

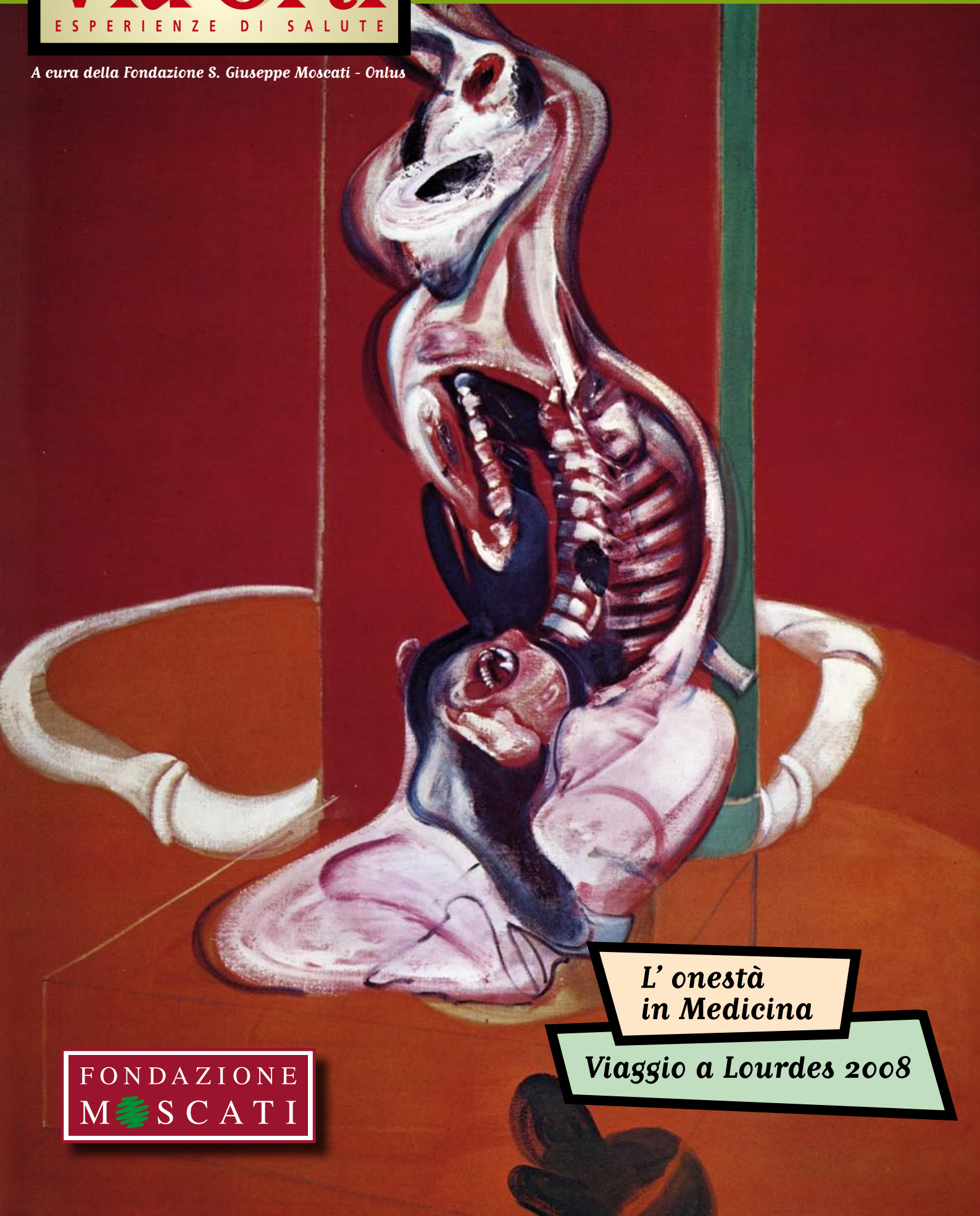
# Via Orti

ESPERIENZE DI SALUTE

A cura della Fondazione S. Giuseppe Moscati - Onlus

**TEMPI**

Supplemento a Tempi n° 39 del 25 settembre 2008  
Poste italiane spa - spedizione in a.p. D.L. 353/09 (conv. L.46/04) art.1 comma 1, DCB Milano



*L'onestà  
in Medicina*

*Viaggio a Lourdes 2008*

FONDAZIONE  
**M** SCATI

# Onestà L'insegnamento della Chiesa

Medicina e sanità

*“Le basi naturali della morale, cioè i sentimenti retti, ai quali tutti gli uomini hanno una disposizione, non possono mai essere in contraddizione con la legge di Dio, dal quale vengono anch’essi. La legge è fatta, anzi, per dare loro una nuova autorità e una nuova luce, onde l’uomo possa discernere nel suo cuore ciò che Dio ci ha messo da ciò che il peccato vi ha introdotto”*  
(Alessandro Manzoni)

di Giancarlo Tettamanti

**N**on c’è uomo che non abbia – riflessa o meno – una norma di condotta, un criterio, un “metro” con cui valutare le sue azioni, i suoi atteggiamenti, i suoi pensieri, i suoi giudizi. E quelli degli altri. Ogni valutazione esige un rapporto tra la realtà di un fatto, di una azione, di un atteggiamento, di un pensiero, e un modello, un paradigma ideale. Come si potrebbe dare giudizi di valore se non si conoscesse una norma oggettiva a cui rapportare il tutto? Da qui l’imperativo “onestà”: cioè quella qualità umana di agire e di comunicare in maniera sincera, leale e trasparente, in base a principi morali ritenuti universalmente validi. Quella “onestà” che assume una importante centralità nei rapporti sociali, e costituisce uno dei valori fondanti la convivenza umana.

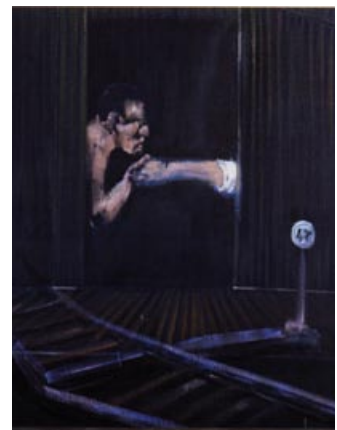
Purtroppo, oggi, è presente nella nostra società una profonda crisi morale. Pur senza generalizzare non

## Appunto Iconografico

*Sfidando la contraddizione, la scelta iconografica di questo numero tocca Francis Bacon e la Mostra che Milano a lui dedica nel 2008 a Palazzo Reale. Il senso della sua opera, forse “arte assoluta”, forse ricerca disperata di un senso ultimo per l’uomo, è ben lontano dal significato più alto dell’arte sotto una visione cattolica, come ben ha descritto Hans Sedlmayr, il cui testo *La rivoluzione dell’arte moderna*, ripubblicato di recente da Cantagalli Editore, fortemente si raccomanda. Non potendosi sviluppare però, qui, tali concetti chiave, scegliamo per la copertina la *Crocefissione*, di un *Trittico del 1962*, che in mostra non è stata. Ne aveva scritto con intensità Giovanni Testori su *Il sabato*: «un Crocifisso ridotto ad una sorta di filo. Questo segno rimarrà impresso in tutta la sua arte. Bacon era reduce da un soggiorno a Berlino...ove la figura di Cristo è la pittura che più si lega alla tragedia della vita – sebbene lo faccia con esiti in cui un’eccessiva preoccupazione per il sociale, o sociologica, frena la totalità di questa investitura esistenziale –... tuttavia, con un gesto insieme d’amore e di bestemmia, che Bacon compie: quello di rovesciarlo, di capovolgere Cristo. Un’ulteriore crocefissione, la crocefissione di una crocefissione, forse. O, forse, il bisogno di rendere l’immagine meglio accoglibile in un grembo, o in un lenzuolo e, in questo senso, si può ben dire che così facendo Bacon unisce la Crocefissione e la Deposizione...L’immagine ha qualcosa del mattatoio...eppure, nel suo essere sconciato, il Cristo sfigurato, si riefre come atto di estremo amore all’uomo che l’ha così ridotto, affinché l’uomo possa tornare a toccarlo...»*

*Questo suo Cristo rovesciato è il blasfemo che c’è in ciascuno di noi, ma rovesciato in bellezza strepitosa, dove il sangue si fa rubino; e in questa bellezza c’è, ancora una volta, la luce della Resurrezione».*

G.B.A.



Francis Bacon, "La fine della linea", 1953

possiamo non avvertire un decadimento, un indebolimento e una frantumazione, in molti ambiti del vivere umano, dell'unità organica di norme a cui riferirsi. La crisi morale – e l'indebolirsi dell'onestà a livello individuale e collettivo – è addebitabile alla trasformazione del senso comune e all'instaurarsi di una nuova coscienza collettiva. La crisi morale è quindi crisi di cultura.

Si tende, in ultima analisi, a giustificare sempre più la convinzione che sia l'ambiente culturale a formare i valori fondamentali in nome dei comportamenti. La ragione viene intesa come misura del reale; la realtà viene ridotta ad una interpretazione personale. I valori sono così considerati come relativi alla cultura e alla società: le varie culture, così, oltre i valori, esprimono anche le norme che li determinano e li dettano. *“La coscienza, quindi, agisce secondo la cultura che la orienta”* (L. Giussani) Da qui una *“morale”* non più universale, ma dettata da convenzioni e valori precisati da un determinato gruppo sociale, soggetta non più a norme di riferimento certe, ma ad un *“moralismo”* fondato sulle convenienze, se non addirittura su un *amoralismo* e un *immoralismo* che vanno ad intaccare fortemente, oltre i comportamenti personali, tutte le attività temporali.

Certo, non possiamo negare che vi sia una morale laica, ma ciò non significa che essa sia sufficientemente fondata o che abbia quel carattere di assolutezza che le impedisca di cadere nel relativismo morale. Se si considera l'uomo, qual è storicamente nella sua concretezza, egli appare in tutta la sua pochezza e precarietà. Lo stesso lo si deve dire anche dell'uomo collettivo, della società, dell'umanità. Come gli individui, anche la società è caduca, precaria, e fa continuamente l'esperienza della sua inadeguatezza e contingenza.

Va considerato che la legge morale – e quindi il riferimento ad essere onesti con se stessi e con gli altri: cioè *onestà* condotta diretta da norme, guida secondo la quale l'uomo agisce – è intrinseca all'uomo, sorge dalla stessa natura umana: quella che chiamiamo *“legge di Dio”* è essenzialmente *“legge dell'uomo”*.

In quest'ottica, possiamo liberamente affermare che la Chiesa, in fatto di moralità e di etica comportamentale è la sola oggi a poter essere di concreto aiuto all'umanità nella individuazione e nella concretizzazione esistenziale di quelle autentiche norme capaci di dare senso vero e concreto alla coscienza dell'uomo moderno. E ciò perché *“la Chiesa possiede la Verità sull'uomo. Questa verità completa sull'essere umano costituisce il fondamento della dottrina della Chiesa e della sua esperienza di vita, così come è alla base della vera liberazione”*. E ancora perché *“la redenzione come realtà permanente nella Chiesa si manifesta non soltanto nella vita sacramentale, ma anche nella vita morale”* (Giovanni Paolo II).

L'insegnamento morale della Chiesa non è atto imperativo, ma indirizzo comportamentale comunque rispettoso della libertà delle persone. Infatti *“nell'ambito della consapevolezza etica e della decisione morale è la libertà dell'uomo a prendere le decisioni. La libertà presuppone che nelle decisioni fondamentali ogni uomo, ogni generazione sia un nuovo inizio.”* E ancora: *“La libertà necessita di una convinzione; una convinzione non esiste da sé, ma deve essere sempre di nuovo conquistata e riconquistata”* (Benedetto XVI). Ecco che allora l'essenza della moralità sta nel vivere l'istante dentro la tensione ad aderire e rispondere a questa condizione esistenziale data dalla morale cattolica. Data, cioè, da una Presenza, l'Essere che è mistero personale e origine costitutivo della creatura umana. Ne consegue che per aderire e rispondere ad una chiamata della *“moralità cristiana”* occorre fare *“esperienza”*. *“Vieni e seguimi”*: non si dice *“fai così”*, ma *“prova”*. Il termine dell'aspirazione costitutiva dell'uomo diventa oggettivo termine di *“sequela”*. E la Chiesa è il luogo di questo cammino esperienziale, di questo dono di chiarezza, di sicurezza e di rendimento del rapporto tra l'uomo, le cose e il tempo, nonché di profonda onestà nei loro confronti. *“Fuori di essa (la Chiesa), se ne abbia coscienza o no, l'uomo brancica nel tentativo di stringere conclusivamente tra le proprie mani il significato vero delle cose e quindi di definire la loro possibilità finale, l'efficacia della loro presenza, l'ordine dei nessi. E' difficile fuori di essa evitare lo scetticismo e il relativismo. E' nella santità della Chiesa che prende corpo il significato ultimo della Presenza. E' nella santità della Chiesa che vengono sconfitte le ambiguità delle apparenze e scoperta l'utilità reale delle cose”*. (L.Giussani).

# Qualità in sanità

*Tra realtà, sistema e professione*

**Q**uando parliamo di sanità descriviamo sempre una realtà debole, cioè la debolezza del tentativo umano di raggiungere un benessere immaginato o descritto da qualcuno.

In questa realtà ci sono tre protagonisti: il sistema, il professionista ed il persona malata. E' interessante quindi cercare di comprendere come la fragilità di questi tre soggetti possa essere superata.

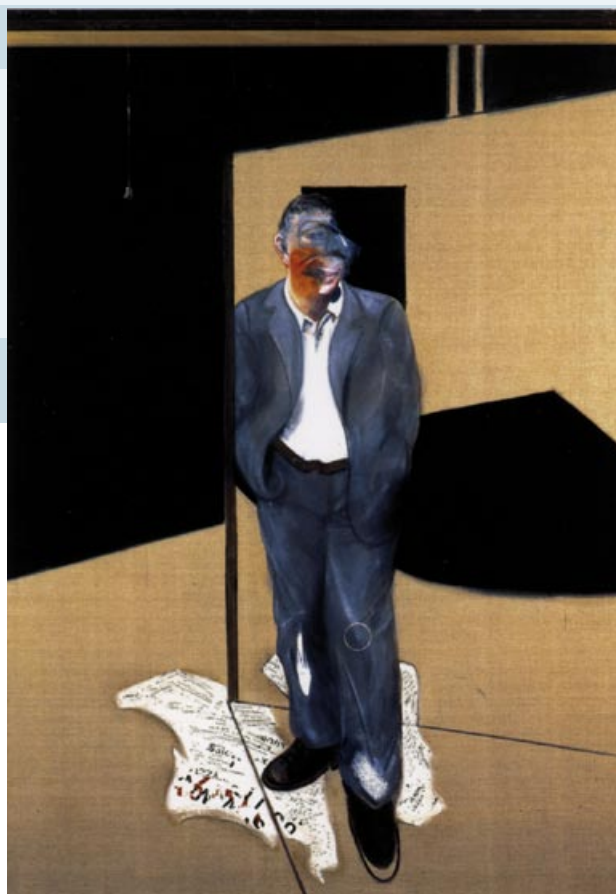
La prima cosa da considerare è la debolezza nascosta di un sistema che vuole esprimere la

qualità come esito implicito nell'eticità e nella bontà del sistema stesso, con la presunzione

di chi riverterà su altri la responsabilità dei propri fallimenti. Così sono nati apparati, uffici, professioni che si sforzano di produrre sistemi organizzativi efficaci, efficienti, onesti, verificabili e verificati, spesso mutuati dal sistema industriale, dove la perfezione teorica dovrebbe corrispondere a ciò che poi nella realtà avviene. Questo non è negativo di principio, ma molto pericoloso quando non si pone al servizio degli altri due soggetti in gioco, professionisti e pazienti, ma li considera solo come "pedine della scacchiera".

Quando per esempio voi entrate in un ospedale spesso dovete sottostare ad un percorso che non sembra adeguato a quello di cui si ha veramente bisogno ma è necessario per mantenere operativo il "sistema" che diventa il vero protagonista della vostra cura, così uno deve cercare dove andare, spesso non accompagnato, gestirsi in un sistema informatico complesso, spesso essere bloccato o rallentato perché qualcosa non funziona, accedere con fatica alle prenotazioni ed ai pagamenti, e

**di Andrea Franzetti**  
Presidente della Fondazione Mosecati



Francis Bacon, "Studio per uomo che parla", 1981

dopo aver girato qualche piano arrivare finalmente dove potrà incontrare il medico che a sua volta potrà dedicargli solo un poco del suo tempo perché dovendo rispettare tutte le procedure complesse richieste necessita tempo e molta di quell'attenzione che dovrebbe dedicare ad altro... alcuni dicono che ci vorrebbe una segretaria, altri ovviano con la disponibilità di qualche infermiera, ma chi deve arrangiarsi arriva all'incontro con il paziente già in difficoltà. La seconda debolezza è quella del professionista che, pur motivato, fatica sempre più a considerare la propria attività come "arte medica" cioè come espressione responsabile

e rischiosa del proprio tentativo nell'affrontare la malattia del prossimo.

La possibilità dell'errore diventa sempre di più una paura, non la ragione di una maggior precisione, di una maggior attenzione e di un maggior impegno su cui spendere formazione e risorse, così la prima cosa è difendersi, proteggersi negli atteggiamenti e nei rapporti che diventano sempre meno veri, sempre più distaccati ed aridi, dove la considerazione umana lascia il posto ad un sottile cinismo. Gli atteggiamenti clinici nascono sempre meno dall'esperienza documentata del professionista o dalla condivisione professionale multidisciplinare, ma devono soggiacere a linee guida che sempre più condizionano i comportamenti, ma che troppo spesso più che originare dalle società scientifiche sono opera di commissioni legislative o condizionate dal business. I professionisti sono ormai considerati come "dirigenti" aziendali ed in quanto tali sono vincolati sia nell'impostazione clinica delle attività, sia nella formazione, sia nell'utilizzo delle risorse dalle direzioni della Aziende stesse che possono essere più o meno virtuose, ma che soprattutto devono introdurre nelle decisioni che prendono così tanti condizionamenti che le vincolano e le "ingessano". Infine esiste una debolezza anche nel Paziente che si rivolge al Medico non solo per esprimere il proprio disagio, per chiedere aiuto rispetto al disturbo sintomatico che gli rende la vita problematica, al dolore che deve sopportare o all'inabilità che lo strugge, ma sempre più ricerca e pretende per se una soluzione già predefinita secondo modalità, tempi e "costi" che già pensa di sapere. Allora come si esce da questa debolezza? Alcune considerazioni e soprattutto un esempio! Noi pensiamo che il superamento di queste problematiche sia in un punto sintetico che riprenda l'idea di una comunità curante di professionisti medici che abbia nuovamente la passione e la possibilità reale di ritornare responsabile della cura, della formazione e

dell'utilizzo vero delle risorse; che la persona malata abbia il diritto di conoscere realmente chi ha davanti e chi è quello cui si affida, che non può essere solo il dirigente di un'azienda, pur prestigiosa, od un professionista incognito, che si debba sapere quello che uno fa, come lo fa, che risultati ha ottenuto, chi sono i suoi maestri ed a chi si riferisce professionalmente. Che il sistema debba essere modificabile continuamente da medici e pazienti, che possa essere utilizzato quando ritenuto utile, ma superato quando evidentemente inutile e dannoso.

In Fondazione Moscati da vent'anni è in atto questo timido tentativo che esprime come principio primo di qualità in sanità la centralità dell'arte medica ed il rapporto fiduciario tra un Paziente che sceglie il suo Medico e si fa accogliere in un luogo che tenta di essere il più semplice e familiare possibile pur mantenendo la propria efficienza.

Questo esempio professionale non vuole essere certo un altro sistema ma continuerà a porre la sfida della cura della malattia al centro di un'avventura umana che nonostante gli errori che può compiere non si sottrae mai all'affronto totale del bisogno umano, sia della persona malata che dei professionisti. In quest'avventura, in questi vent'anni, abbiamo incontrato e coinvolto centinaia di professionisti Medici e non, oggi oltre 70 tra i più importanti Medici specialisti di Milano settimanalmente qui svolgono per tutti la loro professione, incontrandosi, discutendo, condividendo scelte cliniche tra loro e con i Pazienti, accettando di essere continuamente giudicati e corretti, disponibili a costruire un'opera sempre più bella ed utile, capaci di decidere spese e di proporsi tariffe accettabili e condivisibili, fino alla possibilità di curare gratuitamente chi non potesse pagare, professionisti che si impegnano ad educare altri giovani medici ed a farli lavorare con loro, Medici che accettano di lasciare parte del ricavato alla Fondazione Moscati perché quest'opera possa essere sempre più viva e piena di possibilità.

# Le sfide etiche

## Giuramento di Ippocrate e Professionalità medica

**L'**intenzione era buona, cercare di utilizzare al meglio le risorse disponibili. Così si sono introdotti i DRG (sta per *Gruppi Riuniti per Diagnosi*), a ciascuna malattia corrisponde una diagnosi e una tariffa... la caccia al DRG più remunerativo porta ad interventi non necessari, e di farmaci o chirurgia inutile si può morire.

**di Giovanni B. Agus**  
Consigliere della Fondazione Moscati e  
Professore dell'Università di Milano

Così il Corriere della Sera, all'indomani del più grave scandalo della Sanità degli ultimi anni. In realtà, che "dal primo gennaio 1995 si opera in modo diverso e non per nuove tecniche chirurgiche introdotte da quella fatidica data, ma perché semplicemente è cambiato il *management* delle malattie, in favore di uno sciagurato efficientismo o per guadagno tramite una corsa ad operazioni inutili" lo andiamo dicendo, scrivendo, insegnando a tutti i livelli, da anni.

Come altre poche autorevoli voci, il grande medico e oncologo Gianni Bonadonna, continuamente

raccomanda ai medici di abbandonare termini (e pratiche) quali azienda e *management*, appunto. L'onestà in Medicina è semplice: attenersi alla vocazione di una professione che risale agli albori dell'umanità e che 2400 anni fa è stata codificata dal "Giuramento di Ippocrate". Ma vi è chi rifugge da quel "dettato" con le conseguenze sotto gli occhi di tutti: sono oggi ad esempio pochi i giovani medici italiani che si presentano alla cerimonia del Giuramento, documento simbolo dei principi etici del medico. Non solo. I medici del nostro paese non conoscono a sufficienza il loro codice deontologico. Eppure, nel 2008 il Giuramento si rinnova dato il continuo evolversi della scienza e i nuovi problemi etici che ciò crea. In un "compromesso" tra la conferma del ruolo millenario da una parte, e il mutare del contesto sociale e di prospettive scientifiche dall'altra, nasce il nuovo testo degli Ordini dei Medici per stare al passo con i tempi. Due le novità introdotte: l'impegno a "rifuggire da ogni indebito condizionamento" nell'esercizio della professione e a "promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente".

Nel 2002 d'altronde, era stato pubblicato sulle più importanti riviste mediche mondiali, tra cui *Lancet*, un documento sull'etica e deontologia elaborato da Società Scientifiche Americane ed Europee, denominato *Carta della professionalità medica*, al quale aveva collaborato, unico italiano, l'indimenticato Alberto Malliani. La *Carta* impegna il medico ad anteporre ai suoi, gli interessi dei pazienti, a fissare e mantenere standard di competenza e integrità e a offrire alla società consulenza esperta di salute. Tra i molti impegni, richiede di sviluppare criteri di cura costo-efficacia (l'unire sicuri risultati a costi

Francis Bacon, "Edipo e la Sfinge da Ingres", 1983



contenuti e controllati) e di evitare scrupolosamente procedure superflue poiché la fornitura di servizi non necessari non solo espone i pazienti a danni e spese evitabili, ma riduce anche le risorse a disposizione degli altri. Il direttore del *British Medical Journal* scrisse: "L'onestà medica ha oggi anche a che fare con questo concetto di risorse". Solo a voler ricordare il magistero informale dell'indimenticabile Giovanni Paolo II, anni fa a Castelgandolfo, commentando il Libro del Siracide, "quanto più sei grande, tanto più umiliati", riferendosi letteralmente a "furbi, spregiudicati, arrivisti, prepotenti, prevaricatori e superficiali" invitava ad essere semplicemente "seri e onesti" perché "la mentalità del mondo spinge a emergere, a farsi strada, magari con furbizia e senza scrupoli, affermando se stessi e i propri interessi". Tornando alla "remunerazione" da DRG si pone la domanda se vi sia obbligo di prestare cure, procedere a interventi chirurgici come angioplastica o bypass, tipici interventi per la cura della più frequente delle patologie del mondo occidentale – l'aterosclerosi, che chiude o dilata le nostre arterie – per salvare la vita a persone, magari senza un rischio prossimo per entità di patologia o aspettativa di vita. Le innovazioni e i progressi della medicina hanno rinforzato l'abitudine mentale all'idea che esiste sempre la possibilità di intervenire per salvare una vita, o meglio prolungarla. Questa tendenza genera però aspettative nei pazienti e nei loro familiari e difficoltà per il medico che propone l'opzione interventista, nel gestire poi un eventuale fallimento, le conseguenze, e magari anche il decesso. Nonché la difficoltà di prendere in considerazione l'opzione di non intervenire. Una recente indagine su medici americani (*PLoS Med.* 2008) ha fatto emergere come essi abbiano più volte la sensazione di obbligo a intervenire e di avvertire la necessità di considerare l'appropriatezza etica di un grande sforzo per raggiungere l'obiettivo. Dalla parte di pazienti e familiari, il desiderio di ottimizzare qualità della vita e longevità

è estremo, al punto che difficilmente ricordano gli aspetti negativi dell'opzione e affermano che non gli è mai stata offerta l'ipotesi di non-trattamento. In più, nel momento in cui questa opzione non viene presentata, danno per scontato che il medico confidi in un esito positivo e che non intervenire sia fuori discussione. D'altronde se l'alternativa nella scelta è il non vivere, la scelta forse non è più tale. In questo contesto emotivo la cosa più normale è che, se la terapia non ottiene i risultati, il paziente sia scioccato e demoralizzato. Tutto ciò avviene perché questioni come la morte, la qualità della vita e i limiti del trattamento non vengono affrontate in modo esaustivo nelle conversazioni tra medico e paziente sulle procedure tecniche, e ciò genera equivoci e speranze. Tali temi andrebbero esplicitati maggiormente e il medico dovrebbe inserire la possibilità di non intervenire, se vi è scarsa possibilità di successo, entrando viceversa nel merito del controllo dei sintomi e di contenimento del disagio, l'*aver cura* del paziente. E' allora comprensibile che alla luce dell'inscindibile necessità di incontrare medici abili e onesti allo stesso tempo, si sia sviluppato negli ultimi anni il criterio del "secondo parere". Può richiedere tempo e costi aggiuntivi, ma tuttavia verifica opzioni frettolose e/o interessate che una sanità "aziendalizzata" e in concorrenza può offrire a pazienti e familiari magari non sprovveduti, ma deboli. La questione è stata portata, ancora una volta negli USA, all'attenzione del più vasto pubblico sulle pagine del *New York Times* suscitando ampio dibattito e promuovendo nuove prassi decisionali prima di difficili scelte terapeutiche. La Fondazione Moscati, da tempo – dalla sua origine –, impegna i suoi medici in un confronto *onesto* con le diagnosi e le indicazioni terapeutiche condivise con specialisti di diverse branche ed esperienza, nonché con giudizi di medici di altre esperienze, in un deontologicamente corretto contrasto, laddove sia giusto che questo emerga, per il paziente.

# Un'insidia silenziosa

*L'insufficienza renale cronica*

## **U**n motivo di allarme: il continuo incremento dei pazienti in dialisi

In tutti i paesi sviluppati, si assiste ad un aumento continuo dei pazienti che richiedono un trattamento sostitutivo della funzione renale. Ogni anno il numero dei soggetti in dialisi aumenta del 2-3%,

con 160 nuovi pazienti/milione di abitanti che richiedono un trattamento dialitico. Si parla di una epidemia silenziosa a cui

la medicina moderna deve porre adeguati rimedi. L'incremento dei pazienti affetti da malattie renali è preoccupante non solo per l'impegno di risorse necessarie ad affrontare la dialisi, ma anche per l'alta incidenza di complicazioni, in particolare cardio-vascolari associate alla insufficienza renale.

## **Le cause di insufficienza renale**

Negli anni 70 si arrivava alla dialisi da nefrite o malattie congenite come il rene policistico. Ora lo scenario è cambiato: la nefropatia diabetica è la prima causa di insufficienza renale in dialisi nei paesi sviluppati; la seconda causa è la nefropatia vascolare legata specie all'ipertensione arteriosa. In parte queste forme sono favorite dall'invecchiamento della popolazione. Oggi più della metà dei pazienti che iniziano la dialisi ha superato i 65 anni, conseguentemente con molti casi di infarto, ictus o arteriopatie degli arti inferiori, creando molti problemi per i pazienti stessi, per le loro famiglie e per le strutture che li devono gestire. Si è finalmente capito che l'insufficienza renale cronica avanzata è solo la punta di un iceberg e che la malattia renale nelle fasi iniziali è molto più frequente di quanto si poteva pensare.

Quale è il messaggio che emerge da questi dati? Le malattie renali spesso hanno una evoluzione lenta e silenziosa. Si pensi che la dialisi si impone quando è stato distrutto il 90% del tessuto renale funzionante e che la malattia può avere impiegato 20 anni per provocare questo danno senza che il paziente se ne sia reso conto. Solo nelle fasi avanzate i malati avvertono sintomi generici come la stanchezza, l'insonnia, la perdita di peso, talora la cefalea che può essere legata alla ipertensione. Quindi per evitare la dialisi dobbiamo porre maggiore attenzione alle popolazioni a rischio, e agire nelle fasi iniziali della disfunzione renale.

## **Quali soggetti richiedono una particolare sorveglianza?**

I diabetici innanzi tutto. Sia la forma giovanile (diabete tipo I) che quella dell'anziano (tipo II), frequente però anche in persone di media età ed è legata al sovrappeso. Queste persone debbono misurare spesso la pressione arteriosa ed eseguire periodicamente il dosaggio della albumina nelle urine (microalbuminuria). Questo esame rivela la fase iniziale del danno renale ed è un campanello di allarme che suggerisce di correre ai ripari: da un lato un maggior controllo della glicemia, dall'altro il trattamento con farmaci in grado di bloccare la progressione del danno renale come gli ACE-inibitori.

Altra categoria di soggetti da tenere nel mirino è quella degli ipertesi. La forma più comune di ipertensione è quella cosiddetta essenziale, che deriva da fattori genetici. Perciò coloro che hanno, o hanno avuto in famiglia persone con la pressione alta dovrebbero misurare spesso la pressione. La misurazione della pressione arteriosa è una procedura che tutti

**di Enrico Imbasciati**  
Nefrologo della Fondazione Mosecati  
Scuola di specializzazione in Nefrologia.  
Università di Milano-Bicocca



facciamo una o più volte nella vita, ma non sempre viene eseguita correttamente (a riposo, in ambiente tranquillo, con misurazioni ripetute) e con apparecchi ben tarati. Un aspetto importante è come interpretare i valori che registriamo. Sappiamo che non esiste una separazione netta tra il normale e il patologico, ma esiste un valore ottimale (inferiore a 120/80), un valore "normale" (tra 120/80 e 140/90) e un valore alterato (superiore a 140/90). Le persone che hanno valori ai limiti superiori della norma, ad esempio 135/85, sono già a rischio di sviluppo di malattia renale oltre che di eventi cardiovascolari (infarto, scompenso cardiaco) e cerebro-vascolari. Da tenere sotto controllo gli obesi e coloro che hanno il colesterolo elevato; in pratica le persone che hanno un rischio di complicanze cardiovascolari hanno anche maggiori probabilità di sviluppare insufficienza renale. Infine, malattie del sistema immunitario come il Lupus e le vasculiti o malattie del sangue come il mieloma, che comportano spesso un interessamento renale legato a fattori circolanti nel sangue capaci di danneggiare il rene. In tutti questi casi è necessaria una appropriata sorveglianza e in presenza di anomalie delle urine o della funzione renale è utile la consulenza del nefrologo per procedere ad approfondimenti specifici come la biopsia renale.

### **Quali esami e quale significato**

Prima o poi quasi tutti facciamo qualche esame di laboratorio. Tra questi l'esame delle urine e la creatininemia, che sono gli esami di funzione renale più semplici. Non sempre è facile capirne il significato. Ad esempio il riscontro di tracce di sangue o di albumina nelle urine può non avere alcun significato patologico: occorre ripetere l'esame con alcune precauzioni (lontano dal ciclo mestruale nella donna, non in concomitanza con un intenso esercizio fisico). Solo quando la positività di questi dati viene confermata è utile procedere ad altri esami come l'ecografia dell'apparato urinario o esami di laboratorio più specifici per le malattie renali. Un altro esempio è il valore della creatinina nel sangue. I reperti di labo-

torio di solito riportano come valore normale un livello di creatinina fino a 1.4 mg/dl. Questo valore per una donna è già indice di insufficienza renale. In realtà i limiti di normalità variano con il sesso (minori nelle donne rispetto agli uomini) con l'età (più alti nell'anziano) e con le masse muscolari (più alti nei soggetti con muscoli più sviluppati). Esistono delle formule che permettono di misurare con maggiore precisione la funzione renale a partire dai valori di creatinina e delle caratteristiche del soggetto. Anche in questo caso valori lievemente alterati debbono essere confermati con un secondo esame e destano preoccupazione soprattutto se associati anche ad anomalie dell'esame delle urine.

### **Quali prospettive di cura nel caso di riscontro di una malattia renale?**

Gran parte delle condizioni citate possono giovare di terapie specifiche. Soprattutto coloro che hanno una disfunzione renale silente legata a ipertensione arteriosa dovrebbero curarla a fondo, preferibilmente con farmaci come gli inibitori del sistema renina-angiotensina (i cosiddetti ACE-inibitori o farmaci affini). Il trattamento ha come obiettivo il mantenere la pressione arteriosa a valori non superiori a 130/80, raggiungibile più facilmente attraverso l'autocontrollo della pressione a domicilio. Tali farmaci dovrebbero essere prescritti anche ai diabetici con microalbuminuria, nonostante l'assenza di pressione arteriosa elevata. Le persone in sovrappeso dovrebbero imparare a controllare il proprio introito alimentare e i fumatori dovrebbero smettere definitivamente. Studi su larga scala hanno dimostrato la possibilità di bloccare la progressione delle malattie renali attraverso questi provvedimenti soprattutto se attuati con la partecipazione dell'interessato e attraverso la collaborazione del medico di famiglia con i diversi specialisti implicati. Infatti, prevenendo e curando precocemente l'insufficienza renale facciamo opera di prevenzione anche per le malattie cardiovascolari che sono così comuni nella nostra società.

# Cronicità e disabilità

*Razionalizzare le risorse*

**S**empre più occorre un modo di pensare ed operare che ridoni agli operatori la centralità nell'evoluzione culturale e pratica dell'assistenza all'anziano.

La risposta del SSN all'invecchiamento della popolazione dovrebbe essere guidato dalle

conoscenze acquisite in campo biologico e clinico dell' Human aging, che risente dell'interazione tra fattori genetici e

ambientali. I bisogni dell'anziano, soprattutto dell'ultraottantenne, non sono gli stessi del giovane.

Altrettanto, secondo l' OMS, la prevenzione e la riduzione della disabilità dovrebbero rappresentare gli obiettivi fondamentali della Geriatria. Ma la produzione di una buona assistenza sanitaria richiede:

- 1) risorse economiche, umane e culturali;
- 2) procedure idonee per realizzare gli obiettivi preposti;
- 3) risultati misurabili.

Per quanto riguarda le risorse, la spesa destinata alle strutture ospedaliere, continua a prevalere. La popolazione ultranovantenne è aumentata di sette volte negli ultimi 40 anni, e aumenterà ancora; essa ha esigenze particolari.

I farmaci rappresentano il 12% circa del totale della spesa pubblica sanitaria (15% circa in Francia e Germania); sicuramente si potrebbe risparmiare applicando correttamente le linee guida e le esistenti valutazioni del rapporto costo-beneficio dei farmaci utilizzati: gli anziani sono grandi consumatori di pillole.

Molti problemi medici dell'anziano continuano ad

essere affrontati con i soli farmaci; la terapia non farmacologica non è ancora molto conosciuta, e pertanto poco applicata, soprattutto nelle Residenze per Anziani ((RSA).

Il settore sociale dovrebbe svolgere con più proprietà le sue funzioni, evitando soprattutto l'abbandono sociale e la solitudine, indicatori dell'efficienza dei servizi con tale tipologia.

La spesa assistenziale, al contrario di quella sanitaria grava pesantemente sulle famiglie: sarà probabilmente necessario per il futuro un'integrazione assicurativa contro i rischi della disabilità e della non autosufficienza, come è già successo in altre nazioni europee.

L'assistenza domiciliare (solo il 9% degli anziani la riceve, mentre il 2% risiede in strutture di ricovero) attualmente è gestita prevalentemente dal settore pubblico; non è sempre soddisfacente, tanto da spingere le famiglie a soluzioni estemporanee, ricorrendo all'aiuto di lavoratori extracomunitari. L'assistenza extraospedaliera, rimane da definire nei metodi e nelle risorse per adeguarla alle esigenze dei più vecchi. La prevenzione è un punto cruciale, ancora ignorato nella pratica geriatrica; richiede l'individuazione dell'anziano fragile, che è il target primario dell'impegno geriatrico; l'applicazione di metodologie basate su tecnologie, informatizzazione, organizzazione e cultura specifica, è indispensabile per ottenere risultati positivi. Anche il vigente Ordinamento Universitario del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, non ha previsto tra obiettivi formativi, il problema dell'anziano fragile e del disabile. Il numero degli anziani fragili, ospiti di strutture e residenze è

**di Luciano Lazzaroni**  
Direttore Sanitario  
della Fondazione Moscati



Francis Bacon, "Figura in piedi davanti a un lavandino" 1976

destinato ad aumentare in Italia, così come la spesa conseguente, creando la necessità di disporre di procedure clinico-terapeutiche adatte alla long-terme care, orfana di cultura e di interesse. Le proiezioni consentono di stimare i disabili dal 1.200.000 del 2000 al 1.900.000 nel 2020; è facile pertanto prevedere problemi gestionali, se non si ricorrerà a soluzioni

razionali e tecnicamente avanzate, ma anche economicamente plausibili, in grado di gestire con equità le risorse disponibili. E' dimostrato che la prevalenza della disabilità può ridursi e che è possibile conservare le funzioni e la salute nell'anziano ricorrendo ad adeguati aggiustamenti ambientali, sociali, economici e culturali.

*Si evince in conclusione, la necessità di esperienze che vogliamo definire positive come la **RSA Fondazione Moseati**, il suo **Centro Diurno Integrato (CDI)** e il suo recente servizio di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** (Tel. 02-55187239 / 348-7292558) o l'esempio di **RSD "Marco Teggia"** qui presentato.*

# La residenza *“Marco Teggia”* per disabili *di Vigevano*

**di Massimo Croci**  
Pneumologo  
della Fondazione Mosecati

**L**a Fondazione Maddalena Grassi è un ente senza scopo di lucro che opera nell'ambito dell'assistenza sanitaria, domiciliare e residenziale, nato nell'aprile 1991 per iniziativa di un gruppo di medici, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali che già da tempo offrivano, in forma volontaria, assistenza sanitaria domiciliare a persone affette da malattie cronico – degenerative, neoplastiche ed infettive (AIDS). Essa è sorta in memoria di Maddalena Grassi, la cui famiglia ha voluto contribuire alla costituzione di una realtà che prestasse opera quotidiana in favore di chi soffre per malattia e infermità. Attraverso la propria attività assistenziale la Fondazione Maddalena Grassi incontrò i signori Rondo, noti industriali di Vigevano, in occasione della malattia di uno dei coniugi. Questo segnò l'inizio di un rapporto di fiducia e di stima, che li portò a lasciare in eredità alla Fondazione, nel 1999, la propria dimora. Fu così possibile di realizzare un Centro Polifunzionale, che attualmente comprende: un ambulatorio polispecialistico e una palestra per attività di riabilitazione, attivati nel 2004; una comunità psichiatrica a media assistenza; un centro diurno per malati psichiatrici; un centro per soggetti affetti da malattie neurodegenerative classificato, sulla base della normativa vigente in regione Lombardia, come residenza sanitaria assistenziale per persone con disabilità (D.G.R. 12620/2003). Al piano terra della villa si trovano gli spazi comuni; al secondo piano le camere, la sala da

pranzo, un piccolo soggiorno e gli spazi privati. Questa struttura è in grado di accogliere **diciotto pazienti**, garantendo prestazioni ad elevato grado di integrazione sanitaria, con programmi individualizzati e, ove possibile, con il coinvolgimento della famiglia allo scopo di accompagnarli in un percorso terapeutico riabilitativo in grado di mantenere, quantomeno, se non di migliorare le abilità residue. I pazienti portatori di gravi lesioni al sistema nervoso, centrale o periferico, sono caratterizzati da un bisogno assistenziale estremamente variabile nelle modalità (necessità fisioterapiche, nutrizionali, di facilitazione alla comunicazione, ecc... che si combinano in modi diversi da caso a caso) ma sempre ad elevata intensità e per periodi di tempo, a volte, molto prolungati. Questa domanda incontra scarse risposte, dopo la fase diagnostico/terapeutica (ospedale per acuti), nelle strutture esistenti così che i pazienti, di solito, non trovano collocazioni in grado di rispondere alla loro domanda d'assistenza. E' inoltre necessario fornire anche un'adeguata risposta ai bisogni delle famiglie, che devono gestire una situazione distruttiva ma che, se adeguatamente supportate, possono svolgere un ruolo attivo, realizzando, con un'équipe multidisciplinare, un programma di assistenza alla persona sulla base di un progetto individuale. La nostra struttura si pone il compito di offrire un clima di profonda accettazione di ogni paziente con i suoi problemi e di esplicita



Francis Bacon, "Figura distesa" 1958

sottolineatura del valore intrinseco di ogni persona. Dalla sua apertura nel novembre 2005 la RSD di Vigevano ha accolto 38 persone provenienti sia dalla ASL di Pavia che da Altre ASL lombarde. Proprio in considerazione della tipologia di pazienti a cui la nostra RSD si rivolge, la struttura organizzativa e la tipologia del personale che in essa opera risponde alle esigenze di assicurare un intervento sanitario, assistenziale e riabilitativo importante: copertura infermieristica 24 ore al dì, 3 fisioterapisti, presenza medica quotidiana e reperibilità notturna, presenza programmata di specialisti con competenze riabilitative, neurologiche, pneumologiche, nutrizionali. Ad oggi, dei 38 ospiti accolti: 7 sono tornati al domicilio dopo un periodo di sollievo, 10 sono stati trasferiti ad altra struttura, perché più vicina al domicilio del nucleo familiare d'origine o perché più consona alle loro caratteristiche (cioè meno medicalizzata) e 3 sono deceduti; 18 sono attualmente degenti; di questi tre sono dipendenti dalla ventilazione meccanica praticata

attraverso tracheotomia ed altri cinque si trovano in condizione di stato vegetativo.

Dalla fine del 2006 abbiamo raggiunto la saturazione dei posti letto e da allora abbiamo sempre avuto una lista d'attesa; oltre alle persone inserite abbiamo ricevuto richieste per altri 20 inserimenti che purtroppo non abbiamo potuto accogliere perché i posti letto erano tutti occupati. Anche se la RSD rappresenta una struttura destinata non alla riabilitazione ma alla lungodegenza, il nostro ambito residenziale è un luogo riabilitativo nell'accezione più ampia del termine: riportare cioè una persona alla migliore situazione possibile di benessere a partire dalle condizioni in cui si trova; questo richiede a tutti gli operatori coinvolti di confrontarsi non con la perdita di capacità e di autonomia degli ospiti, che pure è presente ed anche in misura elevata, ma con l'umanità che queste persone esprimono.

L'esempio più clamoroso di questa modalità d'affronto della realtà è stato l'impegno profuso da alcuni operatori affinché una nostra ospite, affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica e totalmente dipendente dalla ventilazione meccanica, potesse partecipare alla cerimonia di battesimo del suo primo nipote: la signora fu accompagnata in chiesa utilizzando un centro mobile di rianimazione, ove poté assistere alla cerimonia senza che vi fossero complicazioni di alcun tipo e quindi rientrò in RSD. Questo episodio, anche se eclatante, non costituisce un'eccezione ma piuttosto un paradigma di come gli operatori della RSD "Marco Teggia" vogliono rispondere alla domanda di umanità dei loro ospiti.

### ***"Marco Teggia: un medico, un uomo, un amico"***

*Marco Teggia si è spento a 51 anni, nel dicembre del 2000. Morendo ha lasciato la moglie e quattro figli ancora giovani, e tanti, tantissimi amici che gli erano particolarmente affezionati. La Fondazione Maddalena Grassi era tra questi ed è stato naturale per noi intitolare a Marco il luogo dove il senso più profondo del mistero dell'uomo si rinnova ogni giorno".*

# Viaggio a Lourdes

150 anni dopo

**A**ncora una volta, in questo anno del tutto particolare, proponiamo il Pellegrinaggio a Lourdes per gli ospiti della Fondazione san Giuseppe Moscati, con i loro familiari, medici, collaboratori, volontari. E' infatti anche l'anno del **giubileo**, cioè dei 150 anni dopo "quel" 1858, in cui un angolo sino ad allora remoto e sconosciuto dei Pirenei s'infiammò di colpo di speranza.

Quest'anno sono attesi dieci milioni di fedeli!

La definizione di pellegrinaggio indica un "viaggio per", un andare finalizzato, un tempo che la persona stralcia dal tessuto ordinario della propria vita (luoghi, rapporti, produzione di reddito) per riconoscere che **il mistero** è

parte e significato costante della nostra vita se lo accogliamo.

**La felicità** è proprio questo: il mistero che si rende presente e accompagna la nostra vita. Quindi recarsi in pellegrinaggio in luoghi ove il mistero si è fatto particolarmente visibile ed incontrabile educa la nostra superficialità, la abituale dimenticanza con cui viviamo la maggior parte del tempo.

La giornata a Lourdes è molto piena: i canti, i cori, il silenzio racchiudono tutta la felicità e il dolore dei partecipanti; **il cammino proposto** è un aiuto a capire meglio quale è la meta della vita, quella vera, quella che non delude, quella che tutti in modo talvolta confuso e contraddittori cercano.

Ecco perché come in altre occasioni ci riproponiamo momenti di cammino, di pellegrinaggio, che ci conducano dentro una esperienza di convivenza e di speranza certa, perché abbiamo bisogno di capire di più; quello che ci accade è il bene per noi in questo momento.

Seguire il pellegrinaggio a Lourdes è una esperienza importante anche per i "nostri anziani": i pensieri spesso angoscianti, si attenuano, si sentono più sereni contenti, anche grazie alla tangibile disponibilità dei volontari dell'O.F.T.A.L. che rendono il viaggio, il soggiorno particolarmente agevole e, "miracolosamente facile" alle persone con maggiori necessità assistenziali.

E' proprio il caso di dire: provare per credere!

[ Luciano Lazzaroni ]

Francis Bacon, "Studio per il ritratto di Lucian Freud" 1964



## *Il Poliambulatorio Moscati. Specialità e specialisti.*

Maltagliati Angela	Allergologia	Landi Andrea	Neurochirurgia
Carugo Stefano	Cardiologia	Valli Giorgio	Neurologia
De Martini Mario	Cardiologia	Martina Elisabetta	Oculistica
Ferrari Alberto	Cardiologia	Nassivera Cristina	Oculistica
Grieco Antonio	Cardiologia	Ricci Pietro	Oculistica
Montemerlo Massimo	Cardiologia	Schweizer Fiammetta	Oculistica
Pugliese Raffaele	Chirurgia generale	Forcellini Pierantonio	Odontoiatria
Cipollini Tito	Chirurgia plastica	Bigoni Marco	Ortopedia
Agus Giovanni Battista	Chirurgia vascolare	Gorla Massimo	Ortopedia
Sarcina Antonio	Chirurgia vascolare	Lovi Alessio	Ortopedia
Zorzoli Cesare	Chirurgia vascolare	Mapelli Sergio	Ortopedia
Croci Simonetta	Dermatologia	Paronzini Alberto	Ortopedia
Scarabelli Gabriele	Dermatologia	Randelli Pietro	Ortopedia
Buttaro Anna	Dietologia	Zagra Luigi	Ortopedia
Milandri Valentina	Dietologia	Bouzin Chantal	Ortottica
Sonato Augusta	Dietologia	Bertacchi Francesco	Osteopatia
De Simoni Mario	Ecotomografia	Arisi Elena	Otorinolaringoiatria
Garbetta Francesca Romana	Endocrinologia	Bigoni Angiolino	Otorinolaringoiatria
Fabbri Raffaella	Fisiatria	Bigoni Antonio Guido	Otorinolaringoiatria
Montesano Angelo	Fisiatria/Med. interna	Bottazzi Gianna Maria Luisa	Otorinolaringoiatria
Albanese Fabio	Fisioterapia	Capone Davide	Otorinolaringoiatria
Mazzoleni Luca	Fisioterapia	Casati Luca	Otorinolaringoiatria
Bozzani Alberto	Gastroenterologia	Dragonetti Alberto	Otorinolaringoiatria
Tel Aldo	Gastroenterologia	Dulcetti Nicoletta	Otorinolaringoiatria
Zanasi Giulio	Gastroenterologia	Franzetti Andrea	Otorinolaringoiatria
Lazzaroni Luciano	Gerontologia	La Pietra Gabriele	Otorinolaringoiatria
Aletti Leandro	Ginecologia	Paterlini Giuseppe	Pediatria
Bozzo Gabriella	Ginecologia	Centemeri Roberto	Posturologia
Scarfone Giovanna	Ginecologia	Monzani Giordano	Posturologia
Vignali Michele	Ginecologia	Broggi Paola	Psicologia
Capetti Amedeo	Infettivologia	De Sabbata Roberta	Psicologia
Casalichio Emanuela	Logopedia	Sabbadini Maria Grazia	Reumatologia
Ferrario Laura Virginia	Medicina Interna	Borotto Dario	Urologia
Turpini Chiara Medicina	Interna	Mandressi Alberto	Urologia
Imbasciati Enrico	Nefrologia		



**VIA ORTI - ESPERIENZE DI SALUTE • A CURA DELLA FONDAZIONE S. GIUSEPPE MOSCATI-ONLUS** Supplemento a Tempi n°39 del 25 settembre 2008 • Fondazione San Giuseppe Moscati - Onlus • Via Orti, 27 - 20122 Milano • tel. 02/55187239 - fax 02/5517754. Hanno collaborato: **Coordinamento redazionale:** Giancarlo Tettamanti **Coordinamento scientifico:** Giovanni Battista Agus **Coordinamento editoriale:** Giuseppe Costa **Comitato di redazione:** Giovanni Battista Agus, Angiolino Bigoni, Giancarlo Cesana, Giuseppe Costa, Andrea Franzetti, Luciano Lazzaroni, Paolo Alberto Polizzi, Raffaele Pugliese, Adriano Rusconi, Giancarlo Tettamanti, Giorgio Vittadini, Giuseppe Zola **impaginazione:** Dario Codognato **Fotocomposizione e stampa:** Arti Grafiche Fiorin SpA - San Giuliano Milanese (MI)

**[www.fondazionemoscati.it](http://www.fondazionemoscati.it)**