

# il punto

confronti su medicina e sanità

Un progetto dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Torino

## Disposizioni anticipate di trattamento: a che punto siamo

La cura  
e le politiche  
**basate  
sulle prove**

Fare  
una diagnosi  
**con il machine  
learning**

Conflitti e valori:  
**un medico  
può fare  
alla guerra?**

2 | 2022



Il Pensiero Scientifico Editore

# Sommario

il punto | 2 | 2022



**3**  
**Dopo l'emergenza sanitaria. Quali obiettivi per il futuro?**  
Guido Giustetto

**4**  
**Perché non vogliamo scrivere le nostre DAT**  
Lucia Craxi

**8**  
**Le DAT e il senso delle parole**  
Lucetta Fontanella

**12**  
**Non sarà un'avventura**  
Marina Davoli,  
Luca De Fiore

**18**  
**Per Slow Medicine le prove sono indispensabili**  
Marco Bobbio  
Michela Chiarlo  
Paola Arcadi

**20**  
**Per un buon uso dell'intelligenza artificiale**  
Viola Bachini

**23**  
**La predizione algoritmica in medicina tra speranze e disillusioni**  
Giampaolo Collecchia

**26**  
**Google ci vuole in salute e felici**  
Luciano De Fiore

**30**  
**Come le guerre fanno male all'ambiente**  
Giulia Annovi

**34**  
**Un medico può fare alla guerra?**  
Antonio Panti

**36**  
**L'odontoiatra: una figura chiave per aiutare le vittime di violenza domestica**  
Giulia Annovi

**40**  
**L'equilibrio difficile tra salute individuale e della comunità**  
Carlo Saitto

**44**  
**LESSICO DI BIOETICA**  
**Lookismo**  
Francesca Minerva

**45**  
**LESSICO DI BIOETICA**  
**Testamento biologico**  
Demetrio Neri

**46**  
**LETTURE**  
**Cosa fa un medico nei giorni in cui non è in grado di fare il medico?**

**47**  
**LETTURE**  
**Un grande scrittore in più, un medico di meno**



Gli articoli raccolti in questo numero sono post pubblicati sul sito [www.ilpunto.it](http://www.ilpunto.it)

@ilpunto\_OMCeO

**il punto**

confronti su medicina e sanità

ANNO I, NUMERO 2  
APRILE-GIUGNO 2022

**Direttore scientifico**  
Guido Giustetto

**Direttore editoriale**  
Rosa Revellino

**Comitato redazionale**  
Gianluigi D'Agostino,  
Venera Gagliano, Andrea Gatta,  
Guido Regis, Angelica Salvadori,  
Emanuele Stramignoni,  
Rosella Zerbi.

Laura Toton e Luca De Fiore  
(Il Pensiero Scientifico Editore)  
Collaboratori: Giulia Annovi,  
Viola Bachini, Luciano De Fiore,  
Alessandro Magini

**Comitato editoriale**  
Marco Bobbio, Michela Chiarlo,  
Giampaolo Collecchia, Lucia  
Craxi, Fabrizio Elia, Elena  
Gagliasso, Libero Ciuffreda,  
Giuseppe Cristina, Roberto  
Longhin, Giuseppe Naretto,  
Luciano Orsi, Elisabetta Pulice,  
Lorenzo Richiardi, Massimo  
Sartori, Vera Tripodi, Marco  
Vergano, Paolo Vineis

**Consiglio direttivo  
dell'OMCeO di Torino**  
Guido Giustetto (*presidente*),  
Guido Regis (*vicepresidente*),  
Rosella Zerbi (*segretaria*),  
Emanuele Stramignoni (*tesoriere*),  
Domenico Bertero, Patrizia  
Biancucci, Tiziana Borsatti,  
Vincenzo Michele Crupi, Gianluigi

D'Agostino (*presidente CAO*),  
Riccardo Falchetta, Riccardo  
Faletti, Gilberto Fiore, Ivana  
Garione, Aldo Mozzone, Fernando  
Mùia, Angelica Salvadori, Renato  
Turra, Roberto Venesia

**Sede e contatti**  
OMCeO Torino  
Corso Francia 8 - 10143 Torino  
email: [info@ilpunto.it](mailto:info@ilpunto.it)

**Produzione e amministrazione**  
Il Pensiero Scientifico Editore  
Via San Giovanni Valdarno 8,  
00138 Roma  
tel. 06862821 | fax 0686282250  
e-mail: [pensiero@pensiero.it](mailto:pensiero@pensiero.it)  
internet: [www.pensiero.it](http://www.pensiero.it)  
c/c postale: 902015

**Direttore responsabile**  
Giovanni Luca De Fiore

**Progetto grafico e impaginazione**  
Typo85, Roma

**Stampa**  
Ti Printing, Roma  
Autorizzazione Tribunale di  
Torino numero registro stampa  
65/2021 del 29/12/2021  
(già 793 del 12/01/1953).

**Immagini**  
In copertina: "Kayak sul Po  
e Ponte Umberto I a Torino"  
iStock. Nelle pagine interne le  
foto non firmate sono di iStock.  
Tutti i diritti sono riservati.

**Diritti d'autore**  
Tutto il materiale pubblicato in  
queste pagine è disponibile sotto  
la licenza "Creative Commons  
Attribuzione - Non commerciale  
- Condividi allo stesso modo

4.0 Internazionale". Può essere  
riprodotto a patto di citare  
ilpunto.it, di non usarlo per fini  
commerciali e di condividerlo  
con la stessa licenza.

Finito di stampare luglio 2022

**Abbonamenti 2022**  
Per l'Italia  
privati € 40,00 (per gli iscritti  
OMCeO Torino ricompreso  
nell'iscrizione all'Ordine)  
enti, istituzioni, biblioteche € 50,00  
Per l'Estero € 60,00  
L'abbonamento decorre  
dal mese di gennaio a dicembre

Per abbonamenti:  
Andrea De Fiore  
tel. 06 86282324  
e-mail: [andrea.defiore@pensiero.it](mailto:andrea.defiore@pensiero.it)

**A**vere organizzato per anni il servizio sanitario al minimo dell'indispensabile, lesinando le risorse, è stata una pessima strategia. La pandemia ci ha fatto vedere che è necessario investire in sanità e che i servizi non possono essere sempre appena sufficienti. L'efficienza della sanità non è quella del processo produttivo "just in time" dell'industria ideato per ridurre le scorte in magazzino e non produrre più di quello che il mercato chiede. Un'occupazione dei posti letto superiore all'85 per cento si correla a un aumento dei tempi di degenza e il rischio di mortalità ospedaliera aumenta nei reparti con personale sanitario sottodimensionato.

Allontaniamoci dal modello aziendalista anche nelle parole: cambiamo il nome alle aziende sanitarie, chiamiamole servizi sanitari locali. Non parliamo di "sostenibilità" come scusa per limitare gli investimenti. Giustamente Roy Romanow, accademico e politico liberale che ha diretto la commissione per il futuro del servizio sanitario canadese (*Romanow report*), sostiene che "il sistema è tanto sostenibile quanto vogliamo che lo sia".

La scarsità delle risorse ha amplificato le vulnerabilità e le disuguaglianze. Non sempre infatti le persone, soprattutto se appartenenti a fasce di popolazione svantaggiata, sono in grado di ottenere ciò che è necessario alle proprie esigenze di salute e talora le risposte da loro individuate non sono corrette ed efficaci. Per questo non basta accrescere le capacità di resistenza del sistema nei confronti di future crisi, ma, prima ancora di pensare a strutturare un sistema standard di offerta di servizi, occorre disegnare e realizzare un modello di sanità pubblica che abbia come obiettivo la coesione e tenga conto del percorso che la persona compie realmente in ambito territoriale e ospedaliero (confrontato con quello che dovrebbe/potrebbe compiere) da quando avverte un bisogno di salute a quando cerca e trova la risposta.

Per questo è importante dare significato ai comportamenti, alle motivazioni e alle

# Dopo l'emergenza sanitaria. Quali obiettivi per il futuro?

aspettative. È in questa analisi che possiamo trovare un potenziale di conoscenza per capire meglio come intervenire per soddisfare quelle esigenze che oggi non trovano risposta adeguata nel Ssn: le proposte nascono dall'osservazione dei contesti di cura, dei modelli organizzativi, dai dati epidemiologici, dall'ascolto delle parole delle persone, dalle domande che poniamo... E il più delle volte non devono essere risposte in termini di maggiori prestazioni (più visite, più esami), ma di accompagnamento nel fare la scelta più appropriata per ciascuno, più concreta ma anche più vera.

Si dovrebbe prendere esempio dalle cure primarie, che, entrando in contatto con la maggior parte dei bisogni dei pazienti e conoscendo la loro storia medica, avrebbero la potenzialità preziosa, se pure poco valorizzata, di aiutare le persone ad orientare scelte e domande, a comprendere meglio l'importanza della prevenzione, a evitare procedure non necessarie e l'accesso a strutture costose e non utili.

Il "capitale umano", le capacità, le competenze, le conoscenze, le abilità professionali e relazionali delle donne e degli uomini del servizio sanitario sono lo strumento per sintonizzare la relazione con le persone e per dare loro le risposte migliori. Sono la cosa più importante della sanità. Investiamoci.

È in questa analisi che possiamo trovare un potenziale di conoscenza per capire come intervenire. ▲

**Guido Giustetto**

Presidente  
OMCeO Torino  
Direttore scientifico  
[ilpunto.it](http://ilpunto.it)

Oltre agli ostacoli organizzativi,  
le resistenze culturali  
e la scarsa informazione attiva

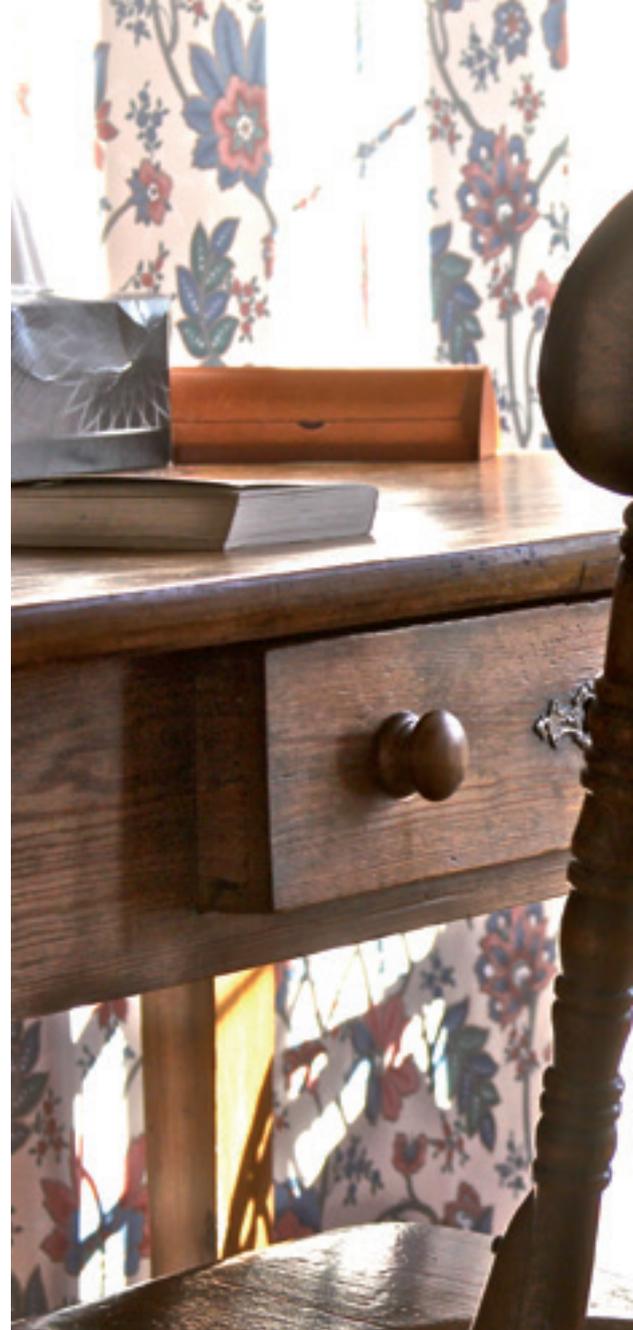
# Perché non vogliamo scrivere le nostre DAT

Lucia Craxì

*Bioeticista, Università degli studi di Palermo  
Responsabile della sezione Sicilia  
della Consulta di Bioetica onlus*

La legge n. 219/2017, approvata dopo un iter parlamentare piuttosto complesso, è la prima legge che disciplina in Italia l'esercizio del consenso informato nella pratica clinica, fino a quel momento regolato solo dal Codice di deontologia medica e dagli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione. Eppure all'epoca della sua discussione in Parlamento la legge in questione è passata alla ribalta delle cro-

**La cultura occidentale contemporanea è caratterizzata da una forma di rifiuto nei confronti dell'idea della morte, un tentativo di rimozione anche fisica di quest'ultima e una sorta di vero e proprio tabù culturale**



nache soltanto come la legge sul “testamento biologico” o, più correttamente, sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT). Nonostante tanto clamore al momento della loro istituzione, di fatto ancora oggi le DAT sono poco conosciute e ancora meno utilizzate.

Per spiegare un loro impiego così ridotto non bastano solo i numerosi ostacoli materiali e organizzativi, ma vanno considerati anche aspetti di tipo culturale.

È possibile che la compilazione delle DAT sia poco diffusa per una forma di rimozione in merito a tutto ciò che concerne il fine vita: troppo lontano nel tempo per pensarci per i giovani, troppo triste per pensarci



Guy Mayer / CC BY

per chi è anziano o malato, come società rimandiamo o evitiamo in generale le decisioni che riguardano l'atto del morire.

La cultura occidentale contemporanea è caratterizzata da una forma di rifiuto nei confronti dell'idea della morte, un tentativo di rimozione anche fisica di quest'ultima e una sorta di vero e proprio tabù culturale. Tale processo di allontanamento della morte ha preso l'avvio all'inizio del ventesimo secolo, quando quest'ultima ha smesso di essere parte dell'esperienza di vita quotidiana e ha iniziato ad avere luogo sempre più frequentemente all'interno degli ospedali. L'allontanamento fisico della morte dalla casa agli ospedali

ha così consentito una sorta di rimozione psicologica, che porta a volere tenere lontano tutto ciò che evoca la morte stessa.

A ciò si aggiunge il fatto che chi, già malato, dovesse scegliere di ricorrere alle DAT, potrebbe doversi confrontare con la reazione dei familiari che leggono una scelta del genere come una resa e un abbandono. Sul piano culturale infatti l'esercizio di una piena autonomia decisionale talvolta rischia di essere percepito dal contesto familiare come una sorta di individualismo troppo spinto, se non di vero e proprio egoismo. Il rifiuto di continuare a vivere a ogni costo viene quasi assimilato al suicidio, atto concepito co-



me antisociale per eccellenza, oggetto tutt'oggi di un forte stigma.

Per affrontare tale tipo di resistenze culturali, manca però un primo fondamentale passo, che è quello dell'informazione. Come hanno dimostrato le indagini svolte ad oggi in Italia, molti medici e la maggioranza dei cittadini non conoscono le DAT. Il discorso culturale è talmente poco avanzato nel nostro Paese, che nella percezione comune e anche nella percezione del personale sanitario stesso non è ancora chiara la differenza tra interruzione dei trattamenti che mantengono in vita (ad oggi permessa in Italia in forza proprio della legge n. 219/2017) e suicidio assistito o eutanasia.

Stabilire l'esistenza di un diritto – nella fattispecie quello di redigere delle DAT – non basta, è necessaria un'informazione adeguata ai cittadini che consenta l'esercizio di quel diritto.

L'informazione non può essere solo passiva, ovvero un'informazione cui giunge chi di proposito va a cercarla, ma deve essere diffusa in modo attivo per ottenere il fine di un equo accesso alle risorse messe a disposizione. Ciò è ancor più rilevante nel caso di uno strumento come le DAT, che hanno richiesto una trasformazione della

cultura e dell'etica di senso comune della nostra società: non si tratta infatti di informare il pubblico dell'esistenza di uno strumento che già conosce (non è come comunicare che è aperto un nuovo punto per l'esecuzione di tamponi gratuiti per covid o che esiste un nuovo modo per richiedere la carta di identità), ma di una fattispecie del tutto nuova, la cui nascita è stata ed è tutt'ora accompagnata da molte resistenze di tipo culturale e religioso.

In tale processo di informazione attiva un ruolo rilevante dovrebbe essere svolto dai

---

**Stabilire l'esistenza di un diritto – nella fattispecie quello di redigere delle DAT – non basta, è necessaria un'informazione adeguata ai cittadini che consenta l'esercizio di quel diritto**

---



medici. Eppure questi ultimi non solo conoscono poco l'argomento e non vengono adeguatamente formati, ma approcciano con difficoltà l'intero ambito del morire, che è specchio del fallimento del loro intento curativo. Un radicale cambiamento di prospettiva che porti a vedere la medicina come l'arte del prendersi cura e non solo del curare, consentirà forse di comprendere quanto rilevante sia il ruolo del medico nell'aiutare il paziente a gestire il momento del fine vita nel pieno esercizio della propria autonomia decisionale. ▲



## PER APPROFONDIRE

### Di che cosa stiamo parlando

La legge 219 sul consenso informato stabilisce che "nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata". Due articoli della legge disciplinano due modalità di autodeterminazione terapeutica e di espressione del consenso: le disposizioni anticipate di trattamento (articolo 4) redatte quando si è ancora in buona salute e la pianificazione condivisa delle cure (articolo 5) predisposte da soggetti con malattie croniche insieme al proprio medico.

### Le DAT

In previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, la legge prevede la possibilità per ogni persona di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto su: accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche, singoli trattamenti sanitari. Possono fare le DAT tutte le persone che siano maggiorenni e capaci di intendere e di volere.

La redazione delle DAT può avvenire sotto forma di:

- ▼ atto pubblico;
- ▼ scrittura privata autenticata;
- ▼ scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del Comune di residenza, che provvede all'annotazione in un registro nazionale di dati.

La legge 219 prevede anche la possibilità di indicare nelle DAT un fiduciario, la cui scelta è rimessa completamente alla volontà del disponente. Il fiduciario è chiamato a rappresentare l'interessato nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario qualora le disposizioni appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente; oppure sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

La **banca nazionale delle DAT** ha la funzione di:

- ▼ raccogliere copia delle disposizioni anticipate di trattamento;
- ▼ garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca;
- ▼ assicurare la piena accessibilità delle DAT sia da parte del medico che ha in cura il paziente, in situazioni di incapacità di autodeterminarsi, sia da parte del disponente che del fiduciario eventualmente da lui nominato.

La banca dati registra anche copia della nomina dell'eventuale fiduciario e dell'accettazione o della rinuncia di questi ovvero della successiva revoca da parte del disponente.

Fonte: Ministero della salute

# Le DAT e il senso delle parole

Sulla difficoltà linguistica, ma non solo linguistica, dei moduli per le disposizioni anticipate di trattamento

Lucetta Fontanella  
*Linguista*

Torno qui a parlare di un argomento che ha occupato molto tempo della mia attività professionale, la difficoltà linguistica dei testi ufficiali scritti: come individuarla, come correggerla. Intendo per testi ufficiali qualsiasi produzione destinata a un pubblico vasto e di contenuto rilevante per la vita di ogni cittadino. Testi amministrativi, giuridici, medici, scolastici e tanti altri ancora in cui ci imbattiamo quotidianamente.

Riassumo in poche righe la situazione. L'italiano usato nei testi ufficiali è troppo difficile per essere capito da tutti. Difficile nel senso che è diverso da quello che la

grande maggioranza degli italiani usa per vivere ogni giorno. La difficoltà linguistica non è mai un dato assoluto, ma relativo. Un bambino che cresce in un ambiente colto capirà e userà prestissimo una lingua molto più ricca e complessa di un adulto con bassa scolarizzazione che vive e lavora in un ambiente linguisticamente semplice. Ma anche una persona istruita e dotata di una buona lingua può avere difficoltà a capire testi scritti con linguaggi settoriali diversi dal proprio ambiente.

Il problema è così importante che, dopo lunghe insistenze dei linguisti, l'8 maggio del 2002 fu pubblicata dal Ministero per la



## È il contesto che dà al termine valenza positiva o negativa

Pubblica amministrazione la *Direttiva sulla semplificazione del linguaggio amministrativo* che vi invito caldamente a leggere.<sup>1</sup> Qui, sul sito del Ministero, il documento per intero: [www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/16872.pdf](http://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/16872.pdf) Troverete tutto ciò che occorre per inquadrare il problema e porvi teoricamente rimedio. “È evidente che il linguaggio delle amministrazioni pubbliche sarà tanto più chiaro quanto più chiari saranno i testi normativi. Questa direttiva contiene regole da applicare a tutti i testi prodotti dalle amministrazioni pubbliche, regole che riguardano la comunicazione, la struttura giuridica e il linguaggio dei testi scritti”, si legge nella premessa del documento.

Le regole dettano testi brevi, frasi brevi, parole quotidiane, evitando termini settoriali, tecnici e anche neologismi non ancora diffusi. Anche l’uso del congiuntivo, così caro alla scrittura formale, può cedere il posto in tanti casi al più usato indicativo. Queste regole sono state scritte da linguisti e si fondano su consolidate ricerche scientifiche, anche se molti insegnanti della scuola italiana le boccerebbero.

Ma sono poi servite a rendere più trasparente il linguaggio dei documenti ufficiali? In realtà no, se non in casi sporadici. Chi redige i documenti è ben scolarizzato e usa un italiano medio-alto. In più è abituato ad usare il linguaggio settoriale della burocrazia, o del proprio ambito professionale, cioè un linguaggio con particolarità proprie, che al di fuori del proprio mondo non si usa e dunque non è capito. La legge 219 del 22 dicembre 2017 che ha

istituito le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) è la stessa che nell’articolo 8 definisce il tempo della comunicazione tra medico e paziente come tempo di cura, e in cui già all’articolo 3 precisa che ciascuno di noi ha diritto di essere informato in modo a ciascuno di noi comprensibile.

### Alcune ambiguità semantiche

Fin qui ho riportato quelle che sono le premesse necessarie per poter prendere in considerazione la modulistica che le diverse amministrazioni o altri organismi, pubblici o privati, hanno predisposto per aiutare i cittadini a compilare, se lo desiderano, le proprie DAT.

Non farò un esame comparativo, che non mi pare aver senso, ma prenderò in considerazione alcuni aspetti che chi ha letto le direttive per la semplificazione linguistica citate sopra riconoscerà facilmente.

Intanto la lunghezza dei testi, come si è detto. Una sola pagina, o una e mezza, è una lunghezza accettabile. Testi di molte pagine, anche se fossero scritti con una lingua semplice, sono destinati a essere poco letti. Le disposizioni consigliano frasi con meno di 25 parole, ma sono già tante. Se si vuole davvero far passare una informazione alla volta, è bene che le frasi siano molto brevi. Bisogna poi ricordare che ogni parola non capita rallenta o può far del tutto crollare l’intera comprensione della frase. Ci sono poi espressioni che diventano fondamentali per trattare un certo argomento e se ne riscontra un largo impiego.

Scelgo come esempio espressioni come “accanimento terapeutico” e “desistenza terapeutica”, che non sono soltanto estremamente difficili da capire a livello lessicale, ma anche a livello concettuale. Consideriamo l’accanimento terapeutico. “Accanimento”, se pure è una parola composta da un termine comunissimo, “cane”, non solo è difficile, ma è anche ambigua. Se dico che mio marito è un accanito lettore non dico nulla di negativo; così pure se parlo di un atleta che ha vinto con accanimento. Ma se dico che un uomo ha infierito su un altro con accanimento, la valenza diventa negativa.

Jo Christian Oterhals / CC BY

Dunque è il contesto che dà al termine valenza positiva o negativa.

Ora, per capire che l'accanimento terapeutico nel contesto della legge è qualcosa di negativo bisogna aver chiara la materia di cui si parla. E qui nascono i problemi veri, quelli molto più seri e gravi di quelli puramente linguistici. Se non è davvero chiaro il contesto, chi legge, anche se felicemente ignaro dell'ambiguità dell'ossimoro, rimane interdetto.

Problemi così seri e gravi che io, che ho aspettato la legge con impazienza, che ho partecipato a incontri e dibattiti, che ho consultato diversi moduli, che non ho difficoltà a capirli, non ho ancora compilato le mie DAT, e non so se lo farò. In realtà non ho affatto chiaro di cosa concretamente si stia parlando quando si parla di accanimento terapeutico. Quando mi pare di aver capito mi chiedo perché non sia sufficiente la professionalità dei medici a evitare che accada.

L'ambiguità semantica dell'accanimento terapeutico è speculare a quella della desistenza terapeutica. "Desistenza" (termine della lingua colta, al contrario di "resistenza", di uso comune) ha una connotazione negativa. "Ho dovuto desistere...". "Hanno desistito tutti...", ecc. La desistenza terapeutica è in sé negativa, in quanto constatazione dell'impossibilità di cura, ma nell'uso in ambiente sanitario, e nel contesto della legge, assume una valenza se non positiva, auspicabile e, da chi compila le DAT, auspicata.

Dunque evitare l'uso di queste espressioni e sostituirle con frasi più chiare e semplici è consigliabile.

## L'utilità del dialogo con i medici

Giuseppe Gristina – in un articolo "Le dichiarazioni anticipate di un medico" che invito tutti a leggere per l'attenzione, la sensibilità, l'esperienza e la profonda saggezza che usa per trattare l'argomento<sup>2</sup> – scrive che "un modo utile per redigere le DAT potrebbe prevedere non tanto un modello orientato ai trattamenti o agli esiti, quanto piuttosto a fornire ai medici una serie di elementi di giudizio utili a ricostruire la scala valoriale del paziente. A loro volta i medici potranno utilizzare questa come un confine entro il quale siano lasciati liberi di decidere sulle varie opzioni terapeutiche, secondo le evidenze scientifiche, le loro competenze, le circostanze lasciando che sia il fiduciario a rappresentare di volta in volta le volontà e le preferenze del paziente".

Ecco, io posso provare ad indicare la mia scala valoriale relativa alla qualità di vita che desidero, ma davvero non riesco a decidere che non voglio la dialisi, l'idratazione, eccetera.

E torno a pensare che le migliori DAT consistono nell'affidarsi a medici di fiducia.

### Modello 1

(art. 4 Legge 219/2017) Decisione Consiglio Direttivo Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino – 16 Dicembre 2019 (aggiornato a febbraio 2020)

Io sottoscritto dopo aver assunto adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, in condizioni di piena capacità di assumere decisioni libere e consapevoli, dispongo che nel caso mi trovassi in futuro in:

- una condizione di salute gravemente compromessa in modo persistente e irreversibile tale da non essere capace di esprimere le mie volontà,
- o
- in stato di incoscienza persistente (ad esempio coma o stato vegetativo) tale da non essere capace di esprimere le mie volontà,
- desidero /  non desidero essere sottoposto a trattamenti sanitari di supporto vitale (come ad esempio la respirazione artificiale, la dialisi, l'idratazione o la nutrizione artificiale);

In caso la terapia non risultasse efficace a controllare dolore e/o sofferenze,

- desidero /  non desidero venga attuata la sedazione palliativa profonda continua.

Consapevole che tali volontà sono persistenti nel tempo futuro, salvo revoca, nomino mio fiduciario che mi rappresenterà nelle relazioni con medici e strutture sanitarie nel caso diventassi incapace di esprimere ciò che desidero per me .....

Data e firma

Ma torniamo ai moduli. In alcuni non compare in modo esplicito l'argomento dolore, che trovo prioritario. Sono invece quasi sempre citate le cure palliative. Ma che cosa siano esattamente le cure palliative è chiaro a pochi. Altro termine da evitare o da glossare subito dopo. Le definizioni che ciascuno di noi può facilmente trovare in rete rassicurano sul fatto che migliorano la nostra qualità della vita durante una malattia che non può più essere curata. Dunque subito dopo aver citato le cure palliative occorrerebbe glossare con una delle definizioni più semplici.

Quanto agli esempi di terapie che non si desiderano, vale quanto già detto. Solo attente conversazioni con i propri medici, fondate sulle proprie esigenze valoriali, possono aiutarci ad immaginare cosa po-

trebbe succederci, ciò che non vogliamo ci succeda, ma anche ciò che non vogliamo succeda ai nostri famigliari se dovessero aver cura di noi.

Insomma, un quadro così complesso che è difficile immaginare traducibile in un modulo.

### Un esempio di modulo per compilare le DAT

Mi è stata inoltrata una proposta di modello per la compilazione delle DAT elaborato dall'OMCeO della Provincia di Torino. La ripropongo qui (modello 1) perché soddisfa alcune delle condizioni che ho citato come facilitatrici di trasparenza e comprensibilità.

Molto positiva la brevità dell'intero testo; migliorabili la lunghezza delle singole frasi, che spesso superano largamente le 25 parole, e le scelte lessicali. Il lessico usato è decisamente medio-alto, piuttosto che medio-basso.

Puramente come esempio di semplificazione, per far capire a chi legge su che cosa si può intervenire, riscrivo il testo rendendolo adatto ad un pubblico più vasto (modello 2).

Ma, per concludere, insisto ancora: quello delle DAT non è un argomento che può essere facilitato e risolto solo con interventi di semplificazione linguistica, anche se certo occorrerà che chi scrive per il pubblico legga e applichi le benemerite direttive del 2002. ▲

## Quello delle DAT non è un argomento che può essere facilitato e risolto solo con interventi di semplificazione linguistica

### Modello 2

Io sottoscritto mi sono informato con attenzione su quello che potrà derivare in futuro dalla compilazione di questo modulo. In questo momento mi sento capace di intendere e di volere, cioè di capire quello che sto facendo.

E dichiaro che se in futuro mi troverò così gravemente malato, o incosciente, da non riuscire a dire la mia volontà:

desidero che si continui ogni tipo di cura adatto a prolungare la mia vita, anche se non c'è nessuna speranza di guarigione o di miglioramento

non desidero che si continuino cure adatte a prolungare la mia vita, se non c'è nessuna speranza di guarigione o di miglioramento.

Se non sarà possibile controllare il mio dolore

desidero /  non desidero quella che si chiama la sedazione palliativa profonda continua. Cioè  desidero /  non desidero farmaci che mi rendano incosciente fino alla mia morte.

Questo documento che sto firmando avrà valore per sempre, ma se vorrò, potrò modificarlo.

Indico come persona che parlerà con i medici se io non sarò più capace di farlo .....

*Data e firma*

### Bibliografia

<sup>1</sup> Chiaro! Progetto per la semplificazione del linguaggio amministrativo. Dipartimento della funzione pubblica. Direttiva sulla semplificazione del linguaggio dei testi amministrativi. A tutte le Pubbliche Amministrazioni. Roma, 8 maggio 2002.

<sup>2</sup> Gristina G. Le dichiarazioni anticipate di un medico. *Recenti Prog Med* 2018; 109: 556-9.

# Non sarà un'avventura

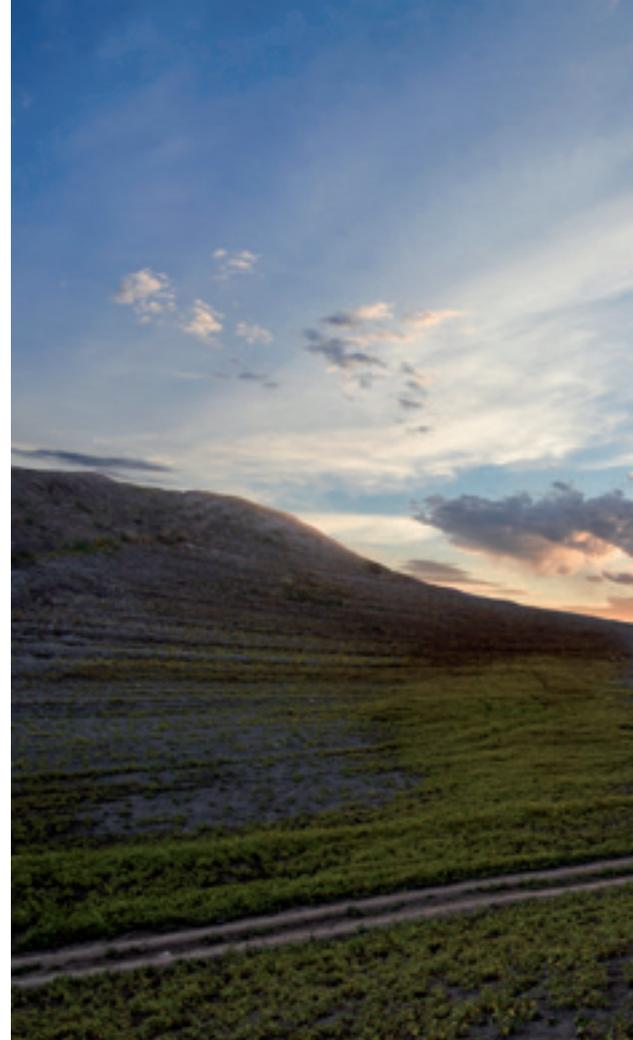
Basare sulle prove la cura e le politiche sanitarie è la sola strada possibile

Marina Davoli,

*Direttrice del Dipartimento di epidemiologia Ssr Lazio, Asl Roma 1*

Luca De Fiore

*Direttore Il Pensiero Scientifico Editore  
Past president della Associazione A. Liberati*



Nel 2014 tre stimati ricercatori del Regno Unito – Trisha Greenhalgh, Jeremy Howick e Neal Maskrey – spiegavano perché la medicina basata sulle prove attraversava una crisi da cui difficilmente avrebbe potuto uscire.<sup>1</sup> Il loro articolo usciva sul BMJ, la rivista che forse più di ogni altra era stata fedele ai principi della evidence-based medicine (ebm).

In estrema sintesi, i punti chiave della crisi erano cinque: primo, alcune componenti del sistema della sanità che perseguono interessi diversi dal bene dei cittadini si sono impossessati del marchio di qualità della medicina delle prove; secondo, la quantità delle prove (soprattutto di quelle presentate in forma di linee guida) è diventata ingovernabile; terzo, una volta trasferita nella pratica quotidiana, la significatività statistica di molti risultati di studi clinici è ininfluente; quarto, la rigidità nell'applicazione e il primato assegnato alle tecnologie produce un'assistenza che spesso non mette al centro il bene del ma-

lato; infine, le linee guida non sono utilizzabili nei pazienti con multimorbilità.

L'articolo si chiudeva con alcune proposte concrete:

- ▼ la “cura etica” del malato dev'essere la priorità e le decisioni di salute e di cura andrebbero decise insieme al paziente in una cornice di reciproca fiducia;
- ▼ la ricerca clinica dovrebbe produrre prove individualizzate in un formato comprensibile a medici e pazienti e questi ultimi dovrebbero richiedere prove migliori, presentate e spiegate meglio e applicate in modo più personalizzato;
- ▼ il giudizio degli esperti dovrebbe essere rivalutato e preferito all'applicazione meccanica di linee guida.

La *call to action* riguardava anche i ricercatori impegnati nella produzione di revisioni sistematiche e linee guida (che devono tenere conto di chi le utilizzerà, per quali scopi e con quali vincoli), i direttori delle riviste scientifiche (chiamati a selezionare



contributi metodologicamente rigorosi e rilevanti per l'assistenza), i decisori politici (invitati a resistere all'uso strumentale delle prove o guidato da interessi di parte), gli sponsor. Con un messaggio conclusivo che sollecitava a definire un'agenda della ricerca capace di valorizzare anche gli aspetti qualitativi della cura e dell'assistenza.

### **Conversazioni con i Maestri**

L'articolo del BMJ suscitò molta discussione – a oggi è stato citato oltre 1200 volte – anche per l'ambizione degli autori di proporsi come artefici del “Rinascimento della ebm”. Il merito di quel contributo è certamente nell'aver suscitato un confronto opportuno su un insieme di obiettivi difficili che avevano determinato quello che John Ioannidis due anni dopo definì “il dirottamento della ebm”<sup>2</sup> sottolineando alcuni specifici problemi: molti studi randomizzati che hanno lasciato il segno nella pratica clinica sono stati condotti dall'industria a proprio vantaggio; la

---

**La medicina – sostengono Jon Jureidini e Leemon B. McHenry – è in gran parte dominata da un piccolo numero di grandi aziende farmaceutiche che sebbene siano tra loro concorrenti lavorano per lo stesso obiettivo: ampliare il mercato dei medicinali**

---

produzione di revisioni sistematiche e linee guida è diventata una specie di catena di montaggio, per lo più al servizio di interessi accademici o aziendali; i finanziamenti della ricerca sono destinati quasi esclusivamente a studi destinati ad avere scarsa rilevanza per i malati; molti principali investigator sembra abbiano cambiato mestiere e siano diventati dei manager. In definitiva, sosteneva Ioannidis, in molti contesti si stanno sprecando risorse preziose in progetti di ricerca privi di utilità, >

che finiscono col compromettere anche la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario. L'articolo di Ioannidis era redatto in forma di conversazione con David Sackett, che all'inizio degli anni Novanta fu tra i clinici e gli epidemiologi che formalizzarono i principi della medicina delle prove. In modo simile, pochi mesi dopo e sulla stessa rivista, Giovanni Fava rispondeva a Ioannidis in forma di lettera ad Alvar Feinstein osservando che l'ebm aveva fallito nel sottovalutare il problema dei conflitti d'interesse e nel non assegnare la dovuta importanza alla relazione medico-paziente.<sup>3</sup>

A queste riflessioni se ne sono via via aggiunte altre: in Italia hanno avuto una certa risonanza alcuni interventi che avevano il difetto di partire da premesse errate: la presunta coincidenza tra prove e "certezze" e la distanza tra ebm e relazione col paziente ("col malato l'ebm non ha nulla a che fare").<sup>4</sup> Ben altro spessore caratterizza invece l'analisi di Jon Jureidini e Leemon B. McHenry, autori di un libro molto documentato pubblicato nel 2020 da una piccola casa editrice australiana per scelta degli autori, desiderosi di sapere il proprio lavoro completamente libero dai condiziona-

menti che avrebbe potuto esercitare una casa editrice scientifica più conosciuta.<sup>5</sup> Una sintesi del punto di vista dei due autori è stata riproposta in un loro articolo uscito recentemente sul BMJ.<sup>6</sup> La medicina – sostengono – è in gran parte dominata da un piccolo numero di grandi aziende farmaceutiche che sebbene siano tra loro concorrenti lavorano per lo stesso obiettivo: ampliare il mercato dei medicinali. Gli incentivi alle imprese e l'enfasi con cui viene incentivata la collaborazione tra istituzioni pubbliche e aziende private hanno dei rischi ampiamente sottovalutati che vanno dalla mancata accessibilità dei dati della ricerca, alla scarsa trasparenza dei risultati negativi e sui rischi da farmaci che troppo spesso emergono tardivamente, solo dopo la registrazione e l'immissione in commercio dei medicinali.

Anche le riflessioni di Jureidini e McHenry, però, muovono da premesse non convincenti che – sulla falsariga di Ioannidis e Fava – vorremmo discutere come se la nostra fosse una conversazione con un altro Maestro della ebm, Alessandro Liberati, del quale quest'anno è ancora più vivo il ricordo a dieci anni dalla sua morte.



## L'ebm non è un nuovo paradigma

La prima premessa fallace riguarda la convinzione che la proposta dalla ebm abbia rappresentato un cambio di paradigma. Proprio Alessandro spiegava nel 2005 aprendo un libro da lui curato<sup>7</sup> che “non c'è dubbio che una delle ragioni delle reazioni negative alla ebm sia stata l'averla considerata un ‘cambio di paradigma’ nel senso attribuito a questo termine dal filosofo della scienza Thomas Kuhn. Questa definizione, anche da me un po' superficialmente accettata alcuni anni fa, comporterebbe che solo l'ebm significa medicina scientifica e che, di conseguenza, quella praticata in epoca pre-ebm non fosse tale tout court. Tutto ciò non è solamente semplicistico, ma è sostanzialmente sbagliato e tradisce un certo entusiasmo che non pochi all'inizio dell'ebm hanno avuto (anche per la necessità di farsi sentire da orecchie molto spesso resistenti al messaggio) e che – come recentemente anche Brian Haynes, uno dei pionieri del moderno movimento ebm, ha ammesso – tradisce la preoccupazione da parte dei fautori dell'ebm di costruire una base filosofica alla propria disciplina”. In sostanza, con la proposta dei principi della medicina delle prove non c'è stato alcun “salto” o cambiamento radicale di prospettiva. Al contrario, la proposta era l'esito naturale di una riflessione partita dal secondo dopoguerra nella medicina e nella sanità pubblica anglosassone, che aveva le proprie fondamenta nel lavoro dei ricercatori del National research council britannico, di trialisti ed epidemiologi come Austin Bradford Hill o Geoffrey Rose, di clinici come Archie Cochrane, e negli Stati Uniti di personalità come Tom Chalmers e molti altri, che lavorarono pazientemente e in modo determinato per collegare la pratica clinica ai risultati della ricerca clinica più rigorosa. L'assenza di questa soluzione di continuità tra un prima e un dopo la ebm rende ancor meno giustificato quel ritorno da qualcuno auspicato a una pratica clinica “pragmatica” basata sull'esperienza del “buon” medico e sulla sua capacità di prendere decisioni nell'interesse del paziente.<sup>4</sup>

## Come gli rct si sono trasformati dal migliore strumento possibile per “distillare” le prove a un'arma essenziale del marketing farmaceutico è un argomento noto e discusso da molti anni

Questo sì che sarebbe un cambio di paradigma: immotivato e non necessario.

### L'ebm non coincide con gli studi controllati randomizzati

Il secondo punto non convincente del lavoro di Jureidini e McHenry è nelle loro considerazioni sui randomized controlled trial (rct). Da una parte mostrano con esempi concreti e molto documentati come gli rct si siano trasformati dal migliore strumento possibile per “distillare” le prove a un'arma essenziale del marketing farmaceutico. È un argomento noto e discusso da molti anni.

La soluzione radicale proposta da Jureidini e McHenry è quella di impedire (in un modo che purtroppo non viene spiegato) che la stessa azienda che sviluppa un farmaco

### PER APPROFONDIRE

#### Trial in vetrina

“L'industria gestisce gran parte degli studi randomizzati più influenti” scriveva Ioannidis nell'articolo prima citato.<sup>2</sup> Non solo, ma le industrie (attraverso il lavoro delle contract research organization, dei loro *medical writer* e *opinion leader*) sono anche capaci di far tutto in modo quasi sempre formalmente impeccabile, riuscendo a superare la revisione critica delle riviste, svolta utilizzando le checklist più severe e appropriate. Non bastasse questo, le aziende farmaceutiche sono anche le più rapide nel pubblicare i risultati anche perché spesso stringono accordi preventivi con riviste importanti, attratte dalla previsione di un'alta citazione degli studi clinici sponsorizzati e – almeno fino a quando gli informatori medico-scientifici visitavano i medici portando loro della documentazione – dalla speranza di realizzare decine di migliaia di reprint.<sup>8,9</sup> “È solo che spesso – proseguiva Ioannidis – [i trial finanziati da aziende] partono da interrogativi sbagliati da valutare con esiti surrogati sbagliati e a breve termine, contengono analisi statistiche sbagliate, prevedono criteri sbagliati per stabilire la positività dei risultati (per esempio, ampi margini di non inferiorità) e inferenze sbagliate: ma a chi importano questi piccoli difetti?”

possa disegnare e condurre gli studi finalizzati all'approvazione regolatoria. È difficile pensare che il problema possa essere risolto sostituendo la ricerca clinica finanziata dalle imprese con un'analoga attività esclusivamente sostenuta dalle istituzioni pubbliche. Che non sia una soluzione praticabile è evidente anche dalle date della bibliografia a sostegno, ormai "antica" di oltre vent'anni: da diversi decenni si sostiene la necessità di ripensare il sistema di approvazione ma la soluzione non è stata ancora trovata. Una strada intermedia potrebbe essere quella di un finanziamento più robusto della ricerca indipendente indirizzata a progetti rilevanti per la salute che rientrino nella cornice di un'agenda della ricerca disegnata in modo partecipato, coinvolgendo anche i cittadini. Attività di studio che dovrebbe prestare più attenzione al merito degli interrogativi di ricerca che allo specifico dei disegni di studio. Su questo punto suggeriamo al lettore una nota di una di noi (Marina Davoli, *ndr*) uscita da poco su *Epidemiologia e Prevenzione*<sup>10</sup> in cui si fa presente che già in un "classico" editoriale di David Sackett e John Wennberg del 1997 leggevamo che "tanta energia intellettuale ed emotiva, inchiostro, carta e il tempo prezioso dei lettori sono stati spesi confrontando, contrastando, attaccando e difendendo gli studi randomizzati controllati. Questa è stata principalmente una perdita di tempo e sforzo e la maggior parte dei contendenti, concentrandosi sui metodi piuttosto che sulle domande di ricerca, hanno discusso delle cose sbagliate".<sup>11</sup> Dopo molti anni di

dialogo e discussione, possiamo dire che quello che conta è che il disegno di studio al quale si ricorre sia quello più adeguato per rispondere all'interrogativo di ricerca. In altre parole, la famosa gerarchia delle prove è stata ripensata radicalmente. Tredici anni fa, in un incontro all'Osservatorio epidemiologico della Regione Lazio, Alessandro Liberati aveva usato un'immagine metaforica proposta da Paul Glasziou:<sup>12</sup> una mongolfiera sostenuta da tre palloni areostatici, uno che riguarda l'evidenza diretta (la stima dell'effetto ottenuta da uno studio, indipendentemente dal disegno), un altro che rappresenta l'evidenza parallela (la coerenza dei risultati di più studi) e un ultimo pallone a rappresentare l'evidenza meccanicistica, vale a dire la presenza di evidenze che spiegano il meccanismo che lega l'esposizione all'esito, tra cui la plausibilità biologica o la coerenza con quanto già noto.

Il gruppo di lavoro Grade (Grading of recommendations assessment, development and evaluation)<sup>13</sup> è attivo da oltre venti anni per definire un approccio sempre migliore per valutare la qualità dei risultati della ricerca. Ha sviluppato una metodologia di valutazione della qualità degli studi non randomizzati ed è in procinto di pubblicare un lavoro sulle strategie per ottimizzare l'uso degli studi randomizzati e non randomizzati nella sintesi delle evidenze. Sempre nell'ottica di offrire strumenti utili a governare le grandi sfide contemporanee, si è costituito un gruppo specifico Grade che ha pubblicato una serie di linee guida per la salute ambientale e occupazionale.

"Il risultato (di una ricerca non rigorosa) è che un numero crescente di persone viene etichettato come 'malato' senza che siano disponibili delle prove che le singole persone possano trarre vantaggio dall'essere classificato in questo modo".<sup>14</sup> Troppe persone vengono diagnosticate in modo inappropriato e trattate inutilmente perché classificate come prediabetiche o pre-osteoporotiche o perché manifestano alcuni segni di decadimento cognitivo. "La sovra-diagnosi rappresenta un grosso problema

---

**Dopo molti anni di dialogo e discussione, possiamo dire che quello che conta è che il disegno di studio al quale si ricorre sia quello più adeguato per rispondere all'interrogativo di ricerca**

---

per molte persone e provoca un forte aumento del carico di lavoro del sistema sanitario senza prove di beneficio.”

### In conclusione

L'assistenza sanitaria si modifica accompagnando il cambiamento della società, della tecnologia, delle relazioni sociali e sia le politiche sanitarie sia la ricerca clinica devono orientare o guidare questo cambiamento. Un romanzo recente racconta la storia di una famiglia in cui “ognuno ha il proprio modo di sabotare la memoria per tornaconto personale”.<sup>15</sup> Succede di intervenire sull'esattezza della realtà, di mettere in discussione la chiarezza di un percorso compiuto in modo trasparente per costruire una “propria realtà”, utile a testimoniare una propria identità. Questo è accaduto – e sta ancora accadendo – nella “famiglia” della medicina delle prove, ma è qualcosa di cui si farebbe volentieri a meno.

L'ebm resta ancora qualcosa di non del tutto compreso. Rimane ancora un obiettivo non raggiunto, ma degno di essere raggiunto. ▲

## PER APPROFONDIRE

### L'invenzione delle malattie

L'attività intensa di gruppi come il Grade sta aiutando a migliorare la metodologia della ricerca clinica ottenendo risultati importanti: pensiamo per esempio all'adozione del framework di valutazione del Grade per la selezione e valutazione delle evidenze utili alla redazione di linee guida. Un lavoro prezioso a protezione dell'integrità metodologica e etica dei trial, che talvolta rischia di essere vanificato dalla pressione della cosiddetta “medicina industriale”. Infatti, ormai da tempo l'espressione “evidence-based” viene utilizzata anche da gruppi di ricercatori e di clinici che dedicano tempo e risorse a studiare diagnosi e trattamento precoci per le condizioni più varie, contribuendo ad alimentare la corsa alla medicalizzazione del quotidiano. Quanti ebm-scientist conducono studi sull'efficacia del trattamento precoce del diabete? Sappiamo da tempo che l'ampliamento dei criteri utili alla definizione delle malattie è una delle strategie preferite per allargare il mercato dei medicinali. I problemi sono meno evidenti in alcuni Paesi dove sono presenti organizzazioni istituzionali che vigilano per tutelare l'integrità della ricerca e della pratica clinica: pensiamo per esempio al National Institute of Health and Care Excellence in Inghilterra. Nonostante questi esempi virtuosi, si tratta di una sfida universale.

## Sul sito del progetto il punto il dialogo sull'attualità della medicina basata sulle prove sta proseguendo. Tra gli interventi, quello di Antonio Panti, medico di Medicina generale e componente della Commissione deontologica nazionale della FNOMCeO

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence-based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014; 348.
- <sup>2</sup> Ioannidis JPA. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol* 2016; 73: 82-6.
- <sup>3</sup> Fava GA. Evidence-based medicine was bound to fail: a report to Alvan Feinstein. *J Clin Epidemiol* 2017; 84: 3-7.
- <sup>4</sup> Cavicchi I. L'evidenza scientifica in medicina. L'uso pragmatico della verità. Battaglia terme: Nexus, 2020.
- <sup>5</sup> Jureidini J, McHenry LB. The illusion of evidence-based medicine. Exposing the crisis of credibility in clinical research. Mile End: Wakefield Press, 2020.
- <sup>6</sup> Jureidini J, McHenry LB. The illusion of evidence based medicine. *BMJ* 2022; 376.
- <sup>7</sup> Liberati A (a cura di). Etica, conoscenza e sanità. Evidence-based medicine tra ragione e passione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.
- <sup>8</sup> Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005; 2: e138.
- <sup>9</sup> Handel AE, Patel SV, Pakpoor J, Ebers GC, Goldacre B, Ramagopalan SV. High reprint orders in medical journals and pharmaceutical industry funding: case-control study. *BMJ* 2012; 344: e4212.
- <sup>10</sup> Davoli M. La gerarchia delle evidenze: un dialogo con Alessandro Liberati. *Epidemiol Prev* 2022; 46: 6-7.
- <sup>11</sup> Sackett DL, Wennberg JE. Choosing the best research design for each question. *BMJ* 1997; 315: 1636.
- <sup>12</sup> Howick J, Glasziou P, Aronson JK. The evolution of evidence hierarchies: what can Bradford Hill's 'guidelines for causation' contribute? *J R Soc Med* 2009; 102: 186-94.
- <sup>13</sup> [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)
- <sup>14</sup> Marshall M. De-diagnosing disease. *BMJ* 2019; 365.
- <sup>15</sup> Raimo V. Niente di vero. Torino: Einaudi, 2022.

La filosofia del movimento Slow Medicine<sup>1</sup> considera indispensabile basare la pratica medica sulle prove scientifiche, ma richiama l'attenzione dei professionisti sanitari a una lettura critica della letteratura e delle linee guida per proporre al singolo paziente un trattamento *sobrio* (tutto ciò che è necessario, evitando sprechi ed eccessi), *rispettoso* (che tenga conto dei valori e delle aspettative del paziente, per non imporre il trattamento mediamente migliore, ma quello più appropriato per quel paziente) e *giusto* (un eccesso di cure per alcuni non deve avvenire a scapito di una carenza per altri) ([www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)).

Se riprendiamo la definizione di evidence based medicine (ebm) data dagli autori del libro-manifesto<sup>2</sup> "*Ebm is the integration of best research evidence with clinical expertise and patients' values*", ci rendiamo conto che Slow Medicine si inserisce a pieno titolo nella definizione data dai fondatori dell'ebm. Negli anni il concetto di ebm è stato però impropriamente focalizzato solo sul primo dei tre pilastri (*best research evidence*), riducendo il processo alla sola necessità di selezionare e valutare le prove di efficacia, al di fuori del contesto clinico e delle preferenze di pazienti.<sup>3</sup> La diffusione

# Per Slow Medicine le prove sono indispensabili

Tre esponenti del movimento per una medicina sobria, rispettosa e giusta intervengono nel dialogo sull'attualità dell'ebm

Marco Bobbio

Medico, già primario di Cardiologia, Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo

Michela Chiarlo

Medico, Reparto di Medicina d'urgenza, Ospedale San Giovanni Bosco di Torino

Paola Arcadi

Infermiera, Università degli studi di Milano



di linee guida ha ulteriormente accentuato questo fenomeno facendo credere che solo i dati scientifici (quali? quanto affidabili? come interpretati? come trasferiti?) devono guidare le scelte cliniche.

L'eccessiva deriva sui tecnicismi e l'ossessione da aggiornamento ha di fatto snaturato il significato primigenio dell'ebm e trascurato la natura umana e personale del rapporto tra un medico e un paziente. Slow Medicine ha invece saputo riprendere e sviluppare quei concetti, dando sostanza ai principi fondativi dell'ebm.

“Slow Medicine ha scelto di dare valore all'esperienza del singolo: il termine ‘rispetto’ è al centro della nostra filosofia e significa proprio questo” ha scritto Giorgio Bert, uno dei fondatori del movimento. “Se il medico è un ‘esperto’ di patologia e di clinica, il paziente è un ‘esperto’ di sé stesso, e queste due esperienze devono dialogare alla pari. Questa relazione valorizza entrambe queste fonti di conoscenza per definire insieme un percorso condiviso di salute”. Rispetto significa che “ogni persona ha il diritto di essere ciò che è e di esprimere ciò che pensa”. Una medicina rispettosa ha come riferimento le raccomandazioni delle linee guida, ma le adatta ai valori, alle preferenze e agli orientamenti di una persona in ogni momento della vita, dal momento che i professionisti sanitari devono agire con attenzione, equilibrio ed empatia.

### Lento? No: riflessivo

Associare il termine “*slow*” a “*medicine*” può sembrare pleonastico e può essere oggetto di fraintendimenti. Sembra infatti scontato che la medicina debba essere sobria, rispettosa e giusta; è infatti improbabile che qualcuno invochi una medicina esagerata, irriguardosa e ingiusta. Si è invece sentito il bisogno di aggiungere il termine “*slow*” dal momento che la medicina moderna sta scivolando verso una pratica aggressiva, condizionata dall'uso della tecnologia, che trascura le esigenze dei pazienti, che pretende di curare tutti allo stesso modo, applicando in modo

## Slow Medicine non è pigra e non prescinde dalle prove di efficacia. Si batte invece per una medicina che sappia rimettere il paziente al centro del processo decisionale applicando i principi fondamentali dell'ebm

acritico le raccomandazioni delle linee guida a prescindere dalle esigenze, dalle aspettative, dai desideri, dalle ansie, dalle paure di ogni singola persona che necessita di cure. Menzionare questi tre aggettivi – sobria, rispettosa e giusta – è un modo per richiamare l'attenzione a una dimensione più umana della medicina centrata sulle esigenze del paziente.

Talvolta il termine “*slow*” viene frainteso quando associato alla traduzione letterale di “lento”: una medicina rilassata, indolente, pigra, inoperosa che richiede molto tempo per assumere una decisione e per avviare un intervento. In molte circostanze la medicina deve essere veloce, anzi rapidissima, quando si deve rianimare un paziente, arrestare un'emorragia, affrontare un politraumatizzato. Il medico deve spesso intervenire con automatismi appresi con la formazione e con l'esperienza per non perdere secondi preziosi. Nel caso di Slow Medicine invece, il termine “*slow*” significa saper riflettere su come affrontare una malattia, sul senso della prevenzione e della cura personalizzata, saper valutare criticamente i risultati della ricerca clinica, saper adattare le raccomandazioni delle linee guida al singolo paziente.<sup>4</sup>

Slow Medicine non è pigra e non prescinde dalle prove di efficacia; si batte invece per una medicina che sappia rimettere quel paziente al centro del processo decisionale applicando i principi fondamentali dell'evidence based medicine. ▲

### Bibliografia

- 1 Bonaldi A, Vernero S. Slow medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 1-7.
- 2 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach ebm. London: Churchill Livingstone, 1998.
- 3 Bert G. Esperienza in: Bert G, Bobbio M, Bonaldi A, Domenighetti G, Gardini A, Quadrino S, Vernero S. Le parole della medicina che cambia. Un dizionario critico. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2017. Pag. 32.
- 4 Bobbio M, Vernero S, Colimberti D, Gardini A. Slow Medicine and choosing wisely: a synergistic alliance. *J Evid-Based Health* 2021; 4: e4222.

Quando si pensa all'uso dell'intelligenza artificiale in medicina spesso si associa il concetto di questa tecnologia a qualcosa di rivoluzionario, in completa rottura rispetto agli strumenti che i professionisti hanno avuto a disposizione fino ad oggi. Eppure, come si legge sul JAMA, questo non è del tutto vero.<sup>1</sup>

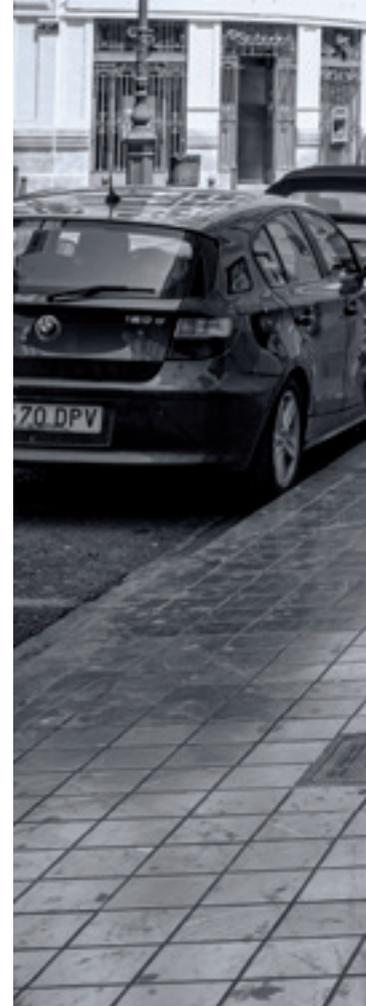
Prendendo in esame, in particolare, il caso della diagnosi del tumore al seno, Joann G. Elmore della David Geffen school of medicine della California university, Los Angeles, e Christoph I. Lee della School of medicine della Washington university paragonano la rapida crescita che caratterizza l'intelligenza artificiale oggi a quella degli strumenti di diagnosi automatizzata (*computer aided detection*) a cui si è assistito ormai un paio di decenni fa. Infatti, nonostante un'accoglienza non priva di entusiasmo, alla prova pratica questi strumenti possono rivelarsi meno efficaci del previsto, quando non addirittura inutili. Per questo, sottolineano gli autori dell'articolo, è cruciale imparare dagli errori fatti in passato.

La diagnosi automatizzata ha ricevuto l'autorizzazione dalla Food and drug administration statunitense come strumento aggiuntivo per la mammografia nel 1998. Nel giro di pochi anni, la quasi totalità delle strutture statunitensi si è dotata

di questa tecnologia. Alla fine del primo decennio degli anni 2000, tuttavia, gli studi hanno dimostrato che la sua introduzione nella pratica di routine non ha migliorato l'accuratezza della mammografia. Gli strumenti di diagnosi automatizzata sono associati a un aumento dei tassi di falsi positivi, con conseguente sovradiagnosi e richiesta di esami di approfondimento non necessari.

Quando, nel 2018, si è deciso negli Stati Uniti di smettere di finanziare la diagnosi automatizzata, la sua adozione aveva ormai comportato più di 400 milioni di dollari all'anno in spese sanitarie non necessarie. Come possiamo impedire che la storia si ripeta?

Per prima cosa, dobbiamo ricordare che tra il medico e la macchina si instaurano delle relazioni complesse. Nel caso della diagnosi automatizzata, si è visto che i radiologi preferivano non rischiare e tendevano a richiedere test aggiuntivi o addirittura diagnosticare dei falsi positivi. Que-



---

**L'obiettivo dovrebbe essere quello di riuscire a instaurare una forma di dialogo tra l'intelligenza artificiale e il medico**

*Salvatore Rinzivillo, Isti-Cnr*

---

# Per un buon uso dell'intelligenza artificiale

Cosa abbiamo imparato dalla diagnosi automatizzata? L'importanza del dialogo tra macchina e medico



sto può dipendere anche da come sono disegnate le interfacce della macchina e da come questa presenta i risultati al medico. “Teniamo presente che la responsabilità della diagnosi, anche da un punto di vista legale, ce l’ha sempre il medico” riflette Salvatore Rinzivillo, ricercatore presso l’Istituto di scienza e tecnologie dell’informazione del Cnr. “Dobbiamo implementare questi sistemi pensandoli come dei collaboratori del professionista e non dei sostituti. E chi di noi si affiderebbe a un collaboratore senza conoscerlo bene né sapere come ragiona?”. Ecco perché è importante sviluppare interfacce che permettano al medico di capire perché la macchina suggerisce determinate diagnosi. “Per esempio, l’interfaccia di un algoritmo chiamato a pronunciarsi su una mammografia potrebbe evidenziare quali sono le zone dell’immagine che lo hanno spinto a propendere per una certa diagnosi”. In questo modo il medico non si affida totalmente alla macchina, ma riesce a capire che cosa essa sta osservando. “L’-

biiettivo dovrebbe essere quello di riuscire a instaurare una forma di dialogo tra l’intelligenza artificiale e il medico”.

In secondo luogo, le nuove tecnologie di intelligenza artificiale dovrebbero dimostrare di apportare dei vantaggi reali. Per esempio, l’uso dell’intelligenza artificiale nella mammografia dovrebbe corrispondere a una maggiore individuazione di tumori al seno anche in presenza di scarsi marcatori. E questo dovrebbe valere non solo sulla piccola scala degli esperimenti, ma anche in ampi contesti di screening del mondo reale.

Federico Cabitza, professore associato dell’Università degli studi di Milano Bicocca e ricercatore dell’Irccs Istituto ortopedico Galeazzi osserva: “Sarebbe importante valutare l’accuratezza del sistema non solo sui dati estratti dalla popolazione con cui si sia addestrato il modello, ma anche sui dati di altri pazienti che provengano da bacini diversi, anche geograficamente”. Cabitza spiega come non sia raro osservare un progressivo peggioramento

delle prestazioni degli algoritmi quando si coinvolgono pazienti di ospedali diversi o addirittura di altri Paesi del mondo.

Ciò può dipendere da vari fattori, dovuti sia al modo in cui vengono raccolti i dati (dalla sensibilità dell'operatore al modello di macchinario) sia alle differenze tra le varie popolazioni oggetto degli studi. "In questo momento il machine learning è utilizzato con successo nella diagnosi della retinopatia diabetica. Eppure è stato dimostrato che alcuni di questi modelli, nel momento in cui escono dagli Stati Uniti per essere adottati in strutture ospedaliere dell'India subiscono un calo rilevante delle prestazioni, dovuto a diversi fattori tra cui la differente qualità delle foto da analizzare".

C'è poi la questione della misura dell'utilità. "Si tratta di un parametro tecnico molto importante. Dobbiamo chiederci che cosa un modello sia in grado di fare e quanto ciò può essere utile nel singolo ospedale. Per esempio, un algoritmo in grado di pronunciarsi in modo corretto sui casi più semplici sarebbe molto utile in un ospedale generalista ma non così in una struttura specializzata, dove vale forse il contrario". Infine, si dovrebbe considerare anche la sostenibilità economica: se il modello funziona e quindi si riesce a fornire più velocemente gli esiti di una risonanza magnetica è possibile anche smaltire più velocemente le liste di attesa e rendere l'offerta del servizio più sostenibile al crescere della domanda.

"Se si riesce a utilizzarli nel modo corretto, questi strumenti possono portare a reali vantaggi anche in termini di maggiore accesso e democratizzazione dei servizi di qualità, nel senso che i modelli di intelligenza artificiale possono aiutare i professionisti dei centri non specialistici a raggiungere le prestazioni che caratterizzano gli esperti sub specialisti che operano in centri terziari e specializzati", conclude Cabitza. ▲

Viola Bachini

*Il Pensiero Scientifico Editore*

---

## Se si riesce a utilizzarli nel modo corretto, questi strumenti possono portare a reali vantaggi anche in termini di maggiore accesso e democratizzazione dei servizi di qualità

*Federico Cabitza, Università Milano Bicocca*

---

### Bibliografia

<sup>1</sup> Elmore JG, Lee CI. Artificial intelligence in medical imaging—Learning from past mistakes in mammography. *JAMA Health Forum.* 2022; 3: e215207. doi:10.1001/jamahealthforum.2021.5207



# La predizione algoritmica in medicina tra speranze e disillusioni

I modelli del machine learning potranno essere utili ma solo come strumento complementare

Giampaolo Collecchia

Medico internista, Ufficio di Presidenza,  
Comitato per l'etica clinica Azienda Usl Toscana Nord Ovest



“È difficile fare previsioni, soprattutto sul futuro”  
*Frase attribuita a Niels Bohr, premio Nobel per la Fisica*

l'intelligenza artificiale sta cambiando il paradigma culturale della medicina, i modelli algoritmici e le relative capacità analitiche sono sempre più in grado di fornire risposte clinicamente importanti, soprattutto in contesti ad elevata complessità.

Secondo il filosofo Cosimo Accoto le nuove tecnologie “stanno costruendo un'architettura in cui l'informazione comincia a fluire, sistematicamente, dal futuro al presente e non più dal passato al presente come è stato finora... I nostri dispositivi agiranno non solo in tempo reale ma anticipato: oltre il real-time, nel near-time”<sup>1</sup>

## Tra speranze...

Un setting dove il miglioramento delle capacità prognostiche sarebbe particolarmente importante è quello palliativo, nel quale spesso le scelte dei pazienti e dei familiari sono assunte soltanto negli ultimi giorni di vita, di fronte ad opzioni di trattamento non discusse in precedenza in modo adeguato e condiviso.<sup>2</sup> Una delle criticità spesso citata da parte dei medici,

soprattutto oncologi, per motivare i ritardi nell'effettuazione dei colloqui con malati di cancro in fase avanzata è la difficoltà di definire una previsione prognostica di sopravvivenza.<sup>3</sup>

Le attuali tecniche di machine learning ci prospettano un possibile cambio di paradigma. I medici, che tendono a sovrastimare l'aspettativa di vita dei pazienti di un fattore 3 e negli ultimi 6 mesi di vita forniscono assistenza di intensità molto variabile,<sup>4</sup> non dovranno più basare il timing prognostico soltanto sui dati di letteratura e sull'esperienza, ma potranno disporre di modelli algoritmici in grado di "prevedere il futuro".<sup>5</sup>

### ... e disillusioni

Una recente revisione sistematica ha valutato la letteratura riguardante l'utilizzo del machine learning nella previsione di mortalità per cancro a breve termine (entro un anno). Il risultato è stato che, nonostante i segnali incoraggianti di studi che hanno riportato buone performance, nessun algoritmo si è dimostrato utilizzabile al momento nella pratica clinica, per l'alto rischio di bias metodologici e di incertezza nei risultati. Gli autori sollecitano ulteriori studi per sviluppare modelli più affidabili e validati nel mondo reale.<sup>6</sup>

Gli studi di predittività sono spesso basati su coorti di grandezza eterogenea e il livello di accuratezza non è sempre ottimale. Sono in massima parte retrospettivi, effettuati in contesti sperimentali e la loro generalizzabilità deve essere validata nel real world. Soprattutto, la predittività è espressa, nella maggior parte dei casi, a livello di coorte e non individuale, per cui rimane un'ampia dimensione di incertezza.<sup>7</sup> Una sopravvivenza media di 6 mesi può infatti significare che qualcuno vivrà poche settimane e qualcun altro vivrà alcuni anni.

Fattori confondenti possono alterare le inferenze associative dei sistemi di intelligenza artificiale, per esempio il riscontro di frequenti consulenze palliative e di infusioni di noradrenalina sono altamente

---

## Le attuali tecniche di machine learning ci prospettano un possibile cambio di paradigma

---

predittive di mortalità ma sarebbe irrazionale sospenderle allo scopo di ridurla.<sup>4</sup> I modelli predittivi, nonostante i limiti metodologici, che molto probabilmente verranno superati nei prossimi anni, sono peraltro già sul mercato e utilizzati anche come strumenti di ottimizzazione delle risorse, non sempre ad esclusivo vantaggio dei malati.

### Riflessioni

Il miglioramento delle capacità predittive può consentire una più accurata e tempestiva rilevazione dei bisogni dei malati per una pianificazione delle cure e la definizione di percorsi di cura coerenti con le preferenze dei pazienti e dei familiari. Il rischio è che non solo la morte stessa e il morire siano ormai di pertinenza della medicina, ma che lo diventino anche i valori e i sentimenti delle persone, per esempio il desiderio di mantenere nascoste certe verità ai familiari, segreti che un impersonale calcolatore digitale potrebbe far emergere. La relazione medico-paziente, sfumata, fondata sul non detto, sull'implicito, su complicità e sguardi, può finire per essere guidata dalle macchine, i pazienti diventare entità classificate secondo stime prognostiche, più o meno affidabili. La speranza potrebbe essere perduta su basi scientifiche. Il medico, conoscendo le probabilità certe relative alla prognosi, potrebbe, anche involontariamente, comunicare al malato una verità che altrimenti avrebbe potuto celare con maggiore facilità.

## Il rischio è che non solo la morte stessa e il morire siano ormai di pertinenza della medicina, ma che lo diventino anche i valori e i sentimenti delle persone

tà a causa dell'incertezza delle modalità predittive tradizionali.

Il machine learning potrà in futuro aiutare a definire meglio una verità prognostica, ma nel singolo individuo rimane, almeno per ora, un ampio margine di incertezza. I dati peraltro, anche quelli scientifici, non sono valori e la predizione algoritmica è ben diversa dalle decisioni da assumere in base alla stessa capacità predittiva.

È pertanto necessario, e lo sarà sempre, un atteggiamento positivo, evitando di considerare passivamente e fatalisticamente la condizione del malato. Si devono fornire informazioni generali, evitare previsioni

troppo specifiche e indicazioni temporali precise, anche quando fossero disponibili accurate. Il rischio è infatti la sensazione di inganno, di delusione.

I modelli del machine learning, diventati affidabili e validati nella pratica, potranno essere utili ma solo come strumento complementare e soprattutto opzionale per il medico, uno dei parametri di cui valutare l'utilità nelle diverse situazioni. La premessa fondamentale per il loro utilizzo è una accurata supervisione umana, di alta qualità, emergente da una sensibilizzazione alla relazione orientata ai bisogni dei malati e delle loro famiglie.

La fase terminale della vita non deve diventare oggetto di previsioni, più o meno centrate, per evitare di aggiungere alle consolidate tipologie di accanimento, diagnostico, terapeutico e palliativo, quello prognostico.<sup>8</sup> ▲

### Bibliografia

- 1 Accoto C. Il mondo ex machina. Milano: EGEA, 2019.
- 2 Obermeyer Z, Emanuel EJ. Predicting the future-big data, machine learning and clinical medicine. *NEJM* 2019; 375: 1216-19.
- 3 Peruselli C, De Panfilis L, Gobber G, et al. Intelligenza artificiale e cure palliative: opportunità e limiti. *Recenti Prog Med* 2020; 111: 639-45.
- 4 Chen GH et al. Machine learning and prediction in medicine- beyond the peak of inflated expectations. *N Eng J Med* 2017; 376: 2507-9.
- 5 Vespignani A, con Rijntano R. L'algoritmo e l'oracolo. Milano: Il Saggiatore, 2019.
- 6 Lu S, Xu C, Nguyen CH, Geng Y, Pfof A, Sidey-Gibbons C. Machine learning-based short-term mortality prediction models for patients with cancer using electronic health record data: systematic review and critical appraisal. *JMIR Med Inform* 2022; 10: e33182.
- 7 Topol E. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine* 2019; 25: 44-56.
- 8 Collecchia G. Modelli predittivi di fine vita: rischio di accanimento prognostico? *Recenti Prog Med* 2020; 111: 1-5.
- 9 Dosa DM. A day in the life of oscar the cat. *N Engl J Med* 2007; 357: 328-9.

### PER APPROFONDIRE

#### Predizione analogica: Oscar, il gatto

Alcuni anni fa un articolo del *New England Journal of Medicine* ha descritto la storia di un gatto, Oscar, che passa le sue giornate nel reparto Alzheimer dell'ospedale di Providence, città degli Stati Uniti, capitale dello Stato del Rhode Island. Oscar gironzola nei corridoi, di tanto in tanto si avvicina alle sue ciotole per mangiare le crocchette e bere, a volte schiaccia un pisolino sulla sedia di qualche infermiere. Oscar però è diverso dagli altri gatti: riesce a prevedere chi morirà di lì a poco tempo, senza sbagliare. Medici e infermieri hanno il tempo di chiamare i familiari e di avvisarli. Oscar sta anche vicino a chi altrimenti morirebbe da solo. La prima volta si è sdraiato sul letto della signora K, che stava molto male. Chiamati i parenti, figli e nipoti, il gatto non si muove. La nipotina più piccola chiede: "Cosa fa qui questo gatto?". La mamma, soffocando le lacrime, le dice "È qui per accompagnare la nonna in Paradiso". Dopo che K è morta Oscar scende dal letto e si allontana senza che nessuno se ne accorga. Ha finito il suo lavoro, oggi non morirà nessun altro.<sup>9</sup>



# Google ci vuole in salute e felici

Fino a che punto un privato dai mezzi smisurati come Google potrà sempre più occuparsi della salute globale?

Il direttore della divisione di Digital health della Food and drug administration (Fda) – l'ente regolatorio statunitense – ha lasciato l'incarico per assumere la responsabilità delle attività riguardanti la salute digitale e della strategia regolatoria di Google.<sup>1</sup> Bakul Patel ha diretto per 13 anni le attività normative e scientifiche relative ai dispositivi sanitari digitali in seno alla Fda. Durante il suo mandato, l'agenzia regolatoria statunitense ha lanciato un centro di eccellenza per la supervisione dei prodotti sanitari digitali, come le app per smartphone, i dispositivi indossabili e le terapie basate su software: tecnologie sempre più diffuse e capillari. Ha inoltre contribuito a sviluppare il quadro di riferimento della Fda per la revisione dei pro-



## PER APPROFONDIRE

### Le “porte girevoli” in Italia

Nel nostro Paese il fenomeno delle “porte girevoli” sarebbe in teoria impedito dalla disciplina in materia di prevenzione della corruzione, ex legge n. 190/2012, che ha inserito nell’art. 53, comma 16 ter del d.lgs. n. 165/2011 un vincolo per tutti i dipendenti (futuri ex dipendenti) che, negli ultimi tre anni di servizio (il cosiddetto periodo di raffreddamento), hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di non poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. In ogni caso, il fatto che un dipendente pubblico passi a lavorare per un soggetto privato non è ben visto dal legislatore italiano.

dotti dell’intelligenza artificiale e un piano d’azione per far progredire la vigilanza sui software medici basati sull’intelligenza artificiale e sull’apprendimento automatico. Del tutto coerentemente con la sua breve biografia su Twitter, dove Patel si definisce “appassionato della tecnologia che aiuta l’assistenza sanitaria a progredire con innovazioni sicure e politiche smart”. In un lungo post su LinkedIn, Patel dichiara che in questi anni trascorsi alla Fda la sua “autentica stella polare è stata rendere l’assistenza sanitaria digitale accessibile ed equa per tutti”.

Una prima considerazione riguarda l’evidenza della decisione di Google che ritiene opportuno dotarsi di una propria strategia regolatoria, ma subito dopo il pensiero va

al nuovo, clamoroso caso di *revolving doors*.<sup>2</sup> Parliamo del fenomeno per cui un dipendente pubblico che ha esercitato poteri decisionali o negoziali per conto di pubbliche amministrazioni passa armi e bagagli a un’azienda privata. Nel 2019 suscitò scalpore il caso di uno dei più famosi oncologi del mondo, José Baselga, che all’improvviso passò dalla direzione del Dipartimento di oncologia del Memorial Sloan-Kettering di New York ad AstraZeneca. Il che indusse il famoso ospedale a limitare statutariamente ai propri dipendenti la partecipazione<sup>3</sup> a consigli di amministrazione di società, così come l’accettazione di forme di compenso in azioni o partecipazioni. Riforme necessarie a garantire che potenziali conflitti d’interesse dei propri

dipendenti non compromettessero le cure dei pazienti e l'integrità dell'istituzione ospedaliera.

Sta di fatto che oggi Patel è chiamato a rendere effettivo il motto di Google Health: "Aiutare miliardi di persone a guadagnare una salute migliore". Una prospettiva che sembra sottintendere il lavoro di contrasto alle disuguaglianze. Equità nell'accesso sembra dunque davvero una parola d'ordine universale, anche in un sistema – come quello statunitense – in cui non esiste un sistema sanitario nazionale sostenuto dalla fiscalità generale, e nel quale quindi far giovare delle migliori cure la maggioranza dei cittadini appare a tutti gli effetti una scommessa assai rischiosa. Paradossalmente, accettando la nuova sfida Patel alza l'asticella, perché il palcoscenico della sua azione non sono più gli Stati Uniti ma il mondo. Del che dimostra di essere consapevole, nella convinzione che il potere della tecnologia, se unito a un approccio integrato alla salute digitale e alla regolamentazione, sia in grado di trasformare la vita di tutti: "Voglio continuare a costruire un mondo in cui usiamo la tecnologia per coinvolgere le persone, i caregiver e le comunità a livello globale nell'erogazione delle cure, il che ci consentirà di raggiungere popolazioni a lungo trascurate, emarginate e non servite". Ciò sarà

---

**Il potere della tecnologia, se unito a un approccio integrato alla salute digitale e alla regolamentazione, potrebbe essere in grado di trasformare la vita di tutti**

---

## PER APPROFONDIRE

### L'amore dei player digitali per la salute

L'attrazione dei grandi protagonisti della Rete per la salute e la medicina non è una storia di oggi. Già agli inizi del 2000, Yahoo!Italia aprì nel proprio portale un canale dedicato alla Salute. Ma, contravvenendo alla logica dell'assemblaggio spontaneo dei contenuti che contraddistingueva quello che allora era uno dei maggiori motori di ricerca del web, affidò la cura e la supervisione di questo servizio di informazione a una casa editrice medico-scientifica "tradizionale". Si dirà che a quel tempo gli algoritmi non erano sofisticati al punto da distinguere le cure miracolose dalle terapie efficaci: i risultati delle ricerche degli utenti restituiti dai *search engine* si limitavano a fotografare i "gusti" del pubblico, senza interpretazioni. Ma a differenza che in altri ambiti, quando al centro dell'interesse di una persona c'è un problema di salute non tutti i contenuti hanno lo stesso peso e Yahoo! iniziò a preoccuparsi che il pubblico ricavasse troppe false informazioni dalla rete, anticipando una tendenza che solo a distanza di anni si trasformerà in un obiettivo anche per altri suoi concorrenti.

possibile se si utilizzeranno le informazioni e la tecnologia digitale per identificare e prevedere l'insorgenza di malattie e pandemie prima che i sintomi si manifestino, migliorando e proteggendo la vita delle persone e diminuendo il ricorso all'ospedalizzazione, su scala globale. Patel, e con lui Google Health, intendono dunque far progredire insieme l'assistenza sanitaria digitale e la tecnologia. Tornerà dunque utilissima l'esperienza accumulata fin qui dalla società di Mountain View, specie la massa di informazioni autorevoli sul covid-19 raccolte durante la pandemia, così come quelle sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale e sul machine learning, in modo da costruire e fornire soluzioni agli operatori sanitari e alle comunità per affrontare le difficili sfide sanitarie che ci attendono.

La stessa Google ha inaugurato in questi giorni la sua prima sede autoprogettata, il campus di Bay View a forma di corazza di drago, all'avanguardia non solo per quanto riguarda l'ideazione degli uffici, ma per la sua architettura sostenibile. I progettisti hanno prestato particolare attenzione agli elementi che influenzano il sensorio, come i materiali utilizzati, la luce diurna, la qua-

lità dell'aria, il comfort termico e l'acustica. Ogni scrivania dell'edificio gode di una vista esterna sul verde e di luce naturale per il benessere dei dipendenti, mentre un sistema speciale di ventilazione utilizza il 100 per cento di aria esterna rispetto al consueto 20-30 per cento. Per la costruzione sono stati scelti i materiali che presentavano la minore quantità di tossine, dalle piastrelle, alla moquette alle vernici, fino alle tubature e ai mobili. In termini di sostenibilità, la facciata del campus di Bay View si avvale di un rivestimento solare unico nel suo genere, e di impianti eolici per operare senza emissioni di carbonio per il 90 per cento del tempo.

Ma se appare legittimo e naturale che il management dell'azienda americana si occupi degli aspetti legati all'impatto ambientale e alla sostenibilità delle proprie strutture, non altrettanto scontato appare il suo impegno nei confronti della salute globale. Sullo sfondo, resta un problema generale: fin dove ci si può spingere per promuovere la salute dei cittadini? In tutto il mondo, si dà per scontato che la più grande felicità derivi dalla buona salute e il benessere fisico. Gli Stati Uniti hanno addirittura inserito il diritto alla felicità, già nel 1776, nella dichiarazione d'indipendenza, mentre con maggiore prudenza i nostri padri costituenti hanno sancito, nell'articolo 3 della Costituzione italiana, che "è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori

## Si pone il problema del ruolo di attori privati nella definizione delle politiche per rimuovere gli ostacoli che limitano libertà e uguaglianza tra i cittadini per quel che attiene la salute

all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

Per noi, a livello di politiche pubbliche, si pone in ogni caso un problema di governance e di scelte di governo, per far sì che vengano rimossi o ridimensionati gli ostacoli che limitano libertà e uguaglianza tra i cittadini, in primis per quel che attiene la salute, bene primario. Ma il problema è ancora più acuto se l'attore del processo non è pubblico. In che misura e fino a che punto, e con quali guarentigie, un privato – sia pure dai mezzi smisurati come Google – può e potrà sempre più occuparsi della salute dei cittadini del mondo? ▲

Luciano De Fiore

*Il Pensiero Scientifico Editore*

### Bibliografia

<sup>1</sup> Ross C. Google taps Fda's former digital health chief for global strategy role. STAT, 16 maggio 2022.

<sup>2</sup> Da Wikipedia: la locuzione porta girevole, nella terminologia della politica, individua il movimento continuo di persone divise tra attività politica (ad esempio come legislatori), attività come funzionari in enti di regolamentazione, attività di lobbying per conto di gruppi industriali, e attività economica nelle stesse industrie coinvolte. Il termine è mutuato dall'inglese revolving door/doors (porta girevole/porte girevoli), con cui si indica tale pratica nel sistema della politica statunitense.

<sup>3</sup> Robinson MD. Memorial Sloan Kettering stops executives from corporate engagements: is it enough? Bill of Health, 22 febbraio 2019.

<sup>4</sup> Radcliffe D. Bay View is open — the first campus built by Google. Blog Google, 16 maggio 2022.



**Vuoi visitare  
il nuovo campus di Google  
senza muoverti dalla sedia?**

[https://www.youtube.com/  
watch?v=q8tinwomjwl&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=q8tinwomjwl&feature=youtu.be)

La guerra inquina con le sue armi, rovina gli ecosistemi, cambia gli equilibri dell'approvvigionamento energetico e delle risorse. E il tutto senza conoscere confini, a causa degli squilibri geopolitici che porta con sé. Inoltre, la guerra induce a investire nel riarmo quei finanziamenti promessi anche per contribuire a rendere i territori più sicuri contro le condizioni meteorologiche estreme e l'innalzamento dei mari. In definitiva, oltre a lutti e sofferenze, la guerra cambia le priorità e sposta l'attenzione verso urgenze che non coincidono con quelle sentite dalle popolazioni.

Anche l'attuale invasione della Russia in Ucraina ha e avrà numerose attinenze con la crisi climatica. In primo luogo, rallenterà il compimento degli impegni presi dalla Russia durante la conferenza sul clima COP 26 di Glasgow. Come riporta *The Conversation*,<sup>1</sup> in quell'occasione, la Russia si è impegnata a raggiungere la "carbon neutrality" entro il 2060. Un passo importante tenuto conto che la Russia è il terzo Paese a livello globale per emissioni di CO<sub>2</sub>, secondo i dati di *Carbon brief analysis*.<sup>2</sup> Ma ora, di certo, questo è un traguardo che non ha più la precedenza.

---

**La guerra cambia le priorità e sposta l'attenzione verso urgenze che non coincidono con quelle sentite dalle popolazioni**

---

# Come le guerre fanno male all'ambiente

Anche l'attuale invasione della Russia in Ucraina ha e avrà numerose attinenze con la crisi climatica



## **Ucraina e Russia: una guerra energetica**

Secondo i dati del 2021 dell'Eia (US Energy information administration) “la Russia è uno dei tre maggiori produttori di petrolio greggio al mondo, dopo gli Stati Uniti e l'Arabia Saudita”. E la fortuna economica di questo Stato dipende dalla sua capacità di rallentare la transizione ecologica, scrive Politico.eu.<sup>3</sup> Le sanzioni contro la Russia hanno portato i Paesi che si rifornivano del suo petrolio e del suo gas naturale a rivolgersi altrove o a ricorrere ad altre fonti energetiche. C'è già un maggiore interesse per le energie rinnovabili, lo stoccaggio di energia e altre tecnologie che riducono la dipendenza dell'Europa dai combustibili fossili. E il conflitto potreb-

be rappresentare una spinta efficace per rispettare il Green Deal, il piano per rendere l'Europa un continente a emissioni nette zero entro il 2050.

Tuttavia, spiega The Conversation,<sup>1</sup> secondo l'analisi dell'università di Queensland gli intenti europei potrebbero rimanere solo buoni propositi. Sia la Russia che l'Ucraina sono fornitori chiave di metalli impiegati nella produzione di tecnologie verdi, come pannelli solari, turbine eoliche e batterie per veicoli elettrici. Il conflitto minaccia le forniture globali di questi materiali. Il mancato rifornimento di rame, nichel, platino, palladio, alluminio e litio potrebbero rallentare ulteriormente la transizione verso le fonti rinnovabili, che già erano adottate in misura inferiore ri-



spetto agli obiettivi stabiliti (circa il 30 per cento in meno).

Inoltre, ipotizza l'Agenzia internazionale dell'energia, gli alti costi del gas naturale potrebbero spingere a un riutilizzo delle centrali a carbone europee o a all'uso di combustibili fossili alternativi (come il petrolio) nelle centrali termoelettriche esistenti. Al contempo, vi è l'interesse di Canada e Stati Uniti a espandere le loro possibilità di esportazione dei combustibili fossili verso l'Europa. Le pressioni d'oltreoceano avranno crescenti impatti sul clima che cambia, come ha evidenziato il gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici.

In questo scenario si inserisce un interesse già rinnovato verso l'uso del nucleare per la produzione di energia, mentre gli attacchi della Russia fanno temere il peggio per la sorte delle centrali nucleari con sede in Ucraina.

## I danni sull'ambiente

Non c'è bisogno di attendere la fine del conflitto per registrare i danni provocati all'ambiente da una guerra. Come risultato del dannoso impatto ambientale della guerra, nel 2001, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha dichiarato il 6 novembre di ogni anno la Giornata internazionale per la prevenzione dello sfruttamento dell'ambiente in guerra e nei conflitti armati.

Fare la guerra comporta attaccare o inavvertitamente danneggiare impianti industriali, petroliferi o energetici e i danni ambientali che ne conseguono possono diventare enormi. Un articolo pubblicato recentemente su *Small Wars & Insurgencies* analizza le dimensioni ambientali di un conflitto in una zona industrializzata.<sup>4</sup> La zona del Donbas, presa a modello, è un esempio per comprendere le dinamiche di un conflitto che perdura dal 2014.

E fare la guerra significa, innanzitutto, consumare più risorse ed emettere più gas climalteranti. Tutte le armi – e non solo quelli chimiche o nucleari – e gli stessi veicoli militari rilasciano nell'ambiente sostanze inquinanti. Inoltre i veicoli militari, gli aerei, le navi, gli edifici e le infrastrutture militari richiedono energia, e il più delle volte si tratta di petrolio.

L'uso di armi nucleari in un conflitto è lo scenario estremo. Quale sarebbe in tal caso l'impatto sul clima? La Nasa ha simulato un conflitto combattuto con armi nucleari e ne ha misurato anche l'impatto sull'ambiente. Un evento nucleare produce fuliggine ed è in grado di modificare temperature e precipitazioni al suolo, con gravi conseguenze per l'agricoltura. Un simile evento provocherebbe anche una perdita globale di ozono stratosferico con ripercussioni globali. Le armi nucleari inducono la contaminazione dell'ambiente con materiali radioattivi che permangono per numerosi decenni. Si tratta di sostanze cancerogene e/o mutagene, rilasciate anche in fase di produzione degli armamenti nucleari.

### PER APPROFONDIRE

#### I danni delle armi e dei veicoli militari

Molte armi convenzionali contengono costituenti tossici, altre contengono uranio impoverito e sono anche radioattive. Quelle incendiarie come il fosforo sono tossiche oltre a distruggere gli habitat nei quali sono usate. Anche lo smaltimento delle armi convenzionali attraverso la combustione aperta o la detonazione nuocciono all'ambiente. Mentre, secondo un articolo apparso su *Marine Environmental Research* nel 2020,<sup>5</sup> è preoccupante l'inquinamento marino legato allo smaltimento delle munizioni. Ancora: l'uso di armi esplosive nelle aree urbane crea grandi quantità di detriti e macerie, che possono causare inquinamento dell'aria e del suolo. È una delle tante cause da cui scaturiscono gli inquinanti ambientali legati ai conflitti e analizzati da un commento apparso nel 2015 su *Medicine, Conflict and Survival*.<sup>6</sup> In aggiunta, danni all'industria leggera e alle infrastrutture sensibili dal punto di vista ambientale, come gli impianti di trattamento delle acque, creano comunque danni all'ambiente. Un articolo di Belcher Oliver e colleghi del 2020<sup>7</sup> mostra che le emissioni di CO2 dei più grandi eserciti sono maggiori di quelle di molti dei Paesi del mondo messi insieme. I movimenti di veicoli su larga scala possono danneggiare il biota e la geodiversità.

## Un problema senza confini: cosa fare?

Dunque la guerra inquina con le armi utilizzate, rovina ecosistemi, cambia gli equilibri dell'approvvigionamento energetico e delle risorse. La guerra non può fare altro che peggiorare i mutamenti già in atto. I disastri ambientali causati dalla guerra attraversano i confini internazionali e rappresentano un danno duraturo e aggravante per le parti dirette, indirette e persino per quelle non coinvolte.

La Croce Rossa nel 2020 ha pubblicato una versione aggiornata delle linee guida per proteggere la natura durante i conflitti armati. È inevitabile che la guerra arrechi una certa quantità di danni all'ambiente, ma non è ammissibile che non ci sia un li-

mite al danno. Ecco allora che servono regole per facilitare l'adozione di misure concrete, per proteggere l'ambiente anche durante un conflitto. Tra queste, vi è il riconoscimento di aree protette dal conflitto per rilevanza o per fragilità ambientale. ▲

Giulia Annovi

*Il Pensiero Scientifico Editore*

---

## I disastri ambientali causati dalla guerra attraversano i confini internazionali e rappresentano un danno duraturo e aggravante per le parti dirette, indirette e persino per quelle non coinvolte

---



### Bibliografia

- <sup>1</sup> Martus E. Can climate laggards change? Russia, like Australia, first needs to overcome significant domestic resistance. *The Conversation*, 9 novembre 2021.
- <sup>2</sup> Carbon Brief. Analysis: Which countries are historically responsible for climate change? *Carbonbrief.com*, 5 ottobre 2021.
- <sup>3</sup> Mathiesen K. The link between Putin and climate change. *Politico.eu*, 28 febbraio 2022.
- <sup>4</sup> Hook K, Marcantonio R. Environmental dimensions of conflict and paralyzed responses: the ongoing case of Ukraine and future implications for urban warfare. *Small Wars & Insurgencies*, 13 febbraio 2022.
- <sup>5</sup> Beldowski J, Brenner M, Lehtonen C. Contaminated by war: A brief history of sea-dumping of munitions. *Mar Environ Res* 2020; 162: 105189.
- <sup>6</sup> Weir D. Civilian protection, environmental pollution and conflict - a role for the public health community. *Med Confl Surviv* 2015; 31: 4-12.
- <sup>7</sup> Belcher O, Bigger P, Neimark B, Kennelly C. Hidden carbon costs of the "everywhere war": logistics, geopolitical ecology, and the carbon boot-print of the US military. *Trans Inst Br Geogr* 2020; 45: 65-80.

# Un medico può fare alla guerra?

Alcune riflessioni  
a partire dal Codice deontologico

Antonio Panti

Medico di medicina generale

Commissione deontologica nazionale della FNOMCeO

Comitato regionale di bioetica della Toscana

---

**La medicina ha bisogno di pace  
se vuol progredire  
nella lotta alle malattie**

---

“Siamo in guerra “contro “un nemico invisibile”, come “soldati in prima linea”, “siamo in trincea” e combattiamo “una battaglia” chiusi nella nostra “zona rossa” perché vogliamo “sconfiggere la pandemia”. Le metafore belliche si sono sprecate *in tempore pestis* perché guerra, peste e carestia sono topoi collettivi, archetipi della nostra coscienza.

In sequenza apocalittica dopo la pandemia è scoppiata la guerra. Quando cessa la pace, che è preconditione per la salute, minacciata da ogni conflitto che non è fattore di rischio ma concreta causa di sofferenza, di malattia, di morte, allora dalla retorica si trascorre alla cruda realtà e i medici non rappresentano la guerra come metafora ma, come ogni cittadino, ne sono toccati, ne sono partecipi.

Il punto.it ha già dedicato ampio spazio a un primo aspetto della complessa questione, la collaborazione con ricercatori che operano per “il nemico” oppure per lo Stato che infrange il diritto internazionale aggredendo un altro Stato, concludendo che la scienza si fonda sul libero scambio



di conoscenze e che lo scienziato è anche responsabile delle applicazioni delle sue scoperte ma non fino al punto di affermare una falsa neutralità della scienza.

In apparenza la questione è semplice: la medicina rifiuta ogni violenza, non può far alcuna differenza tra persone, amici o nemici, civili o militari, considera la pace un prerequisito per la tutela della salute, è consapevole che la guerra contribuisce alla distruzione dell'ambiente accentuando il rischio antropogenico. La storia dei servizi sanitari universalistici e ugualitari testimonia che la salute fiorisce dove esiste libertà e uguaglianza. La medicina ha bisogno di pace se vuol progredire nella lotta alle malattie.

Questo è il succo che si trae dalle norme del vigente Codice deontologico. Nel quale, all'articolo 77, si affronta il problema del medico militare con molte aporie e qualche contraddizione, in particolare quando obbliga il medico militare a segnalare all'autorità abusi e torture, a quella stessa autorità militare che spesso ne è causa.

Ma permangono alcune domande cui non è semplice rispondere. Il medico può partecipare alla guerra? Sì, se è giusta, lo dicono anche le religioni. Ma chi decide che quella guerra è giusta? E se si cade nel genocidio? E come si distingue tra danni ai civili o collaterali? E quando l'offesa non è diretta ma affidata a un drone teleguidato? Nel fallimento delle corti internazionali, la kantiana pace perpetua è un'utopia perché non si può raddrizzare il legno storto dell'umanità. Altresì la deontologia non predica un astratto pacifismo, ma un interventismo attivo contro ogni forma di violenza. Mi sembra che questo punto sia dirimente: prendere armi contro un mare di guai. Questa dovrebbe essere l'occasione di formulare dichiarazioni delle associazioni professionali contro la guerra e per un impegno attivo in tal senso.

Forse ciò che dobbiamo chiarire è la gerarchia delle fonti. Il medico giura sul Codice deontologico ma prima è un cittadino e, come tale, deriva i suoi doveri dalla Costituzione. Che prevede la tutela della sa-

lute come diritto "dell'individuo", non solo "del cittadino", mentre il Codice deontologico ha sostituito "paziente" con "persona". Se le parole hanno un senso, in questo cambiamento lessicale sono ricompresi i doveri verso l'umanità e quelli verso la propria comunità.

La guerra, o qualsivoglia conflitto, pone al medico una questione lasciata irrisolta nel Codice deontologico. Il medico per la deontologia resta tale ovunque operi, sotto qualsiasi regime politico o contrattuale, ed è sempre soggetto alle norme del proprio Codice. Ma questa è un'astrazione: intanto perché non vi è un'unica procedura disciplinare e il giudizio degli Ordini è episodico, poi perché il medico è un cittadino del proprio Paese. Se in qualche modo si può riuscire, sia pur con difficoltà, a far coinci-

---

## Il medico giura sul Codice deontologico, ma prima è un cittadino e, come tale, deriva i suoi doveri dalla Costituzione

---

dere gli scopi della medicina con quelli del servizio sanitario, quando questo si fonda su valori di universalità e uguaglianza, più arduo e far coincidere i valori dello Stato sia pur democratico con l'etica medica.

È quasi come se volessimo riaprire una antica discussione sulla *religio medici*. Sono convinto che, per quanto abbia origini sacrali, la medicina è una professione, nel senso più alto ed etico del termine, non una sorta di sacerdozio laico. ▲

Lavorare in team formati  
e intercettare i primi segnali  
quali campanelli di allarme

una triste cronaca recente quella che riguarda il bambino ricoverato all'Ospedale Meyer di Firenze in fin di vita. Gli inquirenti stanno ancora indagando, ma si sospetta che il bambino sia stato picchiato e maltrattato. Anche perché non è la prima volta che si presenta in pronto soccorso con lesioni e traumi.

**I maltrattamenti e gli abusi sono probabilmente un fenomeno sottostimato.** Sono esempi di maltrattamenti la violenza domestica o sessuale e l'abuso su donne, minori o anziani. Assai di frequente, è difficile avvicinare le vittime prima che si verifichi un evento traumatico di una di-

---

**Tanto il pediatra quanto l'odontoiatra sono certamente figure di primaria importanza per intercettare i segnali di una violenza domestica**

---

screta gravità, tanto da portare la vittima a rivolgersi a un medico. Paura, ansia e agitazione sono emozioni che comunemente scuotono chi è bersaglio di una violenza. E sono anche indice di uno stato psicologico per cui una persona maltrattata evita medici o odontoiatri, temendo il contatto fisico o il dolore. Si parla di "vittimizzazione secondaria".<sup>1</sup>

Anche nel momento in cui è indispensabile rivolgersi a un medico, è facile che la vittima o i genitori del bambino abusato inventino pretesti e scuse per coprire la realtà dell'accaduto. Per tale motivo è importante che alcune figure chiave sviluppino sensibilità, consapevolezza e un approccio corretto di fronte a un paziente che potrebbe aver subito un abuso o una violenza.

# L'odontoiatra: una figura chiave per aiutare le vittime di violenza domestica





lin Judy / CC BY

### Le sentinelle della violenza

Le vittime più difficili da raggiungere sono quelle della fascia 0-3 anni perché spesso non sono capaci di esprimersi e spiegare l'accaduto. Tanto il pediatra quanto l'odontoiatra sono certamente figure di primaria importanza per intercettare i segnali di una violenza domestica.

“Un odontoiatra può avere un ruolo importante addirittura nel salvare la vita di un bambino”, ha spiegato Nicoletta Zerman, medico chirurgo specialista in odontostomatologia, docente in Medicina estetica e odontoiatra infantile presso l'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona e presidente della Sitd (Società italiana di traumatologia dentale). L'odontoiatra è chiamato a intervenire quando un bambi-

no si presenta al pronto soccorso per traumi che riguardano la bocca, i denti o l'articolazione temporo-mandibolare. In tutti gli altri casi di traumi, i pediatri rappresentano le sentinelle più affidabili perché sono coloro che seguono il bambino nel suo complesso e conoscono il suo contesto familiare. “Per ogni tipologia di violenza esiste una lesione patognomica caratteristica, un segno in una zona ben definita che induce a sospettare una violenza. La lesione patognomica tipica che osservano gli odontoiatri è la lacerazione del frenulo superiore”.

Una rottura del frenulo superiore potrebbe essere un primo indizio di violenza, anche se non è sempre quella la causa della lacerazione. Anche una caduta può cau-



---

## I primi segnali sono campanelli di allarme che, se inascoltati, portano in seguito a lesioni gravi e talvolta mortali

*Nicoletta Zerman, Società italiana di traumatologia dentale*

---

sare la rottura del frenulo, ma ogni volta che appare quel segno bisogna sospettare la presenza di una violenza subita. Occorre che l'odontoiatra vada in cerca di altri segni di violenza sulla testa, sul collo o sul cuoio capelluto.

“La causa della violenza va esclusa attraverso un'anamnesi accurata, ottenuta anche interrogando i genitori e cercando di capire se causa e effetto corrispondono. In seguito, è importante prendere contatti con il pediatra per approfondire il contesto familiare e confrontarsi”.

### PER APPROFONDIRE

#### La piramide TIC

Un articolo pubblicato sul Journal of American Dentist Association ha introdotto la cosiddetta piramide per una cura consapevole del trauma (TIC – Trauma informed care). Gli autori del paper hanno creato la piramide partendo da evidenze raccolte dalla letteratura e da dati clinici. Sulla base delle evidenze raccolte è possibile stabilire una cornice capace di indirizzare le scelte degli odontoiatri nell'esercizio della loro pratica quotidiana. Lo scopo di questa piramide è quello di guidare gli odontoiatri verso un approccio delicato nei confronti di chi ha subito violenza. Una comunicazione efficace sta alla base della possibilità di indagare e raccogliere elementi sull'accaduto, oltre che essere indispensabile per recuperare la fiducia del paziente.

La piramide si basa su cinque livelli di comportamento: alla base vi è il potenziamento delle abilità comunicative, tali da mettere il paziente al centro; segue la comprensione degli effetti sulla salute del trauma; la collaborazione interprofessionale e comprensione del proprio ruolo; la gestione dei propri traumi e comprensione dei traumi del paziente senza superare i confini del proprio ruolo professionale; infine all'apice della piramide vi è lo screening, da effettuare soprattutto qualora vi siano segni di abuso o di violenza o persone a rischio.<sup>4</sup>

### Combattere la violenza in team

Per cogliere i primi segni di violenza e aiutare le vittime, l'American dental association sottolinea il ruolo importante dell'odontoiatra e raccomanda “una forte ed efficace collaborazione con tutto lo spettro di persone che possono portare beneficio alla persona che ha subito un evento traumatico”.<sup>2</sup> Si tratta di coinvolgere medici specialistici, psicologi o persone che offrono particolari servizi per la cura e il sostegno della persona.

### Un altro ambiente da coinvolgere è quello della scuola e dell'asilo nido.

“Può essere utile la sensibilizzazione dei minori in ambiente scolastico, perché i bambini in età scolare possono far emergere le difficoltà aprendosi con qualche adulto. Ma la stessa consapevolezza sul tema va accresciuta anche in tutte le persone che hanno cura dei bambini al di fuori del contesto familiare” ha aggiunto Zerman. “Non bisogna mai sottovalutare i primi segni di una possibile violenza. Lo dimostrano anche dati che provengono da studi condotti negli Stati Uniti negli anni 80-90: i primi segnali sono campanelli di allarme che, se inascoltati, portano in seguito a lesioni gravi e talvolta mortali”.

Un esperimento, condotto negli Stati Uniti con studenti di odontoiatria, ha dimostrato che impartire ai discenti un corso informativo sui traumi causati da maltrattamenti e abusi aumentava la loro consapevolezza e capacità di riconoscere le vittime. Dopo il percorso di formazione sono duplicate le diagnosi di traumi legati a maltrattamenti.<sup>3</sup>

**Chiunque si accorga di qualche segno di violenza è chiamato a intervenire immediatamente.** In Italia, l'articolo 24 dei nuovi Livelli essenziali di assistenza prevede un'assistenza sanitaria particolare per coloro che sono vittime di abuso e violenza e per legge gli operatori sanitari – odontoiatri inclusi – sono tenuti a segnalare i sospetti di abuso quando abbiano il sospetto o la certezza di trovarsi di fronte ad un reato perseguibile d'ufficio (artt. 331, 332 e 334 Codice di procedura penale, nonché artt. 361, 362 e 364 Codice penale). Tuttavia non sono rari gli specialisti che non sanno a quale figura professionale rivolgersi per denunciare o aiutare le persone maltrattate.

### **I prossimi passi**

Anche nel nostro Paese c'è un forte attenzione alla formazione dei futuri odontoiatri. Ci sono corsi specifici per rendere gli studenti consapevoli dei segni e dei rischi di violenza. Il Ministero della salute ha aggiornato nel 2018 le linee guida per la gestione dei traumi dentali.<sup>5</sup> L'aggiornamento si è reso necessario per l'ampliamento della letteratura in merito, ma anche della tipologia dei traumi. Infatti, un cambiamento delle abitudini quotidiane in bambini e adolescenti ha introdotto nuove possibilità di lesioni.

Proprio per la complessità dei traumi che riguardano la bocca e per le numerose modalità con cui possono essere inflitti, il documento ministeriale auspica la collaborazione di un gruppo multidisciplinare, che vede coinvolte competenze odontoiatriche, maxillo-facciali e pediatriche tra le altre. Innanzitutto occorre tener conto dello stato emotivo del paziente, inoltre è indispensabile considerare anche gli aspetti di medicina legale che possono essere connessi con il trauma.

“In Italia la situazione è disomogenea. Ci sono pronto soccorso con medici molto informati o pediatri particolarmente consapevoli e sensibili ai fenomeni di abuso. Quasi tutti gli odontoiatri sono informati. Non sono invece molto diffusi nel nostro

---

**In Italia la situazione è disomogenea. Ci sono pronto soccorso con medici molto informati o pediatri particolarmente sensibili ai fenomeni di abuso. Quasi tutti gli odontoiatri sono informati. Non sono invece molto diffusi team dedicati a tale tipo di intervento**

*Nicoletta Zerman, Società italiana di traumatologia dentale*

---

paese team dedicati a tale tipo di intervento. Tuttavia, anche all'estero ci sono alcuni casi di eccellenza e altri contesti carenti”, ha commentato Zerman.

Forse uno degli aspetti su cui bisognerebbe focalizzarsi maggiormente potrebbe essere la capacità di fare screening adeguati, senza essere intrusivi nella vita del paziente. La prevenzione potrebbe essere la chiave per un approccio più incisivo e tempestivo. ▲

Giulia Annovi

*Il Pensiero Scientifico Editore*

### **Bibliografia**

<sup>1</sup> Stalker CA, Russell BD, Teram E, Schachter CL. Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: treatment considerations for the practitioner. *J Am Dent Assoc* 2005; 136: 1277-81.

<sup>2</sup> Jakush J. Board adopts 2011-2014 ADA Strategic Plan. [www.ada.org](http://www.ada.org)

<sup>3</sup> Brown T, Mehta PK, Berman S, et al. A trauma-informed approach to the medical history: teaching trauma-informed communication skills to first-year medical and dental students. *MedEdPORTAL* 2021; 17: 11160.

<sup>4</sup> Raja, S, Hoersch, M, Rajagopalan CF, Chang P. Treating patients with traumatic life experiences: providing trauma-informed care. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 238-45.

<sup>5</sup> Ministero della salute. Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva.

# L'equilibrio difficile tra salute individuale e della comunità

Alcune riflessioni a partire dalla storia di William Norman Pickles, medico di campagna e di comunità

Carlo Saitto

Medico di sanità pubblica  
Già direttore generale di un'azienda sanitaria della Regione Lazio

Nel 1939, William Norman Pickles, un medico di Wensleydale, un piccolo centro dell'Inghilterra settentrionale, dava alle stampe un libro di centoventi pagine che si intitolava *Epidemiology in country practice*, che si potrebbe tradurre come l'epidemiologia nella pratica clinica di campagna o, forse meglio, "di comunità". Il dottor Pickles ragionava e, bisogna dirlo, ragionava molto e in forme assai sofisticate sul suo ruolo di sanità pubblica a partire da due malattie: la mialgia epidemica – la cui associazione con i virus coxsackie sarebbe stata evidenziata nel 1950 – e l'ittero catarrale, che sarà poi definito epatite virale di tipo A e il cui agente (*hepatitis A virus*) verrà identificato solo nel 1973.

"La mia esperienza di queste due malattie – scriveva Pickles nell'introduzione al proprio libro – illustra le opportunità di osservazione epidemiologica della popolazione e di osservazione clinica dei pazienti che vengono offerte ai medici di comunità. Ho cercato di raccogliere le mie

considerazioni al meglio di quanto potevo ma sono consapevole che – rispetto alle dimensioni del fenomeno – esse rimangono tristemente inadeguate. Il medico di comunità si colloca sul fronte più avanzato di questa battaglia e la sua esperienza finisce per assumere un carattere individuale e una dimensione generale. Nessun medico specialista avrà mai la possibilità di seguire l'intero decorso di queste malattie così assiduamente come il medico di comunità proprio a causa della intensità del legame di quest'ultimo con i suoi pazienti. Nel dedicare questo libro alla gente di Wensleydale non posso infine che riconoscere in modo caloroso il contributo che tanti amici di questa comunità hanno offerto alla sua preparazione".

Il servizio sanitario nazionale della Gran Bretagna, il National health service (Nhs), sarebbe nato quasi dieci anni più tardi, il 5 luglio del 1948, ma l'idea di un nesso molto stretto tra assistenza clinica e salute pubblica era già ben presente nella testa e nella pratica di questo "medico di campagna". È evidente nelle sue parole l'aspirazione a essere vicino al paziente, a prendersene cura e a farsi interprete dei suoi bisogni; ed è evidente anche l'intenzione di essere agente di un interesse collettivo della sua comunità e oltre la sua comunità. Una funzione di agenzia che non si esercita solo per Wensleydale ma con Wensleydale, una funzione che non avrebbe potuto essere svolta senza il "contributo di tanti amici". Il "medico di campagna" si propone come il perno, affaticato e tranquillo, di un sistema coerente di cura, di tutela e di consenso. A ben guardare, però, qualche smagliatura è apparente anche in questo mondo appartato e pacificato: le tabelle sono accurate ma i numeri sono piccoli: quello che raccontano è straordinario, ma rimangono storie circoscritte, istantanee di particolari senza una visione d'insieme, vediamo l'andamento di singole malattie ma ci sfugge la salute della popolazione, c'è la continuità però manca la profondità e rimane il sospetto che tutta questa attenzione e questa capacità di registrazione dei

dati dipendano soprattutto dal difetto di strumenti efficaci di trattamento, il prendersi cura insomma, al posto della terapia, l'informazione e la segnalazione in assenza di un intervento sistematico sui problemi, una scala ridotta che analizza un universo circoscritto con toni, forse, leggermente autocompiaciuti.

In realtà le ambizioni di questo progetto professionale sono coerenti con gli strumenti di cui dispone e le sue contraddizioni si fanno manifeste solo a partire dagli anni Cinquanta del Novecento, con la rivoluzione che la scienza provoca nella medicina clinica ma anche con il cambiamento sociale che accompagna la fine della guerra mondiale. Progressivamente il medico di famiglia non è più al centro di una comunità che si dilata e smarrisce la sua identità. Soprattutto nei Paesi che si dotano di sistemi di welfare il medico inoltre non è più un protagonista incontrastato. In un'evoluzione, per certi versi paradossale, il riconoscimento del diritto alla salute diventa per i cittadini uno strumento di rivendicazione individuale e il rafforzamento di terze parti, che sia lo Stato come assicuratore unico, che siano le associazioni mutualistiche o le assicura-

zioni private, complica enormemente il sistema di relazioni. Laddove era allora presente un medico con pochi strumenti ma in rapporto esclusivo con i suoi pazienti, con una sorta di monopolio sulla salute delle persone e sulla sanità pubblica, si confrontano ora, in termini spesso neppure dialoganti, le tecnologie, gli specialismi sempre più orgogliosi delle loro capa-



## PER APPROFONDIRE

### I contributi del dottor Pickles

Su William Norman Pickles possiamo leggere in rete – oltre alla scheda su Wikipedia ([https://en.wikipedia.org/wiki/William\\_Pickles](https://en.wikipedia.org/wiki/William_Pickles)) – anche i ricordi preparati dalla Royal society of medicine (<https://bit.ly/3xInlbe>). La bella rivista dell'associazione rende disponibile gratuitamente anche la copia anastatica di uno dei contributi più noti del medico inglese, *Epidemiology in country practice* (<https://bit.ly/3xMV2xT>), da cui muove anche Carlo Saitto in questa sua riflessione. Per come viene raccontata lungo tutto il libro, la complessità di questo progetto sembra dipanarsi in modo spontaneamente armonico. Certo, le numerose tabelle sull'occorrenza dei casi e sul loro andamento, i dubbi diagnostici, gli errori che talvolta vengono commessi e dichiarati suggeriscono l'impegno straordinario, quotidiano, e in una qualche misura ossessivo, dell'autore, ma questa tensione riguarda la fatica e la forma del lavoro non la sostanza di un disegno che appare senza conflitti e senza contraddizioni.



cià di fornire risposte efficaci, la cresciuta autonomia culturale e decisionale dei singoli e le loro aspettative, il peso dei sistemi assicurativi, pubblici e privati, il peso degli interessi economici dei fornitori di prestazioni, di farmaci e di dispositivi. In un contesto sempre più segmentato e complesso si frammentano dunque anche le responsabilità del medico di famiglia. Per lui integrare la dimensione individuale di cura con quella della salute di popolazione implica ormai un confronto permanente con una pluralità di attori e l'assunzione di obblighi diversi:

- ▼ di assistenza nei confronti del singolo paziente, di valutazione dei suoi bisogni e di ascolto delle sue richieste;
- ▼ di rappresentanza del paziente e di agenzia nei confronti degli altri livelli di cura e dei sistemi assicurativi;
- ▼ di uguale garanzia dei diritti di tutti i pazienti che assiste;
- ▼ di protezione della comunità nella quale svolge la sua attività;
- ▼ di contributo all'equità e alla sostenibilità economica del sistema sanitario per il quale opera.

Questi obblighi aprono costantemente situazioni di potenziale conflitto tra il paziente e il medico, sulle scelte di trattamenti e di esami clinici, conflitti tra i pazienti per procurarsi celermente le prestazioni che considerano utili, conflitti tra il medico e gli specialisti, conflitti tra il medico e l'assicuratore, con i suoi vincoli e i suoi controlli.

---

**Il medico si trova spesso a dover negoziare col paziente un possibile, difficile equilibrio tra una medicina affascinante – promossa dai media, dall'industria e spesso anche da istituzioni – e una cura assai meno attraente, ma forse più umana e sostenibile**

---

Il problema principale per il medico è però soprattutto la gestione del conflitto tra gli interessi legittimi che è deontologicamente impegnato a difendere:

▼ Come può prescrivere una prestazione che sia solo marginalmente utile quando sa che quella prestazione è scarsa e verrà negata o fornita in ritardo a qualcuno che ne potrebbe trarre maggior vantaggio?

▼ Quali limiti porre alla riservatezza dei dati clinici in suo possesso se la loro comunicazione rendesse possibili interventi efficaci di sanità pubblica?

▼ Vantaggi di quali dimensioni suggeriscono il ricorso a un nuovo farmaco più costoso quando quello disponibile renderebbe possibile il trattamento efficace di un numero più elevato di pazienti?

▼ Come gestire la responsabilità di cura quando i bisogni del paziente sono incerti o le opzioni terapeutiche non sufficientemente fondate?

▼ Fino a che punto e in quali circostanze è accettabile contrastare l'autonomia di scelta del paziente alla ricerca di quello che si considera il suo interesse?

▼ In che misura e in quali circostanze si deve perseverare nell'approfondimento diagnostico o nei trattamenti?

▼ Come giustificare un trattamento che si consideri appropriato nel singolo caso ma che non corrisponda alle linee guida disponibili?

▼ Come proteggere il paziente da interventi di altri professionisti che non vengano condivisi?

Le variabili di questa equazione sono le stesse che si trovava di fronte il dottor Pickles: dati, conoscenze, possibilità di trattamento, relazioni; è cambiata però la complessità di ciascuna delle variabili e l'equilibrio tra la dimensione individuale e quella collettiva si è fatto di conseguenza più difficile.

Oggi, anni in cui la medicina altamente tecnologica è prevalentemente orientata al trattamento delle patologie acute, il potere seduttivo dell'innovazione (vera o presunta) come "soluzione" dei problemi indivi-

## Una lettura sulla sanità pubblica per le persone

Le riflessioni proposte da Saitto in questo post possono suggerire approfondimenti in una letteratura molto vasta. Tra le molte possibili, la lettura di uno tra i capitoli più interessanti del libro *La medicina impossibile* del bioeticista Daniel Callahan (è possibile trovarne copie usate su eBay). Come spiega il fondatore dell'Hastings center, il dilemma tra medicina delle persone e medicina di popolazione è particolarmente sentito in un Paese come gli Stati Uniti dove prevale una cultura individualistica su un approccio solidale. "Inevitabilmente, interessandosi di tutti in generale e di nessuno in particolare, la sanità pubblica non è in grado di aiutarmi a risolvere nessuno dei miei problemi personali. Una sanità pubblica efficiente, insomma, può migliorare, e di fatto migliorerà, il livello di salute delle persone come gruppo, ma non sarà necessariamente di aiuto a me come individuo".

duali di salute è particolarmente forte. Quindi, il medico si trova spesso a dover negoziare con la persona che a lui ha affidato la gestione della propria salute un possibile, difficile equilibrio tra una medicina affascinante – promossa dai media, dall'industria e spesso anche da istituzioni – e una cura assai meno attraente, ma forse più umana e sostenibile.

Il medico di famiglia può forse rinunciare alla ricerca di questo equilibrio e alle continue negoziazioni che ne derivano, può farsi scavalcare e diventare il semplice veicolo delle domande del paziente o delle richieste del sistema, può insomma limitare il suo compito a quello di un ennesimo produttore di prestazioni molecolari. Una simile rinuncia sarebbe però paradossale perché molto più che nel passato è proprio questa nuova complessità a porre l'esigenza di un fulcro in grado di bilanciare le spinte contrastanti che condizionano la salute dei singoli e della popolazione. Oggi la riaffermazione del ruolo con tanta tenacia inseguito dal Dottor Pickles richiede però strumenti in grado di sostenere il sistema complesso di relazioni che il medico intrattiene con tutti gli altri attori presenti. Servono conoscenze cliniche organizzate e aggiornate, servono informazioni sui bisogni dei pazienti e sulle aree critiche nella salute della popolazione, serve disporre

direttamente delle prestazioni necessarie ai percorsi di cura, serve contribuire ai programmi di protezione e di tutela e per fare tutto questo serve, soprattutto, una alleanza strategica tra il medico ed il servizio sanitario, in particolare tra il medico e il distretto, serve in altri termini una congiunzione strutturale tra la dimensione individuale e quella generale che non può essere affidata, come ai tempi di Pickles, all'iniziativa personale di un professionista o di una rete di professionisti. Il valore in più che questo collegamento può generare avvantaggia da un lato il medico mettendo al suo servizio il peso e la capacità di intervento che solo il Ssn è in grado di assicurare in modo integrato e dall'altro legittima il Ssn alleggerendo la sua ingombrante veste burocratica e mettendolo in comunicazione con i destini di salute dei singoli e delle comunità.

Le condizioni perché questo disegno si possa realizzare sono già diffusamente presenti in forma e consistenza diverse su tutto il territorio nazionale: una molteplicità di fornitori istituzionali e privati rendono infatti disponibili linee guida ed evidenze scientifiche secondarie utili a costruire programmi di intervento e monitorarne gli esiti, una serie di sistemi informativi delle Regioni e del Ministero della salute rendono conto delle prestazioni erogate, della loro distribuzione e dei loro costi, indicatori rappresentativi della salute dei cittadini vengo resi costantemente disponibili, la gran parte delle amministrazioni locali descrive periodicamente le caratteristiche demografiche e sociali delle popolazioni, la diffusione dell'informatica consente, sia pure con molti limiti, una facilità senza precedenti di accesso alle informazioni e di comunicazione tra gli attori.

Forse anche l'esperienza della pandemia ci solleciterà a riaprire con nuova curiosità le tabelle del dottor Pickles sulla diffusione dell'ondata epidemica di ittero catarrale rilanciando un rapporto sempre più stretto tra salute pubblica e assistenza alla persona. ▲

## Lookismo

*Almeno una persona su dieci viene discriminata perché non attraente secondo i diffusi canoni di bellezza*

Dall'inglese "look", apparenza, è la discriminazione di persone considerate fisicamente non attraenti secondo i diffusi canoni di bellezza. La discriminazione basata sull'apparenza è un fenomeno antico e ha origine nei meccanismi sottesi all'evoluzione della nostra specie. Le caratteristiche che consideriamo fisicamente attraenti sono quelle che, nel corso dell'evoluzione, hanno avuto la funzione euristica di segnalare un buon livello di salute o l'assenza di malattie contagiose. Per esempio, le pustole che apparivano sulla pelle di chi era affetto da peste bubbonica erano utilissime nel segnalare il pericolo di contagio in un tempo in cui i metodi diagnostici e le terapie disponibili non erano certamente all'avanguardia come al giorno d'oggi.

Lo sviluppo della medicina e la possibilità di curare facilmente malattie un tempo incurabili rende l'euristica basata sull'estetica molto meno determinante per la sopravvivenza che nel passato. Tuttavia, le nostre preferenze estetiche evolvono a una velocità inferiore rispetto agli avanzamenti della medicina e questo spiega in parte perché continuiamo a preferire certe caratteristiche fisiche anziché altre. La bellezza è una proprietà inter-soggettiva: le persone tendono ad avere opinioni simili (seppure non identiche) riguardo a chi sia attraente o no, e queste preferenze sono simili anche tra culture, aree geografiche e periodi storici diversi. Il contesto

ambientale, culturale e sociale influenza in modo altrettanto rilevante le nostre preferenze estetiche. Secondo la giurista di Stanford Deborah Rhode, la percentuale di persone vittime di *lookismo* si aggira attorno al 12-16 per cento, una percentuale simile a quella delle vittime di razzismo. Secondo l'economista americano Daniel Hamermesh, negli Stati Uniti un uomo non attraente guadagna l'8 per cento in meno di uno attraente, una differenza che si traduce in una perdita di guadagni attorno ai 230.000 dollari nell'arco di una vita lavorativa.

Le conseguenze del *lookismo* non si limitano alle perdite economiche o alla sola discriminazione in ambito lavorativo. Le vittime di *lookismo* vengono considerate (senza che ci sia una ragione valida) meno intelligenti e meno socievoli delle persone attraenti. Sia insegnanti che genitori investono più risorse nell'educazione di bambini considerati belli, e le persone attraenti sono trattate con più clemenza dai giudici nei processi.

Considerati gli effetti negativi sulle vittime di *lookismo*, sono state avanzate diverse proposte sulle possibili misure da prendere per arginare gli effetti di questa forma di discriminazione. Alcune aree negli Stati Uniti (Michigan, District of Columbia, Howard County, San Francisco, Santa Cruz, Madison e Urbana) e lo Stato di Victoria in Australia hanno approvato delle legislazioni che proibiscono la discriminazione basata su peso, altezza e aspetto fisico in generale. Deborah Rhode ha suggerito che le leggi che proteggono individui disabili potrebbero essere utilizzate per proteggere anche le vittime di *lookismo*. Hamermesh ha preso in considerazione un'applicazione più ampia sia delle leggi che proteggono i disabili sia di quelle che mirano a garantire un accesso equo alle opportunità di lavoro (affirmative action e pari opportunità).

Il rischio dell'applicazione di misure legislative atte a proteggere le vittime di *lookismo* potrebbe però porre problemi relativi alla distribuzione di risorse generalmente limitate: solo una certa percentuale di cittadini può ottenere protezione da varie forme di discriminazione, ed è possibile che l'introduzione di una nuova categoria di persone da proteggere finisca col togliere risorse alle vittime di altre forme di discriminazione (disabili, minoranze etniche ecc.). E perciò necessario considerare le conseguenze a lungo termine di possibili azioni politiche atte a contrastare il *lookismo*.

**Francesca Minerva**

*Ricercatrice presso il Dipartimento di filosofia dell'Università degli studi di Milano La Statale*

Questo testo è tratto dal libro *Le parole della bioetica* a cura di Maria Teresa Busca e Elena Nave (Il Pensiero Scientifico Editore). Per gentile concessione dell'editore.



# Testamento biologico

*Frutto di un'idea nata e sviluppatasi negli Stati Uniti alla fine degli anni Sessanta per l'affermazione e l'estensione dei diritti civili*

L'espressione "testamento biologico" è ormai entrata nell'uso corrente per indicare un documento scritto (variamente denominato in letteratura e nelle legislazioni) col quale una persona, nel pieno possesso delle sue facoltà, lascia disposizioni circa i trattamenti ai quali vuole o non vuole essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato.

Il testamento biologico è dunque l'approdo coerente della progressiva valorizzazione del consenso informato e del principio che ne è alla base: il principio di autodeterminazione nei confronti dei trattamenti sanitari che, in Italia, trova il suo fondamento negli articoli 13 e 32 della Costituzione e, a livello europeo, ha trovato espressione nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (Carta di Nizza). Il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non può più essere visto soltanto come un requisito di liceità del trattamento, ma va considerato prima di tutto alla stregua di un vero e proprio diritto fondamentale della persona, afferente al più generale diritto all'integrità personale (titolo I "Dignità", art. 3 "Diritto all'integrità personale").

Sul piano storico, il testamento biologico è frutto di un'idea nata e sviluppatasi negli Stati Uniti alla fine degli anni Sessanta, nel quadro della battaglia più generale per l'affermazione e l'estensione dei diritti civili. Se ne fece promotore Luis Kutner, co-fondatore di Amnesty

International, e trovò la sua prima realizzazione concreta nel Natural death act dello Stato della California (1976). L'idea di base è semplice ed era stata formulata pochi mesi prima dalla Corte suprema del New Jersey nella sentenza sul caso di Karen Quinlan: l'ormai consolidato diritto ad accettare o a rifiutare un trattamento non può venir meno per il solo fatto della sopravvenuta incapacità del soggetto a esercitarlo; ne consegue che questo diritto dovrà essere fatto valere da altri che, nel farlo, dovranno agire sulla base della presunta volontà del soggetto ricostruita grazie a testimonianze o altre prove, meglio ancora, se fosse possibile, disponendo di un documento scritto dal soggetto stesso.

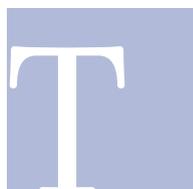
In Italia il dibattito è iniziato all'indomani dell'approvazione della legge dello Stato della California, ma l'idea di testamento biologico non fa breccia nella discussione pubblica almeno sino all'inizio degli anni Novanta: in quel periodo il centro studi Politeia organizza a Roma uno dei primi importanti convegni di bioetica, nel corso del quale il giurista Guido Alpa si rende promotore di una proposta di legge sul testamento biologico che la Consulta di bioetica onlus fa propria provvedendo anche a redigere e a pubblicizzare la

Biocard, la prima e, per molto tempo, l'unica forma di testamento biologico circolante in Italia. La proposta, tuttavia, non sortisce alcun effetto e occorre aspettare la primavera del 2004 perché inizi, nel nostro Parlamento, un iter legislativo che si è rivelato complesso e faticoso, scandito da bruschi arresti e improvvise accelerazioni (soprattutto in occasione dei noti casi di Piergiorgio Welby, di Eluana Englaro e infine di DJ Fabo), e che finalmente è giunto a conclusione il 22 dicembre 2017 con l'approvazione della legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". La legge è ispirata dal criterio della compatibilità tra differenti visioni del mondo e crea un ampliamento delle opzioni disponibili alle scelte individuali, un ampliamento compatibile con tutte le differenti autorappresentazioni della propria condizione esistenziale che le singole persone possono sviluppare in base ai propri valori e alla propria concezione della vita. Grazie a essa, siamo tutti un po' più liberi di prima e nessuno viene danneggiato.

## Demetrio Neri

*Professore emerito di Bioetica,  
Università degli studi di Messina  
Socio della Consulta di bioetica onlus  
Membro della Commissione per l'etica  
e l'integrità della ricerca del Cnr (Roma)*

Questo testo è tratto dal libro *Le parole della bioetica* a cura di Maria Teresa Busca e Elena Nave (Il Pensiero Scientifico Editore). Per gentile concessione dell'editore.



# Cosa fa un medico nei giorni in cui non è in grado di fare il medico?

*Il racconto dell'anziano medico Asher Caro nel libro di Eshkol Nevo*

Cosa fa un medico nei giorni in cui non ne può più di questa vita? Sono le domande che si pone il dottor Asher Caro, protagonista centrale del più recente libro di Eshkol Nevo, *Le vie dell'Eden*.<sup>1</sup>

Critico, ma stabile. Quando questa risposta al medico non riesce più a uscire di bocca, all'ennesima domanda su come va oggi posta dal collega, dalla caposala, da un congiunto di un malato; quando si vorrebbe rispondere "Malissimo", e tirare dritto, nonostante le esperienze maturate in tanti anni, al punto che ormai non si è lontani dal pensionamento, è allora che può emergere la pasta di cui una persona è fatta.

Cosa fa dunque un medico nei giorni in cui non ne può più? Va a lavorare. Di solito questo fa. È un mestiere che non lascia spazio per l'autocommiserazione. Ma a volte non sembra proprio possibile: si coglie ovunque disapprovazione, fastidio, la caposala sembra non ci risponda apposta, le porte automatiche del reparto paiono aprirsi con un secondo di ritardo rispetto al solito. Come se non fossero sicure di riconoscerci. Il fatto è che un medico, come chiunque, può essere stanco, provato; può aver subito un lutto o attraversare un periodo difficile con il coniuge o i figli, avere propri problemi di salute. Spesso però deve tacitare il proprio

tumulto, arginare il problema, rimandarne la soluzione.

**Il fatto è che un medico, come chiunque, può essere stanco, provato**

Il romanzo di Nevo tratta della risposta tutta individuale, personale di un terapeuta arrivato alla fine della corsa; in questo caso, di un esperto primario di medicina interna in un grande ospedale di Gerusalemme. Il dottor Caro ha da poco perso la moglie Niva, amatissima. Vive solo in casa, dato che anche i due figli vivono da tempo all'estero. Si tiene compagnia con la musica: è un amante di Schubert, e spesso sul piatto del grammofoño gira la Sonata n° 13 in LA maggiore, ma c'è spazio anche per i King Crimson, per i Led Zeppelin, per Dylan e per la musica mediorientale. Per tirar tardi, guarda le repliche del tennis in tv: Federer era molto apprezzato dalla moglie che lo trovava anche un bell'uomo, e anche Caro ne ammira molto i gesti bianchi.

Ma la sua vera vita resta l'ospedale. Vedere pazienti. Fornire diagnosi. Prescrivere terapie. Fare il giro con gli specializzandi, passando di letto in letto, di letto in letto. E poi affrontare i parenti delle persone malate, attesi per le visite in reparto tra le dodici e le quattordici e tra le

sedici e le diciannove, ma che di fatto sono lì tutto il tempo. Nelle camere. Nei corridoi. Bussano alla porta della stanza dei medici. Ti fermano, ti tirano per la manica. Esigono attenzione. Esigono un secondo parere. Chiamano, infermiera! Rosi dall'angoscia legittima derivante dalla permanenza frustrante vicino a un malato.

E quando allora una giovane specializzanda provoca un incidente, equivocando le attenzioni protettive di Caro, pur se venate dal desiderio che comunque suscita una ragazza giovane e intelligente come Liat, ecco che il mondo pare andare definitivamente in frantumi, e con quello la sua stessa vita. La ragazza lo denuncia alla direzione sanitaria per quel che le è parsa una molestia sessuale. La sua parola contro quella di un anziano medico che ha perso la voglia anche di difendersi, decidendo di opporsi forte soltanto della sua umanità.

Non sveleremo il finale, per lasciare il piacere di confrontarsi con questa nuova tappa dell'itinerario di una delle voci più interessanti della narrativa israeliana contemporanea. Se lo leggerete, ricorderete a lungo la sezione del romanzo dedicata al dottor Caro: il suo ritegno, le sue risposte sospese, la sua attenzione a non prevaricare nelle discussioni, a non emergere a costo di scapitarne. E i suoi affetti pudichi, la tenerezza per i figli, anche per il maschio difficile. Un altro camice bianco indimenticabile, nella galleria dei medici consegnatoci dalla grande letteratura.

## Bibliografia

Eshkol Nevo. *Le vie dell'Eden*. Vicenza: Neri Pozza Editore, 2022.



# Un grande scrittore in più, un medico di meno

*Cento anni fa veniva pubblicato l'Ulisse di James Joyce*

Aveva fatto di tutto affinché il suo nuovo opus magnum, l'Ulysses, venisse pubblicato il giorno del suo compleanno, il 2 febbraio. In effetti ci riuscì, e James Joyce festeggiò così – cento anni fa, il 2 febbraio 1922, il giorno in cui compiva quarant'anni – l'uscita di un'opera alla quale lavorava da molto tempo.

Già nel gennaio del 1920 aveva spedito uno dei diciotto episodi, Nausicaa, all'amico Ezra Pound e alla signorina Harriet Weaver, impegnata nel far pubblicare in anteprima a puntate l'Ulysses sulla sua rivista londinese, The Egoist, alla quale già collaboravano Ezra Pound e T.S. Eliot. Figlia di un medico, Miss Weaver ebbe un'importanza fondamentale per la persona e l'opera di Joyce come sua protettrice, finanziatrice, editrice ed esecutrice letteraria. Ricevendo il dattiloscritto di Nausicaa, rispose al suo protetto: "Lei ha davvero lo spirito del medico, penso; è così severo con la nostra natura umana: e così, benché lei non sia né prete né dottore in medicina, direi che ha qualcosa dell'uno e dell'altro: il reverendo James Joyce della Compagnia di Gesù, Medicinæ Doctor". In Nausicaa, come in altri episodi, si può scorgere una trama nascosta ricca di riferimenti medico-scientifici. In questo caso, dichiarata dallo stesso autore che in una lettera scrive a proposito dei protagonisti: "Bloom è lo spermatozoo, la clinica è l'utero, l'infermiera l'ovulo, Stephen l'embrione".

**Lei ha davvero lo spirito del medico, penso; è così severo con la nostra natura umana**

*Harriet Weaver*

Miss Weaver aveva davvero intuito non solo il genio, ma anche il carattere e i gusti del suo protetto, non immaginando neanche, evidentemente, quanto fosse andata vicino alla realtà. Infatti, Joyce le rispose, compiaciuto e scherzoso: "Ho letto con interesse quanto lei mi ha detto nella sua ultima lettera, giacché effettivamente mi misi a studiare medicina tre volte, a Dublino, a Parigi, e poi di nuovo a Dublino. Sarei stato ancor più disastroso per la società di quanto non lo sia attualmente, se avessi continuato".<sup>1</sup>

Difatti, dopo essersi laureato a Dublino in lettere moderne, Joyce si era iscritto – nella primavera del 1902 – alla S. Cecilia Medical School. Si vedeva bene, in prospettiva, nella doppia veste di medico e di scrittore, grazie agli agi che immaginava gli sarebbero stati consentiti dalla prima professione. Richard Ellmann, suo biografo, ritiene che il vero paziente di James fosse in prospettiva l'Irlanda intera, da anatomizzare e da purgare. Fatto sta che già a ottobre, all'inizio dei corsi di biologia chimica e fisica, ogni sacro furore sembrava spento. Tentò di ravvivarlo cambiando università e iscrivendosi alla facoltà di medicina della Sorbona, trasferendosi a Parigi. Ma anche il tentativo di studiare in Francia fallì e James provò un'ultima volta a studiare medicina a Dublino.

Perché così tanta voglia e così poca determinazione? Probabilmente, sulla sua decisione di studiare medicina oltre alla speranza di un buon guadagno pesarono retaggi e vicende familiari. Anche il padre John da ragazzo si era iscritto a medicina all'Università di Cork,

interrompendo presto gli studi: James avrebbe voluto riuscire lì dove il padre aveva fallito? Nel marzo del 1902, suo fratello minore, George, aveva contratto una febbre tifoidea che esitò poi in una peritonite che lo portò alla morte. Neanche un mese dopo, in aprile, James si iscrisse a medicina. Inoltre, quando poi si reinscrisse per la seconda volta a Dublino, tornando da Parigi, sua madre May era gravemente ammalata e sarebbe morta di lì a poco – nel 1903 – per un tumore epatico. Come se, inconsciamente, James avesse voluto impegnare la propria intelligenza per salvare i suoi cari, in particolare la madre, dal momento che non poteva più pregare per lei, avendo perso quella fede cattolica in cui era stato cresciuto.

Del Joyce paziente si sa molto, e la sua storia clinica è un modello di scarsa aderenza, diremmo oggi, alle raccomandazioni dei curanti. Non fu certo un modello di salute. Dai vent'anni e per tutta la vita soffrì soprattutto di ricorrenti e ingravescenti vicissitudini oculistiche, e poi di problemi dentali, di artrite e mal di schiena cronici, oltre che di dolori addominali ricorrenti, aggravati dal suo stile di vita, tutto meno che morigerato, specie nel bere.

Morì nel gennaio del 1941 a Zurigo, a causa delle complicazioni di un'ulcera duodenale perforata.

## Bibliografia

<sup>1</sup> Lettere tra Harriet Weaver e James Joyce, 16 marzo 1920. In Richard Ellmann, James Joyce. Roma: Castelvechi, 2022. A p. 575.



# il punto

confronti su medicina e sanità



« È il contesto che dà al termine valenza positiva o negativa. »

*Lucetta Fontanella*



« L'ebm resta ancora qualcosa di non del tutto compreso, un obiettivo non raggiunto ma degno di essere raggiunto. »

*Marina Davoli, Luca De Fiore*



« L'obiettivo dovrebbe essere quello di riuscire a instaurare una forma di dialogo tra l'intelligenza artificiale e il medico. »

*Salvatore Rinzivillo*



« La medicina ha bisogno di pace se vuol progredire nella lotta alle malattie. »

*Antonio Panti*



[www.ilpunto.it](http://www.ilpunto.it)

Il progetto culturale dell'OMCeO di Torino

Sfoggia la rivista digitale