



In un volume la mappa dettagliata (ed esilarante) delle assurde e ingiustificate attestazioni

# L'italica giungla nonsense dei

## Il mistero della «sana e robusta costituzione» - Resiste ancora il test

DI MANUELA PERRONE

«Un uomo è un uomo, o un continuo cartaceo dentro una cartellina blu?». E ancora: è mai possibile che a settant'anni dall'invenzione della penicillina, a sessanta dalle mille lire al mese e dalle adunate oceaniche a piazza Venezia, a oltre trenta dal viaggio sulla luna di Armstrong, in tempi di cloni e computer, informazione globale e bambini in provetta, l'Italia continui a «incartarsi» come se niente fosse con certificati di S&R (sana e robusta costituzione), Ifi (idoneità fisica all'impiego), libretti sanitari per alimentaristi, test per la lue e mille altre amene insensatezze?

Se lo chiede stupito Giorgio Ferigo, medico del lavoro e igienista, che in un divertentissimo libro ("Il certificato come sevizia", Forum-Editrice Università Udinese) smonta passo per passo «l'idolatria certificatoria» sanitaria del Belpaese. Accompagnando il lettore alla scoperta esilarante e amara della «deliberata sevizia» e della «tassa occulta» che è costretto a pagare. Nella sacra veste di cittadino.

Si parte dalla «madre di tutti i

certificati»: sana e robusta costituzione. Un mistero, anche per il medico più volenteroso: «Che cosa sia la "costituzione fisica" egli non l'ha studiato in Fisiologia, né in Patologia generale, e nemmeno nelle Patologie speciali, e men che mai nel corso di Medicina legale». La S&R ha resistito, dal ventennio fascista, alle abrogazioni e alle interpretazioni delle abrogazioni, alle deroghe e alle interpretazioni delle deroghe.

Tra «i clangori degli interpreti che risuonano in lontananza», si è sommata all'«idoneità fisica all'impiego»: entrambe hanno pesato per anni sulle spalle degli impiegati civili dello Stato. A marzo 1999 (con la legge 68), finalmente, sono stati risparmiati almeno dalla S&R.

Altre categorie professionali, nel frattempo, sono state invase dalla «burometastasi». Prendiamo chiunque venga a contatto con alimenti: dal venditore di panini del chiosco all'angolo fino al ristoratore a cinque stelle. Tutti devono possedere il libretto sanitario che accerti l'assenza di malattie infettive o di agenti patogeni. Detta così, può sembrare razionale. Ma non lo è affatto. Perché si limita a quat-

tro parametri (Tbc, salmonellosi, sifilide e cocchi), perché verifica le condizioni del soggetto *hic et nunc* una volta l'anno e, soprattutto, perché è impensabile poter controllare le almeno 4.719 malattie trasmissibili con gli alimenti e le decine di migliaia trasmissibili *tout court*. Il libretto, conclude Ferigo, è inutile. E invece è stato esteso anche a barbieri e parrucchieri.

Se a quasi tutti gli altri lavoratori dipendenti e ai militari di leva continua a essere richiesto il test per la sifilide, retaggio arcaico di una legge del 1956 e testimonianza di «un accanimento da detective-inquisitore-voyeur», portieri e custodi «meritano» un loro certificato di salute per attestare che sono in grado di «spiegare la necessaria vigilanza e di opporsi efficacemente alla consumazione di azioni delittuose». Eppure nel 1968 la legge 482 ha riservato ai mutilati e agli invalidi almeno la metà dei posti disponibili di custodi, portieri, magazzinieri eccetera. Magie della carta.

Non finisce qui: ha bisogno dell'idoneità fisica chi aspira a condurre caldaie a vapore. Quelli che lavorano con gas tossici devono certificare di essere sani



L'iter valutativo degli stent medicati per le lesioni cardiache come guida per il governo delle innovazioni

## Gli studi osservazionali per uscire dall'enigma costo-

DI ROBERTO GRILLI E FRANCESCO TARONI \*

L'introduzione dei livelli essenziali di assistenza, imponendo una definizione esplicita delle tipologie di interventi, prestazioni e modalità assistenziali da garantire, pone le Regioni di fronte alla necessità di sviluppare ulteriormente le proprie capacità di governo.

Uno degli aspetti di particolare complessità è che la definizione dei livelli essenziali si presenta necessariamente come un processo dinamico, costretto a misurarsi costantemente con le innovazioni tecnologiche e organizzative che caratterizzano la medicina moderna.

Su questo terreno quindi, la capacità di un servizio sanitario regionale di garantire ai propri cittadini l'accesso a interventi clinicamente efficaci e appropriati, controllandone nel contempo le

**Risultati eclatanti, pochi esperimenti: come scegliere?**

inevitabili ricadute economiche per mantenere la sostenibilità del sistema nel suo insieme, si caratterizza anche nella adozione di metodologie e strumenti che consentano una immissione tempestiva delle innovazioni, attraverso percorsi di valutazione del loro impatto sia sulle condizioni di salute dei singoli pazienti, sia

sui servizi nel loro complesso. Gli stent cosiddetti "medicati" (o drug-eluting) rappresentano un tipico esempio del tipo di problemi che le istituzioni di governo sanitario si trovano a dover affrontare.

Si tratta infatti di una tecnologia che arriva alla ribalta sull'onda di risultati eclatanti che emergono da pochi studi condotti su casistiche di limitate dimensioni e altamente selezionate, i cui risultati necessiterebbero quindi di ulteriori verifiche e validazioni, ma già ampiamente sufficienti agli occhi di gran parte dei professionisti per indurne l'utilizzo nella pratica clinica.

Come solitamente accade nel caso delle innovazioni, i benefici degli stent medicati - rappresentati da una drastica riduzione delle recidive (ristenosi) di lesione coronarica nei pazienti sottoposti ad angioplastica - si accompagnano a un costo elevato (il loro costo unitario è di 2.300 euro, a fronte di quello di circa 900 euro per gli stent meccanici attualmente in uso).

Si presume che i maggiori costi implicati dall'uso degli stent medicati possano essere compensati dalla riduzione dei "reinterventi" che il loro impiego dovrebbe rendere possibile, ma tale ragionevole presunzione deve ancora poter essere verificata.

Di fronte a questo problema, la Regione Emilia Romagna sta oggi costruendo un percorso per accompagnare l'adozione degli stent medicati a una loro formale valutazione.

L'Agenzia sanitaria regionale e la Commissione regionale cardiologica e cardiocirurgica hanno avviato l'organizzazione di un Registro regionale degli interventi di angioplastica coronarica, per poter valutare le implicazioni cliniche, economiche e organizzative dell'uso di questi stent in comparazione con gli altri dispositivi già in uso.

L'avvio di questa iniziativa è stato accompagnato dalla formulazione, da parte della Commissione, di raccomandazioni cliniche che suggeriscono agli operatori quali siano le indica-

zioni cliniche di utilizzo degli stent medicati, in modo da favorirne un impiego non indiscriminato e che privilegi i pazienti che più ne possano beneficiare.

L'interesse ad acquisire informazioni sull'impatto di queste nuove tecnologie sulla pratica clinica è peraltro comune anche all'industria.

Questo ha reso possibile un accordo tra la Regione Emilia Romagna e la ditta Cordis, produttrice degli unici stent medicati al momento disponibili sul mercato, per consentire la disponibilità degli stent medicati a costi inferiori rispetto a quelli di mercato.

In sostanza, si tratta di una strategia articolata che, se da una parte cerca di contenere l'impatto di questa tecnologia sui costi, dall'altra mira soprattutto ad accompagnarne da subito l'ingresso nella pratica clinica con indicazioni di utilizzo formulate dai professionisti e con l'organizzazione di studi che siano capaci di fornire le informazioni su cui orientare le future fondamentali scelte cliniche e di politica sanitaria.

Questo tipo di studi osservazionali (tecnicamente definiti come di fase IV), rappresenta, come oggi ampiamente riconosciuto nell'ambito della comunità scientifica internazionale, uno strumento prezioso non soltanto perché le informazioni che rende disponibili rappresentano una importante fonte di indirizzo per le decisioni di politica sanitaria, ma anche perché va a integrare le conoscenze scientifiche acquisite in condizioni sperimentali. Se gli studi clinici controllati randomizzati rappresenta-

tri di assistenza in cui le tecnologie studiate verranno poi utilizzate nella pratica quotidiana.

È lecito pensare che queste differenze tra "mondo della ricerca" e realtà clinica non modifichino la qualità dell'effetto di un trattamento (ciò che è dimostrato efficace nelle sperimentazioni cliniche resta efficace quando applicato nella pratica clinica).

Tuttavia è possibile che ne modifichino in modo anche rilevante la quantità (per esempio l'effetto di un intervento può risultare "diluito" dal suo essere applicato in condizioni non ottimali). Evidentemente questo è particolarmente rilevante per quanto riguarda il profilo di costo-efficacia di un intervento.

Non si tratta di questioni di mero interesse accademico. Sul profilo costo-efficacia degli interventi vertono di fatto le controversie relative alla gran parte delle innovazioni tecnologiche che la ricerca clinica produce e si determinano le deci-



**Il beneficio accorcia tutte le distanze tra ricerca e realtà**

richieste all'assistito dalla nascita fino a dopo la morte

# certificati sanitari

## per la sifilide - E il medico si fa burocrate

e di possedere un «senso olfattorio integro». Ha del soprannaturale l'accertamento disposto per la «cessione del quinto», particolare forma di prestito per cui qualcuno può godere anticipatamente dei propri risparmi, a condizione che si impegni a restituirli in un certo lasso di tempo all'ente che glieli custodisce per poterne godere integralmente a conclusione del rapporto. In questo caso la richiesta è quella di un pronostico sulla lunghezza e gli accidenti della sua vita futura. Un oroscopo, ironizza Ferigo. Più che un medico servirebbe un chiromante.

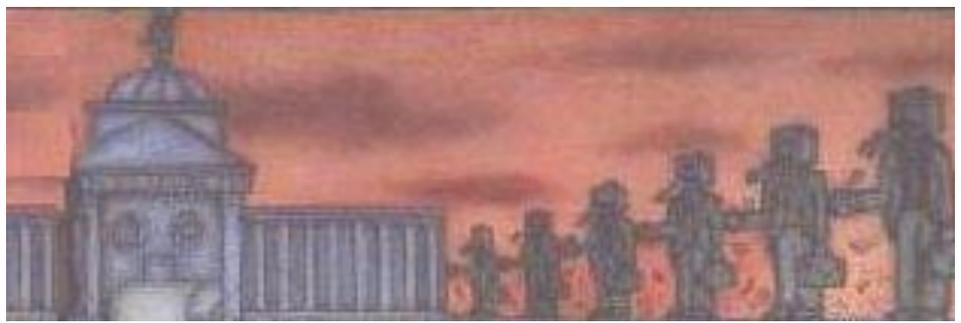
E che dire di requisiti «visivi» per imbracciare un'arma da fuoco? Dopo vari illuminati interventi, si è arrivati al clou del nonsense: traducendo dal «burodetto» del 1993, se colui che un medico ha certificato come non idoneo a sparare, trova qualche altro medico disposto ad attestare che la sua non idoneità non è tale da renderlo idoneo a sparare, allora il primo medico può dichiararlo idoneo.

«Non c'è atto dell'italica vita umana (e nemmeno bovina - a vero dire) - afferma Ferigo - che si sottragga alla certificazione sa-

nitaria».

Gravidanza normale, gravidanza a rischio, assistenza al parto, nascita di bimbo malformato, avvenuta vaccinazione, attività sportiva non agonistica e agonistica, idoneità a svolgere la mansione di maestro di sci, idoneità alla conduzione degli impianti di risalita, esonero dalle attività ginniche, idoneità a guidare un automezzo terrestre e un aeromobile, adattabilità al clima tropicale: tutto ha il suo certificato. Fino alla morte, uno penserebbe. Invece no: oltre ci sono quelli di verifica della chiusura della bara, trasporto della salma, esumazione, estumulazione.

Il quadro è sconcertante: una Sanità pubblica affossata da smanie nominalistiche (una cosa esiste in virtù del suo certificato), un corpus legislativo inquinato da norme desuete e ingiustificate, dipartimenti di prevenzione impegnati a produrre carta tramite carta, cittadini vessati. «Ma in prima fila - rileva Ferigo - a prendersi insulti e disprezzo non c'è il Potere. In prima fila ci siamo noi, i medici di Pubblica Sanità». Ridotti a funzionari della pubblica amministrazione, impegnati a far rispettare i dettami della polizia medica.



## Cittadini&diritto alla salute: manuale d'uso

Un inglese parlerebbe di *empowerment*, parola intraducibile in italiano ma che tratteggia perfettamente la figura di un cittadino maggiormente consapevole dei propri diritti. Quello stesso cittadino desideroso di acquisire maggiore voce in capitolo sulla gestione della propria salute, a cui si rivolge il manualletto per l'uso scritto da Teresa Petrangolini, segretario generale di Cittadinanzattiva.

«Salute e diritti dei cittadini. Cosa sapere e cosa fare» è il titolo didascalico di un vademecum sulla Sanità italiana che punta a dare risposte pratiche a tutti gli interrogativi che i pazienti si pongono, ma anche alle domande per cui - sorpresa - una risposta c'è anche se si è convinti, grazie spesso all'indifferenza delle istituzioni, che un problema sia irrisolvibile.

Quante persone sanno - si chiede Petrangolini - che il cosiddetto «consenso in-

formato» non consiste semplicemente nella firma di un modulo, ma va preceduto da un'articolata procedura che coinvolge medico e struttura in una serie di chiarimenti dovuti al malato? E quanto i familiari di un paziente oncologico in fase terminale conoscono le strutture che hanno a disposizione, o almeno dovrebbero avere, sul territorio? Quanti sono consapevoli dei provvedimenti che il ministero e le singole Regioni stanno assumendo per ridurre le liste di attesa che tanto li angosciano? E chi sa «quali pesci prendere» quando subisce le conseguenze di un errore medico?

Tematiche sviscerate nelle prime due sezioni del volumetto, corredato da elementi grafici utili, come il calendario delle vaccinazioni per l'infanzia, e a carattere informativo più generale, come i dati di mercato dei farmaci generici,

dallo scorso settembre grande novità sul panorama dei medicinali, anche se spesso ancora sconosciuta ai più.

Dall'aiutare se stessi all'aiutare gli altri: con questo «salto» di prospettiva l'autrice passa a illustrare le azioni che possono essere messe in campo nella tutela sanitaria del prossimo. A cominciare dal come organizzarsi, coinvolgendo magari gli altri attori - almeno i più sensibili - sulla scena, dai medici di famiglia agli infermieri, agli amministratori. Che se «di buona volontà» e ben preparati possono rivelarsi preziosissimi alleati nello svelare dritto e rovescio di un sistema sanitario in cui spesso a mancare è soprattutto la corrispondenza tra leggi e realtà. Come dire: la normativa è ricca, spetta anche al cittadino non farla rimanere lettera morta.

B.Gob.

## efficacia

sioni relative alla loro adozione nella pratica.

Sviluppare quindi approcci che consentano di affrontare queste problematiche in modo razionale, il più possibile basandosi su evidenze empiriche direttamente acquisite nella pratica clinica piuttosto che su estrapolate da contesti diversi è cruciale. Ovviamente l'adozione di un simile percorso rende indispensabile la presenza di alcune condizioni preliminari.

Queste sono rappresentate essenzialmente dalla presenza di un sistema articolato di governo clinico basato essenzialmente su rapporti di integrazione e coordinamento tra i servizi e di collaborazione tra i diversi professionisti e le istituzioni di governo regionale.

La definizione dei criteri di accreditamento dei laboratori di emodinamica, la costruzione di un sistema di monitoraggio delle procedure erogate (con la raccolta sistematica di informazioni relative alle caratteristiche dei pazienti e dei loro esiti clinici), rappre-

sentano gli elementi portanti di un sistema che in questi anni ha consentito di controllare la tendenza a un aumento dei volumi di prestazioni erogate e dei centri erogatori migliorando le condizioni di accessibilità dei pazienti alle modalità di trattamento clinicamente indicate.

Nel corso degli ultimi anni il lavoro svolto nell'ambito cardiologico e cardiocirurgico dalla Commissione regionale cardiologica e cardiocirurgica ha quindi di fatto posto le premesse affinché il Ssr sia oggi in grado di adottare, di fronte a questo tipo di problematiche, un atteggiamento dinamico e aperto nei confronti delle innovazioni, ma non acritico e indiscriminatamente permeabile alla loro adozione nella pratica.

L'esperienza dell'Emilia Romagna nel governo clinico della cardiologia e della cardiocirurgia verrà presentata e discussa, anche nel contesto di un confronto con esperienze internazionali, nell'ambito di un convegno che si svolgerà a Bologna i prossimi 27 e 28 settembre.

\* Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna - Bologna



## Interferenze

### Niente algoritmi per l'errore clinico

DI IVAN CAVICCHI

Risale a poco tempo fa la notizia che l'Istituto S. Raffaele di Milano ha avuto l'idea di istituire un centro per lo studio dei rischi e degli errori in medicina. A parte gli indubbi aspetti pratici dell'iniziativa in questione, trovo eticamente e scientificamente corretto ammettere l'errore proprio per combatterlo. Ammettere l'errore è il modo migliore per avere coscienza della fallibilità dell'impresa medica e per superarla la falsa onnipotenza che tanti guai ci procura. Popper, che vedeva tutto il mondo per problemi ed errori, ne sarebbe felice. Ma anche Murri, un grande caposcuola della clinica moderna, sarebbe contento. Egli riteneva che il libro più importante per la medicina era ancora da scrivere ed era, per l'appunto, quello degli errori.

Il S. Raffaele questo libro ha cominciato a scriverlo e questo va salutato con rispetto e gratitudine.

Va detto però da subito che l'errore in ospedale, come altrove, non nasce, come ha dichiarato Sirchia, da un «difetto organizzativo» e da «una insufficiente preparazione del personale». Queste, naturalmente, sono cause concomitanti e in certi casi importanti in contesti come l'ospedale. Ma, nell'ospedale e fuori, l'errore è spesso ciò che coemerge da un gioco intricato tra contingenze ed eventi, naturalmente nell'ambito di procedure e contesti di organizzazione nei quali la combinazione tra caso, necessità e libertà è la vera base esplicita dell'errore. Quelli che il S. Raffaele ha deciso di com-

battere, sono quelli che riguardano i processi organizzativi, i suoi punti critici rispetto a determinate aree a rischio e, in parte, quelli clinici relativi alla diagnosi e alla terapia.

Direi però che in generale il principio sovrano è quello che con una brutta parola (di cui non sono responsabile) si chiama «decidibilità»: vale a dire un metodo fondato su percorsi operativi garantiti che, se rispettati, riducono significativamente l'errore procedurale (scambio di malati, scambio di terapie, procedure chirurgiche ecc.). Sia chiaro, non è poco. Anzi. Togliere tutte le garze dalla pancia di un malato e contarle, in ingresso e in uscita (ma questa è la prassi comunemente usata) è cosa buona e giusta. Come pure evitare di dimenticare qualche pinza da qualche parte.

Ma questi errori, anche se impressionano l'opinione pubblica più di altri, non sono così frequenti come si crede.

Quelli più frequenti sono gli errori clinici, che con un po' di pudore il S. Raffaele chiama «sospetti errori di diagnosi e di terapia». Non solo sono i più frequenti, ma i più subdoli, sia rispetto al medico quando opera in scienza e coscienza, sia rispetto al malato quando dà fiducia al medico e all'istituzione che lo cura. Il punto che, secondo me, sottolinea il valore della buona volontà del S. Raffaele, è l'enorme complessità della medicina che crea il rischio. In medicina accade che un problema pro-

duca un'infinità di altri problemi particolari. È del tutto ragionevole e auspicabile che si pensi a soluzioni coordinate da un metodo in grado di ottenere la soluzione del problema principale, a partire dai suoi tanti sottoproblemi.

Le procedure anti-errore che il S. Raffaele sta mettendo in essere non fanno altro che tentare questo. Esse, in qualche modo, sono come degli algoritmi che accettano i tanti sottoproblemi in entrata, producendo la soluzione in uscita. Purtroppo in medicina, in particolare rispetto all'errore clinico, un simile algoritmo non sempre esiste. Per cui va accettato il fatto che la medicina si scontra quotidianamente con il problema dell'indecidibilità. Ben vengano, quindi, il bracciale con codice a barre per identificare esattamente il malato, il carrello intelligente che consente di prelevare solo i farmaci giusti per il malato, il computer per garantire una maggiore leggibilità dei referti medici e il sistema di tracciabilità

per sapere «chi ha fatto che cosa» e il resto. Personalmente credo che il carattere distintivo dell'errore in medicina consista nella deduzione. Esso deduce sempre se stesso. Esattamente come un sintomo, si pensa che l'errore debba essere «riconosciuto» come se fosse oggettivo. Per la medicina riconoscere i propri errori significa anche riconoscere i propri limiti. E questo chiama in causa i soggetti della medicina stessa.

### E l'«indecidibilità» resta in agguato