

Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli
Odontoiatri
della Provincia di Arezzo

aprile 2007
anno 6 - numero **16**

FILOSOFIA DELLA MEDICINA

I fondamenti scientifici della medicina
pag. 23

IL CASO CLINICO

Un caso non comune di malattia tromboembolica
pag. 41

MEDICI E SALUTE PUBBLICA

Le nuove dipendenze e la salute pubblica
pag. 44

IL CESALPINO

Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo

Aprile 2007

anno 6 - numero 16

Comitato editoriale e redazione

Consiglio provinciale dei medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
Presidente: Raffaele Festa

Direttore responsabile
Roberto Romizi

In redazione
Amedeo Bianchi, Armando
Bonelli, Alberto Cinelli,
Luigi Giannini, Piero Pieri,
Luciano Ralli, Silvana Saullo,
Mauro Sasdelli

Coordinatore redazionale
Cesare Maggi

Segreteria redazionale
Marco Cerofolini
c/o Ordine dei medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 22724
fax (+39) 0575 300758
mail: chirurgi@omceoar.it
www.omceoar.it

**Impaginazione
progetto grafico e stampa**
L.P. Grafiche s.n.c.
Via Fabio Filzi, 28
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 907425
fax (+39) 0575 941526
mail: info@lpgrafiche.it
www.lpgrafiche.it

Aut. Trib. n°7 - 2001
del registro stampa
n° 522/2001

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.

In copertina:

ANDREA CESALPINO
(Arezzo 1519 - Roma 1603)
Medico, botanico, filosofo aristotelico, medico di Papa Clemente VII; importantissime furono le sue osservazioni sulla circolazione del sangue.

Retro copertina:

**PIERO DELLA FRANCESCA:
MADONNA DEL PARTO**
(Comune di Monterchi, Arezzo)
datazione:
1450-55 (sec. Longhi)
1460 (sec. Clark - De Vecchi)
1475 (sec. Battisti)

Sommario

redazionale

- 1** In itinere
Cesare Maggi

temi di approfondimento

- 2** L'intervento precoce nei disturbi psicotici
Giampiero Cesari

medicina e società

- 6** L'evoluzione del concetto di salute
Bruno Paccagnella
- 13** Gli inceneritori in Italia tra conoscenza ed azione, ovvero tra scienza, politica ed etica
Paolo Lauriola

filosofia della medicina

- 17** Verso la mutua comprensione?
Il cinema narra il mutare della relazione tra medico e paziente
Stefano Beccastrini
- 21** Percorsi possibili
Carlo Beoni
- 23** I fondamenti scientifici della medicina
Roberto G. Salvadori

il caso clinico

- 41** Un caso non comune di malattia tromboembolica
Emilio Santoro, Gino Parca, Massimo Felici, Paolo Angori

medicina e salute pubblica

- 44** Le nuove dipendenze e la salute pubblica
L'ambulatorio per il gioco d'azzardo del Dipartimento delle Dipendenze della A-USL 8 di Arezzo dopo due anni di attività
Valentina Cocci, Stefano Benci, Carla Biagianti, Maria Luisa Cucinelli, Donatello Fruilano, Anne Marie Marioli, Martina Sangalli, Paolo E. Dimauro
- 49** A proposito di risk management
Marco De Prizio

esperienze

- 51** La mia esperienza umanitaria
Gabriella Ravalli

storia della medicina in arezzo

- 53** L'ospedale sanatoriale "Garbasso"
Francesca Farnetani, Italo Farnetani

recensione

- 55** Dalla sanità alla salute nella Valdichiana aretina
passato, presente e futuro
Paolo Ricciarini

leggi decreti circolari fnomceo e enpam

- 57** Il trattamento farmacologico dei disturbi psicotici nei pazzienti affetti da demenza - aggiornamento
- 59** Deliberazione n. 51
- 62** Deliberazione n. 52
- 68** Garante per la protezione dei dati personali

REDAZIONALE *in itinere*

Il viaggio de "Il Cesalpino", cari lettrici e lettori, è – ancor oggi – in svolgimento. La rifondazione di questa nostra rivista, che l'Ordine decise a partire dal 2001, vide la sua prima espressione nell'unità di intenti del Consiglio Provinciale, quando, in tempi ormai maturi, volle ricondurre nell'ambito della propria competenza questa pubblicazione quadrimestrale. Titolava, allora, "incipit vita nova" l'editoriale del nostro Presidente.

Certamente una nuova vita quella che tutti noi volevamo conferire ad una storica (si pensi, le nostre notizie ne pongono la nascita nel 1871!) testata, passata successivamente attraverso periodici trascorsi di luci e ombre, di presenze ed assenze, di competenze editoriali varie, quale mero strumento in forma di bollettino informativo, solo parzialmente scientifico, prima di giungere tra le mani dei suoi lettori. Ma ora, fortunatamente, questa rivista è stata ricondotta in totale proprietà dell'Ordine dei Medici. E scrivemmo dei nostri intendimenti programmatici per il futuro della pubblicazione, usando tutto il nostro potenziale di operatori e di mezzi disponibili, conferendole regolarità di uscite e funzione di incentivo per la promozione – in un ottica olistica della salute – della collaborazione tra medici sul piano della ricerca e dell'interdisciplinarietà. Ma funzione di stimolo anche per la elaborazione di una cultura della salute e, insieme, spinta per migliorare la qualità degli interventi sanitari e delle politiche per la salute. Grandi ma non impossibili traguardi a medio e lungo termine!

Grazie alla disponibilità del Consiglio dell'Ordine, attraverso la cooperazione dei comitati scientifico e redazionale (quest'ultimo da me coordinato), facendo l'uso più meticoloso dello stanziamento ordinistico dedicato, questo periodico quadrimestrale ONLUS, senza sponsor e pubblicità, sembra a tutti noi aver intrapreso quel viaggio che citavo prima con l'umiltà ma anche con la forza determinante di chi crede nelle cose per le quali si adopera, superando le immancabili criticità emergenti. Ma la striscia finora tracciata, fatta di fascicoli pubblicati, apprezzati dai lettori – anche di quelli residenti fuori di questa regione – non è ancora qualitativamente quella da noi ambita, come fosse già ricolma di traguardi programmatici ottemperati. Molti, ancora, non lo sono. Ma è questa, diciamo, la sfida per i tempi a venire, consci e sicuri come siamo che tutto è migliorabile (non oso dire l'abituale perfettibile: la perfezione non rientra nelle nostre possibilità realizzative), facendo uso della volontà e della determinazione di tutti noi, operatori ai vari livelli.

Ed intanto, dopo ciò che è stata finora (e poi sarà, come detto) la componente contenutistica che vorremmo conferire alla rivista, non possiamo trascurare di sottolineare l'aspetto studiato e scelto della sua veste grafica: questo nuovo Cesalpino a me sembra presentare una ristrutturazione dinamica e di facile lettura (ponendo il testo su tre colonne a caratteri slanciati e visibili, usando il richiamo immediato tra le didascalie e le fotografie, con i titoli ben estesi e di forte impatto, la cromia delle rappresentazioni grafiche).

Un doveroso ringraziamento dobbiamo, per questo, alla editrice L.P. Grafiche di Arezzo ed alla paziente e competente professionalità di Fabrizio Betti per l'interesse e l'entusiasmo creativo profusi nel progetto di impaginazione.

Vorremmo, tutti noi del comitato di redazione e scientifico, insieme con il direttore responsabile Roberto Romizi, essere riusciti ad esprimere qui, pur nella contenutezza degli spazi disponibili, l'impegno da tutti profuso nei vari incontri redazionali per la valutazione e la cernita dei lavori da destinare alla stampa, visti – questo sì – per la intrinseca levatura contenutistica, ma anche per la ricerca del gradiente di interesse e di stimolo, criteri elettivi per le esigenze dei destinatari-lettori. Lasciamo loro la considerazione di quanto da tutti speso assieme, nell'impegno di questi sei anni di vita a favore del nuovo Cesalpino.

Diciamo, ancora ripetendoci, che il viaggio intrapreso continuerà, per migliorare questo prodotto del nostro comune lavoro.

Cesare Maggi
coordinatore redazionale

'INTERVENTO PRECOCE NEI DISTURBI PSICOTICI

Giampiero Cesari

Responsabile U.F. Salute Mentale Adulti – Zona Distretto di Arezzo
Dipartimento della Salute Mentale – Azienda U.S.L. 8

Via Guido Monaco, 13 - 52100 Arezzo
Tel. 0575 255921

g.cesari@usl8.toscana.it

► Riassunto

L'attenzione alla prevenzione secondaria e terziaria fa parte storicamente della cultura del servizio di salute mentale di Arezzo. Infatti, fin dalla sua costituzione, sono state approntate modalità per la risposta rapida all'urgenza e il servizio ha avuto un atteggiamento attivo rispetto al rischio di drop-out da parte dei pazienti con disturbi psichici gravi. L'introduzione di tecniche di intervento psicoeducativo negli anni '90, l'attenzione allo sviluppo delle conoscenze nel settore, più recentemente anche attraverso un corso di aggiornamento per il personale del servizio con Cocchi e Meneghelli nel 2006 e la sollecitazione di pazienti e familiari dell'Associazione "Vivere Insieme" hanno favorito una nuova attenzione rispetto ad un dialogo, già aperto, con i MMG, finalizzato alla sensibilizzazione sulle problematiche relative all'intervento precoce nei disturbi psichici, per contrastare l'evoluzione psicotica grave e cronica dei disturbi. A tal fine la letteratura indica che è importante riconoscere precocemente sia sintomi prodromici aspecifici, sia i sintomi psicotici all'esordio e favorire l'invio al servizio specialistico anche nei casi dubbi.

► Parole chiave

Sintomi prodromici, Esordio psicotico, DUI (durata della malattia non trattata), DUP (durata della psicosi non trattata), ED (riconoscimento precoce), Periodo critico

Introduzione^I e inquadramento storico

La considerazione che "prevenire è meglio che curare" è così ovvia, che nessuno probabilmente dissentirebbe da essa. Tuttavia, quando si deve dare attuazione pratica a questo concetto, cominciano a sorgere le prime difficoltà. Se poi ci si riferisce alla salute mentale, che di per sé è innegabilmente complessa e anche complicata, diventa ancora più difficile trovare una concordanza assoluta non tanto sul principio, ma sulla sua attuazione.

Di solito si dice che i cambiamenti negli ultimi decenni hanno superato il "pessimismo kräpeliniano". Alla fine dell'800 si riteneva che i pazienti cui veniva diagnosticata la "dementia praecox" avessero una prognosi invariabilmente infausta: sarebbero diventati dementi molto prima rispetto alla popolazione generale. In realtà la concezione kräpeliniana era più articolata, ma è innegabile che la prognosi dei disturbi (che più o meno corrispondono a quelli che oggi chiamiamo "schizofrenici") veniva ritenuta estremamente severa nella quasi totalità dei casi. Manfred Bleuler, membro di spicco dell'OMS, nella seconda metà del '900 e nipote di Eugen Bleuler (che aveva proposto il termine "schizofrenia" per dare importanza ai processi mentali – la scissione in particolare – che caratterizzano questa

I. Il presente articolo è collegato alla giornata di aggiornamento con i MMG sullo stesso argomento. Ringrazio ancora i colleghi per l'attenzione e la partecipazione mostrata nell'occasione e per l'invito a raccogliere il materiale in questo articolo. Ricordo che la giornata era sostenuta anche da un progetto del CESVOT realizzato dall'Associazione "Vivere Insieme" ONLUS, costituita da pazienti psichiatrici, familiari, operatori e volontari.

malattia) – notava che il nonno, nel valutare negativamente la prognosi, faceva involontariamente un errore di visuale: all'interno del manicomio egli vedeva solo la persone che continuavano a essere ricoverate, mentre perdeva di vista coloro che anche allora venivano dimessi. Un importantissimo studio dell'OMS negli anni '70, lo Studio Pilota sulla Schizofrenia¹, evidenziò alcuni dati ancora oggi di enorme importanza, soprattutto perché sfatavano le concezioni comuni sulla gravità del decorso della malattia e sull'ineluttabilità dell'esito negativo. In tale studio si evidenziava un'estrema variabilità dell'esito, con percentuali di remissioni dopo il primo episodio del 15% nei paesi sviluppati e addirittura del 40% nei paesi in via di sviluppo, mentre l'esito più sfavorevole (verso una grave condizione con sintomi residui importanti e grave disabilità sociale) era intorno al 25% in entrambi i tipi di paesi. Naturalmente da allora è cambiato moltissimo, anche nella classificazione dei disturbi psichiatrici e in particolare della schizofrenia, per la quale sono stati stabiliti criteri più restrittivi^{2,3} e la prognosi dei disturbi dell'umore non risulta affatto costantemente più favorevole di quella dei disturbi dello spettro schizofrenico, come si riteneva al tempo di Kräpelin. Tuttavia il rinnovato interesse per questo disturbo, non più visto come del tutto incurabile, insieme allo sviluppo delle conoscenze in campo psicologico, delle neuroscienze, terapeutico (psicoterapico, farmacoterapico, riabilitativo, psicoeducativo) etc. ha contribuito a studiare meglio gli esordi dei disturbi psicotici. È noto che in medicina si distinguono diversi tipi di prevenzione: in questa sede ci interessiamo soprattutto a quella secondaria (il riconoscimento dei segni precoci

di un disturbo) e quella terziaria (la prevenzione delle ricadute, dell'aggravamento della condizione clinica e della disabilità connessa)⁴. ■

Il servizio di salute mentale di Arezzo

L'attenzione ai due livelli di prevenzione appena nominati fa parte storicamente della migliore esperienza psichiatrica italiana relativa agli anni successivi alla legge 180 del 1978 ed è stata anche un riferimento teorico e pratico essenziale del servizio territoriale di Arezzo, fin dalla sua costituzione nel 1974. Il servizio era fortemente orientato a intercettare precocemente la domanda soprattutto per i disturbi più gravi, istituendo una pronta ed efficace risposta alle urgenze. Inoltre veniva data particolare attenzione al fatto che i rapporti terapeutici con i pazienti (non solo l'assunzione dei farmaci) non fossero interrotti in modo non consensuale e improprio, quale espressione non di un'emancipazione dal servizio (o meglio sarebbe dire dal disturbo), ma proprio come espressione di incipiente ricaduta o recidiva⁵. Questo tipo di pratica, che oggi è comunemente accettato e fortemente raccomandato nella linee guida internazionali⁶, non era invece così condiviso tra gli psichiatri alcuni anni fa. Con questa base culturale di partenza, è stato abbastanza consequenziale introdurre nelle pratiche del nostro servizio, dalla metà degli anni '90, riferimenti ai trattamenti psicoeducativi orientati all'opera di Ian Falloon⁷, tra i massimi esperti mondiali in questo settore, prematuramente scomparso la scorsa estate. Con la guida di Falloon e in collaborazione con altri servizi italiani, abbiamo partecipato a ricerche sull'efficacia dei trattamenti psicoeducativi e soprattutto

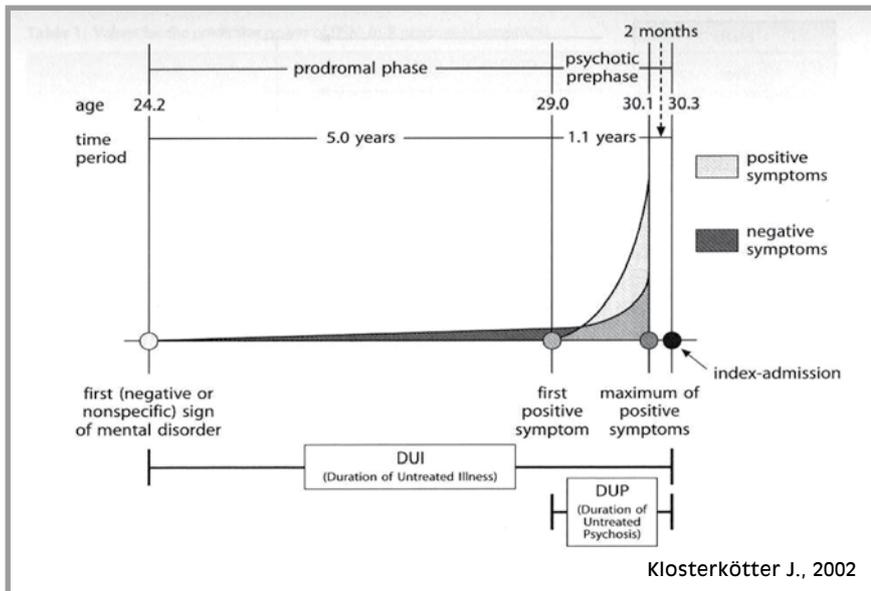
abbiamo utilizzato maggiormente nel servizio tali interventi^{8,11}. Malgrado le difficoltà pratiche e organizzative, il totale degli utenti del servizio e delle prestazioni effettuate è aumentato in maniera notevole nell'ultimo decennio e ciò può avere contribuito a limitare, non in assoluto, ma certamente in modo relativo rispetto a nuove problematiche emergenti, l'impegno del servizio nell'intervento precoce della psicosi (la salute mentale e la psichiatria sono molto sensibili ai cambiamenti della società!). I cambiamenti della società e della concezione della salute, nonché dei diritti della persona e della comunità, insieme ai cambiamenti del servizio stanno portando a prestare sempre maggiore attenzione all'autopromozione della salute da parte dei cittadini e quindi in primo luogo degli utenti e dei familiari. Ciò ha favorito la costituzione di associazioni sorte non contro il servizio (come storicamente è avvenuto in molte altre realtà nazionali e internazionali), ma in stretta collaborazione con esso¹⁴. Più di recente, anche a seguito di un corso di aggiornamento per il personale del servizio con i responsabili di una delle più avanzate esperienze italiane in tema di intervento precoce nella psicosi, il prof. Angelo Cocchi e la dr.ssa Anna Meneghelli di Milano⁴, abbiamo cercato di confrontarci con un'esperienza ai massimi livelli in campo nazionale e in linea con le migliori realtà internazionali, realizzata in una situazione indubbiamente diversa dalla nostra, quale quella metropolitana di Milano, per cogliere comunque gli stimoli utili a confrontare e possibilmente migliorare la nostra operatività rispetto a tematiche di grande interesse pratico e concettuale. ■

II. In realtà sono noti anche elementi legati alla prevenzione primaria, argomento che però esula da questo articolo: i fattori di rischio su cui al momento si sa qualcosa di più sono le complicanze ostetriche e l'uso di sostanze, compreso cannabis e alcol. Si tratta di fattori di rischio per l'esordio psicotico, anche se non è ancora chiaro quali siano esattamente i meccanismi implicati (4).

III. Una certa limitazione ad un uso più su larga scala di tali strumenti è di fatto legata anche al turn-over (soprattutto di medici e infermieri) che si è molto intensificato nell'ultimo decennio e anche a una riduzione delle risorse che si è realizzata nello stesso periodo soprattutto a carico delle altre figure professionali che garantiscono la multiprofessionalità del servizio (psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione ed educatori).

IV. Poiché la giornata di aggiornamento con i medici di medicina generale è sorta anche grazie a un progetto proposto da una di queste associazioni, mi sembra opportuno ricordare anche questo elemento.





Tab. 1
Schema riassuntivo di DUI e DUP secondo Klosterkötter¹⁰.

Breve revisione della letteratura e discussione

Negli ultimi anni sono emersi con chiarezza dalla ricerca alcune caratteristiche costanti: è noto che circa due terzi delle persone che in seguito svilupperanno un disturbo psicotico soffrono per un periodo di due – tre anni, ma che può arrivare fino a cinque, dei sintomi prodromici (che comprendono sintomi depressivi e ansiosi, difficoltà di concentrazione e ritiro sociale, dispersezioni, disturbi comportamentali, etc.)⁹. La durata di tale periodo viene definita DUI (*Duration of Untreated Illness*) **Tab. 1**; più a lungo si protrae, maggiori sono i danni a livello di sintomatologia negativa e di ritiro sociale.

Dalla comparsa dei sintomi psicotici propriamente detti all'iniziale trattamento passa un ulteriore periodo di tempo: malgrado la drammaticità e la "stranezza" dei sintomi psicotici, si calcola che questo periodo, definito DUP (*Duration of Untreated Psychosis*) **Tab. 1**, duri in media da uno a due anni¹¹. I dati della letteratura, raccolti in una metanalisi da Lieberman e coll.¹², mostrano che una DUP più breve è correlata a migliore risposta al trattamento antipsicotico riguardo alla psicopatologia complessiva, ai sintomi positivi e negativi e agli esiti funzionali. Una durata maggiore sembra correlata a esito

peggiore nei sintomi negativi, ma non nella psicopatologia complessiva e nei disturbi cognitivi correlati. McGlashan¹³ mostra che la riduzione della DUP tramite uno specifico intervento finalizzato al riconoscimento precoce dei sintomi prodromici (ED: *Early Detection*) comporta miglioramento sia nella valutazione globale del funzionamento, sia nei sintomi negativi e positivi.

Ma anche se la psicosi è trattata efficacemente, essa non può essere confusa con la pura condizione di acuzie. Alla remissione segue un periodo in cui persiste un'elevata vulnerabilità: in questo periodo che Birchwood¹⁴ ha definito "critico" si aggravano e si stabilizzano le disabilità sociali ed è più alto il rischio di ricadute e anche di suicidi. Ma è anche il periodo in cui si può lavorare per aiutare la persona nel processo di guarigione⁴.

I dati descritti dovrebbero spingere a potenziare l'intervento precoce per evitare o perlomeno limitare il danno rappresentato dalla condizione psicotica. Tuttavia esistono voci dissonanti: per esempio Warner¹⁵ sottolinea il rischio di esporre i "falsi positivi", cioè persone che hanno sintomi prodromici, ma nell'evoluzione naturale del disturbo non svilupperebbero sintomi psicotici (in quanto una percentuale variabile, ma significativa di persone

che soffrono di un episodio psicotico, pari almeno al 25% della popolazione occidentale, ma più alta nei paesi in via di sviluppo, hanno una buona remissione spontanea senza ulteriori ricadute) a rischi iatrogeni, a quella che veniva e viene ancora chiamata "psichiatria". ■

Conclusioni

In un campo ancora profondamente incerto come quello che sto trattando, è certamente fuori luogo pensare di trovare certezze assolute. Tuttavia condivido quanto affermano i colleghi Cocchi e Meneghelli⁴ nel ritenere che "la logica clinica, le istanze etiche e sociali, nonché un ricco *corpus* di ricerche e di approfondimenti sul campo sostengano l'obiettivo di abbreviare la DUP con trattamenti tempestivi ed efficaci". E inoltre che la ricerca rispetto ai sintomi prodromici non è basata su un atteggiamento invasivo verso la popolazione, ma è rivolto a persone che sono sintomatiche e che spesso "sono preoccupate per i loro sintomi e desiderano ricevere aiuto". Favorire il riconoscimento precoce di disturbi, non sottovalutando le problematiche presentate, ma avendo un atteggiamento attento a rilevare i possibili aspetti sintomatici nel giovane (il "Programma 2000" dei colleghi milanesi si rivolge a giovani da 17 a 30 anni)⁴ non è finalizzato alla caccia spietata a portatori di sintomi, ma a far sì che persone con una condizione di difficoltà vengano prese nella giusta considerazione e, in caso di dubbio, possano essere riconosciute e inviate ad una valutazione appropriata presso il servizio specialistico, per ricevere prima di tutto una diagnosi corretta e, di conseguenza, un trattamento specifico per i sintomi prodromici presentati, con l'obiettivo che i sintomi presentati, ancora generici e aspecifici, ma comunque fonte di disagio e sofferenza, non si trasformino in sintomi più gravi, causa di maggiore sofferenza e di peggioramento della qualità di vita.

La giornata di aggiornamento ai MMG aveva appunto l'obiettivo di sensibilizzare i colleghi a non sottovalutare la presenza di disturbi psicotici,

quando sono già in atto, allo scopo di favorire un intervento il più precoce possibile, ma anche di favorire l'attenzione a quei segni premonitori, i disturbi prodromici, che, in caso di dubbio possono consigliare una valutazione specialistica. A tale scopo esiste uno strumento elaborato a Mannheim da Häfner e coll., la ERlraos check-list¹⁶ (che è stata presentata nel corso di aggiornamento per i MMG) che può costituire un valido strumento di screening dei possibili segnali di rischio. I colleghi milanesi consigliano, anche in caso di dubbio (con punteggio ≥ 6), di inviare alla valutazione specialistica. Si tratta, come è stato illustrato nel corso, di un punteggio molto basso, la cui funzione non è di individuare un disturbo in atto, ma di evitare il pericolo di escludere un caso dubbio, che potrebbe meritare una maggiore attenzione diagnostica e terapeutica. Naturalmente individuare un problema, non significa automaticamente che il problema verrà risolto, ma se non lo si individua, è sicuro che non verrà neanche affrontato. Individuare il problema è quindi la premessa necessaria e indispensabile dell'intervento precoce. Sappiamo bene delle difficoltà che spesso si incontrano a far accettare a una persona giovane che presenta un disagio psichico una valutazione specialistica. Tuttavia la consapevolezza che tale valutazione può migliorare sensibilmente la prognosi e quindi la salute e la vita della persona può certamente aiutare il MMG ad accrescere la motivazione della persona al contatto con il servizio di salute mentale. Inoltre spero che non sia molto lontano nel tempo il momento in cui l'aiuto di persone che hanno già sofferto di problemi simili, possa favorire, attraverso un meccanismo di auto-aiuto, una minore diffidenza in chi si trova nelle fasi iniziali di un disturbo che, come mi ha detto più di un paziente, "mi ha sconvolto la vita come fosse un terremoto". Anche per i terremoti sappiamo che è più utile, pur con le enormi difficoltà, prevenirne l'effetto devastante che riparare poi i danni. ■

N.B.:

Ricordo ai colleghi MMG della Zona di Arezzo che, oltre alle possibilità istituzionali di contattare il servizio di salute mentale adulti con le modalità consuete, per le persone che lo desiderino, esiste anche la disponibilità di un "numero verde" come punto di ascolto e orientamento per le problematiche legate ai disturbi mentali, gestito dall'Associazione "Vivere Insieme": 800911362 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 12 e dalle 15.30 alle 17.30.

In questo articolo non si tratta dell'intervento del nostro servizio nel trattamento precoce della psicosi, ma questo e anche altri argomenti potrebbero essere approfonditi in successivi incontri che favoriscano una migliore conoscenza reciproca e una conseguente maggiore collaborazione tra MMG e servizio specialistico.

■ Bibliografia

1. WHO: *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, Vol. 1.; WHO, Gèneve, 1973
2. WHO: *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali*, Ediz. Ital., Masson, Milano, 1992
3. American Psychiatric Association: *D.S.M. - IV Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali*, 3ª Ediz. Ital., Masson, Milano, 1992
4. Cocchi A, Meneghelli A: *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2004
5. Martini P, Cecchini M, Corlito G, D'Arco A, Nascimbeni P: A Model of a Single Comprehensive Mental Health Service for a Catchment Area: a Community Alternative to Hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985; Suppl. 316: 95-120
6. American Psychiatric Association: *Linee guida per il trattamento della schizofrenia*, Ediz. Ital., Masson, Milano, 1999
7. Falloon IRH: Early Intervention for First Episodes of Schizophrenia: A Preliminary Exploration. *Psychiatry* 1992; 55: 4-15
8. Cesari G: Considerazioni sul lavoro con le famiglie nel Dipartimento di Salute Mentale. *Neopsichiatria: Lavorare con le famiglie* 1995; 1: 117-135
9. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Riecher-Rössler A, Nowtyn B: Onset and Early Course of Schizophrenia. In: Häfner H,

Gattaz WF (eds.): *Search of the Causes of Schizophrenia*, Vol. III, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 1995

10. Klosterkötter J: Predicting the Onset of Schizophrenia. In: Häfner H (ed.): *Risk and Protective Factors in Schizophrenia. Towards a Conceptual Model of the Disease Process*, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2002
11. Edwards J, McGorry PD: *Intervento precoce nelle psicosi*. Ediz. Ital., Centro Scientifico Editore, Torino, 2004
12. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA: Relation Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and a Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162 (10): 1785-1804
13. Melle I, Larsen TH, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Simonsen E, Rund BR, Vaglum P, McGlashan T: Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61: 143-150
14. Birchwood M, McGorry PD, Jackson H: Early Interventions in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 2-5
15. Warner R: Intervento precoce nelle psicosi: Un'analisi critica. *Nóos* 2005; 11 (2): 77-87
16. Maurer K, Könnecke R, Schultze-Lutter F, Weber D, Häfner H: *Early Recognition Interventory - Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia and Other Psychoses*. Manual Working Group on Schizophrenia Research. Central Institute for Mental Health (comunicaz. pers.) ■

Riporto anche i siti web delle associazioni di utenti e familiari, che fanno riferimento, nella Zona di Arezzo, alle problematiche della salute mentale:

1. Associazione "Vivere insieme" ONLUS (relativa a disturbi mentali): www.vivereinsieme.net
2. Associazione "L'Ancora" ONLUS (relativa a disturbi dell'umore): www.associazionelancora.org
3. Associazione "L'Equilibrista" ONLUS (relativa a disturbi del comportamento alimentare): www.lequilibrista.it
4. Associazione "Dumbo-DAP" ONLUS (relativa a disturbi d'ansia): www.dumbodap.it

Per chi è interessato e volesse maggiori informazioni, ricordo anche il sito in cui è descritto il lavoro dei colleghi di Milano, che rappresenta una delle esperienze più avanzate in Italia, in linea con le migliori esperienze nei paesi anglosassoni e dell'Europa Settentrionale: Programma 2000: www.programma2000.org



'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE

Bruno Paccagnella

Già Professore Ordinario di Medicina di Comunità
Università di Padova

Per gentile concessione di Marsilio Editori spa - Venezia da "Pace diritti Umani" n° 3 sett./dic. 2005

Il nuovo concetto

Nel passato il concetto di salute era semplice, quasi elementare, facilmente comprensibile e basato su una affermazione negativa: "sano è colui che non ha malattie" oppure "chi ha malattie non è sano" oppure "salute è assenza di malattie".

Ma questa concezione semplice e semplicistica cominciò a scricchiolare alla fine del XIX secolo per vari motivi; ad esempio, perché lo sviluppo delle scienze mediche riguardante in particolare le patologie del corpo umano consentì di riconoscere, mediante tecniche e strumenti nuovi, la esistenza di malattie in fase pre-sintomatica, cioè prima che la persona colpita se ne rendesse conto e perciò continuava a ritenersi sana.

Inoltre, agli albori del XX secolo, cominciarono a svilupparsi le conoscenze nel campo delle malattie mentali e successivamente anche nel campo delle scienze sociali, delle scienze politiche e delle scienze economiche con le loro implicazioni nei riguardi della salute umana. Ciononostante, il tradizionale concetto di salute intesa come assenza di malattie rimaneva presente (ed è tuttora presente) nella cultura generale secondo l'antico modello culturale.

Fu alla fine del truce periodo storico che va dal 1915 al 1945, definito da E.J. Hobsbaun, (1994) come "Età della catastrofe", che nel mon-

do esplose un immenso desiderio di pace, di libertà, di sviluppo sereno e tranquillo tra le nazioni e tra i popoli, un entusiasmo generale che si concretizzò nella istituzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) con le sue varie agenzie tecniche simulanti nell'insieme un super-governo mondiale rivolto alla pace. Inoltre si concretizzò anche nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e in molte altre realizzazioni. Da quel complesso di idee e fermenti scaturì anche un nuovo concetto di salute.

Nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'agenzia tecnica dell'ONU deputata ai problemi riguardanti la salute pubblica in contatto coi Ministeri della Sanità Pubblica dei vari paesi membri dell'organizzazione, fu scritto che:..."*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia o infermità.*

Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razze, religioni, credo politico, condizione economica o sociale.

La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli stati. L'impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti.

Lo sviluppo diseguale tra i paesi nella promozione della salute e controllo delle malattie, specialmente delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti."

Questa nuova concezione della salute venne sintetizzata nell'articolo 1

dello Statuto dell'OMS come segue: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o infermità”.*

Questa definizione ha ispirato e ispira tuttora in modo coerente la linea politica dell'OMS orientando tutte le attività di questa agenzia tecnica dell'ONU nel corso della seconda metà del secolo XX; ogni deliberazione, ogni atto, programma, ogni dichiarazione, ecc. e ogni proposta o suggerimento dell'OMS agli Stati membri fa riferimento alla definizione contenuta nell'articolo 1 dello Statuto. Ciò significa che per vari decenni il nuovo concetto venne riproposto alla discussione e tuttora esso viene pienamente confermato dal punto di vista scientifico, tecnico e politico.

L'impatto della nuova concezione è stato enorme nel campo della cultura, delle scienze e delle politiche sanitarie.

L'affermazione positiva della salute come benessere fisico, mentale e sociale della persona, rispetto al concetto negativo tradizionale di salute come assenza di malattie, provocò una sorta di terremoto, si può dire, nel campo della Medicina, che era impegnata da secoli quasi esclusivamente, salvo rare eccezioni, nello studio e nella lotta contro le malattie per diagnosticarle, per curarle, per prolungare la vita dei malati, per prevenirle e si trovò impreparata di fronte alla nuova prospettiva di tutelare e promuovere la salute.

Giova notare che mentre nasceva la nuova organizzazione internazionale, l'ONU con le sue agenzie tecniche ispirate da simili nobili obiettivi, cui dovevano aderire gli Stati che intendevano diventare membri, in Italia, negli stessi anni post-bellici (1946) veniva adottata la nuova Costituzione repubblicana che affermava quanto segue nell'articolo 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La

legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

E' utile notare la contemporaneità degli eventi e i loro nessi sia per quanto riguarda la nuova concezione della salute, dato che l'Italia è uno degli Stati che hanno aderito all'OMS sin dall'inizio, e sia per quanto riguarda la affermazione esplicita che la salute è un diritto umano e un interesse di tutti.

La nuova concezione allargava decisamente l'area della salute umana dalla sfera del corpo a quella della mente e a quella delle relazioni sociali, sollevando altri motivi di crisi¹ nella Sanità Pubblica perché estendeva il campo di azione alle Scienze psicologiche e alle Scienze sociali e successivamente anche alle Scienze economiche.

Non ci furono difficoltà a riconoscere subito che una persona poteva avere una malattia del corpo ma, nello stesso tempo, poteva essere perfettamente sana di mente oppure che una persona poteva essere malata di mente ma essere sana di corpo. Si ammetteva che le Scienze mentali erano relativamente giovani e che relativamente scarse erano le conoscenze psicologiche e psichiatriche rispetto alle Scienze del corpo che avevano secoli di esperienza dietro di sé, ma l'identificazione delle relazioni sociali quali possibili cause di condizionamento della salute modernamente intesa rappresentò un ulteriore turbamento culturale e strutturale nel campo della Sanità Pubblica dove si presentava la necessità di dare nuove impostazioni ai servizi sanitari esistenti, a parte la necessità di pensare ad un riorientamento dei servizi per orientarli anche verso la tutela e promozione della salute e non soltanto per la diagnosi, cura e prevenzione delle malattie.

Molti studi, in generale, furono stimolati dalla evoluzione del concetto di salute e fu subito constatato che il benessere fisico, mentale e sociale, cioè la salute intesa come benessere, era qualcosa che doveva essere “percepita” dagli stessi individui e ciò costrinse a riconsiderare il valore e la importanza che veniva at-

tribuita, per esempio, alle cosiddette certificazioni mediche di “sana e robusta costituzione” richieste dalle leggi affinché le persone potessero svolgere diverse attività professionali e di altro genere (scolastiche, impiegate, guida di autoveicoli, porto di armi, ecc.).

L'approccio “perceptivo” rispetto alla salute concepita come benessere dell'individuo suggerì anche un'altra visione positiva alle persone, una sorta di sollecitazione positiva a riconoscere e ad accettare le responsabilità che la vita comporta. Per esempio, nel campo del lavoro industriale la soggettività della valutazione di salute determinò un cambiamento significativo dei rapporti tra comitati rappresentativi dei lavoratori, consigli di fabbrica e i servizi sanitari, di medicina del lavoro e le altre rappresentanze industriali nelle questioni connesse con la qualità dell'ambiente fisico e sociale di lavoro.

L'esperienza dimostrò gradualmente che si potevano considerare anche altri approcci, uno “funzionale” e uno “adattativo” al benessere come salute, condizionati rispettivamente dalla capacità di adottare comportamenti funzionali adeguati per adempiere alle funzioni principali della vita e dalla capacità di adattamento continuo all'ambiente di lavoro e di vita, che sono assai spesso mutevoli. Qualcuno si rese conto, in quegli anni, che l'uomo possiede una forte capacità di adattamento all'ambiente fisico purché questo risulti stabile o per lo meno poco variabile e questa capacità di adattamento probabilmente esiste anche nei confronti dell'ambiente sociale, economico e politico, purché siano stabili!

E' opportuno considerare che nel periodo storico coincidente e successivo a quello in cui si affermò il nuovo concetto pluridimensionale di salute si verificò una complessa e rapida transizione epidemiologica nei vari paesi, compresa l'Italia, rispetto alla quale il nuovo concetto di salute apparve adeguato. Le caratteristiche della transizione riguardavano non soltanto la patologia, ma anche altre importanti ca-



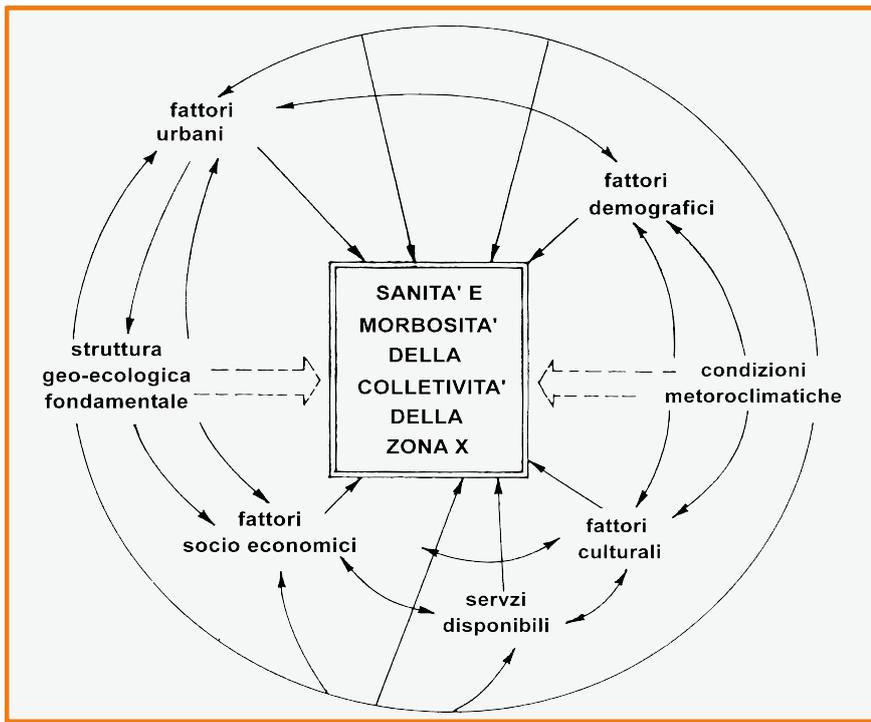


Fig. 1
Modello epidemiologico sistemico

ratteristiche sociali e demografiche che possono essere così schematicamente indicate:

- passaggio da epidemie di malattie infettive, curabili e guaribili (brucellosi, enteriti, difterite, tifo, ecc.), a epidemie di malattie cronic-degenerative, curabili, ma per lo più non guaribili (neoplasie, cardiopatie, artropatie, diabete, demenze, ecc.) con aumento delle sofferenze prolungate;
- invecchiamento esplosivo della popolazione che si intreccia inestricabilmente col cambiamento anzidetto della patologia in una serie di rapporti reciproci di causa ed effetto;
- cambiamenti rapidi degli stili di vita e dei comportamenti (sedentarietà, alimentazione, guida spericolata di automezzi, fumo, alcool, droghe, ecc.) con relativo aumento di patologie comportamentali;
- rapido aumento della patologia mentale (depressioni, ansie, angosce, anoressie, bulimie, ecc.) e del disagio sociale sia giovanile che degli anziani, sempre più soli, ingombranti e consapevoli

del loro tramonto.

La nuova concezione multidimensionale della salute suggerì un nuovo modello alla Medicina, denominato bio-psico-sociale, che calzava bene con le nuove realtà ma cozzava contro altri modelli medici tradizionali.

Evoluzione dei concetti epidemiologici

Di fronte a tali fenomeni anche i modelli di analisi epidemiologica dovettero cambiare perché i precedenti, basati sui rapporti della "triade" uomo-ambiente e agente causale, risultarono inadeguati, anzi superati. Quindi anche la concezione epidemiologica si è evoluta insieme con la concezione di salute ed ambedue divennero molto più complesse.

Gli studi hanno dimostrato che i fattori esogeni, cioè esterni all'individuo, che influiscono sulla salute umana sono numerosissimi. Tali fattori appartengono a tutte le componenti dell'ambiente totale, cioè all'ambiente fisico, chimico, biologico, sociale, economico ed essi interagiscono continuamente fra di loro formando un sistema assai

complesso di relazioni ed equilibri instabili, difficilmente abbracciabile. Un altrettanto complesso sistema di reazioni e di equilibri instabili che influiscono sulla salute dipende da fattori endogeni, cioè interni all'individuo, a loro volta dipendenti in parte da influenze genetiche e pure difficilmente controllabile.

In breve tempo si è imposta la visione sistemica dei problemi di salute e di patologia, difficile da abbracciare nella sua complessità, come si è detto, ma stimolante, per la quale è venuta in soccorso la teoria dei sistemi e l'Ecologia Umana. Questa ultima viene vista come "una nuova disciplina scientifica oppure come una riflessione sulla scienza e i suoi valori oppure come un approccio multidisciplinare alle società nei loro ambienti, mediante una metodologia di studio che considera le dinamiche negli ecosistemi delle interazioni biologiche, culturali, psicologiche, mediche, sociologiche, economiche, demografiche, comportamentali e politiche che riguardano l'uomo"

Forse il modello grafico seguente, ultrasemplificato [vedi fig. 1], può aiutare a comprendere quale rete enorme di interazioni sottende la visione sistemica dei fattori che influenzano la salute, per esempio, di una popolazione che vive in un determinato luogo.²

Come si vede nel modello grafico ultrasemplificato del grande sistema, i fattori esogeni che possono influire sulla salute di un individuo e di una collettività sono riuniti in sei grandi gruppi o sottosistemi come indicato graficamente: quello demografico, quello meteoroclimatico, culturale, socioeconomico, geo-ecologico, insediativo.

È evidente che ciascun sottosistema è composto a sua volta da numerosissimi fattori: per esempio, in quello demografico possono essere considerati la densità della popolazione, la composizione per età, le migrazioni, ecc., ma anche la disponibilità di risorse ricreative e di strumenti per il risanamento ambientale, le strutture ospedaliere e di assistenza sanitaria esistenti, ecc.

Tra i fattori compresi nel sottosiste-

ma insediativo si possono indicare l'urbanizzazione, lo sviluppo rurale, la sovrappopolazione, l'inquinamento dell'aria, la forestazione, ecc.

Tra i fattori del sottosistema socio-economico, quelli legati all'industrializzazione, all'agricoltura e commercio, alla nutrizione, ai salari, alle organizzazioni del lavoro. ecc.

Tra i fattori del sottosistema culturale si possono indicare quelli legati all'educazione, alle tradizioni, alle religioni, alle situazioni politiche ed ai modelli culturali (alimentazione, uso di tabacco, alcool, droghe, ecc.), agli stress, modi di vivere, ecc.

Altrettanto complesso risulterebbe il sistema e i sottosistemi riguardanti i fattori endogeni che possono influire sulla salute umana se si tentasse ora di sintetizzarlo.

Un altro modello che può essere utile per capire ciò che determina la salute e come si può intervenire è riportato nella **Fig. 2**: il Mandala della Salute.³

Una tale visione sistemica della salute umana (o della non salute) ha portato o meglio ha riportato in primo piano la necessità di adottare nei confronti dei problemi dell'uomo l'approccio "olistico", cioè unitario e globale, mettendo in evidenza i limiti delle tendenze "atomiche o atomizzanti" della Medicina contemporanea, caratterizzata, com'è noto, da "riduttivismo" (tutto si spiega partendo dalla cellula), da "frazionismo" (proprio delle specializzazioni mediche) e da "scissionismo" (il corpo da una parte, la mente da un'altra parte).

Purtroppo, la formazione del medico "curante" viene tuttora orientata prevalentemente nelle Scuole di Medicina verso l'analisi dei sistemi corporei e secondariamente ai problemi della mente dell'individuo, riservando una minore o assai scarsa attenzione alle relazioni dell'uomo coi sistemi bio-fisici, sociali, comportamentali che hanno rilevanza essenziale nell'intervento preventivo, riabilitativo e soprattutto nell'intervento per la promozione della salute.

Il modello culturale ed operativo medico di cui sopra sembra in crisi di cambiamento nei vari paesi⁴ e

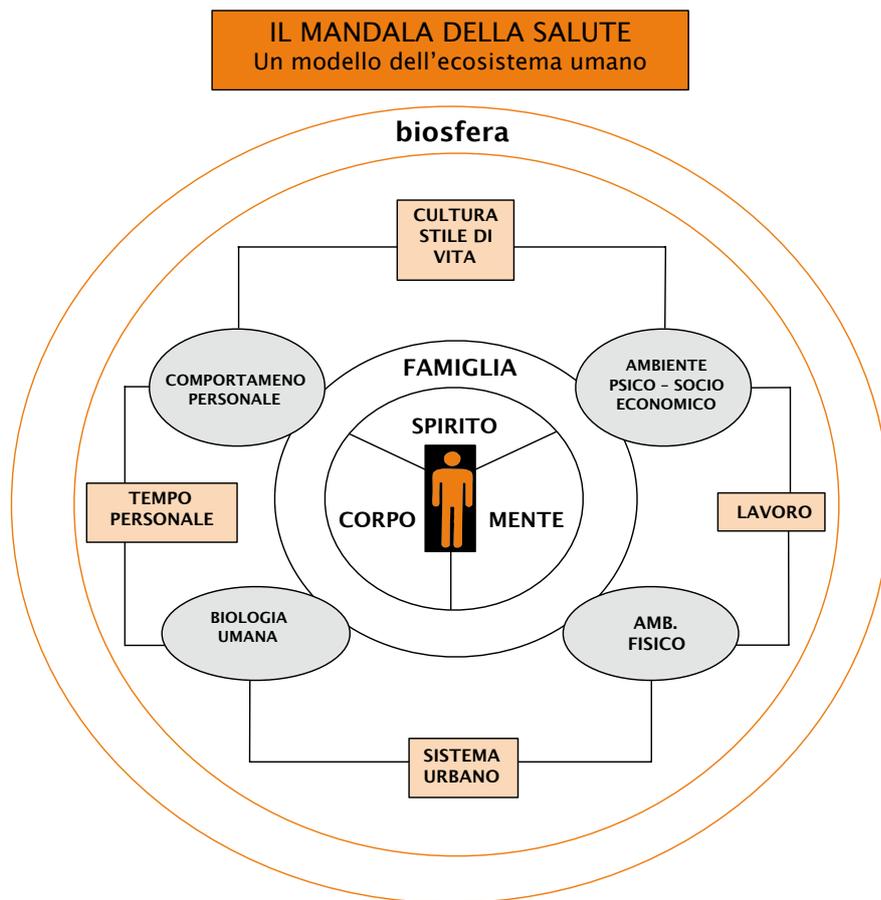


Fig. 2
Il Mandala della Salute

sarebbe auspicabile che la crisi del modello evolvesse verso la multidimensionalità, ma non sembra che ciò stia per accadere se si considera che al contrario va consolidandosi un ulteriore interesse riduzionistico estremo, subcellulare, verso la medicina e la biologia molecolare, continuando ad essere trascurata la dimensione olistica--sistemica--multidimensionale – ecologica – sociale – comunitaria della Medicina, che viene suggerita, da un lato, dalla epidemiologia contemporanea e, dall'altro lato, dalle teorie moderne riguardanti l'approccio bio-psi-co-sociale dell'uomo, inserito nelle sue comunità di appartenenza: la comunità famiglia, la comunità del lavoro, del tempo libero, del quartiere, ecc.

Evidentemente gli ostacoli culturali che si oppongono alla realizzazione di una Nuova Sanità Pubblica ispirata e coerente con la visione sistemica anzidetta della salute restano

notevoli, cui si devono aggiungere gli ostacoli strutturali ed economici o di mercato che si oppongono a loro volta di fronte alla necessità di riorientare i sistemi di servizi sanitari, concepiti finora per la diagnosi e cura di malattie e non anche per la promozione della salute umana.

La prevenzione, diagnosi e cura di malattie si basa, ovviamente, sulle conoscenze riguardanti la loro "patogenesi", mentre la promozione della salute intesa come benessere fisico, mentale e sociale non può che basarsi sulle conoscenze riguardanti i fattori che generano salute, cioè la "salutogenesi"⁵. Queste due componenti del concetto attuale di salute (quella negativa, assenza di malattia, e quella positiva, completo benessere) sono come due facce di una stessa medaglia, le quali si differenziano acutamente nel momento applicativo e operativo perché impongono di adottare due diversi atteggiamenti e due



diverse dinamiche: quella "contro" le cause di malattia e quella a "favore o a sostegno" delle "cause" di salute.

Finora le esperienze dimostrano che i servizi sanitari tradizionali "esperti nella patogenesi" continuano ad operare per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie e altri servizi e altri operatori si interessano della promozione della salute essendo ancora forte la resistenza avversa nei riguardi della reciproca integrazione multidisciplinare e/o interdisciplinare. I motivi culturali di resistenza sono evidenti, ma le ragioni che rendono difficile l'approccio olistico, globale, unitario, ai problemi dell'individuo e della comunità sono più complesse. Comunque sia, è importante indicare qui uno dei punti critici dello sviluppo indotto dal nuovo concetto di salute e dalla transizione epidemiologica, che insieme indicano il bisogno di "more care than cure", cioè più bisogno di assistenza che di cura, mediante servizi sanitari e sociali integrati. Forse questi ostacoli potranno essere superati nel medio-lungo periodo di tempo. ■

Ulteriori contributi dell'OMS

L'OMS ha approfondito ed ampliato notevolmente, durante gli ultimi decenni, le conoscenze sul concetto di salute mediante programmi di ricerca e programmi operativi di vasto respiro, con l'apporto scientifico e tecnico di molte commissioni internazionali formate da studiosi ed esperti, mediante congressi, conferenze, gruppi di studio che hanno fornito importanti contributi scientifici e suggerimenti strategici per le politiche sanitarie degli Stati membri dell'Organizzazione ai fini della pratica applicazione del nuovo concetto di salute e della formulazione di piani operativi concreti di azione per la promozione della salute, intesa come benessere.

A questo proposito, un importante programma di strategia globale fu approvato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 1979, con lo scopo generale di "promuovere il raggiungimento da parte di tutti, in

tutto il mondo, di un livello di salute che permetta a tutti di vivere una vita socialmente ed economicamente produttiva." Quel programma, indicato con lo slogan "Salute per tutti nell'anno 2000", fu basato sui seguenti fondamentali valori e principi:

- assicurare alle popolazioni l'equità nei confronti della salute (intesa ovviamente come precisato nell'articolo 1 dello Statuto)
- aggiungere vita agli anni facendo in modo che le persone possano raggiungere e utilizzare la massima potenzialità fisica, mentale e sociale
- aggiungere salute alla vita riducendo il numero e la durata delle malattie e disabilità
- aggiungere anni alla vita aumentando la speranza o durata della vita.

Negli anni seguenti l'Ufficio dell'OMS per l'Europa predispose dei "modelli" di programmazione sanitaria che fornivano esempi utili di metodologia ai vari Stati e suggerivano indicatori utili per il monitoraggio e la valutazione dei programmi stessi di promozione della salute. Quei documenti dimostrarono concretamente la coerenza dell'indirizzo politico dell'Organizzazione coi principi statutari e coi concetti di base.

Per esempio, nel documento dedicato agli "Obiettivi specifici di supporto alla strategia regionale europea di salute per tutti" (OMS, Ufficio per l'Europa, Copenhagen, 1985) fu dimostrato che il grado di salute può essere misurato in termini di abilità con la quale un individuo o un gruppo di persone è in grado di realizzare le sue aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni e, da un altro lato, di affrontare ed eventualmente di cambiare l'ambiente in cui vive.

In questo modo venne messa in evidenza un'interessante evoluzione del concetto di base, secondo il quale la salute poteva essere vista come una risorsa della vita di ogni giorno e non come un obiettivo da raggiungere. Si trattava di un ulteriore passo avanti che poneva l'ac-

cento sulle capacità delle persone, mantenendo fermo il concetto base di salute, anzi, estendendolo e indicando una strada possibile e pratica per misurare, con adeguati indicatori, il grado di salute degli individui e dei gruppi.

Compito dell'Agenzia tecnica dell'ONU è sempre stato quello di indicare agli Stati le vie per adottare strategie di promozione della salute. La continuità dell'impegno dell'OMS ha messo in evidenza gradualmente vari nodi di questo processo.

A questo proposito è importante ricordare che negli anni 1980 fu raggiunto il consenso sulla seguente affermazione: "senza pace e giustizia sociale, senza cibo sufficiente e acqua, senza un'educazione e un'abitazione decente, senza che ognuno e tutti abbiano un ruolo da svolgere nella società e senza un reddito adeguato non ci può essere salute, né crescita reale, né sviluppo sociale".

Non fu immediato il consenso su questi punti che furono indicati come **pre-requisiti della salute**. Alcuni di essi rientravano già tra i diritti umani riconosciuti, ma in particolare, ad esempio, ci furono delle lunghe discussioni sul primo punto, quello riguardante la pace, perché in quegli anni alcuni sostenevano che in quel periodo storico era stato raggiunto ormai un equilibrio politico tra gli Stati, assicurato dalle armi atomiche, che non avrebbero consentito altre guerre con la sopravvivenza delle parti. Quindi non sembrava più opportuno indicare quel pre-requisito o per lo meno il pre-requisito pace per la salute non era da collocare al primo posto. I fatti hanno dimostrato il contrario.

A parte questa considerazione, l'identificazione dei cosiddetti pre-requisiti rappresentava una ulteriore tappa nella evoluzione del concetto di salute e faceva constatare, con disappunto di qualcuno, che la principale responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi riconosciuti come pre-requisiti della salute stava al di fuori del settore sanitario, il quale era stato ritenuto per antica tradizione l'esclusivo tutore e unico responsabile della salute, ovviamente

te finché questa era stata concepita soltanto come assenza di malattia.

Nel 1974, il programma politico del Governo del Canada presentato dall'allora Ministro della Sanità, M. Lalonde⁷, aveva suscitato molto interesse e ha avuto una forte influenza sulla evoluzione delle conoscenze intorno al concetto di salute perché pose l'accento su una domanda che si ponevano tutti: "Che possiamo fare, come possiamo agire praticamente, concretamente, per migliorare la salute delle nostre popolazioni?" Quel programma politico diede un contributo importante alla strutturazione razionale e allo sviluppo delle conoscenze scientifiche perché dimostrava che sull'ambiente totale (cioè fisico, biologico, occupazionale, sociale, economico...), sugli stili di vita, su diversi fattori biologici e sulle caratteristiche dei servizi che venivano resi disponibili alle popolazioni, si poteva intervenire attivamente in modo coerente con l'obiettivo generale di tutelare e promuovere la salute. Su quella strada si svilupparono poi gli studi intorno ai fattori che sono considerati **determinanti** per la salute.

Una ulteriore tappa nella evoluzione del concetto di salute quale fondamentale diritto umano fu fissata dalla Carta di Ottawa, prodotta alla fine della 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione di Salute (1986)⁸, seguita da altre Conferenze Internazionali sullo stesso tema, riguardanti in particolare la politica per la salute (Adelaide, 1988), gli ambienti di sostegno della salute (Sundsvall, 1991) e, nella 4° Conferenza, i "Nuovi attori per una Nuova Era" che proiettò la promozione della salute verso il 21° secolo (Jakarta, 1997). Come si vede, l'OMS è stata sempre la protagonista in questo campo.

Le strategie delineate dalla Carta di Ottawa si basano, nel complesso, sulla realizzazione di azioni nelle seguenti aree, così indicate:

- costruire una politica pubblica per la salute
- creare ambienti di sostegno
- rafforzare l'azione della comunità per la salute

- sviluppare le capacità delle persone

- ri-orientare i servizi

perché l'approccio strategico allo sviluppo della salute umana mediante il cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche risulta molto più efficace, come è stato confermato nelle varie Conferenze Internazionali, se l'approccio è globale rispetto alle singole azioni. In ogni caso la partecipazione attiva e cosciente delle popolazioni è certamente essenziale per sostenere l'azione di promozione della salute; perciò l'educazione alla salute è stata sempre considerata uno strumento di primaria importanza.

Per partecipazione si intende un certo tipo di presenza attiva e consapevole della popolazione che le consenta di essere ed operare non come semplice "oggetto", ma quale "soggetto" in qualche misura corresponsabile e codeterminante di tutte le decisioni sociali che sempre più direttamente e pesantemente la coinvolgono. ■

La promozione della salute

La Carta di Ottawa (1986) ha fornito dei chiarimenti importanti su questo punto e perciò essa rappresenta una delle tappe importanti nella evoluzione del concetto di salute perché ha chiarito che promozione della salute è un processo sociale e politico che comprende non soltanto le azioni per rafforzare e sviluppare le capacità e abilità delle persone di affrontare la vita, ma anche l'azione rivolta a cambiare le condizioni ambientali, sociali ed economiche in modo che risultino vantaggiose o favorevoli al miglioramento della salute pubblica e della salute individuale, in altri termini al miglioramento della qualità della vita.

Le aree strategiche di azione sono quelle indicate sopra schematicamente e tutto il processo deve essere sostenuto e difeso con chiarezza e fermezza; tutta la popolazione deve essere messa nelle condizioni di partecipare con tutte le sue forze e i vari interessi sociali ed economici, che sono spesso contrastanti,

debbono trovare punti di mediazione. Quindi la promozione della salute è un processo, né semplice né facile, ma possibile se c'è volontà e piena consapevolezza. ■

La cultura della salute

Cultura della salute, in coerenza col concetto attuale di salute, significa promuovere un sistema culturale basato su elementi cognitivi, credenze, valori e norme, schemi di comportamento che tutelino e promuovano la salute, che non producano malattie del corpo e della mente, cioè un sistema culturale che porti o riporti la fiducia sulle capacità e responsabilità individuali e collettive di controllare e promuovere la salute come una risorsa per vivere bene e per realizzarsi nella vita.

Dunque anche l'educazione alla salute, sopra accennata, si configura come un intervento sociale che tende a facilitare il cambiamento consapevole e durevole dei comportamenti identificati come di rischio per la salute e tende anche a facilitare le scelte positive ovvero la adozione di comportamenti sani. Ma nel contesto della promozione di salute l'intervento educativo non è rivolto soltanto alle persone singole bensì anche a gruppi e intere comunità che devono assumere la consapevolezza nei riguardi delle cause ambientali, sociali ed economiche che possono essere responsabili di salute oppure di malattie. La popolazione deve essere informata nel processo di cambiamento in modo corretto ed onesto, il che non è facile nell'epoca del consumismo sfrenato e dei persuasori più o meno occulti, quasi mai interessati alla salute della popolazione. ■

Il benessere spirituale

Non si può dimenticare che, negli ultimi tempi, è stata data importanza ad un'altra dimensione della salute, quella spirituale e anche questa dimensione andrebbe collocata nell'ambito del diritto perché tutti dovrebbero avere accesso alle risorse di base per il benessere, incluso il benessere spirituale.

Dalle recenti pubblicazioni scien-



tifiche sul tema "Spiritualità e Medicina" risulta che la spiritualità viene vista per lo più come una parte complessa e multidimensionale dell'esperienza umana, avendo aspetti cognitivi, esperienziali e comportamentali.

Gli aspetti cognitivi o filosofici comprendono la ricerca del senso, dello scopo, della verità nella vita e comprendono le credenze e i valori secondo i quali l'individuo vive.

Gli aspetti esperienziali ed emozionali comprendono le sensazioni di speranza, amore, appartenenza, pace interna, conforto, sostegno. Questi aspetti si riflettono sulla qualità delle risorse interiori dell'individuo e sulle sue relazioni con se stesso, con la comunità, con l'ambiente, con la natura e il trascendente.

Gli aspetti comportamentali della spiritualità comprendono i modi con cui una persona manifesta le credenze spirituali individuali e lo stato spirituale interiore. Molte persone promuovono la spiritualità attraverso la religione oppure attraverso una relazione personale col divino, mentre molte altre possono promuoverla attraverso un rapporto con la natura, con la musica e le arti, attraverso una serie di valori e di principi oppure attraverso la ricerca delle verità scientifiche.

Si può comprendere che nel processo per la tutela e la promozione della salute la spiritualità può aiutare a sopportare il dolore, ad affrontare la morte, a sopportare le cure, a resistere e superare malattie e difficoltà della vita e può aiutare anche a migliorare la condizione di benessere, che a sua volta aumenta il piacere di vivere.

Qualcuno pensa che questa dimensione della salute possa essere collocata nell'ambito generale del concetto di benessere mentale e sociale, altri invece ritengono che il benessere spirituale possa essere specificato in aggiunta e distintamente tra le componenti della salute specificate nello Statuto dell'OMS (l'articolo 1 dello Statuto non è stato finora modificato). ■

Utopia?

A questo punto si può concludere questa breve analisi sinteti-

ca e cronologica dell'evoluzione del concetto di salute durante la seconda metà del XX secolo, fino agli albori del nuovo secolo.

Si potrebbero formulare delle ipotesi sulle eventuali evoluzioni future del concetto soffermandosi, per esempio, su alcuni programmi e progetti dell'OMS in corso di svolgimento, che attualmente si propongono di tradurre in pratica il concetto di promozione della salute e in questo modo consentono di approfondire le idee e di proporre interventi e azioni sempre più efficaci. Sono progetti legati ai luoghi: Città Sane, Scuole per la Promozione della salute, Ospedali per la Promozione della Salute, Luoghi di lavoro e Mercati per la promozione della salute, piani di azione come quelli sull'Alcool, Tabacco, sulla vita attiva e sull'invecchiamento sano. A livello locale si constata con maggiore immediatezza che la gran parte degli strumenti che condizionano la salute dipendono da settori diversi da quello della Medicina e la visione di insieme nei singoli luoghi potrebbe fornire delle indicazioni su quelle che potranno essere le caratteristiche di una Nuova Sanità Pubblica, che non cura soltanto le malattie ma promuove anche salute con il coinvolgimento dei settori non sanitari che hanno responsabilità in questo campo.

E ci si può chiedere se la nuova concezione di salute intesa come stato di completo benessere fisico, sociale, mentale e, perché no, di benessere spirituale può essere collocata come ideologia o come utopia tra le categorie trascendenti la realtà, tenendo conto delle esperienze pratiche finora disponibili. Secondo alcuni filosofi e sociologi, il criterio di distinzione tra ideologia e utopia è la loro realizzazione nella storia. Sono da riguardarsi come ideologie le idee che si dimostrano in seguito soltanto delle rappresentazioni mascheranti un ordine sociale passato; mentre debbono essere considerate utopie le idee che si concretano positivamente nella successiva situazione sociale.

L'utopia, per quel suo carattere di rottura nei confronti della realtà esistente, rappresenta un fenome-

no ad azione rivoluzionaria, mentre la ideologia è un fenomeno che contribuisce al consolidamento dell'ordine esistente. Le ideologie sono idee situazionalmente trascendenti che non riescono mai "de facto" ad attuare i progetti in esse impliciti (si pensi, per esempio, alla democrazia), mentre le utopie sono sistemi di idee che riescono a trasformare l'ordine esistente in uno più confacente con le proprie concezioni.⁹

Chi scrive si sente propenso a classificare l'idea della salute umana come completo benessere fisico, sociale, mentale e spirituale tra le utopie piuttosto che tra le ideologie, perché si è visto finora che riesce a trasformare in qualche modo l'ordine esistente; ma la risposta a questo quesito sarà meglio affidarla ai filosofi e ai sociologi. ■

■ Bibliografia

1. La parola crisi va intesa nel senso di un improvviso e rapido cambiamento, mentre la parola lisi va intesa nel senso di un lento cambiamento. Ambedue le parole si possono riferire a cambiamenti positivi ovvero negativi.
2. WHO Bureau Regional de l'Europe, Copenhagen: "Le Role des facteurs géographiques dans la planification des programmes de santé" - Heidelberg, 22-25 avril 1975 (ICP/SHS 006).
3. T. Hancock: *The Mandala of Health, a Model of the Human Ecosystem* - Fam. Comm. Health, 8 (3) 1-10, 1985.
4. B. Paccagnella: "Changing Mentality in Medical Education" - in "Primary Health in the Making" by U. Laaser, R. Senault, H. Viefhues, Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 1985.
5. A. Antonovsky: "Health, Stress & Coping" - Jossey-Bass, San Francisco, 1979. A. Antonovsky: "The Sense of Coherence as a Determinant of Health" - *Advances* 1 (3), 36-50, 1984.
6. WHO Regional Office for Europe: "Targets for Health for All - Targets in support of the european regional strategy for health for all" - ISBN 92 890 1034 7, 1985.
7. Marc Lalond: *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa. Health and Welfare Canada, 1974.
8. WHO - Ottawa Charter for Health Promotion, 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada, November 17-21, 1986.
9. B. Cattarinussi - in *Dizionario di Sociologia*, Edizioni Paoline, 1976. ■



GLI INCENERITORI IN ITALIA TRA CONOSCENZA ED AZIONE, OVVERO TRA SCIENZA, POLITICA ED ETICA

Il principio di precauzione

Paolo Lauriola

Direttore St. Tematica Epidemiologia Ambientale ARPA Emilia-Romagna

L'intenzione di raccogliere le riflessioni che seguono è nata dalla lettura di due sintetici, ma efficacissimi articoli comparsi uno sulla stampa ambientalista divulgativa¹ l'altro su quella generalista².

Nel primo si sottolineava un dato sostanziale delle società moderne: la crisi del ruolo della scienza e della tecnologia che si accompagna ad una profonda crisi della rappresentanza politica. Scienza e tecnologia, nell'opinione comune, non sono più in grado di offrire le certezze e le sicurezze di un tempo. Siamo nel cosiddetto "crepuscolo delle probabilità" secondo la dizione di un importante libro di Paolo Vineis³ che di seguito verrà ripreso estesamente. D'altra parte i tradizionali canali di rappresentazione e di aggregazione (istituzioni, partiti, sindacati e le stesse religioni) sono in profonda crisi di identità e di legittimazione. Queste considerazioni rappresentano una chiave di interpretazione delle difficoltà connesse con le decisioni e il consenso in tema di scelte complesse, situazione questa che rappresenta sempre più uno dei problemi emergenti nella nostra democrazia. In tale contesto la riflessione e le argomentazioni etiche possono essere un effettivo sostegno nella ricerca del bene comune. Nel secondo articolo invece si partiva dalla constatazione che scienza, economia e tecnologia si condizionano fortemente l'un l'altro, e che se in linea teorica è vero che la scienza può diventare l'etica della economia e della tecnica ("*Scientia est potentia*", Bacone), "i condizionamenti tecnici ed economici, che limitano l'esercizio di questo potere,

obbligano la scienza a cercarsi un altro alleato che può trovare, come vuole l'indicazione di Platone, nella «politica» intesa in senso alto...".

Su queste basi, penso che sia gli spunti sopra accennati e i successi vi possano essere utili per focalizzare un tema sempre più diffusamente si sta discutendo soprattutto nella (mia) regione Emilia-Romagna, quale è quello connesso con le proposte di nuove realizzazioni e di potenziamento di inceneritori già esistenti. Non ho certo l'ambizione di dare delle risposte definitive ai tanti dubbi sull'argomento, ma vorrei cimentarmi nel dare qualche elemento di riflessione, discussione e forse di giudizio.

Per dare un senso più facilmente comprensibile (leggibile) alle considerazioni che seguiranno, esse verranno presentate come risposte ad una serie di domande che ritengo interessanti per i lettori della Rivista ■

Perché i medici sono così interessati a questi problemi?

Alcune organizzazioni di medici (ad es. ISDE, International Society Doctors for the Environment) e in alcuni casi anche alcuni Ordini provinciali dei Medici hanno focalizzato la loro attenzione sul tema degli inceneritori, provocando un grande clamore. Ma perché i medici? Sicuramente perché a parte l'interesse professionale su un tema che ha come focus la "salute" e che può quindi variare a seconda della specializzazione, penso che il medi-

co, in generale, abbia la caratteristica di essere testimone diretto e per quanto possibile attivo della sofferenza (curandola, evitandola o alleviandola), e questo non lascia mai indifferenti. Accanto a questo però, occorre ricordare che il tema della medicina che si occupa di sanità pubblica diventa sempre più l'oggetto di un interesse e di una pratica sociale condivisa⁴. Se a questa considerazione si accompagna il dato del CENSIS secondo il quale la fonte informativa principale sui problemi connessi con la salute è il medico (soprattutto quello di famiglia)⁵, ci si rende conto di quanto la competenza scientifica, politica ed etica del medico su temi di rilevanza sociale come quella della qualità dell'ambiente, in riferimento agli effetti sulla salute, sia sicuramente cruciale. ■

Perché scienza ed etica?

Per contribuire a farsi una opinione compiuta sui termini e sulle conseguenze connesse con questi temi occorre però fare chiarezza.

Che rapporto può esserci tra il riconoscimento di un nesso causale e l'assunzione di una decisione o l'attribuzione di una responsabilità morale? Il rapporto è molto più stretto di quanto non appaia. Il problema conoscitivo, la predizione di un intervento (ad es quello medico o quello ambientale) non può essere separato da un problema etico (la liceità di tale intervento)⁶.

Quello del rapporto tra causalità ed etica è un argomento ampiamente affrontato da Simone Weil. In tale contesto secondo la Weil vi è una



netta differenza tra *dovere e diritto*: la nozione del dovere è incondizionata («non uccidere»), mentre quella del diritto è sempre legata a certe condizioni, comprendendo “la considerazione degli stati di fatto e delle situazioni particolari”⁷. Dal mancato riconoscimento di questa differenza, secondo la Weil, sono nate molte delle contraddizioni della Rivoluzione francese.

La Weil istituisce inoltre un legame tra l’idea-guida della scienza moderna – cioè il numero, la forza della quantità -, e il principale modello etico corrente, l’utilitarismo. A causa del presupposto dominante, quello della forza, la scienza moderna non può amare la verità.

Secondo Gabriella Fiori, autrice di una biografia su S. Weil: “Siamo guidati e illusi dal valore di quantità... La mente schiacciata dalla quantità, giustifica il proprio disagio erigendo a criterio centrale dell’epoca l’efficacia”⁸.

Su quali principi dunque fondare i principi etici sottratti a quelli della forza e della quantità?

Secondo la Weil essi sono l’*equilibrio*, il *rispetto* (interscambio equo tra uomini e con le cose) e il *bisogno di radici*. Tutto questo però nella prospettiva *dell’azione*; la conoscenza non avviene sulla base di astrazioni logiche, ma a partire da un individuo che opera nel mondo e partecipa attivamente alla vita di comunità. ■

Cosa significa la “valutazione di rischi ambientali”?

Secondo Kristin Shrader-Frechette⁹ si possono identificare due opposte tendenze nella valutazione (stima quantitativa) dei rischi ambientali. La prima quella *scientista*, secondo la quale è possibile una valutazione oggettiva e di validità universale dei rischi. La seconda definibile come *antropologica*, in continuità con la tradizione del relativismo culturale, secondo la quale non solo non è possibile un calcolo oggettivo, ma il concetto di rischio è intriso delle credenze profonde e dei modelli culturali che caratte-

rizzano specifici sottogruppi della popolazione. Si obietta cioè allo scientismo di non esplicitare i *valori* impliciti, di imporre cioè, sotto le mentite spoglie del calcolo razionale (*i fatti*), uno specifico punto di vista ideologico. D’altra parte il relativismo culturale si presta facilmente all’obiezione di irrazionalismo, lasciando la risoluzione dei problemi alle preferenze e ai modelli di ciascun sottogruppo presente nella società.

Secondo Corrado Poli¹⁰ la contraddizione tra scienza e antropologia nel caso dei rischi ambientali, oltre al “dilemma fatto/valore” si esplicita in altri quattro aspetti: il dilemma della standardizzazione, quello dei partecipanti, il dilemma *de minimis* e quello del consenso.

Il primo si riferisce all’obiettivo di uniformare le procedure di stima e di valutazione, in modo da “spendere la stessa quantità di fondi per ciascuna vita salvata, nelle diverse situazioni”.¹¹ Ma tale uniformità, solo economica, violerebbe il rispetto di valori e criteri di giudizio diversi.

Il dilemma dei partecipanti si riferisce alla definizione di soglie accettabili che si riferisce alla esposizione a singoli fattori ambientali, anche se è noto che il rischio complessivo può essere superiore alla somma dei rischi singolarmente considerati (ad es. fumo di sigaretta ed amianto)

Il dilemma *de minimis* concerne l’abitudine di stabilire le soglie accettabili di esposizione in termini medi per tutta la popolazione. La grave omissione è quella di non considerare la distribuzione del rischio, che è sempre ineguale (si concentra nei gruppi sociali più deprivati) Questo aspetto conduce direttamente all’ultimo dilemma, quello del consenso: l’analisi del rischio sembra mirare ad ottenere capziosamente il consenso della popolazione esposta, attraverso il calcolo apparentemente oggettivo, ma cela contraddizioni e conflitti di interesse.

Per comporre questi differenti approcci l’OMS ha recentemente proposto di scomporre il Principio di

Precauzione (vedi dopo) in diversi passaggi, uno dei quali è rappresentato dalla valutazione del rischio (Risk Assessment¹²), cioè la stima quantitativa degli effetti¹³. ■

Cosa è IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE?

Un po’ di storia ed alcuni concetti fondamentali

Il presidente del *Comité Consultatif National d’Étique* francese ha proposto un’immagine efficace: il riferimento al concetto di precauzione negli ultimi tempi è diventato tanto frequente che si può parlare di “irruzione” del principio di precauzione (PP) nella scienza e nella politica¹⁴.

Il principio di precauzione ha una lunga storia in medicina e in sanità pubblica: il principale obiettivo della sanità pubblica è quello di prevenire le malattie e promuovere la salute, che equivale l’applicazione dei principi di prevenzione e di precauzione¹⁵.

La sua prima enunciazione avviene però in Germania negli anni ‘70 con il cosiddetto *Vorsorgeprinzip* (letteralmente: principio del preoccuparsi prima). Esso venne preso in considerazione in relazione alle piogge acide, i cambiamenti climatici e l’inquinamento del mare del nord. In tale contesto *Vorsorge* implicava l’uso delle migliori tecnologie per minimizzare l’inquinamento di quella sorgente.

In generale tale approccio viene preso in considerazione quando il danno ambientale non è (ancora) identificabile, o addirittura in assenza di rischio.

La prima enunciazione del PP in ambito internazionale risale al 1972, alla Conferenza delle nazioni Unite sull’Ambiente Umano a Stoccolma, anche se non ne fu data una definizione esplicita.

Nel 1992 nella “Dichiarazione di Rio”, al termine della Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo al punto n. 15 si dichiara: “Per proteggere l’ambiente si devono applicare largamente misure di precauzione da parte degli stati secondo le loro capacità. In caso di rischi e di danni gravi o irreversibili, l’assen-

za di certezze scientifiche non deve servire come pretesto per rimandare a più tardi l'adozione di misure efficaci volte a prevenire la degradazione dell'ambiente".

Più recentemente la Direzione Generale XXIV (La Direzione Generale "Politica dei Consumatori e protezione della loro Salute" ha definito il PP come "un approccio di gestione dei rischi in una situazione d'incertezza scientifica, che esprime l'esigenza di un'azione a fronte di un rischio proporzionalmente grave senza attendere i risultati della ricerca scientifica". La stessa Direzione Generale precisa che il principio di precauzione deve tenere conto non solo dei rischi acuti ma di rischi cronici e per le generazioni future.

Per sottolineare l'importanza di tale "azione" vale la pena ricordare tre situazioni in cui questo principio non è stato applicato e le gravi conseguenze che ne sono seguite:

1. La prima è quella dei milioni di bambini che nel mondo hanno sofferto di danni al Sistema nervoso, con danni alle capacità mentali, a seguito della esposizione al piombo presente negli vernici delle pareti, degli smalti e nella benzina.
2. Le altre due sono quelle del fumo di tabacco e dell'amianto e i loro (enormi) danni dovuti al ritardo per attendere risultati convincenti sulla loro pericolosità.¹⁶

Prima di parlare di altri aspetti importanti vorrei però sottolineare due elementi fondamentali per la comprensione di tale principio e che spiegano il termine "azione" che prima ho usato. Primo che il richiamo al PP implica la necessità di maggiori conoscenze, secondo che occorre comunque fare riferimento a quelle tecnologie su cui si hanno maggiori certezze di sicurezza. In altre parole non implica solo uno sforzo "diagnostico", ma anche soprattutto di proposta. Questo significa che il PP non significa "bloccare un'attività", ma anzi la *responsabilità* di sviluppare altre conoscenze ed eventualmente proposte.

Più specificamente il PP insieme con

procedure quali ad es il cosiddetto *Health Impact Assessment* (HIA, cioè la valutazione - anche attraverso simulazioni - degli effetti sanitari) consente di indirizzare, in situazioni di incertezza, verso una decisione che tenga conto della libertà di iniziativa, della proprietà, dell'equità e della dignità¹⁷. Come detto in precedenza questo spunto (v. rif. Bibl. 13) verrà ripreso nella prossima Conferenza interministeriale su Ambiente e Salute del 2009 a Roma

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'implementazione di una azione precauzionale che sia realmente efficace (ovvero anche economica) che abbia un impatto sinergico (indirizzata su più rischi) può risultare in una situazione cosiddetta "win-win", utile cioè sia per i decisori che per la popolazione in generale. Questo implica incentivi e supporto per la ricerca, sviluppo e innovazione in una prospettiva di tecnologie più sicure e pulite.¹⁸ ■

Da che cosa dipende l'incertezza in ambito scientifico?

Il riconoscere una situazione di incertezza in ambito scientifico è centrale nell'applicazione del PP.

In generale le cause della incertezza in ambito scientifico sono identificabili in tre ordini principali, ma che in effetti, nelle situazioni più complesse, si realizzano in modo non distinguibile tra loro.

- *Incerteza statistica*: è quella più facilmente quantificabile e che, se opportunamente affrontata, può essere sicuramente ridotta
- *Incerteza del modello*: che si realizza quando più di un fattore di rischio opera nel determinare un effetto. In questi casi il modello è costruito facendo riferimento a certe assunzioni e semplificazioni che spesso non tengono conto della vera relazione che lega le diverse co-variate. In effetti questo è tanto più vero quando si considera che il mondo reale è la "confluenza" di sistemi: biologici, ecologici, sociali, cultura-

li, economici e politici. Nessun sistema sperimentale può tenere conto di tutti loro in modo esaustivo e ancor meno può definirne le interrelazioni.

- *Incerteza fondamentale*: altrimenti detta "ignoranza" legata alla complessità e alla unicità/singularità dei sistemi investigati.

A questo riguardo vale la pena di ricordare che un'eccessiva preoccupazione per evitare un errore di I tipo (errore α , ovvero quando l'errore deriva dall'aver accettato una associazione e questa non esiste) può aumentare la probabilità di un errore di II tipo (errore β , ovvero quando si esclude una associazione e questa esiste). Tale situazione è chiaramente gravissima laddove non si riconosca e quindi non si prevenga un rischio. Questo è tanto più grave quando si pensi che normalmente la maggiore preoccupazione nella ricerca scientifica tradizionale è proprio nell'evitare il primo tipo di errore (il famoso $p < 0,05$). ■

Che fare quindi?¹⁹

- *Proteggere i sistemi ambientali con capacità di recupero*: in generale i sistemi non sottoposti a stress e con migliori possibilità di "compenso" sono più resistenti anche di fronte a forti cambiamenti.
- *Imparare e applicare*: le nuove esperienze devono essere condotte su una scala spazio - temporale che non implica un danno significativo e irreversibile
- *Attribuire l'onere della prova a chi sostiene la proposta*: che significa anche l'onere della persuasione e della *responsabilità* e solo il semplice escludere la possibilità di poter pervenire a dimostrare l'assoluta sicurezza.
- *Stabilire delle alternative*: che possono essere valutate utilizzando la *Health Impact Assessment*
- *Adottare un processo trasparente inclusivo ed aperto*: da adottare già dalle prime fasi del processo decisionale. Tale opzione permette la creazione di



un rapporto di fiducia tra istituzioni, imprese e cittadini.

- *Analizzare l'incertezza*: in modo esplicito e trasparente ■

E per il futuro?

L'OMS²⁰ in preparazione alla prossima Conferenza interministeriale sul tema Ambiente e Salute (che si svolgerà a Roma il 2009) ha lanciato le seguenti proposte di elementi chiave nell'applicazione del PP preso come stima (*appraisal*).

- Coinvolgere la popolazione precocemente sia nella fase di valutazione (previsione) del rischio (*Risk Assessment*) che di gestione del rischio (*Risk Management*).
- Identificare e documentare i vantaggi e gli svantaggi di tutte le alternative
- Aumentare la trasparenza: se la decisione non può trovare la propria legittimazione nella scienza si deve ricorrere alla disponibilità (*openness*), all'onestà e a decisioni meditate e condivise tra le parti interessate
- Porre maggiore attenzione sugli effetti delle decisioni, non solo quelli più immediati ma anche a quelli più lontani nel tempo. ■

In conclusione

Come detto in premessa, ho cercato di fornire qualche elemento di riflessione sia per chi sta formando un giudizio (i medici, i cittadini), ma spero anche per le amministrazioni, cioè per chi, oltre al giudizio, dovrà giungere ad una decisione che deve essere quindi

(molto) meditata e condivisa. ■

Il contenuto del presente articolo è stato pubblicato sul Bollettino dell'Ordine dei Medici di Modena

Si ringrazia per i preziosi suggerimenti la Dott.ssa Vanna Rinaldi e il Dott. Stefano Bellentani di ISDE-Modena.

■ Bibliografia

1. Mascia M. Legittime paure ed egoismi più o meno consapevoli, un aiuto dall'etica. *ARPA Rivista* (2006) 1:14
2. Galimberti U. Scienza e Politica patto d'alleanza, *La Repubblica* Mercoledì 23 Agosto 2006, pag 37
3. Vineis P. Nel crepuscolo della Probabilità, *La medicina tra scienza ed etica*, (1999) Biblioteca Einaudi, Torino
4. Prodromo R., problemi etici in epidemiologia e prevenzione in: *Bioetica e Cultura della Prevenzione* (2002) Apèiron, Bologna
5. I 63,6% delle fonti di informazione sono i camici bianchi, il 12,2 il nucleo familiare, il 7,4% gli amici, il 6,4% il farmacista, il 3,6% i colleghi di lavoro, il 30,3% la televisione, il 35,7% la carta stampata (il totale è superiore a 100 perché le risposte non erano mutuamente esclusive) da Rosati E. Il problema dell'informazione in *Medicina* In: *ibidem*
6. Vineis P. pag 47
7. Weil S. *La prima radice* (1990), SE, Milano, pag 13
8. Fiori S. *Simone Weil. Biografia di un pensiero* (1981), Garzanti, Milano, p 134
9. Shradere-Frechette K. *Risk and rationality*, (1991), University of California Press, Bekerley
10. Poli C. *La responsabilità per l'ambiente*, (1994) in "L'arco di Giano", IV, pp 97-110
11. Tra l'altro, come vedremo in seguito, la valutazione quantitativa del rischio quasi

mai tiene conto di tutte le variabili: biologiche, ecologiche, sociali, culturali, economiche e politiche che variamente condizionano il realizzarsi di un effetto

12. L'EPA, ha introdotto la distinzione tra "valutazione del rischio" (*"risk assessment"*) e "gestione del rischio" (*risk management*) intendendo con il primo termine le procedure scientifiche di identificazione della natura e dell'entità del rischio (stima) e con il secondo gli aspetti relativi alla regolamentazione, cioè delle scelte politiche. Per ulteriori indicazioni si rimanda a *NAS Risk Asssment in Fed. Governemnet*. National Academy Press, Washinton, D.C. 1983
13. WHO *Dealing with uncertainty: setting the agenda for the 5th Ministerial Conference on Environment and health, 2009*, Report of a WHO Meeting, Copenhagen 15-16 Dec 2005 pg 3
14. Petrini C. *Bioetica Ambiente Rischio, evidenze, problematicità, documenti istituzionali nel mondo*, (2003), Rubbertino, soneria Mannelli, pag 297
15. Pearce N. Public health and the precautionary principle. In: Martuzzi M, Ticker JA. *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children* (2006) WHO-Europe, Roma
16. Martuzzi M, Tickner J Introduction, In: Martuzzi M, Ticker JA. *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children* (2006) WHO-Europe, Roma
17. Pearce N (2004) *ibidem*
18. Working Document (EUR/04/5046267/11, 28 April 2004) prepared by WHO Secretariat for the fourth Ministerial Conference on Environment and Health, June 2004
19. Setter T., Raffensperger C Why is a precautionary approach needed? In: Martuzzi M, Ticker JA. *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children* (2006) WHO-Europe, Roma
20. WHO 2005, *ibidem*, pag 8. ■

VERSO LA MUTUA COMPRENSIONE ?

Il cinema narra il mutare della relazione tra medico e paziente

Stefano Beccastrini

Medico e Pedagogista, Coordinatore didattico Scuola Internazionale
Ambiente Salute e Sviluppo Sostenibile (SIASS)

1. Premessa. Il pensiero narrativo

Una delle scoperte epistemologiche più significative della scienza (forse sarebbe meglio dire dell'approccio cognitivo al mondo) del XX secolo consiste nella rivalorizzazione del **pensiero narrativo**. Era la forma di pensiero della fase pre-scientifica dell'umano conoscere, quella del mito per esempio, ma è rimasta, seppure emarginata dal predominante **pensiero logico-analitico**, la forma di pensiero vivente nella letteratura, nella poesia, nell'arte in genere. Tutte faccende stimabilissime (si sono continuate a fare e ammirare anche nei secoli più entusiasticamente scientifici o addirittura scientifici) ma delle quali, piacere estetico e commozione emotiva a parte, poco si finiva con l'apprezzare il **valore cognitivo**. La riscoperta del pensiero narrativo nel XX secolo si è invece fondata proprio sul riconoscimento della valenza cognitiva di esso. Una tappa fondamentale di tale riscoperta sono stati i lavori, negli anni Trenta, di Lev Vigotski (**Vigotskij, 1987, 1990**) poi ripresi da Jerome Bruner negli anni Sessanta e oltre (**Bruner, 1987, 1991**). Secondo Bruner la narrazione è il primo dispositivo cognitivo ed ermeneutico che l'essere umano utilizza per comprendere e dare un senso al mondo che lo circonda e nel quale egli è ambientalmente, storicamente, socioculturalmente situato. In tal senso, non è una forma di pensiero inferiore, più primitiva e rozza, del pensiero logico-analitico bensì una forma di pensiero da esso diversa seppur di

esso fertilmente complementare. Ci sono forme di comprensione e interpretazione del mondo che necessitano principalmente del pensiero narrativo (cioè qualitativo, sintetico, non astraente: quelle che tendono all'individuazione peculiare e alla piena valorizzazione della soggettività come le arti, la letteratura, la psicologia del profondo) e forme che necessitano principalmente del pensiero logico-analitico (cioè quantitativo, appunto analitico, che nell'astrazione dalla singolarità e dalla soggettività trova la propria portentosa capacità esplicativa: quelle che tendono alla generalizzazione normativa e alla piena valorizzazione dell'oggettività come le scienze matematiche, fisiche, chimiche). Ci sono, infine, forme di comprensione e interpretazione del mondo che probabilmente necessitano di utilizzare entrambe le forme di pensiero, sapendolo fare non contrappo-
nendole ma rendendole ausiliarie (la storia, per esempio, l'educazione e, io credo, la medicina). ■

2. La medicina narrativa, il cinema, la relazione medico-paziente

La medicina occidentale ha raggiunto i suoi massimi successi, nel corso del XX secolo, attraverso il suo dislocarsi sul versante del pensiero oggettivante, quantitativizzante, logico-analitico. Ciò l'ha condotta, peraltro, a una soglia di crisi epocale, rispetto ai suoi fondamenti etici ed epistemologici, al suo rapporto con la società e coi pazienti, alla sua "sostenibilità" (**Callahan, 2001**). Se il pensiero scientifico ser-



ve a normare, prevedere, ridurre a costanti numericamente controllabili la realtà, non v'è dubbio che la medicina debba usarlo nonchè imparare a farlo sempre meglio: a ciò serve una rigorosa **Evidence Based Medicine**. E' anche vero, però, che se il pensiero narrativo serve a strutturare le proprie storie, a dar forma ed espressione alla propria soggettività nonchè a dare un senso alla nostra esistenza, allora non v'è dubbio che la medicina debba usare anch'esso nonchè imparare a farlo sempre meglio: a ciò serve una intelligente **Narrative Based Medicine**, quale si va teorizzando e praticando da tempo nel mondo anglosassone (per esempio: **Greenbalgh, Hunvitz, 1998** e **Charon, 2005**) e da qualche tempo anche da noi (per esempio: **Bert, Quadrino, 2002** ma più recentemente anche altri come **Masini, 2005**). Dovendo sintetizzare in poche parole quale sia l'assunto epistemologico di base della **medicina narrativa** direi che consista, prima d'ogni altra considerazione, sul prendere atto, non come dato occasionale bensì nel suo statuto di fattore fondativo della medicina medesima, del fatto che l'incontro tra un medico e un paziente è, prima d'ogni altra cosa, l'incontro - l'intersecarsi e l'intrecciarsi, il trovare luoghi e situazioni in cui ambientarsi, il costruire significati condivisi - di due persone e dunque di due storie. In tal senso, credo molto all'utilità di un approccio narrativo, fatto giustappunto di "storie" sapute ascoltare e raccontare, per la positiva rifondazione dell'incontro tra il medico e il paziente e la costruzione di una storicamente nuova alleanza tra "camici" e "pigiami" (per usare l'arguta ma soprattutto chiara e coraggiosa impostazione data alla questione da Paolo Cornaglia-Ferraris, **Cornaglia-Ferraris, 1999**) e sono pertanto convinto che dovrebbe essere dedicato a tale approccio, in sede di formazione dei futuri medici, molta più attenzione di quanto non accada oggi. Sono altresì convinto - e l'ho scritto in un libro appena uscito, **Beccastrini 2006** - che un utile strumento formativo, in tal senso,

possa essere il **cinema**, instancabile narratore di storie sia di medici che di pazienti. Ritengo peculiare, anzi addirittura costitutivo, dell'arte medica il poggiarsi sulla relazione interattiva e dialogica tra due persone. In medicina, il momento relazionale non fa da sfondo nobile ma aggiuntivo al momento tecnico bensì gli è inestricabilmente legato. Proprio per questo la relazione tra medico e paziente consiste, prima d'ogni altra cosa, nell'incontro di due persone e di due storie. Potremmo dire: di due (ma forse neppure due soltanto) modi di **narrare la malattia** (per usare il titolo italiano - quello originale essendo "Medicine, Rationality and Experience", di un fondamentale libro di antropologia medica di Byron J. Good, proprio a tale incontro e all'intrecciarsi di tali due storie, nelle diverse culture del mondo, dedicato: **Good, 1999**). Aiutare formativamente i futuri medici a interessarsi di, e padroneggiare professionalmente, simili questioni, anche con l'aiuto del cinema, può dare frutti assai proficui in quanto il cinema, quale **specchio della vita** e dunque anche della medicina, ha saputo rappresentare (pagando un più o meno necessario - ma che tendo, personalmente, a non sopravvalutare: un discorso a parte meriterebbe la televisione - pedagogio commerciale al romanzesco e alla stereotipia) gli aspetti, le criticità, i nodi etici ed epistemologici della medicina e del suo storico rapporto con la malattia e con i malati. Una riprova di ciò può venire dal prendere come riferimento (nel mio libro l'ho fatto, traendone utili suggerimenti) lo schema trifasico proposto da Edward Shorter, storico della medicina all'Università di Toronto, relativamente allo sviluppo otto-novecentesco della figura del medico (**Shorter, 1986**). Tale schema, che ha una fertilità ermeneutica notevole per aiutare a comprendere l'evoluzione storica della medicina, individua le fasi: a) del **medico premoderno** (dotato di scarsi strumenti tecnico-scientifici di diagnosi e terapia ma di molta umanità, seppur spesso paternalistica nonchè istintiva piuttosto che me-

todologicamente e professionalmente fondata), b) del **medico moderno** (scientificamente più preparato, tecnicamente più attrezzato, capace di instaurare una relazione più compiutamente professionale col paziente), c) del **medico postmoderno** (tecnologicamente attrezzatissimo ma sempre più disorientato rispetto al ruolo sociale della medicina e sempre meno capace di avere una relazione reciprocamente soddisfacente col paziente). I tanti cineasti che, nel corso del XX secolo, hanno realizzato film i cui protagonisti erano medici non si sono certamente ispirati, in modo diretto, allo schema di Shorter però molti di tali film possono ben essere usati, in sede formativa, come esempi narrativi del valore interpretativo dello schema medesimo: certamente "medici premoderni", nell'accezione di Shorter e per limitarsi a esempi americani, sono i protagonisti di un intero filone dei "Medical Movies" (che va, lungo un intero cinquantennio, da **Il medico di paese**, 1909, regia di David Ward Griffith fino - in epoca di medicina già "moderna" e infatti con un tono di patetica nostalgia - ad **Addio, dottor Adelman**, 1959, regia di Daniel Mann); altrettanto certamente i "medici moderni" (frutto, negli USA, della radicale riforma della facoltà di medicina avvenuta all'inizio del XX secolo) trovarono per un decennio il loro filmico campione nel dottor Kildare - da **La figlia perduta**, 1938, regia di Alfred Santell, a **Torbidi amori**, 1947, regia di Willis Goldbeck - poi trasferendosi sullo schermo televisivo, non soltanto col serial ancora al dottor Kildare dedicato ma anche, fino ai nostri giorni, con tutta una serie di telefilm, ispirati all'efficienza professionale di medici immancabilmente ospedalieri (quand'è che la TV comprenderà le grandi potenzialità narratologiche, per esempio, della figura del medico di medicina generale?), il cui esempio più famoso (che anche le televisioni italiane vanno recentemente cercando, sempre banalizzandolo e spesso trivializzandolo, di imitare) è **ER-Medici in prima linea**, i cui molti episodi sono am-



bientali nel pronto soccorso (Emergency Room) del Chicago County Medical Hospital; infine, con film come **Nessuno resta solo**, 1955, regia di Stanley Kramer, cominciano a invadere lo schermo i "medici post-moderni", tecnicamente bravissimi ma scarsamente capaci di relazioni ricche e "narrative" coi propri pazienti: essi troveranno poi i loro filmici campioni nel chirurgo disinteressato al rapporto umano col paziente (ancorchè, alla fine del film, pentito in quanto ha provato sulla propria pelle la sfortunata condizione di "pigiamia" cioè, giustappunto, di paziente) di **Un medico, un uomo**, 1991, regia di Randa Haines, e nel giovane oncologo (interessato ben più alle cellule che agli esseri umani) di **La forza della mente**, 2001, regia di Mike Nichols. Peraltro, avendo già utilmente usato lo schema di Shorter nel libro appena uscito, attualmente sono più interessati a testare, con esemplificazioni narrative tratte ancora dal cinema, la fertilità ermeneutica di un altro schema trifasico, teso a disegnare sinteticamente l'evoluzione contemporanea non della figura del medico - come fa lo schema di Shorter - bensì quello del modello cui si è nel tempo storicamente configurata la relazione tra medico e paziente (si tratta di una ricerca sulla quale ho appena iniziato a riflettere e lavorare e della quale le considerazioni che seguono rappresentano, quindi, soltanto un anticipatorio accenno). Tale nuovo schema fu avanzato da Thomas S. Sasz e Mike H. Hollander nel 1956, con un saggio molto interessante e degno di essere meditato (purtroppo tradotto e pubblicato in Italia soltanto nel 1990, **Sasz, Hollander, 1990**): "Un contributo alla filosofia della medicina. I modelli fondamentali della relazione medico-paziente". I modelli proposti sono tre: a) **attività/passività** (predominante per tutta la lunga fase storica in cui l'unico soggetto attivo, col suo sapere unidirezionale e le sue univoche decisioni, nella relazione medico-paziente era il medico, essendo il paziente soltanto il passivo oggetto delle sue diagnosi e delle sue scelte

terapeutiche); b) **guida/cooperazione** (più tipico di una concezione moderna e progressiva della medicina, che vede il medico fare, giustappunto, da guida, tecnicamente sapiente ma anche comunicativamente competente e consapevole del proprio ruolo pedagogico, nei confronti di un paziente chiamato comunque a cooperare attivamente alla promozione della propria salute); c) **mutua comprensione** (si tratta di un modello, fondato sull'incontro per così dire paritario, seppur inevitabilmente asimmetrico, di due persone e di due storie che, prima di ogni altra cosa, debbono imparare a comprendersi nei loro diversi saperi, linguaggi, bisogni, aspettative, soggettività, paure). Rispetto a questo terzo modello Sasz e Hollander scrivevano peraltro, nel 1956, che esso risultava "...sostanzialmente estraneo alla medicina...". Tale mi pare continui a essere ancor oggi e infatti rarissimi esempi se ne trovano nei film ai rapporti tra medici e pazienti dedicati (mentre i film illustranti il primo o il secondo modello sono assai numerosi). Eppure, nel cinema (e dunque anche nella realtà, essendo il cinema lo "specchio della vita") del nostro più recente tempo qualcosa di nuovo va comparando, preannunciante cambiamenti la cui direzione resta tuttora oscura ma non è da escludere possa orientarsi anche nel senso previsto dal terzo modello di Sasz e Hollander. ■

4. Dal malato auto-curante alla mutua comprensione tra medico e paziente? Conclusioni

Nel loro "Malades d'hier, malades d'aujourd'hui" (**Herzlich, Pierret, 1984**), Claudine Herzlich e Jacques Pierret, valenti sociologi francesi della medicina, individuano la più significativa novità, in campo sanitario, del nostro tempo nell'emergere della figura del **paziente autocurante**: quello che tende, da solo o all'interno di gruppi di autoaiuto, ad autogestire la propria malattia, in un rapporto talora addirittura conflittuale ma comunque sempre attivamente negoziale con

i medici e l'apparato sanitario. Con qualche anno di ritardo rispetto alla realtà (lo "specchio della vita" che è il cinema talora la rispecchia persino anticipandola, talaltra lo fa dopo un po' di tempo), il nuovo protagonista di molti pregevoli film degli ultimi anni risulta essere proprio una sorta di malato autocurante: basti pensare a **L'olio di Lorenzo**, 1992, regia di George Miller (che narra d'una famiglia la quale scopre da sé la terapia per il proprio figlio affetto da una grave sindrome dismetabolica congenita), **Tutto su mia madre**, 1999, regia di Pedro Almodòvar (che narra d'un gruppo di donne che fanno autogestirsi i propri "casini", anche sanitari, compresa la negativizzazione della sieropositività d'un "figlio del gruppo", poi talmente interessante per la medicina da farci sopra un congresso), **Son frere**, 2003, regia di Patrice Chereau (che narra d'un uomo, affetto da una rara malattia del sangue, che decide di rinunciare a qualunque cura medica, stufato non tanto del brancolare nel buio dei sanitari quanto del loro farlo senza sensibilità alcuna alla sua dignità ferita dalla muta incertezza), **Le invasioni barbariche**, 2003, regia di Denys Arcand (che narra d'un cinquantenne affetto da un cancro inguaribile che decide di morire lontano dall'ospedale e dal personale sanitario, in riva a un lago, tra amici e da loro aiutato laicamente a farlo) e così via. Forse l'evolversi e il consolidarsi sociale di tale "personaggio" rappresenta un passo necessario, seppur non sufficiente, nel cammino verso il terzo modello di Sasz e Hollander: necessario perché soltanto un paziente che ha imparato ad autogestirsi può essere all'altezza di un incontro di mutua comprensione col medico ma non sufficiente perché il passo successivo spetta al medico stesso, finalmente diventato capace di concepire un modello di relazione col paziente che finora è sempre rimasto, come giustappunto affermarono a suo tempo Sasz e Hollander, estraneo al suo orizzonte culturale. Concludo con delle domande, piuttosto che con delle affermazioni... **Il modello della mutua compren-**



sione può essere considerato il fondamento etico ed epistemologico di quella **nuova alleanza tra medici e pazienti** che Giorgio Cosmacini auspica (**Cosmacini, 1997**) quale unica possibilità per uscire dalla attuale crisi di insostenibilità della medicina? E la fase del "paziente autocurante" descritta da Herzlich e Pierrot (e narrata dal cinema degli ultimi anni) può rappresentare un primo passo che, se ben compreso e affiancato dai medici, va in tale direzione? O si tratta invece di un movimento diretto in senso totalmente opposto? Sono domande sulle quali vale la pena di interrogarci anche con l'aiuto, a porcele con insistenza e coerenza, del cinema. Al quale, invece, sarebbe ingenuo chiedere risposte in merito. Quelle dobbiamo cercarle, tutti assieme, fuori dalle sale cinematografiche. Ciò che il cinema sicuramente farà, bene come ha quasi sempre fatto, sarà di mostrare gli effetti sociali delle nostre risposte, o delle nostre mancate risposte, a esse. ■

■ Note bibliografiche

- S. Beccastrini, 2006: "Lo specchio della vita. Medici e malati nello specchio del cinema", Change, Torino
- G. Bert, S. Quadrino, 2002: "Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina", Il Pensiero Scientifico, Roma
- J. Bruner, 1987, "Life is narrative", Social Reaserch, 54, 11-32
- Idem, 1991, "La costruzione narrativa della realtà", in Ammaniti M., Stern D., (a cura di) "Rappresentazioni e narrazioni", Laterza, Bari
- D. Callahan, 2001: "La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna", Baldini & Castoldi, Milano
- R. Charon, 2005: "Narrative Medicine. Attention, Representation, Affiliation", Oxford University Press, New York,
- P. Cornaglia-Ferraris, 1999: "Camici e pigiami. Le colpe dei medici nel disastro della sanità italiana", Laterza, Bari
- G. Cosmacini, 1997: "L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi", Laterza, Bari
- G. Cosmacini, 2000: "Il mestiere di medico. Storia di una professione", Cortina, Milano
- J. B. Good, 1999: "Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente", Edizioni di Comunità, Torino
- V. Masini, 2005: "Medicina narrativa", Angeli, Milano
- T.S. Sasz, N.H. Hollander: "Un contributo alla filosofia della medicina. I modelli fondamentali della relazione medico-paziente", in "Sanità, scienza e storia", Centro italiano di storia sanitaria e ospedaliera, n.1, Milano
- E. Shorter, 1986: "La tormentata storia del rapporto medico-paziente", Feltrinelli, Milano
- L. S. Vigotskij, 1987: "Il processo cognitivo", Bollati Boringhieri, Torino
- Idem, 1990: "Pensiero e linguaggio", Laterza, Bari



REGIONE TOSCANA AZIENDA USL.n.8 - AREZZO

presentano

CONFERENZA ORGANIZZATIVA Cooperazione allo sviluppo ed analisi dei percorsi culturali in sanità

26 Marzo 2007

Arezzo
Auditorium "Arnaldo Pieraccini"
Presidio Ospedaliero S. Donato
Via Pietro Nenni, 20/22

PREMESSA

L'iniziativa è orientata alla integrazione di due dimensioni che rivestono oggi particolare interesse.

Sono rappresentate dalla Cooperazione allo sviluppo e dai molti aspetti della cultura sanitaria, oggetto di dibattito pubblico.

La Conferenza è orientata all'analisi di alcuni aspetti:

- l'esperienza della Cooperazione nell'Area Vasta
- gli aspetti interculturali
- trasferimenti culturali e formazione
- analisi dei processi culturali in sanità.

Questa iniziativa intende esaminare i possibili percorsi per la creazione di un forum con la presenza degli EELL e delle Agenzie che si occupano di questi problemi, esaminando le possibili forme di integrazione, le sinergie da realizzare, gli obiettivi di interesse comune.

Conferenza organizzativa sulla cooperazione allo sviluppo e l'analisi dei percorsi culturali in Sanità

Mattino ore 9,00

Presentazione
Direttore Generale Azienda USL 8
Assessore Regionale per le politiche della salute
Presidente Provincia di Arezzo
Sindaco di Arezzo

Perché la Conferenza: M. Caremani

Il quadro generale: M. Menchini

Medicina Occidentale (e le altre):
R. Salvadori

L'impegno della Caritas dal locale al globale: A.Dalla Verde, CARITAS

Ore 11.00: coffee break

Le metodologie della cooperazione decentrata R. Barbieri, UCODEP

Quale promozione allo sviluppo: P. Rossi, CUAMM

Ruolo dell'educazione alla salute nella promozione alla salute: E. Giglio

Discussione

Pomeriggio 14,30

Percorsi possibili: C. Beoni

Trasferimenti culturali, una risorsa per tutti:
P. Vaccari, ASS. RONDINE

Le esperienze consolidate: D. Tacconi

Ruolo delle Fondazioni nella promozione allo sviluppo: D. Signorini, Fondazione A. Cesalpino

Ore 16.00: coffee break

La cooperazione sanitaria, elementi formativi: L. Triggiano, CENTRO F. REDI

Tavola rotonda

Sintesi finale: M. Caremani

Conclusioni

PERCORSI POSSIBILI

Carlo Beoni

Biblioteca ASL 8 Arezzo

Il giorno 26 Marzo u.s., c/o l'Auditorium "A. Pieraccini" dell'Ospedale S. Donato, ha avuto luogo una Conferenza sulla Cooperazione allo sviluppo e l'analisi dei percorsi culturali in sanità.

La Conferenza ha promosso una riflessione attorno a due argomenti:

1. L'esperienza della Cooperazione nella zona aretina e nell' Area Vasta Sud Est, in merito agli
 - aspetti interculturali
 - trasferimenti culturali e formazione professionale
 - un possibile coordinamento sui progetti avviati
2. Processi culturali in sanità
 - analisi ed approfondimenti di argomenti di interesse sanitario, affrontati nel passato, attraverso iniziative monotematiche, rese possibili con il patrocinio ed il finanziamento da parte della Regione Toscana, la quale ha pubblicato e diffuso alcuni dei contributi.

Grazie alla sensibilità dimostrata da Sanitari ed operatori della Azienda Sanitaria, è risultato possibile procedere alla raccolta e salvaguardia di un rilevante numero di beni di interesse storico scientifico, di origine sanitaria, creando i presupposti per l'allestimento di una struttura museale.

Nel corso di oltre un decennio, sono state realizzate iniziative di carattere culturale, orientate anche a target esterno al S.S., all'interno della Settimana della Cultura Scientifica, promossa dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, la quale ha rappresentato il contesto

organizzativo all'interno del quale hanno avuto realizzazione tali manifestazioni.

Con il tempo, l'intervento ha subito una trasformazione in quanto, da una prima fase nella quale la priorità era rappresentata dalla selezione conservazione dei beni considerati di interesse storico, si è sviluppato interesse anche in merito alla evoluzione della cultura sanitaria, dal medioevo all'età contemporanea, fino ai grandi temi del nostro tempo.

L'analisi di temi come l'epistemologia della medicina od il trattamento del dolore, affrontati con il contributo di professionalità esterne al mondo della sanità, hanno suscitato notevole interesse tanto per le scarse occasioni nell'ambito delle quali è possibile approfondire questi argomenti, come per le molteplici e diversificate chiavi di lettura adottate.

Queste manifestazioni di carattere culturale, si ponevano due obiettivi:

- coinvolgimento dell'universo degli utenti-cittadini
- coinvolgimento degli operatori della sanità, la cui presenza era da considerare aggiornamento obbligatorio, corrispondendo così alla promozione di percorsi incentivanti l'integrazione-confronto fra la realtà sanitaria ed il mondo esterno.

Questo particolare taglio, ha fatto registrare la presenza di storici, della medicina filosofi, medici, matematici ed oltre al riconoscimento da parte della Regione Toscana, ha condotto alla pubblicazione di alcu-

ni lavori.

Attraverso la Conferenza sulla cooperazione allo sviluppo..., è stato fatto il punto sulle iniziative ed i programmi avviati nel settore della Cooperazione e nell'ambito della Cultura sanitaria, ponendo le basi per la costituzione di una struttura orientata alla collaborazione fra le iniziative avviate nel territorio aretino. ■

Percorsi alternativi. Conferenza permanente sulla cooperazione allo sviluppo e l'analisi dei percorsi culturali in sanità

Al fronte di uno scenario che pone difficoltà di vario genere, logistiche, risorse umane, economiche ecc, si è posto l'interrogativo sulla opportunità di creare percorsi orientati alla "sola" e irrinunciabile salvaguardia dei beni "materiali". L'esperienza che è andata consolidandosi nel territorio aretino, ha creato le condizioni per immaginare la crescita di un impianto museale, un "riferimento organizzativo" promotore di sinergie fra coloro che risultano impegnati con interventi nella Cooperazione allo sviluppo e nell'analisi dei percorsi culturali in sanità.

Non più iniziative tese solamente alla raccolta conservazione dei beni strumentali ed artistici, ma sviluppo di un sistema flessibile in grado di

- analizzare percorsi culturali in forma sincronica e diacronica, aperti anche a contributi esterni all'universo sanitario
- orientati alla riduzione delle situazioni di autoreferenzialità e prescrittività del sistema,



- incentivando per quanto possibile, opportunità di confronto.

Ma anche la realizzazione di un passaggio importante che potremmo portare a sintesi nel concetto "dalle cose ai beni e dai beni ai valori", dalla materialità del bene ai valori collegati..

Un bene culturale non è la cosa in sé ma ciò che insiste su di essa.

Non solamente una rete espositiva statica, ma l'adozione di uno strumento attraverso il quale promuovere aggregazione attorno ad iniziative che si propongono la ricostruzione/analisi dei percorsi della cultura sanitaria nel corso del tempo, incentivando occasioni di incontro fra cittadini, Enti Locali, Associazionismo.

Potremmo immaginare un nuovo equilibrio a favore dei processi senza dimenticare i contenuti.

Il significato da attribuire al concetto di processo nella dimensione riguardante l'azione di tutela del patrimonio di interesse storico, riguarda i percorsi culturali, concepiti come "categorie merceologiche" che hanno fatto parte dei rispettivi tempi di riferimento.

Se la medicina è un "epifenomeno o un fenomeno sovrastrutturale, che si modella nel fenomeno sottostante con il quale interagisce modificandolo", (Cosmacini) appare dunque in tutta la sua importanza un'analisi della storia della medicina nei suoi valori culturali.

E' necessario avere ben presente che "la medicina-scienza non è una ricerca isolabile, è la medicina di un contesto culturale ed allo stesso modo la medicina-professione non è una realtà neutra, è la medicina di un contesto socio-politico" (Cosmacini).

Con queste motivazioni, l'analisi dei contesti culturali dell'intervento sanitario, appare come un elemento di grande importanza.

Può risultare utile prendere ad esempio l'analisi del programma della "Conquista del cancro" lanciata da Nixon nel 1971 attraverso sette punti di attenzione, laddove vengono presi in considerazione i quat-

tro punti essenziali di ogni discorso medico:

- prevenzione
- diagnosi-prognosi
- terapia
- riabilitazione
- omettendo di porre attenzione invece agli interventi tesi alla rimozione degli agenti nocivi dai processi produttivi.

La salute dell'uomo non acquisisce la dignità di "parte costante ed intangibile per un progetto produttivo", ma il sistema si sviluppa sull'opposta assunzione ovvero che le esigenze del processo produttivo siano la costante che mette a variabile e subordina la salute dell'uomo" (Maccacaro-Tomatis).

Da tutto ciò, ne consegue che gli studi epidemiologici si sono orientati, ad es., verso la ricerca di virus oncogeni o la individuazione di caratteristiche genetiche favorevoli a mutagenesi nell'individuo e/o derivanti dalla sua presenza in un particolare territorio.

Non hanno invece, posto la necessaria attenzione alla rimozione di sostanze che risultavano palesemente nocive

Entrare nel merito delle dinamiche che possiamo intuire, può apparire presuntuoso e senza prospettive.

Ma ciò che possiamo fare, è la creazione di un luogo fisico o virtuale all'interno del quale risulti possibile procedere creativamente allo studio della evoluzione della cultura sanitaria, attivando modelli di analisi anche alternativi.

E' augurabile il coinvolgimento e la collaborazione con strutture come le Fondazioni, come la Fondazione Cesalpino, la quale si propone molteplici iniziative nel settore sanitario, dalla erogazione di contributi attraverso borse di studio al finanziamento di iniziative in grado di favorire la ricerca scientifica sanitaria, interventi nella prevenzione, negli aspetti epidemiologici, nella formazione permanente.

Dunque la costituzione di un polo aggregativo orientato allo studio

delle problematiche

- a. della Cooperazione allo sviluppo
- b. dell'evoluzione dei modelli culturali della sanità e della ricerca scientifica, utilizzando anche strumenti epistemologici, promuovendo aggregazione di interessi diffusi e diversamente organizzati nel territorio.

Questo strumento, dovrebbe essere in grado di rendere utilizzabili in forma ottimale le specializzazioni che sono presenti.

Per realizzare uno scenario quanto più corrispondente agli obiettivi sopra descritti, sintetizzabili nelle due macro aree

Cooperazione allo sviluppo

Analisi dei processi culturali in sanità risultano funzionali alcuni strumenti che in una prima sintesi potrebbero essere:

1. Un Foglio – in grado di aprire discussione/confronto
2. Rivista elettronica
3. Blog
4. Creazione di un Gruppo Operativo per il trasferimento dei risultati della ricerca bibliografica nei servizi sanitari e nell'ambito della Cooperazione allo sviluppo.

Attraverso uno strumento elettronico è possibile l'espansione in queste direttrici, creando così un luogo laddove raccogliere contributi attorno a problemi e processi della cultura sanitaria, coinvolgendo risorse spesso disponibili ma non intercettate da alcuno, come alberi nella foresta.

Nell'Emilia Romagna, si è costituito da tempo il GOT: raggruppamento di 12 aziende sanitarie, coordinate dalla Soprintendenza per i beni librari e documentari, con l'obiettivo di: favorire il corretto flusso dell'informazione scientifica e biomedica, garantire il reperimento delle migliori prove di evidenza scientifica attraverso la ricerca sulle migliori banche dati specializzate, condividere l'utilizzo dei patrimoni di riviste, acquisire e gestire in forma aggre-

gata le risorse informative. Anche ad Arezzo, è augurabile la creazione di un polo dedicato alle stesse finalità.

Percorsi possibili

- Attorno alla cooperazione allo sviluppo ed ai percorsi culturali in sanità, è possibile ipotizzare una collaborazione-coordinamento fra le iniziative avviate, attraverso la creazione di una struttura dedicata.
- Potremmo immaginare la costituzione di un polo aggregativo o "Forum" dedicato alle direttrici di cui sopra, nella forma realizzata c/o l'Azienda Ospedaliera di Siena.

- Creazione di gruppo lavoro proposto nell'ambito della Conferenza organizzativa del 26 Marzo, orientato alla definizione di alcuni iniziali obiettivi da perseguire
- Attraverso uno strumento organizzativo flessibile
- Ed un regolamento/statuto

I percorsi che sono stati ipotizzati, alcuni dei quali si trovano nella fase di realizzazione, non necessariamente rappresentano un modello da "esportare", ma uno strumento integrativo nella complessiva azione di salvaguardia e tutela del "patrimonio" di interesse storico, il cui modello organizzativo, promosso

dalla R.T., potrebbe essere un **"Forum per la Cooperazione allo sviluppo, risorse culturali (e bibliografiche) in sanità"**.

Le pagine elettroniche della Biblioteca, raggiungibili attraverso il sito della Azienda USL 8, www.usl8.ntc.it/biblioteca/html, e consultabili per richieste di prestazioni bibliografiche, sono state predisposte per la realizzazione di un archivio elettronico riguardante strumentazione scientifica di carattere storico, e nel prossimo futuro potranno svolgere la funzione di blog, luogo di discussione- elaborazione attorno alla cooperazione allo sviluppo ed argomenti di cultura sanitaria. ■

I FONDAMENTI SCIENTIFICI DELLA MEDICINA

Roberto G. Salvadori

Università di Siena

LA MEDICINA È UNA SCIENZA?

La medicina è una scienza?¹ E, in caso di risposta affermativa, quali ne sono i fondamenti? Di quale tipo di scienza si tratta? Chi ha titolo per definirla come tale? Lo scienziato o l'epistemologo (il filosofo)? O entrambi?

Connessi strettamente a questi interrogativi altri ne nascono – non meno importanti - quando si dia uno sguardo, anche rapido, alla storia della medicina. Siamo portati legittimamente a pensare che la cura

delle malattie sia antica quanto l'uomo: il dolore e la morte sono nemici da combattere da sempre e dovunque.² Non c'è popolo che non abbia una sua medicina e questa medicina, tanto per la teoria che per la prassi, fa parte integrante della sua cultura. Così è per la più remota antichità (basta pensare alla civiltà egiziana o a quella babilonese), così è per i Paesi più lontani dall'Europa (la Cina, l'India), così è per la dimensione antropologica del fenomeno (le pratiche terapeutiche dei popoli cosiddetti *primitivi*). L'*etnomedicina* è

nata appena da un cinquantennio, ma gli studi di quella che potremmo definire medicina comparata sono in piena fioritura.³

Tante medicine diverse. E tante *filosofie della medicina* diverse.

C'è qualcosa che le accomuna? Tutte quante hanno le stesse finalità e tutte quante fanno affidamento sull'accumulo di esperienze, più o meno *ragionate*, filtrate, elaborate. Tutte quante, con grande probabilità, sono partite dall'individuazione delle erbe e delle piante commestibili, per scoprirne poi le loro quali-

1. La domanda è ricorrente, anche se i dubbi si accrescono in certi momenti di passaggio. Tipico è quello che avviene nell'Ottocento, proprio quando sta per nascere e affermarsi la medicina sperimentale e cioè quando la medicina sta per farsi scienza. Si veda, a titolo di esempio, quanto scrive Nelly Tsouyopoulos nel suo saggio *Filosofia e medicina nell'età romantica*, in *Storia del pensiero medico occidentale* (a cura di Mirko D. Grmek), vol. III, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Roma-Bari, Laterza 1998, p. 8.

2. Ovviamente questa affermazione è valida anche per gli animali che non appartengono alla specie umana e, con una ulteriore estensione, per tutti gli esseri viventi.

3. L'*etnomedicina* nacque, in Italia, con il nome di *etnoiatra*, nel 1955, per merito di Antonio Scarpa, presso l'Università di Padova. Ne derivarono, nel 1967, l'Istituto italiano di etnoiatra, oggi Istituto Italiano di Etnomedicina, e due musei: uno presso l'Università di Genova, l'altro a Piazzola sul Brenta (PD). L'attività del centro genovese è oggi particolarmente fiorente. Cfr. Antonio SCARPA, *Etnomedicina*, Milano, Franco Lucidano 1980.



tà curative o dannose. Ed è più che verosimile che certe pratiche terapeutiche elementari, sia farmacologiche che chirurgiche, siano nate spontaneamente e abbiano caratteri universali: il tamponamento di una ferita, l'estrazione della punta di una freccia, il ricorso al raffreddamento o, al contrario, al riscaldamento di una parte offesa, ecc. E vi sono sostanze, come l'oppio, la cui conoscenza si perde nella notte dei tempi.

Tutte quante, infine, sono impregnate, alle loro origini, di magia. Lo stregone precede il medico. Forse sarebbe meglio dire che lo genera e gli trasmette qualcosa di sé. Ancora oggi, anche nelle società più secolarizzate e *disincantate*, il medico viene scambiato, almeno in parte, con un taumaturgo. La sua abilità e la sua competenza sono viste come espressione di poteri che sconfinano se non nel soprannaturale in qualcosa che al soprannaturale si avvicina. Il medico *guarisce* già con la sua sola presenza. Il medico sa come combattere la morte, anche quando non riesce a vincerla e questo suo sapere è *riposto*, è da iniziati. Il camice bianco non è solo un indumento funzionale all'esercizio di certe attività, è anche la versione moderna della maschera del mago-fattucchiere.⁴

In conseguenza la medicina nel suo insieme ci appare simile a un grande arcipelago molto vario (e in continua trasformazione) composto da isole, ognuna delle quali ha caratteristiche sue proprie, ma che non è mai del tutto separata dalle altre.

Scambi e prestiti reciproci vi sono sempre e, in questo senso, la medicina è universale ed è, da tempo immemorabile, un compito per tutta l'umanità.

In questo arcipelago la medicina occidentale è un'isola di grande importanza. Forse la maggiore, come dimensioni e come *organicità*, capace di invadere le altre, di colonizzarle e, al tempo stesso, di accogliere i loro contributi dopo averli vagliati criticamente. Nella società *globale* in cui viviamo c'è posto per tutti. La medicina occidentale, definita scientifica (o autodefinitasi tale), ospita nel suo seno anche le medicine dette *altre*, che possono distinguersi in due grandi gruppi: quelle provenienti da quelle parti del mondo che occidentali non sono (un esempio solo: l'agopuntura cinese) e quelle nate nel suo stesso seno come tendenze dissidenti o divergenti (anche qui un esempio solo: l'omeopatia). Da questo punto di vista siamo in presenza non della medicina ma di una *famiglia* di medicine, dall'albero genealogico molto complesso e intricato.

Il fenomeno della crescente immigrazione ne offre una prova. L'immigrato che intende usufruire del nostro Servizio sanitario (ossia colui che possiede le informazioni e l'intraprendenza necessarie) si trova dinanzi a problemi per lui nuovi di carattere linguistico, burocratico, economico, ma soprattutto culturale. È stato notato, ad esempio, che il cinese il quale non conosce l'alfabeto latino, non essendo in grado di leggere le denominazioni dei medi-

cinali sulle loro confezioni è portato a *rifugiarsi* nei farmaci appartenenti alle tradizioni sue proprie, magari molto meno efficaci e, ad ogni modo, inseriti in una concezione delle terapie diversa dalla nostra.⁵ Questi disagi in molti casi determinano stati di sofferenza mentale, di stress, di depressione, che sono, a loro volta, un'altra forma di patologia che si aggiunge a quella fisica e l'aggrava.⁶

Il ricorso a *due medicine* (quella occidentale e quella della cultura di origine) può generare contraddizioni insolubili. Delia Frigessi annota che *nelle culture arabo-musulmane il gruppo familiare d'appartenenza, che ne forma la base, ha una funzione d'assistenza, cura e sostegno, oltre che di controllo sociale. Le malattie e anche il parto non sono fatti privati ed erano presi in carico dalla famiglia allargata, la salute era gestita all'interno dei gruppi di appartenenza. - Nel Maghreb per esempio il servizio sanitario non è sentito, né tanto meno utilizzato come una funzione di pubblica utilità e viene piuttosto percepito come sostitutivo del più «nobile» sostegno fornito un tempo dal gruppo familiare allargato.*⁷ Ed è opportuno chiarire che le medicine altre, non possono essere considerate *inferiori* (comunque si intenda questo aggettivo) a quella occidentale. La letteratura in merito abbonda di esempi di patologie dinanzi alla quale la medicina occidentale ha fallito e che, viceversa sono state efficacemente curate secondo criteri visti generalmente, da questa stessa

4. Mara Tognetti Bordogna, - in *Malattia evento da contestualizzare*, saggio che fa parte di G. ALBERIO; Graziella FAVARO; C. MANCIAGLIO TUDOR; A. MARICOS; D. MEHARI; B. MENGHISTEAB; Mara TOGNETTI BORDOGNA, (a cura di), *La salute degli immigrati: una ricerca sui bisogni socio-sanitari degli eritrei a Milano*, Milano, UNICOPLI 1988-, sostiene che la medicina prescientifica: *I...I si suddivide in tre filoni fondamentali: - la medicina mitica o taumaturgica; - la medicina ieratica o templare; - la medicina demotica o essenziale o esotica. - La medicina mitica o taumaturgica è caratterizzata dalla credenza in divinità sia nel campo dell'igiene, sia nel campo della patologia I...I. (Greci e Babilonesi). La medicina ieratica o templare è così chiamata perché essa nasce e si sviluppa nei recinti religiosi ed è esercitata dai ministri del culto o dai grandi saggi delle filosofie religiose orientali. I...I La medicina demotica o essenziale o esotica si differenzia nettamente dalle altre due perché è a più diretto contatto con il popolo. Essa fu essenzialmente necessaria per le tribù guerriere e per gli eserciti e la sua specializzazione fu soprattutto la chirurgia delle ferite.* - pp. 74-75

5. Il medico *occidentale* può trovarsi dinanzi a problemi insoliti o da tempo superati all'interno della società a cui appartiene: *l'anemia falciforme, la talassemia, la carenza di vitamina D... la malaria, la tubercolosi, la lebbra, le parassitosi intestinali...* o l'avvelenamento da piombo che colpisce le donne indiane che ricorrono a composti con questo metallo, usati come belletto. Cfr., a questo riguardo: Roberto BENEDEUCE; Giuseppe COSTA; Anna Rosa FAVRETTO; Delia FRIGESSI; Franco GOGLIANI; Patrizia LEMMA; Massimo PASTORE; Federica ROSSIGNOLI, *La salute straniera. Epidemiologia Cultura Diritti*, Napoli, ESI 1994, pp. 22-23.

6. Cfr. R. BENEDEUCE, et al., cit., p. 24.

7. Delia FRIGESSI, *Percorsi, modelli e attese di salute*, in Roberto BENEDEUCE, et al., cit., pp. 79-80.

medicina, con diffidenza e con scetticismo. Né si deve dimenticare che lo stesso concetto di salute varia attraverso il tempo, cambia da luogo a luogo.

La questione diviene ancora più complessa, quando si pensi alle dimensioni sociali della medicina su scala planetaria. Debellate in quasi tutto l'Occidente le grandi malattie epidemiche sono ancora largamente diffuse in quello che si è convenuto chiamare il Terzo mondo o, in questi ultimi decenni, il Sud del mondo. L'Africa – un intero continente – ne è particolarmente colpita. Alcune, come la malaria, sono di antichissima data, altre, come l'AIDS, sono più recenti. Si tratta di patologie tanto più diffuse e pericolose quanto più povere e sprovviste sono le popolazioni esposte alle loro offese. Le cause economiche di questo fenomeno sono sotto gli occhi di tutti e sono oggetto di interminabili controversie. Prima ancora che di medicina in senso proprio, si deve parlare di un malessere esteso e profondo che investe miliardi di individui. La miseria uccide assai più delle malattie che, del resto, almeno in parte, dalla miseria stessa sono generate. Tutti quanti sappiamo che abitazioni degne di tale nome, la possibilità di proteggersi dal caldo e dal freddo, una nutrizione adeguata alle necessità, l'osservanza di semplici regole igieniche, l'incremento dell'istruzione e dell'educazione, sono assai più efficaci di qualsiasi terapia medica.

Ciò non toglie che il divario tra Nord e Sud del mondo, in fatto di scienza medica applicata, sia enorme e costituisca uno degli aspetti più eviden-

ti e meno accettabili di una società che si definisce *villaggio globale*, ma la cui *globalità* è fondata sull'ingiustizia e sulla ineguaglianza. Nel Nord del mondo fioriscono centri ospedalieri di *eccellenza* e di alta chirurgia, mentre – salvo poche eccezioni – il Sud di questo stesso mondo, strettamente intrecciato con il primo, conosce solo squallidi ambulatori, con personale insufficiente, privi di apparecchiature e, spesso, anche di farmaci di importanza fondamentale. Si interviene *ad personam* nel primo caso, si è incapaci di organizzare una medicina che sia davvero *sociale* nel secondo. Basta tener presente che fra le dieci cause di morte che hanno maggiore incidenza nel mondo (nell'ordine: le cardiopatie, le cerebropatie, le infezioni respiratorie, l'AIDS, le malattie ostruttive broncopolmonari, le gastroenteriti diarroiche, le patologie perinatali, la tubercolosi, le malattie polmonari, gli incidenti stradali, non figura il cancro, sul quale, invece, in Occidente, è concentrata fortemente l'attenzione e per la cui cura vengono investite risorse economiche non indifferenti. E quasi dovunque *i costi dei sistemi sanitari aumentano più rapidamente dei benefici che assicurano*.⁸

Fin dall'esordio si affaccia, dunque, una molteplicità di domande inquietanti, ognuna delle quali è suscettibile di risposte diverse e tutte quante ragionevoli, almeno nel senso di *non palesemente infondate*. E, sul piano storico, molte ne sono state tentate, magari fra loro opposte, accattivanti o persuasive le une e le altre.

Non si può pensare, in questa sede, di trattare una materia così complessa in modo organico e compiuto. Tutto quello che si può fare è avanzare qualche breve e schematica considerazione (sperando che non sia eccessivamente semplificatrice) volta a giustificare – lo diciamo subito – l'asserzione più diffusa in Occidente, al cui ambito di attenzione: la medicina è una scienza; una scienza empirica e sperimentale.

Questa affermazione, qui fatta quasi si trattasse di un postulato, è data per scontata in campo medico ed è largamente accettata anche in quello epistemologico. In proposito, se non c'è l'unanimità dei consensi, c'è, quanto meno un'amplissima convergenza di opinioni.

Avendo così drasticamente ridotto la selva di significati contenuti nel termine medicina, il compito di trovare un fondamento scientifico della *medicina* è semplificato, ma questo non significa che sia facile.

È così chiamato in causa il rapporto tra medicina ed epistemologia, ma poiché l'epistemologia non è altro che la disciplina filosofica, nella sua origine e nella sua natura, che si occupa di definire lo *statuto* di scienza di questa o di quella forma di conoscenza, il rapporto tra medicina ed epistemologia diviene, preliminarmente, quello tra medicina e filosofia.

Qual è il tipo di relazione che intercorre tra l'una e l'altra? Si deve parlare di *filosofia della medicina* o di *filosofia nella medicina* o di *filosofia e medicina*?⁹ Queste tre possibilità sembrano esprimere differenti gradazioni di validità del legame,

8. Paolo VINEIS, *Gli scopi della medicina*, in <http://www.qlmed.org/Scopi/Vineis.htm>. L'A. così prosegue: *l'... questa medicina è una medicina dello spreco, se si considera che gli stessi investimenti richiesti da alcune delle alte tecnologie mediche in occidente sarebbero sufficienti per migliorare sostanzialmente l'aspettativa e la qualità di vita di grandi popolazioni del Terzo Mondo. Soprattutto sarebbe un errore applicare ai paesi in via di sviluppo il modello tecnologico del mondo sviluppato. Il motivo può essere espresso in modo molto semplice ricorrendo al concetto clinico del Numero che è Necessario Trattare (NNT). Mentre è necessario sottoporre a screening per la colesterolemia 20.000 donne di età 35-54 anni per prevenire un solo caso di malattia cardiaca (NNT=20.000) con la stessa spesa possiamo fornire un impianto di potabilizzazione dell'acqua a 20.000 cittadini di un'area desertica, prevenendo 2.000 morti precoci (NNT=10). Benché l'idea sia piuttosto semplice, vi sono numerosi segni del fatto che ai paesi del mondo in via di sviluppo viene proposta una medicina di tipo tecnologico largamente inappropriata ai loro bisogni, anche con l'aiuto e la sollecitazione della Banca Mondiale.*

9. A questa diversità accenna esplicitamente la stessa Tsouyopoulos (o.c., p. 3): *Bisogna distinguere tra filosofia della medicina e filosofia e medicina. La prima studia le strutture e i contenuti della medicina dal punto di vista filosofico, ad esempio dal punto di vista etico o gnoseologico. La seconda è invece una disciplina storica, e studia le influenze della filosofia sulla medicina.* Sulla distinzione tra filosofia nella medicina e filosofia della medicina si sofferma anche Paolo Cattorin (*Iatrosophilosofus. La medicina tra epistemologia e filosofia pratica*, in *Nuovi saggi di medicina e scienze umane*, Milano, Istituto Scientifico H San Raffaele 1985, p. 201), il quale ritiene che la prima coincida con la metodologia e la seconda con la metamedicina.



più forte nel primo caso, intermedio nel secondo, più debole e quasi occasionale nel terzo. Ma vi è anche un grado estremo che, considerando del tutto scisse fra loro medicina e filosofia, ritiene che i loro rapporti siano soltanto occasioni o pretesti per divagazioni intellettuali, forse curiose ma prive di ogni utilità pratica, se non addirittura di senso.¹⁰ Questa posizione è propria, probabilmente, della maggioranza dei medici e, appunto per questo, non può essere trascurata.

Essa riflette un atteggiamento molto comune a gran parte degli scienziati "militanti", non solo medici, ma anche fisici, biologi, matematici, ecc. i quali esprimono spesso insofferenza e diffidenza nei confronti dell'ingresso del filosofo nelle loro indagini e nelle loro teorie. Questa presenza è considerata invadente e inopportuna. L'atteggiamento di rifiuto ha due versanti: quello di chi sostiene che la riflessione sul proprio operare può essere condotta legittimamente solo da chi ha una competenza effettiva sulla materia (e i filosofi e gli epistemologi non sono, come tali, degli *addetti ai lavori*) e quello, più intransigente, per il quale lo scienziato dichiara la totale estraneità di ogni filosofia alla sua indagine e nega anche a sé stesso il diritto di occuparsene: *sutor ne ultra crepidam*.¹¹

Ed è certamente vero che vi sono epistemologi i quali *s'impicciano* di ciò che non conoscono o che conoscono malamente, come è vero che la filosofia pone spesso delle domande così generali (o *generalizzate*) che consentono solo risposte incerte, controvertibili e controverse. Ma è anche vero che queste domande sorgono spontanee in chiunque rifletta sul significato sia di ciò che

è oggetto del suo conoscere sia del suo agire – non solo tra i medici, tra i fisici, tra i filosofi *di professione* – e che esse, perciò, appartengono a tutti, ciò che equivale a dire che nessuna metafisica, se di questo si tratta, o, più semplicemente, ogni attribuzione di un senso alla realtà è di proprietà esclusiva, né di un singolo soggetto, né di un gruppo di individui e quindi nemmeno della *comunità scientifica*, ma appartiene all'umanità intera. A interrogarsi sul cielo non ha diritto solo il cosmologo, ma anche l'ultimo pastore errante per l'Asia.

All'inizio o al termine della ricerca più rigorosamente e asetticamente scientifica non vi è alcuno che non si ponga interrogativi *filosofici*. Può non considerarli come tali, ma filosofici rimangono. Non vi è fisico o astronomo che non si chieda *perché* l'universo sia così fatto, se le teorie e le ipotesi che egli stesso ha avanzato sono bastevoli a spiegarlo, quali saranno i prevedibili sviluppi della realtà, ecc. Non vi è matematico che non si chieda che cos'è un numero e se il numero è una realtà o un'invenzione della mente umana. Non vi è un medico che non si ponga la domanda: che cosa si deve intendere con il termine *malattia* e qual è la finalità *ultima* dell'*arte salutare*. Nel suo caso, poi, le domande si moltiplicano e si aggravano a causa del rapporto costante che egli ha con la sofferenza e con la morte. Il medico ha sempre o quasi sempre da fare con la morale, una connessione dalla quale nemmeno altri scienziati sono esonerati (basta pensare agli studi sull'energia atomica e sulle possibili conseguenze derivanti dal suo uso), ma che solo nel caso del medico è costitutiva del suo *mestiere*.

Einstein riteneva che una scienza senza epistemologia (ossia priva di istanze di riflessione o di autoriflessione critico-filosofica), anche ammettendo che fosse possibile, sarebbe stata *primitiva e informe*.¹² E, per quanto riguarda la medicina, vale la pena di riportare quanto scriveva E.K. Ledermann poco più di trent'anni fa: *la maggior parte dei medici è convinta di esercitare la professione senza che in questa interferisca alcuna teoria generale o una qualsivoglia filosofia. [...] Viceversa vi è in realtà una filosofia che sottende ogni qualsivoglia attività medica; anzi vi sono diverse filosofie, in concorrenza tra loro nel campo della professione medica*.¹³

Nessun uomo vive senza una concezione del mondo, della vita propria e altrui, per quanto grezza, incerta, mutevole, banale questa concezione possa essere. Se questa affermazione è vera per chiunque lo sarà, a maggior ragione, per uno scienziato e in particolare per un medico, la cui *filosofia*, anche quando è inespressa o addirittura inconsapevole, entra in contatto, per necessità di cose, con un'altra filosofia, anch'essa di varia natura, ora esplicita e più spesso implicita: quella del paziente. Non sembra azzardato, allora, affermare che il rapporto tra medico e malato, oltre ad avere ovvie valenze psicologiche, ne ha anche una filosofica, di incontro (e talvolta di scontro), che emerge in modo particolarmente evidente, nelle situazioni problematiche.¹⁴

Nell'antichità greca e latina, il medico era filosofo. Vengono spesso ricordate, a questo proposito, sentenze come: *Quod optimus medicus sit quoque philosophus*, o anche: *nullus medicus nisi philosophus; iatros philosophus*, ecc. Chi

10. Cfr. Giorgio COSMACINI, che, nell'introduzione al suo saggio: *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Roma-Bari, Laterza 1995, contrappone *filosofia della medicina* e *filosofia e medicina*.

11. Di questa distinzione, o meglio contrapposizione, testimonia il diverso atteggiamento di due insigni medici italiani del primo Novecento: Romolo Murri e Pietro Grocco. Il primo poneva la teoria al centro della ricerca medica, il secondo gli replicava che, in questo modo, faceva dei filosofi della medicina, mentre lui faceva dei medici. Cfr. G. COSMACINI, o.c., pp. 5-6.

12. Cfr. Alberto PASQUINELLI, *Nuovi principi di epistemologia*, Bologna, CLUEB 1987, p. 11.

13. Riportato in G. COSMACINI, o.c., introd. E il Cosmacini commenta: *...] una "filosofia della medicina" è, di volta in volta, o tutt'insieme, un evento spontaneo, un acquisto proponibile, un risultato plausibile, una scelta indispensabile*.

14. Su questo tema sono da vedere, soprattutto, le riflessioni, particolarmente incisive, di Karl Jaspers (*Filosofia*, Torino, UTET 1978).

non conosce la filosofia della natura, non conosce la natura, nemmeno quella umana e non potrà essere, perciò, un buon medico. Galeno (II sec. d.C.), cui si deve la prima delle massime ora ricordate, riteneva che dalla filosofia derivassero la *philantropia* e la *tecnofilia*, le vie regie da seguire per aiutare il malato a recuperare la salute.¹⁵ Gli esempi dello stretto legame tra visione delle cose (che è sempre filosofia, anche quando essa sia allo stato embrionale) e la medicina sono innumerevoli. Tra i più importanti ne ricordiamo soltanto alcuni: lo sconvolgimento provocato nel mondo medico, abituato, in prevalenza, a ritenere che le malattie avessero solo cause interne, dalla scoperta fatta da Pasteur – un chimico! – che esistono anche agenti patogeni esterni,¹⁶ e il problema, ancora pienamente attuale, della *semplice* classificazione delle malattie (per rendere più agevole, quanto meno, lo scambio di informazioni tra le comunità scientifiche mediche sul piano internazionale)

reso arduo, anche, dalla necessità di conciliare tra loro definizioni che scaturiscono da modi di intendere la malattia (e le malattie), molto lontani l'uno dall'altro.¹⁷ E che dire delle controversie fra vitalisti e anti-vitalisti, fra iatromeccanici e iatrochimici, o delle polemiche, sempre rinnovantisi, intorno al riduzionismo?¹⁸ D'altro canto è doveroso notare che la separazione tra filosofia e medicina nasce sul terreno storico, in epoca relativamente vicina alla nostra (l'Ottocento) e ha avuto una funzione sostanzialmente positiva, poiché ha fatto sì che la scienza medica crescesse autonomamente nell'ambito di un fenomeno che ha consentito alla scienza, e alle scienze nel loro insieme, di divenire indipendenti dalla *madre* filosofia e di rendersi sovrane, ciascuna, in casa propria.¹⁹ È venuto il tempo, tuttavia, di una ricomposizione, su basi del tutto nuove, dei rapporti precedenti ed è auspicabile, ad esempio, che nelle facoltà universitarie comincino a fare il loro ingresso, accanto alla storia della medicina, an-

che cattedre afferenti alle scienze umane e, tra queste, quella di filosofia della medicina. La medicina o la fisica non corrono più, ormai, alcun rischio di venir ricondotte a uno stato di minorità e, a un caso, sono la filosofia e, in genere, le discipline filosofiche e sociali, a dover legittimare l'autorevolezza della loro funzione.²⁰

La medicina è una scienza empirica. La medicina è una scienza sperimentale.

È attraverso queste due affermazioni, apparentate tra loro, che cercheremo di esaminare se e in qual senso la medicina è una disciplina scientifica, ricordando preliminarmente che questa sua *qualità* è stata a lungo messa in dubbio. L'alternativa era che si trattasse di un' *arte*, parola ambigua che aveva, sì, il senso originario di una tecnica o di un insieme di tecniche da padroneggiare, ma anche quello di una sorta di sesto senso che consentiva a chi lo possedeva di intuire o *indovinare* la diagnosi, la prognosi e la terapia.²¹

15. Cfr. G. COSMACINI, o.c., p. 15 e passim. L'A. aveva ricordato, poco prima (p. 12), anche la trascrizione di Imre Lakatos di una nota affermazione di Kant che riguardava il rapporto tra filosofia e storia: *La storia della scienza senza la filosofia della scienza è cieca, la filosofia della scienza senza la storia della scienza è vuota.*

16. Cfr. Bernardino FANTINI, *La microbiologia medica*, in *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., p. 192.

17. Su questo argomento cfr., in primo luogo, Mirko D. GRMEK, *Il concetto di malattia*, in *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., pp. 248-250. L'A. mette in luce, tra l'altro, che, per giungere a un ragionevole compromesso, la medicina moderna occidentale *ha dovuto sostituire la nosologia con la patologia, rinunciando, almeno in via provvisoria a stabilire un vero e proprio sistema delle malattie. La classificazione delle malattie viene ormai definita in modo scientificamente arbitrario, in vista delle esigenze di standardizzazione terminologica e di analisi statistica.*

18. Umberto GIANI (in *Stupore, caso e caos. Strutture concettuali della medicina*, Napoli, E.S.I. 2000, pp. 6-7) elenca cinque o sei motivi di contrasti, di natura filosofica, interni alla medicina e che risultano permanenti o ricorrenti e, ad ogni modo, di difficile superamento.

19. Era questa una delle tesi fondamentali del Reichenbach, il quale rivendicava una sorta di primato degli scienziati sui filosofi: *I sistemi filosofici, nella migliore delle ipotesi, hanno riflettuto le cognizioni scientifiche dei loro tempi, ma senza contribuire allo sviluppo della scienza stessa. L'elaborazione logica dei problemi è opera degli scienziati.* Da questa affermazione, pur discutibile, poiché non sempre è possibile separare, storicamente, il filosofo dallo scienziato, il Reichenbach deduceva che *Il filosofo professionale della scienza è il prodotto di siffatto sviluppo [...] i sistemi filosofici hanno perduto ogni significato e [...] la loro funzione è stata assunta dalla filosofia della scienza.* Cfr. Hans REICHENBACH, *La nascita della filosofia scientifica*, Bologna, Il Mulino 1966², p. 119 e p. 124.

20. Cfr. Ernesto MASCITELLI, *Per una lettura antropologica della medicina*, in E. MASCITELLI et al., *Saggi di medicina e scienze umane*, Milano, Fondazione Centro San Romanello M. Tabor – H. San Raffaele 1984, pp. 1-31. L'A. ricorda che negli Stati Uniti d'America già esistono insegnamenti di *Medical Philosophy* (per es., in California, nella università di Georgetown), che in Germania vi sono cattedre di *Theorie der Medizin* e che, nel mondo occidentale, circolano riviste come "Journal of Medicine and Philosophy", "Journal of Theoretical Medicine", "Philosophy and Medicine". Al momento in cui scriveva il Mascitelli lamentava che in Italia non vi fosse nulla di simile, ma occorre dire che la situazione sta mutando, anche e soprattutto a causa delle sollecitazioni che provengono dalla bioetica, sostanziata da ovi richiami alla filosofia morale e alla filosofia in genere e, con essa, dalla preoccupazione di affrontare correttamente i problemi del rapporto tra medico e paziente. Si può ricordare, a questo proposito (anche lasciando da parte il moltiplicarsi dei comitati di bioetica negli ospedali più importanti del paese), l'affacciarsi di riviste come l'"Arco di Giano", diretta da Sandro Spinsanti, che già nel sottotitolo ("rivista di *medical humanities*") rivela le sue finalità.

21. La definizione della medicina come *arte salutare* ha dominato nel Settecento e nell'Ottocento, a cominciare almeno da Cabanis (cfr. prefaz. di Sergio Moravia a Pierre-Jean George CABANIS, *Rapporti tra il fisico e il morale nell'uomo*, Roma-Bari, Laterza 1973, p. XIV). Sarà Bernard a contestare con forza questa opinione definendola falsa e dannosa e affermando, con altrettanto vigore, che la medicina sarebbe divenuta una scienza, anche se in quel momento non lo era ancora o non lo era pienamente. Cfr. Claude BERNARD, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Milano, Feltrinelli 1973³, pp. 223-225. Tuttavia Giorgio Cosmacini (o.c.) avverte che ancora oggi il dibattito sulla definizione della medicina come arte o come scienza è in corso.



In realtà, poi, ad accreditare la medicina come scienza sono stati assai più gli straordinari risultati conseguiti nella terapia farmacologica e chirurgica nell'ultimo mezzo secolo che non le astratte discussioni epistemologiche. Gli antibiotici hanno dato più credibilità ai camici bianchi di tutte le controversie sulle concezioni riduzioniste dei fenomeni biologici o sopra l'alternativa tra unicità o molteplicità dei metodi.

Che la medicina sia una scienza empirica vuol dire, ovviamente, che le sue conoscenze sono ottenute attraverso l'esperienza. Εμπειρία ha la sua origine in πείρα, tentativo, prova, vocaboli in cui è presente, dunque, la nozione di un rischio (non per nulla il latino *periculum*, ha la stessa radice). Ed è interessante rilevare che a πείρα è da ricondurre anche il termine esperimento.²² La conoscenza empirica, quindi, è posta, fin dall'inizio, sotto il segno dell'incertezza, della fallibilità. Mettere alla prova significa prospettarsi tanto la possibilità della conferma che quella della smentita. Verificazione e falsificazione sono due facce di una stessa medaglia. Come per tutti i concetti fondamentali trovare una definizione univoca e persuasiva *erga omnes* (e anche *erga omnia*) di esperienza è impossibile.²³ Fra l'altro, il termine si scinde subito in due significati: quello di rapporto immediato e casuale con la realtà attraverso i sensi (mutevoli e ingannevoli) e quello di acquisizione di informazioni da vagliare alla luce della ragione o, ad ogni modo, suscettibili di una qualche organizzazione (la *sensata esperienza* di cui parlava Galilei, o l'*experientia literata* a cui si richiama, ancor prima, Bacon). Platone, proprio riferendosi alla medicina, distingueva tra medici

degli schiavi e medici dei liberi. I primi emettono le loro sentenze e prescrivono i farmaci senza darne conto alcuno (sono dei *praticoni*), gli altri parlano con i malati, li ascoltano, tentano di capire di che cosa soffrono, cercano di dare spiegazioni ragionevoli a sé stessi e agli altri (sono degli scienziati).²⁴ Quando Claude Bernard si scaglia contro la concezione empirica della medicina, definendola *cieca* e le contrappone, esaltandone il significato, la scientificità del metodo sperimentale, è evidente che separa i due significati, attribuendo all'uno un valore negativo e all'altro un valore positivo. Questa *biforcazione*, d'altronde, aiuta a comprendere perché, ancora oggi, siano presenti sulla scena della nostra cultura due figure di terapeuta, quella dello stregone e quella dello scienziato (e difficilmente, come abbiamo visto, lo scienziato è tanto scienziato da non essere un po' anche stregone – almeno nell'esercizio della pratica medica - e viceversa).

È evidente, ad ogni modo, che oggi la comunità scientifica privilegia il secondo significato di esperienza e che ad esso conviene attenersi anche in queste considerazioni, che prendono le mosse, dichiaratamente, da una concezione empirista del mondo. A questo riguardo rimane ancora valido quanto scriveva, a suo tempo, Russell: *L'empirismo può essere definito con l'affermazione «tutta la conoscenza sintetica è fondata sull'esperienza»*.²⁵ Queste parole, nella loro brevità, hanno il merito di sottolineare subito qual è il problema centrale dell'empirismo: le nostre conoscenze – anche quelle scientifiche – possono crescere soltanto attraverso l'esperienza. Il progresso del sapere non ha altra fonte. La ra-

gione produce solo tautologie (giudizi analitici a priori, nel linguaggio kantiano).

È lo stesso Russell a osservare, subito dopo, che *l...l «conoscenza» è un termine non suscettibile di precisione. Tutta la conoscenza è, in qualche misura, dubbia, e non possiamo dire quale misura di incertezza faccia sì che essa cessi di essere conoscenza*.²⁶ La conoscenza empirica, che procede per induzione, è soggetta a quella che ormai da tempo si è convenuto di chiamare la "legge di Hume": l'esperienza passata e presente di un qualsiasi evento non contiene in sé alcuna prova che quell'evento si ripeterà nel futuro.²⁷ L'avvenire, come insegna non solo la storia ma anche la vita quotidiana, non è prevedibile, nel senso *forte* della parola. In questi termini, ogni concezione della scienza come previsione certa del manifestarsi di certi fenomeni è minata nelle sue stesse fondamenta. Si può fare affidamento solo sulla probabilità, il cui calcolo non solo è spesso molto difficile, ma il cui valore si presenta come assai precario, visto che esso si riferisce a *qualcosa che ancora non c'è*. Queste caratteristiche sono comuni a tutte le scienze empiriche. È il loro *peccato originale* che *contamina* inevitabilmente anche la medicina che è forse la più empirica tra le scienze empiriche.

C'è di più. Non è facile individuare criteri definitivi o almeno persuasivi per distinguere tra scienze empiriche e scienze astratte (o *esatte* e, ad ogni modo, non fondate sull'esperienza). Il numero delle discipline a cui è stato accordato lo statuto di scienza (o che si sono appropriate di questa qualifica) si è straordinariamente moltiplicato attraverso il tempo.²⁸ Ne sono derivati alme-

22. Per queste considerazioni etimologiche, cfr. anche Emanuele SEVERINO, *Legge e caso*, in "Convegno su Induzione, Probabilità, Statistica, Settembre 1978 – Università degli Studi", (Firenze), (Centro 2P) 1979, p. 15.

23. È sufficiente sfogliare un qualsiasi dizionario di filosofia per rendersi conto della molteplicità e della complessità di significati del termine.

24. Cfr. PLATONE, *Leggi*, IV, 720 c-d.

25. Bertrand RUSSELL, *La conoscenza umana. Le sue possibilità e i suoi limiti*, Milano, Longanesi 1951, p. 701

26. B. RUSSELL, o.c., ib..

27. Vale l'apologo di Russell sul *tacchino induttivista*, che, avendo osservato che lo nutrivano ogni giorno alla stessa ora, ne trasse la conclusione, alla vigilia di Natale, che anche il giorno successivo il fatto si sarebbe ripetuto e fu, invece, sacrificato per le esigenze della tavola.

28. A. PASQUINELLI, (o.c., p. 59) parla di un migliaio di scienze presenti oggi nel quadro del sapere umano e ricorda che Comte, meno di due secoli fa, ne contava sei.

no due problemi epistemologici di rilievo non trascurabile: se nell'insieme delle scienze che hanno tanti e così disparati oggetti e metodi vi è *qualcosa* che esse hanno in comune (e che cosa); come classificare le scienze.

Uno studioso autorevole come il Braithwaite, che ha dedicato particolare attenzione al primo problema, ha creduto di poter individuare un criterio unificante, concludendo che *la funzione di una scienza [...] è di stabilire leggi generali che riflettono il comportamento degli eventi empirici o degli oggetti di cui si occupa la scienza in questione*.²⁹ Tuttavia il nodo è lungi dall'essere sciolto anche se – senza dubbio alcuno – la generalizzazione ha un significato di primo piano nella definizione di una teoria, che è composta di *modelli* di spiegazione, come meritevole di essere definita scientifica. Lo dimostra l'imbarazzo che nasce dinanzi alle discipline che si occupano di fenomeni non facilmente generalizzabili, come la storia o, per l'appunto, la medicina (almeno nei suoi aspetti pratici). Né si può trascurare il fatto che l'affermazione del Braithwaite ripresenta un'altra *vexata quaestio*, quella di che cosa debba intendersi per *legge scientifica*,³⁰ e solleva non pochi interrogativi sulla genericità della definizione degli oggetti di cui una scienza può occuparsi. La teologia è una scien-

za? quale ne è l'oggetto e come lo si conosce? C'è una metafisica che non possa vantare di avere un suo contenuto?

Nemmeno la classificazione delle scienze è indenne da incertezze. Popper e Hempel, in sede preliminare, distinguono semplicemente (e tradizionalmente) tra scienze empiriche e scienze non-empiriche.³¹ Ma, subito dopo, le cose si complicano. Hempel, ad esempio, ritiene che le scienze empiriche si suddividano, a lor volta, in scienze naturali e scienze sociali; tuttavia è il primo ad ammettere che questa distinzione non è chiara.³² Il Pasquinelli, a sua volta, parla di *scienze formali o astratte* (logica, matematica) e *scienze reali o empiriche* (fisica, chimica, biologia, psicologia, sociologia, e simili).³³ Larry Laudan, partendo dal presupposto che *la scienza è essenzialmente un'attività che consiste nel risolvere i problemi* giunge a una conclusione analoga (i problemi sono di due categorie: empirici e concettuali).³⁴

Fin qui, sia pure con diversa terminologia, siamo nell'ambito di una ripartizione classica (e che resta la più diffusa), ma non manca chi adotta altri criteri. Secondo Giovanni Federspil e Cesare Scandellari, che si ispirano a Windelband, *le scienze si suddividono in scienze pure (o teoriche o nomotetiche), in scienze tecnologiche e in scienze storiche*

(o astronomiche o idiografiche), agguinando che le discipline biomediche sono costituite *da varie scienze di tipo molto diverso*,³⁵ ciò che probabilmente è giusto, ma non aiuta ad avere chiarezza sul quadro d'insieme del sapere scientifico. Mary Hesse preferisce parlare, piuttosto che di scienze, di modelli scientifici, che considera isomorfi alle teorie, e ne elenca cinque: logico, matematico, analogico, teorico, immaginario.³⁶ Manson, invece, ha soffermato la sua attenzione sopra il *grado* di generalizzazione che una scienza può offrire e ha proposto una ripartizione tra scienze *universali* (fisica, chimica, economia, sociologia, ecc.) e scienze *provinciali* (archeologia, informatica, geografia, sinologia, ecc.). Queste ultime: *1) hanno limitazioni spazio-temporali e non vi sono evidenze di applicabilità al di fuori della situazione in cui sono state formulate; 2) contengono nomi individuali, nomi propri, o altre costanti individuali*.³⁷ Ancora una volta: la distinzione può essere interessante, ma certo non è decisiva. Ad esempio, la biomedicina verrebbe a collocarsi in una posizione intermedia.

Inutile addurre altri esempi. Ciò che è stato detto è sufficiente per legittimare l'impressione di muoversi sulle sabbie mobili. Il fatto è che la scienza è in continuo divenire e le scienze sono qualcosa di viven-

29. Richard Bevan BRAITHWAITE, *La spiegazione scientifica*, Milano, Feltrinelli 1966, p. 7. Reichenbach era ancora più perentorio: *Conoscere vuol dire soprattutto "generalizzare"*. (o.c., p. 15). È noto, poi, in questa stessa direzione, l'impegno dell'indirizzo neopositivistico per arrivare a una "Enciclopedia unificata delle scienze".

30. Lo stesso Braithwaite ammette: *L'unico punto sul quale sono tutti d'accordo è che essa include sempre una generalizzazione, cioè una proposizione che asserisce una connessione universale tra alcune proprietà*. (o.c., p. 14).

31. Cfr. Carl HEMPEL, *Filosofia delle scienze naturali*, Bologna, Il Mulino 1968, p. 11; Karl R. POPPER, *Logica della scoperta scientifica*, Torino, Einaudi 1995, p. 14.

32. Cfr. K. HEMPEL, o.c., l.c.

33. Cfr. A. PASQUINELLI, o.c., pp. 59-60. L'A. si richiama a Russell il quale riteneva che la logica e la matematica fossero composte da enunciati tautologici.

34. Cfr. Larry LAUDAN, *Il progresso scientifico. Prospettive per una teoria*, Roma, Armando Armando 1979, p. 30 e p. 36.

35. Giovanni FEDERSPIL; Cesare SCANDELLARO, *L'ipotesi in medicina clinica*, in *Epistemologia, metodologia clinica e storia della scienza medica*, vol. II, Roma, Arti Grafiche Cossidente 1978, p. 84 e p. 86.

36. Cfr. Mary B. HESSE, *Modelli e analogie nella scienza*, Milano, Feltrinelli 1980

37. Citato, in Giovanni Felice AZZONE, *Biologia e medicina. Tra molecole, informazioni e storia. Logica delle spiegazioni e struttura del pensiero*, Roma-Bari, Laterza 1991, pp. 124-125. – Maria Grazia SANDRINI (*Logica della ricerca. Introduzione critica ai metodi di inferenza statistica*, Roma, Carocci 1998, p. 11) assegna alla generalizzazione una funzione centrale nel sapere scientifico: *La generalizzazione è dunque l'essenza della spiegazione, anche se non l'esaurisce: spiegare un fenomeno significa in primo luogo ricondurlo sotto un asserto generale. Generalizzare e spiegare sono tuttavia compiti ancora troppo astratti, e d'altra parte insufficienti, da soli, a garantire la scientificità degli stessi asserti generali, se non sono connessi a quella a quella fondamentale funzione del conoscere che è la "previsione"*.



te, hanno un inizio, uno svolgimento e, qualche volta, una fine. *Tra-passano* l'una nell'altra. Il concetto stesso di scienza (come quello delle singole scienze) cambia attraverso il tempo ed è ben difficile andare al di là di indicazioni generiche come quelle che, per l'appunto, vedono nel comportamento dello scienziato una tendenza alle generalizzazioni non arbitrarie, al ragionamento *rigoroso* (ossia ben articolato e ripercorribile da chiunque abbia conoscenza del linguaggio adottato per condurlo e composto da termini quanto più possibile univoci) e al ricorso a catene di operazioni che chiunque può ripetere ottenendo risultati dello stesso tipo (anche in tempi di *anarchia del metodo*, non siamo esonerati dall'uso di un qualche metodo).³⁸

Un punto sembra sufficientemente fermo: tutte le scienze – anche quelle definite *formali, astratte, pure, esatte*, ecc., a cominciare dalla logica e dalla matematica – nascono sul piano dell'esperienza, intesa come rapporto tra il soggetto e l'oggetto (tra l'interno e l'esterno).³⁹ In conseguenza, le conoscenze metempiriche (metafisiche) non sono scientifiche. Naturalmente l'origine empirica di tutto il sapere non impedisce che alcuni aspet-

ti di questo stesso sapere recidano il cordone ombelicale che li legava alla loro matrice, divengano analitici e del tutto autonomi, come avviene appunto per la matematica e per la logica, un fenomeno che, per qualche momento, ha portato a pensare che fosse possibile formalizzare i linguaggi delle varie discipline per ricondurle a unità e renderle tutte rigorose. Ma l'empiria – a cominciare da quella medica – ha resistito a ogni tentativo di riduzione *ultima*. La logica e la matematica, autosufficienti e capaci di svilupparsi in più direzioni se considerate in sé, possono fornire alle altre scienze soltanto utilissime applicazioni.

La medicina è una scienza sperimentale. Lo è sempre stata, fin dall'antichità, avverte lo Holmes.⁴⁰ Ed è lo stesso fondatore dello sperimentalismo medico moderno – Claude Bernard – ad affermarlo con risolutezza e a fornirne più esempi,⁴¹ ma non c'è dubbio che la pubblicazione della sua opera principale, *L'Introduzione alla medicina sperimentale*, nel 1865, segni il punto di partenza di un modo rigoroso, *galileiano*, di intenderlo. La sperimentazione non è più una pratica occasionale e priva di regole, ma un insieme di procedure teorizzate, codificate,

verificate e, soprattutto, divenute strumento in uso presso tutta la comunità scientifica.

Bernard inseriva il proprio sperimentalismo in una visione deterministica del mondo, mutuata da Laplace, ciò che lo conduceva a respingere, per l'appunto, quello che noi oggi, generalmente, riteniamo essere una caratteristica essenziale e ineliminabile della medicina: la sua fallibilità.⁴² Fortunatamente il supporto di una concezione deterministica o meccanicistica della realtà non è affatto una condizione necessaria per rendere validi i criteri della ricerca sperimentale (in medicina, come in ogni altra scienza) e anche al di fuori di questa *weltanschauung* metafisica la lezione di rigore, a cui attenersi nei processi di ricerca, impartita dal grande biologo francese conserva intatte la sua originalità e la sua importanza. Anzi, quell'insegnamento è andato a sostanziare, nobilitandola, proprio quello che Bernard considerava il nemico da combattere, la medicina empirica, impregnandola di cautele procedurali (di *dubbi filosofici*, come li chiamava Bernard), che non erano solo tecnici. Non è da dimenticare, infatti, l'ammonimento, di carattere etico, che scaturiva dall'impegno del medico sperimentale: *La base della*

38. Sulla pluralità e sulla *rivalità* dei metodi tra loro, cfr. Giulio Giorello, *Introduzione a: Critica e crescita della conoscenza* (a cura di Imre Lakatos e Alan Musgrave), Milano, Feltrinelli 1974. Il Baldini, a sua volta, parla di *polisignificanza della nozione di metodo scientifico*: Massimo BALDINI, *Epistemologia e storia della scienza. Matrimonio d'amore o di convenienza?* in *Epistemologia, metodologia clinica e storia della scienza medica*, vol. 4-5, Roma, Arti Grafiche Cossidente 1982, p. 91. È così tramontato il sogno positivista di un *monismo metodologico*. Cfr. Georg von WRIGHT, *Spiegazione e comprensione*, Bologna, Il Mulino 1988, p. 20. Naturalmente occorre intendersi sul significato da assegnare al termine *metodo* per evitare possibili fraintendimenti. Karl Popper è stato un sostenitore dell'unità del metodo, termine con il quale egli intende designare le inferenze ipotetico-deduttive. Ma lo stesso Popper ammette che vi siano diverse *metodiche*, ossia *tecniche di prova*. Cfr. Dario ANTISERI; Mario TIMIO, *La medicina basata sull'evidenza. Analisi epistemologica*, Cosenza, Edizioni memoria 2000, p. 29. Il Reichenbach ammetteva due metodi, diversi ma di pari dignità, quello sperimentale e quello matematico (cfr. *oc.*, p. 103). Nelle pagine successive (o. c., pp. 251-252) preciserà che il primo, fondato sull'osservazione, dà luogo, secondo il suo intendimento, a verità sintetiche e il secondo a verità analitiche.

39. *[...] ogni teoria, per quanto formalizzata, non può non essere ricondotta ad un fondamento empirico*. Giorgio FACCHI, *L'induzione nella scienza*, Padova, Liviana editrice 1976, pp. 122-123.

40. Cfr. Frederic L. HOLMES, *Fisiologia e medicina sperimentale*, in *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., p. 80.

41. Cfr. C. BERNARD, o.c., p. 112. – È stato fatto osservare che Bernard ha ereditato la denominazione di *medicina sperimentale* da Magendie, ma nemmeno questo rende meno evidente la sua "primogenitura". Cfr. Mauro DI GIANDOMENICO, *Claude Bernard e la medicina sperimentale: epistemologia e sperimentazione*, in F. BARONE et al., *Epistemologia, metodologia clinica e storia della scienza medica*, vol. III, Roma, Arti Grafiche E. Cossidente & F.lli 1980, p.

42. Questa concezione è ribadita a ogni piè sospinto nella *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*. È sufficiente, a questo riguardo, una citazione per tutte le altre possibili: *Il criterio per eccellenza è [...] il principio del determinismo sperimentale unito al dubbio filosofico* (o.c., p. 191). Quello che Bernard chiama *dubbio filosofico* è, in realtà, altra cosa: è un invito allo sperimentatore a non pronunciarsi fino a quando, attraverso prove e controprove più volte ripetute e dopo aver preso in esame ogni ragionevole obiezione, non sia certo di avere colto una legge della natura, che – proprio perché tale – non può essere che oggettiva. Di qui anche il rifiuto – al quale abbiamo già accennato – della medicina empirica considerata come una medicina "congetturale", perché si basa sulla statistica che riunisce e confronta i casi analoghi o più o meno simile nei loro caratteri esterni ma indeterminati nelle loro cause prossime (o.c., p. 234). Nella condanna della medicina empirica vengono quindi coinvolti anche il calcolo statistico e il principio di analogia. La medicina sperimentale è certa, la medicina empirica è probabile.

*morale medica e chirurgica consiste [...] nel non fare mai sull'uomo un esperimento che potrebbe nuocergli minimamente, anche se il risultato di quell'esperimento può essere di grande interesse per la scienza, cioè per la salute degli altri.*⁴³

È difficile e forse impossibile immaginare una scienza empirica che sia del tutto autonoma e indipendente dalle altre scienze empiriche. Anche la medicina, ad esempio, si costituisce con il contributo assolutamente determinante della fisica, della chimica e della biologia. Quest'ultima – pervenuta al livello molecolare – ha assunto un ruolo predominante nel sapere medico e nei suoi sviluppi. La medicina è oggi, in primo luogo, *biomedicina*,⁴⁴ e questa connessione si è spinta tanto oltre da far sorgere legittimamente il dubbio che la medicina non sia altro che *biologia applicata*, ossia biologia deputata all'intervento farmacologico, chirurgico, fisioterapico e anche psico-neurologico su quelle modificazioni dell'organismo che siano ritenute indesiderabili.⁴⁵

Nessuno ignora il fenomeno, divenuto imponente, della ramificazione, sempre più rapida, delle specializzazioni medico-chirurgiche. Ne è derivato, da più parti, un grido di allarme sui rischi, certamente non lievi, di considerare il paziente come un insieme di *giunti* meccanici, alcuni dei quali necessitano di ripara-

zione e sui quali soltanto finisce con il concentrarsi l'attenzione, a discapito del contesto in cui questi organi sono inseriti. Si perdono di vista, così, tanto l'unità che l'unicità dell'organismo vivente. È sufficiente pensare all'espansione di *settori* come quello dei trapianti di organi e di tessuti, o come quello delle protesi o della chirurgia estetica, per rendersene conto. L'incremento e l'affinamento delle analisi di laboratorio e, in generale, degli strumenti diagnostici e terapeutici ha portato ad assimilare l'intervento del medico sul paziente, a quello di una macchina su un'altra macchina (fermo restando che nell'un caso come nell'altro si tratta di macchine complesse e delicate, in continua trasformazione). E in effetti, soprattutto in certe situazioni ospedaliere e ambulatoriali, la spersonalizzazione di entrambe le parti, anche se con conseguenze diverse, può essere totale.⁴⁶

Contro questi pericoli vi sono due rimedi. Il primo è di ordine – per così dire – naturale. Proprio il fatto che la medicina, come scienza empirica, *dipenda* da altre scienze empiriche più generali (come quelle più volte citate: la fisica, la chimica, la biologia) impone il costante richiamo all'interazione dei processi propri degli organismi viventi.⁴⁷ Il secondo riguarda il versante antropologico della medicina che pone un esse-

re umano dinanzi a un altro essere umano, di pari dignità, ma entrambi inconfondibili e non sostituibili. Occorre mantenere in un rapporto costante la scienza medica (bioscienza, biotecnologia, biomedicina) con l'antropologia medica.⁴⁸

Ci si chiede talvolta se non esistano due medicine distinte. Claude Bernard parlava di due aspetti della medicina, quello conoscitivo e quello operativo.⁴⁹ La scienza e l'arte (quest'ultima intesa nel senso di sapere applicato, di tecnica). Il ricercatore nel suo laboratorio da un lato e il medico condotto di un tempo e il medico di base di oggi dall'altro. La conoscenza pura e la conoscenza della conoscenza, acquisita e sviluppata ai soli fini pratici attraverso la formazione professionale, i corsi di aggiornamento. La medicina sperimentale e quella empirica. E via dicendo. Altri, invece, insistono su un concetto risolutamente unitario. Sulla scorta di Pasteur (*Il n'y a pas des sciences appliquées; il y a les sciences et les applications des sciences*), Enrico Poli afferma: *Non esistono due medicine, l'una pratica e l'altra teorica, ma una e una sola medicina, basata sull'armonica sintesi di teoria ed esperienza.*⁵⁰

In realtà, come risulta da queste stesse parole, la distinzione sussiste, ma l'uno aspetto chiama in causa l'altro ed entrambi vivono soltanto all'interno di un continuo rinvio re-

43. C. BERNARD, o.c., p. 113.

44. Sulla connessione medicina-biologia cfr., tra l'altro, Mirko D. GRMEK, *La rivoluzione biomedica del XX secolo*, in *Storia del pensiero medico occidentale*, cit., pp. 493-520, e G.F. AZZONE, o.c., pp. 5-56. Quest'ultimo A. parla di un *processo in corso di molecolarizzazione della medicina*. (p. XI).

45. Entrano così in gioco, ancora una volta, il concetto di malattia e le sue variazioni nel tempo. Su questo argomento, cfr. Giovanni FEDERSPIL, Nicola SICCOLO, Roberto VETTOR, *L'esistenza delle malattie: un'analisi epistemologica*, in "Nuova civiltà delle macchine", a. XIII (1995), n. 3-4, pp. 39-47. L'intervento prende lo spunto dal luogo comune secondo il quale non esistono le malattie ma i malati per esaminare criticamente l'affermazione dello Grmek: *le malattie esistono davvero solo nel mondo delle idee*, mentre per gli AA. ora citati esse non esistono solo come astrazioni teoriche, ma fanno anche parte del mondo fisico reale come sequenze causali relativamente fisse e costanti di eventi (p. 47). – Un'interessante analisi dei diversi modi di intendere le malattie (e della conseguente differenziazione della figura del medico) è contenuta in U. GIANI, o. c., pp. 27-35.

46. Riprendendo un'affermazione di Henri Atlan, Pino Donghi (*Il sapere della guarigione*, a cura di Pino Donghi, Roma-Bari, Laterza 1966, p. 4) osserva che *...l più la medicina è scientifica, più essa rischia di essere spersonalizzata*.

47. *Sul campo* questa interazione appare spesso con grande evidenza: un trapianto di organi non si può compiere, per tacer del resto, senza interventi sul sistema immunitario. E – altro esempio di carattere ancora più ampio – l'anestesista è divenuto ormai il complemento necessario del chirurgo.

48. Cfr. Byron G. GOOD, *Gli studi culturali nelle bioscienze, nella medicina e nella biotecnologia*, in *Il sapere della guarigione*, cit..

49. Cfr. Italo SCARDOVI, *La medicina tra ricerca e strategia*, in "Nuova civiltà delle macchine", cit., p. 48.

50. Enrico POLI, *Metodologia medica. Principi di logica e pratica clinica*, Milano, Rizzoli 19662, p. 74. Lo stesso A. introdurrà, però, poco dopo (pp. 123-124) un altro tipo di distinzione: *È stato detto che in medicina esistono due tipi di scienziati. L'uno «tipo Gowers», il prototipo dell'osservatore attento, fedele registratore dei fenomeni», arricchisce, coi suoi contributi, la nosologia e la semeiotica. L'altro «tipo Jackson», cerca di estrarre dagli stessi fenomeni i «principi» che li governano, tendendo a concentrarsi su un piccolo campo per andare in profondità. [...] Da una parte la «descrizione-catalogazione», dall'altra la «analisi-spiegazione».*



ciproco (dialettico, se si vuole usare un termine filosofico). Un medico di base che si accontentasse di ciò che ha appreso negli studi universitari e si arrestasse al sapere che gli hanno procurato la laurea e l'abilitazione professionale, sarebbe ovviamente un cattivo medico, ma lo sarebbe altrettanto il medico chiuso nel suo laboratorio o nell'elaborazione delle sue teorie. Del resto, considerazioni analoghe valgono anche per le altre scienze empiriche, a cominciare dalla fisica: l'esperimento si alimenta dell'esperienza e viceversa.

Il sapere della scienza medica è cumulativo? Ne sappiamo, oggi, in materia, più di quanto ne sapessimo ieri? A tutta prima sembra facile e perfino ovvio rispondere affermativamente a queste domande. La medicina e la chirurgia riscuotono, oggi, una fiducia in precedenza sconosciuta, dovuta al fatto che, negli ultimi tempi, hanno riportato – soprattutto in unione con la biologia, la genetica, l'informatica e la tecnologia – dei successi stupefacenti, tali da creare perfino aspettative eccessive. Ma la questione, esaminata da vicino, si rivela più complessa di quanto apparisse a prima vista.

Intanto, - e lo si è già ricordato - i progressi ottenuti, nel mondo occidentale, per quel che riguarda la durata della vita e per quella che si è convenuto di chiamare la sua *qualità* sono ascrivibili solo parzialmente alle conquiste del sapere medico. Il merito è da attribuire piuttosto al miglioramento di altri fattori *di base*: la nutrizione più soddisfacente, l'igiene più diffusa e anche – nonostante i problemi provocati dall'inquinamento atmosferico – le condizioni ambientali più favorevoli, soprattutto per quel che riguarda le abitazioni e la protezione dalle intemperie. La salute e il benessere dell'uomo non dipendono dalla medicina che per una percentuale calcolata intorno al 20% di questo complesso di cause.⁵¹

In secondo luogo, occorre insiste-

re sul fatto che, accanto alla medicina occidentale, ne esistono molte altre, appartenenti a etnie diverse, di varia natura e di varia localizzazione geografica, che non rispondono ai canoni propri della scienza come la si intende, appunto, in Occidente, o, più propriamente, nei paesi ad alto sviluppo industriale e alle quali non può essere negata, aprioristicamente, una capacità terapeutica, relegandole interamente nell'ambito della magia e della superstizione. Faceva rilevare Vittorio Lanternari il fenomeno curioso e interessante per il quale, oggi, se nell'Occidente c'è una corsa verso le medicine esotiche, nel Sud del mondo c'è una corsa verso il modello culturale occidentale e certamente intenso, anche se non sempre palese, è l'interscambio fra più culture (un fenomeno, quest'ultimo, di antichissima data, come insegna una qualsiasi storia della medicina).⁵² E sottolineava, nel contempo, il diverso concetto di guarigione che si ha in questi due mondi: nel primo di essi si cerca la rimozione, quanto più radicale sia possibile, delle cause che generano la malattia, nel secondo si persegue la restituzione dell'individuo alla vita sociale, ciò che può avvenire anche attraverso rituali religiosi o magici le cui manifestazioni non escludono affatto conseguenze sul piano psicosomatico, come il rilascio di endorfine.

Del resto, anche all'interno dell'Occidente è presente il fenomeno del sorgere e del diffondersi di medicine *autoctone*, considerate alternative alla medicina ufficiale. In generale, proprio il carattere di fallibilità intimamente connesso al carattere empirico della scienza medica, organicamente e razionalmente costituita nelle sue procedure e nelle sue sperimentazioni, lascia *spazi vuoti* in cui altre pratiche possono insinuarsi legittimamente. Si griderebbe meno al miracolo, nel caso di guarigioni imprevedute ottenute per vie non convenzionali, se si ricor-

dasse che, nella sua intima essenza, lo svolgimento e il *compimento* di una malattia hanno margini non sempre definibili di una imprevedibilità causata dal fatto che ogni malato è un *unicum* in cui lo stato patologico – *quello* stato patologico - ha un percorso irripetibile. In definitiva, l'affidarsi a una forma di medicina piuttosto che a un'altra è, in primo luogo, l'effetto di una libera scelta culturale. Fermo restando che nessuna scelta è indenne da rischi: la scientificità della medicina occidentale *ufficiale* non è altro che il risultato di una ricerca continua di riduzione dei rischi, o, come già si diceva l'effetto di un impegno a prevedere l'imprevedibile, impegno non sempre destinato all'insuccesso.

Né si può dimenticare che la conoscenza medica si articola e si trasforma, attraverso i tempi e i luoghi, a seconda delle necessità. Gli agenti patogeni cambiano; se ne aggiungono di nuovi (come insegna l'AIDS); tornano a riaffacciarsi quelli che sembravano scomparsi; alcuni di quelli già noti assumono un nuovo carattere; ecc. Insomma, l'immagine di una medicina che cresce giorno dopo giorno sempre sulla stessa base e in cui il risultato di oggi è migliore di quello di ieri e lo sostituisce è sostanzialmente falsa. Non s'intende negare i progressi dell'arte medica che sono sotto gli occhi di tutti, ma l'andamento è assai più tortuoso e ramificato di quanto, di solito, si pensi (e non mancano nemmeno momenti e aspetti di arresto o addirittura di regresso). La storia della medicina serve a *non perdere nulla* (o meglio: a non mettere da canto qualcosa se non dandone una motivazione): la medicina è tutta intera il suo processo.

Un'opera di Thomas S. Kuhn, divenuta rapidamente celebre, ha aperto un'altra prospettiva sul modo di intendere gli sviluppi del sapere scientifico. Respinta l'idea di un progresso lineare delle conoscenze, se-

51. Cfr. G. COSMACINI, o.c., p. 50. Il Cosmacini ricorda che René Dubos è stato il primo a denunciare che gli straordinari progressi della salute, solo in una parte minore sono dovuti alla medicina e in questo stesso senso sono andate le indagini di Thomas Mc Keown.

52. Cfr. Vittorio LANTERNARI, *Quali terapie contro il disagio della civiltà?*, in *Il sapere della guarigione*, cit., p. 113.

condo il quale dalle origini a oggi si è avuto non solo un crescendo delle informazioni, sempre più ricche, precise e dettagliate, ma anche un continuo aggiornamento-miglioramento delle teorie e della loro capacità esplicativa (Aristotele < Galileo < Newton < Einstein, ecc.), il Kuhn ha affermato che le scienze sono parte integrante (paradigmi) di sistemi culturali diversi, differenziati nel tempo, ma ugualmente validi. Se di progresso si può parlare è solo all'interno di ogni paradigma. La teoria del Kuhn si iscrive, in realtà in una prospettiva dell'epistemologia contemporanea più vasta, secondo la quale, per usare un'espressione icastica dovuta a Emanuele Severino, *il sogno della verità è finito*.⁵³ La critica alle fondamenta delle teorie scientifiche ha avuto successo (forse, troppo successo). Essa è stata così serrata e così *aggressiva* da determinare il dissolversi – almeno all'interno della comunità scientifica internazionale – della convinzione positivista (ma non solo positivista) che il sapere scientifico sia tale in quanto accertata delle verità di fatto e le sanziona attraverso l'enunciazione di leggi che sono ugualmente vere, oggettive, proprie della natura. Oggi ci si chiede, con inquietudine: *Si possono considerare vere le teorie scientifiche?*⁵⁴ Lo stesso Popper riporta le teorie a ipotesi e, citando Novalis, afferma che *le ipotesi sono reti, pe-*

scherà soltanto chi le getta.⁵⁵ Reti, fra l'altro, che non sappiamo se costruite dall'uomo o rispondenti a una struttura del reale.

Nessuna scienza, oggi, è in grado di giustificare sé stessa: le sue fondamenta sono sempre *altrove*, in un perpetuo rinvio.⁵⁶ I processi di verifica o di falsificazione approdano sempre a un'incompiutezza. In fisica convivono modelli di spiegazione tra loro inconciliabili, ma ognuno dei quali ha una sua *necessità*. La scienza non è il regno della verità, ma del dubbio, il territorio in cui le teorie cambiano continuamente.⁵⁷ O meglio: il dubbio è la sola verità scientifica. Il compito della conoscenza è quello di chiarire i termini di un problema, i limiti di una spiegazione, l'ambito di validità di una teoria, sapendo preventivamente che questi termini, questi limiti e questo ambito sono e resteranno oscillanti. Ma proprio per questo la scienza è scienza e merita fiducia.

Naturalmente considerazioni del genere valgono anche per la medicina, che è – ripetiamolo – la più empirica delle scienze. Se *tutta la pratica scientifica è indiziaria*,⁵⁸ lo è a maggior ragione l'*arte salutare*. Come ha dimostrato il teorema di Gödel, nemmeno le scienze esatte sono costruite su una base autonoma e incrollabile, ma riposano su postulati sostituibili con altri di natura diversa. Si sono costruite, or-

mai da tempo, più geometrie non-euclidee, logiche fondate su più di due valori, aritmetiche in cui non è più vero che due e due fanno quattro. La coerenza, il rigore inferenziale, quella infrangibile catena di ragionamenti delle matematiche, che tanto seduceva Cartesio, sussistono ancora e ci riempiono di ammirazione, ma sono tutti *interni* alle singole discipline, dove i procedimenti deduttivi sono, sì, ineccepibili, ma si realizzano solo a patto di una separazione dal reale, ossia di una *splendida* astrazione.⁵⁹

La risposta alla teoria del Kuhn, allora, nel momento stesso in cui riconosce che lo sviluppo della scienza non consiste affatto in un accumulo lineare di conoscenze, mette in evidenza l'impossibilità di distinguere nettamente quei paradigmi di cui egli parla. Newton non si comprende senza Galilei e l'andamento attraverso il tempo del sapere scientifico ha soprattutto l'aspetto di un albero che cresce articolandosi e ramificandosi. Ancora una volta la scienza, nel suo significato, ci appare come l'intero suo processo. ■

IL POSTULATO DI ANALOGIA

Sosterrò la tesi secondo la quale il fondamento delle scienze empiriche – e quindi anche della medicina – è da cercare nel postulato (o principio) di analogia. Inoltre, in quanto le scienze denominate solitamente esatte o pure (la matematica

53. Emanuele SEVERINO, *Legge e caso*, cit., p. 2. Il Severino esprime la convinzione che la scienza moderna sia, tuttavia, la *forma suprema di potenza*, perché è la *forma più potente di previsione*. (ib.).

54. John WATKINS, in *I modi del progresso. Teorie e episodi della razionalità scientifica* (a cura di Marcello Pera e Joseph Pitt), Milano, Il Saggiatore 1985, p. 47.

55. K.R. POPPER, o.c., p. XIII.

56. Scrive Imre LAKATOS (*La falsificazione e le metodologie dei programmi di ricerca scientifica*, in *Critica e crescita della conoscenza* (a cura di Imre Lakatos e Alan Musgrave), Milano, Feltrinelli 1974, pp. 168-169) che *tutte le teorie sono egualmente indimostrabili*, e il tentativo, compiuto dalla scuola di Cambridge, di sostituire la dimostrazione con la probabilità, è fallito: *Fu presto mostrato, soprattutto per merito dei tenaci sforzi di Popper, che in condizioni assolutamente generali, tutte le teorie hanno probabilità zero, qualunque sia l'evidenza [...]*.

57. Cfr. K.R. POPPER, o.c., p. 57.

58. Giorgio PRODI, *Teoria e metodo in biologia e medicina*, Bologna, CLUEB 1988, p. 257. Molti sono gli epistemologi che vanno in questa direzione. G. Facchi (o.c., p. 128), ad esempio, afferma che *Dobbiamo accontentarci d'una conoscenza incerta ed approssimativa, muovendo passi circospetti su un terreno malfermo*. E ribadisce, subito dopo: *[...] la scienza contemporanea è tutta ipotetica*. Le applicazioni alla medicina sono ovvie. Salvatore NATOLI (*La costituzione dello sguardo medico. Dal gesto terapeutico alla scientificità della medicina*, in *Nuovi saggi di medicina e scienze umane*, cit., p. 46) sostiene che la medicina è una *pratica* (la quale), *anche quando ha successo, oscilla sempre tra l'indovinare e l'aver cognizione*.

59. Scrive Morris KLINE (*Matematica: la perdita della certezza*, Milano, A. Mondadori 1983, p. 12): *Le creazioni del primo Ottocento, strane geometrie e strane algebre, costrinsero i matematici a rendersi conto, con riluttanza e a malincuore, che né le matematiche in senso stretto né le leggi matematiche della scienza erano verità*. E concluderà con la citazione del celebre teorema di Gödel: *[...] non è possibile dimostrare la coerenza di un sistema matematico sufficientemente potente da esprimere almeno l'aritmetica dei numeri interi*. (ib., p. 286).



ca, la logica) hanno una remota origine empirica, hanno avuto da fare, per qualche tempo, sia pur breve, con il postulato di analogia. Lo hanno poi abbandonato per sostituirlo con presupposti di tutt'altro genere che hanno assicurato loro un rigore che le scienze rimaste interamente empiriche non possiedono. La contropartita sta nel fatto che le scienze esatte o pure non dicono nulla intorno alla realtà; sono divenute astratte.

La tesi che avanzo non ha molto di originale, anche se i suoi cultori costituiscono una ristretta minoranza. Tra i più convinti della sua validità è da ricordare George Polya: *Analogy pervades all our thinking, our every day speech and our trivial conclusions, as well as artistic ways of expression, and the highest scientific achievements*.⁶⁰ Ma, innegabilmente, assai più numerosi sono coloro i quali ritengono che analogia sia sinonimo di argomentazione approssimativa e che il cammino della scienza avvenga attraverso procedimenti logici inferenziali che *superano* il sapere analogico (l'analogia viene distinta nettamente dalla

logica o ad essa contrapposta). Tra questi, uno di coloro che ha espresso con maggiore chiarezza questa convinzione è certamente il Reichenbach, il quale afferma che la filosofia è nata sulla base di analogie superficiali con l'esperienza umana, assunte come generalizzazioni che non erano altro che pseudo-spiegazioni. Proprio respingendo l'analogia la scienza è scienza.⁶¹

Un'obiezione simile è di capitale importanza, in sé e per l'autorevolezza di chi la avanza, con il conforto di un consenso molto ampio di epistemologi e di scienziati. Occorrerà, quindi, tenerne conto. Per il momento, in prima istanza, limitiamoci a controbattere che l'analogia è costitutiva dell'esperienza ed è, quindi, ineliminabile e che proprio la consapevolezza di questa condizione *necessaria* permette di individuare il gioco che c'è nelle cose e nelle loro rappresentazioni tra il simile e il diverso, analizzandolo in maniera sempre più sottile e precisa, e cioè scientifica.

Analogia è termine di chiara derivazione greca: ciò che sta sopra il discorso razionale e quindi se ne di-

stingue, ma comprende anche il senso di *proporzione*, giusto rapporto fra le parti,⁶² (tanto da venir tradotto, in latino, con il termine *proportio*) e quello, del tutto diverso, di metafora. È, insomma, una parola polisemica e perciò difficile. Tanto polisemica da giustificare l'affermazione paradossale o autologica secondo cui *"Analogia ha diversi significati tra loro analogici"*.⁶³ Siamo dinanzi a una molteplicità di sinonimi (parola che, a sua volta, ha evidenti relazioni con l'analogia). A seconda del contesto linguistico analogo vale *simile (sommigliante, simile, assimilabile), affine, conforme, accomunabile (avvicinabile), paragonabile, omogeneo, congruente, concordante, confrontabile...* Le cose si complicano ulteriormente se prendiamo in esame il rapporto con altri campi semantici, ad esempio quello proprio del linguaggio matematico: *equivalente, uguale, identico (medesimo, tale e quale, indistinguibile, coincidente...), o quello proprio della retorica: metafora, modello, simbolo, metonimia, sineddoche*,⁶⁴ o quello di alcune scienze: *omologo (corrispon-*

60. Riportato in U. GIANI, o.c., p. 45, da: George POLYA, *How to solve it*, Princeton University Press 1957. In maniera non dissimile si pronuncia G.B. Phelan: *There is not a problem either in the order of being or in the order of knowing or in the order of predicating, which does not depend for its ultimate solution on the principle of analogy. Not a question can be asked either in speculative or practical philosophy which does not require for its final answer an understanding of analogy.* (Citato in: Bruno M. BELLERATE, *L'analogia tomista nei grandi commentatori di S. Tommaso*, Roma, Scuola tip. Ragazzi di Don Bosco 1960, p. 14). – Piotr LIWISKI (*Il ragionamento per analogia nella filosofia analitica polacca*, Roma, Editrice Pontificia Università Gregoriana 1998, p. 5) riporta l'opinione del filosofo della scienza polacco Czeowski il quale ritiene il ragionamento per analogia fondamentale nella maggior parte dei procedimenti scientifici. – M. B. Hesse (o.c., p. 45) rinvia a N.R. Campbell: *...I le analogie non sono "ausili" nella costruzione delle teorie; sono una parte assolutamente essenziale delle teorie.* – Giulio Giorello (prefazione a Franco BERTELÉ; Antonio OLMI; Alessandro SALVUCCI; Alberto STRUMIA, *Scienza, analogia, astrazione. Tommaso d'Aquino e la scienza della complessità*, Padova, Il Poligrafico 1999), dopo aver affermato che *una sorta di "logica dell'analogia" consente nelle scienze "empiriche" (e a parere nostro anche nelle matematiche) lo svolgimento del gioco della ripetizione e della differenza* (...) (p. 8), osservava, rifacendosi a Margaret Masterman, che un "modello" non è altro che *un'analogia convenientemente articolata servendosi degli strumenti matematici o tecnologici a disposizione* (ib., p. 9). – Nello stesso volume, A. STRUMIA (*Le scienze alla ricerca di una teoria dell'analogia e dell'astrazione*, p. 25) rileva che, a partire dagli ultimi decenni, le scienze in genere (e, in particolare, quelle che rivolgono la loro attenzione all'intelligenza artificiale) hanno avvertito sempre più l'esigenza di una teoria dell'analogia.

61. Cfr. H. REICHENBACH, o.c., p. 18. Il Reichenbach insiste: *La filosofia è sempre stata viziata dalla confusione tra logica e poesia, fra analisi razionale e vagheggiamento fantastico, fra generalità e analogia*, (ib., p. 19) ed esemplifica: *...I la metafisica di Aristotele non risulta essere conoscenza, né spiegazione bensì solo "analogismo", cioè ripiegamento sul linguaggio metaforico.* Nello stesso giudizio è coinvolto anche il pensiero di Platone. (ib., p. 23). E il Reichenbach conclude, risolutamente: *...I quando le esigenze conoscitive vengono appagate con pseudo spiegazioni, con analogie invece che con generalizzazioni, e con metafore introdotte al posto di concetti ben definiti, si ha la fine della scienza.* (ib. p. 32). Tutt'altro tipo di obiezione proviene dalla sponda opposta, e cioè dalla metafisica tradizionale: *se tutto è analogia, nulla lo è.* L'espressione, che è di Pantaleo Carabellese, viene ripresa da Silvano BUSCAROLI, *Sull'Essere del linguaggio e dell'analogia*, Bologna, Tip. Negri 1982, p. 36.

62. A introdurre questo significato è stato il pitagorico Archita di Taranto (IV sec. a.C.), da cui, nel secolo successivo, lo mutuò Euclide nei suoi *Elementi di geometria*. Cfr. Philibert SECRETAN, *L'Analogie*, Paris, P.U.F. 1984, p. 7.

63. Antonio OLMI, *L'analogia come concetto analogico*, in F. BERTELÉ, ecc., cit., p. 67.

64. Cfr. A. OLMI, o.c., l.c.

dente), isomorfo, simmetrico...⁶⁵

Una matassa, dunque, dal fittissimo intreccio reso più complicato e inestricabile dal fatto che il concetto di analogo implica necessariamente (o, se vogliamo, dialetticamente) quello di diverso. Il *principio di analogia* è anche, contemporaneamente, il *principio di differenza*, ciò che viene spesso dimenticato.⁶⁶ Il concetto di analogia dice infatti, nella sua banalità iniziale, che fra due o più oggetti (realtà, fenomeni, "cose", dati dell'esperienza) diversi vi sono degli aspetti in comune. Questo significa, in primo luogo, a) che gli aspetti in comune possono essere scambiati fra loro (sostituiti gli uni agli altri), talvolta ordinatamente, e cioè secondo un criterio assegnato, e talvolta senza un ordine preconstituito, senza che fra gli oggetti considerati derivino ulteriori differenze, o – ad ogni modo – differenze apprezzabili; b) che fra due o più oggetti, per quanto grande possa essere la loro diversità, qualche analogia vi è sempre.⁶⁷

In seconda approssimazione, ciò vuol dire che *conoscere la realtà*, sulla base dell'esperienza, equivale

a trattare gli aspetti analoghi come se fossero indifferenti: in-differenti, non differenti. Alla teoresi corrisponde la prassi: più numerosi e importanti sono gli aspetti intercambiabili (o, appunto, sostituibili) di due o più oggetti, tanto più ci sentiamo legittimati a considerare quegli oggetti come uguali o identici fra loro, nello stesso momento in cui sono distinti. Da questo punto di vista tanto il conoscere che l'agire costituiscono una continua e inevitabile violazione del principio leibniziano dell'identità degli indiscernibili, secondo il quale non esistono, né possono esistere, due entità assolutamente identiche fra loro.⁶⁸ Il richiamo al pensiero di Leibniz, d'altronde storicamente (e non solo storicamente) doveroso, rischia di farci entrare in una dimensione metafisica disagevole e discutibile, dalla quale è bene uscire, in quanto possibile, al più presto, ritornando alla dimensione empirica.⁶⁹ La questione se due gocce d'acqua siano *in sé*, nella realtà o anche nella loro *noumenicità*, come direbbe Kant, identiche, uguali o semplicemente simili rimane indecisa e inde-

cidibile. Rimane il fatto, difficilmente contestabile, che noi abbiamo la capacità di rappresentarcele, piuttosto che come identiche o uguali, in-differenti nel senso ora precisato e che questa capacità, *onestamente* impiegata, ci è di grande aiuto non solo per estendere le nostre conoscenze, ma anche per agire concretamente.

Al riguardo, le esemplificazioni sono particolarmente facili e abbondanti, proprio nella medicina e nel suo esercizio. Ogni medico sa benissimo che ciascun malato è diverso da un altro e che non ci sono condizioni patologiche (e, ancor prima, fisiologiche) uguali. Egli ha da fare, costantemente, con casi singoli e irripetibili (entra in rapporto con delle *eccezioni*). Per ragioni che sono tanto scientifiche quanto etiche, non può dimenticarlo. Tuttavia – e, se vogliamo, contraddittoriamente – nello stesso tempo deve comportarsi *come se* quel caso fosse riconducibile (comparabile, assimilabile) ad altri casi, già noti, per le sue caratteristiche, il suo modo di manifestarsi, la sua sintomatologia. La diagnostica, la prognostica, la tera-

65. In primo luogo la biologia, ma anche la botanica, la geografia fisica, la chimica e la stessa matematica. In tutte queste discipline, naturalmente, il termine assume significati sempre più precisi e univoci nel loro corso storico. Non a caso la maggiore chiarezza appartiene alla matematica: in ciascuno dei campi di pertinenza di questa disciplina in cui la parola compare (la topologia, la geometria proiettiva, la teoria dei gruppi) essa viene definita con accuratezza, ciò che non vuol dire che nemmeno nell'ambito delle scienze esatte non ci siano problemi di distinzione e non nasca qualche perplessità. Ad esempio, nella teoria dei gruppi si affacciano anche delle *pseudo-omologie* che testimoniano di quanto possa essere obbligatoriamente sottile il compito definitorio. Ma perfino per alcuni termini decisivi – come quelli citati poco sopra: *identità, uguaglianza* – possono insorgere delle perplessità.

66. Questa imputazione non può essere rivolta a P. Secretan, il quale sottolinea fin dall'inizio del suo saggio che *Il ya visiblement ressemblance dans la dissemblance* (o.c., p. 8) e ricorda che analogia significa anche *rapport entre choses dissemblantes non seulement en quantité et en qualité, mais différentes de nature, comme l'humain et le divin* (o.c., p. 7). – Il rapporto stretto che intercorre nell'analogia tra simile e dissimile non è sfuggito nemmeno al dibattito interno sull'utilitarismo. Sebastiano Maffettone (*Utilitarismo e teoria della giustizia*, Napoli, Bibliopolis 1982, p. 17) ricorda il posto che John Rawls assegna nel suo celebre saggio, *Una teoria della giustizia*, al *principio di differenza*, mentre, per suo conto Paolo Comanducci (*Contrattualismo, utilitarismo, garanzie*, Torino, G. Giappichelli 1991, pp. 55-56), esaminando criticamente il *postulato di similarità*, prospettato da John C. Harsanyi si pone l'interessante domanda: *Qual è l'... il motivo per cui dovremmo usare il postulato di similarità, piuttosto che il suo contrario, e più in generale, qual è il motivo per cui dovremmo usare un qualsiasi postulato empirico? Non potremmo farne del tutto a meno, e limitarci alla mera descrizione dei dati empirici?*

67. L'esemplificazione è banale. Tutti gli organismi viventi, pur diversissimi tra loro, hanno in comune la presenza di carbonio. Il mondo organico ha in comune con quello inorganico il fatto di essere composto di atomi.

68. In questa affermazione Leibniz ebbe dei predecessori negli stoici e poi, nel periodo rinascimentale, in Nicola Cusano. La formulazione del principio era, da parte di Leibniz estremamente semplice: *nella Natura non vi sono mai due esseri, che siano perfettamente uguali l'uno all'altro e nei quali non sia possibile una differenza interna o fondata su una denominazione intrinseca* (Goffredo G. LEIBNIZ, *Monadologia*, (tr. it.), Milano, Mondadori 1938, pp. 32-33). Ancora più pianamente, in altri scritti: *Non vi sono individui indiscernibili*. Ludwig Wittgenstein, per suo conto, faceva notare che *dire di "due" cose che sono identiche è un non-senso, dire di "una" che è identica a se stessa, non dice nulla*. La logica contemporanea (Frege, Quine, Black, lo stesso Wittgenstein) si è occupata della questione cercando di trasferirla dal piano metafisico, in cui Leibniz la poneva, al piano della formalizzazione del linguaggio. Kant respinse il principio dell'identità degli indiscernibili (*Critica della ragion pura*, (tr. it.), vol. I, Bari, Laterza 1966, pp. 263-264). Leibniz, a suo avviso, avrebbe scambiato i fenomeni per cose in sé (la rappresentazione del reale per il reale). In definitiva, anche Kant prendeva le distanze dall'impostazione metafisica leibniziana per riportare il problema al piano gnoseologico. Su questo piano, come del resto su quello del linguaggio formale, ricordato or ora, la *violazione* del principio, a certe condizioni, è possibile e legittima.

69. Nessun avvio, nessun "primo principio" si sottrae a una qualche imputazione di metafisicità. La metafisica, in questo senso, si rivela insopprimibile, né di questo c'è [troppo] da dolersi. L'importante è che essa non pretenda di chiudersi in sé stessa, vivendo *juxta propria principia*, e abbia piuttosto le vesti e l'impegno di una metateoria dell'empiria.



pia, la clinica sono i regni privilegiati dell'analogia. Lo sono fino al punto che il medico ha anche il compito di guardarsene: l'analogia, che per sua natura tende all'invadenza, non può essere riportata a identità.

Nonostante le apparenze le stesse considerazioni valgono anche per la fisica. In laboratorio (e fuori) lo sperimentatore di questa disciplina incontra solo fenomeni e *oggetti* analoghi, mai identici. Solo che per i fenomeni si contenta della somiglianza e per gli strumenti della loro sostituibilità. Per quest'ultimo aspetto egli è grandemente facilitato rispetto al medico che stia al capezzale del malato, il quale malato è costituito di parti che non possono essere cambiate facilmente e a volontà, come può avvenire con una lampadina che si brucia e al cui posto può subentrare un'altra lampadina *uguale* (e cioè analoga, in-differente). Inoltre, la matematizzazione della fisica avviene più agevolmente di quello che avvenga a proposito della biomedicina e di molte altre scienze empiriche e anche questo contribuisce alla sua facies di scienza rigorosa. L'identità è sempre astratta (anche se, beninteso, si tratta di una felice astrazione),

l'analogia è concreta.⁷⁰

Come c'era da attendersi dell'analogia (e del principio di analogia) sono state date, storicamente, definizioni diverse, non tutte conciliabili tra loro. Il concetto di analogia, in conseguenza, rimane non solo uno dei più generici e sfumati, ma anche dei più controversi. Qui ci soffermiamo, brevemente, soltanto su tre definizioni *classiche*, lasciando le altre – o meglio, alcune delle altre – alle note, poste al termine di queste considerazioni.⁷¹

Per Aristotele l'analogia è il passaggio dal particolare al particolare, mentre l'induzione è il passaggio dal particolare al generale e la deduzione quello dal generale al particolare.⁷² Si tratta, quindi, dell'inferenza – come oggi la chiameremmo – che ha il minor grado di certezza e che non va confusa con le altre due forme, come subito avverte lo stesso Aristotele. Importante è la connessione-distinzione con il procedimento induttivo. Nell'ampia discussione interpretativa che si aprirà sul testo aristotelico, e che arriverà fino ai nostri giorni, si parlerà, su questa base, dell'anal-

gia come di una *inductio per enumerationem simplicem* (Bacone) che nulla aggiunge al nostro sapere, mentre l'induzione intesa come passaggio dal particolare al generale ne assicura l'estensione.⁷³

In realtà, anche il passaggio più elementare (dal particolare A al particolare B) costituisce già la base (o, se vogliamo, l'occasione, il pretesto) per una generalizzazione. Quanto questa debba essere cauta, in una simile circostanza, non occorre dire. L'accrescersi del numero dei casi che hanno fra loro delle coincidenze (le stesse coincidenze) porta manifestamente a una maggiore probabilità – e mai alla certezza – che il caso $n+1$ sia della stessa natura.⁷⁴ L'incidenza sulla pratica medica è – direi – sotto gli occhi di tutti. La constatazione degli "stessi" sintomi (e cioè, analoghi) in più soggetti "diversi" (e cioè, ancora una volta, analoghi) consente al medico di formulare l'ipotesi (nulla di più) che il caso *nuovo* $n+1$, il quale presenta un analogo quadro sintomatico, avrà analoghe caratteristiche e, con una probabilità che va calcolata in rapporto ad altre variabili, un analogo svolgimento. Un trattato di patologia (o di qualsiasi altra disciplina

70. Sulla contrapposizione fra principio di identità e principio di analogia cfr. Enzo MELANDRI, *La linea e il circolo. Studio logico-filosofico sull'analogia*, Bologna, Il Mulino 1968, p. 25.

71. Con la premessa che non è possibile dare una visione *ordinata* (se non in un senso temporale che ha scarso significato), ricordiamo queste definizioni dell'analogia: secondo Whately, che si richiama a una concezione matematica (l'analogia come "proporzione"), *analogy is a resemblance not between things, but only between relations*. G.C. JOYCE, voce *Analogy*, in *Encyclopaedia of Religion and Ethics*, vol. I, Edinburgh, T&T Clark 1908, p. 15;

In senso molto generale, scoprire un'analogia fra due cose è trovare un "quid", un insieme di attributi comune ad entrambe e giudicato rilevante da chi opera il collegamento analogico. Gaetano CARCATERRA, voce *Analogia*. I. Teoria generale, in *Enciclopedia giuridica*, vol. II, Roma, Ist. dell'Encicl. Treccani 1988, p.1 (dove, evidentemente, è sottolineata la componente soggettiva della "operazione" analogica; subito dopo l'A. si sofferma sulla funzione sintetica dell'analogia);

Per M.B. Hesse (o.c., pp. 32-33) esistono tre tipi di analogia così classificati con un criterio che accosta fra loro elementi eterogenei: *A. Analogia fra due oggetti in base alle proprietà che hanno in comune [...]*, *B. Analogia fra proprietà. In questo caso i termini corrispondenti non sono identici ma simili*; *C. Analogia di struttura o funzione: è alla base di gran parte della biologia classica e di tutti i sistemi classificatori*;

P. Secretan (o.c., pp. 9-10) sostiene che vi è anche un'analogia *negativa*: due o più cose, tra loro diverse, hanno in comune il fatto di non avere nulla in comune con un'altra cosa (ciò che può avere un significato in sede metafisica o teologica, ma non lo ha in sede empirica);

Per A. Olmi (o.c., pp. 69-70) *[...] l'analogia è una proprietà dei concetti, secondo la quale essi si predicano dei loro soggetti in un senso in parte uguale e in parte diverso [...]* – una definizione la cui genericità non richiede di essere sottolineata e alla quale non si sottrae nemmeno F. Bertelè nella stessa raccolta di saggi (p. 144): *In logica l'analogia è quel procedimento della ragione per cui, data una pluralità di oggetti diversi fra di loro, ad essi si attribuisce lo stesso nome con significato in sé differente ma identico sotto certi aspetti*;

Giorgio Cavallari (*Dal pensiero mitico-prelogico al pensiero razionale*, in Diego FRIGOLI (a cura di), *La forma, l'immaginario e l'uno. Saggi sull'analogia e il simbolismo*, Milano, Ed. Angelo Guerini e Associati 1993, p. 12), parla di "analogia funzionale", *cioè studio delle proporzioni strutturali e dei rapporti esistenti fra le modalità di funzionamento operanti nei diversi distretti del mondo naturale e inoltre nel corpo e nella mente dell'uomo stesso*. Un concetto non propriamente limpido.

72. Cfr. Aristotele, *Analitici primi*, II, 69a, 15.

73. Sarebbe da elaborare, a questo punto, una disamina del concetto di induzione, per la quale rinvio ad altra occasione.

74. È evidente che siamo in presenza di un intreccio problematico fra analogia, induzione e probabilità.

medica) non è altro che la generalizzazione di un insieme di esperienze simili.⁷⁵

Per John Stuart Mill l'analogia è *the inference that when one object resembles another in a certain number of known points it will probably resemble it in some further unknown points also. O anche some kind of argument supposed to be of an inductive nature, but not amounting to a complete induction.*⁷⁶ Come osserva il Melandri si ha una sorta di *petitio principii*: *l'analogia rimanda all'induzione e l'induzione, a sua volta, all'analogia.*⁷⁷ O, meglio ancora, l'analogia ricade sotto il concetto di induzione, come suo primo e parziale abbozzo. Nell'induzione vera e propria l'inferenza si fa sulla base di dati uguali, nell'analogia l'inferenza, di necessità più debole, si fa sulla base di punti di contatto fra dati che, per tutto il resto, sono diversi. E, in quest'ultimo caso la fiducia espressa da Mill sui processi induttivi si fa più debole.

Come si sa quella fiducia era fondata sopra un presupposto di chiara impronta metafisica, inaccettabile all'interno di un'epistemologia empirica: l'uniformità della natura e delle sue leggi, data, acriticamente, come certa. Si è creduto, successivamente da parte di alcuni epistemologi contemporanei (e, in particolare, del Reichenbach) di poter aggirare l'ostacolo sostituendo alla certezza la probabilità. In conformi-

tà a una concezione *frequentistica* della probabilità, tanto maggiore è il numero dei casi di un certo tipo (identici? uguali? analoghi?) incontrati in una successione di esperienze o di esperimenti, tanto maggiore è la probabilità che stiamo rispecchiando l'ordinamento della natura.⁷⁸

All'interno dell'argomento che stiamo trattando, la questione è di capitale importanza. Mette conto, perciò, riportare quello che ne scrive, con chiarezza, Maria Grazia Sandrini, nonostante la lunghezza della citazione. *Secondo Reichenbach, il problema dell'induzione si dissolve non appena si rinuncia alla concezione di una conoscenza «certa», come era quella entro cui era maturata la critica di Hume. Il calcolo delle probabilità, introdotto nella metodologia scientifica, comportava appunto tale rinuncia e l'adozione di una concezione probabilistica della conoscenza, per la quale il processo conoscitivo andava piuttosto visto come un processo di approssimazione alla verità attraverso gradi di probabilità man mano più alti, ma anche con un procedimento per prove ed errori, con il quale la probabilità di un'ipotesi poteva aumentare o decrescere, annullarsi o tendere alla certezza morale. [...] Ciò che Reichenbach non vede è che neppure il ricorso alla nozione di probabilità (e tanto meno di una probabilità frequentistica!) può af-*

francare, entro una concezione della conoscenza che si vuol mantenere empiristica, dall'assunzione di una qualche forma di regolarità nel corso naturale degli eventi (una forma più moderna ma sostanzialmente equivalente dell'assunto di uniformità della natura, senza la quale nessuna inferenza previsiva avrebbe senso). Mi pare tuttavia sintomatico che lo stesso Reichenbach fornisca poi una giustificazione del tutto pragmatica dell'induzione. Tale giustificazione è vividamente espressa nella nota metafora del cieco sperduto per impervi viottoli di una montagna disabitata: fermarsi equivale ad una morte certa. Non resta per lui che procedere cautamente, tastando la via con il bastone, consapevole che ogni passo può avvicinarlo alla salvezza o alla perdizione."⁷⁹

La Sandrini, coerentemente, prospetta, come alternativa, una concezione soggettivista (bayesiana) della probabilità, di cui uno dei più noti sostenitori è Bruno De Finetti:

"Il concetto di «conoscenza probabile», in senso lato, è un concetto implicito in ogni concezione che riconosca alla conoscenza carattere ipotetico ed aperto; in senso stretto, invece, esso è connesso con l'«approccio bayesiano», cioè con un metodo il cui scopo finale è, come vedremo in seguito, quello di pervenire all'attribuzione di un valore di probabilità alle ipotesi, laddove

75. Non ci si indugia sul fatto che la generalizzazione non scaturisce dal semplice elenco dei casi analoghi. Occorre che intervenga a renderla possibile un'operazione mentale che individua l'analogo, lo distingue dal diverso, lo ordina e lo riconduce a un principio di esplicazione.

76. John STUART MILL, *System of Logic*, III, XX, § 1.

77. E. MELANDRI, o.c., pp. 11-12.

78. Le considerazioni del Reichenbach intorno a questo argomento vanno soggette a continue oscillazioni, che testimoniano la difficoltà di trovare una fondazione sufficientemente sicura di un sapere empirico. Da un lato, egli è portato a sottolineare l'inaffidabilità dell'induzione (*«[...] gli enunciati di fatto, o sperimentali, sono "sintetici", cioè hanno valore informativo e portata gnoseologica. Essendo però fondati sull'esperienza non risultano mai immuni dal dubbio né riescono a convogliare cognizioni assolutamente certe.»* o.c., p. 46; *Oggi possiamo fare a meno della certezza [...]»* o.c., p. 56; *L'induzione non è giustificabile: ecco il risultato della critica humiana, di cui occorre intendere tutta la gravità.* – o.c., p. 92) e a coinvolgere in questo giudizio, coerentemente, anche la probabilità (*Oggi sappiamo che la validità delle cognizioni intorno al futuro non può venir provata nemmeno probabilisticamente e che l'idea stessa di un conoscere probabile va incontro a critiche analoghe a quelle già formulate da Hume.* – o.c., pp. 97-98); dall'altro è proprio all'induzione e alla probabilità frequentistica (oggettiva, quindi, od oggettivante) che si affida per un fondamento di conoscenze che possano essere definite scientifiche: *«[...] l'inferenza induttiva è lo strumento della previsione.»* o.c., p. 222; *Lo studio dell'inferenza induttiva rientra nella teoria della probabilità [...].»* o.c., p. 226; a sua volta *La concezione empiristica della probabilità è basata sulla interpretazione frequentistica. Le asserzioni probabilistiche esprimono frequenze relative di eventi ripetuti, cioè frequenze calcolate come percentuali rispetto a un totale.* – o.c., p. 228, e, finalmente: *«[...] la previsione è conoscenza probabile e la probabilità non è che il limite della frequenza. [...] Tutta la conoscenza empirica è conoscenza probabile e può venir formulata sotto forma di assunzioni induttivamente corroborate.»* o.c., p. 238. Del resto, sia pure con cautela, aveva affermato che ci sono leggi fisiche che sembrano *ineccepibilmente valide*, anche se *poche e semplici.* – o.c., p. 36.

79. M.G. SANDRINI, o.c., pp. 14-15.



il procedimento ipotetico-deduttivo, anche nelle sue forme derivate, è volto alla formulazione di un giudizio di accettazione o di rifiuto delle ipotesi controllate.”⁸⁰

“Reichenbach e De Finetti rappresentano, per un certo verso, i due opposti esiti di uno stesso atteggiamento empiristico di fondo, che li porta a condividere la critica verso ogni atteggiamento metafisico e che li spinge, entrambi, verso forme di pragmatismo più o meno accentuato. Ma mentre Reichenbach, mantenendo ferma l'illusione forse in lui contraddittoria dell'oggettività del dato empirico, identificata nella frequenza relativa, si piega agli esiti più spiccatamente pragmatistici solo quasi di fronte al problema della giustificazione dell'induzione (che è poi anche la giustificazione del ricorso alla formula di Bayes), De Finetti trae immediatamente dall'empirismo la lezione di un soggettivismo radicale della conoscenza, preferendo appoggiare tale soggettivismo ad un pragmatismo che vada ad integrare, ma non a contraddire, quel radicale empirismo di fondo. È comprensibile allora come il modello privilegiato ed indiscusso del soggettivismo sia quello della scommessa; viceversa molte critiche sono state mosse alla pretesa oggettivistica di fondare anche il ragionamento conoscitivo.”⁸¹

Credo che, una volta postisi su questa strada, si possa fare un ulteriore passo in avanti, piccolo in apparenza, ma gravido di conseguenze, accantonando risolutamente il principio dell'uniformità della natura e introducendo, in suo luogo, quello dell'uniformità delle esperienze sulla base dell'analogia, in accordo non solo con l'asserto del caratte-

re probabilistico di tutte le nostre conoscenze, ma anche con il principio umano, secondo il quale *we cannot really do a step beyond ourselves*. È all'interno delle mie esperienze che avviene il collegamento fra dati ritenuti analoghi fino a comporre la rete di supporto di una teoria interpretativa. A queste esperienze possono aggiungersi (e, di solito, si aggiungono) le esperienze (e le reti e le teorie) altrui che, opportunamente vagliate, entrano a far parte della mia esperienza, sempre in dipendenza del postulato di analogia che, in questo caso, assume la forma di questa affermazione: *gli uomini hanno in comune [alcune] esperienze analoghe* (mai, per quel che ne sappiamo, uguali e identiche).

Questa impostazione implica il ricorso a un principio a-razionale (ma non irrazionale, né, tanto meno, metafisico): quello della fiducia. Fiducia nella validità delle nostre conoscenze empiriche, fiducia nella nostra possibilità di stabilire fra loro delle connessioni sufficientemente stabili, fiducia nel contributo di accrescimento delle nostre conoscenze che può provenire dalle conoscenze altrui. In ogni caso, ovviamente, una fiducia vigile, critica e autocritica: occorre avere il coraggio di dire che il fondamento della conoscenza empirica e sperimentale sta nella coscienza della sua fallibilità e che la scienza non afferma nessuna verità, ma è continua costruzione di teorie esplicative, che si traducono in scommesse di previsione.

L'itinerario medico – diagnosi, prognosi, terapia, clinica – si presta bene a un'esemplificazione di questi principi. Un medico ha dinanzi a sé un malato che denuncia certi sinto-

mi. In questa forma mediata (la comunicazione orale o semplicemente ostensiva) quei sintomi entrano a far parte dell'esperienza del medico (vengono tradotti nel linguaggio dell'esperienza del medico). Il medico li vaglia (generalmente non li accoglie tutti o non li accoglie tutti allo stesso modo), li valuta (assegna loro un diverso grado di significatività) e li inserisce in contesti a lui noti. Formula una prima ipotesi di diagnosi. Chiede al paziente – se questi è in condizione di darle – ulteriori informazioni “mirate”. Raccolge altri sintomi (auscultazione, analisi di laboratorio, ecc.). Formula una seconda ipotesi, che può anche essere una conferma della prima. Via via compara i risultati di questo procedimento con la letteratura in merito e con la eventuale consultazione di altri medici (fa affidamento, in altre parole, sull'esperienza altrui e la integra con la propria esperienza). Formula un'ultima ipotesi. Le altre fasi (prognostica, terapeutica, ecc.) seguono, più o meno, questo andamento. L'approccio resta bayesiano e avviene, perciò, in termini di probabilità soggettiva.⁸²

La medicina non è solo conoscitiva, è anche – il più delle volte – operativa. Ciò implica una fiducia che compiendo certe azioni si ottengano i risultati desiderati o che ad essi si avvicinano. Si prevede che, a certe condizioni, la natura si lasci indirizzare verso il fine voluto. Anche in questa fase l'incertezza è ineliminabile. Questo percorso, inoltre, dà conto del fenomeno arcinoto secondo il quale due o più medici possono formulare diagnosi, avanzare prognosi, prescrivere terapie diverse di una stessa patologia. Queste divergenze possono avere

80. M.G. SANDRINI, o.c., p. 18. Interessanti sono anche le critiche che la stessa Sandrini rivolge al metodo ipotetico-deduttivo che, a suo avviso, *l...l può essere schematizzato in quattro fasi: 1. Formulazione di una ipotesi generale suggerita dalle osservazioni empiriche. 2. Deduzione da tale ipotesi delle conseguenze empiriche osservabili. 3. Esecuzione degli esperimenti e delle osservazioni empiriche. 4. Controllo dell'ipotesi alla luce dei risultati sperimentali: sua convalida o confutazione. – Si noti per inciso che mentre le fasi 2 e 3, strettamente interconnesse, rappresentano i momenti rigorosamente deduttivo ed operativo del metodo, le fasi 1 e 4 presuppongono entrambe un ragionamento induttivo: è pertanto illusoria la fiducia di chi crede di trovare in tale metodo uno strumento per eludere la fallacia connessa con il ragionamento induttivo! – Nella sua forma originaria il metodo ipotetico-deduttivo fonda la sua pretesa di validità conoscitiva su due assunti criticati da Hume, la causalità e l'uniformità della natura.* (ib., pp. 17-18).

81. M.G. SANDRINI, o.c., p. 117.

82. Anche M.G. SANDRINI (o.c., pp. 127-131) esemplifica le sue conclusioni riferendosi al *caso clinico* e sottolinea la soggettività, al tempo stesso ineliminabile e funzionale (e cioè scientifica, a certe condizioni che sono quelle dettate dalla metodologia consolidata), dell'insieme delle fasi che costituiscono il processo medico.

la loro origine in vari momenti: nella raccolta e nella selezione-valutazione dei sintomi; nei criteri seguiti per costruire il *tessuto* di un'ipotesi esplicativa; nell'estensione dei riscontri con ciò che *storicamente* è noto nei casi analoghi, ecc. Nasce, certamente, a questo proposito il problema – che qui non è il caso di affrontare – dell'*errore in medicina* e delle sue responsabilità.⁸³

Russell dà questa definizione dell'analogia (o meglio del *postulato di analogia*): *Date due classi di eventi A e B, e dato che, ogni volta che possono essere osservati sia A che B, c'è motivo di credere che A sia causa di B, allora se, in un caso dato, A viene osservato, ma non c'è modo di osservare se B si verifichi o meno, è probabile che B si verifichi; e analogamente se viene osservato B, ma non si può osservare la presenza o l'assenza di B.*⁸⁴ Poco dopo, in sede di commento, annota: *Il mondo fisico ha quelle che potremmo chiamare «abitudini», ossia, leggi causali; il comportamento degli animali contiene degli abiti, in parte innati, in parte acquisiti. Gli abiti acquisiti sono generati da ciò che io chiamo «inferenza animale», che si verifica quando vi sono i dati per un'induzione, ma non in tutti i casi in cui vi sono tali dati. Il mondo essendo così com'è, certe specie di induzione sono giustificate e altre non lo sono.*⁸⁵ E, in precedenza, aveva precisato: *L'analogia differisce dall'induzione, almeno nel mio modo di usare le parole, per il fatto che un'inferenza analogica, quando esce dal campo dell'esperienza, non può essere verificata.*⁸⁶ L'analogia, dunque, secondo queste

definizioni, è una sorta di induzione di grado inferiore (non verificabile) che connette causalmente un dato osservabile a un dato non osservabile (uscito dal campo dell'esperienza). Se tralasciamo, per un momento, la distinzione fra classi di eventi osservabili e non osservabili, potremmo tradurre queste definizioni così: se A produce B, ci si attende che l'analogo A' produca l'analogo B'. Generalizzando ulteriormente: se la classe degli eventi A ha certe caratteristiche (tra le quali, anche quella di produrre B), ci si attende che la classe degli eventi analoghi A' abbia caratteristiche corrispondenti analoghe (tra le quali anche quella di produrre B').

Ma l'aspetto più importante, ai fini della trattazione del nostro argomento, della definizione (o delle definizioni) di Russell è la precisazione che egli fa seguire a quella citata per ultima: *Non possiamo entrare nel cervello degli altri per osservarvi i pensieri e le emozioni che noi inferiamo [per analogia] dal loro comportamento.*⁸⁷ Non si può, infatti, non essere d'accordo con Roberto Magari il quale, a questo proposito, osservava: *Una delle questioni più ricche di connotazioni emotive e di risonanze «moralì» (prescrittive, esortative), [...] è quella relativa alla «realità» delle esperienze altrui (o, estremizzando, anche delle mie esperienze passate e future). Ingenuamente: ha Tizio, che ne presenta tutti i sintomi, un «reale» mal di denti?*⁸⁸ La risposta a questa domanda ubbidisce al postulato di analogia: a comportamenti simili corrispondono, generalmente, realtà simili (gli uomini sono fatti l'uno a immagine dell'altro). Naturalmente,

questa affermazione mette tra parentesi, senza trascurarla, la possibilità di casi particolari: un attore che finga, per necessità di scena, di avere mal di denti.

La questione coinvolge, in modo diretto, il rapporto tra medico e paziente. Il medico "sa" che cosa siano il dolore e la sofferenza del malato, solo sulla base delle proprie esperienze di dolore e di sofferenza. Commisura, rapporta a questo suo dato personale anche i dolori e le sofferenze del paziente che egli non ha mai provato (o non ha provato, presumibilmente, *allo stesso modo*). Ovviamente, questa affermazione è vera non solo per il medico, ma per qualsiasi soggetto umano in generale, solo che, in questo caso, la relazione con il dolore e, in prospettiva, con la morte è più diretta. Medico e paziente sono uniti strettamente dalla comune finalità di attenuare o far cessare il dolore, di individuarne ed eliminarne le cause. Questa connessione non funziona senza presupporre (postulare) un'affinità (una analogia) tra gli esseri umani. Certo, vi sono delle patologie che non si manifestano, almeno nelle loro prime fasi, attraverso il dolore. Manca un segnale d'allarme. Ma, nella maggior parte dei casi, non si tratta che di un rinvio; il dolore è latente ed esploderà e quella stessa fase di silenzio può essere preannuncio della fine. Viceversa, può esservi un dolore anche intenso, senza una patologia osservabile che lo provochi, e che va ugualmente combattuto poiché, chiaramente, in questa circostanza è il dolore stesso a farsi patologia. L'analogia invade tutta l'esperienza medica. Esempificare è perfino

83. In uno scritto di Popper e Lorenz, che risale a una quindicina di anni fa e che è citato dall'Antiseri (in D. ANTISERI; M. TIMIO, o.c., p. 35) viene riportato questo dato: *secondo stime serie, le diagnosi della malattia è falsa nel 15% dei casi e nel 30-40% dei casi il medico non sa prima dell'autopsia perché il malato sia morto in quel determinato momento.* L'Antiseri, nel commentare questo passo, osserva, giustamente, che occorre distinguere fra errore del medico ed errore della medicina. Corretta, fino all'ovvietà, è questa considerazione dello Iandolo (Costantino IANDOLO, *L'errore in medicina*, Roma, Armando 1997, p. 17): *Il medico razionale non è colui che, per salvare la diagnosi uccide il malato; bensì è colui che, per salvare il malato uccide le sue diagnosi sbagliate e tenta così di arrivare alla diagnosi esatta. Anche se in medicina si apprende dagli errori.*

84. B. RUSSELL, o.c., pp. 695-696.

85. B. RUSSELL, o.c., p. 699.

86. B. RUSSELL, o.c., p. 284.

87. B. RUSSELL, o.c., p. 284.

88. Roberto MAGARI, *Morale e metamorale. Un approccio probabilistico ai problemi morali*, Bologna, CLUEB 1986, p. 48.



troppo facile. Le protesi non sono che una imitazione della natura, qualcosa di simile a ciò che sussisteva originariamente e che *funziona* altrettanto soddisfacentemente o abbastanza bene o alla bell'e meglio, a seconda dei casi. Altrettanto si dica dei trapianti di organi e di tessuti, dove emerge con maggiore chiarezza l'ambiguità ineliminabile del postulato di analogia che è, an-

che, allo stesso tempo, principio di differenza, rivelantesi nei fenomeni di rigetto. Il terapeuta può essere allora costretto a cercare di *ingannare* il sistema immunitario, simulando affinità che non esistono. La somministrazione di farmaci si fonda sullo stesso criterio. Se il tal farmaco ha dato risultati positivi nella cura di n pazienti nei confronti dei quali è stata fatta la "stessa" diagno-

si (in realtà: analoga) si ha fiducia che gli "stessi" esiti (in realtà: analoghi) si abbiano anche nel caso $n+1$. E, a voler essere pedanti, si potrebbe sostenere che nemmeno *quel* farmaco è, propriamente, lo stesso. Sorgono, in conseguenza, problemi ben noti di calcolo statistico e probabilistico, di dosaggi dei medicinali, di controllo della loro azione, ecc. ■



OSTEONECROSI DELLA MASCELLA DA TERAPIA CON BIFOSFONATI

L'osteonecrosi dei mascellari è stata ultimamente associata a diverse situazioni cliniche o terapeutiche, tra cui la presenza di una neoplasia, terapie con farmaci chemioterapici, radioterapia, trattamenti con farmaci corticosteroidi e la presenza di patologie concomitanti quali: anemie, coagulopatie, infezioni, patologie orali.

Negli ultimi anni sono stati riportati casi di osteonecrosi dei mascellari (quasi tutti mandibolari) in pazienti trattati o in trattamento con bifosfonati, molti affetti da neoplasie e in trattamento chemioterapico o corticosteroideo, altri affetti da osteoporosi. Le osteonecrosi generalmente si sviluppano in modo spontaneo o dopo manovre odontoiatriche quali le estrazioni dentarie. Molti di loro mostravano i segni classici delle infezioni osteomielitiche.

Il trattamento con bifosfonati è il trattamento di elezione per molte neoplasie con metastatizzazione ossea, tuttavia non è possibile determinare con sicurezza se il trattamento con bifosfonati sia il vero responsabile dell'osteonecrosi, poiché potrebbero essere coinvolte altre terapie farmacologiche o altre patologie oppure concomitanza di altri fattori di rischio.

fonte:

Ist. Stomatologico Italiano - Milano - Reparto di Chirurgia Maxillo-facciale
da "Il Dentistamoderno" - Gennaio 2007

UN CASO NON COMUNE DI MALATTIA TROMBOEMBOLICA

Emilio Santoro*, Gino Parca*, Massimo Felici**, Paolo Angori**

*U.O. Medicina Interna

**Servizio Cardiologia AUSL 8 Zona Casentino

Per corrispondenza:

Dott. Gino Parca

Via Berni, 29 - 52011 Bibbiena (AR)

Tel. 0575 568253 - Cell. 339 2939168

g.parca@usl8.toscana.it

PROGETTO DI FORMAZIONE AZIENDA USL 8

Riunione settimanale fra medici dell'AUSL 8

DISCUSSIONE DI CASI CLINICI



Commissione scientifica:

dott. D. Vanni, dott. C. Pedace, dott. G. Parca
dott. R. Scala, dott. A. Casini, dott. G. Linoli

*Nell'ambito della nostra Azienda sta proseguendo una proposta formativa che individua nella multidisciplinarietà il suo punto di forza: è la proposta di una riunione settimanale fra medici, una **discussione di casi clinici** attraverso cui realizzare uno scambio di conoscenze e di esperienze fra professionisti.*

A turno colleghi di diverse specialità presentano casi clinici, che loro stessi hanno ritenuto meritevoli di discussione o in relazione all'impatto della patologia esaminata (frequenza e/o gravità della stessa), o per la peculiarità di certi aspetti.

Nel tempo abbiamo cercato di estendere la proposta anche ai me-

dici di Medicina Generale, al territorio: vediamo infatti in questo tipo di esperienza un formidabile strumento di integrazione, che ci auguriamo possa essere foriero di una sempre migliore collaborazione fra i professionisti all'interno dell'Ospedale, e fra Ospedale e territorio.

► Riassunto

Gli Autori descrivono un caso clinico complesso, in cui una malattia tromboembolica si complica con un evento cerebrovascolare (embolia paradossa da pervietà del forame ovale), in paziente portatore di neoplasia fino ad allora silente. Vengono poi presentate alcune considerazioni sul rapporto fra trom-

IL CASO CLINICO



boembolismo venoso e neoplasia, e sull'embolia paradossa come causa di patologia cerebrovascolare.

► Parole chiave

Malattia tromboembolica, embolia paradossa.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Il sig. M.N., di 74 anni, giunge in Ospedale in data 27 giugno per episodio di dolore toracico e dispnea, ad insorgenza improvvisa.

Bronchitico cronico, ex fumatore ed esposto all'amianto per motivi professionali, nei giorni precedenti aveva lamentato episodi dolorosi addominali con disturbo dell'alvo. In passato forte fumatore (circa 20 sigarette/die fino a 12 anni fa), affetto da broncopatia cronica ed asbestosi (è stato esposto all'amianto per motivi professionali, e presenta fibrosi polmonare con placche pleuriche), riferisce in anamnesi anche artrosi lombare con sciatalgia a destra, e pregressa ulcera duodenale. Un recente ricovero ospedaliero per febbre persistente e dolori colici addominali (è stato dimesso da appena cinque giorni) (in quella occasione, all'Rx torace: *esiti flogistici basali, addensamento cronico LID*, in attesa di effettuare TC torace).

All'ingresso in ospedale, presenta modica dispnea con tachipnea, lieve ipotensione arteriosa, EGA indicativa di ipossia – ipocapnia. Esegue esami ematochimici, ECG, Rx Torace ed ecocardiogramma in urgenza: dagli **esami ematici**, normalità degli indici di citonecrosi miocardica, dimostrazione di valori molto elevati di D - Dimero (4000), **ECG** sostanzialmente negativo (lieve ST sotto in sede anteriore), **ecocardiogramma** indicativo di dilatazione delle sezioni dx, con grave ipertensione polmonare (PAP sistolica 80 mmHg), ed aneurisma del setto interatriale con estroflessione sinistro-convessa.

Viene impostata terapia eparinica ed eseguita – a conferma del sospetto diagnostico di embolia polmonare – una **angio-TC toracica**,

che conclude per "multipli difetti di riempimento delle arterie polmonari, segni TC di embolia polmonare acuta". Lo studio, esteso alla valutazione dell'asse venoso femoro-iliaco-cavale, mostra anche difetti di riempimento a carico dell'asse venoso femoro-popliteo destro.

Il paziente inizia terapia eparinica, e mostra sostanziale stazionarietà sul piano emodinamico; due giorni dopo, però, presenta nuovo, importante episodio di dolore retrosternale, con dispnea ed insufficienza respiratoria ipossico - normocapnica. Compaiono inoltre deviazione della rima buccale e deficit stenico all'emisoma sinistro (emiparesi facio-brachio-crutale). Viene effettuata una **TC encefalo**, che risulta negativa per lesioni emorragiche. Viene eseguito nuovo **ecocardiogramma**, che mostra ipertensione polmonare con insufficienza tricuspida severa, e presenza di tromboembolo *in transit* a cavaliere della tricuspide: un **ecocardiogramma Trans-Esofageo** permette di individuare una pervietà del setto interatriale, così da far ipotizzare una ischemia cerebrale da embolia paradossa.

Buon recupero sotto il profilo neurologico nei giorni successivi, con decisione di posizionamento di **filtro cavale** vista la recidiva di embolia in corso di terapia anticoagulante. In data 1 luglio viene pertanto impiantato filtro cavale permanente sottorenale.

Nei giorni successivi, progressivo miglioramento del quadro clinico, sia sotto il profilo neuromotorio (con pressoché completa "restituzione") che dal punto di vista dell'equilibrio emodinamico.

Sia per il precedente richiamo clinico a livello addominale, che per l'evidente stato trombofilico, il paziente viene sottoposto a studio del tubo digerente, con **colonscopia** che rivela "processo stenotico del sigma", che all'**esame istologico** si caratterizza come "adenocarcinoma scarsamente differenziato".

Il paziente viene avviato pertanto ad intervento chirurgico, che esegue in data 29 luglio. Viene dimesso dall'Ospedale dieci giorni dopo, con

proposta di successivo ciclo chemioterapico con follow-up clinico – strumentale. ■

DISCUSSIONE

Il caso in questione, ci ha notevolmente impegnato sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico - assistenziale.

A nostro avviso merita di essere segnalato per almeno due motivi di interesse: uno di carattere più generale, che riguarda il rapporto fra tromboembolismo e neoplasie; ed uno più particolare, relativo al presentarsi di una rara causa di patologia cerebrovascolare quale l'embo-

lia paradossa.

La **correlazione fra tromboembolismo venoso (TEV) e tumore**, ben nota fin dalle prime osservazioni di Trousseau nel 1865 ("flebitis migrans" in portatore di eteroplasia gastrica), riveste una duplice importanza clinica: da un lato, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare possono rappresentare la prima manifestazione di una neoplasia ancora silente (da cui la discussione su quanto debba estendersi lo screening per neoplasia occulta in pazienti con trombosi venosa profonda o embolia polmonare idiopatiche); dall'altro lato, è universalmente noto come il paziente affetto da neoplasia presenti un aumentato rischio di sviluppare complicanze tromboemboliche venose rispetto a quanto osservabile nella popolazione generale: questo deve portare a mantenere alto l'indice di sospetto diagnostico nel paziente neoplastico, ed al tempo stesso a considerare sempre l'opportunità di una adeguata profilassi delle tromboembolie.

La malattia neoplastica può essere considerata come una condizione trombofilica acquisita. La patogenesi è multifattoriale, notevolmente complessa e non ancora del tutto nota (chiamando in causa elementi legati a ciascuno dei fattori della ben nota triade di Virchow: stasi, danno endoteliale, fattori della coagulazione).

La correlazione fra TEV e patologia neoplastica assume una connota-



zione clinica ancora più interessante se si pensa che la diagnosi di tumore può essere posta a distanza di tempo rispetto all'insorgenza dell'episodio trombotico: nel follow-up di pazienti ricoverati per TEV idiopatica, l'11% manifesta successivamente la comparsa di una neoplasia clinicamente silente al momento dell'evento tromboembolico. Trials retrospettivi condotti su vasta casistica di soggetti affetti da TEV documentano come il rischio di ammalare di tumore nell'anno successivo alla diagnosi di TEV sia da due a quattro volte superiore a quello evidenziabile nella popolazione generale^{1,2}

Il rapporto fra pervietà del forame ovale (PFO) e patologia cerebrovascolare non è ancora del tutto chiarito, ed il PFO è at-

tualmente inserito fra le cardiopatie emboligene probabili. Il Forame Ovale consente, durante la vita fetale, il passaggio unidirezionale del sangue dall'atrio destro al sinistro. Dopo la nascita, con lo sviluppo del circolo polmonare, l'aumento della pressione in atrio sinistro ne determina la chiusura. In circa un terzo della popolazione, rimane un piccola pervietà clinicamente irrilevante. La presenza di condizioni predisponenti, quali l'infarto ventricolare destro, l'ipertensione polmonare e la malattia tromboembolica, permettono il salto del filtro polmonare, dando luogo alla cosiddetta "embolia paradossa". L'associazione PFO – ictus³ è stata rilevata soprattutto in giovani adulti, colpiti da ischemia cerebrale criptogenetica. La terapia consiste nell'uso di antiaggreganti

in caso di PFO isolato, e di anticoagulanti orali in caso di PFO associato a TEV o aneurisma del setto interatriale. La terapia chirurgica per via endovascolare (impianto di un device a chiusura del difetto interatriale) è indicata in pazienti selezionati ad alto rischio di recidiva di ischemia cerebrale. ■

■ Bibliografia

1. Baron JA, Gridley G, Linet M: *Venous Thromboembolism and cancer*, Lancet 1998 – 4 ; 351: 1077 – 80.
2. Prandoni P, Lensing AW, tenCate JW: *DVT and the incidence of subsequent symptomatic cancer*, N Engl J Med 1992 – 10 ; 327: 1128 - 33.
3. Lechat P, Mas JL, Loron P: *Prevalence of patent forame ovale in patients with stroke*, N Engl J Med 1988, 318: 1148 – 52. ■



L E NUOVE DIPENDENZE E LA SALUTE PUBBLICA

L'Ambulatorio per il gioco d'azzardo del Dipartimento delle Dipendenze della A-Usl 8 di Arezzo dopo due anni di attività

Valentina Cocci, Stefano Benci, Carla Biagianti, Maria Luisa Cucinelli, Donatella Frullano, Anne Marie Marioli, Martina Sangalli, Paolo E. Dimauro

Ser.T. Zona Aretina Dipartimento Dipendenze A-Usl 8 AREZZO
Via Fonte Veneziana 17 - 52100 AREZZO

Per corrispondenza:
Valentina Cocci - Resp. "Gruppo G.A.N.D." Ser.T. Zona Aretina Dip.to Dipendenze
Tel. 0575 255943

v.cocci@usl8.toscana.it

► Riassunto

In questo lavoro viene presentato il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze della A-USL 8 di Arezzo per il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze. Utilizzando un approccio che inquadra il gioco d'azzardo e le altre dipendenze senza sostanze come questioni di salute pubblica, si analizzano sia il percorso di cura offerto al giocatore e alla sua famiglia sia la rete territoriale coinvolgente più soggetti, istituzionali e non, della provincia aretina. Infine, vengono riportati alcuni dati sulla casistica afferente all'Ambulatorio dopo due anni di attività.

► Parole chiave

Gioco d'azzardo, trattamenti multiprofessionali integrati, rete territoriale, salute pubblica.

Introduzione

La maggior parte dei giocatori che chiede aiuto al nostro Ambulatorio ha già sviluppato un rapporto patologico con il gioco da diversi

anni. Quando il giocatore o, più frequentemente, il familiare si rivolge a noi per un aiuto, il gioco è diventato un problema non solo dal punto di vista psicologico con le caratteristiche di una *dipendenza senza sostanza*¹ (assuefazione, tolleranza, astinenza) ma ha già creato numerosi danni a più livelli: economico, lavorativo, familiare, relazionale. Il giocatore si dibatte tra debiti, conflitti coniugali, isolamento sociale, depressione e rischio suicidario, perdita del posto di lavoro, microilleciti per procurarsi il denaro, ecc.. In altri termini, nella nostra esperienza il gioco d'azzardo si viene a configurare sempre più come un'*emergenza sociale* la cui portata è ancora "sommersa" ma con un potente impatto sul piano non solo del giocatore e della sua famiglia ma anche dell'intera comunità locale². Il gioco d'azzardo, riconosciuto come disturbo psichiatrico fin dal 1980 dall'American Psychiatric Association, nel DSM-IV viene classificato tra i "Disturbi del Controllo de-

I. Per "nuove dipendenze" o dipendenze senza sostanze si intendono le dipendenze da comportamenti. Oltre al gioco d'azzardo, altri fenomeni sono: lo shopping compulsivo, la dipendenza da internet, la dipendenza sessuale e affettiva, il rischio estremo, ecc. Per approfondimenti, si veda anche il sito Gruppo G.A.N.D. www.cedostar.it/gand/gand.htm

II. Uno studio (1) ha cercato di quantificare gli effetti del gioco sul benessere della comunità utilizzando differenti indicatori: costi legati alla criminalità, costi relativi alla perdita del posto di lavoro per il giocatore e al conseguente minor introito sociale, ecc...

gli Impulsi Non Classificati Altrove" ed è definito come un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative. I dieci criteri stabiliti dall'APA rappresentano uno dei principali strumenti utilizzati nella diagnosi del gioco d'azzardo patologico^{III} (v. **tab. I**). La presenza in un giocatore di almeno cinque criteri su dieci indica un legame problematico con il gioco. Da un punto di vista epidemiologico, si stima che il gioco d'azzardo patologico possa interessare dall'1 al 3% della popolazione. ■

Il modello organizzativo per il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze del SerT Zona Aretina

A settembre 2004 il Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo, all'interno del Ser.T. Zona Aretina, ha istituito il "Gruppo per il Gioco d'Azzardo e le Nuove Dipendenze" (Gruppo G.A.N.D.) i cui ambulatori, costituiti da una stanza per i colloqui e una sala riunione per i gruppi, sono situati presso l'Ospedale S. Donato di Arezzo in una sede distaccata rispetto al Ser.T..

A) La clinica

- *L'équipe di lavoro*

L'équipe per il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze, formata da uno psicologo (responsabile del gruppo di lavoro), un medico, un assistente sociale, un'infermiere professionale, un educatore professionale e un sociologo del Ser.T. Zona Aretina, offre, *in forma gratuita e riservata*, interventi multiprofessionali rivolti sia al giocatore che alla famiglia.

- *Modalità di accesso*

Il soggetto con problemi di gioco d'azzardo e nuove dipendenze e i suoi familiari possono accedere direttamente ai nostri trattamenti telefonando al Ser.T. di Arezzo (0575-255943) o all'Ambulatorio

dell'Ospedale (0575-254344).

Riportiamo di seguito il percorso di cura la cui sintesi è in **tab. II**.

- *Primo colloquio*

Il primo colloquio viene effettuato dallo psicologo e, dove possibile, già in questo incontro viene coinvolta la famiglia del giocatore.

- *Valutazione psicologica, sociale e medica*

Dopo il primo colloquio si dà l'avvio ad una fase di valutazione psico-socio-sanitaria.

La *valutazione psicologica* viene effettuata attraverso colloqui sia individuali che familiari e test per indagare la personalità (MMPI-2) e specifici per le patologie. In particolare, per il gioco d'azzardo si utilizzano il SOGS^{IV}, l'intervista diagnostica sul gioco di Robert Ladoceur⁵ e il questionario sulla comorbilità tra gioco, alcolismo, tabagismo, tossicodipendenza e dipendenza da farmaci.^V

La *valutazione sociale* avviene con colloqui individuali e familiari ed esplora aree di sofferenza dovute a problemi di natura economica, legale e relazionale che interessano ambiti di vita del giocatore (famiglia, lavoro, amicizie, tempo libero). Conoscere l'entità dei debiti contratti e i relativi creditori (leciti e non) è un requisito indispensabile per facilitare il trattamento di cura che può prevedere il "tutoraggio economico" per il controllo delle spese e del flusso del denaro tramite la collaborazione di una figura (tutor) esterna al servizio. Lo scopo del tutoraggio economico è di far recuperare al giocatore un rapporto sano con il denaro, la ritrovata tranquillità economica consente di affrontare poi gli altri aspetti della vita personale che sono stati danneggiati dal gioco.

Nell'ambito della valutazione del danno economico può essere necessario promuovere forme di tutela del patrimonio personale e del-

la famiglia tramite istituti giuridici preposti e attivare un percorso di sostegno socio-assistenziale in collaborazione con il servizio sociale dell'ente locale o con altri soggetti del volontariato. Il medico valuta la situazione fisica generale, l'eventuale uso di alcol o sostanze stupefacenti, la necessità di un trattamento farmacologico.

Da agosto 2006, con frequenza trimestrale, nel percorso di valutazione sono stati introdotti due incontri di sensibilizzazione di gruppo rivolti specificamente ai nuovi utenti e alle loro famiglie. Ogni incontro si articola in mezz'ora di informazione e un'ora e mezza di lavoro di gruppo. L'informazione riguarda la psicologia del giocatore, la famiglia, il denaro e il tutoraggio economico. Questi incontri hanno un duplice obiettivo: a) fornire informazioni corrette su queste nuove patologie; b) favorire un aggancio relazionale tramite il confronto con altre famiglie.

- *Trattamenti*

Gli interventi psico-socio-sanitari integrati si articolano in setting individuali, familiari, di gruppo. In **tabella II** sono sintetizzati i principali trattamenti offerti dall'ambulatorio.

- *Il trattamento farmacologico*

Da relativamente pochi anni sono stati eseguiti studi sul gioco d'azzardo patologico e di solito tali lavori prendono in visione esigui numeri di utenti affetti da tale patologia.

Ancora più limitati sono gli studi riguardanti il trattamento farmacologico e i farmaci risultati più interessanti sono i farmaci antidepressivi serotoninergici (clomipramina e fluvoxamina), farmaci stabilizzanti il tono dell'umore (litio, carbamazepina e acido valproico) e in taluni studi viene utilizzato il naltrexone, farmaco antagonista dei recettori per gli oppioidi alla dose di 200 mg al dì. Tale farmaco pare ridurre l'impellenza per il gioco d'azzardo.

III. Per un'analisi più approfondita degli strumenti diagnostici, si veda (2).

IV. Il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (4) è uno strumento di valutazione di molteplici aspetti del gioco d'azzardo patologico costituito da 20 domande e con il quale si può ottenere un valore massimo di 20 punti: 3-4 punti significano potenziali difficoltà relative al gioco, 5-8 punti indicano un gioco problematico, 9 o più punti indicano un problema di gioco d'azzardo patologico.

V. Questionario elaborato in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità toscana.



Di recente utilizzazione è l'olanzapina, neurolettico atipico, che pare agire sul disturbo di tipo ossessivo-compulsivo.

Naturalmente, una attenta valutazione psicopatologica e la valutazione di comorbidità sono i punti di partenza per un trattamento del gioco d'azzardo, dove il trattamento farmacologico è solo uno degli strumenti terapeutici in uso agli specialisti.

B) La rete territoriale

Partendo da un vertice di lettura che considera il gioco d'azzardo e le nuove dipendenze problematiche di *salute pubblica*^{5,6}, a gennaio 2005, il Ser.T. si è fatto promotore della costituzione di un "Gruppo di Lavoro interistituzionale per il Gioco d'Azzardo e le Nuove Dipendenze" (GdL G.A.N.D.).

Il Gruppo di Lavoro ha al suo interno rappresentanti di varie realtà territoriali: Ser.T. Zona Aretina e Sezione di Epidemiologia e di Educazione alla Salute dell'Azienda Usl 8 di Arezzo, Servizio Sociale del Comune di Arezzo, Assessorato alle Politiche Sociali e Giovanili della Provincia di Arezzo, Caritas Diocesana di Arezzo-Cortona-Sansepolcro, Misericordia di Arezzo in qualità di Fondazione Antiusura, Guardia di Finanza Provinciale, Associazioni dei Commercianti (Confcommercio e Confesercenti).

Gli obiettivi del GdL G.A.N.D. sono a più livelli: attivare canali di comunicazione e favorire spazi di confronto tra i vari soggetti coinvolti (clinici, politici, comunità locale, forze dell'ordine, privato sociale, associazionismo, gestori dell'industria del gioco); sensibilizzare la comunità locale; promuovere azioni preventive^{VI} di tipo primario, secondario e terziario⁷.

C) La ricerca

Sono in corso due progetti di ricerca per aumentare la conoscenza del fenomeno del gioco d'azzardo nel

territorio aretino:

1. Mappatura dei giochi leciti e identikit del giocatore

Grazie alla collaborazione con le Associazioni dei Commercianti e con il Centro Documentazione del Ser.T. Zona Aretina, è stato possibile attuare una ricerca-azione che ha per obiettivi: a) la mappatura di sale bingo, punti SNAI ed esercizi pubblici che, nel Comune di Arezzo, risultano in possesso di autorizzazione per l'esposizione di slotmachine; 2) la delineazione di un profilo del giocatore abituale, attraverso un'intervista che alcuni operatori del Gruppo GAND hanno somministrato ai gestori. I risultati della ricerca sono in corso di interpretazione e saranno oggetto di una prossima pubblicazione.

2. Ricerca sulla comorbidità tra gambling e dipendenze da sostanze

In collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana e su finanziamento dell'U.F. di Educazione alla Salute della A-Usl 8, da luglio 2006 a luglio 2007 si svolgerà un progetto di ricerca sulla comorbidità tra gambling ed altre forme di addiction tra gli utenti del Ser.T. Zona Aretina (tossicodipendenti, alcolisti, tabagisti, giocatori). ■

Casistica

In questi due anni di attività hanno preso contatto con il nostro Servizio N.31 soggetti con problemi di gioco d'azzardo e nuove dipendenze; di questi 31, N. 3 sono state consulenze richieste da altri servizi, N. 1 si è trasformato in un sostegno al coniuge di un giocatore che non ha accettato invece il trattamento e N. 27 si sono trasformati in prese in carico. Di questi 27 soggetti presi in carico, N. 24 hanno diagnosi primaria di gioco d'azzardo patologico e N. 3 diagnosi di shopping compulsivo.

Attualmente, rispetto all'esito del trattamento, dei 27 soggetti in carico, N. 16 sono ancora in carico in-

sieme alle famiglie; N. 6 hanno abbandonato il trattamento; N. 4 sono stati dimessi; n. 1 è stato trasferito. Per quanto riguarda l'utenza che ha preso contatto con l'Ambulatorio (N. 31 soggetti), sintetizziamo in **tabella III** le principali caratteristiche socio-anagrafiche e relative alla dipendenza.

Se vogliamo stilare un profilo medio del nostro campione possiamo dire che l'utente medio è maschio, coniugato, giocatore di slotmachine, ha la licenza media inferiore e un lavoro dipendente, è fumatore ed ha contratto molti debiti nel corso degli anni di gioco.

Soffermandoci su quest'ultimo aspetto, è nell'ambito della cerchia familiare che il giocatore chiede aiuto quando il problema del gioco diviene insostenibile dal punto di vista economico. Infatti, il 74% ha accumulato debiti dovuti al gioco d'azzardo e probabilmente il problema viene svelato in famiglia in conseguenza delle difficoltà economiche che non possono essere più nascoste e che verosimilmente condizionano l'economia di tutto il nucleo familiare.

Un altro dato degno di nota riguarda l'invio al Servizio che viene fatto principalmente da istituzioni pubbliche (DSM, Spazio Famiglia, ecc.) o da medici specialisti privati contattati dalla persona in difficoltà o, più frequentemente, dalla famiglia del giocatore. Questo dato ci dice la conoscenza dell'esistenza dell'Ambulatorio soprattutto tra gli operatori socio-sanitari del Servizio sia Pubblico che Privato.

Un altro dato rilevante che richiederebbe ulteriori studi è quello che riguarda la presenza nella metà del nostro campione di "genitori problematici", cioè il 44% dei nostri utenti sono figli di almeno un genitore con problemi o di gioco o di alcol o di tipo psichiatrico. ■

VI. Concretamente, per esempio, azioni preventive per il gioco d'azzardo possono comportare l'informare la clientela sugli elementi che stimolano la compulsività (velocità e facilità delle giocate, illusione di controllo, ecc.) e sulle esatte possibilità di vincita (sfatare le false illusioni di soldi facili) oltre che il prevedere misure di tutela nel caso di evidente frattura tra le proprie disponibilità economiche e il denaro investito nel gioco (7) (8).



Metodologia

Attraverso un'opportuna tecnica statistica (*chi quadro*), abbiamo analizzato la correlazione tra alcune variabili, cioè eventuali relazioni statisticamente significative tra alcune caratteristiche del campione: sesso (Maschio/Femmina)/esito gioco (gioca/non gioca), gravità della dipendenza da gioco (punteggio al SOGS)/fumo di sigaretta (fuma/non fuma), gravità dipendenza da gioco (punteggio al SOGS)/debiti di gioco (presenti/assenti), età inizio gioco/esito gioco (gioca/non gioca), esito trattamento (in carico, concluso, interrotto, trasferito)/esito gioco (gioca/non gioca). ■

Risultati

Dall'incrocio tra queste variabili, emergono tre elementi degni di nota:

- a) una relazione significativa dal punto di vista statistico^{VII} (livello di significatività $p < .05$) tra la gravità della dipendenza da gioco secondo quanto rilevato dal punteggio al test SOGS e l'essere fumatore come se la dipendenza da gioco andasse di pari passo con la dipendenza da nicotina;
- b) una relazione tendente alla significatività dal punto di vista statistico^{VIII} (livello di significatività $p < .05$) e, comunque, significativa dal punto di vista clinico tra la variabile esito gioco (gioca/non gioca) e la variabile esito trattamento (in carico, interrotto, dimesso, trasferito) rispetto all'incrocio "in carico/non gioca", "ha abbandonato il trattamento/gioca". In altre parole, c'è una relazione tendenzialmente significativa tra l'essere un utente in trattamento e l'aver smesso di giocare e l'aver abbandonato il trattamento e il continuare a giocare;
- c) una relazione tendente alla significatività dal punto di vista statistico (livello di significatività $p < .05$) e, comunque, signifi-

cativa dal punto di vista clinico tra la variabile SOGS e la variabile avere o non avere debiti di gioco. In altre parole, c'è una relazione tendenzialmente significativa tra la gravità della dipendenza da gioco e l'aver contratto debiti a causa di esso. ■

Conclusioni

Questo nostro lavoro vuole costituire uno stimolo di riflessione rispetto ad alcune questioni che il problema del gioco d'azzardo e delle nuove dipendenze pone:

1. *dal punto di vista della nostra casistica*, almeno quattro sono i dati che aprono ipotesi di lavoro:
 - a) il profilo medio del giocatore: maschio, istruzione scolastica bassa e, di conseguenza, impieghi lavorativi che determinano, in genere, un reddito basso, senza trascurare la percentuale di disoccupati. Questi parametri inducono a pensare al gioco d'azzardo come un'ultima possibilità di elevare la propria condizione economica, di riscattare, magari, gli errori commessi o presunti tali durante la vita. Questa ipotesi è ulteriormente suffragata dall'età media del campione (42 anni), un'età che, come conferma la letteratura a proposito, in soggetti con basso livello culturale e basso reddito, è percepita come un trapasso verso la vecchiaia.
 - b) il peso della storia familiare caratterizzata da problemi di dipendenza da sostanze o da gravi problematiche psicologiche nei genitori dei nostri giocatori: ci si chiede quanto elementi di sofferenza nel legame di attaccamento o nella storia trigenitoriale

possono aver influito nella costruzione di un legame di dipendenza non evolutivo e stereotipato come è la dipendenza da gioco d'azzardo;

- c) gioco d'azzardo e fumo di sigarette: viene confermata un'evidente relazione tra maggior coinvolgimento al gioco e maggior consumo di tabacco;
 - d) efficacia del trattamento: il giocatore in trattamento riesce a controllare meglio il sintomo rispetto a chi ha interrotto;
2. *dal punto di vista della concezione delle "dipendenze"*, il superamento di un'impostazione tradizionale del problema *addiction* che lo vede declinato solo in contesti stigmatizzanti e di dipendenza da sostanze illegali per avvicinarlo sempre più a condizioni di normalità e allargandolo a fenomeni di migrazione o di compresenza nello stesso soggetto di dipendenze diverse (con e senza sostanze);
 3. infine, *dal punto di vista organizzativo*, la necessità da parte del Servizio Pubblico per le tossicodipendenze di risposte differenziate (nella sede, nei contesti terapeutici, nelle azioni preventive, ecc.) rispetto all'utenza tradizionale. ■

■ Bibliografia

1. Vaillancourt F., Roy A. (2000), « Gambling and Governments in Canada. 1969-1988: How much? Who pays? What Payoff? », *Special Studies in Taxation and Public Finance No. 2*, Canadian Tax Foundation, Toronto.
2. Capitanucci e Carlevaro (2004), *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*, Bellinzona, Hans Dubois.
3. Ladouceur R. et al. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo*. Vincere il gambling, Centro Scientifico Editore, Torino.
4. Lesieur H.R., Blume S.B. (1987) "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Path-

VII. Chi-quadro 0.013

VIII. Chi-quadro 0.091



ological Gamblers", *American Journal of Psychiatry*, 144 (9).

5. Korn D., Shaffer H.J. (1999), "Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective", *Journal of Gambling Studies*, Vol.15, N.4, 289-365.

6. Korn D., Gibbins R., Azmier J. (2003), "Framing Public Policy Toward a Public Health Paradigm for Gambling", *Journal of Gambling Studies*, Vol.19, N.2, 235-256.

7. Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco*

d'azzardo. *Prospettive psicodinamiche e sociali*, McGraw Hill, Milano.

8. Capitanucci D. (2004), "Gioco d'azzardo e salute pubblica", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 7/2004, 4-9. ■

Tabella I Criteri per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico secondo il DSM-IV

1. Il giocatore si sente preso dal pensiero del gioco
2. Il giocatore ha bisogno di mettere in palio somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitamento desiderato
3. Il giocatore fa degli sforzi ripetuti, ma infruttuosi, per controllare, ridurre o arrestare le sue attività di gioco
4. Il giocatore si sente agitato o irritabile quando tenta di ridurre le sue attività di gioco, o quando tenta di porvi termine
5. Il giocatore si dà al gioco per sfuggire a difficoltà o per calmare sentimenti disforici
6. Il giocatore, dopo aver perso del denaro al gioco, torna spesso a giocare, il giorno dopo, per recuperare le sue perdite (ossia per "rifarsi")
7. Il giocatore mente ai membri della sua famiglia, al suo terapeuta o ad altre persone, per dissimulare l'ampiezza reale delle sue abitudini di gioco
8. Il giocatore commette degli atti illegali, come falsificazioni, inganni, furti, truffe, per finanziare le sue attività di gioco
9. Il giocatore, per via del gioco che lo domina, mette in pericolo o perde una relazione affettiva importante o un lavoro, o mette in pericolo le sue possibilità di studio o di carriera
10. Il giocatore conta sugli altri per ottenere del denaro e per uscire da una situazione finanziaria grave provocata dal gioco

Per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico: presenza di almeno cinque dei suddetti sintomi

Tabella II Percorso di cura del giocatore e della sua famiglia



Tabella III Caratteristiche socio-anagrafiche e specifiche della dipendenza degli utenti presi in carico dall'Ambulatorio G.A.N.D. nel periodo ottobre 2004-settembre 2006

UTENTI	27		MASCHI 22 (81,5%)			FEMMINE 5 (18,5%)	
DIAGNOSI	GIOCO D'AZZARDO 88,9%		SHOPPING COMPLS. 11,1%				
SCOLARITA'	MEDIE 59,3%	SUPERIORE 18,5%	ELEMENT. 14,8%	LAUREA 3,7%	ANALFABETA 3,7%		
OCCUPAZIONE	OPERAIO 40,7%	PENSIONATO 14,8%	DISOCCUP. 11,1%	IMPIEGATO 7,4%	LIBERO PROF. 7,4%	NON RIL. 18,6%	
STATO CIVILE	CONIUGATO 55,6%	CELIBE/NUB 25,9%	SEPARATO 11,1%	CONVIVEN. 3,7%	VEDOVO 3,7%		
GIOCO PREVALENTE	SLOT MACHINE 70,8%	LOTTO 12,5%	CAVALLI 8,3%	CARTE 4,2%	BINGO 4,2%		
ETA' GIOCO PROBLEMAT.	< 30 anni (8)	31 - 39 (7)	40 - 49 (6)	50 - 59 (5)	OLTRE 60 (1)		MEDIA 37,51 S.D. 12,99
ETA' ACCESSO AL SERT	< 30 anni (6)	31 - 39 (6)	40 - 49 (5)	50 - 59 (9)	OLTRE 60 (1)		MEDIA. 42,62 S.D. 12,08
SOGS	GIOCO PATOLOGICO 67,2%		GIOCO PROBLEMATICO 21,7%		NON RIL. 11,1		
FUMATORE	SI 77%		NO 11,5%		NON RIL. 11,5%		
ESITO GIOCO	NON GIOCA 55,6 %			GIOCA 44,4%			
DEBITI DI GIOCO	SI 74,1%		NO 18,5		NON RIL. 7,4%		
INVIO	PUBBLICO 40,8%		PRIVATO 29,6%		NON RIL. 29,6%		
PROBLEMI NEI GENITORI	GIOCO 18,5%	ALCOL 11,1%	DIST.UMORE 11,1%	GIOCO/ALCOL 3,7%	NO ROBLEMI 55,6%		
RICHIESTA AIUTO AL SERT	CONIUGE 40,8%	DI PERSONA 18,5%	GENITORI 14,8%	FRATELLI 14,8%	FIGLI 11,1%		
TRATTAMENTO FARMACOLOG.	NO 59,3%			SI 40,7%			



A PROPOSITO DI *Risk Management*

Marco De Prizio

UO Chirurgia Generale II Ospedale S. Maria alla Gruccia
Gruppo di lavoro gestione rischio clinico Azienda USL 8

Per corrispondenza:
Marco De Prizio Via Isonzo, 12 - Arezzo
tel. 335 8008326

ma.dep@tin.it

► Riassunto

Il termine "risk management" è mutuato dal mondo aeronautico, l'errore può essere analizzato in modo personalistico cercando i responsabili a fini sanzionatori, oppure può essere analizzato in modo sistemico individuando le complesse reti causali che lo hanno favorito. Questa modalità di approccio all'errore è approdata in Italia da pochi anni ed introdotta nei testi legislativi come "gestione del rischio clinico". L' Azienda USL 8, come indicato dalla Regione, ha individuato i referenti e ha avviato il processo di formazione del personale preposto all'introduzione di questa modalità di lavoro.

► Parole chiave

Gestione rischio clinico; errore in medicina.

Contesto culturale

Lo studio e la gestione del rischio clinico o risk management, come si usa ormai dire nel gergo comune mutuato dal lessico anglosassone, è un settore nuovo ma sempre più interessante nell'ambito dei sistemi sanitari moderni.

I principi teorici a cui si è ispirato il risk management in sanità prendono spunto dal mondo dell'aviazione militare e civile. Già a partire dalla metà del secolo scorso era noto come alla base di molti incidenti aerei vi fosse uno o più errori umani, le statistiche analitiche riportavano una percentuale che raggiungeva il 70 %. Tali incidenti, come è noto, erano quasi sempre letali per i passeggeri e per l'equipaggio, il velivolo risultava distrutto e le polizze as-

sicurative, ad ogni nuovo incidente, incrementavano i loro premi. Molti di questi errori sarebbero stati prevenibili se gli operatori avessero segnalato situazioni e/o procedure rischiose; purtroppo ciò non avveniva quasi mai per il timore di ripercussioni sugli avanzamenti di carriera o di perseguibilità legale.

Reason, psicologo cognitivista inglese, attorno al 1960, studiò a fondo il problema e si rese conto che l'errore umano, nonostante l'impossibilità di evitarlo del tutto, nascesse in circostanze complesse e spesso correlate ad altri errori latenti legati al sistema organizzativo. Egli propose un sistema di segnalazione, incident reporting è il termine originale, in cui chi segnalava l'errore non solo non era penalizzato ma altamente gratificato per aver attivato un processo di studio degli eventi avversi con implicazioni positive a medio e lungo termine.

Tale nuovo approccio all'errore nei sistemi ad alta complessità ha fornito dei risultati eccellenti, tanto che, molte agenzie assicurative si sono rese disponibili ad abbattere i premi assicurativi alle compagnie aeree che si fossero dotate di un sistema di risk management.

Trasferire la metodica di studio degli eventi avversi dal mondo aeronautico a quello sanitario è stato molto semplice, infatti, entrambi sono sistemi ad alta complessità tecnologica ed organizzativa dove il singolo errore umano non può mai prescindere dal contesto in cui avviene. Fin dagli anni 80 negli USA, nel Re-

gno Unito ed in Australia sono iniziati tentativi di standardizzazione dei sistemi di risk management in sanità. I risultati ottenuti, ormai validati da casistiche di tutto rispetto, riportano una riduzione del numero degli eventi avversi ma soprattutto una diminuzione dei contenzioni e delle richieste risarcitorie nel caso di errore medico. ■

Dimensione del problema

Nei paesi anglosassoni iniziano ad essere disponibili dati statistici che evidenziano la rilevanza dell'errore umano in medicina. Su 100 pazienti ricoverati in Ospedale il 3,3% va incontro ad evento avverso causato da errore medico che nel 13,1% causa il decesso. Risulta inoltre che il 57% degli eventi avversi risulta prevenibile (to err is human, institute of medicine, 1999).

In Italia non vi sono ancora dati certi, si possono evincere alcune considerazioni indirette ma sufficientemente significative: i morti per errore medico ogni anno in Italia variano da 15.000 a 55.000 (studio CINEAS); si calcolano circa 12.000 procedimenti legali pendenti nei tribunali; le compagnie assicurative risarciscono 413 milioni di euro ogni anno a fronte di 175 milioni di premi raccolti, tanto che importanti società assicurative hanno abbandonato il mercato sanitario italiano. Gli errori riguardano prevalentemente le seguenti specialità: ortopedia (16%), pronto soccorso (13%), chirurgia (10%), ostetricia e ginecologia (8%), medicina generale (5%). ■



Il "clinical risk management"

La risposta al suddetto incalzante problema non può essere, evidentemente, il nascondimento degli eventi avversi negli ambiti sanitari ma l'attivazione di specifici interventi che prevedano una corretta valutazione degli errori in medicina prima che essi possano avere ripercussioni sulla sicurezza del paziente.

Il contenimento del rischio clinico, sia per l'utente che per l'operatore, non si ferma alla sola disamina dell'errore del singolo, ma pone l'attenzione sulle condizioni di lavoro, riprogettando contesti organizzativi (processi, protocolli e procedure) che possano ammortizzare i possibili fallimenti umani.

Operativamente si tratta di creare una condivisione culturale tra gli operatori in modo da aumentare il livello di attenzione e di vigilanza sugli eventi avversi (quelli di cui l'opinione pubblica viene a conoscenza) ma soprattutto sui mancati incidenti e sulle azioni insicure. La tempestiva segnalazione volontaria di questi eventi permette di attivare momenti d'incontro tra operatori coinvolti (essenzialmente "Audit clinici" e "Mortalità and Morbidity Review"), al riparo dai circuiti legali-assicurativi, al fine di revisionare l'accaduto e individuare le azioni e/o le procedure di miglioramento.

Questa modalità di lavoro, nei paesi che la utilizzano, ha dato risultati sorprendenti producendo una riduzione degli eventi avversi, ma soprattutto, abbassando il livello di conflittualità operatori-utenti e quindi riducendo i contenziosi legali.

A conferma di ciò, nel dicembre 2006, proprio ad Arezzo, è stato organizzato un Forum Internazionale sul Clinical Risk Management per fare il punto della situazione e lanciare proposte legislative in questa materia ai Parlamenti Europei. Lo stesso Ministro della Salute, Livia Turco, nel suo intervento ha sottolineato l'urgente necessità di avere leggi ade-

quate in materia di Rischio Clinico.

Riferimenti legislativi e documentali

La raggiunta consapevolezza che il rischio clinico non potesse più essere misconosciuto e lasciato a qualche, sporadica esperienza sperimentale ha dato avvio alla produzione di leggi e decreti per la regolamentazione della materia. Si elencano le fonti più significative:

- Istituzione Centro Regionale (Delib. Reg. Tosc. 1170/2003)
- Linee di indirizzo gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente (Delib. Reg. Tosc. 1387/2004)
- Piano formazione GRC (Delib. Reg. Tosc. 302/2005)
- Piano Sanitario Regionale (Delib. Reg. Tosc. 225/2005)

Altri documenti che rappresentano delle pietre miliari nel percorso di introduzione del risk management nella sanità della nostra regione sono:

- Protocollo di intesa tra Regione Toscana e Federazione Regionale Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.
- Atti del convegno sull'Audit clinico organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Firenze con la presenza di Avvocati e Magistrati.

Esperienza della Azienda usl 8

Ricependo le normative regionali, nei primi mesi del 2005, la Direzione Aziendale della usl 8 ha deliberato l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale coordinato da due Risk Manager uno di area Medica e uno di area Infermieristica. Dopo la formazione specifica dei Risk manager e dei componenti del gruppo di lavoro, che ha impegnato i restanti mesi del 2005, nel 2006 sono stati promossi cinque corsi di tre giorni ciascuno rivolti ai cosiddetti facilitatori: un medico e ad un infermiere per ogni unità operativa della usl.

Il ruolo dei facilitatori è fondamentale, infatti questi professionisti avranno il compito di incentivare la segnalazione volontaria degli errori diventando il tramite con il gruppo di lavoro aziendale.

Terminate queste indispensabili azioni preliminari, dal 2007, gli errori potranno essere segnalati mediante apposite schede direttamente ai clinical risk manager o tramite i facilitatori della propria UO. Il gruppo di lavoro provvederà all'esame dell'evento e, qualora la sua rilevanza lo renda necessario, a organizzare gli audit clinici o gli incontri di revisione di morbilità e mortalità. Per la presenza a suddetti eventi saranno distribuiti gli ECM come previsto dalle delibere regionali.

È importante precisare che tutto il processo, dalla segnalazione volontaria in poi, si svolgerà in ambito esclusivamente clinico senza risvolti legali o disciplinari nei confronti degli operatori coinvolti. La documentazione di tutto il procedimento non farà mai parte integrante della cartella clinica o dei fascicoli personali. Solo le eventuali indicazioni di miglioramento tecnico-organizzativo saranno trasmesse alla Direzione Sanitaria affinché le esami e metta in essere le eventuali azioni correttive.

Questa nuova modalità di affrontare gli errori in ambito sanitario non potrà non coinvolgere, in un futuro assai prossimo, i Medici di Medicina Generale e l'Ordine Professionale, anche in considerazione della nuova edizione del codice deontologico che si occupa per la prima volta di questo problema.

Bibliografia

1. Reason J. Human error: models and management. Brit. Med. J. 2000; 320: 768-70
2. Reason J. Human error. New York: Cambridge University Press, 1990
3. Norman DA. The psychology of everyday things. New York: Basic Books, 1998
4. Tartaglia R, Bagnara S, Bellandi T, Albolino S. Healthcare ergonomics and patient safety. Taylor and Francis, London 2005



L A MIA ESPERIENZA UMANITARIA da una piccola cosa può nascere una grande cosa

Gabriella Ravalli

Pediatra di famiglia

COOPERAZIONE INTERNAZIONALE SANITARIA DEI MEDICI:

L'Ordine intende proporsi come strumento di sensibilizzazione per i medici interessati a progetti di cooperazione sanitaria internazionale. Al fine di una opportuna verifica si pregano i colleghi già impegnati in iniziative del genere a voler comunicare all'Ordine il proprio nominativo, le attività svolte e l'eventuale associazione umanitaria con cui collaborano. Tale comunicazione può essere effettuata anche da coloro i quali intendano partecipare ai futuri progetti. Nei prossimi mesi l'Ordine organizzerà un incontro, nel corso del quale le varie professionalità, partecipanti all'iniziativa potranno scambiarsi opinioni ed esperienze. Per ulteriori informazioni, contattate il Consigliere Dr. Roberto Romizi

Cosa è HHPP

Circa un anno fa sono stata invitata da un'associazione umanitaria della Valdinievole HHPP (humanitarian help for poor people) a partecipare come pediatra ad una missione in Brasile, a Salvador Bahia..

Un sogno, si dice, nel cassetto.

HHPP è una piccola associazione umanitaria ONLUS fondata nel 2003 che si prefigge come scopo di aiutare le popolazioni povere del mondo attraverso:

1. un aiuto sanitario diretto (visite mediche, fornitura di medicinali, vaccinazioni)
2. un aiuto indiretto con raccolta di fondi per la costruzione di strutture, acquisto di apparecchiature mediche, finanzia-

mento di interventi chirurgici o di terapie per casi gravi. La raccolta avviene attraverso le donazioni o iniziative culturali e ludiche da noi organizzate.

3. Adozioni a distanza.

La prima cosa che penserete è: "Ecco l'ennesima associazione che ...chiede soldi! ma dove andranno a finire?" ■

Come lavoriamo

Avendo vissuto in prima persona questa esperienza voglio sottolineare che:

1. le spese dell'associazione sono ridotte al minimo, infatti ci paghiamo da soli il viaggio e le spese della missione. Si alloggia in strutture religiose.
2. i soldi che servono si portano "direttamente" per comprare i farmaci, se possibile portiamo a mano o spediamo medicinali, vestiti e giocattoli.
3. I versamenti sono gestiti dalle suore per le adozioni che, comunque, riguardano bambini da noi conosciuti e scelti tra i casi più drammatici.

Ad oggi sono state effettuate dall'associazione 12 missioni in Brasile, Perù, India e Romania.

Nel 2007 sono previsti: camp sanitari in India (Andra Pradesh e Kerala), Romania, Brasile, la 1° missione in Kenia, la costruzione di un reparto ginecologico a Thullur (India). ■

Perché una missione

Dopo venticinque anni di lavoro come pediatra di famiglia ho sentito il desiderio di mettere a disposizione la mia esperienza a chi non può, come succede da noi, al-

ESPERIENZE



zare il telefono e chiamare il dottore. Un gesto per noi abituale, ma che gente che non ha nulla e soffre non può fare.

Amore per il mio lavoro e amore per i bambini e, in fondo non lo nascondo, la voglia di mettermi alla prova. ■

La mia esperienza in Brasile

Dal 29 aprile al 12 maggio 2006 si è svolta la mia missione a Salvador Bahia.

Hanno preso parte al viaggio: Giorgio Martini, medico e presidente dell'associazione, Cinzia la nostra esperta farmacista, Nella, infermiera e improvvisata interprete, Elisabetta, giovane volontaria e animatrice dolcissima, Giovanna Testai e la sottoscritta come pediatre.

Abbiamo soggiornato presso la "casa Belem" (casa del pane), dove risiedono suore francescane che gestiscono una scuola ai confini delle favelas di Amaralina.

I bambini poveri ogni giorno ricevono qui lezioni e un pasto caldo, servito direttamente sul banco della classe. Vengono dalle loro misere baracche e vi tornano ogni sera educati e nutriti. Ogni settimana ricevono "la cesta": un sacco contenente alimenti di prima necessità: pasta, riso, fagioli, zucchero, utili per la sopravvivenza loro e della loro famiglia.

Tutto questo è reso possibile attraverso le offerte.

Durante il nostro camp sanitario abbiamo approntato un ambulatorio e una farmacia sui banchi di scuola e visitato centinaia di persone e fornito farmaci necessari a chi non può permettersi assistenza privata (come sapete la sanità in Brasile si svolge quasi esclusivamente a pagamento).

Ogni giorno lunghe file di bambini e adulti dietro il cancello di casa

Belem..

Ogni giorno avrei voluto che non finisse mai per non lasciare nessuno fuori senza l'aiuto necessario.

Abbiamo visto patologie respiratorie, malnutrizione, malattie cutanee (scabbia e micosi) parassitosi, diabete, ipertensione; abbiamo programmato interventi chirurgici per patologie cardiache ed inviato pazienti per esami ematici da noi finanziati presso le strutture adeguate.

Camminando per le favelas, tante piccole baracche addossate l'una all'altra, in cui si vive in condizioni igieniche e sociali indescrivibili, miseria e degrado ti accompagnano ad ogni passo.

La semplicità di questa gente e il calore, la gioia di vivere anche se non possiede nulla mi hanno dato emozioni intense e fatto molto riflettere su valori che talvolta sono solo "addormentati" nella fretta della nostra esistenza.

Nella mia mente è impressa l'immagine delle loro braccia tese verso di noi e dei loro canti di saluto e di gratitudine nella messa di ringraziamento che ci hanno dedicato l'ultimo giorno del nostro soggiorno... E non vedo l'ora di tornare e di fare di più. ■

La mia esperienza in India

Thullur è un villaggio di capanne nella zona centro-occidentale dell'Andra Pradesh in India.

Non sapevo della sua esistenza prima di partire per una missione dal 4 al 16 ottobre 2006.

Anche questa volta eravamo un bel team: il presidente dell'associazione Giorgio, Luciana Biancalani ed io come pediatre, Cinzia la farmacista, Laura validissima infermiera e quattro volontari: Elisabetta, Sergio, Riccardo e Carlotta.

Il convento che ci ha ospitato è diretto da suor Jane, specialista in ginecologia.

Adiacente al convento c'è la scuola con più di 500 bambini e un piccolo dispensario dove ad ogni ora del giorno e della notte dalle capanne del villaggio e dei villaggi vicini giungono malati per essere curati dalla suora medico o per partorire bambini in una sala parto improvvisata. Abbiamo visitato anche qui centinaia di persone, vaccinato per epatite B centinaia di bambini, dato a tutti le medicine comprate sul posto da noi, fatto medicazioni. Abbiamo visto di tutto: morsi di serpenti, tubercolosi, malaria, un caso di lebbra, glaucoma, patologie congenite. Gli ospedali sono lontani e costano cari: la salute non è un diritto.

L'ospedale pubblico è praticamente inesistente, in rovina e in condizioni igieniche indescrivibili.

Immaginate distese di piantagioni di cotone, riso e banani dove si vedono coltivatori chini a lavorare ore per pochi centesimi. Villaggi di capanne dove a volte c'è solo un tetto di foglie e, a volte, pareti di canne; e dove, quando arrivano le piogge, spazzano via tutto. Si mangia una ciotola di riso e si dorme all'aperto. NO, non potete immaginare, come anch' io non immaginavo, perché è proprio un altro mondo.

Qui a Thullur vogliamo costruire un punto nascita e stiamo raccogliendo fondi per questo. Abbiamo posto la prima pietra in questo nostro viaggio e portato i primi soldi per iniziare i lavori.

Abbiamo lavorato sodo, pochi giorni è vero, giorni "rubati a una vacanza", perché tutti noi abbiamo un lavoro e una famiglia.

Non riesco a dimenticare quegli occhi grandi e neri che esprimevano rassegnazione, dignità e tanta gratitudine.

Lavoriamo insieme dando ognuno ciò che può e ciò che sa. ■

Per ulteriori informazioni sull'attività dell'associazione potete connettervi al sito www.humanitarianhelps.it dove troverete i diari delle varie missioni nei paesi dove operiamo, le notizie necessarie per le adozioni e donazioni, per poter collaborare con noi, le nostre iniziative e... tanto altro.

L'OSPEDALE SANATORIALE "GARBASSO"

Francesca Farnetani*, Italo Farnetani**

*Medico chirurgo - Collaboratore dell'Istituto dell'Enciclopedia Italiana "Treccani" - Roma
** Professore a contratto Università di Milano-Bicocca, Pediatra, Giornalista, Collaboratore dell'Istituto dell'Enciclopedia Italiana "Treccani" - Roma

Per corrispondenza:
Dott.ssa Francesca Farnetani
Piaggia del Murello, 44 - 52100 Arezzo
cell. 338 9674913

chiccafarnetani@virgilio.it

Nella storia del "Sanatorio" aretino è importante la data del 1° agosto 1935 quando assunse la direzione dell'Ospedale Sanatoriale "Garbasso" un grande scienziato, Dario Maestrini.^{1,2} ■

Dario Maestrini e "legge di Maestrini-Starling"

Nel 1914 Dario Maestrini aveva scoperto la "legge del cuore", oggi chiamata "legge di Maestrini-Starling". Gli studi del Maestrini avevano dato la spiegazione scientifica del funzionamento del cuore, che è valida ancora oggi e si applica perfino al cuore trapiantato. Il Maestrini sia per l'invidia dei colleghi, sia perché antifascista dovette lasciare nel 1924 l'Università di Roma ove era aiuto dell'Istituto di fisiologia umana e intraprese la carriera ospedaliera. Dario Maestrini dopo aver svolto le funzioni di primario medico in vari ospedali, fra cui per 10 anni quello di Teramo, ed essere stato direttore dell'Ospedale Sanatoriale di Gorizia dal 1° gennaio al 31 luglio 1935, dal 1° agosto venne ad Arezzo.^{3,4} Dario Maestrini è stato il più grande medico che abbia lavorato ad Arezzo e vi giunse per caso perché non aveva potuto continuare la carriera universitaria che probabilmente gli avrebbe fruttato l'assegnazione del premio Nobel per la medicina e perché, perugino di nascita, con il trasferimento ad Arezzo voleva riavvicinarsi alla famiglia di origine. Il "Garbasso" perciò ebbe uno scienziato come direttore e il Maestrini

condusse importanti studi clinici, soprattutto sull'applicazione della "legge del cuore" al malato i cui risultati sono riportati in 60 pubblicazioni scientifiche fra cui segnaliamo per importanza: *La legge del cuore in clinica*, Atti XLVI Congresso Società Italiana di Medicina Interna - Volume Comunicazioni, Roma, 1942, pp. 62-70; *Lezione di cardiologia all'Istituto di Patologia Medica dell'Università di Roma* (20 maggio 1949). *Policlinico Sezione Pratica*, LVIII (1951), pp. 939-945.

Nel campo dello studio della tubercolosi il Maestrini individuò un nuovo segno clinico, la «dolorabilità nella zona della fossetta sopraclavicolare minore» che indicava la compromissione tubercolare dell'apice del polmone. Ideò anche «l'ossipneumoperitoneo» che era un nuovo metodo di cura della peritonite tubercolare.

Il "Sanatorio" di Arezzo acquisì subito un notevole prestigio, come è dimostrato dal fatto che il responsabile della sezione radiologica, Fiumicello Fiumicelli, fu inviato dalla direzione nazionale a curare l'allestimento tecnico e attivare i reparti radiologici presso gli ospedali sanatoriali di Siena (1935) e di Grosseto (1936). Tale reparto era una delle sezioni più importanti dei sanatori perché i raggi X erano allora il principale mezzo diagnostico per seguire l'andamento della malattia e attuare anche forme di prevenzione. Il Maestrini lasciò la direzione dell'Ospedale Sanatoriale di Arezzo nel



marzo del 1951 per raggiunti limiti di età.⁵⁻⁷ La direzione del grande Ospedale aretino fu assunta da un fisiologo di Firenze, Egidio Lenci. ■

Nuove cure, ma sono insufficienti i posti letto ospedalieri

Dopo l'introduzione dei primi farmaci antitubercolari, dalla fine degli anni '40, si ebbe una notevole riduzione della mortalità della malattia, per cui progressivamente, anche grazie alle migliorate condizioni socioeconomiche generali, si ebbe un netto calo dei casi di malattia tubercolare che però aveva ancora un ruolo primario come si evince da alcuni Atti parlamentari del dopoguerra.

Il 22 ottobre 1948 fu presentata da vari deputati la proposta di legge n. 144 denominata «Protezione degli scolari nei pericoli della tubercolosi». La premessa e la motivazione della proposta di legge si basava sull'osservazione che gli insegnanti fossero una fonte importante di contagio per bambini e adolescenti. Con una ben precisa impostazione epidemiologica venivano riportati alcuni dati: «Maestri colpiti da tubercolosi: riferiti in percentuale l'1,5%, riferiti in cifre assolute numero 2625; alunni di scuola elementare colpiti da tubercolosi riferiti in percentuale il 4%, riferiti in cifre assolute numero 200.000». Viene riferito poi che il maestro lascia l'insegnamento solo quando la forma tubercolare è ormai in fase avanzata e viene valutato che: «I circa 3.000 insegnanti malati vengono a contatto con non meno di 150.000

alunni». Viene poi riportata una distinzione tra bambini e adolescenti che è propria del pediatra. «Quanto alla scuola media è assolutamente accertata la minore resistenza e la maggior predisposizione dall'adolescenza nei confronti della tubercolosi e tuttavia siamo in obbligo di ricordare che le statistiche assegnano agli studenti delle scuole medie e dell'Università un posto non inferiore a quello che spetta ai giovani lavoratori per quanto riguarda la morbilità e la mortalità tubercolare.». Anche in un ulteriore brano emerge l'impostazione della situazione «Sono presenti alla coscienza di ciascuno di noi le gravi condizioni del nostro paese per quanto riguarda la tubercolosi enormemente aumentata a causa della guerra e delle sue conseguenze; la nostra coscienza stessa deve dolorosamente ammettere che non siamo in grado, per deficienza di mezzi, di fronteggiare il flagello sociale della tubercolosi e che stiamo abituandoci al pensiero che per 600.000 malati adulti disponiamo solo di 60.000 posti letto e per 200.000 bambini riconosciuti malati si predispongono mezzi di lotta e di cura per un numero non superiore a 30.000.». La legge composta da 14 articoli fu in seguito approvata e prevedeva l'obbligo degli insegnanti di presentare il certificato medico che attestasse l'assenza di forma tubercolare e visite periodiche agli alunni e studenti di ogni scuola di ordine e grado

Come si vede pur essendo ancora alto il fabbisogno di posti letto sanatoriali si stavano perfezionando altre forme di profilassi e cura.

Era comunque arrivato il tempo per gli ospedali sanatoriali di riconvertirsi e quello di Arezzo lo fece nel modo migliore possibile, infatti fu trasformato in un polo chirurgico e divenne il centro di riferimento per la chirurgia toracica a cui affluivano pazienti, oltre che dalla Toscana, da altre 4 regioni: Emilia-Romagna, Marche, Umbria e alto Lazio. Due o tre volte la settimana veniva a operare ad Arezzo Giuseppe Zorzoli che era chirurgo toracico presso l'Ospedale "Forlanini" di Roma. Allievo di Eugenio Morelli, fu uno dei primi, a livello internazionale, a studiare le possibilità del trapianto del polmone già dagli anni '50 periodo in cui operava ad Arezzo.

Nel 1977 l'Ospedale Sanitoriale "Garbasso" si fuse con gli altri nosocomi presenti in Arezzo e nei comuni limitrofi e divenne "Ente Ospedaliero di Arezzo". ■

■ Bibliografia

1. I. Farnetani, *Un mistero nel cuore*, in *Corriere medico*, VI (1989), 28/29 settembre 1989, p. 31.
2. I. Farnetani, *75° anniversario della scoperta della "legge del cuore" di Dario Maestrini*, in *Corcianonotizie*, II (1991), aprile 1991, p. 4.
3. I. Farnetani, *Dario Maestrini, mancato premio Nobel*, in *Notizie di storia*, III (2001), pp. 7-9.
4. I. Farnetani, F. Farnetani, *È ad Arezzo il giallo della "Legge di Maestrini-Starling"*, in *Il Cesalpino*, 2002: 57-62
5. *Panorama biografico degli italiani di oggi* Curcio, Roma 1956, vol. II, p. 901.
6. *Enciclopedia delle scienze e delle tecniche*, 1964 Firenze, fasc. 36, p. 23.
7. *Grande dizionario enciclopedico UTET*, vol. II, Torino 1969, p. 671. ■



DALLA SANITÀ ALLA SALUTE NELLA VALDICHIANA ARETINA

passato, presente e futuro

Paolo Ricciarini

Presidente Cooperativa Etruria Medica Valdichiana

paoloricciarini@hotmail.com

“DALLA SANITÀ ALLA SALUTE NELLA VALDICHIANA ARETINA: PASSATO, PRESENTE E FUTURO” è il titolo di un libro (casa editrice Le Balze) pubblicato qualche mese fa che ha come autori: Bruno Benigni, Giuseppe Alpini, Fulvio Armellini e Franco Cosmi, che hanno svolto o svolgono il loro lavoro in questa vallata

Questa pubblicazione colma sicuramente un vuoto documentario sulla storia e le prospettive della sanità in Valdichiana e serve come base di discussione per poter progettare nuovi modelli organizzativi che rispondano meglio alla domanda di salute dei cittadini.

Il volume è diviso in due parti: la prima parte come dice anche il titolo ci ricorda il passato e racconta note di storia sanitaria della Valdichiana Aretina dal Medioevo fino ai nostri giorni.

Non mancano in queste pagine del libro delle curiosità: molti illustri personaggi del passato si sono interessati delle condizioni igieniche sanitarie della nostra terra fra questi Dante e Boccaccio che nei loro scritti hanno definito questa valle come luogo insalubre e infame palude nemica della salute dei suoi abitanti. Naturalmente la storia sanitaria di una popolazione è strettamente legata alle vicissitudini politiche che un dato territorio ha vissuto nel corso dei secoli e queste sono raccontate nella prima parte del volume.

Ampio spazio è dedicato poi a tutte le leggi riguardanti la sanità che si sono succedute in Italia (e come sono state applicate in Valdichiana), prima della Legge 833 del 1978 che

istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Le regioni ricevevano dalla riforma i poteri di programmazione, di coordinamento e di controllo su tutta la sanità, mentre la gestione era affidata alle Unità Sanitarie Locali. Nacque così la USL 24 che comprendeva tutti i comuni della Valdichiana, per la prima volta riuniti insieme e per la prima volta ad un assetto geografico omogeneo veniva fatto corrispondere un unico governo per la sanità e per le politiche sociali affidate dalla legge alla USL, si realizzava concretamente il principio “un territorio un governo”.

E’ da questo momento in poi che si comincerà anche se tra molte difficoltà a parlare di zona e soprattutto di ospedale unico della Valdichiana in quanto la regione Toscana iniziava in quegli anni l’opera di riordino delle strutture ospedaliere. Sempre storia recente è la riorganizzazione delle Asl da parte della regione, nel 1994 la Valdichiana entra a far parte della ASI 8 che rappresenta l’intera provincia aretina. Sempre in questi anni venne decisa la sede, dopo forti scontri campanilistici, del nuovo ospedale della Valdichiana in località Fratta di Cortona.

Nella seconda parte della pubblicazione si affronta il tema della Sanità nella Valdichiana tra presente e futuro:

partendo dall’esistente e cercando di proporre un futuro migliore in campo sanitario per la nostra vallata. A parte qualche eccezione in tutti i paesi evoluti le reti ospedaliere si sono ridotte, i posti letto più che dimezzati, il tempo di degenza fortemente accorciato, an-

RECENSIONE



che la tipologia delle prestazioni è profondamente cambiata a vantaggio degli interventi intensivi e specialistici. C'è una nuova sintonia tra leggi, piani sanitari nazionali e regionali, culture professionali e necessità locali per cui tutti chiedono di porre al centro dell'attenzione dei Comuni e delle Asl la questione della sanità territoriale. Si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi sono assorbiti dall'ospedale. Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui Medici di Medicina Generale e sui pediatri di libera scelta, verso i quali è dimostrato il gradimento dei cittadini, per trovare forme nuove di erogazione dei servizi e di giocare nel territorio un ruolo maggiore che in passato. E' il distretto secondo gli autori, il punto fondamentale. La costituzione di un distretto forte e radicato nel territorio con tutta la sua rete di servizi (prevenzione e assistenza sanitaria, medicina legale, igiene ambientale, assistenza veterinaria, assistenza farmaceutica, assistenza sociale, educazione sanitaria) può rispondere alla domanda di salute sempre più pressante che viene dai cittadini.

In questa ottica la Medicina Generale della Valdichiana riunitasi in Cooperativa (la Cooperativa Etruria Medica è nata nel 1999) ha avanzato proposte interessanti, affinché le cure primarie che rappresentano il primo livello di contatto degli individui e delle comunità con il servizio sanitario, avvicinino il più possibile i bisogni della popolazione alle strut-

ture che erogano servizi sanitari.

Nasce quindi l'idea della Casa della Salute di Castiglion Fiorentino, ma analoghe strutture potrebbero realizzarsi a Foiano e a Camucia. Si potrebbe sviluppare una rete di cure primarie in tutta la Valdichiana che sia presente 24 ore su 24 e sette giorni la settimana interessando ovviamente anche la continuità assistenziale (ex guardia Medica) e le postazioni del 118 oggi presenti nel territorio, anche se in questi ultimi tempi si parla di riorganizzazione di questi servizi e quando si usa questa parola molte volte si intende riduzione dei servizi stessi, tale fatto costituirebbe un forte ostacolo alla realizzazione di questi ambiziosi progetti. Alcune pagine del libro illustrano il progetto Casa della Salute e ne spiegano i punti salienti, il rapporto nuovo fra servizi e cittadini, la compartecipazione della popolazione a progetti di salute, un nuovo modello organizzativo di cure primarie, l'integrazione sociosanitaria, la riabilitazione, i ruoli dei Comuni nelle politiche di welfare.

L'ospedale di Comunità di Foiano, nato nel 1997, rappresenta per la comunità della Valdichiana un'importante struttura che va ulteriormente rafforzata perché sa rispondere ai bisogni della nostra popolazione costituita in grande maggioranza da persone anziane. Anche qui è il medico di medicina generale che gestisce la parte sanitaria della struttura avvalendosi di volta in volta della consulenza di specialisti se necessaria.

L'esperienza pilota sull'Alzheimer sviluppatasi in Valdichiana a comin-

ciare dal 1998 è stata un esempio importante di piano integrato di salute che ha coinvolto la Asl, i comuni, la medicina generale e il volontariato e ha prodotto un percorso che va dalla prevenzione, alla diagnosi alla cura all'assistenza del malato ma anche ad un supporto assistenziale per la famiglia necessario e doveroso. Lo stesso accadrà con il progetto Cure palliative attivato da pochi mesi e che vede come attori la Medicina generale, la Asl i Comuni e il Calcit Valdichiana.

Non poteva mancare naturalmente un capitolo dedicato al nuovo ospedale della Valdichiana aperto da poco più di un anno, ne descrive le attività dei reparti e della specialistica, le future potenzialità di integrazione che potrebbero esserci fra ospedale e territorio.

Questo libro dà quindi la possibilità al lettore di fermarsi un attimo, riflettere in maniera concreta e, partendo dall'esistente, progettare il futuro della sanità in Valdichiana. più specificatamente definire quale integrazione sia possibile fra sanitario e sociale, fra ospedale e territorio, fra enti locali e Asl 8.

Gli autori auspicano la fine delle divisioni e delle asprezze politiche fra i vari comuni per giungere a pensare alla sanità in Valdichiana in un ottica di sistema, sapendo però che nulla è conquistato una volta per sempre e che spetta agli amministratori continuare a vigilare e ad incalzare i responsabili della sanità perché come dice il titolo del libro la sanità si trasformi in salute per gli abitanti della Valdichiana. ■

IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEI DISTURBI PSICOTICI NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Aggiornamento



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

Roma, 28/12/2006

Comunicato

La Commissione Consultiva Tecnico Scientifica (CTS) dell'A.I.F.A. ha ritenuto necessaria la definizione di un programma di Farmacovigilanza Attiva, relativo agli antipsicotici di prima e di seconda generazione nella terapia dei disturbi psicotici e comportamentali in pazienti affetti da demenza. Le modalità operative di tale progetto sono state riportate nel comunicato dell'AIFA del 21 luglio 2005.

Il presente Comunicato, che deriva dalla discussione della CTS del 9-10 maggio 2006, fa seguito al precedente ed ha lo scopo di fornire ulteriori aggiornamenti ed integrazioni in merito all'utilizzo dei farmaci antipsicotici (ATC N05A), nei pazienti affetti da demenza.

Il comunicato dell'AIFA del 21 luglio 2005 va letto alla luce di quanto disposto dall'attuale normativa¹ che prevede che:

- *"In singoli casi il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o*

una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata...omissis... qualora il medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale".

Il medico prescrittore, quindi, dovrà acquisire il consenso informato dal paziente, secondo le norme vigenti, previa informazione, puntuale ed esaustiva, sui farmaci e il rischio di reazioni avverse.

- La prescrizione dei farmaci antipsicotici nella demenza dovrà essere effettuata attraverso i centri specialistici autorizzati, identificati dalle regioni, con la procedura di rimborsabilità, da parte del SSN, in regime di distribuzione diretta.

Le aziende sanitarie dovranno adottare il modello unico di scheda (in allegato) per la prescrizione di inizio trattamento e una serie di schede di monitoraggio (in allegato) per ogni pa-

LEGGI DECRETI CIRCOLARI FNOmCEO E ENPAM



ziente con diagnosi di demenza e in trattamento con antipsicotici. Tale modulistica supera e sostituisce ogni altra in uso. Le visite di monitoraggio devono avere cadenza bimestrale pertanto la dispensazione degli antipsicotici non deve superare i 60 giorni di terapia.

- Le schede dovranno essere trasmesse al Servizio Farmaceutico della ASL o alla Farmacia dell'azienda ospedaliera e dovranno essere custodite per eventuali approfondimenti e

controlli. Poiché si ritengono di rilevante interesse i motivi dell'eventuale sospensione del trattamento, da indicare nella scheda di monitoraggio, si chiede la massima collaborazione ai medici e ai farmacisti perché forniscano un'esauriente informazione.

- In ogni caso, qualora insorgano reazioni avverse in relazione all'uso di questi farmaci, esse vanno segnalate con il modulo e le procedure del Servizio Nazionale di Farmacovigilanza.

Si riporta di seguito il percorso clinico per i medici che operano nell'ambito dei Centri Specialistici, che consente la prescrizione degli antipsicotici nella demenza.

Bibliografia

1. Art. 3, comma 2 della Legge 8 aprile 1998, n. 94: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 86 del 14 aprile 1998.

1. Valutare attentamente il disturbo da trattare. Nei malati di demenza, infatti, non tutti i disturbi del comportamento richiedono un trattamento con antipsicotici. Tale trattamento deve essere, infatti, riservato al controllo dei disturbi comportamentali gravi che non abbiano risposto all'intervento non farmacologico (modifiche ambientali, counseling, ecc.)
2. Iniziare la terapia con una dose bassa e raggiungere gradualmente il dosaggio clinicamente efficace.
3. Se il trattamento è inefficace, sospendere gradualmente il farmaco e prendere eventualmente in considerazione un diverso composto.
4. Se il trattamento è efficace, continuare a trattare e monitorare il soggetto per un periodo di 1/3 mesi e poi, una volta che il soggetto sia asintomatico, tentare di sospendere gradualmente il farmaco. Gli alti tassi di risposta al placebo in tutte le sperimentazioni effettuate (mediamente attorno al 40%) ci ricordano infatti che siamo in presenza di sintomi per loro natura fluttuanti nel tempo e che tendono a risolversi spontaneamente nel breve periodo.
5. Evitare di somministrare due o più antipsicotici contemporaneamente. Questa pratica che dovrebbe essere eccezionale è in realtà troppo diffusa: da stime nazionali a circa il 2% dei dementi nella popolazione generale e a circa il 14% di quelli istituzionalizzati vengono somministrati due o più antipsicotici contemporaneamente.
6. Evitare l'uso concomitante di antipsicotici e benzodiazepine. Una percentuale variabile tra l'1 e il 5% dei dementi nella popolazione generale e circa il 17% di quelli istituzionalizzati vengono trattati con antipsicotici e ansiolitici ipnotici contemporaneamente. A più del 4% dei dementi in istituzione vengono somministrati contemporaneamente tre o più tra antipsicotici e ansiolitici ipnotici. Anche questa associazione andrebbe fortemente limitata, soprattutto alla luce della dichiarazione dell'EMA che riporta l'uso concomitante di benzodiazepine e olanzapina tra i fattori predisponenti associati all'aumento di mortalità.
7. Monitorare attentamente sicurezza ed efficacia dei antipsicotici e segnalare tempestivamente tutti gli effetti indesiderati.
8. Somministrare con estrema cautela gli antipsicotici a soggetti con fattori di rischio cardiovascolare dopo attenta valutazione dello stato clinico e con rivalutazione dei parametri vitali (e in particolare della pressione in clinico e in ortostatismo) a distanza di una settimana dall'inizio della terapia.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Nello Martini



D **ELIBERAZIONE N. 51** **FNOMCeO**

Il Comitato Centrale della FNOMCeO riunito a Roma il 23 febbraio 2007,

VISTE le precedenti determinazioni adottate dalla FNOMCeO con le linee-guida sulle Medicine non convenzionali individuate dal Consiglio Nazionale di Terni il 18 maggio 2002 e successivamente approvate il 21 giugno 2002 nelle quali si riconduceva ad atto medico l'esercizio di nove Medicine e pratiche non convenzionali;

RITENUTO opportuno, in vista della sempre più frequente richiesta di tali specifiche prestazioni professionali e in assenza di una legislazione nazionale in materia riaffermare la propria competenza e responsabilità in ambito deontologico. Tutto ciò con particolare riguardo ai doveri deontologici dei medici chirurghi e degli odontoiatri in tema di trattamento terapeutico, di informazione al cittadino e acquisizione del consenso, nell'intento della massima tutela della salute e a garanzia del livello qualitativo delle prestazioni dei medici e degli odontoiatri;

CONSIDERATA la necessità da parte della FNOMCeO, alla luce dell'art. 2 comma 1, lett. b) della legge 4 agosto 2006 n. 248 in materia di pubblicità dell'informazione di indicare, in fase di prima applicazione, agli Ordini provinciali quale atto di indirizzo e coordinamento, i criteri sui quali fondare la verifica sulla veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario informativo riguardo all'esercizio professionale in ambito non convenzionale,

FATTO PROPRIO il documento scaturito dal dibattito del Consiglio Nazionale riunito a Roma il 22 febbraio 2007 sul tema delle Medicine e pratiche non convenzionali;

VISTO l'art. 15 comma 1, lett. b) del DLCP 16 settembre 1946 n. 233 relativo all'attribuzione di coordinare e promuovere l'attività degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri,

DELIBERA

di approvare il documento elaborato dal Consiglio Nazionale del 22 febbraio 2007 e il relativo allegato che ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

All.to

Resp. procedimento: Rossella Procino



MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI

(Consiglio Nazionale – 22 febbraio 2007)

Il percorso di responsabilità riguardo alla tematica dell'esercizio professionale delle Medicine e pratiche non convenzionali, già avviato a Terni dalla Federazione Nazionale nel 2002, vede oggi la FNOMCeO esercitare nuovamente, a distanza di cinque anni, un ruolo di riferimento per i Colleghi medici e odontoiatri a garanzia della dignità della Professione ma soprattutto un compito di tutela della salute dei cittadini e di salvaguardia del livello qualitativo delle prestazioni professionali rese anche in ambito non convenzionale.

La presa di posizione di Terni rimane a tutt'oggi l'espressione concreta della doverosa attenzione che la FNOMCeO deve porre in essere in tutti i campi dell'esercizio professionale.

Non è stato un percorso facile e ancora oggi rivendichiamo la giustezza di quella scelta.

Ritenere che l'esercizio professionale di nove Medicine e pratiche non convenzionali costituisce atto medico già all'epoca fu espressione della volontà di offrire al cittadino la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica. Libertà di scelta che secondo noi medici ed odontoiatri non può prescindere dalla piena informazione dei possibili e diversi approcci diagnostici e terapeutici.

Sulla base, quindi, del consenso libero e informato si ritenne consapevolmente di trasferire nella sfera delle responsabilità etiche, civili e tecnico-professionali un sistema di conoscenze e di attività quali le Medicine e pratiche non convenzionali, pur nella consapevolezza delle difficoltà esistenti sul piano della metodologia scientifica che caratterizza e definisce la Medicina ufficiale.

L'Ordine professionale riafferma anche in questo campo la propria competenza e responsabilità in ambito deontologico con particolare riguardo ai doveri dei medici in tema di trattamento terapeutico, di informazione al cittadino e di acquisizione del consenso.

Oggi si ritiene opportuno ribadire la necessità di definire a livello legislativo il sistema delle prestazioni mediche non convenzionali, in considerazione della sempre più frequente richiesta professionale non convenzionale, nell'intento della massima tutela della salute e a garanzia del livello qualitativo delle prestazioni dei medici e degli odontoiatri.

Riteniamo che i pilastri di tale normazione dovranno fondarsi su una puntuale definizione dei criteri e delle procedure di accreditamento dei soggetti formativi nonché dei curricula formativi, ovvero delle regole e norme di regolamentazione dell'esercizio professionale e dell'autorizzazione di farmaci, rimedi e presidi non convenzionali.

In tale senso la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

CHIEDE

con forza un intervento legislativo del Parlamento che porti all'approvazione di una normativa specifica sulle Medicine e pratiche non convenzionali che consenta anche in tali ambiti il rispetto del diritto sancito dalla Costituzione alla tutela della salute dei cittadini, possibile solo attraverso una piena realizzazione e valutazione della competenza professionale,

DECIDE

nelle more di tale normazione legislativa di esercitare fino in fondo il proprio ruolo di garanzia e di tutela dei cittadini indicando, quale atto di indirizzo e coordinamento, norme di prima applicazione (all.to 1) per gli Ordini provinciali finalizzate esclusivamente a consentire loro di svolgere in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari informativi relativamente all'esercizio delle Medicine e pratiche non convenzionali così come previsto dall'art. 2, comma 1, lett. b) della legge 4 agosto 2006 n. 248.

All.to

All.to 1)

Requisiti indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativa all'esercizio professionale non convenzionale: PRIMA APPLICAZIONE

a) Certificazione di una scuola almeno biennale, ad orientamento clinico, frequentata per un minimo di 200 ore di monte orario che attesti la formazione teorica e il superamento di un esame finale nonché autocertificazione attestante l'esercizio professionale non convenzionale da almeno 3 anni.

Le scuole devono garantire i seguenti requisiti:

1. il responsabile didattico della scuola deve essere medico,
2. i docenti titolari/ordinari della formazione devono essere medici salvo casi particolari di apporto di ulteriori competenze in riferimento alla didattica (giurisprudenza, farmacia..),
3. la scuola deve avere un minimo di tre docenti titolari e comunque la componente medica deve essere almeno di 2/3 del corpo docente;

oppure

b) Certificazione di pratica clinica nella materia, effettuata in struttura pubblica e/o privata, da almeno due anni, rilasciata dal direttore sanitario o comunque dal responsabile sanitario della struttura.

Tale fase di prima applicazione ha la durata di 6 mesi dalla data di approvazione della deliberazione cui il presente testo è allegato.

Nei casi in cui gli Ordini ritengano sussistere una acclarata competenza e professionalità clinica del richiedente potranno valutare in alternativa ai requisiti di cui ai punti a) e b), e limitatamente alla fase di prima applicazione¹, il possesso di almeno 3 dei titoli che seguono. ai fini della verifica del messaggio da pubblicizzare

Titoli aggiuntivi al fine della definizione del curriculum

- a. pubblicazioni nella specifica disciplina su libri, riviste mediche dotate di comitato scientifico o comunicazioni a convegni;
- b. partecipazione a convegni in qualità di organizzatore scientifico;
- c. effettuazione di attività didattiche non continuative sulla materia;
- d. partecipazione a corsi formativi quali master universitari, seminari, corsi intensivi nella materia;
- e. partecipazione a convegni sulla materia nei cinque anni precedenti la richiesta dell'attestazione.

Il 18 maggio 2002, in occasione del Consiglio Nazionale di Terni, dedicato appositamente alle Medicine e pratiche non convenzionali, furono individuate le seguenti nove discipline, il cui esercizio costituisce atto medico: Agopuntura - Fitoterapia - Medicina Ayurvedica - Medicina Antroposofica - Medicina Omeopatica - Medicina Tradizionale Cinese - Omotossicologia - Osteopatia - Chiropratica. Sono queste le discipline che rientrano nell'ambito della suesposta deliberazione n. 51 della FNOMCeO per le quali è consentita la pubblicità una volta dimostrato il possesso dei requisiti indispensabili.



D **ELIBERAZIONE N. 52** **FNOMCeO**

Il Comitato Centrale della FNOMCeO riunito a Roma il 23 febbraio 2007,

VISTO l'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 che testualmente sancisce: *"Sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine";*

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n. 175 così come modificata dall'articolo 3 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, dall'articolo 12 della legge 14 ottobre 1999, n. 362 e dal comma 8 dell'articolo 7 della legge 3 maggio 2004, n. 112;

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2003, n. 70 "Attuazione della direttiva comunitaria 2001/31/CE" relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società dell'informazione nel mercato interno, con particolare riferimento al commercio elettronico;

VISTI gli articoli 55, 56 e 57 del Codice di Deontologia Medica approvato in data il 16 dicembre 2006 e la Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia Medica;

VISTA la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/2007;

VISTE le risultanze della riunione del 30 gennaio 2007 della Commissione tecnico-giuridica della Federazione;

VISTE le risultanze della riunione del 6 febbraio 2007 della Commissione sulla pubblicità sanitaria;

CONSIDERATO che occorre individuare orientamenti comuni finalizzati a consentire agli Ordini provinciali di svolgere, in modo omogeneo e coerente il ruolo di verifica della trasparenza e veridicità dei messaggi pubblicitari così come stabilito nel già citato articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248;

CONSIDERATO che gli Ordini provinciali, anche prima dell'entrata in vigore della legge 4 agosto 2006, n. 248 non dovevano provvedere a rilasciare alcun provvedimento autorizzatorio nei confronti dei messaggi pubblicitari proposti dagli iscritti ma che avevano solo il compito di rilasciare un nullaosta, quale parere obbligatorio ma non vincolante nei confronti degli Enti territoriali, titolari del potere di adottare l'autorizzazione prevista dagli articoli 2 e 5 della legge 175/92;

CONSIDERATO che la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/2007 non ha in alcun modo modificato l'interpretazione del quadro normativo preesistente, essendosi espressa in via incidentale sulla materia;

CONSIDERATA la necessità di sostituire al comma 2 dell'articolo 56 del Codice di Deontologia Medica la dizione: "autorizzata dall'Ordine" con "verificata dall'Ordine";

CONSIDERATO altresì che in relazione a quanto previsto nella presente deliberazione occorre modificare ed integrare in parte alcune indicazioni previste nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice di Deontologia Medica;

VISTO l'articolo 15, comma 1, lett. b), del DLCP 13 settembre 1946, n. 233 relativo all'attribuzione di coordinare e promuovere l'attività degli Ordini;

DELIBERA

- ogni messaggio pubblicitario, svolto dai medici e dagli odontoiatri in materia sanitaria a titolo individuale, in forma societaria o comunque nelle loro funzioni di Direttori Sanitari di strutture autorizzate, deve essere rispondente alle disposizioni deontologiche di cui agli art. 55, 56, e 57 del vigente Codice di Deontologia e alla Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice, relativamente ai contenuti, ai mezzi e alle forme dell'informazione sanitaria;
- gli Ordini, ai fini degli obblighi della verifica deontologica prevista nell'articolo 2, comma 1, lett. b), della legge 4 agosto 2006, n. 248 cui corrisponde l'esercizio della potestà disciplinare in caso di accertata violazione delle norme, promuovono iniziative ed attivano procedure idonee a favorire la comunicazione da parte degli iscritti dei propri messaggi pubblicitari;
- a partire dal 1° aprile 2007, fatta salva la pubblicità già oggetto di specifica autorizzazione da parte degli Ordini o degli altri Enti allo scopo abilitati, la comunicazione di cui sopra dovrà avvenire tramite una specifica dichiarazione, rilasciata dall'iscritto, di conformità del messaggio pubblicitario alle norme del Codice di Deontologia e a quanto previsto nella Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria allegata al Codice stesso. La mancata comunicazione preventiva ha rilievo disciplinare solo nel caso in cui il messaggio non sia, alla verifica, conforme alle norme deontologiche;
- gli Ordini devono attivare strutture e procedure di consulenza per i propri iscritti, al fine della valutazione preventiva e precauzionale del messaggio, allo scopo di prevenire e contenere il contenzioso disciplinare;
- gli Ordini, qualora formalmente richiesti, sono tenuti a rilasciare il "nulla osta" previsto dalla legge 175/92 che gli Enti territoriali (Comuni e Regioni) dovessero esigere nel procedimento, quale atto indefettibile della procedura amministrativa;
- ai fini della tutela della dignità e del decoro, i mezzi, le forme e gli strumenti indicati nella legge 175/92 e nel DM 657/94 per la diffusione dei messaggi pubblicitari conservano piena rispondenza alle disposizioni del vigente Codice di Deontologia anche a seguito delle innovazioni legislative introdotte in materia;
- la dizione "autorizzata dall'Ordine" di cui al comma 2 dell'articolo 56 del Codice di Deontologia Medica viene sostituita con "verificata dall'Ordine";
- il testo della Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria, approvato il 16 dicembre 2006, viene modificato secondo gli orientamenti contenuti nella presente deliberazione;
- il testo dell'articolo 56 del nuovo Codice di Deontologia Medica e della Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria fanno parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- al fine di esercitare le funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività degli Ordini di cui all'articolo 15, lett. b), del DLCPS 233/46, la FNOMCeO costituisce l'Osservatorio Nazionale sulla Pubblicità dell'Informazione Sanitaria, coordinato dal Segretario della Federazione e composto da un gruppo tecnico-giuridico e da responsabili istituzionali degli Ordini provinciali, da individuare con apposita deliberazione del Comitato Centrale. L'Osservatorio avrà compiti di monitoraggio sull'efficacia delle procedure attuate, di sviluppo degli orientamenti in materia di nomenclature delle attività sanitarie e di valutazione degli elementi costitutivi i costi delle prestazioni infine di consulenza agli Ordini provinciali al fine di rendere uniformi e coerenti i comportamenti degli stessi. Entro dicembre 2007, l'Osservatorio provvede alla definizione di un primo specifico Rapporto al Comitato Centrale, anche allo scopo di motivare eventuali proposte al Consiglio Nazionale di adeguamenti ed integrazioni alle procedure di verifica e alla Linea-guida sulla pubblicità dell'informazione allegata al Codice.

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

MP



Art. 56 (nuovo codice di deontologia medica)

- Pubblicità dell'informazione sanitaria -

La pubblicità dell'informazione in materia sanitaria, fornita da singoli o da strutture sanitarie pubbliche o private, non può prescindere, nelle forme e nei contenuti, da principi di correttezza informativa, responsabilità e decoro professionale.

La pubblicità promozionale e comparativa è vietata.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e **verificata** dall'Ordine competente per territorio.

Il medico che partecipa, collabora od offre patrocinio o testimonianza alla informazione sanitaria non deve mai venir meno a principi di rigore scientifico, di onestà intellettuale e di prudenza, escludendo qualsiasi forma anche indiretta di pubblicità commerciale personale o a favore di altri.

Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario, non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

PUBBLICITA' DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

LINEA-GUIDA

INERENTE L'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 55-56-57

DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

1. PREMESSA

La presente linea-guida in attuazione degli artt. 55-56-57 del Codice di Deontologia Medica è riferita a qualsivoglia forma di pubblicità dell'informazione, comunque e con qualsiasi mezzo diffusa, compreso l'uso di carta intestata e di ricettari, utilizzata nell'esercizio della professione in forma individuale o societaria o comunque nello svolgimento delle funzioni di Direttore sanitario di strutture autorizzate.

2. DEFINIZIONI

Ai fini della presente linea-guida, si intendono:

Prestatore di servizi: la persona fisica (medico o odontoiatra) o giuridica (struttura sanitaria pubblica o privata) che eroga un servizio sanitario. Nella presente linea-guida si usa la parola "medico" al posto di "prestatore di servizi", pur riferendosi ugualmente a persone fisiche o giuridiche.

Pubblicità: qualsiasi forma di messaggio, in qualsiasi modo diffuso, con lo scopo di promuovere le prestazioni professionali in forma singola o societaria. La pubblicità deve essere, comunque, riconoscibile, veritiera e corretta.

Pubblicità ingannevole: qualsiasi pubblicità che in qualunque modo, compresa la sua presentazione, sia idonea ad indurre in errore le persone fisiche o giuridiche alle quali è rivolta o che essa raggiunge, e che, a causa del suo carattere ingannevole, possa pregiudicare il loro comportamento.

Pubblicità comparativa: qualsiasi pubblicità che pone a confronto in modo esplicito o implicito uno o più concorrenti di servizi rispetto a quelli offerti da chi effettua la pubblicità.

Informazione sanitaria: qualsiasi notizia utile e funzionale al cittadino per la scelta libera e consapevole di strutture, servizi e professionisti. Le notizie devono essere tali da garantire sempre la tutela della salute individuale e della collettività.

3. ELEMENTI COSTITUTIVI DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

Il medico su ogni comunicazione informativa dovrà inserire:

- nome e cognome
- il titolo di medico chirurgo e/o odontoiatra

- il domicilio professionale
- L'informazione tramite siti Internet deve essere rispondente al D.Lgs n. 70 del 9 aprile 2003 e dovrà contenere:
- il nome, la denominazione o la ragione sociale;
 - il domicilio o la sede legale;
 - gli estremi che permettono di contattarlo rapidamente e di comunicare direttamente ed efficacemente, compreso l'indirizzo di posta elettronica;
 - l'Ordine professionale presso cui è iscritto e il numero di iscrizione;
 - gli estremi della laurea e dell'abilitazione e l'Università che li ha rilasciati;
 - la dichiarazione, sotto la propria responsabilità, che il messaggio informativo è diramato nel rispetto della presente linea guida;
 - il numero della partita IVA qualora eserciti un'attività soggetta ad imposta.

Inoltre dovrà contenere gli estremi della comunicazione inviata all'Ordine provinciale relativa all'autodichiarazione del sito Internet rispondente ai contenuti della presente linea-guida.

I siti devono essere registrati su domini nazionali italiani e/o dell'Unione Europea, a garanzia dell'individuazione dell'operatore e del committente pubblicitario.

4. ULTERIORI ELEMENTI DELL'INFORMAZIONE

- i titoli di specializzazione, di libera docenza, i master universitari, dottorati di ricerca, i titoli di carriera, titoli accademici ed eventuali altri titoli. I titoli riportati devono essere verificabili; a tal fine è fatto obbligo indicare le autorità che li hanno rilasciati e/o i soggetti presso i quali ottenerne conferma;
- il curriculum degli studi universitari e delle attività professionali svolte e certificate anche relativamente alla durata, presso strutture pubbliche o private, le metodiche diagnostiche e/o terapeutiche effettivamente utilizzate e ogni altra informazione rivolta alla salvaguardia e alla sicurezza del paziente, certificato negli aspetti quali-quantitativi dal direttore o responsabile sanitario;
- il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal direttore o dal responsabile sanitario della struttura o istituzione;
- nell'indicazione delle attività svolte e dei servizi prestati può farsi riferimento al Tariffario Nazionale o ai Nomenclatori Regionali. L'Ordine valuterà l'indicazione di attività non contemplate negli elenchi di cui sopra, in modo particolare le cosiddette Medicine e Pratiche non convenzionali già individuate quale atto medico dalla FNOMCeO e, comunque, per tali finalità già oggetto di specifiche deliberazioni del Comitato Centrale. In ogni caso dovranno restare escluse le attività manifestamente di fantasia o di natura meramente reclamistica, che possono attrarre i pazienti sulla base di indicazioni non concrete o veritiere;
- ogni attività oggetto di informazione deve fare riferimento a prestazioni sanitarie effettuate direttamente dal professionista e, ove indicato, con presidi o attrezzature esistenti nel suo studio. In ogni caso l'effettiva disponibilità di quanto necessario per l'effettuazione della prestazione nel proprio studio costituirà elemento determinante di valutazione della veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario;
- pagine dedicate all'educazione sanitaria in relazione alle specifiche competenze del professionista;
- l'indirizzo di svolgimento dell'attività, gli orari di apertura, le modalità di prenotazione delle visite e degli accessi ambulatoriali e/o domiciliari, l'eventuale presenza di collaboratori e di personale con l'indicazione dei relativi profili professionali e, per le strutture sanitarie, le branche specialistiche con i nominativi dei sanitari afferenti e del sanitario responsabile. Può essere pubblicata una mappa stradale di accesso allo studio o alla struttura;
- le associazioni di mutualità volontaria con le quali ha stipulato convenzione;
- laddove si renda necessario ai fini della chiarezza informativa e nell'interesse del paziente, il medico utilizza, ove non già previsto, il cartellino o analogo mezzo identificativo fornito dall'Ordine;
- nel caso in cui il professionista desideri informare l'utenza circa le indagini statistiche relative alle prestazioni sanitarie, deve fare esclusivo riferimento ai dati resi pubblici e/o e comunque elaborati dalle autorità sanitarie competenti.



In caso di utilizzo dello strumento Internet è raccomandata la conformità dell'informazione fornita ai principi dell'HONCode, ossia ai criteri di qualità dell'informazione sanitaria in rete. Inoltre in tali forme di informazione possono essere presenti:

- collegamenti ipertestuali purché rivolti soltanto verso autorità, organismi e istituzioni indipendenti (ad esempio: Ordini professionali, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Servizio Sanitario Regionale, Università, Società Scientifiche);
- spazi pubblicitari tecnici al solo scopo di fornire all'utente utili strumenti per la navigazione (ad esempio: collegamenti per prelevare software per la visualizzazione dei documenti, per la compressione dei dati, per il download dei files).

5. REGOLE DEONTOLOGICHE

Quale che sia il mezzo o lo strumento comunicativo usato dal medico:

- non è ammessa la pubblicità ingannevole, compresa la pubblicazione di notizie che ingenerino aspettative illusorie, che siano false o non verificabili, o che possano procurare timori infondati, spinte consumistiche o comportamenti inappropriati;
- non è ammessa la pubblicazione di notizie che rivestano i caratteri di pubblicità personale surrettizia, artificialmente mascherata da informazione sanitaria;
- non è ammessa la pubblicazione di notizie che siano lesive della dignità e del decoro della categoria o comunque eticamente disdicevoli;
- non è ammesso ospitare spazi pubblicitari, a titolo commerciale con particolare riferimento ad aziende farmaceutiche o produttrici di dispositivi o tecnologie operanti in campo sanitario, né, nel caso di internet, ospitare collegamenti ipertestuali ai siti di tali aziende o comunque a siti commerciali;
- per quanto concerne la rete Internet, il sito web non deve ospitare spazi pubblicitari o link riferibili ad attività pubblicitaria di aziende farmaceutiche o tecnologiche operanti in campo sanitario;
- non è ammessa la pubblicizzazione e la vendita, né in forma diretta, né, nel caso di Internet, tramite collegamenti ipertestuali, di prodotti, dispositivi, strumenti e di ogni altro bene o servizio;
- è consentito diffondere messaggi informativi contenenti le tariffe delle prestazioni erogate, fermo restando che le caratteristiche economiche di una prestazione non devono costituire aspetto esclusivo del messaggio informativo.

6. PUBBLICITA' DELL'INFORMAZIONE TRAMITE INTERNET

Per le forme di pubblicità dell'informazione tramite Internet, il professionista dovrà comunicare all'Ordine provinciale di iscrizione (in caso di strutture sanitarie tale onere compete al Direttore Sanitario) di aver messo in rete il sito, dichiarando la conformità deontologica alla presente linea-guida.

7. UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA PER MOTIVI CLINICI

L'utilizzo della posta elettronica (e-mail) nei rapporti con i pazienti è consentito purché vengano rispettati tutti i criteri di riservatezza dei dati e dei pazienti cui si riferiscono ed in particolare alle seguenti condizioni:

- ogni messaggio deve contenere l'avvertimento che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico e che i consigli forniti via e-mail vanno intesi come meri suggerimenti di comportamento; va altresì riportato che trattasi di corrispondenza aperta;
- è rigorosamente vietato inviare messaggi contenenti dati sanitari di un paziente ad altro paziente o a terzi;
- è rigorosamente vietato comunicare a terzi o diffondere l'indirizzo di posta elettronica dei pazienti, in particolare per usi pubblicitari o per piani di marketing clinici;
- qualora il medico predisponga un elenco di pazienti suddivisi per patologia, può inviare messaggi agli appartenenti alla lista, evitando che ciascuno destinatario possa visualizzare dati relativi agli altri appartenenti alla stessa lista;
- l'utilizzo della posta elettronica nei rapporti fra colleghi ai fini di consulto è consentito purché non venga fornito il nominativo del paziente interessato, né il suo indirizzo, né altra informazione che lo renda riconoscibile, se non per quanto strettamente necessario per le finalità diagnostiche e terapeutiche;
- la disponibilità di sistemi di posta elettronica securizzati equiparati alla corrispondenza chiusa, può consentire la trasmissione di dati sensibili per quanto previsto dalla normativa sulla tutela dei dati personali.

8. UTILIZZO DELLE EMITTENTI RADIOTELEVISIVE NAZIONALI E LOCALI, DI ORGANI DI STAMPA E ALTRI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DELLE NOTIZIE

Nel caso di informazione sanitaria, il medico che vi prende parte a qualsiasi titolo non deve, attraverso lo strumento radiotelevisivo, gli organi di stampa e altri strumenti di comunicazione, concretizzare la promozione o lo sfruttamento pubblicitario del suo nome o di altri colleghi. Il medico è comunque tenuto al rispetto delle regole deontologiche previste al punto 5) della presente linea-guida.

Nel caso di pubblicità dell'informazione sanitaria il medico è tenuto al rispetto di quanto previsto ai punti 3) 4) e 5) della presente linea-guida.

9. VERIFICA E VALUTAZIONE DEONTOLOGICA

I medici chirurghi e gli odontoiatri iscritti agli Albi professionali sono tenuti al rispetto della presente linea-guida comunicando all'Ordine competente per territorio il messaggio pubblicitario che si intende proporre onde consentire la verifica di cui all'art. 56 del Codice stesso.

La verifica sulla veridicità e trasparenza dei messaggi pubblicitari potrà essere assicurata tramite una specifica autodichiarazione, rilasciata dagli iscritti, di conformità del messaggio pubblicitario, degli strumenti e dei mezzi utilizzati alle norme del Codice di Deontologia Medica e a quanto previsto nella presente linea-guida sulla pubblicità dell'informazione sanitaria.

Gli iscritti potranno altresì avvalersi di una richiesta di valutazione preventiva e precauzionale da presentare ai rispettivi Ordini di appartenenza sulla rispondenza della propria comunicazione pubblicitaria alle norme del Codice di Deontologia Medica. L'Ordine provinciale, ricevuta la suddetta richiesta, provvederà al rilascio di formale e motivato parere di eventuale non rispondenza deontologica.

L'inosservanza di quanto previsto dal Codice secondo gli orientamenti della presente linea-guida è punibile con le sanzioni comminate dagli organismi disciplinari previsti dalla legge.

La FNOMCeO predisporrà laddove opportuno ulteriori atti di indirizzo e coordinamento.





Il Garante detta le regole per l'uso dei dati genetici a fini di cura e ricerca Consenso informato, misure di sicurezza, divieto di diffusione, conservazione a tempo dei dati

Consenso informato della persona, rigorose misure di sicurezza, divieto di diffusione e conservazione a tempo. Definite dal Garante per la privacy le regole per la raccolta e l'uso dei dati genetici a fini di ricerca e tutela della salute. A partire dal 1 aprile medici, in particolare genetisti, organismi sanitari, laboratori di genetica, istituti di ricerca, farmacisti dovranno rispettare le prescrizioni contenute nell'autorizzazione generale, di cui è stato relatore Francesco Pizzetti.

Il provvedimento, la cui elaborazione ha comportato particolari approfondimenti in considerazione della complessità della materia, era atteso da tempo: la normativa sulla privacy prevede infatti che chi usa dati genetici possa farlo solo sulla base di un'autorizzazione ad hoc del Garante, adottata sentito il Ministro della salute e il Consiglio superiore di sanità. Fino ad ora l'uso dei dati genetici era stato disciplinato in via transitoria nell'ambito delle prescrizioni generali impartite dall'Autorità per i dati di carattere sanitario.

L'**autorizzazione** fissa dunque per la prima volta in maniera specifica e sistematica i principi, i limiti e le garanzie in base ai quali dovranno d'ora in poi essere trattati questi delicatissimi dati personali, anche rispetto ad altri due importanti ambiti: la difesa di un diritto in sede giudiziaria e l'accertamento dei legami di consanguineità per il ricongiungimento familiare.

Queste in sintesi le regole principali fissate dal Garante.

Soggetti interessati: medici; organismi sanitari pubblici e privati; laboratori di genetica medica; farmacisti; enti ed istituti di ricerca; psicologi ed assistenti tecnici; difensori e, ai soli fini del ricongiungimento familiare, rappresentanze diplomatiche o consolari.

Modalità di raccolta e trattamento: devono essere predisposte misure specifiche per accertare in modo univoco l'identità del soggetto a cui viene prelevato il materiale genetico; i dati identificativi devono essere tenuti separati già al momento della raccolta.

Informativa: salvo che per i trattamenti effettuati da medici di famiglia, è necessario informare l'interessato sugli scopi perseguiti, sui risultati conseguibili, sul periodo di conservazione dei dati e dei campioni biologici.

Consenso: per trattare i dati genetici e utilizzare i campioni biologici è obbligatorio il consenso scritto dell'interessato; il consenso è revocabile in ogni momento.

Nascituri: il consenso per i test genetici relativi ai nascituri è espresso dalla madre e se l'esame può rivelare l'insorgenza di patologie del padre, anche da quest'ultimo.

Misure di sicurezza: i dati genetici e i campioni biologici contenuti nelle banche dati devono essere trattati con tecniche di cifratura; i dati possono essere consultati solo mediante rigorosi sistemi di autenticazione; per l'accesso ai locali possono essere previsti anche dispositivi biometrici; per trasmettere i dati in formato elettronico si deve usare la posta elettronica certificata.

Conservazione: i campioni biologici e i dati genetici non possono essere conservati per un periodo di tempo superiore a quello strettamente necessario per perseguire gli scopi per i quali sono stati raccolti e utilizzati.

Diffusione: i dati genetici non possono essere diffusi. I risultati delle ricerche possono essere diffusi solo in forma aggregata.

Ribadito il **divieto di usare dati genetici da parte del datore di lavoro e da parte delle assicurazioni.**

L'**autorizzazione** del Garante, in via di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, ha efficacia dal 1 aprile 2007 al 31 dicembre 2008. I soggetti che al momento della pubblicazione in G.U. non siano in regola con le prescrizioni contenute nell'autorizzazione potranno beneficiare di un periodo di cinque mesi per adeguarsi.

Roma, 13 marzo 2007



Norme editoriali

- Il Cesalpino pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.
- I lavori devono essere indirizzati a: Redazione "Il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo – Viale Giotto 134 52100 Arezzo – Tel 0575/22724 - Fax 0575/300758 – E-mail: chirurgi@omceoar.it così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.
- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie (risoluzione foto 300 dpi). Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a chirurgi@omceoar.it
- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.
- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.
- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.
- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il numero di 15.
- Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. Pathogenic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. *HepatoI* 1994; 20:1225 – 1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.
- Il materiale iconografico deve essere corredato dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva.
- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli autori ritengano importante l'utilizzo del colore, potranno richiedere, accollandosi le spese, la pubblicazione a 4 colori.
- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).
- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.
- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria della Redazione de "Il Cesalpino" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore (INDICARE INDIRIZZO PRECISO), se non altrimenti richiesto. Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata. La richiesta di estratti va fatta direttamente a:
L. P. Grafiche - Via F. Filzi 28/int.
Tel.0575/907425 – 52100 Arezzo.
- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.
- I dattiloscritti dei lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. È vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.
- È prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.

