

INTRODUZIONE

Lamberto Pressato

L'impegno quotidiano nel campo della salute richiede specifiche competenze ed una particolare disponibilità e sensibilità.

La formazione umanistica contribuisce certamente a valorizzare e a plasmare l'etica personale, ma questa deve coniugarsi con i "saperi" e le "pratiche" proprie dell'*ars curandi* (nel significato pieno di "prenderci cura").

Già agli albori della medicina, come descritto magistralmente da Cosmacini, l'arte medica richiedeva dal medico "un'autocertificazione continuativa, tendente non solo a conservare, ma anche e soprattutto ad accrescere il patrimonio conoscitivo e operativo della professione esercitata."

Far coincidere i bisogni di salute del cittadino (tema affrontato nella premessa) con il bisogno del singolo professionista di sentirsi sempre adeguato e preparato ad affrontarli (e a sostenerli) è la continua sfida della formazione permanente.

Ecco l'idea di raccogliere e diffondere metodi ed esperienze efficaci per il rilevamento (corretto e completo) e l'analisi dei fabbisogni formativi.

Questo libro raccoglie, quindi, i preziosi contributi di vari autori che partecipano, ognuno con la propria specifica esperienza, al progetto strategico dell'Educazione Continua in Medicina quale strumento principe del governo clinico.

La grande attenzione e la sensibilità dimostrate ancora una volta dall'Editore, hanno consentito di mettere insieme le competenze di veri esperti a servizio non solo dei formatori (ai quali è comunque dedicato il testo) ma anche di tutti i Professionisti della Salute che, attingendo ai

vari contributi, potranno comprendere meglio il grande valore della Formazione Continua quale elemento primo e insostituibile per la loro crescita professionale.

L'Educazione Continua in Medicina è un argomento, di non facile divulgazione, che viene affrontato in primo luogo perché nel nostro Paese – in questo particolare momento storico – stanno avvenendo delle profonde trasformazioni e i professionisti hanno il dovere di sentirsi direttamente coinvolti.

L'impegno delle Regioni, già attive in questo progetto, viene presentato e messo al servizio di quanti si stanno cimentando per rendere qualitativamente efficace la formazione permanente rivolta ai Professionisti della Salute che operano nelle Aziende Sanitarie e nel Territorio.

Attraverso questi lavori viene trasmesso lo spirito ed il bisogno di cogliere le trasformazioni in atto con atteggiamento positivo e propositivo, valorizzando le opportunità irrinunciabili (e l'ECM è una di queste) che nel proprio ambito professionale esprimono i più alti principi e valori quali la salute e la sicurezza del cittadino.

PREMESSA

Gianfranco Domenighetti

L'obiettivo di una politica di sanità pubblica dovrebbe essere quello di promuovere il benessere sanitario individuale e collettivo:

- garantendo a tutta la popolazione un accesso equo alle informazioni, alle prestazioni ed ai servizi (di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione) adeguati ai bisogni sanitari, il tutto a costi sopportabili per l'individuo e per la società tenuto conto delle risorse disponibili;
- mettendo in atto un'azione intersettoriale di sostegno ad un ambiente eco-socio-economico favorevole alla salute.

Se i contenuti della prima parte di questo obiettivo, a parte la novità rappresentata dall'esplicito accenno all'equità d'accesso alle informazioni, sono, almeno dal punto di vista generale, unanimemente condivisi, la seconda parte, che fa esplicito riferimento alla messa in atto di un'"azione intersettoriale", è probabilmente in larga misura incompresa o percepita come un mero obiettivo declamatorio di poca o nulla valenza pratica. Questa percezione è senz'altro più radicata e diffusa presso la cosiddetta società civile per la quale la salute, la sua promozione ed il suo mantenimento non possono passare che attraverso sempre migliori tecnologie e consumi di prestazioni erogate da operatori e servizi sanitari.

PERCHÉ UN’AZIONE INTERSETTORIALE PER LA SALUTE?

La necessità di porre l’intervento intersettoriale tra gli obiettivi prioritari della politica sanitaria discende dall’evidenza che il benessere sanitario di una popolazione dipende anche, se non soprattutto, da determinanti che di regola sono ritenuti estranei o poco influenti sulla “produzione” di quantità e di qualità di vita di una popolazione: la cultura, intesa in senso lato, la condizione socioeconomica (fattori che a loro volta influenzeranno i comportamenti e gli stili di vita) e l’ambiente inteso come ecosistema. A questi fattori che determinano il benessere sociosanitario vanno poi aggiunti il patrimonio genetico individuale ed infine la disponibilità e l’accesso ad un sistema sanitario “universale” (figura 1).

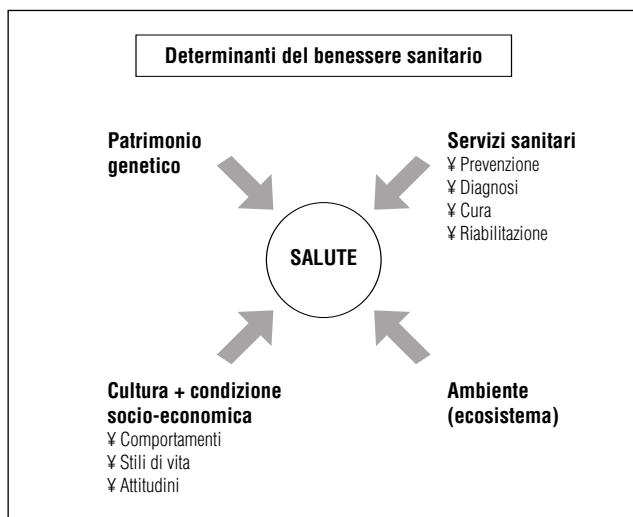


Figura 1 • Determinanti del benessere sanitario.

Il contributo relativo dato da ciascuno di questi determinanti alla longevità (raggiungimento dell’età di 75 anni) è stato stimato da più autori. Ad esempio, l’importanza del contributo dato dal settore prettamente sanitario al conseguimento di questo obiettivo (generalmente mitizzato) è stato valutato come pari al 10-15%, quello del patrimonio genetico tra il 20 e il 30%, il contributo dell’ecosistema del 20%, mentre l’influenza

dei fattori socioeconomici, di gran lunga la più importante, è stata stimata tra il 40 e il 50%.

Quando si valutano e si comparano i risultati dei sistemi sanitari in termini di longevità delle popolazioni di riferimento si vede che, tra i paesi industrializzati avanzati che garantiscono un accesso equo ai servizi, non esiste praticamente nessuna correlazione tra la spesa (e quindi le disponibilità di servizi e operatori) e la speranza di vita. Questo fatto non deve in effetti sorprendere perché, come si è visto, altri fattori sono più atti a produrre “longevità” e quindi a spiegare tali differenze.

Ad esempio, la “cultura” mediterranea, legata essenzialmente a fattori alimentari e climatici, concede una “rendita” di partenza in termini di speranza di vita ai popoli del sud dell’Europa di circa 3/4 anni rispetto a quelli del nord, e ciò indipendentemente dall’efficienza e dall’efficacia dei servizi sanitari.

Il gradiente socioeconomico risulta poi essere probabilmente il più importante fattore esplicativo della quantità di vita (e probabilmente della qualità) e ciò indipendentemente dall’“humus” culturale in senso lato in cui un individuo o una popolazione sono “immersi”. Come avvenne in occasione del naufragio del Titanic, ove la probabilità di sopravvivenza era positivamente correlata con la classe d’imbarco, così nella società civile coloro che si trovano in una condizione di maggior benessere socioeconomico beneficeranno di una maggiore longevità e quindi avranno tassi di mortalità più bassi (figura 2).

L’abbondanza di studi pubblicati in questi ultimi anni mostrano, senza nessuna ambiguità, che l’ineguaglianza socioeconomica porta ineluttabilmente all’ineguaglianza sanitaria.¹⁻⁵ Da qui l’evidenza che tutta una serie di decisioni politiche e legislative prese in settori non sanitari si ripercuotono poi, direttamente o indirettamente, sulla salute individuale e collettiva degli individui e delle popolazioni esposte a tali provvedimenti. Ne consegue che ogni decisione politica d’importanza che tocca i settori dell’economia, del lavoro, dell’educazione, dei trasporti, dell’ambiente e della protezione sociale dovrebbe prendere in considerazione, prima di essere adottata, anche le ripercussioni di tipo sanitario che essa potrebbe comportare. Per questi motivi, una politica sanitaria deve includere la cosiddetta “azione intersettoriale” di sostegno ad un ambiente eco-socioeconomico favorevole alla salute. Privilegiando unilateralmente gli interessi economici (globalizzazione, ottimalizzazione del reddito del capitale, flessibilizzazione del lavoro, smantellamento degli “ammortizzatori” sociali, ecc.) l’attuale tendenza politica neo-libe-

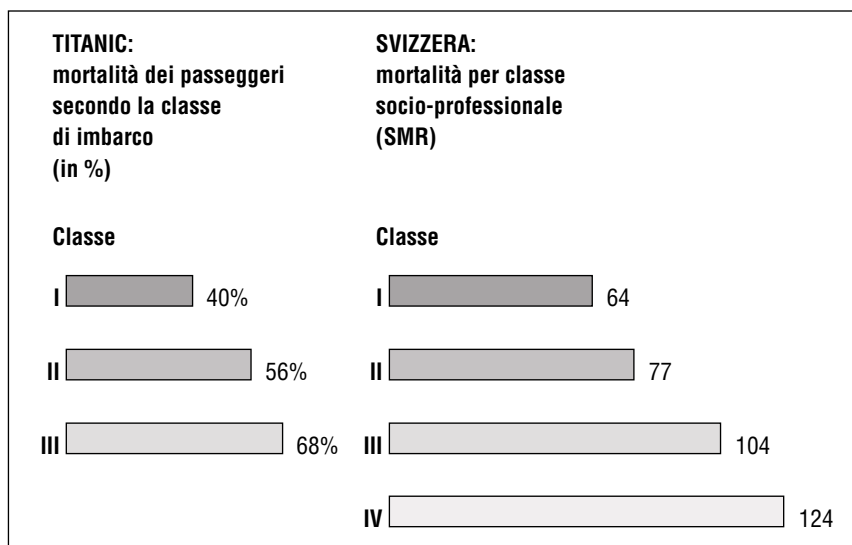


Figura 2 • Tassi di mortalità per gradiente socioeconomico.

rale comporta di fatto una modifica del mercato e delle condizioni di lavoro, crescenti ineguaglianze sociali e precarizzazione che si ripercuotono ineluttabilmente sul benessere sanitario e lo stato di salute.⁶⁻¹¹ Non si tratta ovviamente qui di proporre una sorta di “rivoluzione” tramite “il sanitario”, bensì di non perdere di vista quello che per la stragrande maggioranza della popolazione è il “bene primario”, cioè il benessere sanitario senza il quale non sembra possibile “proiettare l’avvenire”. Quindi, una stretta collaborazione tra i diversi settori (ministeri, assessorati, ecc.) è un imperativo per ogni politica che miri ad una vera promozione della salute. Oggi, nei paesi industrializzati che dispongono di un sistema sanitario “universale”, le decisioni del Ministro delle Finanze hanno probabilmente un impatto maggiore sulla salute delle popolazioni che quelle del Ministro della Sanità. Il problema è che nessuno dei due Ministri è disposto ad ammetterlo e che la popolazione non ci crede.

I provvedimenti concreti che possono esplicitare la volontà politica di uno Stato di agire a favore della salute saranno:

- la conduzione e la diffusione pubblica dei risultati di studi e ricerche che mettano in evidenza che, anche in “casa propria”, il gradiente

socioeconomico, e rispettivamente l'ecosistema, influenzano la salute fisica e psichica, soggettiva e oggettiva, dei cittadini;

- procedere alla misura sistematica dell'impatto sanitario, HIA (Health Impact Assessment), delle politiche pubbliche concernenti settori "sensibili". Essa sarà concretamente attuata accompagnando *ex-ante* le decisioni con un rapporto sullo "stato dell'arte" desunto dalla letteratura sugli impatti potenziali dei provvedimenti da adottare sulla salute e approntando *ex-post* "indicatori" che assicurino il monitoraggio.

LA VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SANITARIO DELLE POLITICHE PUBBLICHE

Come detto, è oggi riconosciuto che la salute di una popolazione, misurata in quantità e qualità di vita, dipende più da fattori legati all'ambiente fisico e a quello socioeconomico che dal mero consumo "ad oltranza" di beni e servizi sanitari. Ciò è particolarmente vero per quei paesi che dispongono di una vasta offerta sanitaria e che garantiscono equità di accesso ai servizi. Da qui la necessità di capire meglio e valutare l'impatto delle politiche pubbliche sulla salute della popolazione.

La difficoltà principale di questa valutazione risiede nel fatto che la salute è una variabile multidimensionale e che, pertanto, lo stato di salute è determinato da una moltitudine di cause – che coinvolgono quasi tutti i settori dell'attività politica – alle quali non è semplice risalire. Per rispondere a questa sfida, diversi paesi, soprattutto anglosassoni, stanno attualmente lavorando allo sviluppo di una serie di strumenti che dovrebbero permettere la valutazione dell'impatto sulla salute.¹³

L'HIA sarebbe dunque una combinazione di metodi che permetterebbero di valutare le conseguenze sulla salute della popolazione di una politica, di un progetto o di un programma il cui obiettivo primario non era necessariamente la salute stessa.

Idealmente, per garantire anche in futuro un buon livello di salute e di benessere alla popolazione, sarebbe auspicabile che l'evoluzione generale della società fosse orientata verso uno sviluppo più sostenibile, più rispettoso dell'uomo e dell'ambiente.

Perciò la valutazione d'impatto sulla salute (HIA) dovrebbe essere integrata nella già prevista procedura di valutazione dell'impatto sull'ambiente, che prende in considerazione l'uso in senso lato delle limitate risorse del pianeta.

Inoltre, la partecipazione della popolazione alle scelte che la riguardano, in particolare sul tipo di sviluppo economico e sociale, sarebbe ovviamente più che auspicabile, a patto che la stessa popolazione sia correttamente informata sulle conseguenze delle proprie scelte.

Oggi l'applicazione di questi principi incontra serie difficoltà dovute essenzialmente all'approccio ideologico. La premessa è la definizione di una base comune di norme e di valori riguardanti gli obiettivi della politica pubblica, così come chiari obiettivi di politica sanitaria.¹⁴ Questi sono, dunque, prerequisiti indispensabili la cui assenza è spesso all'origine del fallimento di questo tipo di valutazione.

Dato per acquisito che si riesca a dotarsi di obiettivi chiari e condivisi nel quadro delle politiche pubbliche, rimane l'aspetto tecnico-operativo della valutazione d'impatto che richiede diverse fasi e diversi livelli di misura.

Si tratta infatti di misurare:

- l'impatto diretto (obiettivo ricercato) della politica settoriale esaminata;
- l'impatto economico (analisi costi-benefici);
- l'impatto sociale sulla popolazione;
- l'impatto politico a breve e media scadenza.

Ne consegue la necessità di disporre di strumenti e metodi *ad hoc* che permettano di:

- identificare l'impatto oggettivo e potenziale per la salute e il benessere;
- identificare meccanismi che permettano di impedire/minimizzare gli impatti negativi per la salute e di moltiplicare gli impatti positivi, in sintonia con gli obiettivi della politica sanitaria;
- fornire un'informazione adeguata per permettere decisioni accurate e trasparenti.

Attualmente è ancora utopico pensare di trovare "fatto e finito" un quadro analitico standard ed una guida pratica con tutti gli strumenti per la realizzazione di valutazioni d'impatto sulla salute. Si dovrà, quindi, riuscire a mettere assieme, in modo strutturato, la valutazione delle politiche pubbliche, la collaborazione intersettoriale, il coinvolgimento del pubblico e l'evidenza disponibile, in vista di rendere il più esplicito possibile il processo di decisione.^{15 16}

Quale soluzione pragmatica minima si dovrebbero, da subito, accompagnare i progetti di decisione con rapporti che esplicitino, sulla base

della letteratura scientifica disponibile, il potenziale impatto sulla salute del o dei provvedimenti che si intendono adottare.

DETERMINANTI ECO-SOCIO-ECONOMICI ED EDUCAZIONE SANITARIA

Un'ulteriore doverosa puntualizzazione concerne l'utilità e l'efficacia dei "classici" programmi comunitari di promozione della salute o di educazione sanitaria che mirano a ridurre i cosiddetti fattori di rischio o a promuovere comportamenti che abbiano un effetto "protettivo" sull'insorgere delle malattie cronic-degenerative più diffuse.

Non v'è oggi più dubbio che i maggiori determinanti della salute sono, come sempre, di tipo socioeconomico ed ambientale e che il modello biomedico dominante sull'eziologia delle malattie abbia finora impedito di porre, negli ultimi anni, le vere priorità a livello di salute pubblica. Ora, i classici programmi di educazione sanitaria, che mirano ad incoraggiare modifiche di comportamento e di stili di vita, dimenticano tutti che i fattori al di fuori dal controllo individuale (legati, quindi, al contesto socioeconomico, a quello ambientale e legale) sono quelli che in realtà influiscono sui comportamenti e gli stili di vita e susseguentemente sulle condizioni psicofisiche degli individui.

Il non considerare i determinanti socioeconomici e ambientali nell'attuare i programmi di educazione sanitaria può comportare, al meglio, di proporre interventi totalmente inefficaci e, al peggio, di colpevolizzare gli individui ritenendoli i soli responsabili di eventi che sfuggono al loro controllo.^{17 18}

La politica sanitaria dovrebbe oggi, nei paesi industrializzati che assicurano l'universalismo d'accesso ai servizi, mirare quindi, prioritariamente, tramite l'azione intersettoriale, ad incoraggiare i cambiamenti a livello macroeconomico e culturale indirizzati a ridurre le ineguaglianze di reddito a livello sociale, a sostenere un alto livello di occupazione, a migliorare le condizioni di lavoro ed a creare le condizioni per una migliore stabilità e coesione sociale favorendo politiche pubbliche fondate sullo sviluppo sostenibile.

Lo "svantaggio" sociale deve quindi essere considerato esplicitamente ogni qualvolta si progettano programmi di educazione sanitaria, altrimenti non si farà altro che discriminare ulteriormente i più sfavoriti rispetto ai più agiati socialmente.

ACCESSO EQUO ALLE INFORMAZIONI

Negli obiettivi di politica sanitaria descritti all'inizio di questo contributo è evidenziato, nella prima parte della definizione, come ai cittadini debba essere garantita non solo l'equità d'accesso a prestazioni ed a servizi sanitari, ma anche alle informazioni.

A nessuna persona attiva nel settore, infatti, sfugge il fatto che il "mercato" della sanità è caratterizzato dalla cosiddetta "asimmetria" dell'informazione tra domanda e offerta, il che pone il paziente-consumatore nella condizione di non poter di regola esprimere preferenze "valide" di consumo nel rapporto con i fornitori di prestazioni che a loro volta esercitano un'attività fondata più sull'incertezza che sulla certezza.

L'incertezza profonda della scienza e della pratica medica, messa in evidenza dalle pubblicazioni che appaiono sulle più importanti riviste scientifiche di medicina, è praticamente sconosciuta alla società civile.^{19 20} Infatti circa il 70 e l'80% della popolazione crede che la medicina sia una "scienza esatta, o quasi"²¹ e le recenti "scoperte", portate a conoscenza della società civile quasi settimanalmente dai media, di questo o quel gene responsabile di questa o quell'altra malattia, cominciano a diffondere la percezione che tra non molto la morte potrebbe perfino divenire un "optional" anche se la messa a contributo pratica di queste scoperte, per giudizio unanime, lo potrà essere, se mai lo sarà, solo tra decenni.

È verso la società civile, cioè a livello "macro", che è diffusa ed alimentata la percezione di mitiche attese di efficacia dell'impresa medico-sanitaria, attese che permettono poi di generare, di mantenere e di far crescere, a livello "meso" e "micro", un'infinità di conflitti di interesse, economici e professionali. I mass media ne sono il supporto ed il veicolo di prima scelta, che ha permesso la diffusione, il mantenimento e l'amplificazione delle attese sociali verso un'efficacia "a 360 gradi" della scienza e della pratica medico-sanitaria.

Sono proprio i media (sostenuti in questa opera dagli "opuscoli" informativi per gli utenti prodotti dai servizi sanitari) che hanno sempre e solo diffuso verso la società civile notizie ed informazioni relative alla scienza ed alla pratica biomedica fondate esclusivamente sull'enfaticizzazione dei soli benefici (anche se unicamente potenziali), silenti circa i rischi, gli effetti non desiderati e le "incertezze", come pure riguardo alle controversie di tipo scientifico.²²

Il persistere nel mitizzare in tal modo l'efficacia dell'arte e della pratica medico-sanitaria presso la società civile rappresenta probabilmente il *conflitto d'interesse originale* (nel senso del "peccato originale") che concede a tutti i professionisti della salute, alle istituzioni ed alle imprese che operano sul "mercato" sanitario una "rendita di posizione" sulla quale si inseriranno poi tutti gli altri conflitti di interesse settoriali di tipo economico e professionale.²³

L'induzione, il mantenimento e l'amplificazione di questo "frastuono di fondo", percepibile in ogni input mediatico destinato alla società civile, è congeniale non solo agli interessi degli attori sanitari ma anche a quelli della popolazione che sicuramente preferisce ricevere messaggi rassicuranti che enfatizzano i soli benefici piuttosto che informazioni complesse ma spesso ansiogene ed angoscianti.

Da lì una relazione medico-paziente spesso definita come una "follia a due",¹⁹ lo scollamento crescente tra attese e realtà, una domanda di benessere potenzialmente illimitata, la percezione ormai radicata che tutta la prescrizione sia utile, necessaria, efficace ed adeguata. L'influenza è poi "devastante" per quanto attiene il sostegno ad una politica di salute pubblica fondata sull'intervento intersettoriale rispetto ad una politica che miri ad incrementare gli investimenti tecnologici nei servizi.

Di tutto questo si dovrà purtroppo rendere conto quando la razionalizzazione profonda, se non il razionamento esplicito del settore, non saranno più eludibili. Il conflitto d'interesse originale è creato, mantenuto e amplificato dalla corporazione medica, dall'industria e dalla ricerca in particolare farmaceutica. Esso rappresenta il fertilizzante che mantiene sempre alta la disponibilità a qualsiasi acritico consumo da parte della società civile e che nel contempo impedisce il sostegno ad un riorientamento sia dei servizi verso prestazioni fondate sull'"evidenza" sia della spesa verso obiettivi di salute pubblica.

Questo *conflitto originale* permette la manipolazione della volontà dei pazienti-consumatori in funzione di obiettivi di offerta (in particolare economici) indipendenti dalle reali necessità di cura e vanifica inoltre ogni politica che tenda alla responsabilizzazione dei consumatori o all'introduzione di elementi di "concorrenza" fondati sulla qualità tecnico-scientifica degli operatori e dei servizi. Da qui la necessità di attuare anche un'azione a livello culturale che miri a un accesso più consapevole della popolazione al consumo di servizi e prestazioni ed a ricondurre alla realtà le attese ormai mitiche della società civile verso i benefici dell'attività medico-sanitaria e della scienza biomedica.

PER UNA POLITICA DI “EMPOWERMENT” DELLA SOCIETÀ CIVILE

Che il cittadino, se meglio informato, sia in grado di esprimere preferenze diverse da quelle che avrebbe espresso se esposto all’informazione “classica” (cioè centrata sui soli benefici di un determinato consumo che, di regola, non sono mai espressi in termini “quantitativi” ed in valore “assoluto”) è dimostrato da più studi. Ne citiamo due concernenti gli screening. Questo genere di pratiche necessita, per un dovere etico non eludibile, di dare *ex-ante* un’informazione completa ed onesta^{24 25} dato che, tramite la promozione degli screening, si invitano persone soggettivamente sane a farsi diagnosticare anticipatamente delle malattie, molte delle quali praticamente incurabili. In quest’ultimo caso, l’effetto più negativo per i soggetti coinvolti è l’anticipo della diagnosi senza nessun beneficio di sopravvivenza.

La figura 3 mostra come il 60% della popolazione sia disponibile a sottoporsi ad uno screening di assoluta inutilità per l’identificazione precoce, tramite un test, poco sensibile e specifico (tumor marker CA 19.9), di un tumore raro (cancro al pancreas) e praticamente incurabile (sopravvivenza a 5 anni: 3%). La disponibilità scende al 13,5% quando sono state date ai probandi informazioni sulla poca sensibilità del test (70% di “falsi positivi”), sull’incidenza della malattia nella popolazione generale (11 casi su 100.000) e sulla sua concreta “non curabilità”.²⁶

Wolf ha ottenuto risultati analoghi²⁷ riguardo ad uno screening oggi promosso con grande insistenza, quello del PSA per l’identificazione “precoce” del cancro alla prostata, e che non ha ancora dimostrato di essere in grado di ridurre la mortalità concomitante. Da qui l’obbligo etico inderogabile di dare alla popolazione, ai gruppi ed alle persone eleggibili un’informazione completa e onesta sui benefici, i rischi e gli effetti non desiderati, in modo tale da permettere loro l’integrazione di dette nozioni tecniche con le aspettative ed i valori individuali di vita, mettendole così in grado di prendere una decisione realmente informata.

Una strategia globale in questa direzione dovrebbe essere implementata sia a livello dei singoli medici, sia da parte delle scuole di medicina nonché da parte delle agenzie preposte alla sanità pubblica.

Un’informazione fondata sulla rilevanza per l’utente e sull’evidenza scientifica massimizzerebbe la libertà e l’autonomia del paziente-consumatore che potrebbe finalmente esprimere un consenso realmente informato minimizzando nel contempo lo spreco di risorse.²³⁻²⁵

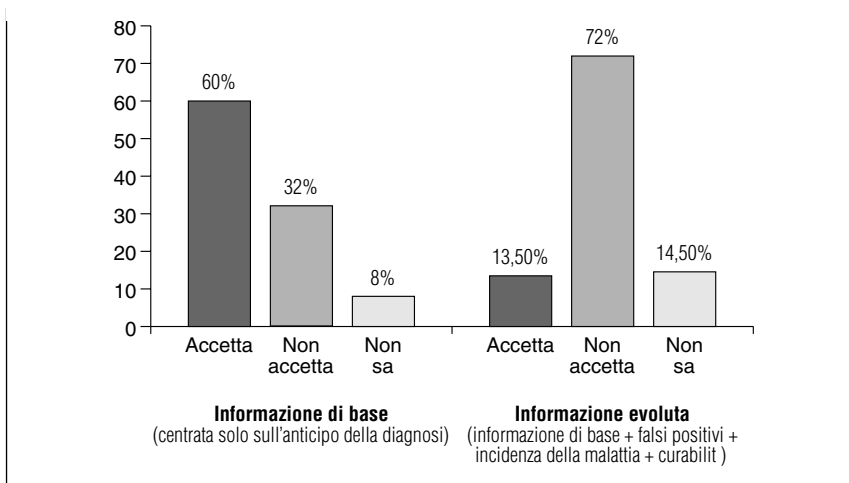


Figura 3 • Percentuale di popolazione che accetta di sottoporsi a screening.

CONCLUSIONE

Una politica per la salute dovrebbe agire su due assi prioritari, il primo a livello culturale, l'altro a livello strutturale. Finora è stato privilegiato solo l'aspetto strutturale e segnatamente gli aspetti d'organizzazione, di finanziamento e di gestione dei servizi.

Ora si tratta di attuare l'intervento intersettoriale e di promuovere quello mirante a modificare la "cultura" che la società civile e l'individuo hanno verso le attese "mitiche" di efficacia reale e potenziale dei servizi sanitari, attese che dovrebbero essere ricondotte alla realtà dell'"evidenza". L'interazione tra i due assi prioritari d'intervento è evidente e sicuramente necessaria davanti alle "scelte tragiche" che ci attendono dovute all'impossibilità di immettere nell'"universalismo" dei servizi tutte le tecnologie che saranno proposte dal mercato e che beneficeranno, presso l'opinione pubblica, del sostegno enfatico ed acritico promosso dai media, dai professionisti della salute e dall'industria.

Lo scollamento tra le attese di benessere, indotte dalle esplosive realtà e potenzialità della medicina del XXI secolo, e le risorse disponibili, per definizione limitate, costringeranno ad operare delle scelte e a definire delle priorità al fine di mantenere in vita l'universalità dell'accesso almeno a quelle prestazioni che saranno giudicate efficaci, ade-

guate e necessarie per risolvere o gestire problemi sanitari ritenuti prevalenti a livello sociale. Le discussioni sui criteri e sui fondamentali etici che presiederanno a queste scelte saranno probabilmente laceranti.^{28 29} Da un lato vedremo schierati l'industria ed i centri di ricerca che, grazie a biologi, chimici, fisici, ingegneri e medici, produrranno nuove tecnologie da immettere sul mercato medico-sanitario, dall'altro avremo la politica che dovrà decidere quali innovazioni, quante, a che prezzo, ma soprattutto a scapito di quali altre prestazioni e tecnologie potranno essere incluse nel "pacchetto universale" di prestazioni sanitarie a cui tutti potranno avere accesso a costo socializzato³⁰ (figura 4).

Consiglieri determinanti per queste "tragiche" scelte saranno i medici, gli economisti, i giuristi e gli esperti di etica. Un avvenire radioso sembra attendere le multinazionali della "consulenza" sempre pronte ad inventare e a proporre banali quanto costose "razionalizzazioni" a livello di "azienda". I futuri sistemi sanitari a costo socializzato funzioneranno nel quadro di rigidi "budgets", che saranno gestiti con gli strumenti ormai globalizzati del "managed care".³¹ L'attività medica sarà monitorata e controllata on line con le tecnologie dell'informazione ed il suo impatto sui costi costantemente verificato. A questo punto, la politica

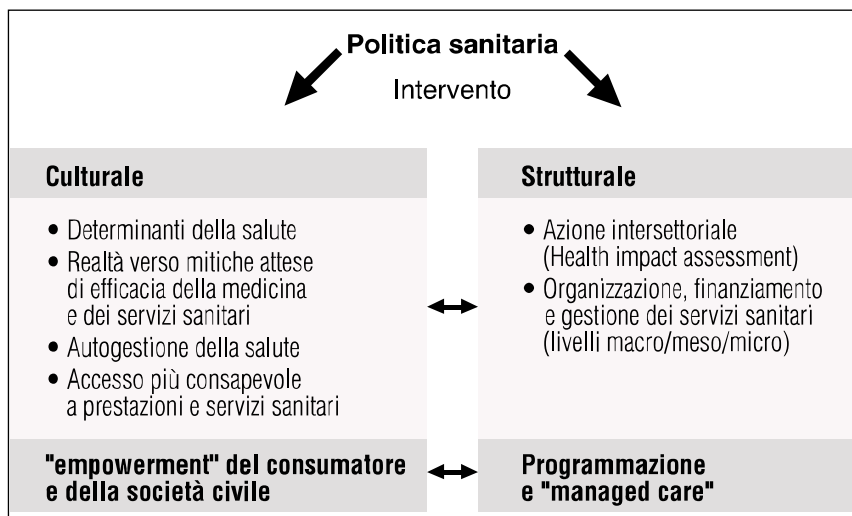


Figura 4 • Politica sanitaria.

dovrà ancor più fare i conti con le attese “mitiche” intrattenute e promesse da quello che abbiamo chiamato il conflitto d’interesse originale.

Un cambiamento di cultura sembra quindi oggi più che mai urgente e indispensabile. Tuttavia, affinché i messaggi siano credibili presso l’opinione pubblica, essi devono essere emessi dalla razionalità medica e non da quella economica o da quella politica. E questo probabilmente è il vero problema.

Bibliografia

1. Levin LS, Mahon L, Ziglio E. Editors. Economic change, social welfare and health in Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1994. WHO Regional Publications, European Series, No. 54.
2. Markenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et al. Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-9.
3. Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP, and the EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries; comparison of population based studies. *BMJ* 1998; 316: 1636-42.
4. Mc Kie RM, Hole DJ. Incidence and thickness of primary tumours and survival of patients with cutaneous malignant melanoma in relation to socio-economic status. *BMJ* 1996; 312: 1125-8.
5. Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1988; 351: 57-60.
6. Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary hearth disease incidence. *Lancet* 1997; 350: 235-9.
7. Davey Smith G, Harding S. Is control at work the key to socio-economic gradient in mortality? *Lancet* 1997; 350: 1369-70.
8. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, et al. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *BMJ* 1995; 311: 1264-9.
9. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, et al. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health* 1998; 88: 1030-6.
10. Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J. Effect or organizational downsizing on health of employees. *Lancet* 1997; 350: 1124-8.
11. Domenighetti G, D’Avanzo B, Bisig B. Health effects of job insecurity among

- employees in swiss general population. *Int J Health Serv* 2000; 30:477-90.
12. Minder EC. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. *Soz Präventiv-med* 1993; 38: 313-28.
 13. Frankish CJ, et al. Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy. A Report Submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada, May 1996.
 14. Ratner PA, et al. Setting the Stage for Health Impact Assessment. *J Public Health Policy* 1997; 18: 67-79.
 15. A Guide to Health Impact Assessment, Ministry of Health, New Zealand, 1995.
 16. Final Text of the Fifth Conference of European Health Ministers Social Challenge to Health: Equity and Patients Rights in the context of health reforms. Warsaw 7-8 November 1996. Strasbourg, Council of Europe, 5 December 1996.
 17. Sram I, Ashton J. Millennium report to Sir Edwin Chadwick. *BMJ* 1988; 317: 592-6.
 18. Blane D, Bartley M, Davey Smith G. Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *EJPH* 1997; 7: 385-91.
 19. Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics* 1992; 18: 117-8.
 20. Smith R. Where is the wisdom? The poverty of medical evidence. *BMJ* 1991; 303: 798-99.
 21. Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumer's demand for evidence-based medicine. *Int J Technol Assess Health Care* 1998; 14: 97-105.
 22. Coulter A. Evidence based patient information. *BMJ* 1998; 317: 225-6.
 23. Domenighetti G. Il conflitto originale: attese versus realtà. *L'Arco di Giano* 2000; 23: 31-40.
 24. Austoker J. Gaining informed consent for screening. *BMJ* 1999; 139: 722-3.
 25. Segnan N, Armaroli P. Compliance, partecipazione consapevole e consenso informato nei programmi di screening dei tumori. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 387-91.
 26. Domenighetti G, Grilli R, Maggi JR. Does provision of an evidence-based information change public willingness to accept screening test? *Health Expectations* 2000; 3: 145-50.
 27. Wolf AM. Impact of informed consent on patient interest in prostate-specific antigen screening. *Arch Intern Med* 1996; 156: 1333-6.
 28. Lenaghan J. Hard choices in health care. London: British Medical Journal Publishing Group, 1997.
 29. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity. Buckingham: Open University Press, 1996.
 30. Lázero P, Fitch K. From universalism to selectivity: is "appropriateness" the answer? *Health Policy* 1996; 36: 261-72.
 31. The globalization of managed care. Andersen Consulting. Ed. Singapore: Health Futures Forum; 1997.