

PIANETA MEDICO



ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA SUBLACENSE (A.M.S.) - Onlus

Direttore Scientifico

MASSIMO MARCI, *Subiaco*

Redattore Capo

SALVATORE RAFFA, *Subiaco*

Comitato Scientifico

PIER LUIGI ANTIGNANI, *Roma*
ANTONIO CAROLEI, *L'Aquila*
CLAUDIO CORTESE, *Roma*
MARCELLO GRASSI, *Roma*
ELMO MANNARINO, *Perugia*

VINCENZO MARIGLIANO, *Roma*;
MASSIMO PALLESCHI, *Roma*
ALBERTO SIGNORE, *Roma*
GIANCARLO STAZI, *Roma*
STEFANO M. ZUCCARO, *Roma*

Comitato di Consulenza

IGNAZIO ANTONELLI, *Subiaco*
PIERINA BATTISTI, *Subiaco*
BRUNO BRUNDISINI, *Subiaco*
DOMENICO CARNI', *Tivoli*
SERGIO CICIA, *Tivoli*
SILVIO COMPAGNO, *Tivoli*
VINCENZO DI CINTIO, *Roma*
DOMENICO IZZI, *Subiaco*
FRANCESCO LUCARELLI, *Tivoli*

MASSIMO MANCUSO, *Roma*
DARIO MARZIALE, *Tivoli*
CESARE MATTEUCCI, *Subiaco*
MAURIZIO MONALDO, *Colleferro*
UMBERTO NAPOLEONI, *Subiaco*
RUGGERO PASTORELLI, *Colleferro*
ORLANDO SALVATI, *Subiaco*
VIRGILIO TROIANI, *Subiaco*

Redazione

PIERLUCA FUSARO, *Subiaco*
GIOVANNA GRECO, *Subiaco*
ALBERTO LOZZI, *Subiaco*
GIOVANNI LUPI, *Subiaco*

ROBERTO MICONI, *Subiaco*
LUIGI MILANO, *Subiaco*
ENRICO PANZINI, *Subiaco*
ERCOLE TOZZI, *Subiaco*

Direttore Responsabile:

ANTONIO PRIMAVERA

Redazione:

C.E.S.I. - Via Cremona, 19, 00161 Roma
Tel. 0644290783 - FAX 0644241598;
E-mail: conglione@tin.it; http://web.tin.it/CESI_CONGRESSLINE
Associazione Medica Sublacense (onlus)
Casella Postale, 127 - 00028 Subiaco (Roma)
E-mail: m.marci@tiscalinet.it

Editore:

C.E.S.I. - Via Cremona, 19, 00161 Roma
Tel. 0644290783 - FAX 0644241598;
E-mail: conglione@tin.it;
http://web.tin.it/CESI_CONGRESSLINE

Ufficio Pubblicità Responsabile:

Bruna Serrano

Via Cremona, 19, 00161 Roma;
Tel. 0644290783 - FAX 0644241598;

Composizione:

C.E.S.I.

Periodicità quadrimestrale - Sped. in abbonamento postale - Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 528 del 09/10/1992 - Abbonamento Annuo L. 20.000 Numero arretrato L.7.000. La produzione anche parziale dei lavori pubblicati è formalmente vietata senza la debita autorizzazione dell'Editore. Finito di stampare nel mese di Febbraio 2000 per conto della C.E.S.I. dalla Litografica IRIDE - Via della Bufalotta, 224 - Roma

NORME REDAZIONALI

La rivista **PIANETA MEDICO** pubblica gratuitamente articoli originali, rassegne, descrizioni di casi clinici di particolare interesse con testo e bibliografia limitati al minimo, revisioni o annotazioni sulla terapia in campo medico. Saranno altresì pubblicate Lettere al Direttore, recensioni di libri o monografie, programmi, resoconti e atti di Congressi, Convegni e Rassegne Congressuali.

I lavori dovranno essere inviati alla C.E.S.I. Via Cremona, 19, 00161 Roma, Tel. 06.44.290.783, Fax 06.44.241.598 registrati su disco Word per Macintosh o Word per Windows (allegando una bozza dattiloscritta) o al seguente indirizzo di posta elettronica: E.mail: concline@tin.it

Saranno accettati per la pubblicazione esclusivamente lavori ritenuti idonei.

Il Direttore e l'Editore declinano ogni responsabilità circa le dichiarazioni e le opinioni espresse nei dattiloscritti pubblicati. Qualora compaiano nel testo valutazioni statistiche, queste potranno essere controllate dalla redazione anche con richiesta agli autori dei dati in loro possesso.

I **lavori** inviati devono essere dattiloscritti con spazio due, su una sola facciata (circa ventotto righe per pagina) e con margini laterali di circa tre centimetri. Gli autori devono inviare tre copie complete del lavoro (un originale e due fotocopie) e conservare una copia, dal momento che i dattiloscritti non verranno restituiti. Sulla prima pagina del dattiloscritto dovranno figurare: il titolo, nome e cognome degli autori; l'istituzione ove l'articolo è stato elaborato; nome, indirizzo completo di cap. e telefono dell'autore dove sarà inviata ogni corrispondenza.

La **bibliografia** dovrà essere redatta secondo le norme internazionali (vedi Index-Medicine e Med-Line): Cognome, nome puntato, Anno; volume: pagina iniziale e finale.

Le **tabelle** vanno dattiloscritte su fogli separati e devono essere contraddistinte da un numero romano (con riferimento dello stesso nel testo), un titolo breve ed una chiara e concisa didascalia.

Le **didascalie** delle illustrazioni devono essere preparate su fogli separati e numerate con numeri arabi corrispondenti alle figure cui si riferiscono; devono contenere anche le spiegazioni di eventuali simboli che identificano parti delle illustrazioni stesse.

Le **illustrazioni** devono recare scritto sul retro, il numero arabo con cui vengono menzionate nel testo, il cognome del primo Autore ed una freccia indicante la parte alta della figura. I disegni ed i grafici devono essere eseguiti in nero su fondo bianco o stampati su carta lucida.

Le **fotografie** devono essere nitide e ben contrastate.

Le **illustrazioni** non idonee alla pubblicazione saranno rifatte a cura dell'Editore e le spese sostenute saranno a carico dell'Autore.

L'**Autore dell'articolo**: cede alla *Rivista Pianeta Medico* il diritto esclusivo di stampare, pubblicare, dare licenze e tradurre in altre lingue in Nazioni diverse rinunciando ai diritti d'Autori; garantisce la completa disponibilità di ogni proprietà letteraria ed esonera la rivista Pianeta Medico da ogni responsabilità; si impegna a fornire permessi scritti per ogni materiale grafico o di testo tratto da altri lavori, pubblicati o no, incorporati nel dattiloscritto, ivi compresi farmaci o riproduzioni di figure; si impegna a rifondere la rivista **PIANETA MEDICO** per qualunque perdita o per ogni somma da pagare in saldo di qualunque reclamo o giudizio, compresi premi di consultazione, risultati da un'infrazione di tali garanzie; si impegna a non creare alcuna confusione nel godimento dei diritti ceduti; è responsabile di quanto riportato nell'articolo, di ogni riferimento, autorizzazioni alla pubblicazione di figure, grafici ecc..

I lavori accettati per la pubblicazione diventano di proprietà esclusiva della casa editrice della rivista e non potranno essere pubblicati altrove senza il permesso scritto dell'Editore.

Le **bozze di stampa** dovranno essere rispedite definitivamente corrette entro dieci giorni dal loro ricevimento, altrimenti l'Editore si riserva la facoltà di eseguire le correzioni e pubblicare il lavoro.

SOMMARIO

<i>Ai Lettori</i>	4
FOCUS - “ETICA ED ECONOMIA SANITARIA”	
Approccio etico all’utilizzo delle risorse economiche in campo sanitario Pompili D.	5
Etica ed Economia nella Pratica Clinica: non bivio ma obiettivo per il Medico Grassi M.	13
Dall’Etica Medica all’Etica dell’organizzazione: vera o falsa aporia dell’agire medico? Russo F.	15
Il Medico e i DRG Carnì D.	17
Risvolti etici ed economici nella pratica clinica del medico di famiglia Marziale D.	19
Terapia Intensiva: inevitabilmente centro di costo ma... Greco G.	21
L’informazione sanitaria, la divulgazione scientifica, i media, il “Villaggio globale”... Quale il ruolo dell’etica? Raffa S.	23
ARTICOLI ORIGINALI	
La diagnostica non invasiva della malattia aterosclerotica mediante Eco-Doppler Miconi R., Lozzi A., Panzini E., Marci M.	25
NURSING	
La malnutrizione proteico-energetica: uno scheletro nell’armadio Battisti P., Bastiani A., Sbraga P.	33
NOTIZIE ASSOCIATIVE	
Statuto dell’Associazione Medica Sublacense	37
Congressi	40

AI LETTORI

■ *Una nuova Associazione tra le tante presenti.... Una nuova rivista... La proposta di corsi e convegni di aggiornamento... A che scopo? Per quale motivo? Perché questa attività?*

È difficile dare una risposta per questa mia iniziativa e dei componenti del Consiglio Direttivo; forse perché ci piace scrivere, perché sentiamo la necessità di confrontarci con altre realtà, perché ci piace il nostro lavoro anche se tutti i giorni affrontiamo la realtà della sofferenza dei malati, combattiamo le difficoltà più o meno insormontabili del lavoro di corsia, perché si ha voglia di crescere, di arricchirci, o perché forse vuole essere una risposta costruttiva al disagio che frequentemente serpeggia nel mondo della Sanità Italiana.

La rivista sarà organo ufficiale dell'Associazione Medica Sublacense ed avrà, almeno per ora, una cadenza quadrimestrale; sarà aperta sia ai Soci che ad altri Colleghi che vorranno inviare i loro lavori scientifici.

Su "Pianeta Medico" saranno pubblicati lavori originali, rassegne, editoriali, lettere, atti di convegni o congressi della nostra Associazione, corrispondenze; vi sarà inoltre una sezione completamente dedicata alle attività del personale paramedico.

Si ringraziano gli insigni Studiosi e tutti i Colleghi che hanno accettato di far parte del Comitato Scientifico, del Comitato di Consulenza e tutti coloro che vorranno contribuire con i loro suggerimenti affinché la rivista cresca in qualità e quantità.

Un vivo ringraziamento rivolgiamo ad Antonio Primavera per la fiducia concessa, sempre disponibile ad ogni richiesta ed impeccabile nella sua veste di Editore.

Massimo Marci

APPROCCIO ETICO ALL'UTILIZZO DELLE RISORSE ECONOMICHE IN CAMPO SANITARIO

Pompili D.

Docente di Etica Sociale
Istituto Teologico Leoniano
Anagni

Relazione presentata al Seminario
di Studio: "Il Medico ad un
bivio? Etica ed Economia nella
Pratica Clinica"
Subiaco, 4 Marzo 2000

Corrispondenza:
Don Domenico Pompili
P.zza Italia, 20
00020 Vallepietra (RM)

L'ECONOMIA E I VALORI MORALI

Cominciamo con lo sgombrare il campo da un possibile equivoco, nascosto nel titolo stesso della presente riflessione: l'economia non va considerata l'esatto contrario dell'etica. Da un lato ci sarebbero le ragioni della umana pietà e dall'altra invece quelle della fredda contabilità. Si dimentica così che l'economia è nata nel grembo della filosofia morale e che lo stesso A. Smith si interroga sulla "origine delle cause della ricchezza delle nazioni"¹ con un interesse squisitamente etico, prima ancora che economico. In un mondo dove la fame uccideva (e uccide ancora, a quanto pare) tanti uomini, la ragione etica suggerisce di non sprecare risorse che se impiegate correttamente potrebbero contribuire a evitare all'umanità catastrofi e flagelli di vario genere.

L'economia² non è dunque una scienza neutra e astratta come è la matematica, ma tende ad applicare al livello sociale i suoi strumenti per il raggiungimento di finalità che devono essere adeguate al fine ultimo che è il servizio alla vita. Pertanto le scelte di valore precedono logicamente il lavoro tecnico-scientifico degli economisti a cui è riservato poi il compito di indirizzare concretamente le azioni.

L'ISPIRAZIONE SOLIDARISTICA DELLO STATO SOCIALE

Una conferma della necessità di questo inevitabile rapporto tra etica ed economia si coglie nella moderna elaborazione del *Welfare State* che intende armonizzare le ragioni della gente con quelle della logica economica, e che ha sortito l'effetto di rispondere in modo più adeguato a molte necessità e bisogni, ponendo fine a forme di povertà e di privazione indegne della persona umana.

Come conferma la *Centesimus Annus* (n. 41): "Si è assistito negli ultimi anni ad un vasto ampliamento (della sfera di intervento dello Stato), che ha portato a costituire, in qualche modo, uno Stato di tipo nuovo: lo

¹ A. Smith è comunemente ritenuto il fondatore della moderna economia politica, ma si tralascia di ricordare che il suo impegno accademico era quello di professore di filosofia morale a Glasgow. Del resto l'altra sua grande opera, oltre la citata, è "Teoria dei sentimenti morali".

² Cf. ZAMAGNI, S, Economia ed etica, AVE, Roma, 1994.

“Stato del benessere”. Quella che è apparsa come una grande conquista è però entrata irreversibilmente in crisi, a causa di eccessi ed abusi che hanno provocato recenti e dure critiche. Si tratta anzitutto di una crisi economica, data la crescente spesa pubblica che ha dato origine a voragini vere e proprie nelle casse statali, senza per altro il corrispettivo di servizi efficienti. È ancora una crisi istituzionale con l'enfasi posta sullo Stato, gli imprenditori ed i sindacati, senza valorizzare altri soggetti sociali. È pure una crisi amministrativa perché la burocrazia si è rivelata un peso ingombrante, quasi un “sotto-sistema” che lavora più in funzione di sé che della collettività. È infine una crisi dai risvolti etico-culturali, essendo venuta meno quella ingenua forma di solidarietà che era stata alla base del modello attuale.

Comunque la si voglia interpretare si tratta in definitiva di una crisi valoriale-ideologica che conferma la fine di quel modello di Stato sociale che si proponeva di allargare la tutela dei cittadini attraverso lo sviluppo delle “politiche sociali”, ossia di politiche dirette a dare attenzione ai diritti sociali, quali la salute, l'assistenza, l'istruzione, il lavoro.

La trasformazione dello Stato sociale in Stato assistenziale ha reso evidente la necessità del superamento di tale modello, tenuto conto della nascita di nuovi attori sociali, della crescente domanda di benessere che punta più su dati qualitativi che quantitativi ed esigono un ripensamento profondo dello Stato del benessere.

Tuttavia se il cambiamento deve essere radicale non va dimenticato che esso comporta un rischio ed una opportunità. Il rischio è che, come al solito si butti via con l'acqua sporca pure il bambino (!), in altre parole che si cancelli con un colpo di spugna quel principio solidaristico che è alla base della riforma sanitaria del 1978³ e che vede il nostro paese orientato verso il raggiungimento di *standards* assistenziali che siano garantiti indipendentemente dalla forza contrattuale delle singole categorie o dal censo delle persone interessate. In agguato c'è il tentativo di optare per una esaltazione del pragmatismo e dell'acritica esaltazione

dell'individualismo, del puro mercato, dell'iniziativa privata.

L'opportunità consiste, al contrario, nel ricentrare il discorso sui diritti fondamentali dei soggetti più deboli, facendo di questa revisione il punto di partenza per una nuova stagione delle politiche sociali che non sono meno necessarie oggi di ieri. Basterebbe a questo proposito evidenziare, per restare all'interno del nostro paese, che ancora nel 1985 l'OMS affermava che le disuguaglianze nella salute, constatate all'interno dell'Italia, erano tali che dovevano essere ridotte nella misura del 25% alla fine del secolo. Le indagini epidemiologiche del resto confermano che si dà una relazione positiva tra morbilità/mortalità e basso livello socioeconomico per talune patologie (ad esempio tumori) e nella ricettività all'esposizione a fattori di rischio noti (fumo, alcool, ecc.), oltretutto a fattori di rischio professionale. Analogamente vi sono delle coincidenze significative tra basso livello socioeconomico e irrilevante accesso e uso dei programmi di tutela materno-infantile, di diagnosi precoce dei tumori femminili, di ricorso alla medicina specialistica, di equilibri alimentari e di esposizione ad altri fattori di rischio prevenibili od evitabili. Sarà necessario nei prossimi anni promuovere vaste campagne “educative” (più che informative) per la popolazione interessata.

C'è bisogno certo di meno Stato, ma non di meno *Stato sociale*. Come ribadisce Giovanni Paolo II: “È essenziale che l'azione politica assicuri un equilibrio di mercato nella sua forma classica, mediante l'applicazione dei principi di sussidiarietà e di solidarietà, secondo il modello dello Stato sociale” (Discorso ai membri della Pontificia Accademia delle Scienze Sociali, 25.4.1997) e questo “eviterà anche un sistema di assistenza eccessivo, che crea più problemi di quanti ne risolva. Se così farà, sarà una manifestazione di civiltà autentica, uno strumento indispensabile per la difesa delle classi sociali più sfavorite, spesso schiacciate dal potere esorbitante del “mercato globale”.

Per recuperare e ricostruire su nuove basi lo Stato sociale occorre recuperare la centralità di alcuni valori e di alcuni soggetti. Ci sono infatti bisogni collettivi e qualitativi che non possono essere soddisfatti mediante i meccanismi del mercato, ci sono esigenze

³ Il nostro paese, con la costituzione del 1948 e soprattutto con la riforma sanitaria del 1978, ha sancito il principio di parità di accesso di ogni cittadino italiano al servizio sanitario: fu questa l'affermazione della cosiddetta equità formale.

umane importanti che sfuggono alla sua logica; ci sono dei beni, che in base alla loro natura, non si possono vendere e comperare. Si tratta di uno “stretto dovere di giustizia e di verità impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti e gli uomini che ne sono oppressi periscano” (CA, 34). Non si tratta di risuscitare uno Stato assistenzialistico, ma di dare vita ad uno Stato che sappia incentivare e consentire, armonizzandole, la responsabilità, la creatività e l’iniziativa personale dei cittadini.

Due sono quindi i principi che strutturano tale visione di giustizia sociale che consiste nell’assicurare quel “qualcosa che è dovuto all’uomo perché uomo, in forza della sua eminente dignità” (CA, 34).

Il primo è il *principio di sussidiarietà* che afferma la soggettività dei cittadini e delle istituzioni private o pubbliche che, non in concorrenza ma ad integrazione dello Stato, interpretano e garantiscono tutta una serie di servizi e di necessità.

Il secondo è invece il principio di solidarietà che invita a superare qualsiasi residuale forma di assistenzialismo-sentimentalista e aiuta a mettere in luce il nesso necessario dell’efficienza, che risulta essere una convenienza per lo stesso funzionamento complessivo della società. Entrambi i principi evocati delineano il compito della responsabilità che porta a compimento una visione di società adulta ed amicale dove la reciprocità che è il segno dell’amicizia, costituisca l’*humus* etico in cui i patti non scendono più dall’alto, ma sono stabiliti tra pari: le regole, espressione di quanto richiesto dal bene comune, esigono sottomissione da parte di tutti.

Mercato-Stato-società sono dunque il trinomio imprescindibile della nuova stagione del *Welfare*. Il mercato correttamente inteso come “costitutivo” dell’attività umana, ma non “regolativo”, istanza quest’ultima di pertinenza dello Stato, il cui compito resta quello di armonizzare e guidare lo sviluppo ed infine la soggettività della società, incoraggiando e sostenendo la responsabilità delle persone, singole ed aggregate, affinché la società civile abbia a esprimersi come forza autonoma rispetto sia allo Stato sia al mercato.

IL PRINCIPIO GIUSTIZIA COME EQUITÀ

Una premessa per quanto possa apparire inutile o provocatoria va fatta. Accostando l’argomento della nostra riflessione si è portati in prima battuta ad una doppia constatazione: “Sia la concezione della ricerca etica sia l’idea di una distribuzione equa delle risorse in campo sanitario sono particolarmente vaghe e, al contempo o nonostante, altamente controverse⁴”. C’è ad esempio chi riconduce il carattere confuso delle affermazioni etiche al fatto che queste ultime non sarebbero altro che la manifestazione indiretta di sentimenti od emozioni e non di veri e propri ragionamenti. I filosofi moralisti che appoggiano tale interpretazione sono detti “emotivisti”, ma la conseguenza della loro opzione assume ben presto caratteri devastanti, se la riflessione etica viene ridotta a opzione di gusto e non può essere fatta oggetto di vera disputa razionale.

Di fronte al disorientamento creato dall’opzione emotivista c’è chi ha pensato che ci si debba rifugiare nella sicurezza delle preferenze normative sostenute, dall’autorità ufficialmente riconosciuta. Ecco allora il sorgere di “Comitati etici” di ispirazione laica o religiosa, cui demandare questo compito di avviare precise norme comportamentali. Senza sminuire l’importanza pedagogica e politica di simili istanze non sembra questo il modo adeguato di superare l’*empasse* dell’emotivismo.

In realtà l’etica non si limita a descrivere o a spiegare le norme già presenti in una società, bensì a fondarle. Pertanto nell’etica non si tratta di offrire motivi contingenti o tattici a favore o contro singole norme bensì di dare motivi ed argomenti di principio valevoli (almeno come ipotesi) sempre e comunque per tutta l’umanità.

La categoria giustizia che qui ci interessa è la grande piattaforma etica di riferimento che tende a manifestarsi come equità e che più o meno indirettamente fa appello ad un concetto allargato di responsabilità morale.

Qualcuno potrebbe pensare che la problematica circa l’allocazione delle risorse in modo equo, cioè rigorosamente etico, sia presente come questione solo ai nostri giorni. Uno sguardo alla storia del

⁴ BONDOLFI, A, Il principio giustizia in medicina, in RTM 113, 65.

pensiero e della pratica medica mostra, invece, che era presente soprattutto nel medioevo, una coscienza dei doveri di giustizia nei confronti degli infermi che non potevano curarsi con i propri mezzi. L'istituzione dell'elemosina e dell'ospedale in generale non era solo espressione di un' *empatia* generica o solo motivata religiosamente nei confronti di chi soffriva, bensì si trattava di un'istituzione mentale e materiale, al contempo, basata su una concezione corporativa di giustizia distributiva. I mezzi andavano distribuiti "a ciascuno secondo il suo stato" e ciò valeva anche per il mondo delle cure mediche.

Ciò che è andato modificandosi ai nostri giorni sono soprattutto due elementi che vanno adeguatamente tenuti presenti. In primo luogo la medicina si è istituzionalizzata. Anche un singolo medico per poter lavorare deve far riferimento ad una serie di istituzioni (laboratori, referti, specialisti, parere di esperti, letteratura specializzata) e quindi inevitabilmente deve far riferimento al fattore mercato. Dire mercato significa implicitamente affermare che tali beni non sono automaticamente ed infinitamente disponibili, bensì che essi sono scarsi e che comportano comunque sempre un costo. E' un dato di fatto questo da cui non si può prescindere e che richiede una valutazione etica, dovendo necessariamente porre l'interrogativo dell'equa distribuzione degli stessi beni⁵.

Di conseguenza – e siamo già alla seconda novità – si diffonde una nuova percezione della salute stessa, che viene intesa come un insieme di fattori legati ad un forte grado di contingenza e quindi solo parzialmente organizzabili da parte dell'uomo e della sua medicina. Il diritto alla salute rischia infatti di trasformarsi in una rivendicazione di principio inconcludente, se non ci si indirizza concretamente verso un sistema sanitario che

cerchi di migliorare allo stesso tempo la distribuzione delle risorse e l'efficacia-efficienza della spesa sanitaria.

Quanto si è detto conferma che parlare di giustizia in medicina è un fenomeno oggettivo e non arbitrario. Compito dell'etica è d'ora innanzi quello di elaborare alcune dimensioni della giustizia al fine di pervenire ad una serie articolata di criteri che possano far maturare una ponderata decisione.

DIMENSIONE DELLA GIUSTIZIA IN MEDICINA: "UNICUIQUE SUUM"

Dopo aver chiarito che data la limitatezza dei beni in campo sanitario, occorre distribuirli equamente, bisognerà chiedersi almeno tre cose, prima di giungere a definire dei criteri operativi. *Chi* può e deve distribuire tali beni ed *a chi* ed inoltre *che cosa* di fatto venga distribuito. Tutte queste considerazioni rimarranno ancora in un ambito generale, ma non diversamente è possibile data la limitatezza dello scrivente e la parzialità del dibattito ancora in corso. D'altra parte l'etica deve offrire degli spunti di interpretazione certi, senza dover in tutti i casi giungere da subito a precise opzioni normative che vanno attribuite al singolo nel momento della decisione in piena responsabilità.

CHI DISTRIBUISCE?

C'è in linea di principio un'istanza ritenuta soggetto principale della distribuzione dei beni primari, o quantomeno deputata ad organizzare le regole della distribuzione e cioè lo Stato nazionale territoriale. Pochi sono quelli che mettono in dubbio tale attribuzione. L'unica eccezione è qualche anarco-individualista come R. Nozick⁶ che ritiene ogni tassa una forma di furto e non di redistribuzione delle ricchezze. Al contrario la maggior parte dei filosofi

⁵ Tra gli sforzi di riflessione nella nostra area culturale italiana, posso segnalare: GHETTI, V. (a cura di), *Equità nel prelievo, equità nell'erogazione dei servizi: una parametro di misura dell'efficienza del SSN*, Franco Angeli, Milano 1985; COSTA G., FAGGIANO F. (a cura di): *L'equità nella salute in Italia*, Franco Angeli, Milano 1994; JANDOLO C., HANAU C.: *Etica ed economia nella "azienda" sanitaria*, Franco Angeli, Milano 1994. Per una eventuale introduzione ai dibattiti di economia sanitaria in generale, cf. DOMENIGHETTI G.: *Il mercato della salute: ignoranza o adeguatezza?* Cic Edizioni Internazionali, Roma 1994; per una visione d'insieme sintetica, cf. HANAU C.: "Risorse", in COMPAGNONI F. (a cura di), *Etica della vita*, Paoline, Cinisello Balsamo 1999, 211-235.

⁶ NOZICK R.: *Anarchia, stato e utopia*. Le Monnier, Firenze, 1981.

morali ritiene che sia compito specifico della struttura statale costringere i cittadini a quest'attività umana di redistribuzione. Oltre allo Stato, alcuni beni possono essere parzialmente distribuiti attraverso meccanismi di mercato, soprattutto quando tali beni non siano da considerare come primari, bensì parzialmente voluttuari. Molto probabilmente la cosiddetta realtà mista è la migliore perché combina con varie modalità il carattere obbligatorio della distribuzione statale con quello dell'efficienza data dalla volontarietà e redditività del mercato.

A CHI VIENE DATO?

I destinatari della distribuzione possono essere sia singole persone sia gruppi più o meno estesi, di donne ed uomini. Va poi distinto all'interno della distribuzione i diversi livelli in cui essa avviene.

I beni sanitari vanno innanzitutto presi e separati da altri beni pubblici destinati ad altri scopi, tale è l'ambito della macroallocazione.

All'interno poi del mondo della medicina si possono destinare beni a diverse specialità o alla lotta di patologie diverse oppure destinarli a diversi approcci terapeutici di un medesimo stato patologico. Questo è il settore della meso-allocazione.

Infine, le istituzioni medico-sanitarie, di fronte a pazienti reali, sono chiamate a compiere scelte puntuali sia a proposito dell'urgenza dell'intervento, sia nella scelta dei mezzi preventivi, diagnostici e terapeutici. Ci si trova così nell'ambito della micro-allocazione.

Ognuno di questi livelli presenta situazioni di conflitto diverse e particolari. Circa la macroallocazione ci si imbatte nelle scelte della politica che destina a livello nazionale ed internazionale quote del reddito nazionale al fabbisogno sanità, mettendole accanto ad altre spese sociali più o meno sensate (dalle autostrade agli armamenti). Diventa qui difficile esprimere una valutazione senza cadere nel qualunquismo, a meno di ribadire la necessità di un fine globale dell'azione politica che sappia dare alle priorità umane il giusto rilievo.

Per quanto riguarda il livello intermedio qui il rischio che si corre è quello degli egoismi collettivi e corporativisti. I vari attori presenti hanno la tendenza a considerare i bisogni del proprio settore come prioritari non solo da un punto di vista

tecnico, ma anche morale e quindi a giudicare come ingiuste allocazioni quelle che privilegino altri settori e tecniche. Non sempre tali critiche sono infondate, ma occorre essere prudenti nell'utilizzare categorie morali nell'approvare o criticare priorità di politica sanitaria. Più in positivo si intende affermare la necessità di considerare le proprie priorità all'interno di una logica intersistemica, in cui cioè la propria attività si riconosce come un segmento di una figura più globale.

A livello infine di micro-allocazione si delineano altre deformazioni professionali. La più pericolosa è quella tendente a limitare o addirittura a sottrarre particolari risorse a singoli pazienti con l'argomento che essi provocano spese straordinarie che vanno a scapito di altri sofferenti che, per questo motivo, non le possono ricevere. Ancora più censurabile è la versione in cui si suggerisce al paziente che la sottrazione di un bene sia dovuta anche al fatto che la patologia sia da ricondurre ad un suo comportamento irrazionale. Si pensi ad alcuni immotivati rifiuti di trapianti di fegato ad alcolizzati già introdotti in un processo di cura di astinenza o al rifiuto di terapie sperimentali anti-AIDS presso pazienti dal comportamento sessuale atipico.

Va precisato a questo punto che le decisioni a questo livello di microallocazione vanno prese caso per caso, secondo una logica interna alla clinica. In caso diverso si carica il soggetto del peso di una grave responsabilità, mentre questa deve gravare sull'istituzione sanitaria in quanto tale e non sul soggetto clinico. Vale in ogni caso il criterio dell'*unicuique suum* essere giusti non significa dare tutto a tutti, nemmeno dare a tutti la stessa cosa, bensì "a ciascuno il suo". In effetti l'applicazione del principio di equità sottintesa al S.S.N. non esige soltanto una equidistribuzione paritaria delle prestazioni sanitarie fra tutti i componenti della collettività, indipendentemente dalla capacità di spesa e dalle condizioni economiche, ma implica che venga dato di più a chi presenta maggiori bisogni. Tutti i produttori di reddito sono chiamati a contribuire per il fondo sanitario nazionale, che tendenzialmente copre tutte le prestazioni di provata efficacia.

Qualche perplessità suscita la compartecipazione degli utenti alla spesa (i vari ticket) perché alle origini era soltanto un contributo simbolico che doveva avere

effetto dissuasivo anche per ricordare che ogni prestazione per quanto gratuita ha un suo costo. La compartecipazione rischia però di produrre quello che è stato definito l' "effetto Matteo", avendo scritto tale evangelista che "a chi ha sarà dato e a chi non ha sarà tolto". Il fondo sanitario nazionale interviene infatti con maggiori finanziamenti proprio in favore di quegli utenti che sono disposti a spendere di più in compartecipazioni.

È opportuno infine ricordare che non rientra in tale opzione di solidarietà, la proposta, solo apparentemente egualitaria, di far pagare la prestazione sanitaria ai più abbienti: tale principio, se applicato, sarebbe il più forte incentivo a indirizzare le classi più agiate verso una sanità parallela, con la conseguenza di ridurre l'interesse di mantenere elevata la qualità del servizio sanitario nazionale.

CHE COSA VIENE DISTRIBUITO?

Una serie di beni è abbastanza semplice da quantificare e si presta a discussioni normative relativamente facili, nella misura in cui è appurabile con chiarezza che cosa comporti un risparmio od una rinuncia ad una parte di questi beni. Si pensi ad esempio al tipo di bene "quantità di letti disponibili", oppure a "quantità di apparecchiature specifiche per quantità di abitanti". Ci sono però anche in medicina beni non facilmente identificabili e che determinano in maniera determinante la qualità delle prestazioni. Si pensi solo per citare il caso delle risorse umane, all'allocazione di beni per la formazione di base e per l'ulteriore perfezionamento del personale sanitario. È chiaro che si dà un rapporto non casuale tra investimenti per la formazione e qualità delle prestazioni.

QUANTO E COME VIENE DISTRIBUITO?

La medicina moderna esige l'impiego di risorse umane e materiali considerevoli e gli stessi successi nel combattere le malattie inguaribili aumentano il numero di coloro che hanno bisogno di assistenza. Di conseguenza il problema della scarsità di risorse paradossalmente aumenta piuttosto che diminuire. Per quanto ci riguarda l'Italia si colloca attorno al valore medio-alto delle spese sanitarie dei vari paesi europei (intorno all'8,5% del PIL). Non sono

ipotizzabili, né augurabili ulteriori riduzioni al comparto sanitario. Piuttosto occorre spendere meglio. Questa è un'opinione diffusa, sia fra gli economisti, sia tra i medici più avvertiti, sia dalla pubblica opinione. E questo ci porta a spendere due parole sul miglior impiego delle risorse: il binomio mercato/programmazione, l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie.

Dal 1° gennaio 1995 è in vigore un mercato *sui generis* nel senso di una offerta di cure da parte di diverse strutture sanitarie, ma a prezzi (rimborsi) vincolati dallo Stato. Si tratta di una forma imperfetta di mercato, come è noto, che ha bisogno ancora di aggiustamenti. Quanto al processo di aziendalizzazione esso non va mitizzato, ma va calato nel concreto della coscienza degli operatori sanitari che debbono crescere in questa nuova logica.

IN BASE A QUALI CRITERI DISTRIBUIRE?

Siamo giunti al cuore del dibattito etico sulla giustizia distributiva nel campo sanitario. In base a quali criteri andranno distribuiti quei beni sopra richiamati, tenendo conto che la loro relativa scarsità comporta di compiere drammatiche scelte?

È particolarmente nella microallocazione che si danno i dilemmi più difficili per il singolo operatore e questo porta a dibattere *chi e in quale misura* dei diversi pazienti ha diritto a ricevere assistenza e specifici trattamenti.

Questa impostazione provoca discriminazioni inevitabili, che oltre un certo limite non sono più riconducibili al principio di equità.

Sul piano dottrinale questo problema, che domina la riflessione bioetica attuale, è discusso in termini di orientamento utilitaristico, individualistico-libertario, egualitaristico e personalistico.

L'utilitarismo sociale propone quale criterio etico per l'allocazione delle risorse il calcolo costi/benefici, finalizzato all'utilità collettiva. In pratica la società sopporta dei costi proporzionati a dei benefici realizzabili, e questo non nell'ottica del singolo, ma in quella del collettivo. Il fine è aumentare il ben-essere per il maggior numero degli individui.

È evidente che in tale prospettiva, se radicalizzata, si rischia di sacrificare il beneficio di alcuni individui guardando all'utilità sociale, come pure di enfatizzare così tanto la produttività da scartare investimenti per

pazienti allo stato terminale o comunque inutili.

La teoria individualistico-libertaria alla Nozick, ritiene la giustizia in funzione della libertà e dei diritti individuali. Nella distribuzione delle risorse si applica la regola del mercato, esaltando così la capacità di pagare, anziché l'utilità sociale e il pubblico interesse. In tale contesto dove lo stato è "minimo", ridotto ad una sorta di "sorveglianza notturna", si perde di vista il bene comune, enfatizzando il singolo, colto nella sua esasperata soggettività

La teoria egualitaria propugna l'eguaglianza di trattamento e la scarsità delle risorse non giustifica alcune differenziazione. Tale impostazione rischia però di garantire a tutti un minimo, ma non considera esigenze speciali di persone che richiedano, a motivo del loro stato, prestazioni al di fuori della normalità.

La bioetica personalista infine, pone al centro il valore prioritario della persona, proponendo una coordinazione di mezzi e di risorse e una programmazione sanitaria in base al principio di solidarietà e di sussidiarietà. In questo caso gli unici criteri sono l'urgenza, la proporzionalità terapeutica, la priorità nella lista d'attesa.

* L'urgenza medica è il primo criterio-base da dare al trattamento medico-chirurgico.

** Il parametro della priorità nella lista d'attesa va considerato allorquando esistano parità d'urgenza fra pazienti diversi.

L'approccio personalista anche se non offre una ricetta pronta all'uso sembra garantire la piattaforma interpretativa più aderente alla realtà e tale da integrare l'etica medica tradizionale. Probabilmente la proporzionalità terapeutica sarà il concetto da sviluppare sempre meglio, evitando da un lato eccessi di cura, dall'altra carenza assistenziali. È su questo fronte che dovrà svolgersi un grosso impegno educativo, sia dei sanitari sia dei pazienti.

CONCLUSIONE

Come si è potuto notare non siamo giunti a conclusioni univoche circa il delicato rapporto tra diritto alla salute ed equità sostanziale di trattamento. L'etica in dialogo con le scienze economiche dovrà approfondire tale ambito, facendone come già avviene un capitolo speciale di etica applicata. Quello che appare incontestabile a tutt'oggi è che il dibattito squisitamente "bioetico" rappresenta già ora e lo sarà sempre più in futuro, un'occasione per verificare il reale grado di maturazione nella coscienza popolare del principio di solidarietà, posto a base della nostra come di molte costituzioni europee.

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. Equità nel prelievo, equità nell'erogazione dei servizi: un parametro di misura dell'efficienza del S.S.N., a cura di Ghetti, V, Angeli, Milano 1985.
- COCHRANE A. L'inflazione medica: efficacia ed efficienza nella medicina, Feltrinelli, Milano 1978.
- COSTA G., FAGGIANO F. (a cura di) L'equità nella salute in Italia Angeli, Milano 1994.
- DOMENIGHETTI G. Il mercato della salute: ignoranza o adeguatezza?, Ed. Cic International, Roma 1994.
- DRUMMOND M.F. et al. Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari; Angeli, Milano 1994.
- ENGELHARDT Jr. H.T. Manuale di Bioetica. Il Saggiatore, Milano 1991.
- GRACIA D. Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo; Paoline, Cinisello Balsamo 1993.
- IANDOLO C., HANAU C. Etica ed economia nella "azienda" sanità; collana Fond. Smith-Kline, Angeli, Milano 1994.
- LEONE S., PRIVITERA S. (a cura di); Dizionario di bioetica, EDB-ISB, Bologna-Palermo 1994.
- PIERANTONI E. Analisi economica della vita umana: i metodi di valutazione empirica. 2 voll.; Isr-Cnr, Roma, 1989.

ETICA ED ECONOMIA NELLA PRATICA CLINICA: NON BIVIO MA OBIETTIVO PER IL MEDICO

Grassi M.

Professore Associato di Terapia Medica e Medicina Termale, Dirigente II Livello, Dipartimento di Terapia Medica, Università di Roma "La Sapienza"

Relazione presentata al Seminario di Studio: "Il Medico ad un bivio? Etica ed Economia nella Pratica Clinica" Subiaco, 4 Marzo 2000

Corrispondenza:
Prof. Marcello Grassi
Dipartimento di Terapia Medica
Divisione di Idrologia Medica
V.le del Policlinico, 155
00161 Roma
Tel. e Fax 064462892

L'attuale impostazione di principio nei confronti del malato e della salute scaturisce fundamentalmente da due componenti: l'etica cristiana, con il principio della pari dignità degli uomini in quanto figli di Dio e con la tradizione solidaristico-caritativa della Chiesa, e l'etica dei diritti, sulla base della quale si è affermato il diritto di ogni uomo alla fruizione di alcuni beni fondamentali (lavoro, salute, istruzione), maturata in seguito alle lotte politiche e sociali degli ultimi due secoli. Quest'ultima impostazione ha trovato le sue espressioni in una serie di dichiarazioni di diritti – Dichiarazione dei diritti della Costituzione degli Stati Uniti, Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino della Rivoluzione Francese, Dichiarazione dei diritti del popolo lavoratore della Rivoluzione Russa, dichiarazioni ONU, Carte costituzionali, come quella italiana, che sanciscono per ogni cittadino il diritto alla salute, Statuto dei lavoratori –. Da ciò il "senso comune", o generale consenso, sul dovere di prestare cure adeguate a ogni malato per guarirlo o, comunque, per restituirgli salute e benessere.

Il diritto alla salute si è concretizzato, soprattutto nell'area europea, attraverso sistemi di sicurezza sociale a gestione pubblica, finanziati tramite la leva fiscale, e i contributi delle aziende e dei lavoratori. Da ciò è scaturito un problema di costi dell'assistenza medica, di ottimizzazione della spesa, della necessità di evitare e ridurre sprechi e abusi, in rapporto tra l'altro con una lievitazione dei costi di gestione. Sono queste le problematiche sulle quali oggi si discute la riforma dello Stato Sociale, ovvero la modalità di assistenza al cittadino nel momento del bisogno.

L'assistenza sanitaria globale, fine istituzionale del SSN, è qualitativamente e quantitativamente vincolata alle risorse economiche disponibili (PIL) che si rivelano spesso insufficienti ad esaudire le aspettative degli operatori sanitari e degli utenti-pazienti.

Ma i costi dell'assistenza sanitaria sono realmente giustificati (e giustificabili) ? Esistono elementi oggettivi che potremmo indicare come "cause fisiologiche" di incremento di spesa, legati al progressivo e costante

Tab. 1

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 disposizioni di Legge. La Legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana).

Tab. 2

La salute è uno stato di pieno benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità. Il godimento di livelli il più possibile elevati di salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzioni di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale.

invecchiamento della popolazione, al conseguente aumento proporzionale della patologia cronica e degenerativa, ai flussi migratori che ripropongono la comparsa o la ricomparsa di patologie rare o dimenticate, così come gravano sul bilancio della sanità oneri impropri legati al disagio sociale per le nuove povertà, ai nuovi assetti demografici, al mutato rapporto tra la società "attiva" e gli anziani, con l'ospedale che si è trovato al centro di questa trasformazione, subendo spesso il carico di ricoveri non riconducibili ai suoi fini istituzionali di diagnosi, prognosi e cura.

Esiste poi, a mio avviso, un "incremento patologico" dei costi, legato alla vertiginosa impennata delle prestazioni-prescrizioni dovuta ad un uso improprio delle risorse e delle nuove tecnologie diagnostiche sia per compiacere alle aspettative, a volte eccessive, dell'utente, sia per arginare la tendenza dei mass-media a colpevolizzare il sistema sanitario, sia, talvolta, per una insufficiente preparazione-informazione degli operatori.

Se, come credo, resta doveroso respingere ogni ipotesi di riduzione degli spazi di solidarietà e di diritto alla salute, sarà altrettanto opportuno raggiungere questo obiettivo evitando una sottrazione di risorse da altre necessità o un ulteriore aggravio del debito pubblico.

Un risparmio di spesa potrebbe essere ottenuto attraverso:

- l'estensione e il rafforzamento delle attività di prevenzione sul territorio;

Tab. 3 - Cause di incremento della spesa sanitaria

Cause "fisiologiche"

- Aumento della durata della vita media
- Aumento delle malattie croniche su base involutiva-degenerativa
- Aumento delle possibilità diagnostico-terapeutiche

Cause "patologiche"

- Insufficiente preparazione-informazione del medico
- Eccessive aspettative del paziente-utente
- Ingiustificate campagne di informazione contro istituzioni ed operatori sanitari
- Carico di oneri impropri

Oneri impropri

- Disagio sociale per nuove povertà
- Nuovi assetti demografici
- Immigrazione
- Cambiamento del ruolo dell'anziano nella società

- l'attivazione di progetti di assistenza e sostegno domiciliare a finalità terapeutiche e riabilitative per anziani e disabili;
 - l'incremento delle prestazioni ospedaliere di diagnosi e cura in regime di day-hospital;
 - la promozione e l'incoraggiamento alla formazione continua del medico per favorire l'uso corretto, ragionato e consapevole delle tecniche diagnostiche e delle possibilità di cura rispettando i criteri di costo-rischio-beneficio, senza pericolose concessioni all'improvvisazione terapeutica.
- L'alternativa non è tra etica ed economia ma, piuttosto, tra un impiego eticamente e tecnicamente corretto delle risorse disponibili e l'utilizzo inappropriato o scorretto delle stesse.
- Spetterà a noi Medici assicurare il paziente sul fatto che spendere molto per la salute non significa necessariamente spendere bene e che il medico migliore è quello che cura o guarisce nel minor tempo possibile e, a parità di risultato, con la minore spesa.

BIBLIOGRAFIA

BEAGLEHOLE R., BONITA R.: Public health at the crossroads: which way forward? Lancet 1998; 351(9102): 590.
 MARIANI L.: Assistenza sanitaria tra Servizio Sanitario Nazionale e Assicurazioni private. Clin Ter 1998; 149: 139.
 UNWIN N., ALBERTI G., ASPRAY T., EDWARDS R.,

MBANYA J.C., SOBNGWI E., MUGUSI F., RASHID S., SETEL-P., WHITING D.: Economic globalisation and its effect on health. Some diseases could be eradicated for the cost of a couple of fighter planes. BMJ 1998; 316(7142): 141.

DALL'ETICA MEDICA ALL'ETICA DELL'ORGANIZZAZIONE: VERA O FALSA APORIA DELL'AGIRE MEDICO?

Russo F.

Dirigente II livello,
Divisione di Medicina
Generale, Polo Ospedaliero
Monterotondo-Palombara,
ASL RM/G

Relazione presentata al
Seminario di Studio: "Il
Medico ad un bivio? Etica ed
Economia nella Pratica
Clinica"
Subiaco, 4 Marzo 2000

Corrispondenza:
Dott. Francesco Russo
Via Sirte, 25
00199 Roma

È buona norma dialettica rispondere, e quindi proporre una possibile soluzione ad un interrogativo, alla fine di una riflessione correttamente argomentata cioè ragionevole e soprattutto ragionata.

Ma, nonostante la complessità dei temi impliciti nel titolo che ho scelto per la mia breve relazione, vorrei iniziare invece proprio con una risposta-affermazione (del tutto personale e quindi ovviamente del tutto criticabile), basata sull'etimologia del termine greco "aporia": difficoltà, incertezza.

L'affermazione è questa: se si fa riferimento alle incertezze non ve ne può essere alcuna poiché l'Etica è una ed una sola e quindi sono e/o dovrebbero essere impossibili contraddizioni-discontinuità tra il nostro agire quotidiano di operatori sanitari e le norme organizzative che regolano questo agire. Tant'è che l'Etica medica e quella organizzativa pongono come punto di partenza e di arrivo di ogni loro intento l'uomo sofferente, il cittadino-utente.

Se invece si fa riferimento alle difficoltà che noi operatori abbiamo dovuto e stiamo ancora appieno affrontando, nel tentativo di conciliare organizzazione del lavoro ed Etica della prassi, ci si imbatte in problematiche controverse e comunque di difficile soluzione.

Mi riferisco, in particolare, al tema della managerialità introdotta nella organizzazione o meglio riorganizzazione del nostro Sistema Sanitario dalle ben note recenti normative.

In sintesi si chiede al medico di completare la propria tradizionale professionalità, basata sulle specifiche competenze tecniche, con competenze e funzioni definibili come "gestionali".

Se, ad esempio, fino a non molti anni fa il processo clinico-diagnostico-prognostico terminava con la domanda "quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?" oggi dovremmo più correttamente chiederci "quale trattamento ottimizza le risorse e produce un paziente-cliente soddisfatto?"

Ci troviamo quindi di fronte al compito di gestire la spesa con l'obiettivo-responsabilità non tanto di spendere meno quanto (e soprattutto) di spendere meglio.

Ma concetti operativi, come ad esempio controllo di gestione, budgeting, contabilità per centri di costo e bilancio costo/ricavi, fanno parte

del nostro bagaglio culturale da troppo poco tempo per non provare più nei loro confronti una vera e propria diffidenza.

Diffidenza che, oltre ad essere il normale sentimento con cui ci si confronta con ciò che non è ben conosciuto, si fonda sulla difficoltà (e sul non del tutto infondato timore) che noi medici abbiamo di non abbandonare, o comunque di trasformare profondamente, il nostro universo di riferimento: quello delle competenze tecniche.

Anche perché queste diventano ogni giorno più specialistiche e sofisticate tanto da richiedere un costante e faticoso lavoro di aggiornamento.

Infine la difficoltà che vorrei sottolineare, anche in relazione ad un vissuto personale, è quella di

conciliare il tempo dedicato all'aggiornamento e agli impegni manageriali con il tempo dedicato all'ascolto del paziente: tempo della condivisione di "una esperienza di incontro" con una realtà sempre inquietante, piena di sofferenza e di umana speranza.

Ho parlato di difficoltà e certo non di impossibilità a raccogliere, ed ovviamente vincere, la sfida imposta dai nuovi orizzonti dell'agire medico.

Da parte mia non so come e cosa farò, ma auguro a tutti i Colleghi che hanno avuto la cortesia di leggermi fin qui, e non solo a loro, di essere più bravi e capaci di me.

Sono certo che i vincitori di questa sfida, alla fine, saranno tanti.

IL MEDICO E I DRG

Carni D.

Dirigente Medico II livello,
Divisione di Chirurgia Generale,
Ospedale di Tivoli, ASL RM/G

Relazione presentata al Seminario
di Studio: "Il Medico ad un
bivio? Etica ed Economia nella
Pratica Clinica"
Subiaco, 4 Marzo 2000

Corrispondenza:
Dott. Domenico Carni
Divisione di Chirurgia Generale
Ospedale S. Giovanni Evangelista
Via Parnozzani, 3
00019 Tivoli

I cambiamenti che si sono verificati in questi ultimi anni nel campo sanitario con il D.L. 29, con il nuovo contratto della Dirigenza Medica hanno portato in primo piano le tematiche inerenti la valutazione delle performances delle Unità Operative (U.O.) applicando metodiche proprie dell'industria senza però aver definito e valutato le diversità esistenti nel campo medico.

Bisogna subito dire che l'esigenza di porre un freno al continuo crescere della spesa sanitaria era e rimane molto forte, ma l'uso che oggi molti operatori stanno facendo dei DRG e dei PRG quali strumenti di analisi statistica e non di processo clinico-terapeutico, di fatto sta allontanando l'Etica e la solidarietà dalla malattia.

Il controllo di gestione che dovrebbe scaturirne quindi deve definire i costi generali e di struttura in modo da renderli adeguati e non soverchianti l'insieme dei costi diretti delle U.O., non tanto per conoscere "quanto rende" o "quanto si perde" rispetto ad una data tariffa, quanto per poter conoscere e rappresentare adeguatamente i servizi resi ai pazienti aventi bisogni sanitari simili. Ne scaturisce che non basta conoscere se una medicina costa tanto o poco per attuare un controllo di gestione, perché non è sul costo che si responsabilizza un Reparto, ma sul corretto uso delle risorse che esso svolge, in funzione dei risultati qualitativi e quantitativi che riesce a fornire.

Ma il controllo di gestione per quanto "medicalizzato" può da solo servire a monitorizzare la spesa? o meglio...! non sarebbe più utile e soddisfacente per tutti usare il bisturi in altri settori quali quello amministrativo e farmaceutico? Così facendo sicuramente non verrebbero meno quei valori per cui l'ospedale è stato creato, non si verificherebbero le distorsioni dei DRG e dei PRG ed il malato tornerebbe ad essere del sistema Sanità, mentre oggi sembra quasi che la malattia specie quella cronica e che prevede grandi spese, sia da evitare e da "maledire". Così facendo si tornerebbe a considerare l'ammalato una persona bisognosa del nostro aiuto e non una patologia con i suoi costi. La salute non può essere un business, come di fatto si sta verificando, ma un bene al cui mantenimento debbono tutti tendere.

Ecco perché oggi il medico vive la sua professione passivamente e non da attore, stretto com'è da una parte dalla necessità di vedere monitorizzata la sua attività in modo statistico, dall'altra spinto a voler dare tutto se stesso per poter risolvere nel migliore dei modi qualsiasi malattia e non quelle che possono avere un costo minimo ed una facile risoluzione. Il rischio cui si può andare incontro è la ricerca di pazienti con patologie minime da ricoverare, mentre quelle complesse vengono

evitate con evidente abbandono dei valori etici più alti cui la medicina si ispira.

Pertanto pur sapendo che è necessario ed opportuno dare un contributo ad una corretta gestione della spesa sanitaria è altrettanto necessario ed opportuno fare alcune riflessioni sui DRG e sui PRG dicendo che:

- non forniscono una valutazione analitica della complessità del singolo caso, cioè “che cosa è stato fornito” in termini di tempo medio, di tempo di assistenza, di accertamenti diagnostici

ecc. ma si ricollegano essenzialmente alla durata della degenza del paziente;

- non forniscono una valutazione organizzativa dei processi intraospedale (lungodegenze in unità per acuti, tempi di risposta dei servizi ecc.).

A fronte di tali problematiche si ritiene ormai improcrastinabile una revisione di detti sistemi sapendo che il Medico non può e non deve sottostare alla legge dei costi in quanto il bene salute non ha prezzo!!!

RISVOLTI ETICI ED ECONOMICI NELLA PRATICA CLINICA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Marziale D.

Medico di Famiglia
Azienda USL RM/G, Tivoli

Relazione presentata al Seminario
di Studio: "Il Medico ad un
bivio? Etica ed Economia nella
Pratica Clinica"
Subiaco, 4 Marzo 2000

Corrispondenza:
Dott. Dario Marziale
P.zza Plebiscito, 16
00019 Tivoli

Il Medico di Famiglia, figura definita in passato come Medico di Base, Medico di Medicina Generale, Medico di Fiducia, dovrebbe essere il punto di riferimento del cittadino ed avere, anche secondo l'impostazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale, un ruolo fondamentale e centrale a cui il paziente si rivolge per ogni dubbio di natura medica e spesso non medica.

Questa posizione che possiamo definire di privilegio, porta il Medico di Famiglia ad essere l'unico che conosce l'uomo sano e l'uomo malato nella sua globalità, nella sua interezza conoscendo il paziente spesso da sempre e conoscendo anche la famiglia e quindi tutte le problematiche connesse alla stessa.

Da sempre il rapporto Medico-Paziente si è basato sulla fiducia del paziente nei riguardi del medico e sulla certezza del medico di essere seguito dal paziente nei trattamenti terapeutici necessari alla risoluzione della patologia.

Purtroppo in questo periodo ci troviamo di fronte ad una modifica del rapporto in cui, per le maggiori conoscenze di natura sanitaria da parte della popolazione, alcune volte il paziente si rivolge al medico soltanto per una presunta conferma di una patologia già autodiagnosticata mettendo in difficoltà o addirittura sviando il sanitario nella corretta diagnosi.

Troppo spesso il Medico di Famiglia si ritrova ad essere un semplice prescrittore ed un prescrittore oberato da testi di Legge e "note" che comportano una riduzione di tempo da poter dedicare ai pazienti, ai loro problemi, alle loro patologie e che inevitabilmente portano ad un alterazione del rapporto Medico-Paziente inteso principalmente come alterazione del rapporto Uomo-Uomo.

Nella pratica giornaliera del Medico di Famiglia l'Etica si può ben accordare con l'Economia? Questa è una domanda la cui risposta è diversa secondo cosa si intende per Etica ed Economia.

L'Etica è il comportamento e l'insieme di regole che il Medico deve conoscere e rispettare al fine di conseguire il miglior risultato per i Pazienti, in pratica è il Giuramento di Ippocrate che ognuno di noi si è impegnato a rispettare nel momento in cui ha deciso di dedicarsi a questa professione.

L'Economia è la necessità di risparmiare ed è strettamente legata alle disponibilità di risorse che è possibile utilizzare in un determinato periodo.

La possibilità di conciliare l'una con l'altra non è sempre semplice e richiede un importante impegno di tempo da parte del Medico di Famiglia.

Tutti i giorni ci troviamo di fronte Pazienti che, autonomamente perché hanno sentito il vicino o l'amico, oppure che, inviati a consulenza specialistica di qualsiasi tipo, tornano a noi con richiesta di accertamenti e cure, che rispettano sicuramente l'Etica ma meno l'Economia, cosa fare?

Cardine fondamentale è il rapporto Medico-Paziente; soltanto tramite questo legame, se è presente e saldo, è possibile riuscire a mediare i due problemi, apparentemente opposti; il dialogo, la spiegazione dei perché sia opportuno eseguire prima un accertamento di un altro, l'illustrazione del motivo per cui un farmaco può essere prescritto a carico del S. S. N. (fascia A) e lo stesso farmaco in un'altra occasione non a carico (fascia C) sono le basi e la risposta all'apparente bivio che in questo periodo la Sanità ci presenta.

Al fine di riuscire in questo, forse, arduo compito ci occorre però anche la collaborazione dei Colleghi specialisti ambulatoriali ed ospedalieri; per collaborazione intendo la conoscenza dei testi di

Legge e "note" la cui possibile inosservanza alcune volte ci mette in seria difficoltà nei confronti dei Pazienti (vedi note CUF, registri USL, ecc.).

Vorrei dedicare soltanto qualche parola ad un altro aspetto della moderna medicina: le specializzazioni e le ultra specializzazioni che portano alla settorializzazione delle diagnosi, perdendo di vista il paziente, nella sua interezza, che ha bisogno di essere curato come uomo e non come singolo organo od apparato.

Concludo citando una domanda ed una risposta del Prof. Berretta Anguissola; la domanda "cosa è venuto a mancare nella moderna medicina tecnologica e specialistica?" e la risposta "il rapporto, il dialogo interpersonale, che costituisce, ieri come oggi, il tempo irrinunciabile ed essenziale dell'incontro tra malato e medico".

Il Medico di Famiglia deve riuscire a riconquistare questo rapporto al fine di poter proseguire in una via senza bivio in cui l'Etica e l'Economia vadano in accordo.

TERAPIA INTENSIVA: INEVITABILMENTE CENTRO DI COSTO MA ...

Greco G.

Dirigente Medico I livello,
Servizio di Anestesia e
Rianimazione, ASL RM/G,
Ospedale di Subiaco

Relazione presentata al Seminario
di Studio: "Il Medico ad un
bivio?" Etica ed Economia nella
Pratica Clinica"
Subiaco, 4 Marzo 2000

Corrispondenza:
Dott.^{ssa} Giovanna Greco
Ospedale "A. Angelucci",
Località Colle Cisterna
00028 Subiaco
Tel. 07748115283

Tutti i sistemi sanitari hanno il problema di conciliare la penuria delle risorse economiche con la crescente domanda di salute, senza compromettere il livello e la qualità dell'offerta terapeutica.

In media con l'Europa occidentale, spendiamo la quarta parte del PIL per prestazioni sociali, ma la gran parte di questa disponibilità è fagocitata dal sistema previdenziale, per cui solo un 5-6 % del PIL è direttamente investito nella spesa sanitaria.

Nei modelli di spesa sanitaria si propongono due ideologie socioeconomiche: una, contraria allo stato sociale, si richiama alla concorrenza, al mercato, all'iniziativa privata, l'altra, ispirata all'Umanesimo Cristiano, si richiama allo spirito di solidarietà sociale, all'egualitarismo, al concetto di sostegno dei più deboli da parte della Comunità-Stato.

Certamente, un sistema sostenibile si discosta dal presupposto che tutti i membri della società, a pari e pieno titolo, incondizionatamente hanno diritto di ricevere da parte del SSN tutte le prestazioni rese possibili dal progresso medico. Oggi tutti i Paesi tendono a razionare le prestazioni disponibili, particolarmente quelle dipendenti da tecnologie sofisticate e costose, per ragioni di sostenibilità della spesa, indirizzando ad un uso più responsabile della medicina e delle risorse. La nostra professione, tradizionalmente legata ad alti valori etici e sottomessa a forti principi deontologici, si trova in una situazione di stato di conflitto, avendo da un lato il razionamento delle possibilità terapeutiche e dall'altro l'interesse dei pazienti, dei quali dovremmo essere i garanti.

Ciò vale particolarmente per l'Anestesista-Rianimatore le cui prestazioni risultano molto complesse.

Il lavoro di questo professionista, che ha il primario sulla scena della sala operatoria, resta ancora ignorato da larga parte dell'opinione pubblica.

La sua attività si espleta nella sala operatoria dove, con farmaci potenti e pericolosi per la vita, modifica in maniera reversibile le funzioni vitali e la capacità di percezione dei pazienti. In rianimazione e terapia intensiva la sua opera ha rivolta al ripristino ed alla stabilizzazione delle funzioni vitali di soggetti in pericolo di vita, per i quali ha fondamentale il superamento della fase acuta immediata.

L'Ospedale moderno ed efficiente gravita intorno alla Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione che rappresenta il fulcro di ogni attività non solo chirurgica ma anche medica. La Terapia Antalgica è purtroppo considerata una sottobranchia dell'anestesiologia e le prestazioni in

questo campo non sono riconosciute ed inserite nell'ambito del sistema dei D.R.G.

Entrando in un regime di aziendalizzazione progressivo, ad ogni prestazione corrisponde un determinato costo, e ad essa deve corrispondere una valorizzazione economica secondo criteri e parametri precostituiti (diagnosi principali e secondarie).

Se ciò non accade, come spesso è in questo settore (si pensi alla analgesia peridurale per il parto) la prestazione effettuata non sarà rimborsata all'Amministrazione e quindi resterà un puro costo a carico della stessa.

In un futuro in cui ogni reparto o divisione avrà a disposizione un certo budget, stanziato in base alle caratteristiche dell'Ospedale, al numero di posti letto, al tipo di patologie trattate, l'erogazione di procedure di terapia antalgica, non previste preliminarmente, inciderebbe sensibilmente sui costi di quel reparto, con il rischio di far decrescere le richieste di simili prestazioni che comunque sono sempre a vantaggio del benessere del paziente-utente.

Per quanto concerne le Terapie Intensive, intendendo per tali i reparti con posti letto, attrezzature e personale medico ed infermieristico, dove si svolgono quelle attività terapeutiche, diagnostiche e di monitoraggio intensivo che seguono l'immediato trattamento di emergenza, queste sono in Italia circa 400. Meno del 30% degli Ospedali italiani risulta dotato di una T.I.

Circa l'1-2% della casistica ospedaliera passa per una T.I. (dati della Centrale di Programmazione Sanitaria), il 40% dei pazienti provengono dal territorio attraverso il Pronto Soccorso, il 55% dai reparti di degenza intra-ospedalieri.

I sopravvissuti vengono prevalentemente trasferiti

(60-75%) a reparti dello stesso ospedale.

Il sistema D.R.G. identifica la unità-prestazione nel singolo ricovero, distinguendo tra centri di ricavo (servizi e reparti che processano il caso e lo dimettono) e centri di costo (servizi e reparti che processano il caso ma non lo dimettono direttamente).

Le T.I. sono centri di costo, in cui in USA è stato calcolato si consumi il 20% della spesa ospedaliera. Una quota importante dei costi si concentra su pochi pazienti. Stime fatte in altri Paesi riportano un costo/medio giornaliero per le T.I. quattro volte superiore a quello di una degenza in reparti ordinari. In Italia molto del lavoro che in altri Paesi è svolto da personale infermieristico specializzato viene svolto dal medico, con relativo incremento dei costi totali.

In ogni caso, le necessità di rispondere a logiche economiche non può e non deve limitare gli operatori e mortificare l'aspetto qualitativo delle prestazioni complesse come quelle dell'Anestesista-Rianimatore. Quello che va valutato non è la necessità in assoluto dell'assistenza in se ma del livello appropriato a cui una determinata assistenza deve essere fornita, perchè pazienti, ora ricoverati e trattati in T.I., possono ricevere lo stesso trattamento in reparti diversi, a costi inferiori, a monte o a valle delle T.I. stesse, che però attualmente sono molto carenti.

In poche parole, non si deve e non si può chiedere all'Anestesista-Rianimatore di selezionare i pazienti che meritano le sue prestazioni, per rientrare nella logica aziendale di produttività, ma i cambiamenti devono essere a monte, nel sistema organizzativo che deve prevedere strutture di ricovero per cure intermedie, riabilitativo-palliative, ricoveri brevi, non-ospedalizzazione, etc. e permettere al medico di continuare, in piena serenità, a svolgere la sua missione assistenziale.

L'INFORMAZIONE SANITARIA, LA DIVULGAZIONE SCIENTIFICA, I MEDIA, IL "VILLAGGIO GLOBALE" ... QUALE IL RUOLO DELL'ETICA?

Raffa S.

Dirigente Medico I° Livello,
Servizio di Patologia Clinica,
Ospedale di Subiaco ASL RM/G

UN CURIOSO INTERROGATIVO

Ippocrate di Coo aveva le idee chiare in fatto di etica... bisogna ammetterlo!

Benché profondamente impegnato in una prima, vera organizzazione razionale della materia medica, non aveva trascurato l'importanza della riservatezza e della discrezione nell'esercizio della professione medica, nonostante non dovesse confrontarsi con i sensi indiscreti di videocamere e microfoni ma, al massimo, con qualche articolo di fondo di Tucidide. Ma Ippocrate, oggi, avrebbe collaborato con altri Colleghi alla stesura di un nuovo codice di deontologia medica o, forse, disoccupato o male occupato, avrebbe rimuginato a lungo sulla sua indigenza e sull'opportunità di continuare a seguire regole e comportamenti che a volte non pagano?

È Platone a confortare questa bizzarra perplessità visto che, nei suoi Dialoghi, racconta di come Ippocrate esercitasse la sua docenza a pagamento: "...e se essi vorranno apprendere, *insegnerò loro senza compenso...*" su quale terreno si confrontano etica e stato di necessità?

I "MEDIA"

Il diritto del cittadino ad una informazione completa, corretta ed imparziale è un caposaldo della società democratica e l'informazione sanitaria non può e non dovrebbe sottrarsi a questi requisiti. Eppure su questo punto sono spesso nate dispute tra mondo medico, teso a rimproverare ai media l'eccessiva spettacolarizzazione e l'approssimazione con cui vengono diffusi determinati contenuti, e mezzi di informazione pronti a rivendicare il diritto di cronaca.

Ma quale è il limite oltre il quale il diritto di cronaca cessa di essere un diritto?

L'uso incongruo dei media ha già prodotto effetti devastanti per chi amministra e produce sanità e, purtroppo, anche per chi ne usufruisce; la vicenda della "multiterapia Di Bella" ne è stato un triste esempio. Notizie, divulgate senza alcun senso critico, hanno alimentato spinte emotive, disperazione ed esagerate aspettative non supportando il malato nella presa di coscienza di una scelta terapeutica libera ed autonoma ma

Corrispondenza:
Dott. Salvatore Raffa
Servizio di Patologia Clinica
Ospedale "A. Angelucci"
Località Colle Cisterna
00028 SUBIACO
Tel. 07748115294

inducendolo, piuttosto, a rivendicare la cura desiderata. Hanno generato conflitti tra legge e deontologia medica; hanno suscitato, nella stessa classe medica, confusione tra arte, arbitrio e improvvisazione terapeutica; hanno prodotto un clima di sospetto che ha danneggiato la stessa sperimentazione clinica; hanno messo in crisi l'intero sistema politico e gestionale sanitario; hanno "vivacizzato" il mercato azionario dando il via ad una breve ma intensa fase di speculazione economica; hanno, infine, brutalmente tolto la speranza ai malati con clamorosi mutamenti d'opinione. Quando si dice etica dell'informazione...

Ulteriori motivi di disorientamento del paziente-utente non originano poi dalla medicina patinata, eroica e miracolistica che giornalmente ci propone la fiction televisiva ma piuttosto da testate che, ostentando il diritto di informazione, divulgano con sospetta abnegazione alla pubblica causa, informazioni dai subdoli e striscianti contenuti pubblicitari. Come altrimenti definire produzioni editoriali somiglianti a tante "guide Michelin" della Sanità pubblica e privata? Qual'è il tipo di qualità misurata, quali sono i metodi di valutazione, quali i parametri di efficienza considerati? Chi garantisce queste informazioni salvaguardando il cittadino da potenziali speculatori?

Ed è il narcisismo o l'irresponsabilità a spingere uomini, medici, amministratori e politici a divulgare incautamente opinioni su quella stessa sanità che dovrebbero essere impegnati a tutelare con altre e ben più serie iniziative?

DIVULGAZIONE SCIENTIFICA ED "EVIDENCE BASED MEDICINE"

Nell'era del "villaggio globale" e della multimedialità è diventato più semplice per il medico aggiornarsi? E, inoltre, il notevole incremento quantitativo delle informazioni ha coinciso con un miglioramento della loro qualità? Alle ventimila riviste biomediche specializzate edite nel mondo, ai due milioni annui di articoli pubblicati si affiancano oggi le risorse accessibili dai sistemi telematici: database bibliografici e statistici, software didattici di autoapprendimento e autovalutazione, tavole rotonde on-line e full-time che ospitano confronti ed opinioni.

La difficoltà di chi cerca di orientarsi tra questa imponente mole di informazioni è intuibile e comprensibile; la qualità dell'informazione e l'affidabilità della fonte rimangono obiettivi irrinunciabili. Anche in questo caso però, non è facile disporre di un parametro adatto per valutare e scegliere. Al di là di alcune prestigiose e note testate, quali sono i criteri che accompagnano il medico nella scelta delle fonti?

Un primo screening è legato alla recensione della testata su banche dati di comune utilizzo o alla fruibilità dell'informazione su mezzi di ricerca telematica.

Ma l'informazione divulgata da riviste prestigiose e indicizzate è sempre da accogliere, a priori, come la più valida e affidabile?

È già accaduto che articoli e numeri monografici avessero contribuito a costruire la fortuna di farmaci poi accantonati perché ritenuti inutili o addirittura dannosi. Non è inoltre difficile, per chi ha dimestichezza con Medline, Medscape, Oxford e affini, imbattersi in insigni studiosi che, indifferenti alle indicazioni dei comitati etico-scientifici dell'editoria specializzata, fanno della ridondanza delle pubblicazioni il loro cavallo di battaglia su cui costruire la propria visibilità personale o una brillante carriera accademica.

In questo panorama ben venga la "medicina delle evidenze" a rivalutare il ruolo dell'esperienza e dell'osservazione rigorosa e controllata, paladina di ogni trattamento, convenzionale o non convenzionale, che mostri inequivocabilmente la sua efficacia; ben venga ad illuminare economisti, legislatori e medici sui corretti meccanismi di redistribuzione razionale delle risorse economiche, ad impedire la spesa per procedure e trattamenti inefficaci. Ben venga la "medicina basata sui fatti", sulla verifica statistica delle esperienze, ma a patto che i "fatti" vengano poi acquisiti, ponderati, criticati, dibattuti e riumanizzati dal medico. Ben venga quindi, ma non pretenda di sostituire la medicina basata sulle esperienze di chi ha imparato a comprendere che la malattia e la guarigione non sono solo parametri e numeri da gestire con la statistica; l'interlocutore del medico resta il malato e la cosa più importante, clamorosamente trascurata dalla Evidence Based Medicine, rimane, a mio avviso, prendersi cura di lui.

LA DIAGNOSTICA NON INVASIVA DELLA MALATTIA ATEROSCLEROTICA MEDIANTE ECO-DOPPLER

Miconi R.
Lozzi A.
Panzini E.
Marci M.

Divisione di Medicina Generale
Ospedale "A. Angelucci", Subiaco
Azienda USL RM/G

RIASSUNTO

Gli Autori riportano in questa rassegna la metodologia per lo studio non invasivo della malattia aterosclerotica mediante eco-Doppler. Viene segnalato in particolare come l'aumento dello spessore medio-intimale (IMT – Intimal Media Thickness) delle arterie carotidi comuni sia un marker fondamentale per valutare l'inizio e la progressione della malattia e soprattutto come sia indice indiretto di interessamento aterosclerotico in altri distretti come quello coronarico e degli arti inferiori.

Viene descritto il fenomeno del rimodellamento vascolare quale processo di adattamento alla tensione di parete ed allo shear stress (tensione tangenziale) ed infine come mediante l'indagine ecografica vascolare, sia possibile identificare le placche cosiddette "a rischio". Si conclude infine descrivendo i limiti ed i vantaggi della metodica

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la diagnostica angiologica ha raggiunto risultati fino a qualche tempo fa impensabili grazie al progresso dell'informatica e alla applicazione degli ultrasuoni in medicina.

Tra le numerose metodiche di imaging vascolare (Tab. 1) oggi correntemente in uso, l'ecografia transcutanea è in grado di fornire all'operatore esperto numerose informazioni di ottima qualità a costi ridotti.

Il modo più accurato per uno studio morfologico e funzionale dei vasi arteriosi è quello di evidenziare in tempo reale la struttura anatomica (parete vasale e lume) mediante indagine ecografica e

Tab. 1 – Metodiche di imaging vascolare

- Angiografia	tradizionale digitalica con RM
- Ecografia	transcutanea + Doppler intravascolare
- T. C.	angio TC spirale

Corrispondenza:
Dott. Massimo Marci
Via Acquaregna, 127 A
00019 Tivoli (RM)
E-mail: m.marci@tiscalinet.it

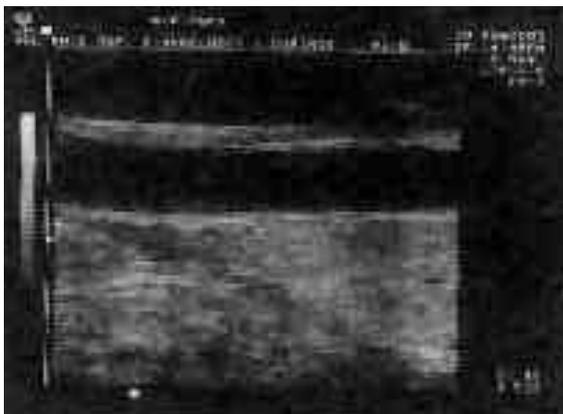


Fig. 1 - Ecotomografia di un'arteria carotide comune in scansione longitudinale.

contemporaneamente valutare il flusso del volume campione selezionato con Doppler pulsato (Doppler p.w.)¹, ottenendo così informazioni anatomiche ed emodinamiche.

Queste possibilità sono oggi fornite dall'eco-Doppler o duplex scanner che rappresenta una delle tecniche più avanzate di indagine ultrasonora non invasiva. La sensibilità e la specificità di questa tecnica supera di gran lunga quella dell'ecografia e del Doppler utilizzati separatamente. Miglioramenti tecnici hanno portato alla ecotomografia ad alta risoluzione in tempo reale con la quale è possibile la rilevazione di dettagli strutturali della parete vasale fino ad una risoluzione inferiore al millimetro.

Con l'eco-Doppler è possibile studiare l'intero distretto arterioso; in una scansione longitudinale l'arteria appare come una banda anecogena, limitata da due linee ecogene parallele corrispondenti alle pareti. (Fig. 1). Il reperto normale è costituito dalla regolare pulsilità della parete arteriosa e dall'assenza di formazioni ecogene all'interno del lume; le placche aterosclerotiche, aventi impedenza acustica diversa da quella del sangue, si evidenziano come formazioni ecogene che alterano il profilo interno della parete arteriosa (1-2-3).

L'eco-Doppler vascolare rappresenta quindi l'indagine di elezione per valutare, in vivo e in modo non

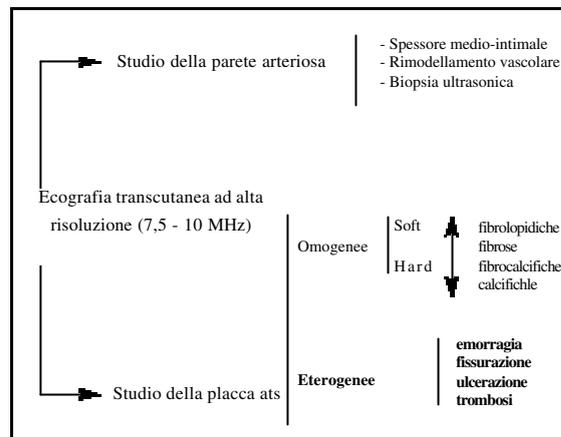


Fig. 2 - Possibilità di studio della parete vasale e della placca aterosclerotica mediante ecotomografia bidimensionale ad alta risoluzione.

invasivo, le modificazioni della parete arteriosa indotte dall'aterosclerosi. Sonde ad elevata frequenza di emissione ultrasonora (7,5-10 MHz), ad alta risoluzione ma con ridotto potere di penetrazione, permettono l'esecuzione di indagini particolareggiate su arterie superficiali (assi carotidei ed arterie femorali) (Fig. 2).

SPESSORE MEDIO-INTIMALE (IMT)

L'eco-Doppler ad alta risoluzione consente di individuare, in proiezione longitudinale, la parete vasale come uno strato anecogeno delimitato da due linee ecogene. La linea ecogena più interna rappresenta l'interfaccia lume-intima, la più esterna l'interfaccia media-avventizia; la distanza tra queste due linee ecogeniche corrisponde al complesso intima più media (spessore medio-intimale, Intimal Media Thickness, IMT) (Fig. 3).

L'ispessimento medio-intimale è rappresentato dall'allargamento dello strato iperecogeno più interno alla parete; questo può manifestarsi come del tutto omogeneo, a margini netti od irregolari, o con soluzioni di continuità. Nella compagine di questa banda iperecogena possono osservarsi delle

¹ Negli apparecchi con il Doppler pulsato la sonda racchiude un solo cristallo che funziona in tempi diversi da trasmettitore e da ricevitore. Il segnale ultrasonoro viene emesso a pacchetti di durata stabilita con intervalli regolari. Nell'intervallo di tempo tra un pacchetto ed il successivo, la sonda riceve il segnale riflesso ed il circuito elettronico lascia passare esclusivamente gli impulsi riflessi ad una stabilita profondità scelta dall'operatore



Fig. 3 - Spessore medio-intimale (I.M.T.).

circoscritte aree di intensa riflettività e di maggiore rilevanza: esse rappresentano iniziali placche ateromasiche che assumono dignità di vere e proprie placche quando lo spessore delle lesioni supera i due millimetri. L'aumento di spessore medio-intimale può essere costituito da due differenti quadri anatomico-patologici: l'*ipertrofia fibrocellulare intimale* (con fibrocellule disposte ordinatamente) e l'*iperplasia intimale* (con fibrocellule disposte disordinatamente) (Fig. 4).

Il limite di normalità dell'IMT attualmente è controverso; è opinione comune considerare normale nell'adulto uno spessore di 0,6-0,8 mm anche se numerosi AA. considerano normali misure da 0,5 a 0,7 mm. Con l'avanzare dell'età lo spessore medio-intimale tende fisiologicamente ad aumentare (4-5-6-7).

L'IMT di arterie superficiali e facilmente accessibili alla sonda, come le femorali comuni e le carotidi, è un buon indicatore della presenza di malattia aterosclerotica in altri distretti arteriosi; la sua misurazione nel tempo può essere altresì utilizzata per valutare la reale efficacia dei farmaci.

In uno studio del 1992 Veller (7) ha messo a punto la correlazione tra IMT della arteria carotide comune e le probabilità di reperire lesioni ateromasiche in altri distretti vasali dimostrando che l'aumento dell'IMT e/o la presenza di placche ats carotidiche era in relazione (statisticamente significativa) alla possibilità di reperire placche ats nel distretto coronarico.

Ulteriori conferme vengono dallo studio ARIC dove lo spessore medio-intimale aumentato si correlava

ad una maggiore incidenza di cardiopatia ischemica, malattia carotidea ed arteriopatia obliterante degli arti inferiori (8).

Buttitta e Coll. hanno ulteriormente confermato che l'aumento dell'IMT al di sopra di 0,85 mm si correla in modo statisticamente significativo con la presenza di malattia coronarica (9,10).

RIMODELLAMENTO VASCOLARE.

Durante la progressione della placca, il lume vascolare perde la sua circolarità; il calibro del vaso aumenta e, secondo un meccanismo di compenso emodinamico, la placca e la parete arteriosa vengono rimodellate dal flusso ematico. Infatti, così come avviene a livello cardiaco, aumenta lo spessore della parete vasale rispetto al lume che, in pratica, si traduce nella riduzione del rapporto tra il raggio del vaso e lo spessore parietale, con conseguente aumento della tensione parietale (legge di Laplace: $t = P \times r/h$; t = tensione parietale, P = pressione intravasale, r = raggio del vaso, h = spessore del vaso) e riduzione della compliance parietale con aumento delle resistenze. Il rimodellamento della parete vasale e della placca aterosclerotica rappresenta un meccanismo di compenso emodinamico. È importante tener ben conto questo aspetto affinché i dati relativi alla progressione/regressione della placca non siano falsati dal rimodellamento vascolare. Infatti se diminuisce il raggio del vaso ed aumenta lo spessore della parete si può avere la falsa impressione che nulla sia accaduto in termini di spessore complessivo; mediante l'ecografia ci si rende conto

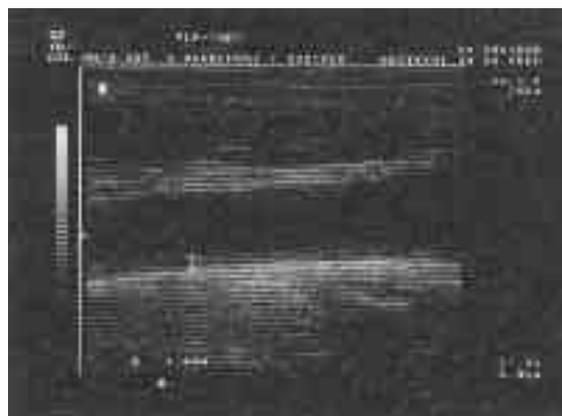


Fig. 4 - Ispessimento medio-intimale.

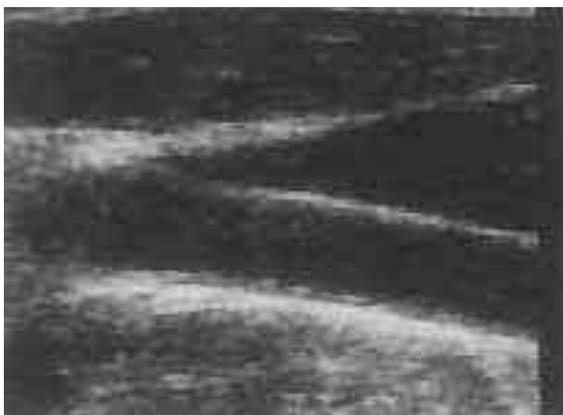


Fig. 5 – Arteria carotide comune in scansione longitudinale: si rileva frammentazione dell'intima a distanza inferiore 0,5 cm.

quanto sia importante questo fenomeno di adattamento e di quanto esso “costi” in termini di compliance della parete vascolare e quindi di stress parietale e progressione della placca.

BIOPSIA ULTRASONICA

L'utilizzo di sonde ad elevata frequenza di emissione (8-10 MHz) consente una più fine valutazione dei dettagli anatomici della parete arteriosa; in tal modo è possibile identificare lesioni aterosclerotiche molto precoci come ad esempio presenza di discontinuità intimali.

Con questa metodica Belcaro e Barsotti (6-11) hanno sistematizzato le alterazioni della parete vasale in cinque classi:

classe I: i tre strati della parete (intima-media, avventizia, periavventizia) risultano ben separati. Non si rilevano interruzioni nell'interfaccia lume-intima per almeno 3 cm lineari;

classe II: frammentazione dell'intima a distanza < 0,5 cm. (Fig. 5).

classe III: granulazione dell'intima: ecogenicità granulare del complesso intima-media o aumentato IMT (> 1 mm).

classe IV: placche senza alterazioni emodinamiche con l'aumento di densità e di spessore interessa tutti gli strati della parete.

classe V: come in classe IV, ma con alterazioni del flusso per stenosi > del 50%.

Belcaro e Coll. in un ampio studio condotto su 1128 soggetti seguiti per 10 anni (11) hanno



Fig. 6 - Placca ateromasica verosimilmente fibro-lipidica.

evidenziato che nessun evento cardiovascolare si è osservato tra i 799 soggetti della Ia classe; un evento nella 2a classe (128 soggetti). Tra i 93 della 3a classe si sono rilevati 8 eventi e 24 tra i 61 soggetti della 4a classe; 38 eventi sono stati osservati tra i 47 della 5a classe.

Lo studio si è dimostrato utile per selezionare tra la popolazione osservata un gruppo di soggetti con rischio quasi nullo di eventi cardiovascolari (classi Ia e 2a), un gruppo a basso rischio (classe 3a), un gruppo a rischio moderato (classe 4a) ed uno ad alto rischio (classe 5a).

ASPETTO ECOSTRUTTURALE DELLA PLACCA

Nella fase iniziale del processo aterosclerotico le placche tendono a svilupparsi verso l'esterno, cosicché il vaso tende ad assumere, in sezione trasversale, una forma ovoidale mentre il lume tende a mantenersi circolare. L'ecostruttura della placca varia in relazione alle componenti in essa contenute; in base alla tessitura ecogena possono essere distinte in omogenee ed eterogenee o disomogenee. (4-12-13)

è quindi possibile avere importanti informazioni sulla quantificazione, sulla natura e sulla evoluzione delle lesioni con particolare riguardo alle cosiddette placche “insatibili” o a “rischio”.

Le **placche omogenee** possono suddividersi, come richiamato nella figura in soft ed hard con contenuto variabile da lipidico a calcifico:

- *placca soft:* è caratterizzata da ipo-iso od



Fig. 7 - Placca ateromasica "hard" verosimilmente fibro-calcifica.

iperecogenità uniforme della lesione che risulta ben delimitata dal rivestimento intimale: istologicamente può corrispondere ad una infiltrazione fibrolipidica. Difficilmente aumenta di volume ma quando accade diventa spesso eterogenea. (Fig. 6)

- **Placca hard:** è uniformemente iperecogena con caratteristico cono d'ombra per la presenza di depositi di calcio. Spesso è possibile rilevare materiale ipoecogeno stratificato sulla superficie (Fig. 7).

Le placche disomogenee od eterogenee presentano la più ampia varietà di reperti ecogenici in rapporto alla presenza di zone a diversa ecostruttura come zone anecogene, ipoecogene dovute all'accumulo di lipidi, proteine, mucopolisaccaridi, calcio ed emorragie intraplaacca: rappresenta l'immagine ecografica della placca complicata: queste lesioni mostrano la massima percentuale d'incremento dimensionale insieme alla contemporanea comparsa di alterazioni della loro superficie endoluminale: La disomogeneità costituisce quindi il dato maggiormente correlato all'aumento dimensionale della placca ed alla comparsa di ulcerazione ed emorragia; al contrario le placche uniformemente ipoecogene (soft) non sembrano presentare caratteri di "placca a rischio" (Fig. 8).

La superficie della placca può risultare liscia o irregolare; la presenza di ulcerazioni della superficie rappresenta un reperto a significato prognostico negativo in quanto l'ulcera può essere sede di formazione di trombi da cui possono partire emboli.

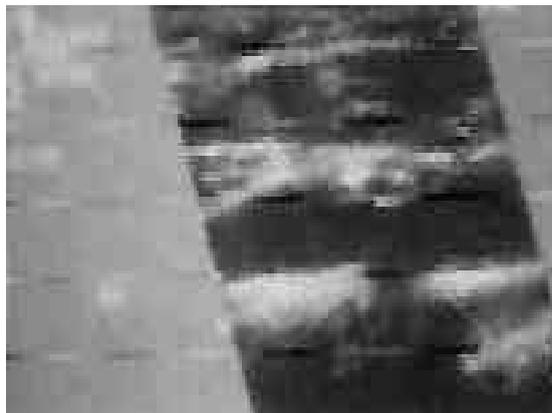


Fig. 8 - Placca ateromasica eterogenea "placca a rischio".

L'emorragia sub-intimale o intraplaacca può rimanere costante nel tempo o può aumentare in misura considerevole il volume della placca incrementando in breve tempo il grado di stenosi o determinando occlusione del vaso. L'emorragia intraplaacca può inoltre generare, per effetto di erosione della superficie dell'ateroma, una ulcerazione con immissione in circolo di microemboli. L'embolizzazione di materiale proveniente dall'ematoma sottointimale determina lo svuotamento di quest'ultimo e quindi la formazione di un'ulcera che rappresenterebbe l'esito di una avvenuta emorragia intraplaacca (Fig. 9).

LA QUANTIFICAZIONE DELLA STENOSI

Un ateroma fibrotico, omogeneo è ben visualizzabile, mentre una placca fibro-calcifica, un trombo recente o una placca lipidica sono mal



Fig. 9 - Placca ateromasica verosimilmente ulcerata.

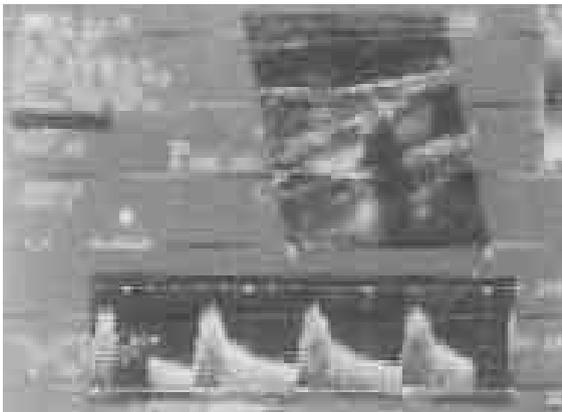


Fig. 10 - Eco-color Doppler. Placca fibrocalcifica con cono d'ombra che non permette la codifica del colore.

definibili poiché nella prima il calcio genera un cono d'ombra e perché i secondi sono poco ecogeni. Più la lesione è complessa, più è difficilmente indagabile dal punto di vista quantitativo; e la metodica risulta inaffidabile proprio nei casi in cui dovrebbe essere necessaria una risposta precisa come nelle stenosi serrate e nella diagnosi differenziale tra stenosi preocclusiva o pseudocclusione ed occlusione. Nelle lesioni parietali di minore rilevanza l'ecotomografia risulta invece assai accurata.

Per risolvere questi problemi ci si avvale della metodica Doppler ad onda continua (CW) meglio se associato a studio con analisi spettrale, esame di semplice effettuazione che ci fornisce informazioni attendibili in modo diretto ed indiretto circa le stenosi emodinamicamente significative, ossia maggiori del 60%, di tutti i vasi esplorabili ed accessibili alla sonda.

L'ECO-COLOR-DOPPLER E POWER-DOPPLER

Da qualche anno si fa sempre più ampio utilizzo dell'eco-color-Doppler, metodica che permette una vasta e completa analisi dei dati morfologici ed emodinamici; questo deriva dall'eco-Doppler, ma a differenza di questo il flusso ematico viene evidenziato a colori.

Chiamato anche color-flow-imaging, color-flow-mapping, rileva l'orientamento e la distribuzione spaziale del flusso, ponendo in relazione quest'ultimo

con la struttura anatomica. I sistemi color codificano la direzione del flusso in due colori, rosso e blu; la differenziazione delle velocità può essere stabilita per variazioni di colore (rosso-arancione-giallo-celeste-blu).

Con l'eco-color-Doppler è possibile avere rapide informazioni sia sulla struttura vasale che sul campionamento globale del segnale Doppler pulsato; facile è il riconoscimento delle turbolenze, dei kinking, degli aneurismi e migliore è il contrasto tra parete e lume vasale.

Anche con questa metodica la deposizione di calcio nelle placche non permette un perfetto passaggio degli ultrasuoni e di conseguenza una mancata visualizzazione del flusso (Figg. 10-11).

Ultima metodica ad essere ormai applicata in molti laboratori di patologia vascolare, come complemento al color-Doppler, è il power-Doppler. Mediante questa tecnica il flusso ematico viene visualizzato in tempo reale senza tener conto della direzione e della velocità di scorrimento ma solo del movimento più o meno veloce delle emazie. In considerazione della possibilità di rilevare flussi a bassa velocità l'accuratezza diagnostica di questa metodica arriva al 97% per discriminare lesioni ulcerate presenti sulla superficie di una placca aterosclerotica.

VANTAGGI E LIMITI DELLA METODICA

Un limite importante della metodica è dato dalla presenza di depositi di calcio nelle placche aterosclerotiche che, determinando coni d'ombra,



Fig. 11 - Eco-color-Doppler: placca eterogenea ulcerata.

non rendono visibile la morfologia completa della placca ed una valutazione complessiva della stenosi. Ulteriori problemi si verificano inoltre quando sono presenti trombi endoluminali iponecogeni ecograficamente non dissimili dal sangue; in questo caso senza una valutazione Doppler si possono commettere grossolani errori di valutazione.

L'accuratezza diagnostica dell'eco-Doppler è quasi sempre sovrapponibile a quella dell'esame contrastografico; presenta però degli svantaggi rispetto all'angiografia ma anche importanti vantaggi.

Tra gli svantaggi della metodica va tenuto presente che non è possibile valutare in modo completo e panoramico il sistema arterioso sia degli arti che del circolo cerebroafferente; la presenza di placca calcifica determina alta ecoriflessione che oscura tutte le strutture al di sotto di essa; altro svantaggio, comunque superabile con il semplice

Doppler cw, è la possibile mancata visualizzazione dei trombi recenti in quanto si presentano, come già detto, ecograficamente simili al sangue fluido. In ultimo non va trascurato il fenomeno dell'aliasing per il quale non è possibile effettuare corrette misurazioni della velocità di scorrimento del sangue quando questa supera alcuni limiti.

I vantaggi sono rilevanti; basti pensare al basso costo, alla non invasività e ripetibilità della metodica, che è utilizzabile su tutti i pazienti ed in particolare nell'anziano. La tecnica permette l'evidenziazione morfologica diretta della lesione aterosclerotica, della sede, del grado di stenosi, la valutazione del possibile rischio embolico e/o trombotico, la rivalutazione delle lesioni a distanza di tempo per decidere se e quando effettuare una terapia medica e/o chirurgica ed il monitoraggio dei pazienti sottoposti a rivascolarizzazione come angioplastica, tromboendarterectomia, impianto di stent ecc.).

BIBLIOGRAFIA

1. ANTIGNANI P. L., POLI L., AMATO B., RIBA U.: Il duplexscanner e il colorDoppler nella patologia vascolare. Metodologia e diagnostica. 2a Ed. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.
2. MARCI M., LOZZI A., MICONI R.: Diagnostica non invasiva con ultrasuoni. In: Marci. M., Raffa S.: L'arteriopatia obliterante aterosclerotica degli arti inferiori. CESI, Roma, 1999.
3. TORTOLI P., ECO-DOPPLER: principi fisici e limiti della metodica. *Minerva Angiol* 1995; 20 (Suppl. 1): 79.
4. ANTIGNANI P. L.: Aspetti morfologici della placca complicata: la valutazione ultrasonografica. In: Russo F., Marci M., Raffa S. Eds: "Le complicanze della placca aterosclerotica: dalla fisiopatologia alla clinica" CESI, Roma, 1998.
5. BARSOTTI A., DI MECO F.: Fattori di rischio coronarico e aterosclerosi polidistrettuale. In: *Cardiologia* 1992. Atti del 26° Corso del Centro De Gasperis. Librex, Milano, 1992.
6. BELCARO G., BARSOTTIA., NICOLAIDES A. N.: Ultrasonic biopsy. A non invasive screening technique to evaluate the cardiovascular system and to follow-up the progression and regression of arteriosclerosis. *Vasa* 1991; 20: 40.
7. VELLER M. G. FISHER C. M., NICOLAIDES A. N. et al.: Measurement of the ultrasonic intima-media complex thickness in normal subjects. Symposium on non-invasive diagnostic techniques in vascular disease. San Diego, 1992.
8. BURKE G. L., EVANS G. W., RILEY W. A: Arterial wall thickness is associated with prevalent cardiovascular disease in middle-age adults ARIC Study. *Stroke* 1995; 26: 386.
9. BUTTITTA F., BALBARINI A., RUGOLOTTO M.: Può il valore dello spessore medio-intimale carotideo essere considerato un marker di aterosclerosi coronarica? *Cardiologia* 1997; 43 (Suppl 4): 28.
10. BALBARINI A., BUTTITTA F.: Diagnostica della polidistrettualità atero-trombotica. *Minerva Cardioangiol* 1999; 47: 365.
11. BELCARO G., NICOLAIDES A. N., LAURORA G.: Valutazione morfologica ecografica carotidea-femorale ed eventi cardiovascolari in soggetti a basso rischio. Risultati di uno studio con follow-up di 10 anni. *Minerva Cardioangiol* 1997; 45 (Suppl 1): 28.
12. BORGATTI E. CONTI E.: Criteri di valutazione nell'evoluzione della placca. *Minerva Angiol.* 1994; 19 (Suppl.1): 11.
13. KARDOULAS D. G., KATSAMOURIS A. N., GALLIS P. T. Et al: Ultrasonographic and histologic characteristics of symptom-free and symptomatic carotid plaque. *Cardiovasc Surg* 1996; 4: 5

LA MALNUTRIZIONE PROTEICO-ENERGETICA: UNO SCHELETRO NELL'ARMADIO

**Battisti P.,
Bastiani A.,
Sbraga P.**

Infermieri Professionali
Divisione di Medicina Generale
Ospedale "A. Angelucci" Subiaco
ASL RM/G I
(Primario f.f.: Dott. B. Brundisini)

RIASSUNTO

Gli Autori, partendo da semplici osservazioni in corsia e dalla constatazione che la malnutrizione proteico-energetica (MPE) determina effetti prognostici negativi ed elevati costi sia in termini di morbilità che di assistenza sanitaria, tracciano alcune linee per il corretto inquadramento della MPE soprattutto dal punto di vista assistenziale infermieristico. Partendo dallo stato nutrizionale del paziente si valutano le cause di una eventuale malnutrizione e si pongono le basi per una corretta terapia.

Si conclude con una riflessione per una collaborazione tra personale paramedico e medico affinché possano essere creati progetti d'intervento su questo problema considerato poco rilevante.

INTRODUZIONE

La malnutrizione è sempre esistita sia in ambiente ospedaliero che a domicilio ma solo da qualche anno si è cominciato a prendere coscienza del problema soprattutto nei soggetti ricoverati.

A Butterworth nel 1974 si deve la definizione provocatoria di "malnutrizione iatrogena", (Nutrition Today 1974), proprio perché veniva rilevata in pazienti ospedalizzati.

L'approccio alla malnutrizione nasce dalla consapevolezza che tale problema esiste, che ha rilevanti effetti prognostici sui pazienti ospedalizzati e che rappresenta un costo aggiuntivo per l'assistenza sanitaria.

Sin dagli anni '70 studi epidemiologici mostravano nei pazienti ricoverati una prevalenza di malnutrizione, o iponutrizione o malnutrizione proteico-energetica (MPE), compresa tra il 20% e il 25%. La popolazione maggiormente colpita era quella anziana ed in particolare il 10% degli ammalati autosufficienti, il 45% di ammalati con patologie croniche e ricoveri ricorrenti e l'80% dei lungodegenti in case di riposo. Lo stato nutrizionale peggiorava durante i ricoveri, sia per la mancanza d'interventi nutrizionali adeguati sia per scarsa cultura nella formazione e nella pratica clinica, sia per carenze organizzative (1-2).

LO STATO NUTRIZIONALE

Un adeguato stato nutrizionale è indispensabile in qualsiasi età, acquista ancor più importanza nell'anziano richiedendo una particolare attenzione

Corrispondenza:
Pierina Battisti
Divisione di Medicina Generale
Ospedale "A. Angelucci"
Località Colle Cisterna
00028 Subiaco
Tel. 07748115226

Tab. 1 - Valutazione dello stato nutrizionale (3)

Indici antropometrici	Peso corporeo, IMC-indice di massa corporea o body-mass index (BMI), altezza, spessore delle pliche sottocutanee e circonferenza del muscolo del braccio, variazione del peso rispetto a quello ideale o abituale.
Indici biochimici	Protidemia totale, elettroforesi proteica, prealbumina, transferrina, emocromo, sideremia, ferritina,
Indici funzionali del sistema immunitario	Conta leucocitaria, test d'ipersensibilità cutanea ritardata
Indici di funzionalità muscolare	Test della stretta di mano, spirometria, tolleranza all'esercizio fisico

da parte di operatori ed in particolare degli Infermieri Professionali che a vario titolo si occupano dell'assistenza agli anziani.

Attualmente esistono metodologie per la valutazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale. Le sofisticate indagini strumentali che permettono di valutare la massa corporea magra e cellulare sono economicamente improponibili nella pratica quotidiana dell'assistenza ospedaliera, quindi un primo approccio può essere facilmente attuato con screening semplici e poco costosi (Tab. 1).

Nella pratica clinica quotidiana peraltro, non deve meravigliare il fatto che gli indici antropometrici di base, quali peso ed altezza e le variazioni ponderali siano valutati con scarsa attenzione.

Anamnesi ed esame obiettivo sono il primo approccio al paziente per verificare se fattori etiologici e situazioni a rischio possono provocare una deplezione nutrizionale. L'anamnesi ponderale valuta le perdite di peso recenti non intenzionali (entità ed andamento temporale); quella nutrizionale valuta l'eventuale ridotto introito di nutrienti (alterazione di fame, sazietà, gusto, masticazione e deglutizione); quella funzionale valuta il livello dell'attività fisica autonoma; quella farmacologica valuta l'assunzione di farmaci che interferiscono con l'alimentazione ed eventuale assunzione di droga (4).

Con l'esame obiettivo si osserva la massa muscolare, il tessuto adiposo, la presenza di edemi, la mobilità generale.

INQUADRAMENTO CLINICO

La MPE si può instaurare in modo acuto o cronico. Nella MPE acuta si riducono le proteine, il catabolismo proteico è accelerato a tal punto che un soggetto altamente catabolico può perdere fino al 20% delle proteine corporee con conseguente severa deplezione della massa magra a cui segue aumento della morbilità nella fase acuta della malattia e una convalescenza più lunga. In genere la MPE secondaria ad una malattia aggrava notevolmente il decorso clinico della stessa.

Nella MPE cronica gli indici antropometrici sono alterati, mentre le proteine viscerali si mantengono più a lungo normali. La malnutrizione cronica è meglio tollerata per l'attivazione di meccanismi d'adattamento quali la riduzione del metabolismo basale, dell'attività fisica, dell'attività della pompa Na/K e del turnover proteico (Tab. 2).

TERAPIA DELLA MPE

Il trattamento in questi anni è andato progressivamente modificandosi, da semplice supporto nutrizionale a terapia metabolica. Recentemente è stato introdotto il principio della nutrizione farmacologica, che consiste nel fornire substrati più come modulatori metabolici o per nutrire selettivamente i singoli tessuti, che per somministrare gli apporti raccomandati dei diversi nutrienti. Ad esempio, la somministrazione enterale o parenterale nei pazienti con trapianto di midollo osseo potenzia l'azione trofica sul sistema immunitario e sulla mucosa intestinale determinando un'azione anabolica generale e riducendo conseguentemente la

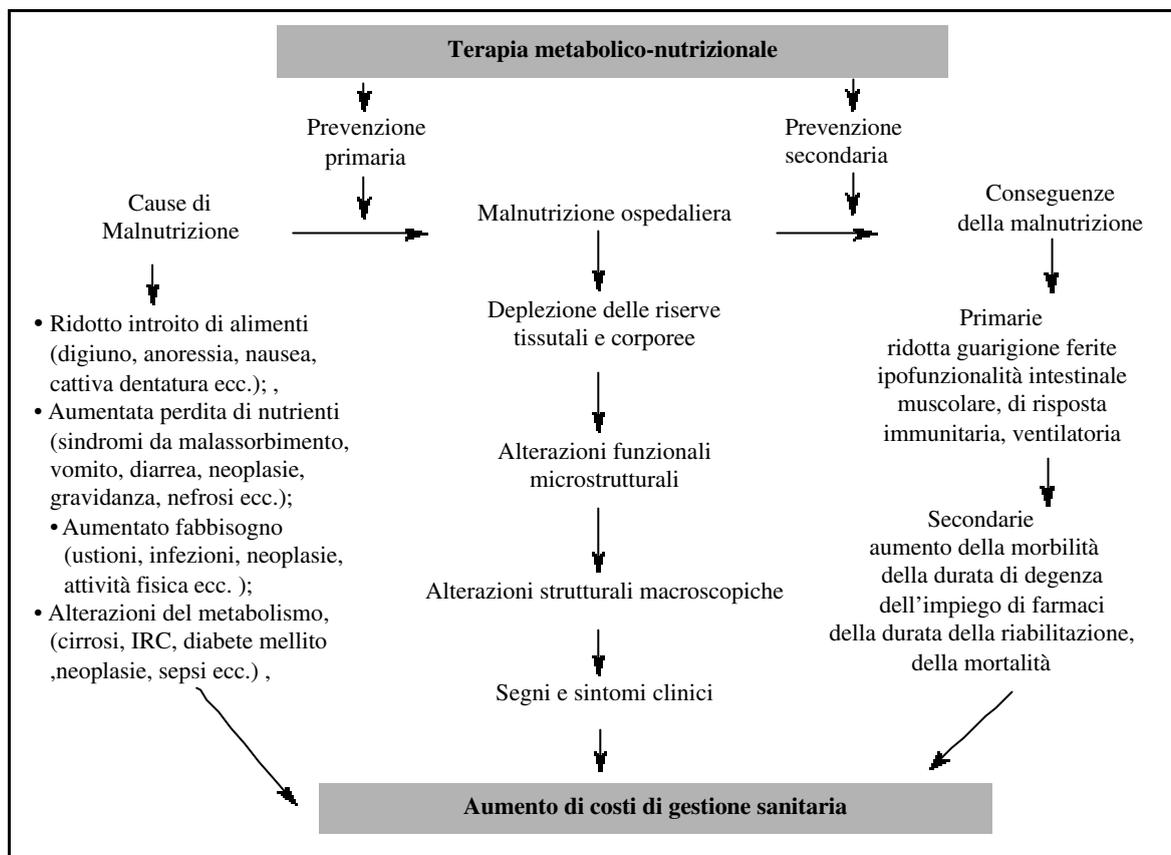


Fig. 1 – Inquadramento, prevenzione, cause, conseguenze e terapia. Da: G. Guarnieri (4), modificata.

lunghezza della degenza ospedaliera. L'arginina migliora il bilancio azotato, promuove la guarigione delle ferite e stimola l'attività delle cellule del sistema immunitario. Gli acidi grassi polinsaturi omega 3 sono in grado di ridurre la risposta infiammatoria in patologie come l'artrite reumatoride, la psoriasi, riducono l'aggregazione piastrinica.

La terapia nutrizionale si è in sostanza sempre più specializzata per modificare la risposta metabolica con l'impiego di specifici nutrienti (4-5).

CONCLUSIONI

L'abolizione del mansionario dell'infermiere professionale permette d'operare e condurre la ricerca in modo più autonomo rispetto al passato. È possibile infatti, utilizzare gli strumenti propri della professione, quale la cartella infermieristica, il problem solving per

valutare anamnesticamente il paziente nel momento del ricovero, monitorare i valori antropometrici ed ematochimici durante la degenza, segnalare prontamente al medico lo stato di malnutrizione che potrebbe incidere in modo negativo sul decorso della malattia e attuare progetti d'intervento, somministrare questionari sulle abitudini alimentari e sull'assunzione di cibo negli ultimi giorni (diet recall). L'infermiere, infatti, trascorre molto tempo con il paziente, lo osserva nel momento del pasto e può individuare meglio di chiunque altro operatore la necessità di progettare in modo personalizzato un intervento di correzione della MPE, eventualmente anche in collaborazione con i familiari.

Malgrado siano stati fatti negli ultimi anni notevoli progressi nelle conoscenze scientifiche, la malnutrizione ospedaliera rimane ancora un problema da non sottovalutare; la malnutrizione

Tab. 2 – Quadri clinici di MPE secondaria a malattie croniche	
Malattie cardiache croniche	L'effetto negativo determina ipertrofia miocardica, riduzione della gittata e della portata, ipotensione, anomalie elettrocardiografiche, insufficienza cardiaca, ridotta risposta ai farmaci. Il calo ponderale comporta l'aumento di TNF-alfa e di altre citochine che inducono la cachessia cardiaca.
Broncopneumopatie croniche ostruttive	Nel paziente con insufficienza respiratoria aumenta il consumo energetico a riposo e quello totale quotidiano. È preferibile correggere la MPE, somministrando lipidi piuttosto che carboidrati, poiché aumentano o aggravano la PCO ₂ .
Insufficienza renale cronica	L'anoressia, le anomalie metaboliche, l'acidosi e il trattamento dialitico, causano la MPE. La terapia dietetica ha lo scopo di limitare la tossicità uremica, evitare la malnutrizione, rallentare l'evoluzione della nefropatia.
Morbo di Crohn	Il malassorbimento che determina questa malattia produce una malnutrizione di tipo marasmatico con deplezione delle riserve adipose e magre.
Cirrosi epatica	Nella cirrosi epatica la MPE influenza negativamente la morbilità e la mortalità. E' presente una anomalia nel metabolismo aminoacidico (incremento di aminoacidi aromatici e solforati, riduzione di aminoacidi ramificati). Il cirrotico ha un maggiore fabbisogno energetico con esagerata risposta al digiuno per ridotta utilizzazione del glucosio e distruzione della riserva di glicogeno (utile la somministrazione notturna di glucosio per riequilibrare il quadro metabolico ed evitare l'utilizzazione a scopo energetico delle proteine corporee).
Neoplasie	La MPE nei pazienti neoplastici ha una patogenesi complessa. Le cause possono essere: l'anoressia, astenia, l'aumento del consumo energetico, mancato adattamento metabolico al digiuno, alterazioni dell'equilibrio endocrino, aumentata produzione di citochine (TNF) e le sindromi depressive concomitanti

nei pazienti ospedalizzati risulta un importante fattore di rischio indipendente per morbilità, durata della degenza, riammissioni ospedaliere, e mortalità. Tutto ciò influisce negativamente sulla qualità della vita del paziente, comporta un prolungamento della durata di degenza e della riabilitazione con ricadute economiche. Infine una

considerazione: malgrado la malnutrizione gravi sulle spese ospedaliere non comporta un aumento sul rimborso dei DRG.

Questo lavoro vuole promuovere un momento di riflessione e collaborazione per creare dei progetti d'intervento per la soluzione di problemi che fino ad ora sono stati considerati poco rilevanti.

BIBLIOGRAFIA

1. SULLIVAN H.D., WALLS R.C.: Impact of nutritional status on morbidity in a population in geriatric rehabilitation patients. *J. Am. Ger. Soc.* 1991; 39, 973.
2. HILL G.L.: Body composition research: implications for the practice of clinical nutrition. *JPEN* 1992; 16: 197.
3. PETTYGREW R.A.: Identification and assessment of the malnourished patient. *Clin. Gastroenterol.* 1988; 2, 729.
4. GUARNIERI G., BIOLO G., CIOCCHI B., SITULIN R., TOIGO G.: La malnutrizione ospedaliera: diagnosi, prognosi e terapia. *Il Policlinico. Sez. Prat.* 1999; 106, 447.
5. GUARNIERI G., KOPPLE J.D., FURST P.: Proceedings of the First International Workshop on nutrition and metabolism in hospital malnutrition. *JPEN* 1987; 11, 1s.

Associazione Medica Sublacense (onlus)
Sede Legale: Divisione di Medicina Generale
Ospedale "A. Angelucci", Località Colle Cisterna - 00028 Subiaco
Tel. 07748111, 07748115244, Fax. 077485232
e-mail: m.marci @ tiscalinet.it



Presidenti Onorari: *Massimo Percoco*
Francesco Russo

Presidente: *Massimo Marci*

Vice Presidente: *Luigi Gaetani*

Segretario: *Maria Grazia Bardi*

Consiglieri: *Giovanna Greco*
Alberto Lozzi
Giovanni Lupi
Roberto Miconi
Enrico Panzini
Salvatore Raffa
Ercole Tozzi

Tesoriere: *Vincenzo Fiore*

Revisori dei conti: *Pier Luca Fusaro*
Sabino Nicodemo

Associazione costituita con atto notarile in Subiaco il 2 dicembre 1999 presso lo studio del Dott. Antonina Gualtieri (repertorio n° 25.461, Raccolta n° 9.351) e registrato in Tivoli il 6 dicembre 1999.

STATUTO

Art. 1) – È costituita una associazione culturale, che assume la seguente denominazione: “**A.M.S. – ASSOCIAZIONE MEDICA SUBLACENSE**”, come organizzazione non lucrativa di utilità sociale (O.N.L.U.S.).

L’associazione agisce in collegamento ed in coordinamento agli altri Enti locali. La durata dell’Associazione è illimitata.

Art. 2) – La sede della Associazione è in Subiaco (RM), Località Colle Cisterna, presso i locali dell’Ospedale “ Arnaldo Angelucci “ di Subiaco.

Art. 3) – L’Associazione non ha scopi di lucro, è apartitica, apolitica e persegue i seguenti fini:

- a) promuovere la formazione professionale permanente attraverso l’organizzazione di congressi, convegni, corsi di aggiornamento;
- b) sostenere la ricerca scientifica biomedica svolta nel rispetto delle normative vigenti ed ispirata ai principi di inviolabilità, di integrità psichica e fisica e di rispetto della vita della persona;
- c) favorire l’informazione sanitaria del cittadino attraverso iniziative di educazione alla salute;
- d) supportare iniziative culturali a carattere storico, artistico ed umanitario.

Art. 4) – L’Associazione tutela i diritti professionali e morali dei soci.

Art. 5) – I soci possono essere ordinari o affiliati. Possono essere *soci ordinari*: medici chirurghi, professionisti non medici, operanti nel settore sanitario o biotecnologico (Biologi, Farmacisti, Psicologi, Sociologi, Veterinari, Odontoiatri, Ingegneri, Chimici, Architetti, Giuristi, Economisti), Operatori Sanitari non laureati, muniti di abilitazione all’esercizio della professione di Infermiere, Ostetrico, Tecnico di laboratorio biomedico, Tecnico di radiologia medica, tecnico audiometrista o audioprotesista, Tecnico di neurofisiopatologia, Fisioterapista, Dietista, Ortottista, Logopedista, Podologo. Possono essere soci *affiliati*: studenti di Medicina e Chirurgia, studenti di Scienze biologiche, Farmacia, Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, Odontoiatria; Psicologia, Sociologia, Medicina Veterinaria, Studenti di corsi di diploma universitario ad indirizzo biomedico.

Art. 6) – L’ammissione alla “Associazione Medica Sublacense”, è subordinata alla

presentazione di domanda documentata, comprensiva di “curriculum vitae” e alla approvazione da parte del Consiglio Direttivo.

Art. 7) – Il Socio Ordinario dovrà corrispondere una quota annuale nella misura stabilita dal Consiglio Direttivo. Il Socio Affiliato dovrà corrispondere una quota annuale pari al 30 % della quota stabilita per i Soci Ordinari. I Soci Affiliati hanno diritto di partecipare e di votare nelle Assemblee del Soci ma non possono essere eletti nel Consiglio Direttivo.

Art. 8) – La qualità di Socio si perde per dimissioni, morosità o indegnità; la morosità sarà dichiarata dal Consiglio Direttivo; l’indegnità sarà sancita dall’Assemblea dei Soci.

Art. 9) – L’Associazione è amministrata da un Consiglio Direttivo composto da nove membri, eletti tra i Soci Ordinari dall’Assemblea dei Soci, restano in carica per quattro anni e sono rieleggibili. In caso di dimissioni di un Consigliere, il Consiglio Direttivo, provvede alla sua sostituzione con il voto favorevole della maggioranza dei presenti. La nomina del Consiglio Direttivo è fatta a scrutinio segreto.

Art. 10) – Il Consiglio Direttivo nomina a scrutinio segreto, tra i membri eletti dall’Assemblea, il Presidente ed il vice presidente e, tra i soci, un Segretario, un Tesoriere e due Revisori di Conti.

Art. 11) – Il Consiglio Direttivo, deliberando all’unanimità, può conferire una o più cariche di “membro del Comitato d’onore della Associazione” a coloro che si distinguono o che si siano distinti per particolari meriti professionali e/o scientifici. Il Comitato d’Onore è garante della linea scientifica della Associazione. La qualità di membro del Comitato d’Onore cessa per dimissioni; essa tuttavia, può essere revocata in casi eccezionali dall’Assemblea mediante deliberazione con voto favorevole di almeno due terzi dei soci.

Art. 12) – Il Consiglio Direttivo può conferire, deliberando all’unanimità, una o più cariche di presidenza onoraria. Il Presidente Onorario non ha diritto di voto nel Consiglio Direttivo ma solo nell’Assemblea dei Soci e resta in carica tre anni.

Art. 13) – Il Consiglio Direttivo può attivare, qualora si renda necessario e deliberando all’unanimità, un Comitato di Direzione Scientifica per la gestione di attività editoriali, di aggiornamento e formazione professionale.

Art. 14) – Il Consiglio Direttivo si riunisce almeno una volta l’anno su convocazione del Presidente o per richiesta della maggioranza dei consiglieri. Per la validità delle deliberazioni occorre la presenza effettiva della maggioranza dei consiglieri ed il voto favorevole della maggioranza dei presenti. In caso di parità, prevale il voto di chi presiede. Il Consiglio è presieduto dal Presidente o, in sua assenza, dal Vice Presidente e, in assenza di quest’ultimo, dal più anziano dei membri del Consiglio Direttivo.

Art. 15) - Il Consiglio Direttivo, organo esecutivo, è investito di tutti i poteri per la gestione ordinaria e straordinaria dell’Associazione. Esso può procedere alla nomina di dipendenti ed impiegati, determinandone la retribuzione. Compila il regolamento da approvarsi dall’Assemblea per il funzionamento dell’Associazione e la cui osservanza è obbligatoria per tutti i soci.

Art. 16) – La rappresentanza della Associazione nei confronti dei terzi ed in giudizio, spetta al Presidente o, in sua assenza, al Vice Presidente, il quale curerà l’esecuzione delle delibere dell’Assemblea dei Soci e del Consiglio Direttivo. Nei casi di urgenza, il Presidente può esercitare i poteri del Consiglio, salvo ratifica da parte di questo alla prima convocazione.

Art. 17) – Nessun compenso è dovuto ai membri del Consiglio, salvo il rimborso delle spese nei limiti delle possibilità di bilancio.

Art. 18) - I Soci sono convocati in Assemblea dal Consiglio almeno una volta l’anno ed in qualunque momento ad iniziativa del Presidente. La convocazione è fatta mediante convocazione scritta con lettera contenente l’ordine del giorno, diretta a ciascun Socio almeno quindici giorni prima di quello fissato per l’adunanza. L’Assemblea dovrà essere convocata quando ne sia fatta domanda da almeno un terzo dei Soci. L’Assemblea può essere convocata sia nella sede sociale, sia altrove purché nel territorio della Comunità Europea.

Art. 19) – L’Assemblea delibera sul bilancio consuntivo e preventivo, sulla nomina dei membri del Consiglio Direttivo, sugli indirizzi e direttive generali dell’Associazione, sulle modifiche all’atto costitutivo e dello Statuto e sugli altri oggetti attinenti alla gestione della Associazione.

Art. 20) – Hanno diritto di voto in assemblea, tutti i Soci in regola con il pagamento della quota annuale di associazione e già iscritti al 31 dicembre dell’anno precedente. I Soci possono farsi rappresentare da altri Soci tramite specifica delega. Ogni Socio non può avere più di due deleghe.

Art. 21) – L'Assemblea è presieduta dal presidente del Consiglio Direttivo e in sua assenza, dal Vice Presidente. Il Presidente accerta la regolarità delle eventuali deleghe ed in genere il diritto di intervento all'Assemblea. Delle riunioni dell'Assemblea si redige processo verbale firmato dal Presidente e dal Segretario.

Art. 22) – Le Assemblee sono validamente costituite e deliberano a maggioranza, in prima convocazione se sarà presente almeno la metà dei soci, in seconda convocazione, qualunque sia il numero dei presenti.

Art. 23) – Le spese occorrenti per il finanziamento dell'Associazione sono coperte dalle seguenti entrate:

- a) la quota annuale dei Soci;
- b) le entrate derivanti da eventuali lasciti, contributi e donazioni;
- c) le erogazioni conseguenti agli stanziamenti eventualmente deliberati dallo Stato, dalla Regione, da Enti locali, e da altri Enti pubblici e/o privati;
- d) eventuali fondi di riserva costituiti da fondi di bilancio;
- e) da beni mobili ed immobili che diverranno di proprietà dell'Associazione.

Tutte le predette entrate costituiscono patrimonio dell'Associazione. L'esercizio finanziario inizia il 1 gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno. Alla fine di ogni esercizio saranno predisposti dal Consiglio Direttivo il bilancio consuntivo e quello preventivo del successivo esercizio.

Non si possono distribuire, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'Associazione, a meno che la destinazione o la distribuzione non siano disposte per legge o siano effettuate a favore di associazioni O.N.L.U.S. che per legge, statuto o regolamento fanno parte della medesima ed unitaria struttura. L'Associazione impiega gli utili e gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse.

Art. 24) – Le modifiche all'atto costitutivo ed allo statuto sono deliberate dall'Assemblea a maggioranza, tanto prima che in seconda convocazione.

Art. 25) – Nel caso di cessazione dell'attività, per le cause previste dal codice civile, lo scioglimento è deliberato dall'Assemblea la quale provvede alla nomina di uno o più liquidatori, determinandone i poteri e gli eventuali compensi.

L'Associazione devolve il proprio patrimonio, in caso di scioglimento per qualunque causa, ad altre associazioni non lucrative di utilità sociale o a fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'art.3, comma 190, della legge 23 dicembre 1996 n° 662, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

Art. 26) - Per tutto quanto non previsto dal presente statuto si farà riferimento alle leggi e regolamenti dello statuto in materia specifica.

CONGRESSI

Dal 3 al 4 Marzo del 2000 avrà luogo a **Trieste** un Congresso Interregionale (Friuli Venezia Giulia-Veneto) di Geriatria presieduto dal Dott. Ceschia.

Per informazioni rivolgersi alla

Congress Line

Via Cremona, 19 - 00161 Roma - Tel. 0644241343 Fax 0644241598

Il giorno 14 Aprile 2000 si svolgerà a Vicenza il 2° Congresso Internazionale sul tema: "La patologia digestiva nell'anziano".

Per informazioni rivolgersi al Dott. Gianni Valerio, Primario Geriatra ULSS n. 6 Vicenza (Tel. 0444993111).

Dal 17 al 19 Aprile del 2002, si svolgerà a Roma, il Congresso Internazionale di Geriatria sul "Ruolo fondamentale della Divisione di Geriatria nell'Ospedale Generale".

Per informazioni rivolgersi al prof. Palleschi, (Tel. 0644232969) o alla Congress Line

Via Cremona, 19 •00161 Roma

Tel. 0644241343 - Fax 0644241598

Promosso dall'Associazione Centro Studi Cure domiciliari, si svolgerà a Perugia dall'1 al 4 Giugno 2000 il 1° Meeting Internazionale della Terza Età.

Per informazioni rivolgersi:

Segreteria di Redazione

Centro Studi Cure Domiciliar - V.le Morimando, 2/8 - 20143 Milano

Tel. 0289123566

Dal 22 al 24 Giugno 2000 si terrà a Bologna il 2° Meeting Internazionale sui "Disturbi cognitivi, affettivi e del comportamento nell'anziano".

Segreteria scientifica:

III° Divisione di Geriatria, Prof.

D. Cucinotta - Policlinico S. Orsola - Malpighi, Via Albertoni, 15

40138 Bologna

Il 21 Ottobre 2000 a Subiaco (RM) si svolgerà il Convegno di Aggiornamento su: "Aterotrombosi" presso la Sala Convegni Monastero di S. Scolastica.

Segreteria Scientifica:

S. Raffa, E. Panzini, A. Lozzi, R. Miconi

Ospedale di Subiaco - Tel. 07748115.226 - .294

Segreteria Organizzativa:

M.G. Bardi - Direzione Sanitaria, Ospedale di Subiaco

Tel. 07748115263