse non rientrano nelle sue competenze. Tuttavia, dai medici e dagli infermieri, in quanto esseri umani, ci si aspetterà una qualche risposta".

6. Conclusioni

Interessante è il seguente decalogo, basato ed articolato sulla *centralità della persona malata* e scritto dal cardinale Dionigi Tettamanzi nell'intervento già citato e che ben può rappresentare un valido esempio di alleanza fra etica e chirurgia:

1. Si deve dire la verità al paziente: solo così potrà esprimere il suo consenso informato in modo responsabile e autonomo.
2. Si devono scegliere e assicurare le cure che non si configurino come "accanimento terapeutico".
3. La malattia può essere inguaribile, mai però "incurabile": in tal senso è del tutto inaccettabile l'abbandono terapeutico.
4. L'assistenza è da procurare attraverso una sinergia di forze tra i diversi operatori in una molteplicità e organicità di competenze, realizzando una sorta di "mosaico terapeutico".
5. Nelle forme di assistenza non sia mai dimenticata quella spirituale e religiosa, nel segno della libertà.
6. Di grande importanza e significato è l'assistenza domiciliare o comunque di supporto alla famiglia, la quale incontra numerose difficoltà fisiche e psichiche nel fra fronte alla malattia del congiunto.
7. Gli operatori sanitari, che dedicano le loro forze all'assistenza dei malati oncologici, devono essere preparati non solo professionalmente ma anche umanamente. Così, aggiungiamo, come sempre deve avvenire per la cura di ogni malattia.
8. Le cure palliative devono essere utilizzate in modo responsabile: siano veramente un mezzo per alleviare il dolore e non una scorciatoia per non occuparsi più del paziente.
9. Occorre una considerazione adeguata in alcuni casi particolarmente drammatici, come quello della donna che nel corso della gravidanza scopre di essere affetta da tumore maligno. Come svolgere il dialogo con lei? E' davvero irrazionale la decisione di non sottoporsi a cure chemioterapiche, le quali condurrebbero alla perdita del figlio?
10. Indispensabile è la prevenzione delle malattie tumorali, in chiave sia di risorse economiche da riservare alla ricerca e alla terapia, sia in chiave comportamentale ed educativa con la denuncia dei fattori di rischio.

Di fronte al malato il medico, in particolare il chirurgo, deve saper cogliere in se stesso tutte le componenti umane del suo essere: scienza, coscienza, umanità si devono intrecciare in una sensibilità e delicatezza ineffabili. Oggi, per lui, è diventato imperativo riandare alle fonti del proprio sapere medico e riscoprirne il carattere più autentico e radicale: essere "custode e servo" della vita umana.

10

Claudio Macchi

ETICA AZIENDALE

Prima di intervenire nel merito del tema che mi è stato assegnato mi è gradito portare il saluto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena. Stamattina non potevo essere presente, ma cerco di sopperire adesso e lo faccio anche con piacere perché tutti coloro che sono sopravvissuti ad una giornata così intensa meritano ben più di un saluto dell'Azienda che rappresento.

A differenza di molti che sono intervenuti prima di me (qualcuno l'ho sentito) non penso di essere un cultore della materia e per realismo mi sento di doverlo dire.

Come non esperto specialistico la prima cosa che ho fatto è di ricercare su Internet il tema dell'etica aziendale in campo sanitario e devo dire che ho scoperto che in realtà esiste ben poco, se non quasi niente. In tema di etica aziendale, senza ulteriore specificazione, si trova invece una certa ricchezza di contenuti. Proprio da questi contenuti vorrei partire, trattando il caso generale per poi cercare di calarlo nel più specifico.

L'etica aziendale è stata e lo è ancor più recentemente, una questione di interesse concreto. A livello internazionale esempi come il caso Enrom, in Italia i casi Cirio e Parmalat, pongono problemi di varia natura ma anche di tipo etico.

Emerge pure, su tutt'altro versante, una tematica no-global, di contestazione forte della nuova economia di mercato nella sua dimensione mondiale, con le sue ricadute sull'ambiente e quindi sulla salute dell'uomo, anch'essa proveniente da una riflessione etica.

Queste considerazioni di ordine generale certamente portano ad imporre o ad accettare limitazioni alla finalità di base dell'azienda in campo privato che è la creazione di valore per gli azionisti, conditio sine qua non per la sua costituzione e gestione, almeno nel più usuale ambito "profit". Ma la filosofia che sta nascendo intorno a questa materia individua nell'azienda comunque due dimensioni, una istituzionale ed una sociale, che man mano portano anche a contenuti etici.

Dimensione istituzionale dell'impresa significa rete di contratti interni all'azienda (gli azionisti da un lato, i lavoratori dal lato opposto) ed esterni ad essa (i clienti da un lato, i fornitori dall'altro). Rete di contratti che impone il rispetto di impegni superiori alla ricerca del profitto, se non altro perché esiste una dimensione dell'immagine dell'azienda, una credibilità dell'azienda da costruirsi e

da preservare. Tutti questi aspetti in qualche modo già di per se fanno dell'azienda un qualcosa che ha un rilievo pubblico e non solo privato.

Poi c'è la dimensione sociale dell'impresa. L'impresa coinvolge dal punto di vista esistenziale persone che hanno progetti, bisogni più o meno fortemente intrecciati con l'azienda; coinvolge aspettative di realizzazione personale, una rete professionale che significa relazione tra colleghi, attese e fiducie reciproche, in qualche caso gelosie, che sono il risvolto negativo della medaglia.

Anche in un mercato totalmente libero un'azienda a fini di profitto - sto sempre parlando del caso generale dell'impresa - ha una dimensione istituzionale sociale e quindi in qualche modo impatta con una dimensione etica del problema.

Il nesso tra economia ed etica sta nella tradizione europea, ma sta anche in quella italiana. La storia ha considerato il lavoro come momento forte dell'uomo e generalizzando dell'umanità e questo porta a considerazioni etiche, porta anche però ad un'etica che è di confine con la politica. Ci sono varie posizioni politiche che, intrecciandosi con l'etica, hanno affrontato questo argomento, come si diceva una volta, in tutti i 360 gradi dell'arco costituzionale. Espressioni come il corporativismo, la cogestione, il primato dell'impresa pubblica o viceversa l'illuminismo proprietario, la stessa dottrina sociale della chiesa si sono posti a vario titolo e con varie coloriture politiche un problema di approccio anche etico alle dimensioni di cui sto cercando di parlare. Più recentemente è forte il revival di attenzione al problema e soprattutto in ambito anglosassone sono entrate nell'uso espressioni come *Business Ethics* e soprattutto *Corporate Social Responsibility*. La Comunità Europea si è occupata dell'argomento, c'è un *green paper* recente *Promoting European Framework for Corporate Social Responsibility*.

L'interesse anglosassone si è calato anche in campo politico. Oggi abbiamo appreso che Blair ha vinto per la terza volta le elezioni inglesi, anche se un po' in calando. In fondo in questa sorta di "terza via" del New Labour di Blair ci sta l'idea di costruire una relazione di fiducia tra i diversi soggetti economici e sociali, il che porterebbe ad un'autonoma capacità di relazione da parte della società civile che in qualche modo vorrebbe superare l'idea di un'impresa totalmente pubblica, propria del vecchio Labour, come pure un'idea totalmente privata, riconducibile al liberismo della Thatcher.

E' interessante questa questione della *Corporate Social Responsibility* perché individua abbastanza bene i destinatari di quella che è l'azienda etica, distinguendo da un lato quelli che vengono chiamati *shareholders*, che sono gli azionisti e dall'altra gli *stakeholders*, cioè i portatori di legittimi interessi sul comportamento dell'azienda, perché ne sono comunque toccati.

Chi sono gli *stakeholders*? Innanzitutto le comunità locali che sono comunque interessate alla presenza dell'azienda, non fosse altro per una questione di mercato del lavoro o più specificamente per una questione di ambiente, inteso in senso lato. Sono i dipendenti, i clienti, i fornitori, che hanno aspettative ed interessi legittimi che vanno oltre le relazioni contrattuali che li legano all'azienda. Sono gli stessi azionisti, se non altro sotto il profilo dell'informazione societaria e dell'etica correlata all'informazione societaria. Sono pure, con un grosso punto di domanda, le generazioni future, perché l'uso di risorse ambientali si ripercuote sul presente e probabilmente ancor più si ripercuoterà sul futuro. A tale proposito c'è una domanda intelligente da porsi: chi rappresenta oggi i generati nel futuro?

L'etica aziendale sotto questa complessa chiave di lettura è la ricerca che l'azienda opera di una della propria legittimazione sociale a svolgere la propria missione produttiva nello stabile confronto con gli *stakeholders*, impegnandosi a comportamenti a cui non sarebbe necessariamente tenuta secondo il diritto vigente, cioè fare di più rispetto a quello che dovrebbe perché lo impone la norma, andando oltre il rispetto di leggi e contratti, che è la condizione si ne qua non per evitare di essere in qualche modo messa in mora. Cioè in termini privati anche andare oltre regole, istituzioni e pratiche tese a proteggere gli investitori esterni da comportamenti opportunistici di imprenditori e manager. Andare oltre la pur dura posizione che, per fare un esempio, il governo degli Stati Uniti, ha votato per uscire dal caso Enron, per cui falso in bilancio e reati simili pesano di più in termini di possibile condanna detentiva e quindi di importanza del bene da tutelare rispetto ad una rapina a mano armata in una banca. Bisognerebbe fare qualche riflessione nostrana, ma non siamo in tema tipicamente politico.

Anche in Italia esiste una storia a questo riguardo, che per certi aspetti è una storia positiva perché è stato nel tempo ricercato e qualche volta ottenuto un radicamento territoriale delle imprese che tenga conto delle comunità locali. E' abbastanza consolidata una prassi di concertazione con le parti sociali interessate.

L'etica si rapporta per certi aspetti alla sostenibilità dell'impresa, intesa come un soggetto che ha una responsabilità economica, una responsabilità ambientale, una responsabilità sociale. Da qui nasce anche l'idea del bilancio sociale dell'impresa che, tradotto in inglese, viaggia su tre P. Deve interessarsi del *Profit* perché altrimenti in campo privato l'impresa non ha ragione di esistere; deve interessarsi del *Planet* perché ci sono le problematiche di impatto ambientale; deve interessarsi del *People* perché l'azienda è calata in una comunità e non può e non deve chiamarsi fuori da questo suo ambiente naturale.

Siamo quantomeno in presenza, anche parlando di azienda senza ulteriori specificazioni, di una complessità attuale che opera al suo interno e rispetto all'esterno in un sistema a rete a reciproche dipendenze ed a rete particolarmente complessa, per cui, stando al privato, includere gli *stakeholders* nei processi aziendali è condizione di efficacia della stessa azione economica, perché conferisce vitalità comunitaria all'azienda.

Il problema è chi sono nel concreto gli *stakeholders*. La difficoltà sta nel riconoscerli caso per caso, sta nel gestire e superare le reciproche diffidenze, sta nel progettare con loro iniziative comuni nelle quali possano riconoscersi come protagonisti o coprotagonisti, nel condividere, cioè, gli interessi della comunità ed in qualche modo rendersi appartenenti alla comunità stessa. Dentro l'azienda significa contribuire all'identità di chi ci lavora per ottenerne uno spirito di appartenenza, per dividerne gli obiettivi positivi.

Con queste premesse di ordine generale ho cercato di arrivare a qualche ragionamento sull'azienda sanitaria, che a maggior ragione deve calarsi nella comunità esterna ed interna, quantomeno perché il suo prodotto è attinente, corrisponde ad un bisogno primario chiamato salute, sempre più diffusamente avvertito come tale e che nel nostro paese gode di un riconoscimento di valore costituzionale. Ciò nonostante tutti noi avvertiamo che l'azienda sanitaria è sentita spesso come azienda lontana. Si avverte una sensazione palpabile, troppo diffusa, di essere esclusi, in un qualche modo vittime passive di una programmazione e decisione sanitaria calata dall'alto.

Nel caso dell'azienda sanitaria il tema dell'etica nasce già a monte rispetto alla costituzione dell'azienda stessa e alla individuazione dei presidi e dei servizi che la compongono. In qualche modo sta nella scelta dell'obiettivo stesso della produzione, del dove e del come produrlo e del come mettere il prodotto a disposizione del cittadino e delle comunità locali. Su questo aspetto poi si confrontano impostazioni di base diverse ed il confine tra l'etica e la politica è abbastanza sfumato. E' palese la contraddizione tra tentazioni di programmazione dirigitica rispetto ad una programmazione partecipativa, ma con partecipazione di chi?, tornando all'individuazione degli *stakeholders* e con quali poteri? Di qui la necessità di innescare un processo (individuati gli *stakeholders*) dialettico di confronto utile per renderli compartecipi ed ottenere da loro una funzione di stimolo vero ed efficace per il miglioramento della gestione, conduzione aziendale.

Si confrontano visioni etico-politiche diverse di rapporto con il cittadino e di individuazione del ruolo del cittadino. Estremizzando, da un lato si vuole vedere il cittadino cliente e consumatore di prestazioni, che ci porterebbe a ragionare prevalentemente in termini di efficienza erogativa di prestazioni; dall'altra il cittadino attivo, copromotore di salute, che invece ci porterebbe a

privilegiare il filone dell'efficacia che si coniuga abbastanza bene rispetto alla complessità del quadro di riferimento generale che ho cercato di evocare. Queste visioni diverse si confrontano anche tra le varie realtà regionali italiane. Io sono cittadino lombardo anche se lavoro a Modena e quindi conosco bene, soprattutto nel suo primo esordio abbastanza vivace, una tematica economicistico-efficientista del cittadino cliente consumatore, cittadino che deve avere il diritto di ricevere tutto e subito quanto gli occorre in termini di prestazioni e possibilmente vicino a casa. Tematica che partiva da un'idea liberista di un offerta concorrenziale che potesse portare, quasi in automatico, al miglioramento della qualità e quantità delle prestazioni. Ma il cittadino è veramente libero di scegliere e si colloca in un mercato che gli consente di farlo in maniera perfettamente libera? La risposta la lascio alla sensibilità di chi mi ascolta.

Il cittadino in questa gamma di offerte di prestazioni che ha di fronte si trova in realtà a scegliere tra la ospitalità pubblica ed in genere i presidi e servizi del Sistema Sanitario Nazionale e la ospitalità ed i servizi privati accreditati. Entrambi appartengono ad un genere che gli economisti oggi chiamano *monopsonio*, una particolare forma di monopolio per cui in realtà sia il pubblico che il privato sono titolari, l'uno di diritto, l'altro per concessione, di una sorta di abilitazione a coprire fette predeterminate di domanda. Il rischio vero è quello che, in una relativa libertà di scelta del cittadino, questi soggetti possano tendere ad una iperofferta di prestazioni più remunerabili, il che enfatizzerebbe ulteriormente l'idea della prestazione come una sorta di merce da consumare.

Esiste un altro modello, più proprio di altre regioni, che enfatizza la presa in carico complessiva socio-sanitaria-ambientale del bisogno di salute del cittadino, proprio perché considerato bisogno primario e sempre più avvertito come tale. Ma di nuovo si introduce una grande complessità, una grande difficoltà a tradurre il cittadino, espressione generica, in una declaratoria precisa di *stakeholders* e poi occorre dargli spazio ma nel contempo superare rivendicazionismi spiccioli, ma senza porsi a semplice difesa con chiusure reattive. Non sono poche le situazioni di potenziale o reale contraddizione e conflittualità da superare. Bisogna avere la capacità di attivare elementi veri di confronto, dibattito, decisione, controllo, aggiustamenti progressivi che vedano il coinvolgimento forte dei portatori di legittimi interessi. Bisogna muoversi in un quadro che in Italia è anche abbondantemente normato. Siamo all'impatto che hanno sulla sanità e quindi sulle aziende che si occupano di sanità le varie fattispecie normative che se ne sono occupate e che se ne occupano correntemente a partire dalla legge finanziaria, anno per anno, proseguendo con le leggi regionali, gli indirizzi di programmazione, le norme generali e specifiche dello stato, a partire dalla fondamentale riforma sanitaria del '78, la 833, che il senatore Bompiani, qui presente, conosce meglio di tutti, essendone stato relatore al Senato insieme al mio vecchio amico Gaetano Merzario,

senatore che ci ha lasciato, con il quale ho allora condiviso, passo a passo, la progressione elaborativa del testo di legge.

La 833 ha chiamato sicuramente in causa sotto il profilo etico e politico la dimensione della partecipazione, che è un altro elemento di forza della questione di cui stiamo parlando, anche accentuando la legittimazione democratica degli *stakeholders*. Penso all'assemblea delle Unità Sanitarie Locali, che era espressione della comunità per nomina seppure di secondo grado, alla integrazione socio sanitaria su base territoriale, alla programmazione pluriennale partecipata. Poi il Decreto Legislativo 502/92 ha dato un "giro di vite" aziendalistico che ha mantenuto comunque elementi di partecipazione forse meno pregnanti. La Legge 229/99 ha riaccentuato nuovamente l'elemento della partecipazione dei cittadini e degli operatori alla programmazione e valutazione dei servizi sanitari, anche introducendo i comitati consuntivi misti. Ha potenziato il ruolo dei Comuni nella programmazione e valutazione dei risultati dell'azienda. Siamo in Emilia Romagna e questa parte è stata fortemente enfatizzata. La nuova legge regionale ha anche cambiato ed ampliato la competenza di quella che era la "Conferenza dei Sindaci", chiamandola "Conferenza Socio Sanitaria Territoriale", la cui definizione è rappresentativa di tutta una serie di contenuti. A tale proposito stiamo parlando di *stakeholders* certamente autorevoli, che hanno diritto ad una partecipazione con capacità negoziale vera nei confronti delle Aziende, che possono legittimamente svolgere una azione di indirizzo locale che temperi l'isolazionismo aziendale. Sono fortemente convinto che l'azienda ci voglia ma sono altresì fortemente convinto che vada evitato il rischio di un sistema sanitario auto-referenziale, parcellizzato, incapace di interagire attivamente con il suo ambiente sociale.

La regione Emilia Romagna ha anche enfatizzato il ruolo dei Comitati Consuntivi Misti per dare voce alle associazioni, ai gruppi organizzati della società civile per cercare, insieme a loro, di costruire la rispondenza dei servizi sanitari alle esigenze dei cittadini. L'operazione non è facile ma è necessaria perché in qualche modo si portano a confronto due elementi che possono essere reattivi nel positivo o nel negativo tra di loro. I due elementi sono le Associazioni dei Cittadini che, estremizzando, possono essere portatori di inclinazioni rivendicative ma che invece possono diventare veicolo di contributi positivi e stimolo forte ad un miglioramento vero e dall'altra parte i rappresentanti dell'Azienda che rischiano sì di essere autoreferenziali, se visti dal lato negativo, ma che possono essere, invece, portatori di apporti positivi anche perché hanno il polso della situazione interna e dello stato delle problematiche del rapporto tra l'azienda ed i suoi operatori direttamente coinvolti nella materia sanitaria. Qualche miglioramento concreto io penso sia nato da questa nuova opportunità, magari su aspetti minimali che sono il comfort, l'umanizzazione, l'informazione, la

riorganizzazione degli sportelli, della logistica, il tempo di rilascio delle copie di cartelle cliniche, per dire la cosa più banale. Potrei elencare altre azioni di miglioramento realizzate ma sono sommatorie di piccole cose che però rappresentano elemento di impatto avvertito come forte da parte del cittadino utente.

Altri temi hanno sempre più assunto rilevanza nell'etica aziendale, anch'essi in parte mutuati da quel modello più generale della *Social Responsibility* dell'impresa, cui ho accennato. Cito: trasparenza, comunicazione, qualità del servizio. Sono questioni che impongono di affrontare problemi nuovi e complessi e che hanno indotto ad introdurre e sperimentare nuovi strumenti, le "carte dei servizi" ad esempio. Qualcuno ha cercato di andare oltre, di chiamarle "carte dei valori", qualcun altro "patto con i cittadini". Sta di fatto che questi strumenti hanno portato, dove più dove meno, a migliorare l'informazione di routine sui servizi erogati e nei casi in cui l'attenzione è stata elevata, a individuare indicatori, fattori e standard garantiti di qualità, ottenuti anche con il coinvolgimento degli operatori, dei cittadini e in qualche caso dello stesso Comitato Etico. Indirizzi e standard contestabili da parte dei cittadini, ma questo è un dato positivo perché il cittadino può sapere che cosa potrebbe ottenere, che cosa in realtà gli viene dato e quindi qual è il margine vero del suo intervento di contestazione. Ha anche a disposizione strutture aziendali preposte ad accogliere le sue lamentele ed i suoi suggerimenti ed all'occorrenza capaci di intervenire. Procedure e garanzie di informazione che hanno anche riguardato la dimensione dell'approccio diretto con il singolo utente; l'attenzione al consenso informato, ad esempio, la tematica del rapporto con la rete sociale di riferimento per il singolo utente, il rapporto con la famiglia che gli sta dietro, le associazioni del volontariato e quanto altro.

Una cosa da prendere un po' con le pinze, secondo me e che sta in questo filone è la cosiddetta *Customer Satisfaction* che può essere un'arma utile per un uso gestionale trasparente, per sapere statisticamente cosa pensa la gente, per provvedere, se le lamentazioni sono statisticamente più rappresentate, ma che può essere anche un'arma a doppio taglio perché si presta ad un uso meramente strumentale, in una visione da marketing aziendale, più orientato alla promotion che non all'intervento migliorativo. Poi c'è tutto il filone dell'accreditamento che, come fatto obbligatorio attiene alla normativa da attuare e che invece, andando oltre la normativa, può tradursi nella ricerca di un sistema qualità che significhi procedure, gestione del rischio, responsabilizzazione degli operatori. Chi tra i presenti opera presso la nostra Azienda sa che abbiamo certificato ISO 9002 VISION tutta una serie di reparti e servizi, con il coinvolgimento e la soddisfazione delle equipe interessate, protagoniste di un sistema non occasionale di miglioramento. Non lo dico nel senso che la cosa di per se possa essere un elemento che abbia un'intrinseca e certa validità (torno alla

riflessione che ho fatto prima sulla *Customer Satisfaction*) lo dico perché penso possa essere un approccio utile non da sbandierare “fuori” ma da utilizzare dentro l’ospedale, perché significa seguire un percorso che costringe in maniera sistemica a riflettere criticamente su se stessi per evidenziare opportunità condivise di miglioramento.

Poi sempre nelle tematiche che possono avere riferimento all’etica aziendale va sottolineata la ricerca di un obiettivo “efficacia” sul quale si impone uno sforzo che abbia anche un rigore metodologico.

Anche nella nostra Azienda stiamo movendoci nella direzione di individuare non solo obiettivi di qualità enunciabili a parole, ma anche gli indicatori che consentano di misurarli. Pure in questo caso è presente il rischio di fare operazioni di facciata cui non corrisponda una sostanza vera. Per minimizzare il pericolo, a mio parere, l’obiettivo deve impattare anche con il budget aziendale e la sua scomposizione per unità organizzative dell’azienda e non può avere come unico riferimento l’economia. L’economia e la gestione sono un mezzo per la salute e non il fine per cui è stata costituita l’azienda. Questa è una battuta ma di questa battuta ci deve essere una traccia nell’ambito del budget aziendale.

Sul capitolo efficacia ci sta tutta la questione del *Risk Management*, anche qui con due facce. *Risk Management* come prevenzione a favore del paziente e a favore degli operatori, ma anche come operazione di taglio economico perché gestire e prevenire il rischio significa affrontare una delle sciagure che incombono sulla sanità italiana e cioè l’andamento dei premi assicurativi che viaggiano ormai ad incremento su base esponenziale il cui contenimento non può essere affidato solo alla capacità dei provveditori economi o dei responsabili degli affari generali di trattare con abilità commerciale premi più convenienti. La questione deve essere gestita a monte, con la formazione degli operatori, affrontando il grande capitolo del “governo clinico”, che significa valorizzazione delle autonomie tecnico professionali, responsabilizzazione degli operatori su obiettivi di miglioramento: cito solo l’integrazione delle prestazioni in programmi di assistenza orientati a gruppi di patologia o a gruppi di popolazione.

Sempre nel capitolo efficacia ci sta tutta la riflessione sull’appropriatezza delle prestazioni che in fondo è l’etica della gestione delle risorse determinate. Le aziende sanitarie a tale proposito dovrebbero stimolare ancor più un intervento, una capacità dei professionisti di individuare linee operative che portino a coniugare due dimensioni, diciamo un po’ come nel caso del “privato” da cui sono partito, dimensioni che devono coesistere mirabilmente, quella economica e quella della efficacia delle attività. Gli strumenti ci sono: la produzione e la gestione di linee guida, la verifica

degli scostamenti, le azioni di miglioramento, l'*Evidence Based Medicine* come conoscenza, revisione e condivisione della letteratura scientifica seria mondiale. Non mi dilungo su questo argomento perché immagino che sia stato trattato ma è un capitolo grosso che coinvolge anche l'azienda come promotore, stimolatore, verificatore di risultati in questa materia.

La questione in genere del rapporto con gli enti locali, passando alla "politica estera" dell'Azienda. Gli enti locali hanno un impatto interattivo con le aziende indubbio, soprattutto con le aziende USL, soprattutto con i Distretti, ma con le aziende sanitarie in genere e li abbiamo già visti nel loro ruolo di stakeholders privilegiati. Ma gli enti locali, essi stessi, hanno opportunità vaste e direttamente gestite di trattazione di temi a forte rilievo sulla salute che sono marginalmente rientranti nelle competenze formali del sistema sanitario nazionale e forse ci rientravano di più nell'epoca di più specifica vigenza della 833. Mi riferisco ai Piani Regolatori (l'urbanistica di una città c'entra eccome con la salute) alla gestione della sicurezza e della salubrità del traffico, del territorio, all'aria, alle acque, al suolo, a regolamenti fondamentali: igiene, edilizia, turismo, industria e commercio. L'esperienza dell'Emilia Romagna in questa materia si è mossa dalla constatazione della necessità di creare una rete di integrazione aperta ai cittadini ed ha molto spinto la proposizione ed attuazione dei cosiddetti Piani per la Salute. La loro filosofia poggia sostanzialmente sull'organizzazione delle risorse esistenti già in ambiti diversi, pubblici o privati che siano, per coprogrammare e cogestire azioni di miglioramento su alcuni obiettivi di grande interesse per il cittadino che può sentirsi coinvolto e volerne essere partecipe. Cito: tumori (pensiamo alla questione degli stili di vita), anziani, disabilità, sicurezza stradale, cardiopatie, emergenze-urgenze territoriali, azioni integrate di supporto alle famiglie in funzione di una maggior coesione del sostegno reciproco.

Tre cose rapidissime. Siamo in un'azienda ospedaliera universitaria e quindi su di essa insiste tutta la problematica etica connessa alla ricerca, di fronte al Prof. Spinsanti non posso che inchinarmi e ritengo che da Presidente del nostro Comitato Etico abbia assolutamente qualcosa da dire in materia. C'è l'etica del rapporto con i lavoratori per un'iterazione condivisa sulla missione aziendale. C'è un nuovo strumento che si profila all'orizzonte: il cosiddetto Bilancio Sociale o Bilancio di Missione, "tradotto" in emiliano-romagnolo. Sono obbligato per legge tutti gli anni a pubblicare sulla stampa lo stralcio del bilancio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, lo faccio e penso che nessuno sia veramente in condizione, leggendolo, di capire. Sono una serie di numeri dai quali, al più, si può solo realizzare che di solito si raggiunge un sostanziale equilibrio economico. Ecco quindi che il problema è tradurre tutte le azioni, le voglie di miglioramento, i risultati ottenuti, considerazioni che per molti aspetti sono di confine con l'etica o sono etiche, in un

qualcosa che sia il vero oggetto della pubblicazione, della presentazione leggibile al pubblico ed a monte della fase gestionale, che sia quello l'impegno che il Direttore Generale assume nei confronti dell'interno dell'azienda e nei confronti degli *stakeholders* esterni, a partire dagli enti locali. E' una nuova scommessa, di trasparenza, con la quale cimentarsi. L'argomento meriterebbe di per sè un'amplissima trattazione ma ho già debordato dal tempo assegnatomi e mi scuso.

Grazie per la pazienza.

11

Sandro Spinsanti

CONCLUSIONI

“Rari nantes in gurgite vasto”: è un verso celebre dell’Eneide, con cui Virgilio descrive i pochi superstiti che nuotavano tenendosi a galla in un mare sterminato, dopo un naufragio. Cari “rari nantes”, pochissime parole di conclusione, per non infierire sui pochi sopravvissuti a una lunga giornata di riflessione. Iniziando da un timore che avevo, vedendo il titolo di questo convegno e le articolazioni in cui era suddiviso: pensavo che il convegno avrebbe potuto prendere la via di una esortazione morale (“dignità del medico, dignità del paziente”). Nelle comunicazioni era accuratamente evitato ognuno di quei temi scottanti come la ricerca sugli embrioni, la fecondazione medicalmente assistita, l’eutanasia, che costituiscono quella che Giovanni Berlinguer ha chiamato la “bioetica di frontiera”; l’articolazione del convegno privilegiava chiaramente la “bioetica quotidiana”. Tuttavia la mia paura che tutto si risolvesse in una specie di “moral suasion” (suvvia, rispettiamo i pazienti, siamo buoni con i poveri malati....!), per fortuna non ha preso corpo. È stata in realtà una giornata molto vigorosa, di riflessione più che di appello ai sentimenti, per la quale non sono in grado di fare una sintesi se non in una maniera un po’ inusuale. Ovvero, chiedendomi se quando cerchiamo di mettere insieme queste due grandi realtà, la medicina e l’etica, lo facciamo in maniera attributiva o predicativa.

Questi termini grammaticali si traducono nell’alternativa: stiamo cercando una medicina buona o una buona medicina? Non è una questione retorica, è una pista che ci può aiutare per andare in profondità nelle questioni che ci stanno a cuore. La posizione attributiva è il buon medico, il buon paziente, mentre in quella predicativa parliamo del medico buono, del paziente buono. Ancor più concretamente, io come malato, vorrei un buon medico o un medico buono? Voi, come medici, cercate dei buoni pazienti o dei pazienti buoni?

Molte iniziative che si presentano come un programma di “umanizzazione della medicina” in realtà hanno questo in mente: il medico buono. Cioè il medico che sa confortare, che presta ascolto, che non si nasconde dietro la tecnica, che accetta di coinvolgersi emotivamente, che esercita l’empatia: tutte queste espressioni si equivalgono nella richiesta di un medico buono. Ma non tutte le situazioni ci inducono a dare la preferenza a questa dimensione. Personalmente, se dovessi scegliere tra un cardiologo buono e un buon cardiologo, non avrei esitazioni, nel caso in cui le due qualità

non convivessero nella stessa persona. Il cardiologo buono, che magari è molto empatico, ma l'ultima volta che si è aggiornato è stato 15 anni fa, lo escluderei rigorosamente. Che cosa è il buon medico, al quale diamo la preferenza? La buona qualità è sinonimo di competenza professionale: la qualità comincia dalla capacità clinica. Lo abbiamo sentito questa mattina: la cattiva medicina clinica è non etica, la buona medicina presuppone la conoscenza aggiornata: prescrivere la cosa giusta allo stato attuale delle conoscenze. Ancora di più, la buona medicina, come affermava il professore Manenti, è quella che cerca di evitare gli errori: *primum non nocere*. Se è vero, come era contenuto in una sua diapositiva, che sulla pratica medica c'è il 6% di errori, mi domando chi resterebbe su un aereo quando ci venisse comunicato che c'è il 94% di possibilità di arrivare sani e salvi alla meta e "solo" il 6% di possibilità di errore... Il buon medico è quello che è determinato a cercare gli errori (perché se non li cerchiamo non li troveremo!) ed elabora strategie di gestione degli errori stessi, promuovendo una cultura della sicurezza.

Un secondo elemento fondamentale della buona medicina è che sia *evidence based*, e cioè che ciò che si prescrive e si fa abbia alle spalle solide prove di efficacia. Nel celebre romanzo *Il medico della mutua* di G. D'Agatà il giovane medico che frequenta un ospedale per fare pratica riceve un consiglio da un collega più anziano: "Ho visto che con questi malati la strofantina funziona di più, ma mi raccomando non nominare mai la strofantina davanti al primario: quelli della clinica universitaria sono per la strofantina, noi siamo per la digitale: siamo due scuole cardiologiche". Era solo ieri che la medicina ignorava le linee guida, si enfatizzava la libertà di prescrizione terapeutica, c'erano le scuole e la fedeltà ai maestri. Oggi non potremmo chiamare buon medico chi facesse medicina in questo modo. Andiamo alla ricerca dell'*evidence*, delle linee guida, delle cose provate e richiediamo che le prescrizioni siano basate sulle conoscenze più aggiornate, appunto perché una cattiva clinica è anche non etica. Ma non basta questo primo presupposto per definire il buon medico. Ci sono almeno altre due condizioni, che mi limito solo ad enunciare. Oggi un buon medico, oltre a conoscere la medicina, ovvero a prescrivere la cosa giusta, deve saperlo fare "nel modo giusto". Il modo non è giusto se non si tratta il malato come una persona autonoma, come un cittadino che ha i suoi diritti, che deve essere informato, coinvolto nelle scelte, dandogli un ruolo attivo. La medicina non funziona più in modo autoritario (il medico che presume di sapere meglio del paziente qual è il suo bene e glielo prescrive, chiedendogli ubbidienza). È quella pratica moderna della medicina dove il consenso informato non diventa una misura di autotutela giuridica del medico, ma esprime un modo di fare medicina che coinvolge il paziente mediante l'informazione. Se un clinico non fa medicina in questo modo, oggi non è un buon medico, anche se conosce benissimo lo stato dell'arte. Fa le cose giuste, ma non nel modo giusto.

La terza condizione per essere un buon medico è la capacità gestionale. Non basta conoscere la medicina e saperla anche praticare con il paziente nel modo giusto: bisogna saper gestire le risorse e far proprie le dinamiche dell'etica aziendale, di cui abbiamo ascoltato una ampia presentazione. L'etica dell'organizzazione non riguarda solo il Direttore Generale, ma tutti coloro che operano nella sanità. Oggi chi non ha queste capacità non può essere chiamato buon medico. Se il sapere bio-medico resta il presupposto "hard", deve tuttavia essere completato con le *medical humanities*: conoscenze soft, ma non per questo secondarie. Tutto questo è necessario per essere un buon medico.

E il buon paziente, come deve essere? Anzitutto come medici preferireste un paziente buono o un buon paziente? Per quanto riguarda il paziente buono, dobbiamo ricordare una caratteristica propria della medicina, che la rende una professione diversa dalle altre: chi esercita la medicina deve sistematicamente ignorare la qualità morale dei pazienti. Dobbiamo fornire gli stessi servizi terapeutici e assistenziali ai pazienti buoni come a quelli cattivi, senza discriminare. Noi gli amici i conoscenti ce li possiamo scegliere sulla base delle preferenze, ma i malati no. Anche il malato antipatico, anche il malato di cui non condividiamo la moralità: non possiamo, non dobbiamo tenere in conto la qualità morale. La stessa medicina sia per il santo che per il peccatore, sia per la persona socialmente esemplare come per il peggiore delinquente: a tutti dobbiamo fornire la stessa medicina sulla base dei bisogni, non dei meriti.

Non si tratta di una esortazione enfatica, di natura retorica: dobbiamo renderci conto che si va facendo strada nella nostra società la tendenza a domandarsi se i pazienti "meritano" i servizi sanitari, e soprattutto se siano responsabili o no della loro malattia. In inglese si questo atteggiamento si chiama "victim blaming", ossia far cadere la colpa sulla vittima. Se tu sei responsabile della tua malattia, allora non hai tutti i diritti: i trattamenti ti possono essere contestati. Il "victim blaming" rischia di diventare in futuro un sistema non di responsabilizzazione ma di colpevolizzazione circa la propria salute. Basterebbe considerare i criteri con cui lo stato americano dell'Oregon aveva stabilito quali prestazioni sanitarie erano a carico dei servizi assicurativi pubblici e quali no. Ad esempio, il trapianto di fegato non veniva fornito se il paziente era cirrotico per alcolismo. Ora in Germania si comincia a ventilare la proposta di far pagare ai pazienti oncologici che non abbiano seguito i programmi di screening forniti dal servizio pubblico.

Se escludiamo la preferenza per il paziente buono, rimane la bontà in funzione attributiva. Che cosa è il buon paziente? Nel linguaggio delle corsie degli ospedali non è raro che ci si interroghi anche in questo senso. Quando gli infermieri cambiando turno, si domandano tra di loro come è il nuovo paziente: è un buon paziente? Il buon paziente, secondo il modello di medicina che noi abbiamo

ereditato, è il paziente “compliant”, quello che non dà noie, si adegua, segue fedelmente la terapia prescritta. Il contrario di questo buon paziente è il rompiscatole (diciamo pure l’”esigente”, quello che vuole sapere tutto e non finisce mai di fare domande). Questo è un punto cruciale del cambiamento. Nel profilo del buon paziente che oggi auspichiamo non c’è la passività, ma un ruolo attivo. Il buon paziente della modernità è quello che assume responsabilmente la gestione della sua salute: fa domande appropriate e arriva, attraverso un rapporto di interlocuzione con il sanitario, ad avere un “empowerment”, cioè un potere su di sé, sulla sua malattia, sulle sue scelte.

Un paziente docile e passivo secondo il modello della nuova etica non è un buon paziente: il buon paziente è quello che ci fa faticare, è quello che chiede, insiste e sceglie, e magari sceglie in modo diverso da quanto il clinico avrebbe desiderato. Al buon cittadino paziente attribuiamo la capacità di esercitare i suoi diritti, ma anche di assumere i suoi doveri; deve essere una persona adulta, responsabile, che sappia prendere le decisioni insieme al medico utilizzando al meglio le capacità relazionali. In questo modello ideale si traduce oggi il rapporto tra il buon medico e il buon paziente.

12

Gian Luigi Gigli

RISCOPRIRE IL VALORE ANTROPOLOGICO DELLA PROFESSIONE MEDICA

Non rivista dall'Autore

Ringrazio soprattutto il Professor Cavazzuti per l'invito. Benché da ben 8 anni io sia spostato sul servizio internazionale dell'Associazione Medico Cattolico (più in rapporto con la Santa sede che con la Conferenza Episcopale Italiana), vado sempre con piacere, se posso, agli incontri dei nostri Medici Cattolici Italiani perché la mia storia personale è nata lì, perché con molti di loro continuano rapporti di consuetudine e di amicizia che è bello mantenere. Ci ritroveremo come Federazione Internazionale l'anno prossimo a Barcellona. Forse all'inizio è stato mandato un filmato (forse poi verrà anche rimandato) di carattere turistico, che non ha a che fare con i temi del congresso. Sarà un bel congresso tutto centrato sui problemi della povertà e della globalizzazione, temi che verranno visti ovviamente da un'ottica internazionale, che non necessariamente coincide sempre con il nostro ristretto osservatorio, ma l'epoca della globalizzazione tende sempre ad investirci sempre più tutti allo stesso modo.

Mi è stato chiesto di parlare del problema della valorizzazione antropologica della professione medica, tema che ho già sviluppato al nostro congresso ultimo di Bari, per cui forse qualcuno che era presente mi scuserà se alcune, o molte, delle cose che vado a dire le ha già ascoltate. Io partirei per tentare una riflessione sulla necessità di una valorizzazione antropologica della professione medica nella situazione nella quale oggi appunto la medicina si trova a vivere (credo di sfondare una porta aperta, non dico niente di nuovo a nessuno) nel dire che oggi noi siamo nel pieno di una medicina fondata sulla tecnologia. Noi siamo passati nell'arco di pochi decenni (e i più anziani di noi sicuramente l'hanno vissuto in pieno questo passaggio) da una medicina basata sull'esperienza alla medicina basata sull'evidenza e infine ad una medicina basata sulla tecnologia, nella quale, come è ovvio e come è sotto gli occhi di tutti, da un lato si sono realizzate meravigliose possibilità di diagnosi e di terapia, dall'altro abbiamo visto sempre più spesso (ne accennava il Ministro poco fa) che, sganciate da riferimenti etici, queste stesse possibilità hanno rischiato e rischiano spesso di rivolgersi contro l'uomo stesso. La macchina si è sempre più interposta nel rapporto tra il medico e il paziente e abbiamo vissuto e viviamo sotto gli occhi la richiesta di una ricerca scientifica (pensate a tutta la pressione radicale in tal senso) sempre più ossessionata e condizionata dalla

necessità di immediate applicazioni, una ricerca scientifica che in nome dell'applicazione è disposta a passare, diciamo, su qualunque cadavere.

L'era tecnologica ha spinto il rifiuto di Dio fino a trasformare la tecnologia stessa in un Dio onnipotente, che si caratterizza per la mancanza di ogni responsabilità, appunto nell'applicazione delle nuove scoperte, e per la disponibilità a sottoporre a processi di tipo selettivo, anche l'uomo, riducendo l'uomo ad oggetto a perdere, ad una specie qualunque del regno animale. Fede cieca nella capacità illimitata della tecnologia di migliorare la qualità della vita e mancanza di responsabilità morale, si combinano nell'avvertire come un imperativo morale il dover portare a realizzazione tutto ciò che può essere fatto. Quindi ciò che può essere fatto diventa un dovere ricorrendo ad artificiosi processi di ingegneria linguistica, per superare le resistenze ancora presenti nel corpo sociale. Nella medicina tecnologica, l'etica cessa di essere ancorata alla verità sulla persona per farsi guidare dalla libertà di scelta o dal criterio dell'utile.

Ora purtroppo in medicina, l'assenza di principi morali porta al rischio di una dipendenza dai poteri politici (che intervengono soprattutto per la riduzione dei costi in sanità), grazie anche al moltiplicarsi, sempre più soffocante, di un groviglio di leggi, regolamenti, linee guida, protocolli, nei quali la nostra coscienza finisce per essere ingabbiata. I medici sempre più affascinati dalla iperspecializzazione e dal contatto mediato dalle macchine, sembrano desiderosi quasi di trasformarsi da professionisti in tecnici della medicina; e la tecnologia non ha considerazione per la compassione gratuita e per l'assistenza priva di risultati, preferendo invece, un altro tipo di etica: l'etos della efficienza o l'etos del business.

Dopo aver ridotto l'uomo ad una specie tra le altre, la rivoluzione tecnologica sembra aver privato i medici della capacità di riconoscere alcuni degli esseri umani come individui della nostra specie. Oggi non è più immediatamente percepibile che chi è un essere umano è un membro della specie umana ed ha diritto ad un attento rispetto per questo suo stato. Oggi si distingue sempre più spesso tra esseri umani. Nessuno disconosce che l'embrione è un essere umano, ma lo stato di persona verrebbe acquisito in altri momenti, in altre circostanze, in altri contesti, sulla base anche di un consenso di tipo sociale. Per molta medicina moderna, la vita umana non ha più valore assoluto, ma diviene soggetta a misure di efficienza che, tradotto in soldoni, potremmo riassumere nello slogan della cosiddetta qualità della vita; la qualità della vita è appunto un criterio che misura l'efficienza in qualche modo del nostro "Outcome". Le considerazioni sulla qualità della vita si caratterizzano innanzitutto per intrinseca mancanza di oggettività. Che cos'è che ha qualità? Ciò che ha qualità per me può aver non qualità per voi. Ciò che ha qualità per il medico, spesso, non ha qualità per il

paziente. Soprattutto nella mia disciplina, assistiamo al fatto che malati, disabili, cronicamente disabili, gravemente disabili, dal punto di vista neurologico spesso sono malati che non si lamentano della loro qualità della vita, che viene, dall'esterno, giudicata di livello estremamente basso. Le considerazioni sulla qualità della vita, si caratterizzano quindi, dicevo, innanzitutto, per una intrinseca mancanza di oggettività e sono una spia di un modo di valutare le relazioni interpersonali che è tipico proprio delle nostre società, fondato sulla capacità di produrre e di rendersi utili. In questa società quindi, la vita dei gravi disabili, e anche quella di molti emarginati, è considerata meno degna di essere vissuta e le risorse in sanità sono considerate ben investite solo se sono in grado di riportare i pazienti alla produttività o almeno ad una decente autonomia, ma sono considerate sprecate se si limitano soltanto a prolungare uno stato di cronicità dipendente.

A causa di queste concezioni, i pazienti gravemente disabili e le loro famiglie, possono finire di trovarsi in condizioni di pressione tale (pressione psicologica) da desiderare di porre fine ad una vita considerata priva di valore dalla società. Quasi si sentono responsabilizzati alcuni disabili stessi a togliere l'incomodo, per così dire. Per converso, mentre la medicina dell'efficienza non sa che cosa fare con i pazienti cronici e disabili, per i quali non vi sono possibilità di miglioramento, ma solo di assistenza e di accompagnamento, essa porta sempre più allo sviluppo della medicina dei desideri che è esemplificata, questo è ormai argomento di questi giorni, proprio dalle procedure di fecondazione assistita ad ogni costo, è esemplificata altresì dalla chirurgia plastica a fini estetici, è esemplificata dalla medicina dello sport per cui l'ematotrico del ciclista viene pompato fino a limiti che sono pericolosi per la sua salute. E' esemplificata dalla medicina della Fitness, che ha costruito un impero. Spesso altrettante tragedie vi sono anche nei pazienti che frequentano palestre.

Bene, questo tipo di medicina dei desideri ci fa correre dei rischi come classe medica; seguendo questa strada, la medicina rischia infatti, di diventare, non solo disumana, ma anche paradossalmente inefficiente e priva di attrattiva. Disumana, perché diventa incapace di valide relazioni interpersonali e prive di rispetto per la vita di altri esseri umani, incapace di riconoscere, ad ogni essere umano, la sua dignità. La medicina diventa quindi disumana, perché diventa disponibile alla manipolazione dell'uomo nei diversi stadi della sua esistenza e rivolge la sua attenzione solo a coloro che hanno la speranza di efficaci trattamenti e sufficienti mezzi in molte società, per ottenere tale scopo. La medicina moderna contribuisce, pur per nobili scopi, a dirottare risorse pubbliche per problemi di interesse elitario, penso per esempio a Usl romane che investono sulla correzione del sesso ai transessuali quando non ci sono fondi per curare accuratamente un paziente oncologico, dimenticando così esigenze sanitarie molto più diffuse ed importanti. La medicina diventa, oltre che disumana, inefficiente, perché l'efficienza viene compromessa dalla

manca di guida clinica, di giudizio clinico, mentre si moltiplicano gli esami, gli interventi privi di fondata necessità, mentre la stessa cultura del medico è bombardata e compromessa da una ridondante informazione scientifica, ormai impossibile da padroneggiare e da valutare adeguatamente. Infine diventa, purtroppo, priva di attrattiva perché, in tale tipo di medicina, il rapporto fiduciario tra medico e paziente, è stato sostituito da un altro tipo di rapporto. Forse se ne parlerà nella prossima tavola rotonda; rapporto del legittimo sospetto, della legittima suspizione. Infatti, medico e paziente, sempre più frequentemente si guardano, l'uno all'altro, come potenziali nemici da cui pararsi.

Nessuno oggi si stupisce se, malgrado le conquiste della medicina, mai come oggi, il medico sia poco rispettato e la sua professione sia priva di considerazione sociale. Nessuno si stupisce se un numero sempre più crescente di persone preferisce rivolgersi agli stregoni: la cosiddetta medicina alternativa. Ieri ho fatto in tempo ad arrivare in coda alla sessione del pomeriggio, quando l'amico Di Virgilio, sottosegretario alla sanità, ci stava raccontando proprio della difficoltà di ostacolare in Parlamento una lobby di pressione, che ormai è diventata veramente imponente, a favore di queste cosiddette medicine alternative. Ed io lo dico subito, lo dico qui di fronte al ministro, non si riesce a capire come una casa farmaceutica oggi debba essere giustamente obbligata a dei protocolli sperimentali rigidissimi prima di poter immettere, con costi enormi che poi si riversano sulla società, ovviamente, dei farmaci nuovi in commercio e ci sia della gente che possa vendere in farmacia o nei propri studi dei cosiddetti farmaci o delle procedure terapeutiche, per i quali non è stata portata nessuna seria prova di sperimentazione di efficacia in doppio cieco. Non riesco proprio a capire come un Parlamento, uno Stato che vuole tener conto anche della scienza, debba recepire questo tipo di istanze.

Ora cosa possiamo fare noi per evitare questa deriva della medicina verso quella che ho chiamato disumanizzazione, perdita di efficienza e perdita di attrattiva? Io credo che la sofferenza e la infermità vadano oltre la stessa medicina e tocchino l'essenza stessa della condizione dell'uomo nel suo essere nel mondo. Esse sono, la sofferenza e l'infermità, allo stesso tempo, all'origine della vocazione e della missione del medico. Analogamente alla professione del sacerdote, del magistrato, la professione del medico è dotata di sacralità, per il suo essere legata ad una professione di fede. Infatti queste tre professioni non sono legate da norme giuridiche nè possono cambiare secondo i desideri delle parti contrattuali. Esse comportano un obbligo ed una responsabilità, nei confronti di Dio stesso ed anche il giuramento di Ippocrate, che tradizionalmente sta alla base della nostra professione, è fondato proprio su questa sacralità. Come medici noi dovremmo avvertire una speciale responsabilità nel promuovere la dignità dell'uomo e dei suoi

diritti. Ora, perché ciò avvenga, occorre che noi torniamo ad una medicina per la quale il rispetto per la vita, l'amore per la persona, la relazione con il paziente, non siano parole prive di significato. E' necessario che ogni medico si senta personalmente impegnato nel limitare la medicina dei desideri, nel contrastare il delirio di onnipotenza della medicina tecnologica, nel ribaltare le tendenze verso l'uso della medicina a fini di controllo sociale. Al contrario, non dovrebbero essere risparmiati sforzi per sviluppare un'idea di medicina fondata sulla prevenzione, sull'educazione sanitaria, sulla correzione degli stili di vita inappropriati. In altre parole, una concezione della medicina, fondata sulla responsabilità del medico da una parte e della persona qualunque dall'altra.

Con la stessa responsabilità dobbiamo evitare lo spreco di risorse ed orientare il risparmio verso forma di solidarietà, all'interno del paese e dei paesi in via di sviluppo. Verso i paesi in via di sviluppo, ci spinge non solo un debito di giustizia da saldare, ma anche la lungimiranza necessaria per prevenire drammatiche conseguenze agli stessi paesi del benessere. Valorizzare dal punto di vista antropologico la professione medica significa riconoscerne il valore profondo, promuoverlo, difenderlo. Questo valore profondo è appunto l'amore all'uomo, a tutto l'uomo e ad ogni uomo, la partecipazione alle sue sofferenze, la tutela della sua vita e la qualità di essa, la lotta per il rispetto della sua dignità. Se la professione medica dell'era tecnologica, accettasse di lasciarsi confinare nei binari dell'efficienza e dell'utilità, del desiderio soggettivo e della qualità attribuita dall'esterno, allora essa finirebbe per smarrire anche il suo significato e per diventare schiava dei capricci del cliente, delle maggioranze referendarie e delle mode televisive e dei vari Costanzo, e, speriamo che non capiti, del volere del principe di turno. Diverrebbe medicina del benessere e del mito pagano del salutismo, dove la vecchiaia e la fragilità non hanno posto, dove c'è rispetto solo per una vita di soddisfacente qualità (vivere, come si diceva, sani e belli) e dove la morte resta un tabù da nascondere o un nemico da non guardare fino in fondo negli occhi.

Per una valorizzazione antropologica della professione medica, occorre innanzitutto riconoscere il valore dell'uomo. Oggi tuttavia, ciò che sembra essersi smarrito, è proprio il senso di chi è l'uomo; è infatti l'uomo, in quanto tale, come diceva il ministro, che ha diritto di essere tutelato dal medico o sono soltanto alcuni membri della specie umana e non altri? La domanda non è oziosa visto che, parafrasando Orwell, sembra ormai che tutti gli uomini siano uguali, ma che alcuni, come diceva nella fattoria degli animali, sono più uguali degli altri e dotati di maggiori diritti. Ed io credo, come per dirla con il Papa Benedetto XVI, che noi oggi sempre più, dobbiamo confrontarci purtroppo con questo relativismo nella concezione dell'uomo. Oggi non abbiamo più un'altra concezione con la quale combattere. Quella Marxista è finita, è caduta. Non ha più senso futuro nella storia. Checchè ne dica Berlusconi, non sono i comunisti i nemici. Oggi il problema è il relativismo di una società

che non ha più valore di nessun tipo, per la quale l'uomo è un qualcosa, a seconda dei momenti e delle esigenze, che può essere vuotato e trasformato in qualcosa d'altro. E allora è questo qualcosa su cui dobbiamo riflettere. E' questa cultura che dobbiamo promuovere? Dobbiamo riuscire a far passare una riflessione sullo statuto dell'essere umano: chi è l'uomo? E' possibile, come diceva Engelhart anni addietro, che ci sono alcune persone, alcuni esseri umani, che non sono persone perché non hanno possibilità di vivere nel contesto sociale, oppure l'uomo è qualcosa che va al di là, che ha una dignità intrinseca che gli è donata e che noi non possiamo comunque cancellare. Se noi non ripartiamo da questa riflessione antropologica, ogni battaglia purtroppo è perduta.

La resistenza culturale, contro il tentativo di ridurre la medicina in senso efficientistico, utilitaristico e salutistico, dovrebbe a mio avviso in primo luogo, venire dai nostri organismi professionali e dai codici di deontologia medica e purtroppo non è sempre così, diciamocelo francamente. La deontologia medica, infatti non è o non dovrebbe essere, piuttosto, un semplice osservatorio di rilevazione, di ricognizione dei cambiamenti in atto della professione e di adeguamento ad essi, ma dovrebbe essere un'etica da cui la professione è normata e sancita. Se la deontologia si separa dall'etica o se l'etica costituisce una vuota etichetta, la professione diviene disposta a tutto, basta aspettare che la legge cambi. Disposta a tutto ciò che è tecnicamente possibile, conveniente, desiderabile. A tutto il politicamente corretto. Deontologia, infatti è una parola grande che si allaccia all'etica più fortemente del puro diritto nel panorama del giusto e dell'ingiusto, è un criterio di maggiore finezza come normatività, rispetto a ciò che è lecito, espressione della quale il diritto si accontenta. Per il giudice basta che sia rispettato ciò che è lecito; ma dalla deontologia ci si aspetterebbe di più perché *“non omne quod licet honestum est”*, si diceva. La deontologia non ha a che fare con il potere di agire entro le maglie della legalità, ma con il dovere e con l'onore professionale e il dovere di chi sposa la professione sociale, come quella della medicina, ha delle regole in più. E' un onore che è più esigente.

Ora, per portarci all'attualità, un bell' esempio di ciò che dovrebbe essere la deontologia, ci era stato offerto dal codice deontologico della FNOMCeO, con il suo articolo 42. In tale articolo molti anni prima che la legge sulla fecondazione assistita venisse varata dal Parlamento Italiano, i medici si erano già dati un codice di condotta con il quale si vietava, per esempio, la fecondazione al di fuori di stabili rapporti di coppia eterosessuali. Si vietava la maternità surrogata. Si vietava la fecondazione di donne in menopausa non precoce. Si vietava la procreazione post-mortem. Si bandiva il pregiudizio razziale, la selezione dei gameti, lo sfruttamento commerciale, la produzione di embrioni a fini di sola ricerca. Veniva perfino affermato il principio dell'interesse del bene del nascituro. Cito tra virgolette *“l'interesse del bene del nascituro”*. Questo era il codice di deontologia

medica. Ora questo codice era in qualche modo l'esempio di che cosa significa la coscienza professionale rispetto alla pura legalità. La legge non esisteva. Praticamente era possibile fare tutto, dai vari Antinori di turno, ma il nostro Codice Deontologico diceva qualcos'altro. Io sono sempre stato scettico, purtroppo, sui nostri ordini professionali, mi scuso se c'è qualche rappresentante ordinistico; infatti, ho sempre visto alla fine, mutato il quadro legale, che la professione si appiattisce su di esso e questo alla lunga (ci ritornerò poi in seguito) può portarci molto lontano. Può portarci ad affermazioni che richiamano anche periodi pre-bellici di infausta memoria, citati poc'anzi dal ministro.

Un brutto esempio infatti di ciò che sta accadendo con la deontologia medica, è stato proprio l'attacco della FNOMCeO alla legge 40 sulla procreazione, per la quale si è chiamati adesso al quesito referendario, che è stato avanzato proprio in nome paradossalmente della deontologia professionale. Infatti, ora che la legge c'è, la FNOMCeO è andata nient'altro che a dire che essa toglie al medico la libertà delle scelte terapeutiche perché detta una linea di condotta rigida prevedendo i cicli di induzione, l'impianto di tutti gli embrioni, l'impedimento allo studio degli stessi embrioni. La deontologia stavolta è stata invocata, non per una legge più forte, non per un onore più grande, ma è stata invocata per una rivendicazione, diciamo così, di potere professionale. Non esiste un potere terapeutico sganciato dalla tutela della salute, della vita dei pazienti, compresa appunto la vita dell'embrione in gioco. E' di tali diritti che, quando la legge non vuole farsi carico, sempre si dovrebbe far carico la deontologia medica. Quindi la deontologia medica, a mio avviso, prima della legge, dovrebbe tener fermo che non si fanno embrioni a perdere visto che il codice deontologico stesso afferma che va tutelato l'interesse del bene dell'embrione.

La libertà di scelta del medico con tutto questo non c'entra nulla. C'entra invece il diritto di ogni essere umano vivente, a non essere considerato a soli scopi utilitaristici, per quanto nobili, come diceva il ministro. Benché sia nobile che Angelo venga sacrificato per Antonio, ciò tuttavia non dovrebbe essere ammissibile. Le nostre regole di sperimentazione, ancora oggi per fortuna, vietano che un essere umano possa essere utilizzato allo scopo anche del benessere di un altro individuo. Faccio questo richiamo alla deontologia medica perché essa oggi è in una condizione, io credo, di grave crisi, non solo in Italia, ma in tutto il mondo, e le conseguenze, come dicevo, possono essere nefaste sia per la professione medica che per tutta la convivenza civile. Il giuramento di Ippocrate, con la sua decisa negazione di aborto e di eutanasia e il precetto ippocratico di non arrecare danno al paziente, ha costituito un punto nodale del progresso della civiltà occidentale e della professione medica. Per la prima volta veniva operata una netta separazione tra il processo della cura e l'atto dell'uccidere. Il rifiuto ippocratico, dell'aborto e dell'eutanasia riceveva nuove motivazioni poi

dalla tradizione giudaico-cristiana che guardava a tutti gli esseri umani come figli di Dio e dal modello del buon samaritano, come al modello ideale del medico. Pur attraverso contraddizioni, ciò era stato vero per secoli, ad eccezione, appunto, dell'intervallo nazista quando, incominciando dal '35, molti medici, compreso l'Ordine dei Medici, accettarono che il presupposto che la legge dello stato viene prima dell'etica e collaborarono all'eliminazione di vite umane definite in tedesco "*Leben wertlos*", vite indegne prive di valore.

Dopo la seconda guerra mondiale, ripartendo dal giuramento di Ippocrate, i moderni codici della *World Medical Association* e i codici deontologici locali, in sintonia dell'insegnamento delle grandi religioni e della legge civile, affermarono tutti concordemente, il principio che il medico non deve mai deliberatamente provocare la morte di un altro essere umano. Fare ciò veniva considerato un "vulnus" alla natura stessa della professione ed un'azione incompatibile con la ragione stessa di esistere e delle istituzioni sanitarie.

Oggi, purtroppo, malgrado Norimberga, sembra che la medicina ippocratica sia nuovamente in ribasso. Anche facoltà di medicina prestigiose, come la Harvard Medical School e la John Opkins di Baltimora, vedono un giuramento di Ippocrate sempre più riformulato per renderlo "political-correct" e lo stesso sta accadendo ai codici deontologici promossi dalle organizzazioni professionali. Il medico è oggi nuovamente chiamato a decidere sul valore da attribuire alla vita del singolo essere umano e ad affrettare la morte di coloro la cui vita è ritenuta di insufficiente qualità, per considerarla degna di essere vissuta. Nel lungo termine, ciò potrebbe operare una distruzione del rapporto fiduciario tra il medico e il suo paziente, cosa che già avviene in alcuni paesi, in Olanda dove, sapete meglio di me, molti vecchi hanno paura di andare in ospedale. Non solo. Incominciano a diffondersi inaccettabili pressioni sui medici, per indurli ad agire contro le loro convinzioni e contro la Convenzione di Ginevra sui diritti dell'uomo, la quale attribuisce al medico il mandato di mantenere, cito tra virgolette, "anche sotto minaccia, il massimo rispetto della vita umana fin dal concepimento": questa è la Convenzione di Ginevra. E dice ancora al medico di "non usare il suo sapere medico in senso contrario alle leggi umanitarie". Ciò è già accaduto purtroppo in molti paesi, in cui è impedito di fatto al medico, di specializzarsi in ostetricia o ginecologia e di fare il ginecologo, se è contrario all'aborto, perché viene costretto a fare determinati tipi di training. Oggi incomincia ad intravedersi anche il rischio che in futuro l'esercizio della professione possa essere precluso ai medici che non accettano di sospendere l'idratazione alla nutrizione assistita o che non sono disponibili per l'eutanasia o il suicidio assistito.

Cito, come esempio, i tentativi in atto per superare le contraddizioni tra il codice deontologico dei medici belgi e la recente legge che ha introdotto l'eutanasia in quel paese. L'ordine nazionale dei medici che in Belgio, a differenza dell'Italia, è presieduto da un magistrato di cassazione, in una recente nota su "Deontology and Legislation", ribaltando il giudizio morale, del tribunale di Norimberga (il quale nel '45 dichiarò che l'etica viene prima della legge) ha scritto che la legge viene prima dell'etica ed ha annunciato che il codice deontologico dei medici belgi sarà modificato per adattarlo alla nuova legge dello stato. Tale rapporto dell'ordine belga è stato, per fortuna, condannato dalla World Medical Association su protesta, notate bene molto significativamente, proprio della delegazione tedesca la quale evidentemente aveva molta più memoria dei fatti ed ha riaffermato il principio, secondo il quale, l'etica deve prevalere sulla legge ribaltando la "legge prima dell'etica" in "etica prima della legge". Anche in Italia vi sono giuristi che incominciano a ventilare la possibilità di incriminare le azioni di un medico, il quale si ostini a mantenere la nutrizione e l'idratazione (mi riferisco al caso Englaro che qualcuno di voi avrà visto in televisione l'altra sera). C'è stato un noto giurista che su una nota rivista, ha fatto balenare, diciamo, la possibilità che, anche nei casi in cui il riflesso della deglutizione sia ancora conservato, possano eventualmente configurarsi le manovre di idratazione e di nutrizione assistita come un atto violento, quindi sanzionabile dal codice, se non sono state esplicitamente richieste dal paziente quando era ancora in grado di farlo. E quindi si potrebbe configurare, secondo lui, il delitto di violenza privata previsto dal codice penale.

Lo stesso potrebbe accadere, per esempio, per garantire la partecipazione del personale infermieristico a procedure contrarie alla vita. In futuro, potrebbe essere necessaria una selezione di volontari, che finirebbe per discriminare la professione, o alternatively, un approccio di tipo direttivo in grado di minimizzare le implicazioni etiche, insite nel lasciar morire una persona che è ancora viva. In entrambi i casi verrebbe messa a repentaglio l'integrità della professione infermieristica o attraverso la distinzione tra infermieri assenzienti e dissenzienti, con successive pressioni su coloro che dissentono, o attraverso direttive superficiali e fuorvianti per le quali questo viene fatto nel migliore interesse del paziente, quindi lo devi fare, fa parte della buona pratica professionale.

Questo della buona pratica professionale, sarebbe il caso più grave, la prospettiva più spaventosa se, in nome di un generale consenso, la pubblica opinione delle società professionali stabilisse che la sospensione dell'idratazione e della nutrizione siano da considerarsi non come una forma di eutanasia passiva, ma piuttosto come procedure di una buona pratica clinica. In tal caso, infatti, i medici e gli infermieri potrebbero andare incontro ad accuse di "malpractice", senza avere neanche

più il diritto di invocare l'obiezione di coscienza. Sotto l'attenzione, magari di una famiglia interessata o di un marito o di un ex marito interessato, come nel caso di Terry Schiavo, oppure di un'amministrazione ospedaliera attenta al prolungarsi di una degenza, il personale sanitario, potrebbe trovarsi, nella necessità di difendersi di fronte ad un tribunale, per essersi rifiutato di affrettare la morte di persone in condizioni critiche ritenute, sulla base di un giudizio di insufficiente qualità di vita, prive ormai di ogni ragione per vivere. Questa non è "Fantastoria", queste sono cose che negli Stati Uniti stanno già accadendo. Noi ci salviamo ancora in parte perché, di fronte alle nostre amministrazioni sanitarie ed ospedaliere, per fortuna, non vige ancora, in maniera così spinta, l'interesse finanziario. Ma dove esiste una sanità che è quasi totalmente privatizzata, questa è storia di tutti i giorni.

Se essere obiettore, in tema di aborto, è di fatto oggi impossibile in molti paesi, possiamo solo immaginare l'ostracismo professionale, cui verrebbero condannati i professionisti che si rifiutassero di porre un termine a vite ritenute molto più prive di significato e di speranza di quelle germoglianti dei bambini non ancora nati. Ora, a mio avviso, questi rischi sarebbero assai minori se la deontologia medica smettesse di tradire i principi della medicina ippocratica per adattarsi alle tendenze della società e alle pressioni del potere. In ogni caso, occorre almeno un'attenta vigilanza, affinché il diritto all'obiezione di coscienza sia garantito per tutti gli interventi che il medico o l'infermiera ritengono contrari alla propria fede o alle proprie convinzioni personali. E consentitemi, dal mio osservatorio personale, vedo che qui ci sono studenti di paesi non italiani, consentitemi una digressione a proposito di questi paesi in via di sviluppo. Io credo che, allo stesso modo, noi non possiamo accettare che le istituzioni sanitarie cattoliche siano obbligate a piegarsi a pratiche contro la morale cattolica a pena di essere esclusi da convenzionamenti o sovvenzioni come alcuni stati e molte assicurazioni stanno facendo negli Stati Uniti. Il medico stesso, che in America ha organizzato come una società, il medico di base, il medico che ha l'ambulatorio, rischia di vedersi togliere la convenzione da Medicare o da altre assicurazioni, se non rende fruibili alcuni tipi di servizi. Lo stesso dicasi per le organizzazioni non governative impegnate nella cooperazione sanitaria internazionale che vengono escluse dai progetti finanziati se non accettano di fornire anche il cosiddetto pacchetto della salute riproduttiva, come lo chiama, benignamente, l'organizzazione mondiale della sanità. E questo è accaduto anche alla Fiam, che io rappresento, quando a Timor Est, di fronte ad una situazione di genocidio, ci siamo visti dire che non potevamo realizzare un ospedale di maternità a nostre spese, perché non garantivamo contemporaneamente l'aborto e la sterilizzazione e questo ce l'ha detto l'amministrazione transitoria di Timor Est delle Nazioni Unite. Erano sotto amministrazione della Nazioni Unite.

Lo stesso principio, in fine, deve essere rispettato nei rapporti internazionali. Occorre evitare che stati membri delle organizzazioni internazionali vengano pressati ad accettare le direttive delle agenzie dell'ONU sulla salute riproduttiva (è accaduto ancora recentemente a Malta o è accaduto alle Isole Samoa) o che il Consiglio d'Europa possa pensare a pressioni sugli stati membri per la legalizzazione dell'eutanasia, come è avvenuto proprio in questi giorni con il cosiddetto rapporto Martin che da due anni (speriamo di averlo definitivamente abbattuto) tentava di far sì che il Consiglio di Europa facesse una raccomandazione pressante agli Stati Membri perché includessero, nella loro legislazione, delle pratiche di tipo eutanascico. Grazie anche al contributo della nostra Federazione si è arrivati a rigettarlo con una maggioranza che speriamo lo abbia definitivamente affossato, ma il tentativo (ciò nonostante significativo e ancor più grave) è che la Banca Mondiale del Fondo Monetario Internazionale e le agenzie delle Nazioni Unite possano condizionare l'aiuto finanziario alle organizzazioni internazionali per la Sanità dei paesi in via di sviluppo all'accettazione di pratiche contro la natalità in contrasto con la cultura e con le aspettative dei paesi da beneficiare.

Mi avvio verso la fine. Occorre anche scongiurare il rischio che possano esistere medici, che, diventati ormai giudici della qualità della vita del paziente, possano arrogarsi il diritto di decidere andando al di là degli stessi desideri suicidari del paziente. E' stata richiamata dal ministro la vicenda del protocollo cosiddetto Training, dove appunto in Olanda si può, su richiesta dei genitori, in questo ospedale, essere praticata l'eutanasia su bambini minori di 12 anni. Notate bene. Il protocollo non si è riusciti ancora a vederlo. Io ho parlato personalmente con il Vescovo, Mons. Eich, che è un illustre bio-eticista (tra l'altro è pure un medico, laureato in medicina). Lui ha fatto pressioni sull'amministrazione dell'ospedale perché venisse fornito questo protocollo di Training e mi ha detto che lui non è riuscito ancora a vederlo; non sappiamo esattamente quello che capita. C'è una cortina fumogena attorno che è estremamente pericolosa e significativa. Ma al di là di quello, quello che sta accadendo in Olanda è che sono sempre più frequenti le segnalazioni di medici che uccidono pazienti che non hanno mai fatto richiesta di eutanasia ed ai quali, senza consenso alcuno, viene somministrata la cosiddetta "sedazione terminale" senza l'intenzione specifica di alleviare il dolore. Rimando per questa cosa a due articoli molto belli pubblicati l'anno scorso e di fonte non sospetta, nel senso che erano di fonte del governo olandese. E' evidente, in quel contesto, il degrado della professione medica che è ormai sganciata da ogni riferimento morale, è priva di una corretta antropologia, è ridotta alla pura accettazione del desiderio del paziente o peggio ancora, alla collaborazione per l'eliminazione di vite, ritenute indegne ed inutili. Se tuttavia è pericoloso dare ai medici il potere di uccidere, è assai più pericoloso dare questo stesso potere alla società. Infatti, una

volta che fosse accordato, sarebbe impossibile, sia da un punto di vista logico che nella pratica, determinare un quadro di riferimento in grado di prevenire abusi. Il medico potrebbe essere sottoposto a pressioni per affrettare la morte del paziente sulla base di considerazioni non cliniche, inclusa la carenza di posti letto, la previsione di benefici finanziari, o persino per ragioni politiche. I medici, considerando ciò che essi ritengano essere il miglior interesse del paziente, o le autorità sanitarie dei tribunali, considerando quello che potrebbe essere il miglior interesse della società, potrebbero prendere le decisioni ritenute più opportune senza alcuna difficoltà, a meno che occasionalmente qualche famiglia riluttante, non facesse opposizione, come si è verificato nel caso di Terry Schiavo.

Di Terry Schiavo purtroppo in America ne esistono a centinaia, ma passano sotto silenzio perché semplicemente non c'è stata famiglia nella quale si è potuto determinare uno scontro come quello che si è determinato in quel caso. Cioè esistono centinaia di nostri colleghi che, sulla base di valutazioni personali, sul sentito dire, su quello che una paziente avrebbe voluto (ne ha parlato magari 20 anni prima con l'amica o con il marito) che fossero, diciamo, le condizioni di assistenza nelle ultime fasi della sua vita, o su pressioni, magari comprensibili, in una famiglia stanca o economicamente distrutta (perché in America ci sono molte famiglie, il 40% della popolazione, che non hanno un'assistenza sanitaria diretta come da noi) prendono decisioni. Questi malati vengono, da parte di centinaia di nostri colleghi, privati dell'acqua e del pane, cioè della idratazione e della nutrizione, e vengono lasciate morire se non c'è una famiglia combattiva dietro. Alla fine noi arriveremo, appunto, al realizzarsi della tragica profezia del famoso bio-eticista Daniel Callagan che, nell'ottobre dell'83 ammoniva che molti dei suoi colleghi erano a favore della sospensione dell'idratazione e della nutrizione in ampie categorie di pazienti, non perché l'idratazione e la nutrizione assistite fossero particolarmente pesanti in sé, perché non è che incidono sui costi di assistenze, ma perché il rifiuto della nutrizione potrebbe diventare, nel lungo periodo il solo modo efficace per far sì che un gran numero di pazienti, biologicamente resistenti, possano effettivamente venire a morte. E dato il crescente numero di anziani molto avanti negli anni, cronicamente malati e fisicamente emarginati, ciò potrebbe costituire, sul lungo termine, il non trattamento di elezione.

Concludendo, viviamo in una società che fa confusione tra qualità della vita e dignità intrinseca di ogni essere umano, in una società che, mentre reclama diritti, dimentica il primo dei fondamentali diritti: il diritto alla vita, chiedendosi se siano ancora da considerarsi portatori di diritti gli esseri umani molto piccoli, molto fragili, privi di utilità sociale, privi di scopo, privi di ruolo produttivo o semplicemente incapaci di stabilire una relazione sociale. Tuttavia, una volta che noi accettassimo che l'umanità possa essere pesata sulla base della qualità della vita o possa essere soggetta a

considerazioni riguardanti la sua utilità o le sue relazioni sociali, sarebbe il concetto stesso di ciò che è umano ad essere messo in discussione. Le conseguenze possono essere anche estreme. Vi citavo prima Engelart quando ci dice: non tutti gli esseri umani sono persone, non tutti gli esseri umani sono dotati di consapevolezza, di razionalità, di concepire la possibilità del biasimo o della lode. I feti, i neonati, (sto sempre citando), i ritardati mentali, i comatosi senza speranza sono esempi di esseri umani che non sono persone. Tali categorie sono membri della specie umana, ma in se stesse e per se stesse non fanno parte della comunità morale. Essi non sono in grado di biasimare o di lodare o di essere degni di biasimo o di lode. Essi non sono protagonisti dell'impegno morale. Solo coloro che sono persone umane hanno un tale status. La confusione tra la qualità della vita umana e la inerente dignità di ogni essere umano può essere causa soltanto di un atteggiamento selettivo nei riconoscimenti dei diritti umani. Ora, se c'è stato un progresso nella storia, è stata proprio la novità della prospettiva giudaico-cristiana riguardo alla dignità intrinseca di ogni essere umano. Questo riconoscimento ha marcato una netta distinzione con le altre culture a cominciare dalla romana stessa, dal diritto romano.

Oggi noi siamo sottoposti ad una grave pressione affinché sia accettata una sorta di gradualità nel riconoscimento della dignità dell'uomo. Tuttavia dovremmo essere sufficientemente saggi da ricordare che ogni volta che la dignità umana è stata umiliata, conferendole gradi e livelli diversi e creando delle discriminazioni, sono state create soltanto le premesse per una nuova violenza e una nuova morte. Ritengo che ai medici e a tutto il personale sanitario spetti oggi un ruolo fondamentale nel dibattito culturale, affinché non vengano sostenute le generali tendenze verso una società fondata sull'egoismo. Essi dovrebbero far ciò con la determinazione e la consapevolezza che derivano dalla preoccupazione che non venga snaturata la natura intimamente compassionevole della nostra professione e la opzione preferenziale di essa verso l'assistenza dei più deboli tra i nostri fratelli.

Ciò è ancor più vero per i medici Cattolici: per noi infatti la professione medica è centrata attorno all'amore, l'amore verso Dio e l'amore verso il prossimo. Il paradigma per l'esercizio professionale dei medici Cattolici resta il "buon samaritano". Il buon samaritano è infatti Cristo stesso, il quale ci invita a seguire il modello del medico divino, il "Cristus Medicus". Il medico Cattolico come "un Alter Cristus", un altro Cristo, deve onorare la dignità del paziente, deve accoglierlo come gli si facesse incontro Cristo stesso. Su un ospedale belga, della vecchia catena di Santo Spirito, c'è ancora scritto che il medico deve "recipere patientem quasi Cristum". Come Cristo egli avverte la vocazione a essere servitore della vita e non trasformarsi mai in strumento di morte. La professione di fede e la professione medica non possono essere vissute separatamente: noi professiamo la nostra

fedele mentre esercitiamo la nostra professione di medici e credo che dobbiamo ricordarcene più spesso.

13

Carlo Amedeo Giovanardi

Ministro dei Rapporti col Parlamento

Grazie Presidente, grazie per l'invito e per l'occasione che m'è data per un breve saluto e anche di una richiesta di aiuto. Una richiesta di aiuto in un convegno di bioetica che credo possa dare alcune risposte a una società italiana che si interroga su alcune questioni di fondo che sono di grande attualità. L'altro giorno sono andato a presentare un libro del Prof. Angelo Vescovi sulle cellule staminali adulte. Eravamo a Roma, l'ho presa alla lontana ma arrivo subito vicino, eravamo a poche centinaia di metri da luoghi in cui la civilissima civiltà Romana duemila anni fa con Seneca, con Virgilio, con giuristi, il Presidente Lugli lo sa, che spaccavano il capello in quattro e avevano una capacità di discernimento nel diritto civile che ancor oggi è valida poi andavano il sabato e la domenica a vedere sgozzare gli schiavi o i gladiatori, si divertivano moltissimo e nessuno si era mai posto il problema se era giusto, se era etico, se era morale uccidere delle persone per divertimento. Si dirà queste sono cose di duemila anni fa lontane da noi, ma poi faccio un salto nel secolo scorso e di nuovo vedo che vicinissimi a noi ci sono state milioni di persone che sono state eliminate o per ragioni razziali, gli ebrei, o per ragioni fisiche, gli handicappati, i rom, gli zingari, e mi ha sempre impressionato vedere come nei filmati del dopo guerra i medici nazisti che avevano fatto questi esperimenti erano molto sorpresi dall'essere stati incriminati perché raccontavano come avevano fatto fare dei grandi progressi alla medicina salvando milioni di tedeschi con gli esperimenti che avevano fatto. Su chi? Su cosa? Su esseri che ritenevano inferiori che non avevano la dignità di vivere, così come i Romani pensavano che gli schiavi non avessero la dignità di vivere. Mi è venuto in mente la guerra di secessione Americana. Un popolo civilissimo del 1800 quando la schiavitù era considerata da una parte del paese come qualcosa di assolutamente naturale cioè il fatto che una persona potesse essere nel dominio assoluto di un'altra persona che aveva anche il diritto di morte su di lei perché non gli veniva riconosciuta la dignità di persona umana. Ecco queste riflessioni le ho inserite in un contesto che dico di grande attualità perché credo che la coscienza di ognuno di noi si interroghi proprio in questi momenti su qual è il ruolo del medico, su chi è il malato e la malattia. Sulla base di alcune esperienze storiche la cosa dovrebbe essere chiarissima, duemila anni fa è arrivato un messaggio alla società Romana e poi alle società che si sono perpetuate nel tempo che ha fissato un principio, ogni persona fin dal concepimento è una persona umana, un essere umano con la pienezza dei suoi diritti e dei suoi doveri, unica e irripetibile quindi va rispettato e, da mio

punto di vista ho sempre pensato, dal punto di vista della medicina va aiutato a guarire delle patologie cui è affetto. E' valido ancora oggi questo principio? Il medico cura la persona malata o ci poniamo su visioni diverse per cui nelle varie fasi della vita questi paletti possono essere spostati? Gli esempi degli ultimi mesi pongono degli inquietanti interrogativi. Intanto c'è l'interrogativo eugenetico della selezione dell'embrione. E' una domanda interessante, credo, che tutti si pongono in questo momento. E' lecito sopprimere Angelo, vita in divenire, per curare Antonio? La medicina si può mettere sulla strada di utilizzare un essere umano in divenire come un momento attraverso il quale dare la salute ad un'altra persona? E' già una prima domanda, credo, veramente molto angosciante. Alcune legislazioni Europee, per esempio l'Olanda, prevedono che i genitori possono decidere di sopprimere i bambini che sono irreversibilmente malati, fino ai 12 anni. Ho visto che c'è stata una reazione indignata di tutti, salvo i radicali, di rigetto di questa proposta. L'altro giorno siamo andati ad inaugurare "Il Filo d'Oro" che è stata una cosa straordinaria, mi sono domandato chi con generosità, con abnegazione facendo avanzare la ricerca da delle risposte a situazioni tragiche come i sordomuti, non udenti però riconoscendo in questi esseri umani un qualcosa che vale la pena di coltivare, di realizzare nella loro umanità che poi si dispiega anche in relazione con i genitori, è una cosa utile? E' una cosa di cui la società deve essere fiera? O invece si deve teorizzare che queste persone umane tanto vale che siano eliminate fin dall'inizio? O come dice l'Olanda eliminate anche una volta che nascono sane se poi si scinde la persona umana per esempio dallo stato di salute? E con le persone anziane cosa facciamo? Quando uno ha l'Alzheimer ha ancora il diritto di vivere o il medico gli deve praticare l'eutanasia? E Terry Schiavo? Io, guardate, sono assolutamente contro l'accanimento terapeutico e capisco benissimo che ci sono momenti nei quali l'accanimento terapeutico fa sopravvivere, io parlo da profano ma ci capiamo, una persona solo attraverso meccanismi esterni senza nessuna speranza di guarigione possa essere qualcosa di discutibile ma mi sembra di ricordare che in quel caso è successa una cosa ben diversa perché quando hanno staccato la spina lei viveva lo stesso a condizione che gli fosse dato da mangiare e non avendogli dato da mangiare e da bere per 15 giorni e morta disidratata. Ma anche un bambino di sei mesi se non gli danno da mangiare e da bere muore. Anche un anziano non autosufficiente se non gli danno da mangiare e da bere muore. Allora qual è il limite nel quale la medicina può o non può intervenire? Qual è il limite fra accanimento terapeutico e invece decidere che una persona deve essere lasciata morire di stenti magari con l'intervento di una seconda persona, il marito in quel caso separato che si è fatto un'altra vita e che dice di aver sentito dire quand'era viva che lei avrebbe voluto morire piuttosto che vivere in determinate condizioni. Allora voi per due giorni quando parlate di dignità del malato e dignità del medico credo che abbiate parlato e parlerete anche

di queste cose. Vi assicuro che come cittadino, come di moda dire, sono particolarmente interessato alla risposta e sono particolarmente interessato che la scienza medica mi desse una risposta veramente chiara su questo concetto di fondo. Il medico deve curare la persona malata o deve preoccuparsi che tutte le situazioni di patologiche che possono insorgere fin dall'inizio o nella vita di una persona possono in qualche modo essere eliminate o addirittura eliminate utilizzando persone umane per curarne altre? E credo questa sia una domanda fondamentale alla quale tutti con buona volontà dobbiamo dare una risposta perché forse quel sottile confine che da duemila anni ha sanzionato alcuni principi fondamentali che storicamente erano contestati, che storicamente ciclicamente vengono messi in crisi, potrebbero essere messi in crisi nuovamente ma non credo che questo sia un risultato molto utile non soltanto per la medicina ma anche per la dignità del mondo umano nel suo complesso e anche per chi pensa e spera che la scienza medica possa dare delle risposte positive e anche la ricerca scientifica possa dare risposte alte al momento del bisogno della persona curando la malattia e dando ad ogni uno di noi una speranza di vita quando gli capita di essere malato.

14

Tavola rotonda

DEONTOLOGIA MEDICA ED ETICA MEDICA

Analisi e proposte di modifiche dell'attuale Codice Deontologico della FNOMCeO in chiave etica

Francesco Sala

Innanzitutto desidero iniziare questa tavola rotonda con un sentito ringraziamento ai partecipanti che con la loro presenza e il loro qualificato contributo hanno consentito di proporre questa importante occasione di confronto su temi che tutti sentiamo di grande attualità e di grande importanza per la nostra professione. In questi ultimi anni è andata sicuramente crescendo in maniera considerevole l'esigenza di un confronto su temi riguardanti non soltanto il progredire delle conoscenze tecniche in ambito medico, ma piuttosto le ragioni della professione, il suo collocarsi nell'universo della giurisprudenza civile e penale, il suo collocarsi nel panorama dei principi e delle regole, vuoi di natura propriamente professionale (ecco la deontologia), vuoi in un ambito ancora più ampio, qual è quello delle scelte ispiratrici, delle scelte di fondo, delle scelte che nascono dai valori (ecco l'etica medica, la bio-etica). Basta scorrere il calendario dei convegni, dei seminari, dei corsi di aggiornamento per accorgersi che buona parte di essi verte ormai su temi che afferiscono alla deontologia, alla bio-etica, al rapporto tra legge e professione e così via: segno tangibile che la nostra professione è diventata ormai un croce-via importante di problemi e questioni legali, etiche, politiche, ma segno anche che la richiesta di approfondimento in questi campi viene da parti sempre più grandi, per non dire dalla totalità, degli iscritti all'ordine professionale. Potrei fare tanti esempi, ma mi limito a citarne due che sono quelli a noi più vicini nel tempo. Il corso di bio-etica, organizzato dall'Ordine dei Medici di Modena nella scorsa primavera, ha visto esaurirsi in una manciata di ore i posti disponibili, pur prevedendo il corso un grosso impegno di partecipazione serale (otto incontri della durata di tre ore ciascuno). Il convegno sulla cartella clinica, organizzato sempre dal nostro ordine alcuni mesi fa, ha visto un numero di iscrizioni talmente alto, che ci ha costretto a sdoppiare la sede del convegno per poter dare ospitalità a tutti gli iscritti.

Detto questo, siccome rappresento in questa sede e in questa occasione l'ordine professionale della mia città, mi sento di dire con orgoglio che l'Ordine dei Medici di Modena si è sempre impegnato per far crescere tra i suoi iscritti una cultura della riflessione etica e deontologica, nella convinzione che questi aspetti siano assolutamente necessari ed indispensabili per la crescita professionale di ogni medico, tanto che ne è stata fatta una scelta di fondo di politica ordinistica, per la quale ha sempre investito e ogni anno continua ad investire importanti energie e risorse.

Non voglio dilungarmi, ma mi preme ricordare in primo luogo l'impegno dell'ordine dei medici insieme alle altre istituzioni sanitarie di Modena (le due aziende e l'università) per far sorgere intorno alla metà degli anni novanta il primo comitato etico provinciale, con lo scopo di creare in campo bio-etico, una struttura unitaria di riferimento a livello provinciale, che fosse in grado di rispondere alle esigenze di controllo e di regolamentazione delle sperimentazioni cliniche, ma anche che cominciasse ad affrontare temi di interesse comune in ambito bio-etico, e si adoperasse per far crescere e favorire la riflessione su questi temi. L'impegno comune di queste istituzioni portò alla nascita, nel 1997, del Comitato Etico Provinciale che aveva sede presso l'Ordine dei Medici. Successivamente, con l'entrata in vigore della legge istitutiva dei comitati etici, questa esperienza è stata superata dalla normativa che ha previsto una rimodulazione della composizione dei comitati etici, ma essa rimane comunque la prima importante esperienza a carattere unitario in campo bioetico.

In secondo luogo, ricordo l'impegno dell'ordine professionale a fare crescere a tutti i livelli la sensibilità e la riflessione sui temi etici e deontologici, in pieno accordo coi compiti formativi che la legge conferisce agli ordini professionali: a partire dal primo convegno organizzato nel 1997 ("Ai confini tra il nascere e il morire"), si sono succedute numerose ed importanti esperienze formative riguardanti l'etica delle cure palliative ,le cure di fine vita,la responsabilità professionale,la cartella clinica,le problematiche relative alla tutela della riservatezza, fino al già citato corso di bioetica.

Tutto questo, e concludo questa presentazione, per dire che c'è un grande patrimonio di impegno e di esperienza realizzate sul campo, che ci consente di essere soggetti attivi. Sottolineo il termine di "soggetti attivi" perché non si tratta di una elaborazione culturale, di un esercizio intellettuale fine a se stesso, ma di un impegno costante nella quotidianità. Al nostro interno abbiamo professionalità, abbiamo cultura, abbiamo capacità e progettualità tali che ci consentono di porci come attori, in primo luogo della riflessione deontologica ed etica, e poi come attori della deontologia, della bio-etica sul campo, nella quotidianità della nostra professione.

Non dimenticando mai, e questa è la somma di tutte le etiche e delle deontologie, che noi siamo qui per curare le persone, per fare loro del bene, per far sì che la loro vita sia la migliore o la meno peggio possibile e per fare questo dobbiamo essere capaci di crescere professionalmente, dobbiamo essere capaci di una riflessione etica, ma dobbiamo anche essere capaci di amare, cioè di dare un'anima al nostro lavoro e al nostro impegno professionale. Io credo che sia sempre possibile mantenere fedeltà a quella tensione morale fatta di senso di giustizia, di desiderio di fare bene, di rispetto per gli altri che costituisce il presupposto necessario per la nostra professione, senza il quale, senza cioè un riferimento specifico ai contenuti e ai valori, essa diviene un guscio vuoto, un mestiere come tanti altri e non una bellissima opportunità da vivere sempre come un privilegio. Chiedo scusa di questa premessa, ma mi sentivo di farla perché ci credo profondamente: adesso entriamo nel vivo della mattinata, nel vivo del dibattito, per cui do subito la parola al Dott. Mauro Lugli che è il presidente del Tribunale di Modena che ci illustrerà il punto di vista del giurista, sul tema oggetto di questo confronto.

15

Tavola rotonda

DEONTOLOGIA MEDICA ED ETICA MEDICA

**Analisi e proposte di modifiche dell'attuale Codice Deontologico della FNOMCeO
in chiave etica**

Mauro Lugli

Non pervenuta

Giovanni Beduschi

Non pervenuta

16

Tavola rotonda

DEONTOLOGIA MEDICA ED ETICA MEDICA Analisi e proposte di modifiche dell'attuale Codice Deontologico della FNOMCeO in chiave etica

Nunzio Borelli

Io cercherò, molto umilmente, di dire qualcosina rispetto a quello che stiamo facendo e vi chiedo scusa fin d'ora se le aspettative che avete saranno deluse dalla mia presentazione. Parto con una citazione che non è mia. I tre mestieri più difficili sono: fare il genitore, governare i popoli e fare il medico, quindi noi stiamo facendo un mestiere molto difficile. Queste cose le ha dette Freud. Chi vi parla è genitore di quattro figli e posso dirvi che in realtà, oggi essere padre di quattro figli è senza dubbio, un mestiere tra i più difficili, però le difficoltà sono compensate delle gratificazioni. Salto il secondo punto che al momento non mi riguarda: governare i popoli. Passo al terzo punto: fare il medico, e qui aggiungo il medico di famiglia. Nell'Il rapporto fra il medico di famiglia e cittadino, sta vivendo una nuova fioritura e questo va assolutamente detto perché dobbiamo uscire con qualcosa di positivo da condividere con il mondo che è intorno a noi.

In passato e qui cito Sandro Spinsanti, che ieri era qui con noi, è stato con noi anche a Modena lo scorso 15 Gennaio, il rapporto medico-paziente era "on up on down", medico sopra, paziente sotto. Oggi non è più così; il paziente, cioè, entra nelle dinamiche decisionali e si interfaccia viva Dio con il suo medico curante. Questa dinamica decisionale è tanto più vera quando noi parliamo di pazienti con malattie gravi, come malattie terminali, neoplastiche e non. Qui mi interesserò e dirò qualcosa sulle malattie neoplastiche, ma si può allargare la riflessione anche ai pazienti non neoplastici ad es. con malattia d'Alzheimer. C'è un dialogo, un dialogo fitto, un dialogo vero, supportato da anni e anni di rapporto che il Medico di Famiglia intreccia con il suo paziente, tra paziente famigliari e medico. I pazienti vivono in un contesto familiare ed è qui la novità che volevo condividere con voi stamattina; il medico di famiglia offre il suo contributo affinché il malato abbia, come deve avere, la sua dignità anche nei momenti più difficili, nei momenti di fine vita terrena. I medici di famiglia della provincia di Modena e qui parlo, mi scuserete, a nome dei 560 medici di medicina generale che lavorano in questo territorio provinciale, hanno frequentato e frequentano tutto ora, corsi di

formazione, di livello avanzato sulle cure palliative insieme al personale infermieristico territoriale. Porto alcuni esempi per incorniciare quella che è la nostra realtà provinciale . Sul territorio è operativo l'istituto della ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Qui siamo in un contesto universitario e quindi mi sembra giusto dire queste cose. Il medico di famiglia, l'infermiere del territorio, assistente sociale e volontariato seguono insieme il malato nella sua casa. Abbiamo tre livelli di ADI, dal primo al terzo ovviamente in base di intensità. ADI 1 di bassa intensità, ADI 2 media intensità, ADI 3 alta intensità. L'ADI 3 rappresenta senza dubbio una realtà assistenziale di forte impatto, con il coinvolgimento di tutte le figure sanitarie, sociali e del volontariato.

In Emilia Romagna è dal 1994 con la legge 29 che si regola l'assistenza domiciliare iniziando con l'esperienza del N.O.D.O (Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico) per i malati neoplastici di fine vita.

Di questo ne ho parlato ieri con il neo sottosegretario al Ministero della Salute, Prof Di Virgilio; sono ormai 11 anni che questa esperienza continua. Bene nel '99, porto qualche dato, i pazienti oncologici, al termine della loro vita terrena, seguiti a domicilio dall'équipe territoriale di cui non dimentichiamo, anche dal punto di vista del medico legale, il medico di famiglia è il responsabile terapeutico, erano 677, nel 2003 il numero dei pazienti è arrivato a 1149 .

In quattro anni, sono quasi raddoppiati, i pazienti che vengono seguiti a casa loro, nelle cure di fine - vita. I pazienti desiderano quando vi sono le condizioni, restare a casa loro e morire nel loro letto. Quasi l'80%, sono i dati della provincia di Modena, dei pazienti in fase terminale, seguiti a casa è venuto a morire nel proprio letto. E' un risultato enorme che però, l'ho detto in premessa e lo sottolineo, si può raggiungere solo a condizione che la famiglia del malato sia salda ed unita. Sono pazienti che soffrono, a volte con dolori atroci. Siamo chiamati, come Medici di Famiglia a fare vera palliazione, a togliere il dolore, che imbruttisce una sì bella creatura creata dal Signore.

Questo è fondamentale per noi. Noi dobbiamo evitare che il dolore, la sofferenza imbruttisca una creatura creata dal Padre Eterno.

La legge del 12 Febbraio 2001 inerente la ricetta sulla prescrizione semplificata dei farmaci analgesici, oppiacei, ci ha aiutato in questo lavoro per fare una buona palliazione. La famiglia svolge un ruolo decisivo ma la stessa famiglia, sto avviandomi alla conclusione, ha bisogno in certi momenti di una salutare ristoro. Io conosco famiglie che non ce la fanno più dopo mesi di dolore, non escono più di casa, non fanno più neanche una passeggiata ed è salutare che abbiano un momento di "riposo" per l'equilibrio interno della famiglia. Sto parlando di ricoveri di sollievo che

portino alla famiglia un momento di riposo, che permettono di ritrovare nuova linfa per seguire questi pazienti così carichi di dolore e sofferenza.

E qui devo ringraziare personalmente S.E. Mons. Benito Cocchi (Arcivescovo di Modena e Abate di Nonantola) cheavrò la fortuna di avere a Mirandola quando chiuderò l'anno sociale del Circolo Medico il 9 di Giugno, perché ha pensato di dare una risposta a questi momenti drammatici, ha pensato, è una cosa stupenda, unica a livello nazionale, ad un luogo dove si possa coniugare, ed è questa la novità, assistenza spirituale e assistenza medica.

L'assistenza medica, in questo Hospice Territoriale che Sua Eccellenza ha ideato, sperando di poterlo realizzare nel prossimo lustro, è prestata dai medici di famiglia che andranno a seguire i loro malati in fase terminale in collaborazione con tutte le figure professionali coinvolte.

Non è un luogo dove necessariamente si va a morire; ci sono già esperienze che dimostrano come un 30% dei pazienti torna al proprio domicilio.

Nell'Hospice Territoriale si realizza cioè quella continuità assistenziale fra medico e paziente , vera novità nello scenario assistenziale ai pazienti di fine vita.

Tutto questo rappresenta un enorme gesto d'amore che ha una grande attività "terapeutica".

Il prendersi cura globalmente del malato in fase terminale, magari anche abbracciandolo, ha un effetto terapeutico enorme senza nessun effetto collaterale.

Grazie per la vostra pazienza.

17

Tavola rotonda

DEONTOLOGIA MEDICA ED ETICA MEDICA

Analisi e proposte di modifiche dell'attuale Codice Deontologico della FNOMCeO in chiave etica

Maria Monica Daglio

Porto i saluti della Direzione Sanitaria dell'Azienda Usl perché, come è già stato riferito, il direttore non è potuto intervenire. Non sono una sua sostituta in senso stretto, perché il mio intervento si muoverà sul tema dei diritti del malato e, quindi, dei doveri del medico. Il riconoscimento della dignità del malato è speculare al dovere del medico e il codice deontologico ne rispecchia la centralità. Mettersi dal punto di vista del malato richiede una profonda riflessione su quello che è il dovere del medico e su chi il soggetto su cui si orienta/organizza la cura: il medico o il malato? Dando uno sguardo sinottico al senso che, sia il codice del '98, sia il nuovo codice in elaborazione, attribuiscono al rispetto del malato, emerge che la dignità ha una duplice articolazione: è espressione di dignità in sé; è manifestazione del riconoscimento dell'altro. L'articolo 1 del codice del '98 recita infatti che "il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa." E' assunto come dovere essere degni della professione che si svolge anche nella propria vita privata, quando si è lontani dai malati e dai colleghi. Il nuovo codice, per quanto non ancora licenziato, riafferma questo stesso principio, ma aggiunge: "in armonia con i principi sulla solidarietà, umanità ed impegno civile che ispirano, la professione del medico." La dignità del portamento impone un coerente comportamento, per cui si deve operare dignitosamente.

In entrambe le versioni del Codice, l'eliminazione del vocabolo paziente rispecchia la volontà di voler guardare al malato come persona umana portatrice di un bisogno/diritto che è quello della salute. Diritto alla salute che impegna il medico alla tutela della vita, nel rispetto della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione. La libertà e l'indipendenza della professione medica, a loro volta, sono ispirate ai valori etici fondamentali e, di nuovo, si assume come principio il rispetto della dignità e della persona sia nel codice in corso, sia

in quello di cui si sta discutendo. Dignità della professione, dignità del medico, dignità del malato: parole portatrici di significati che investono da un lato le condizioni di lavoro, la competenza professionale, dall'altro la centralità della persona. Il medico, in quanto uomo o donna, condivide l'umana condizione di vulnerabilità, ha piena consapevolezza del limite e, proprio, lo sguardo del malato gli dice se è degno di rispetto. Rispetto che, specularmente, deve trasparire dai suoi occhi, dal suo atteggiamento quando si rivolge al malato. Malato la cui dignità è facilmente negata sia per la superficialità delle parole (linguaggio barriera, ecc.), sia per i comportamenti sciatti (il corpo inutilmente esposto, ecc.).

Malato che, nonostante la sostituzione del vocabolo nel codice, rimane paziente in quanto non viene riconosciuto come "soggetto" dal medico. Lungo è il cammino che porta ad una visione della relazione terapeutica come opportunità di scambio fra saperi (sapere del medico – sapere del malato), che aiuti a prendere decisioni di cura condivise. Nella relazione con l'altro, altro in stato di bisogno qual è la persona malata, infinite sono sia le possibilità di svalutare, nel senso di non riconoscere il valore, che di umiliare gli altri. Altri che possiamo essere noi quando percepiamo di essere mortificati, umiliati. Non voglio aprire altre tematiche, ma quando si parla di frustrazione, di mancanza di rispetto della dignità della professione medica, quali sono i parametri a cui ci si riferisce per definire tali, chiamiamole così, sensazioni? Dignità, termine ormai ridondante, forse abusato... Ho appreso che le relazioni di ieri hanno esaminato la Carta d'Europa e dei diritti fondamentali, Carta che pone la dignità umana tra i suoi fondanti principi ispiratori. Sappiamo che, non solo in Italia, la dignità è sia un diritto, sia una regola di comportamento per il codice professionale. Ma, che cosa intendiamo designare con la definizione "dignità umana"? Negli anni '70, su questo tema, il dibattito era molto acceso. Autori come Ggotescky e Vlaszlo si chiedevano: "allora per dignità umana che cosa intendiamo?!" E Spielgeberg denunciava l'inconsistente vacuità del senso della dignità umana che abita le menti. Il problema posto era: "Quando parliamo di dignità, parliamo in astratto o parliamo di qualcosa di dovuto e, se è dovuto, in che termini?" Da un *excursus* della letteratura, che ha cercato di valutare nella pratica assistenziale, quanto venga rispettata la dignità dei malati, sono emerse le indicazioni che sinteticamente vi riporto. La revisione prende in esame lavori pubblicati dagli anni '90 ad oggi. In due studi, nel '94 e nel '96, si dice che la dignità è riconosciuta quando l'individuo è capace di esercitare il controllo sul suo comportamento. Quando gli altri lo considerano in grado di comprendere le informazioni ed è capace di prendere delle decisioni. Un altro autore, focalizza la sua attenzione sui pazienti morenti e dice che il riconoscimento della dignità passa attraverso il rispetto della persona. Rispetto che si percepisce incrinato quando, per esempio, "qualcuno mi spinge ad agire in contrasto con i miei

valori o quando mi fa perdere il rispetto che ho di me stesso.” La perdita del rispetto di se stessi si ricollega al concetto di svalutare, umiliare, mortificare che concretamente si traduce nel far sentire l’altro “meno uomo”. E’ il comportamento degli altri che riflette questa comunicazione su noi stessi. Altri autori si muovono da un differente punto di vista e sostengono che manchiamo di dignità quando ci troviamo in situazioni, a noi non consone, dove ci sentiamo incompetenti, inadeguati o particolarmente vulnerabili. Siamo a rischio. Temiamo di esporci. Un altro autore, Pollman, distingue l’etica dell’autonomia, dall’etica della dignità. Passaggio cruciale che apre un fronte di discussione estremamente gravoso e inquietante. Di quali conseguenze è portatrice la distinzione fra etica dell’autonomia ed etica della dignità? Se per essere detentore di dignità piena è necessario che io sia in pieno possesso delle mie facoltà fisiche e mentali, di quale accezione di dignità sono depositario nel momento in cui tali qualità mi vengono a mancare? A quale implicito pericolo si va incontro se, come di fatto sta avvenendo, il concetto di autonomia assorbe e neutralizza quello di dignità? Comporta assumere che, le persone mancanti di autonomia, non godano del diritto alla dignità?

Domande che non possono che rimanere aperte, domande che devono rimanere aperte.

La stessa relazione medico-paziente, di cui tanto si invoca la simmetria nella prospettiva del “decision making”, richiede un paziente “superinformato”, al massimo delle sue capacità, perché, solo a queste condizioni, può scegliere che cosa sia meglio fare. Perdonate la nota polemica su di un tema che non è oggetto di dibattito, ma ritengo che dovere del medico sia curare ed avere una relazione umana simmetrica col malato, asimmetrica è e deve rimanere la competenza. Ciò non esclude la possibilità di ricorrere ad un secondo, terzo, quarto parere, ad informarsi su Internet ecc.

Ciò a cui è necessario porre costante attenzione è l’insinuarsi di comportamenti che nella pratica dicono che chi è meno autonomo, di fatto, ha meno dignità perché è meno uomo. Nel 2003 sul *BMJ* Macklin, in un articolo che suscitò molto scalpore, sostenne che “la dignità, ormai, è un concetto inutile, perché esso significa soltanto rispetto per la persona e per la sua autonomia.” Ancora, in questo relativismo culturale all’interno del quale noi ci muoviamo, “non c’è consenso su che cosa sia dignità, quindi è inutile parlarne.” Una provocazione forte che aveva presumibilmente l’intenzione di ridefinire sia che cosa s’intende per dignità, sia che di dignità si può parlare solo se la si rispetta. Altra via per definire la dignità può essere quella negativa, descrivendo che cosa dignità non è... Stamane si è evidenziato come oggi, quando parliamo di uomo, non ci sia più un comune sentire. La filosofia classica non illumina più una visione condivisa né dell’uomo, né dell’etica. E’ un problema che ci interpellerà sempre di più e ci costringerà a spostamenti di

prospettive. Ma purtroppo noi oggi assistiamo, abbiamo assistito e continuiamo ad assistere, ad infinite possibilità di negazione della dignità umana. Si agisce umiliando le persone, facendole sentire inutili o facendole sentire come un peso. Carr si chiede: “che cosa fare affinché l’etica della dignità sia applicabile nel quotidiano?” E si risponde : “E’ necessario essere consapevoli di quanto sia fragile, vulnerabile, potenzialmente violabile la dignità dell’uomo. Averne piena consapevolezza, aspirare ad agire sempre meglio, fare attenzione ai messaggi impliciti, alle sfumature e alla pratica quotidiana del proprio lavoro.” L’ascolto dell’altro, l’attenzione dell’altro, imparare dall’esperienza: parole continuamente ripetute che prendono forma dall’essere continuamente ripetute, come fossero mantra ... Del resto il nostro vivere oggi la storia equivale ad una sua lenta, ma costante erosione. Viviamo in un continuo presente dove lo sguardo sul passato è fuggevole, perché ci ricorda che stiamo invecchiando. La memoria, soprattutto in televisione, occupa molti spazi, ma, di fatto, è il presente che concentra e catalizza la nostra attenzione. Ad ogni problema una soluzione, qui ed ora. Come imparare dall’esperienza? Fare esperienza comporta ascolto, studio, miglioramento continuo delle personali competenze, senso del limite, incontro con l’altro. Perché sia data esperienza l’uomo deve incontrare l’altro, incrociare le storie. Ritorno, inevitabilmente a chiedere, affinché ognuno di noi si chieda, chi è l’uomo? Per Levinas è possibile rispondere a questa domanda solo attraverso il riconoscimento dell’altro, della prossimità. Se c’è dignità quando la riconosco all’altro (diverso da me, capace o incapace), l’etica del quotidiano la pratico in questo riconoscimento. Dignità dell’altro che è incontro con la sua estrema vulnerabilità, è l’altro malato il nostro paradigma etico di riferimento a cui dobbiamo dignità e responsabilità. E’ il volto dell’altro che mi restituisce un volto che è il farsi della mia umanità. E’ il rispondere alla nudità del volto dell’altro che dichiara la mia originaria responsabilità. La risposta al volto corrisponde all’assunzione di un agire etico. Il riconoscimento del volto, nella sua assoluta vulnerabilità, può essere identificato come la possibile applicazione, in ordine al dettato del codice deontologico medico, della dignità del malato o della persona umana. E non posso che concludere con questa citazione tratta dai Fratelli Karamazov: “noi siamo responsabili di ognuno e di ogni cosa, ed io più di tutti gli altri.”

BIBLIOGRAFIA

Gallagher A., Dignity and Respect for Dignity – Two Key Health Professional Values: Implications for nursing Practice, *Nursing Ethics* 2004; 11:587-599.

Woogara J., Patients' rights to privacy and dignity in the NHS, *Nurs Stand.* 2005 Jan 12-18;19(18):33-7.

Price B., Demonstrating respect for patient dignity, *Nurs Stand.* 2004 Dec 1-7;19(12):45-51.

Dwyer J., *Teaching Global Bioethics*, *Bioethics* 2003; 17:432.

Nordenfelt L., Dignity and the care of the elderly, *Med Health Care Philos.* 2003;6(2):103-10.

Jacelon CS., The dignity of elders in an acute care hospital, *Qual Health Res.* 2003 Apr;13(4):543-56.

Shalev C, Freiman E., Monitoring patient rights--a clinical seminar, *Med Law.* 2002;21(3):521-39.

Hendriks AC. Patients' rights and access to health care, *Med Law.* 2001;20(3):371-8.

18

Tavola rotonda

DEONTOLOGIA MEDICA ED ETICA MEDICA

Analisi e proposte di modifiche dell'attuale Codice Deontologico della FNOMCeO

in chiave etica

Gioachino Coppi

Buon giorno a tutti; l'ora è tarda e penso che la stanchezza cominci a farsi sentire; anche per questo il mio intervento sarà limitato ma soprattutto perché, devo ammettere, non sono certo un esperto in campo Etico (chi mi ha invitato si prende tutta la responsabilità di ciò) ma sono piuttosto fra quelli che hanno più da imparare che da insegnare in questo settore. Stando così le cose l'utilità di un mio intervento può forse essere trovata nell'offrire uno spaccato di chi, operando nel quotidiano in ambito ospedaliero, in particolare in chirurgia, si trova ad affrontare le difficoltà di un comportamento eticamente corretto senza conoscere a fondo le norme teoriche ed applicative del Codice Deontologico Ordinistico.

Probabilmente, come tanti, tendo a comportarmi secondo un'istintiva "buona volontà", su di un'educazione "cristiana" che porta al primo posto l'amore per il prossimo e la responsabilità personale mescolata a poche nozioni di medicina legale che fanno riferimento più che altro ad una mentalità difensivo/professionale basata sull'evitare imperizia, negligenza ed imprudenza.

Ad essere sinceri fino ad ora l'unico codice deontologico che avevo letto, ma credo di essere in folta compagnia, è stato il Giuramento di Ippocrate ai miei primi anni di Università; mi sembrava impossibile che una legge, seppure deontologica avesse potuto avere valore per 2500 anni e, iniziata la lettura con curiosità rimasi sorpreso da quanto fosse in anticipo rispetto ai tempi di redazione e della ricchezza che aveva in se. Seppure un po' "datato" il Giuramento di Ippocrate aveva dato a me, giovane Medico, la sensazione di entrare in una comunità o "casta" che da millenni continua a prendersi cura della salute del prossimo e che doveva tenerne alto l'onore.

Alla fin fine debbo a questo invito da parte del prof. Cavazzuti se mi sono trovato "costretto" a leggere per la prima volta il nostro nuovo Codice Deontologico. In verità lo ho letto e riletto con interesse e mi sono reso conto della sua importanza e del fatto che, sorprendentemente, un tale tema

non l'avevo mai affrontato a fondo in qualsiasi esame dell'Università, e ancora oggi non fa parte di nessuno specifico insegnamento accademico del corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Fino ad oggi il pensiero comune di molti Medici in campo etico è stato pressappoco così: volere il bene dei pazienti, volere con forza la loro guarigione come affermazione anche della propria professione quale sufficiente garanzia per i pazienti e per una tranquillità di coscienza.

Probabilmente questo atteggiamento non è in pratica così sbagliato e credo che sia stato sufficiente per secoli e lo fosse anche all'inizio della mia attività ma dobbiamo ammettere che negli ultimi 30 anni, anni in cui si è sviluppata la mia attività professionale, molte cose in campo medico, in parte già accennate dal dott. Gigli, sono cambiate. La Medicina/ Chirurgia ha avuto negli ultimi decenni conquiste scientifiche e tecnologiche formidabili con un enorme aumento delle possibilità di azione non sempre ben controllate e che devono essere governate a vantaggio dell'uomo. Anche senza volere entrare nei grandi temi della genetica e riproduzione che vanno alla radice della vita dell'uomo, anche nel quotidiano la vita di noi Medici/Chirurghi, che lavoriamo negli ospedali è posta davanti a decisioni, responsabilità, relazioni professionali ed economico/amministrative dal forte impatto etico e di non facile soluzione.

Medici e Pazienti oggi siamo travolti dalle esigenze della Aziendalizzazione, di ricoveri brevi, di ridurre le liste d'attesa, di utilizzare al meglio le risorse economiche e, come chirurghi, offrendo tutto e di più, siamo obbligati a cercare la minima invasività sia nell'iter diagnostico sia nel momento operativo.

Questo succede mentre il gesto chirurgico tipico, il taglio con bisturi, è visto come un trauma, come gesto aggressivo verso il Paziente non sempre indispensabile e che avrà in ogni caso conseguenze negative a causa del nostro intervento invasivo.

In ogni caso noi facciamo del male al Paziente, anche se, da questo, ci aspettiamo un beneficio maggiore: anche la sola nostra cicatrice cutanea può rimanere dolente, "brutta" ed il Paziente se ne può lamentare se non altro per fatti estetici che nella cultura attuale hanno assunto un grandissimo valore.

L' invasività come danno della persona nella qualità di vita in particolare di relazione è molto sentita, anche giustamente, e quindi l'utilizzazione delle minori invasività sono fortemente richieste anche al costo di una minore efficacia dell'intervento.

Non solo le riviste mediche più o meno influenzate dall'industria, ma anche giornali pubblicizzano non di rado risultati clamorosi delle nuove tecnologie e quindi il Paziente /cliente (ricordiamo l'aziendalizzazione) pretende di avere sempre il meglio. Naturalmente il "Politico" quale

“proprietario” dell’Azienda ed allo stesso tempo alla ricerca del consenso non può che assicurare pubblicamente tutto e di più, e noi operatori e prestatori d’opera siamo presi in mezzo.

Non solo siamo coinvolti, ma a volte siamo anche “collaborazionisti” perché noi stessi pubblicizziamo nei nostri congressi e nelle nostre riviste quasi solo i risultati migliori, spesso non controllati adeguatamente. Propagandiamo le cose splendide che sappiamo fare perché la gente venga da noi magari entusiasta e perché il nostro amministratore ci dia maggiori risorse allargando i cordoni della borsa.

Non sempre purtroppo le cose vanno bene ma quando il Magistrato mette il naso dentro alle nostre pubblicazioni trova quasi sempre risultati eccellenti e pochissime complicità; ciò, oltre che portare a comportamenti superficiali nell’adozione di nuove tecniche da parte di Chirurghi neofiti, mette in difficoltà il Medico che, pure avendo bene operato, sembra non trovare giustificazioni ad un insuccesso.

Nell’attuale obiettivo di rinnovare il Codice Deontologico si nota la volontà di seguire l’evoluzione della Medicina e della Società apportando opportune modifiche. Un aspetto che tuttavia mi sembra non messo a fuoco a sufficienza, ma ritengo importantissimo per chi, come me, ha sempre lavorato in ambito Ospedaliero pubblico, è sicuramente il rapporto Medico/Amministratore e questo è particolarmente attuale ora considerata la Aziendalizzazione dei nostri Ospedali e della sempre maggiore evidenza del Medico come dipendente e sempre meno professionista responsabile.

Siamo sempre meno quelli che direttamente si prendono cura del paziente e sempre più parte di una organizzazione, l’Istituzione Ospedaliera Aziendale, quale contraente del patto per la salute dei cittadini.

Noi siamo quella parte dell’Istituzione che per un tratto sempre più breve cura il paziente, mentre è l’Istituzione stessa che attraverso i suoi meccanismi si prende cura dei pazienti in modo complessivo. Ciò tende inevitabilmente a favorire “la prestazione d’opera” a stile catena di montaggio piuttosto che favorire un rapporto fra persone adulte e responsabili.

Sembra di potere affermare che mentre il Medico di famiglia si è ripreso e sta sviluppando di nuovo un rapporto diretto medico-paziente, per noi Medici degli Ospedali questo non sta succedendo.

Non sta succedendo anche perché il ricovero deve essere il più breve possibile, occorre fare in fretta per ridurre le liste di attesa, sia per i reparti-sale operatorie sia negli ambulatori.

Il consenso informato, che dovrebbe essere uno dei momenti topici per un rapporto fra Medico/Paziente ed uno dei momenti di massima espressione della libera scelta individuale sia del paziente sia del medico, è di fatto spersonalizzato e considerato sia dai medici ed ancora più

dall'Istituzione un meccanismo di protezione medico legale piuttosto che come un momento di espressione di scelte fra persone e quindi un momento etico.

Di fatto, in Chirurgia, il consenso informato viene demandato spesso ad un colloquio fra un medico del reparto, magari il più giovane e meno esperto, (ma che in quel momento ha più tempo) il quale si incarica di far firmare un foglio prestampato spesso preparato dai consulenti legali della amministrazione o di Società Scientifiche.

Spesso quindi non è l'Operatore che spende un poco del suo tempo a questa incombenza e può succedere che costui, durante l'intervento, dovendo cambiare programma, non abbia chiaro che cosa è stato spiegato dall'assistente o dal collaboratore al paziente stesso e si trovi in gravi difficoltà.

Questa situazione apparentemente getta una cattiva luce sui Chirurghi che sembrano poco inclini ad avere verso il paziente un rapporto deontologicamente corretto, ma bisogna far presente che il rispetto sostanziale di varie norme deontologiche nei reparti, almeno di Chirurgia, è reso difficile da una serie di fattori di non poco conto. L'assenza per esempio di adeguate segreterie nella situazione attuale di contrazione dei posti letto che permetta di seguire i pazienti gestiti in forma ambulatoriale fino a poche ore dall'intervento (il paziente viene ricoverato all'ultimo momento per rispondere all'obiettivo, Aziendale/Regionale, di accorciare le degenze) rende la gestione dei reparti sempre acrobatica anche in termini deontologici.

L'esigenza di ricoveri brevi si iscrive nel più ampio programma, per altro ineludibile anche dal punti di vista etico, della razionalizzazione di spese e risorse, assieme all'invito pressante delle Amministrazioni/Aziende di evitare la migrazione negativa e favorire concorrenzialmente l'arrivo di pazienti da altre città e regioni.

In questa situazione non tutti gli strumenti vengono dati in modo tale da potere, in effetti, far fronte a quelle che sono poi tutte le richieste di un Codice Deontologico.

Dobbiamo razionalizzare, abbiamo un budget da rispettare e dobbiamo raggiungere degli obbiettivi quali/quantitativi e di fronte alle nostre amministrazioni siamo soli; abbiamo e vero un sindacato ma la preoccupazione etica non è certo il suo specifico campo di applicazione, mentre dobbiamo ammettere che ci manca l'assistenza di un Ordine che nella deontologia trova invece uno dei suoi cardini costitutivi. L'ordine nonostante tutti i benemeriti sforzi è più orientato sui Medici di famiglia che sui Medici degli ospedali; le problematiche degli ospedali non sono particolarmente affrontate dagli Ordini e i medici degli Ospedali fanno poco per essere profondamente coinvolti nell'Ordine.

Se è vero che ancora oggi il paziente tende ad avere o vorrebbe avere nella maggioranza dei casi con il Medico un rapporto personale e se è vero che il Medico dovrebbe avere verso il paziente una sorta di vincolo “una sorta di contratto etico” in vista della sua salute la realtà che ci si para di fronte è diversa sia perché il Paziente non avrebbe sufficienti risorse per tollerare le spese della sua terapia sia perché il Medico non può sempre avere tutte le competenze, le risorse o gli strumenti necessari che per altro non dipendono da lui.

Gli strumenti che dovremmo utilizzare non sono più in nostra mano, le spese che dobbiamo affrontare non sono in mano nostra, la scelta dei farmaci da utilizzare nell’ambito del Sistema Sanitario avviene attraverso linee guida od attraverso sistemi che molto spesso sono gestite da “esperti esterni” che hanno certo il compito di supportare il medico ma ancora più di pilotarne i risparmi.

Le linee guida basate sulle evidenze e sul consenso sono a tutti i livelli rappresentative del modo nuovo e scientifico di fare medicina.

Non va tuttavia dimenticato che nella realtà attuale possono diventare un' arma a doppio taglio; quando ben fatte e ben comprese (e quando vi sono anche Clinici Esperti chiamati a redarle) sono un utile supporto per districarsi nella massa delle informazioni scientifiche anche contraddittorie. Esse devono diventare un supporto e non decalogo e malcomprese possono favorire deresponsabilizzazione e comportamenti acritici.

Linee guida quindi come aiuto per fare il meglio, ma anche linee guida come modo di non assumersi, nello specifico caso, responsabilità. Non è facile, soprattutto per i giovani, difendersi da un’apparente scientificità che porta a dire: “bene io ho utilizzato le linee guida appropriate frutto delle migliori evidenze di studi randomizzati e sono a posto” oppure: “non ci sono evidenza di alto livello in questo campo e pertanto non faccio niente” e se poi il paziente non ha il buon gusto di guarire che ci posso fare? Questa mentalità impiegatizia (le linee guida possono diventare come le famose circolari della pubblica amministrazione) tende a diffondersi e porta all’abbandono della valutazione e del ragionamento clinico su cui invece le linee guida devono innestarsi per trovare nel singolo caso ed in quella specifica situazione la soluzione terapeutica migliore.

C’è ancora una situazione diffusa, in particolare nell’ambito chirurgo, che mette in difficoltà i Medici con il risultato che la Chirurgia risulta sempre meno attraente; non è raro che le specialità chirurgiche specie le più complicate non solo in Italia vadano deserte e non è raro vedere chi rinuncia a fare il chirurgo.

Per molti giovani non solo non c’è guadagno sufficiente, ma vi è invece la certezza di trovarsi con una sacrificata qualità di vita e con grossi rischi anche medico legali.

Ci sono i broker delle assicurazioni che si stanno ritirando dagli ospedali perché la conflittualità medico paziente è molto alta, e questo sta succedendo anche a Modena. Il Codice Deontologico e le cose bellissime che vengono espresse si trovano, quando calate nella realtà, con delle difficoltà oggettive.

La privacy, per esempio, che è propagandata ed imposta con tanta enfasi (ma per fortuna non ha consistenti penalità) ha sicuramente molti meriti, ma sta assorbendo tanto impegno e risorse anche per cose futili e si scontra con realizzazioni non di rado impossibili o solo formali raggiungendo a volte qualcosa che sta fra il ridicolo e l'ipocrisia.

Venendo a situazioni più specifiche, da chirurgo, mi sembra di notare che nel codice deontologico non sono affrontate problematiche che per noi chirurghi nell'attuale momento sembrano non di poco conto.

Un esempio: sono in sala operatoria mi succede di dovere prendere impreviste decisioni con la possibilità di complicanze anche rilevanti sulla qualità di vita del paziente che, addormentato o non, non è in grado di esprimere un adeguato consenso. Che fare? Risulta estremamente difficile in questi momenti trovare qualcuno con cui condividere la decisione perché in simili momenti tutti quanti si tirano indietro e sei lasciato solo a scegliere "secondo coscienza"!

Ma oggi più che mai non è facile perché oggi abbiamo diverse opzioni dalla più invasiva magari a più rischio di vita ma con un successo più probabile o la meno invasiva meno rischiosa e con meno probabilità di successo ma che in ogni caso costa di più. Ricordiamo che secondo le nostre Aziende dobbiamo noi in qualche maniera controllare la spesa secondo un determinato budget, anche se il paziente vuole ovviamente la soluzione migliore che per lui è quasi sempre la meno invasiva e più costosa. Queste problematiche sono, io credo, non ancora ben affrontate dal Codice Deontologico.

Sull'argomento delle procedure invasive e mini invasive vale la pena di soffermarsi ancora un attimo perché è ormai una costante non semplice della Chirurgia.

Prendiamo ad esempio la Chirurgia gastrica o nel mio caso un aneurisma dell'aorta, possiamo adottare una soluzione classica altamente invasiva o procedere con le nuove tecniche mini invasive; da una soluzione ci dovremo attendere certi risultati e certe complicanze e dall'altra differenti risultati e complicanze.

Una soluzione dunque ha alcune complicanze l'altra soluzione ha altre complicanze: quali rischiare? Si può suggerire che sia il paziente nell'ambito del consenso informato che scelga quale risultato e quali complicanze rischiare; ma delucidare tutte e quali complicanze possono comparire per un determinato intervento e procedura a confronto dell'altra non è così facile e meriterebbe a volte un trattato od una conferenza ed il tempo non c'è.

Su questo punto tuttavia non si tiene conto che oggi esiste Internet da cui è facile avere informazioni, esistono i medici di base che giustamente sono coloro che indirizzano la terapia e probabilmente la questione del consenso informato vuole un attimo riconsiderata.

Alla luce del fatto che viviamo in esperienze complesse dove il paziente passa da un medico all'altro e dove c'è una corresponsabilità il singolo consenso può risultare fuorviante.

Noi ci troviamo ad esempio come chirurghi ad ottenere un consenso chirurgico e l'anestesista un consenso anestesilogico separato sapendo poi che nella fase più delicata del postoperatorio sarà un terzo Medico, l'Intensivista, a prendersi cura del paziente pur essendo escluso dalla fase iniziale del rapporto con il paziente.

Bene, non è strano? Cosa gli andrà a raccontare l'anestesista se non che farà un certo tipo di intervento, che corre un certo rischio operatorio che ha bisogno di una certa anestesia cose, cioè, già dette anche dal chirurgo? In tali situazioni vi è la non remota possibilità di contraddizioni od incomprensioni che varranno a disorientare il paziente.

Se non affrontiamo insieme di fronte al paziente indicazioni e rischi; se non informiamo delle possibili variazioni di procedure ed anestesi i nostri consensi firmati non serviranno ad altro che a dare una carta firmata in mano al Magistrato, che in qualche maniera ci garantisca dalle grinfie della legge ma il paziente, basandosi anche sulle contraddizioni vere o presunte dei vari medici avrà ampi spazi non sempre in buona fede per avanzare proteste legali.

Nella complessità della situazione attuale l'atteggiamento pretestuoso del paziente, magari suggerito da avvocati, non è argomento di poco conto ed è alla base dell'enormità delle contestazioni in corso.

Io credo che sia tempo di mettere a fuoco l'idea che occorra anche un Codice Deontologico del paziente (che non può essere solo centro di diritti) e delle Istituzioni (che non possono essere solo quelle che impongono di raggiungere obiettivi) perché altrimenti ci troveremo sempre più coinvolti in situazioni insostenibili.

Oggi il paziente non può essere ritenuto sempre e solo un pover uomo ignorante di tutto quello che ha che fare con la Medicina/Chirurgia. Nella stragrande maggioranza dei casi, e non sempre in modo corretto, oggi l'informazione corre dappertutto su Internet ed il paziente viene spesso alla osservazione con un bagaglio di informazioni estratte dal suo computer e questo stato di cose, a breve, sarà sempre più diffuso.

Credo che questo costituisca un grande rischio ma anche un'incredibile opportunità, è forse ora che sfruttando l'informatica ci preoccupiamo di mettere in rete informazioni corrette anche deontologicamente controllando anche la qualità e serietà delle informazioni.

Una informazione in rete può essere complementare a quella verbale e può essere corredata da adeguata iconografia esplicativa e più volte consultata. Oltretutto permette di scendere nei dettagli e di esplicitare tutte le possibili scelte terapeutiche di un certo tipo di patologia e permette anche, attraverso le E mail, di integrare l'informazione con domande e risposte. I pazienti sanno leggere e scrivere e se non vogliono né leggere e scrivere su ciò che riguarda la propria salute bisogna ammettere che non dimostrano buona volontà.

Il paziente non ha solo diritto alla salute, ma mi pare, ha anche un dovere alla salute e quindi deve in qualche maniera fare quello sforzo per mantenerla o per riacquistarla e deve fare qualche sforzo per comprendere o per pretendere di sapere ciò che gli viene fatto senza basarsi solo su di una possibile rivalsa.

Questo non per nascondersi dalle responsabilità ma perché effettivamente in tutti gli Stati così detti industrializzati il problema del rapporto Medico /Paziente, in particolare per le chirurgie, in particolare per alcune branche della chirurgia sta diventando un affare per gli avvocati, ma un brutto affare per l'assistenza sanitaria, e ciò distorce e porta via risorse e tempi. Si fa tutto per proteggersi e quindi c'è il rischio che il paziente venga visto come un potenziale nemico e non come la Persona che cerchiamo di curare. In questa mia esposizione, che forse è risultata più lunga del previsto, io credo di avere presentato più problematiche che soluzioni.

Tornando al Codice Deontologico ed alle proposte di modifica ho visto che le modifiche proposte passano spesso attraverso frasi alternative leggermente diverse nel significato; per la verità non mi sembra trattarsi di differenze sostanziali anche se la stesura attuale mi sembra meglio della precedente. Ho un'unica osservazione da riportare: mi pare che nell'articolo 12 ci sia un errore; dove è detto che "in nessun caso il medico non può rifiutare richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza"; quel "non" è probabilmente di troppo forse dovuto ad un errore di trascrizione. Penso che vada corretto altrimenti sembrerebbe che in caso di contrasto con i principi di scienza e coscienza il medico non possa rifiutarsi di prestare la propria opera.

Io non entro nelle situazioni più complesse quali la procreazione e la contraccezione ecc., non ne ho la competenza e rifiutai a suo tempo di fare l'icoginecologo proprio per non essere coinvolto in questo tipo di problematiche che mi mettono francamente in difficoltà. Ho le mie soluzioni e le mie convinzioni ma so che possono essere e difficili e dolorose da seguire ma non ho sufficientemente competenza per suggerire variazioni negli articoli che toccano questo campo.

Concludendo il senso della mia chiacchierata riguarda soprattutto i rapporti fra Codice Deontologico Ordinario e realtà degli Ospedali; in questo campo è forse ora di fare un salto di qualità; l'attuale Codice sembra fare più riferimento ai medici di famiglia, ai liberi professionisti od

ad un teorico medico mentre sembra non voglia entrare con norme e direttive applicative nella realtà e nella complessità degli ospedali come oggi li viviamo. Forse è anche per questo che l'appartenenza all'Ordine ed i riferimenti al Codice Deontologico Ordinario sono meno sentiti negli Ospedali; essi rischiano di essere qualcosa quasi di estraneo, almeno per ampi settori come quello Chirurgico ove io lavoro, perché sembra che non ci coinvolgano sostanzialmente mai.

Cultura e vita: la storia

Inaugurazione 5 luglio 1988

Alimentazione e vita lunga e sana

Tommaso Scarascia Mugnozza

Presidente del Consiglio dei Rettori

a.a.1988/89

Corso **L'espressione del greco e del latino nella poesia e nell'arte**

Direttore Adelmo Barigazzi

Corso **L'uomo e il suo divenire : Il movimento**

Direttore M. Teresa Camurri

Corso **La problematica della natura e dell'essere di fronte al pensiero antico e medievale**

Direttore Giulio Righi

Corso **L'ambiente e i suoi riflessi sulla qualità della vita**

Direttori Annamaria Pagliai Ferruccio Minghelli

Chiusura *Il pensiero politico dei maggiori teologi del '500*

"La disputa sui diritti degli indios"

Bartolomeo Santo Quadri

a.a. 1989/90

Apertura *Traci una mostra a Venezia*

Giancarlo Susini Angela Donati

Corso **Dalla città dei Greci all'assetto ecumenico dell'impero romano**

Direttore Giancarlo Susini

Corso **L'espressione del greco e del latino nella poesia e nell'arte (2°)**

Direttore Adelmo Barigazzi

Corso **L'uomo e il suo divenire : La relazione**

Direttore Federico Manenti

Corso **La problematica della natura e dell'essere di fronte al pensiero antico e medievale (2°)**

Direttore Giulio Righi

Corso **L'ambiente e i suoi riflessi sulla qualità della vita (2°)**

Direttori Annamaria Pagliai Ferruccio Minghelli

Chiusura *La cultura della vita – Nuove istanze sociali e dignità umana*

Pier Paolo Donati

a.a. 1990/91

Apertura *L'uomo e l'ambiente*

Fiorenzo Facchini

Corso **Dalla città dei Greci all'assetto ecumenico dell'impero romano (2°)**

Direttore Giancarlo Susini

Corso **L'espressione del greco e del latino nella poesia e nell'arte (3°)**

Direttore Adelmo Barigazzi

Corso **La problematica della natura e dell'essere di fronte al pensiero antico, medievale e moderno (3°)**

Direttore Giulio Righi

Corso **L'uomo e il suo divenire : L'omeostasi**

Direttore Federico Manenti

Corso **L'ambiente e i suoi riflessi sulla qualità della vita (3°)**
Direttori Annamaria Pagliai Ferruccio Minghelli

a.a. 1991/92

Corso **Recupero e sopravvivenza dell'antico**
Direttore Giancarlo Susini
 Corso **Letteratura greco-latina e italiana**
Direttore Adelmo Barigazzi
 Corso **Lo sviluppo**
Direttore Federico Manenti
 Corso **La filosofia e il reale**
Direttore Giulio Righi
 Corso **Recupero e conservazione ambientale**
Direttore Annamaria Pagliai
 Chiusura *Lo sviluppo morale*
 Giorgio Moretti

a.a. 1992/93

Apertura *Dove va la famiglia italiana*
 Giorgio Campanini
 Corso **Culti e religione nel mondo antico**
Direttore Giancarlo Susini
 Corso **La lingua italiana dalle origini all'informatica**
Direttore Adelmo Barigazzi
 Corso **I microrganismi patogeni e l'uomo**
Direttore Federico Manenti
 Corso **I nuovi danni all'ambiente e al bosco**
Direttore Paolo Mirone
 Corso **Realtà e problemi della famiglia, oggi, in Italia**
Direttore Giorgio Campanini
 Chiusura *Verso una nuova etica ambientale*
 Antonio Moroni

a.a. 1993/94

Corso **Risorse, lavoro, ceti sociali nel mondo antico**
Direttori Angela Donati Giancarlo Susini
 Corso **Scuola, famiglia, società a confronto sull'educazione**
Direttore Giorgio Campanini
 Corso **Gli organi di senso**
Direttore Federico Manenti
 Corso **L'inquinamento e i danni sull'uomo**
Direttore Paolo Mirone
 Chiusura *La geografia storica dei romani*
 Giancarlo Susini

a.a. 1994/95

Apertura *Numero e teologia*
 Edoardo Benvenuto

- Corso **L'antico di casa : genti e città della cispadana**
Direttori Angela Donati Giancarlo Susini
- Corso **Il cervello**
Direttore Vittorio Silingardi
- Corso **La ricerca della speranza : incontri con un filosofo**
Direttore Lorenzo Pozzi
- Corso **Momenti e mutamenti del pensiero matematico**
Direttore Francesco Barbieri
- Chiusura *Numero e simbolo*
 Roberta Budriesi

a.a. 1995/96

- Apertura *Logica e linguaggio dell'uomo medievale*
 Lorenzo Pozzi
- Corso **Pagani, cristiani : il mondo antico si apre alla nuova era**
Direttori Angela Donati Giancarlo Susini
- Corso **Sonno, sogno, immaginario**
Direttore Gian Paolo Guaraldi
- Corso **La comunicazione interpersonale**
Direttore Lorenzo Pozzi
- Corso **Il Quadrivio : origini, retaggio, attualità**
Direttore Francesco Barbieri
- Chiusura *La più antica domanda del mondo*
 Alfonso Traina

a.a. 1996/97

- Apertura *Matematica e fisica in Aristotele*
 Enrico Berti
- Corso **La città antica**
Direttore Angela Donati
- Corso **La persona tra biologico e psicologico**
Direttore Roberto Reggiani
- Corso **Virtù, filosofia, letteratura "a fronte"**
Direttori Stefania Nonvel Pieri Alberto Siclari
- Corso **La matematica in una visione unitaria del sapere**
Direttore Francesco Barbieri

a.a. 1997/98

- Apertura *Guarda caso : la luce viene da Oriente*
 Roberta Budriesi
- Corso **Protagonisti della storia del mediterraneo : Atene, Cartagine, Roma**
Direttore Angela Donati
- Corso **Materia e armonia**
Direttore Alberto Siclari
- Corso **Lo stress**
Direttore Roberto Reggiani
- Corso **Momenti e aspetti della civiltà antica**
Direttore Anna Maria Giordano Rampioni

Corso **La luce nella storia e nella scienza**
Momenti di riflessione e spunti di ricerca
Direttori *Francesco Barbieri Franca Cattelani Degani*

Chiusura *Fascinus, Praestigium, Auctoritas, Charisma*
 Maurizio Bettini

a.a. 1998/99

Apertura *Problemi bioetici della riproduzione umana*
 Francesco D'Agostino

Corso **Scienza, tecnica e organizzazione del sapere nel mondo antico**
Direttore *Angela Donati*

Corso **Dal comprendere all'interpretare**
Direttore *Alberto Siclari*

Corso **Genetica, sviluppo, malattia**
Direttore *Antonino Forabosco*

Corso **La geologia e l'uomo**
Direttore *Paolo Fazzini*

Chiusura *Meraviglie della memoria: identità e rispetto del bene culturale*
 Giancarlo Susini

a.a. 1999/00

Corso **La pace e la guerra nell'antichità**
Direttore *Angela Donati*

Corso **Il postmoderno e i suoi critici**
Direttore *Alberto Siclari*

Corso **Il trapianto è vita**
Direttore *Federico Manenti*

Corso **Meraviglie della memoria**
Direttore *Roberta Budriesi*

Corso **Ex vita pharmacum – ex farmaco vita**
Direttore *Flavio Forni*

Chiusura *Il crinale della memoria*
 Roberta Budriesi

a.a. 2000/01

Apertura *Il nuovo mondo : la Terra Santa e Roma*
 Gianluigi Boschi

Corso **L'impero romano : fine e continuità**
Direttore *Angela Donati*

Corso **Mito e logos**
Direttore *Alberto Siclari*

Corso **Alcool e nuove droghe**
Direttore *Emilio Sternieri*

Corso **Roma : l'evoluzione di un mito**
Direttore *Roberta Budriesi*

Corso **Il cosmetico**
Direttore *Valeria Ferioli*

Corso **Alcool e nuove droghe (Reggio E.)**
Direttore *Emilio Sternieri*

Convegno *Qumran : La più grande avventura biblica del XX secolo presentata dai suoi protagonisti*

a.a. 2001/02

Apertura *L'Apocalisse : il nuovo mondo tra tardoantico e medioevo*

Xavier Barral i Altet

Corso **Roma : Momenti e personaggi nella storia della repubblica**

Direttore Angela Donati

Corso **Il disagio**

Direttore Marco Rigatelli

Corso **L'Antartide**

Direttore Antonio Rossi

Corso **Origine e formazione del linguaggio figurativo cristiano**

Direttore Roberta Budriesi

Corso **Natura, cultura e storia**

Direttore Antonello La Vergata

Corso **Il disagio (Reggio E.)**

Direttore Marco Rigatelli

a.a. 2002/03

Apertura *Temi e problemi delle città nell'alto medioevo*

Letizia Pani Ermini

Corso **Ruolo dei fattori umani negli incidenti stradali**

Direttore Gianfranco Vivoli

Corso **Nuovi orizzonti della bioetica**

Direttore Giovanni Beduschi

Corso **Tra 'romanitas' e 'barbaritas' alle origini dell'Europa medievale**

Direttore Roberta Budriesi

Corso **Le Americhe coloniali : incontro fra culture**

Direttore Marina Bondi Giovanna Bonanno Silvia Betti

Corso **Ruolo dei fattori umani negli incidenti stradali (Reggio E.)**

Direttore Gianfranco Vivoli

Chiusura *Immagini e simboli del potere tra tarda romanità e alto medioevo*

Ermanno Arslan

a.a. 2003/04

Apertura *Il sacro e l'ambiente*

Mario Panizza Paola Rossi Pisa

Corso **L'uomo e la malattia : il caso delle medicine non convenzionali**

Direttore Maurizio Ponz de Leon

Corso **Vecchi e nuovi materiali**

Direttore Tiziano Manfredini

Corso **Nuovi orizzonti della bioetica (2°)**

Direttore Giovanni Beduschi

Corso **Il sacro tra antichità e medioevo**

Direttore Roberta Budriesi

Corso **L'uomo e la malattia : il caso delle medicine non convenzionali (Reggio E.)**

Direttore Maurizio Ponz de Leon

Chiusura *Teologia in figura : i mosaici nel Battistero di Firenze*
Antonio Paolucci

a.a. 2004/5

Corso **Storia della medicina e antropologia medica**

Direttori Umberto Muscatello Maria Teresa Camurri

Corso **L'uomo e il suo ambiente :ragioni di una crisi e prospettive di soluzione**

Direttore Marina Mauri

Corso **Archeologia tra città e territorio dal tardoantico e medioevo**

Per un'archeologia senza frontiere

Direttore Roberta Budriesi

Corso **Storia della medicina e antropologia medica (Reggio E.)**

Direttore Umberto Muscatello Maria Teresa Camurri

Convegno *Dignità del malato e dignità del medico*

Tavola rotonda *Deontologia medica ed etica medica : analisi e proposte dell'attuale Codice deontologico*

a.a. 2005/6

Apertura *Insediarsi in Oriente. Archeologia della Transgiordania in età criato-ayyubide*
Guido Vannini

Corso **Gli insetti e l'uomo**

Direttore Anna Maria Pagliai

Corso **Nuovi orizzonti della bioetica (4°)**

Direttore Giovanni Battista Cavazzuti

Corso **Storia della medicina e antropologia medica (2°)**

Direttore Ugo Fabio

Corso **Città e territorio**

Direttore Roberta Budriesi

Chiusura *Rapporti tra Oriente e Occidente sulla via della seta*

Carlo Varaldo

a.a. 2006/7

Apertura *Insediamenti monastici e spazio rurale tra tarda antichità e alto medioevo*
Gabriella Cantino Wataghin

Corso **Alla scoperta del pianeta acqua**

Direttore Anna Maria Pagliai

Corso **Nuovi orizzonti della bioetica (5°) Medicina e famiglia**

Direttore Giovanni Battista Cavazzuti

Corso **Storia della medicina e antropologia medica (3°)**

Direttore Ugo Fabio

Corso **Pievi, Monasteri e castra**

Direttore Roberta Budriesi

Chiusura *Alle origini della parrocchia rurale nell'hinterland di Roma*

Vincenzo Fiocchi Nicolai

INDICE

Convegno

Programma	1
Relatori e Moderatori.	2

Presentazioni

Presidente Cultura Vita	5
Rettore Università di Modena e Reggio Emilia	7
Preside Facoltà Medicina e Chirurgia	9
Direttore Scientifico	11

Relazioni

Sen. Prof. Adriano Bompiani, <i>Medicina e dignità umana alla luce della costituzione europea e della carta dei principi di bioetica dell'Unesco</i>	15
Prof. Maurizio Ponz de Leon, <i>Il medico e la medicina ieri ed oggi</i>	27
Prof. Almerico Novarini, <i>La formazione professionale ed etica del medico</i>	33
Dott. Salvatore Geraci, <i>Etica medica interculturale</i>	43
Prof. Domenico Di Virgilio, <i>Il rischio dell'abbandono</i>	51
Dott. Daniele Giovanardi, <i>La medicina difensiva</i>	61
Prof. Federico Manenti, <i>L'uso e il "misuso" dei farmaci</i>	65
Prof. Gian Paolo Guaraldi, Dott. Federica Villanti, <i>Etica psichiatrica</i>	79
Prof. Alfredo Anzani, <i>Etica chirurgica: quale alleanza</i>	93
Dott. Claudio Macchi, <i>Etica aziendale</i>	105
Prof. Sandro Spinsanti, <i>Conclusioni</i>	115
Prof. Gian Luigi Gigli, <i>Riscoprire il valore antropologico della professione medica</i>	119
On. Avv. Carlo Amedeo Giovanardi, <i>Intervento preordinato</i>	133

Tavola Rotonda

DEONTOLOGIA MEDICA ED ETICA MEDICA

Analisi e proposte di modifiche dell'attuale Codice Deontologico della FNOMCeO in chiave etica

Dott. Francesco Sala, Vicepresidente Ordine dei Medici 137

Dott. Nunzio Borelli, Responsabile di Medicina di Base 143

Dott. M. Monica Daglio, Rappresentante di Azienda Sanitaria 147

Prof. Gioachino Coppi, Clinico 153

Cultura Vita: la storia

163