

---

Corso di Perfezionamento interattivo  
“Ippocrate nell’era ipertecnologica”  
*appuntamento con la clinica*

a.a. 2012/2013

Sintesi

---

*Presidente:* Sergio Dalla Volta, Padova

*Coordinatore generale e responsabile scientifico:* Claudio Rapezzi, Bologna

*Seminari:* Bologna Responsabile Claudio Rapezzi

Trieste Responsabile Gianfranco Sinagra

Milano SR Responsabile Ottavio Alfieri

Pallanza Responsabile Claudio Rapezzi

*Tavola Rotonda Moderatori:*

Fabio Gabrielli; Sergio Dalla Volta

*edito a cura di*  
Giuseppe Riggio e Fabio Gabrielli

*hanno collaborato:*

Eros Barantani

Silvia Gamba

Alberto Salvadori



Fondazione di cultura per la cardiologia  
e le scienze multidisciplinari  
Livia e Vittorio Tonolli  
con il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche



libera Università degli studi L.U.de.S. Lugano

Formazione e Management  
Livia e Vittorio Tonolli School  
Fondazione ONLUS  
accreditamento della Regione Piemonte





Patrocinio al *Seminario di approfondimento clinico* Pallanza:



Ordine dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri del VCO



La “Mission” della Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari “Livia e Vittorio Tonolli” e della Fondazione Onlus Formazione e Management “Livia e Vittorio Tonolli School”, ispirata ai principi fondamentali dei diritti umani sociali etici, è formare i giovani in assoluta libertà di insegnamento e apprendimento in vari campi e senza confini, con orientamento verso la prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari con particolare attenzione ai bambini cardiopatici nei paesi in via di sviluppo e al singolo malato.

Con noi per una salute e una vita migliore.



Fondazione di cultura per la cardiologia  
e le scienze multidisciplinari  
Livia e Vittorio Tonolli  
*con il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche*

Corso Nazioni Unite 64 28925 Verbania Suna (VB)  
Tel. Segr. 0323 501374 Presidente 3482654957  
Fax 0323 508160  
e-mail: [info@fondazionecardiologiatonolli.it](mailto:info@fondazionecardiologiatonolli.it)  
[www.fondazionecardiologiatonolli.it](http://www.fondazionecardiologiatonolli.it)

Formazione e Management  
Livia e Vittorio Tonolli School  
Fondazione ONLUS  
accreditamento della Regione Piemonte



*Consiglio di Amministrazione*

Prof. Giuseppe Riggio, *Presidente* - Verbania  
Prof. Eros Barantani, *Vice Presidente* - Verbania  
Dott. Ugo Palmieri, *Tesoriere* - Verbania  
Dott. Peppino Cattano - Arona (NO)  
Dott. Ugo Gabino - Milano  
Dott. Silvia Gamba - Verbania  
Prof. Avv. Gianfranco Negri Clementi - Milano

*Comitato Scientifico*

Prof. Sergio Dalla Volta, *Presidente* - Padova  
Dott. Marco Bobbio - Cuneo  
Prof. Luciano Daliento - Padova  
Prof. Silvio Garattini - Milano  
Prof. Benedetto Marino - Roma  
Prof. Claudio Rapezzi - Bologna  
Dott. Rosario Russo - Padova  
Prof. Gianfranco Sinagra - Trieste

*Consiglio di Amministrazione*

Dott. Ugo Gabino, *Presidente* - Milano  
Prof. Eros Barantani, *Vice Presidente* - VB  
Dott. Ugo Palmieri, *Tesoriere* - Verbania  
Dott. Massimo Riggio - Milano  
Dott. Alberto Salvadori - Verbania

Segreteria Scientifica:  
Fondazione di cultura per la cardiologia  
e le scienze multidisciplinari “Livia e Vittorio Tonolli”  
Verbania Pallanza  
Tel. 0323 501374 fax 0323 508160  
e-mail: [info@fondazionecardiologiatonolli.it](mailto:info@fondazionecardiologiatonolli.it)

Segreteria Organizzativa:  
Victory Project Congressi s.r.l.  
Via Poma, 2 – 20129 Milano  
Tel. 02. 89053524 Fax 02. 201395  
e-mail: [info@victoryproject.it](mailto:info@victoryproject.it)



---

Corso di Perfezionamento interattivo  
“Ippocrate nell’era ipertecnologica”  
*appuntamento con la clinica*

a.a. 2012/2013

Sintesi

---

*Presidente:* Sergio Dalla Volta, Padova

*Coordinatore generale e responsabile scientifico:* Claudio Rapezzi, Bologna

*Seminari:* Bologna Responsabile Claudio Rapezzi

Trieste Responsabile Gianfranco Sinagra

Milano SR Responsabile Ottavio Alfieri

Pallanza Responsabile Claudio Rapezzi

*Tavola Rotonda Moderatori:*

Fabio Gabrielli; Sergio Dalla Volta

*edito a cura di*

Giuseppe Riggio e Fabio Gabrielli

*hanno collaborato:*

Eros Barantani

Silvia Gamba

Alberto Salvadori



Fondazione di cultura per la cardiologia  
e le scienze multidisciplinari  
Livia e Vittorio Tonolli  
*con il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche*



libera Università degli studi L.U.de.S. Lugano

Formazione e Management  
Livia e Vittorio Tonolli School  
Fondazione ONLUS  
accreditamento della Regione Piemonte



**DOCENTI AI SEMINARI** (in ordine alfabetico)

**Alfieri Ottavio**

Cardiochirurgia Ospedale-Università San Raffaele, Milano

**Amati Silvia** - Rimini

**Arduini Daniele** - Parma

**Barantani Eros**

Coordinaz. didattica e scientifica Fondazione Tonolli, Primario Endocrinologo, Ist. Auxologico Italiano di Piancavallo (VB)

**Barbieri Andrea** - Modena

**Bellanti Giancarlo** - Ravenna

**Benussi Stefano** - Cardiochirurgia Ospedale-Università San Raffaele, Milano

**Berardini Alessandra** - Università di Bologna

**Biagini Elena** - Università di Bologna

**Bobbio Marco** - Dir. della SC di Cardiologia, AO Santa Croce e Carle di Cuneo

**Bono Michele** - Direttore U O A di Cardiologia, Sciacca-Ag

**Boriani Giuseppe** - Università di Bologna

**Branzi Angelo** - Direttore Cardiologia Università di Bologna

**Calzolari Massimo** - Reggio Emilia

**Carigi Samuela** - Rimini

**Cavo Michele** - Università di Bologna

**Cecchi Franco** - Università di Firenze

**Cocchi Massimo\***

Direttore Scientifico Ist. "Paolo Sotgiu"- Università L.U.de.S., Lugano

**Coccolo Fabio** - Università di Bologna

**Daliento Luciano** - Prof. Ordinario di Cardiologia, Università di Padova

**Dalla Volta Sergio** - Professore Emerito di Cardiologia, Univ. di Padova

**Della Casa Stefano** - Lugo

**Denti Massimo** - Cardiochirurgia Ospedale-Università San Raffaele, Milano

**Fallani Francesco** - Università di Bologna

**Ferlini Alessandra** - Università di Ferrara

**Ferrara Rossella** - Imola

**Ferrini Donatella** - Forlì

**Francesconi Andrea\*** - Professore Università degli Studi di Trento, CER GAS Università Bocconi, Milano

**Fucili Alessandro** - Ferrara

**Fumero Andrea** - Cardiochirurgia Ospedale-Università San Raffaele, Milano

**Gabrielli Fabio\***

Preside della Facoltà di Scienze Umane, Libera Università degli Studi di Scienze Umane e Tecnologiche di Lugano (L.U.de.S.)

**Gamba Silvia** - Dir. Lab. Analisi "Eremo di Miazzina" Verbania

**Grigioni Francesco** - Università di Bologna

**Labanti Graziana** - Università di Bologna

**La Canna Giovanni** - Lab. Ecografia Cardiochirurgia Ospedale-Università San Raffaele, Milano

**Longhi Simone** - Cardiologia Università di Bologna

**Magnani Gaia** - Università di Bologna

**Marziliano Nicola** - Parma

**Merli Elisa** - Faenza

**Moja Egidio\*** - Dir. Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Univ. Milano

**Navazio Alessandro** - Guastalla  
**Negrone Silvana** - Imola  
**Pancaldi Leonardo** - Università di Bologna  
**Pancaldi Stefano** - Università di Bologna  
**Pasquale Ferdinando** - Università di Bologna  
**Pedone Chiara** - Università di Bologna  
**Perugini Enrica** - Università di Bologna  
**Piepoli Massimo** - Piacenza  
**Ragni Luca** - Università di Bologna  
**Rapezzi Claudio**  
Professore Associato di Cardiologia e Direttore Unità di Cardiologia, Dip.di Cardiologia, Università di Bologna  
**Riggio Giuseppe**  
L.D. in Semeiotica Medica, Univ. di Milano, Primario di Cardiologia f.r, Coordinaz. scientifica e didattica  
Fondazione Tonolli  
**Russo Antonio** - Università di Bologna  
**Saccà Saverio** - Università di Bologna  
**Salvadori Alberto** - Dir. Lab. Fisiopat. Resp. Ist. Auxologico Piancavallo Verbania  
**Salvi Fabrizio** - Università di Bologna  
**Seri Marco** - Università Bologna  
**Sinagra Gianfranco** - Direttore S.C. di Cardiologia, Ospedale di Trieste.  
Professore Associato di Cardiologia, Università di Trieste  
**Urbinati Stefano** - Università Bologna  
\* Letture magistrali

**Discenti al Seminario di Pallanza (in ordine alfabetico)**

*Aprà Ornella – Verbania*  
*Barioli Alberto – Padova*  
*Boccalini Francesca – Padova*  
*Bonardi Nicoletta – Verbania*  
*Buia Veronica – Milano*  
*Calabrò Federica – Padova*  
*Del Corso Filippo – Bologna*  
*Doimo Sara – Trieste*  
*Gagliardi Christian – Bologna*  
*Gallo Pamela – Bologna*  
*Gaspari Antonella – Verbania*  
*Magnani Silvia – Trieste*  
*Mazzotti Elisa – Padova*  
*Milandri Agnese – Bologna*  
*Mondin Federica – Padova*  
*Morosin Marco – Trieste*  
*Nangeroni Giulia – Cuneo*  
*Pedroni Annalisa - Verbania*  
*Piana Matilde – Verbania*  
*Piovaccari Giulia – Cesena*  
*Porto Andrea – Trieste*  
*Ramoni Anna Chiara - Verbania*  
*Recchia Anna - Verbania*  
*Russo Marco – Trieste*  
*Silvestri Patrizia – Verbania*  
*Sollazzo Luigia - Verbania*  
*Tradigo Fiammetta – Verbania*  
*Traina Cettina - Milano*

## INDICE

Presentazione

“Ippocrate nell’era ipertecnologica”: Le sintesi critiche

La comunicazione in cardiologia: Lettura

Il Management in cardiologia: Lettura

Tavola Rotonda: Introduzione

“Medical Humanities”: Commento

“Come Internet modifica la domanda di assistenza e le aspettative terapeutiche” Commento

“In un sistema con risorse limitate quali le priorità nella richiesta di assistenza cardiocirurgica?”

“Medicina della responsabilità e della sostenibilità”

“I segnali psichiatrici e cardiologici scritti nelle piastrine”: Lettura

Considerazioni conclusive “Il pensiero del clinico”

Considerazioni conclusive “Il pensiero del filosofo”

*Conclusioni*

*La lotta fra pensiero scientifico e pretese dell'anima,  
che travaglia la nostra civiltà,  
è una lotta vana che può essere risolta con un progetto,  
una direzione nella quale impegnarsi.*  
Robert Musil

### **Presentazione**

*Mai come in occasione di quest'ultimo corso di perfezionamento ho percepito non necessaria, seppure doverosa, la mia presentazione tanto da pensare a Jean Cocteau quando racconta di Picasso il quale ritoccando in vari momenti e giorni un suo dipinto, un giorno se ne astenne essendosi accorto che il dipinto "viveva di vita propria, non era più suo", come dire che questo Corso, visto il successo tra gli specializzandi, si è già presentato da solo, articolato in più seminari plurisede (Bologna, Trieste, Milano SR, Pallanza) grazie al vento innovativo voluto dal Comitato scientifico della Fondazione Tonolli. Le "letture" sulla comunicazione e sul management hanno integrato la grande protagonista: la clinica. Anche la interattività ha potuto sperimentare vie nuove tracciando percorsi metodologici originali. La tavola Rotonda infine, grazie alla collaborazione della Libera Università di Scienze umane e tecnologiche, di Lugano, Presidente Manuela di Martino, Preside Fabio Gabrielli, Direttore scientifico Massimo Cocchi, ha potuto affrontare un tema difficile ed arduo nelle prospettive avvalendosi delle esemplari competenze umanistiche (filosofia e antropologia in particolare) tanto da lasciar sperare che le attese dell'uomo sofferente, pur nella travolgente medicina ipertecnologica, prevarranno.*

Pallanza, giugno 2013

Giuseppe Riggio

La sintesi degli atti ed alcune relazioni per esteso sono riportate su  
**[www.tonolli.it](http://www.tonolli.it)**

# IPPOCRATE NELL'ERA IPERTECNOLOGICA

appuntamento con la clinica

comunicazione

management

sintesi critiche

letture



Seminario Bologna 1 marzo 2013

“Le cardiomiopatie: una interfaccia tra la cardiologia e le altre specialità mediche”  
*sintesi critica*

Seminario Pallanza 7 giugno 2013

“Seminario di approfondimento clinico:  
le decisioni difficili in cardiologia, un approccio attraverso casi clinici” *sintesi critica*

**Prof. Claudio Rapezzi**  
Cardiologia Università Bologna

*Il filo conduttore che lega gli eventi è rappresentato dal tentativo di dare una risposta a due domande particolarmente importanti per il clinico:*

- *da dove nascono le difficoltà nel prendere decisioni cliniche (in particolare terapeutiche)?*
- *quali sono le cause ed i meccanismi più frequenti alla base degli errori clinici?*

*Mentre a Bologna questi due problemi sono stati affrontati avendo come riferimento lo scenario del paziente con cardiomiopatia, a Verbania il ventaglio delle situazioni mediche e chirurgiche è stato più articolato comprendendo sia le malattie miocardiche sia le valvulopatie e la cardiopatia ischemica sia le cardiopatie congenite dell'adulto.*

*Dai lavori, come sempre, interattivi e caratterizzati da ampio spazio e per un'aperta discussione tra partecipanti e docenti, sono emerse alcune risposte:*

- **Le comorbidità.** *La presenza di patologie contemporanee di diversi organi o apparati e/o l'età avanzata del paziente rappresentano la situazione di maggiore difficoltà della pratica clinica. In tale contesto è difficile non solo interpretare fisiopatologicamente i segni e i sintomi, ma anche prevedere l'outcome e stratificare la prognosi. In questo ambito è cruciale non solo la cultura e la preparazione specifica del clinico ma soprattutto la sua “saggezza” che può derivare solo dall'esperienza. È importante in modo particolare un approccio globale che non scotomizzi le singole malattie per affrontarle con l'aiuto di linee guida dedicate.*

- **La disfunzione ventricolare.** *Rappresenta forse il singolo più importante determinante degli errori decisionali, operativo in tutti gli scenari, dalle cardiomiopatie alle cardiopatie congenite. Alcuni esempi sottolineati in modo particolare nel seminario di Verbania:*

- o *Dilatazione-ipocinesia del ventricolo sinistro e insufficienza mitralica: l'insufficienza valvolare è organica o funzionale?*

- o *Disfunzione ventricolare destra nel paziente con Tetralogia di Fallot sottoposto a correzione chirurgica*

- o *Disfunzione ventricolare sinistra e stenosi aortica: siamo sicuri che la stenosi sia realmente severa e, soprattutto, che la disfunzione ventricolare migliori dopo la sostituzione valvolare?*

**L'adesione letterale a protocolli e linee guida.** *Nonostante gli indubbi meriti derivanti dalla loro capacità di diffondere le informazioni e di elevare il livello medio di cultura medica, l'adesione letterale e acritica alle linee guida è un rischio reale nella pratica medica attuale in grado di produrre effetti devastanti riducendo le decisioni mediche a ricette di cucina e ipersemplificando scenari fisiopatologici intrinsecamente complessi.*

**L'effetto moda** *connesso alla diffusione di una cultura superficiale su alcune malattie di recente identificazione (si pensi all'esempio del miocardio non compatto o alla displasia aritmogena). Si tratta di condizioni in genere iperdiagnosticate o ipersospettate a discapito sia di altre specifiche malattie sia di varianti normali*

**Il ruolo della genetica nell'espressione fenotipica delle malattie.** *È il caso soprattutto, ma non esclusivamente, delle cardiomiopatie. La consapevolezza della base genetica di una malattia spesso rappresenta una reale opportunità per perfezionare il livello della diagnosi, identificare familiari in fase pre-clinica, stratificare più correttamente il rischio di eventi.*

Seminario Trieste 13 aprile 2013

“Errori in medicina - Scompenso Cardiaco”

*sintesi critica*

**Prof. Gianfranco Sinagra**  
**Direttore U.O.C. Osp/Univ Cattinara-Trieste**

*Il giorno 13 aprile si è svolto il Seminario “Errori in Medicina: lo Scompenso Cardiaco”, secondo incontro del 3° Corso di Formazione e Perfezionamento interattivo “Ippocrate nell’era ipertecnologica” supportato dalla Fondazione di Cultura per la Cardiologia e le Scienze Multidisciplinari Livia e Vittorio Tonolli. Sede dell’evento è stata Aula Magna - Complesso Anatomia Patologica dell’Ospedale Universitario di Cattinara-Trieste. Il riscontro in termini di partecipazione è stato notevole ed ha coinvolto anche Specializzandi delle Scuole di Geriatria, Med d’Urgenza, Med Interna e Cardiologia. La giornata si è aperta ricordando l’importanza e la costanza dell’attività della Fondazione Tonolli che da molti anni sostiene e promuove autorevoli iniziative di elevato livello formativo nell’ambito cardiologico. L’approccio sistematico alla revisione dei casi può essere fonte di crescita per qualunque professionista.*

*Successivamente ha tenuto la propria relazione il Prof. C. Rapezzi dell’Università di Bologna che ha concentrato magistralmente il proprio intervento sulle analogie metodologiche tra la scienza investigativa del romanzo poliziesco e il metodo clinico, fra i grandi detective e i grandi clinici, nonché le relazioni incrociate tra investigatore e clinico, fra crimine e malattia. Entrambe le figure professionali devono essere “abili” nella ricerca, gestione ed interpretazione di una notevole quantità di informazioni scientifiche, ma contemporaneamente esercitare il proprio intuito nell’individuazione di incongruenze e di “errori” di sistema, anche in prima battuta apparentemente trascurabili. Proprio la capacità di cogliere le anomalie nel percorso gestionale di un caso, sia clinico che investigativo, analizzandolo attraverso un corretto ed ordinato percorso logico, è una delle più importanti qualità sia del medico che del detective.*

*Si è quindi aperta la prima sessione di casistica clinica, con l’intervento del Dott. E. Fabris (TS) che ha presentato il caso di un uomo di 52 anni, ex-fumatore, praticante intensa attività fisica, che per angina da sforzo e test ergometrico positivo veniva sottoposto a coronarografia con evidenza di stenosi critica, non serrata, della discendente anteriore trattata con angioplastica e stent. L’ecocardiogramma preprocedura dimostrava una moderata ipertrofia ventricolare sinistra e una normale cinetica biventricolare. Durante la degenza il paziente aveva presentato un movimento della troponina in calo alla dimissione. Nell’immediato follow-up per ripresa di angor e persistenza di ischemia inducibile è stata ripetuto lo studio angiografico, senza evidenza di progressione di malattia o stenosi intrastent. Alla luce della sintomatologia, in assenza di malattia dei vasi epicardici e nel sospetto di malattia del microcircolo veniva rivalutata l’ipertrofia ventricolare sinistra non giustificata da valori pressori solitamente nella norma, e venivano valorizzati un ispessimento dell’apparato valvolare e del setto interatriale nel sospetto di amiloidosi cardiaca. Gli esami bioumorali risultavano negativi ed il paziente veniva sottoposto a biopsia miocardica che confermava il sospetto clinico di amiloidosi AL. Non tutte le angine sono espressione di cardiopatia ischemica, di gran lunga la causa più frequente, ed un ecocardiogramma con ipertrofia ventricolare sinistra non completamente spiegata deve essere maggiormente valorizzata e spingerci alla ricerca dei segni di accompagnamento di malattie infiltrative come l’amiloidosi.*

*Il secondo caso della giornata è stato illustrato dal Dott. M. Anzini (TS), relativo a un paziente giovane con Cardiomiopatia Dilatativa nel contesto di una sarcoidosi sistemica con successiva diagnosi biptica cutanea e biopsia endomiocardica negativa per flogosi granulomatosa. La presentazione in particolare ha puntualizzato con senso critico quelli che sono stati i possibili errori nella gestione del caso: inizialmente sono state sottovalutate le lesioni cutanee e l’interessamento polmonare attribuibili alla malattia infiammatoria sistemica; in secondo luogo è discutibile l’esecuzione della biopsia endomiocardica in un paziente stabile clinicamente, con malattia strutturata e in presenza di attività infiammatoria sistemica dimostrata. In conclusione è stato riportato l’iter conclusivo del paziente, sottoposto ad impianto di CRT-D con importante miglioramento della funzione ventricolare sinistra e rimodellamento inverso.*

*La casistica clinica ha quindi lasciato spazio alla relazione della Dott.ssa L. Vitali Serdoz (TS) che ha*

approfonditamente illustrato i punti critici dell'analisi elettrocardiografica, evidenziando le possibilità di errore nell'approccio al tracciato e quelli che sono metodi per ottenere una valutazione sistematica ed il più possibile rigorosa.

La seconda sessione di casi clinici si è aperta con un caso di cardiopatia ischemica. Il Dott. D. Stolfo (TS) ha raccontato l'iter e le problematiche decisionali di un giovane uomo, fumatore, con disfunzione ventricolare sinistra inizialmente ritenuta probabilmente idiopatica, trascurando in prima battuta dati elettrocardiografici di ischemia attiva, e che poi si è rivelata essere conseguenza di severa malattia coronarica in un paziente con profilo di rischio apparentemente non elevato. La discussione si è poi spostata sull'utilità dei test di imaging nel guidare la scelta terapeutica, in particolare relativamente all'ipotesi di rivascularizzazione, sottolineando i limiti delle metodiche che, in particolare nei pazienti giovani, non sempre possono rappresentare il fulcro su cui basare le scelte.

Il successivo caso clinico, presentato dal Dott. A. Della Mattia (TS), ha sottolineato quanto nell'iter diagnostico di una paziente sia fondamentale integrare conoscenze multidisciplinari. Si trattava infatti di una paziente ricoverata con quadro di shock cardiogeno secondario a recidiva di sindrome di Takotsubo in un contesto anamnestico di ipertensione arteriosa mal controllata e che anche durante il ricovero si è mantenuta difficilmente governabile. Questo secondo aspetto è stato valorizzato solo in un secondo momento, facendo emergere il sospetto di una patologia alla base di entrambe le problematiche, che si è dimostrata essere un feocromocitoma poi operato con successo.

La Dott.ssa F. Cettolo (TS) ha presentato il caso di una paziente di 56 anni, con diagnosi di ipertensione polmonare cronica post embolica giudicata non candidabile ad intervento di Tromboendoarteriectomia polmonare sulla base di un'angio-TC polmonare negativa. La paziente è stata trattata con duplice terapia farmacologica (Bosentan + Iloprost) senza un reale miglioramento della classe e della capacità funzionale. Durante un nuovo ricovero per riacutizzazione di scompenso cardiaco favorito da fibrillazione atriale ad elevata frequenza, la paziente ha ripetuto l'angio-TC che è risultata positiva. Rivalutata a questo punto l'ipotesi di trattamento chirurgico, la paziente è stata sottoposta ad intervento di Tromboendoarteriectomia con importante miglioramento del quadro emodinamico e della classe funzionale, senza necessità di terapia farmacologica. Nei pazienti con CTEPH è utile valutare l'opzione di PEA come un intervento potenzialmente risolutivo. Inoltre non bisogna sottovalutare l'impatto anche a lungo termine di una diagnosi non adeguatamente circostanziata, che può diventare un'"etichetta" difficilmente rimovibile.

Il Dott. A. Pappalardo, Direttore della SC Cardiocirurgia di Trieste, ha presentato quindi una relazione incentrata sull'importanza dell'ordinato processo di inquadramento del paziente chirurgico, dalla accurata stratificazione prognostica, all'attenzione ai protocolli terapeutici e al rigore metodologico nella gestione del paziente nella fase pre e perioperatoria, in modo da pianificare strategie appropriate ed ottenere il massimo in termini di riduzione della mortalità intra e post-operatoria.

Il successivo relatore, il Dott. M. Sorgente del IRCCS Policlinico San Donato, ha evidenziato l'importanza della corretta indicazione all'impianto di defibrillatore così da limitare la problematica degli interventi inappropriati e garantire il maggior beneficio clinico netto per il paziente.

Il Prof. L. Daliento dell'Università di Padova, con una relazione magistrale ad ampio respiro e sulla base di una larga esperienza, ha trattato la problematica delle cardiopatie congenite in epoca attuale, partendo da alcuni supporti storici e poi passando in disamina alcuni esempi di errori diagnostici che hanno permesso di inquadrare i punti critici nel riconoscimento delle cardiopatie congenite anche complesse.

Ha riaperto la sessione di casistica clinica la Dott.ssa M. Gigli (TS) con il caso di una donna di 33 anni, familiarità per morte cardiaca improvvisa e storia di sincopi recidivanti dall'età di 6 anni, valutata per recidiva di episodio sincopale e con ECG apparentemente compatibile con cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro. All'ECG: T negative da V1 a V4 e deviazione assiale sinistra. L'ecocardiogramma evidenziava una dilatazione e disfunzione ventricolare destra. La paziente ha ripetuto un ecocardiogramma che ha riscontrato uno shunt sinistro-destro a livello del setto interatriale. L'eco transesofageo ha permesso di porre diagnosi di DIA tipo seno venoso, a cui si è aggiunto il riscontro di un ritorno venoso anomalo parziale alla cardioRM. La rivalutazione critica dei dati ECG ed ecocardiografici ha dimostrato come non vi fossero sufficienti criteri diagnostici per ARVD, in particolare l'assenza delle tipiche discinesie o aneurismi del ventricolo destro e la deviazione assiale sinistra all'ECG, elemento poco coerente con l'iniziale sospetto clinico.

La Dott.ssa A. Dragos (TS) ha poi esposto un caso di estrema complessità nella stratificazione del rischio aritmico in un paziente giovane con moderata disfunzione ventricolare sinistra (FEVsin >40%) nell'ambito di una cardiomiopatia dilatativa in follow-up cronico e sostanzialmente stabile dal punto di vista della funzione contrattile, deceduto per morte improvvisa. La rivalutazione critica del caso ha evidenziato quelli che potrebbero essere stati gli snodi ai quali dare probabilmente maggior peso nella prospettiva di eventuale impianto di ICD. In particolare la non trascurabile la riattivazione del profilo aritmico e la familiarità per cardiopatia aritmogena, emersa solo successivamente, ad una più attenta anamnesi.

L'ultimo caso è stato presentato dal Dott. F.Pirozzi (TS), paziente di 67 anni con severa vasculopatia periferica e storia di scompenso cardiaco congestizio in cardiopatia multifattoriale (ipertensiva, tossico-metabolica) con pregresso impianto CRT-D.

La paziente veniva ricoverata per scompenso cardiaco e stato settico con riscontro ecocardiografico di probabile endocardite su elettrocateri. Dopo estrazione del catetere sia lo scompenso cardiaco che la sepsi non si sono risolte, e in questo contesto la paziente è deceduta improvvisamente per rottura di aneurisma dell'aorta toracica. Rivisitando a ritroso gli esami strumentali, è stato possibile notare la progressiva dilatazione del profilo aortico agli Rx torace seriati. L'essersi concentrati sull'endocardite e sullo scompenso cardiaco ingravescente non ha permesso di valorizzare l'importanza di una vasculopatia, responsabile dell'exitus della paziente. Sebbene, alla luce delle importanti comorbidità, una tempestiva diagnosi non avrebbe comunque permesso la correzione chirurgica della patologia, il caso ha riproposto la necessità di essere sistematici, metodologicamente rigorosi, attenti ai particolari e curiosi. Questi sono strumenti indispensabili di una pratica clinica attenta ad ogni particolare, alla coerenza dei dati, alla costante revisione critica delle ipotesi e delle scelte.

La conclusione del seminario attraverso casi clinici di particolare complessità ha espresso le difficoltà decisionali che talora il medico si trova ad affrontare nell'agire quotidiano anche in situazioni cliniche le cui soluzioni appaiano controverse e non suffragate da solide evidenze scientifiche. Sono state sottolineate la grande responsabilità e l'impegno che richiede la professione medica e la necessità di esercitarla coniugando conoscenze, competenze, relazionalità, umiltà, coraggio, saggezza ed attenzione alla sostenibilità.

**Caso 1.** Anni 54. Scompenso cardiaco con modello dilatativo-ipocinetico in giovane soggetto con cardiopatia ipertensiva a completa reversibilità in analogia ai modelli con componenti reversibili e rimuovibili di disfunzione. Gli aspetti morfologici sul caso rispetto ad immagini di non compattazione ha aperto a considerazioni sul terreno di "predisposizione genetica" sul quale l'ipertensione sistemica ha potuto esercitarsi. Discussi aspetti di diagnosi differenziale e gli indizi utili sul piano della metodologia clinica di approccio.

**Caso 2.** Anni 43; Scompenso cardiaco con quadro eco di disfunzione biventricolare, storia di palpitazioni, sincope e deformazioni aneurismatiche biventricolari (eco, RM). Si trattava di un quadro geneticamente determinato di Cardiomiopatia Aritmogena "dominante sinistra". La paziente ha impiantato ICD e 2 AA dopo l'iniziale osservazione è stata sottoposta a trapianto. Discusse le implicazioni genetiche di queste forme. Lo screening familiare consigliato identificherà la malattia nel fratello ponendo l'accento sull'impegno clinico ed etico di tale consiglio nelle forme geneticamente determinate o ad importante impronta familiare.

**Caso 3.** Anni 51. Scompenso cardiaco instabile (inotropi, IABP) di recente insorgenza a coronarie angiograficamente normali e risonanza magnetica negativa per miocardite. La biopsia processata con le moderne tecniche di istopatologia, immunostochimica e virologia molecolare mostrerà una miocardite attiva virus-negativa. Il trattamento immunosoppressivo con steroidi ed azatioprina ha condizionato la stabilizzazione clinica ed il significativo miglioramento clinico-strumentale con normalizzazione del quadro eco. Si è discusso anche della problematica relativa alle indicazioni e ricorso appropriato alla Biopsia Endomiocardica.

**Caso 4.** Anni 65. Scompenso cardiaco avanzato, di lunga data, in cardiomiopatia familiare con importante componente tachicardiomiopatica, osservato in condizioni cliniche nutrizionali estreme. Il Paziente era stato escluso da prospettive di trapianto o VAD di destinazione. Il controllo della frequenza ventricolare non era ottenibile con amiodarone, digitale e dosaggio tollerato di beta-bloccante. L'ablazione del nodo AV e la resincronizzazione, pur in presenza di BBdx ha condizionato la stabilizzazione clinica ed un significativo reverse remodelling.

Seminario Milano SR 20 aprile 2013

**“La patologia delle valvole cardiache:  
i nuovi scenari della diagnosi e della terapia”**

*sintesi critica*

**Prof. Ottavio Alfieri**  
**Cardiologia Osp./Univ. San Raffaele**

*Il seminario, a cui hanno partecipato circa 70 medici, per lo più cardiologi e cardiocirurghi specialisti o specializzandi, ha affrontato con lezioni frontali e discussioni interattive, tutti gli aspetti più rilevanti della patologia valvolare cardiaca.*

*Sono state dapprima esposte le caratteristiche epidemiologiche della patologia in questione, mettendo l'accento sulle grosse trasformazioni legate all'invecchiamento della popolazione.*

*Si sono poi approfonditi gli aspetti diagnostici nell'ambito delle valvulopatie, soprattutto mettendo l'accento sulle più avanzate e sofisticate tecnologie dell'imaging ( ecocardiografia tridimensionale, risonanza magnetica nucleare, tomografia computerizzata e metodi integrati). Il ruolo dell'imaging è diventato fondamentale per l'esecuzione delle procedure terapeutiche interventistiche..*

*Si è sottolineato, alla luce di varie esemplificazioni pratiche, che l'iter diagnostico e terapeutico non può prescindere oggi dall'implementazione dell'heart team nella pratica clinica quotidiana, ovvero dal costante contributo dei diversi specialisti che interagiscono in un contesto multidisciplinare.*

*Una sessione del seminario è stata dedicata alle terapie convenzionali delle valvulopatie, cioè alle varie tecniche di chirurgia sostitutiva e riparativa a cuore aperto, mettendo in particolare l'accento sulle indicazioni e sui processi decisionali difficili in tema di giusto timing chirurgico, allo scopo di ottenere il risultato ottimale. Le esposizioni dei relatori sono state sempre seguite da ampie discussioni su casi specifici presentati ad hoc come esemplificazioni.*

*Ampio spazio è stato dedicato alle terapie innovative interventistiche, quali la TAVI per la stenosi valvolare aortica, la clip mitralica per il trattamento dell'insufficienza mitralica organica e funzionale, la riparazione dei leaks periprotetici. Anche su questo tema la presentazione e la discussione di casi clinici ha portato a una buona interazione con l'audience.*

*Da ultimo, come previsto dal programma, sono stati presentati casi complessi di difficile interpretazione e con diverse possibilità di percorsi terapeutici. La discussione è sempre stata molto stimolante e vivace.*

**Seminario Pallanza 6 giugno 2013**

**Letture: “La comunicazione in cardiologia: stili, valori, pericoli”**

**(sintesi)**

**Prof. Egidio A. Moja**

**Direttore Ist. Di Psicologia Medica, Ospedale Univ. S. Paolo Milano**

*Il modello classico di riferimento in medicina va sotto il nome di medicina disease centred o medicina centrata sulla malattia. Tale modello, in cui tutti siamo stati “formati”, assegna al medico due grandi obiettivi: scoprire la malattia e curarla.*

*Molti recenti contributi dimostrano la irrinunciabilità ma anche la progressiva insufficienza del modello classico rispetto alla complessità delle attuali richieste del paziente-utente. In particolare, con sempre maggior chiarezza emerge la necessità che le consultazioni cliniche raggiungano anche un terzo obiettivo: comprendere la prospettiva del paziente sulla propria malattia.*

*Il concetto di “prospettiva del paziente” è scivoloso perché non ben definito e non condiviso dai professionisti della medicina. Probabilmente la risposta più convincente in questo campo proviene dalla cosiddetta medicina patient centred o medicina centrata sul paziente.*

*Secondo la medicina centrata sul paziente, la prospettiva del paziente è costituita da una serie chiaramente definibile ed esplorabile di aree. Un solo esempio: ogni paziente ha una serie di idee sulla propria malattia (area delle interpretazioni) che, se non esplorate, possono lasciare il paziente insoddisfatto ed alla ricerca di un “secondo” parere (e questo indipendentemente dalla correttezza della prima diagnosi e terapia).*

*E' importante osservare che, se diagnosi di malattia e prescrizione di malattia rappresentano gli unici obiettivi del medico, è possibile fantasticare una medicina del tutto tecnologica in cui macchine sofisticate raggiungano gli obiettivi descritti con precisione totale. In questo modello la comunicazione rappresenta un di più, un vezzo umanistico del tutto rinunciabile. Ma se accettiamo come dovere professionale l'esplorazione della prospettiva del paziente, allora la comunicazione ne rappresenta lo strumento ineludibile.*

Per la Lettura completa:  
[info@tonolli.it](mailto:info@tonolli.it)

## Seminario Pallanza 6 giugno 2013

**Letture: “ L’assetto istituzionale del sistema sanitario italiano”**

*(sintesi)*

**Prof. Andrea Francesconi**

**Università di Trento e Università Bocconi, Cergas, Milano**

*Il quadro di riferimento in termini di assetto istituzionale ed assetto organizzativo del sistema sanitario italiano è definito e desumibile dal quadro normativo attualmente in vigore il quale fa sostanzialmente riferimento al decreto legislativo 502/92 successivamente modificato ed integrato tramite altri provvedimenti legislativi tra i quali i più significativi sono stati il decreto legislativo 517/93 ed il successivo decreto legislativo 229/99.*

*L’assetto istituzionale vigente individua tre principali livelli di governo del sistema sanitario nazionale:*

- a) il livello centrale;*
- b) il livello regionale (Regioni ed Agenzie Regionali per i servizi sanitari);*
- c) il livello periferico (Amministrazioni comunali e loro organi di rappresentanza).*

### **Le strutture erogatrici dei servizi sanitari**

*I soggetti a cui, nell’ambito del sistema sanitario nazionale, è demandata la concreta gestione dei servizi sanitari sono individua abili in:*

- a) Aziende Sanitarie Locali (ASL);*
- b) Aziende Ospedaliere (AO);*
- c) Istituti di Ricerca a Carattere Scientifico (IRCSS);*
- d) Policlinici universitari;*
- e) Aziende Sanitarie ed Ospedaliere private.*

### **I meccanismi di finanziamento di ASL e AO**

*I meccanismi ed i criteri per il finanziamento della gestione rappresentano uno degli elementi che differenziano le ASL e le AO.*

*La definizione di criteri e meccanismi compete, come visto in precedenza, a scelte di competenza delle autorità regionali.*

*Al di là delle specifiche scelte e degli specifici orientamenti assunti dalle amministrazioni regionali, le aziende ospedaliere sono prevalentemente finanziate sulla base delle attività svolte, mentre le aziende sanitarie sono finanziate sulla base della popolazione residente sul loro territorio e sulla base dei livelli sanitari minimi di assistenza definiti a livello nazionale e regionale. Questi ultimi si traducono in una quota di finanziamento capitarlo su base annuale attribuita dalle regioni alle ASL.*

Per la Lettura completa:  
info@tonolli.it

TAVOLA ROTONDA  
MEDICINA IPERTECNOLOGICA E UMANESIMO

le attese dell'uomo,  
le risposte della medicina:  
quale futuro?



## Introduzione

### “Prospettive mediche ed esistenziali sulla sofferenza umana”

**Prof. Fabio Gabrielli**

**Università L.U.de.S. – Lugano**

*La medicina è tale nella misura in cui si configura come sintesi qualitativa di technophilia, «amicizia per l'arte», e philanthropia, «amicizia per l'uomo»: dall'antica filantropia all'umanologia medica.*

*L'umanologia medica consiste nel riconoscimento dell'eccedenza, della trascendenza di tutto ciò che è profondo, la persona (per se unum, ciò che è unità irripetibile, irriducibile ad un'altra) come realtà totale rispetto a ciò che è fenomeno, pura sensorialità: «Se per approfondire la conoscenza di una persona che ho appena incontrato le girassi intorno – per vederla da tutti i suoi lati – cominciando poi a tastare la sua consistenza, la sua solidità, la sua tenuta, grosso modo come esplorerei le proprietà di una poltrona, non agirei soltanto in modo estremamente scortese, ma ontologicamente del tutto inappropriato » (R. De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Guerini, Milano 1998).*

*La profondità dell'ens sufferens non è riconducibile solo a disease, patologia o classificazione biomedica, ma anche e soprattutto a illness, vissuto, esperienza di malattia, e sickness, espressione sociale della malattia stessa; insomma, il dolore articola il suo senso nella sofferenza, che è riflessione inquieta sull'accadimento ineluttabile, e pur sempre inatteso, del dolore.*

*Si capisce, allora, come solo una medicina che non si limiti alla dimensione biomedica, comunque ineludibile punto di partenza, ma sappia intercettare la persona sofferente nella sua intimità, può garantire, se non la salvezza, contro il mito della guarigione, almeno la dignità della cura come profonda relazione etica ed esistenziale.*

*Da qui l'apertura all'intimità come costruzione duale di senso, progettazione di significati a cui concorrono sia il paziente, nel segno del fiducioso abbandono, sia il medico, nel segno della calda, vissuta responsabilità, L'intimità è abitata dalla Cura (sfera dei significati essenziali del vivere) e non dalla preoccupazione (sfera dei commerci intramondani), proprio perché l'esperienza di malattia è esperienza di una ferita relazionale che destruttura la narrazione esistenziale del soggetto:*

*1 Ferita in relazione al proprio corpo - ne *La montagna incantata*, Thomas Mann dice che «la malattia rende l'uomo più corporeo, lo fa tutto corpo» - dal quale, da un lato, si vuole prendere le distanze perché cifra della precarietà dell'esistere, dall'altro, invece, si vuole impadronirsene come mai nella vita in salute, perché l'angoscia di sentirsi espropriati, non solo dalla possibilità quasi carnale della morte, ma anche dalla sua visibilità medica (l'angoscia della reificazione dello sguardo medico), ci fa sentire tutto il peso della nostra vulnerabilità;*

*2 Ferita relazionale rispetto alla quotidianità, la cui lacerazione narrativa provoca, dapprima, sgomento, poi una progressiva eclissi verso un altrove indeterminato, e per questo angosciato, inospitale, che richiede uno sguardo non semplicemente clinico, ma, appunto, di intimità, la quale, come espressione abissale dell'empatia, si configura come pudore, parola trattenuta, gesto vissuto, attenzione totale nei confronti del volto sofferente in un reciproco scambio di significati.*

## “Medical Humanities”

**Prof. Luciano Daliento**

**Ordinario di cardiologia, Università di Padova**

Partendo dalla premessa di *Dietrich von Engelhardt* che la salute e la malattia sono strettamente correlate alla natura fisica, sociale, psicologica e spirituale degli esseri umani pertanto, non essendo solo scienza naturale, la medicina è fatta anche di storia e di cultura.

L'obiettivo della nuova medicina non può trascurare l'aspetto antropologico, soprattutto quando lo sviluppo sempre più prepotente della tecnologia, tende a trascurare, sia nel momento diagnostico che in quello terapeutico la specificità di un evento morboso in ogni singolo paziente. Non esiste una singola malattia ma o attraverso un excursus storico viene ricostruito il modificarsi del concetto di Malattia, Malato e Medicina nel tentativo di fornire un contributo alla definizione di “illness” e “disease” *La rivoluzione epidemiologica ha fatto sì che nei tempi più recenti* sono gli eventi morbosi di lunga durata a prevalere, è con la patologia cronica degenerativa che i pazienti devono imparare a convivere e che ne condizionano in maniera significativa la qualità di vita; la durata della malattia fa sì che il contatto con il mondo della sanità diventi più intenso costante coinvolgendo più figure professionali. C'è necessità che le Università formino un medico capace di fondere assieme il paradigma biologico della scienza medica ed il paradigma socioculturale di quella antropologica in un mondo in cui il movimento di persone, merci e comunicazione ha necessità, anche nel campo della salute, della malattia e dei trattamenti, di una capace mediazione interculturale.

### COMMENTO

*La tavola rotonda “Medicina ipertecnologica e umanesimo chiude questo incontro organizzato dalla fondazione Tonolli che ha come titolo “Ippocrate nell’era ipertecnologica”. I temi trattati fanno riferimento fondamentalmente a due aspetti che caratterizzano la medicina dei nostri giorni: la capacità diagnostica notevolmente sviluppata in conseguenza dell’enorme sviluppo tecnologico, con un corrispettivo aumento, sempre meno controllabile, delle attese di trattamento da parte dei pazienti, e la limitazione delle risorse. L’accesso libero ad Internet rende sempre più edotti i pazienti su nuove tecniche sostitutive della chirurgia tradizionale, esaltandone i risultati a breve termine, i vantaggi di sottrarsi ai tempi e alla sofferenza di un intervento chirurgico tradizionale, la caduta del tabù dell’età avanzata, ma con scarsa informazione dei risultati a distanza, e quanto questi possano realmente incidere nel modificare le aspettative di vita in una popolazione molto anziana. Si è sempre più convinti del diritto alla soddisfazione di una domanda di assistenza sempre più individualistica, che inevitabilmente, fosse solo per ragioni logistiche e geografiche, può interessare una percentuale molto limitata di malati, quando le stesse risorse potrebbero essere impegnate per programmi di prevenzione o di assistenza sociale che potrebbero interessare una più vasta platea, facendo valere in maniera più esaustiva il mandato costituzionale che ciascun cittadino ha diritto ad un trattamento adeguato indipendentemente dal luogo dove vive. Per quanto ipertecnologica la nostra rimane una medicina sociale (welfare state), con il compito di migliorare mortalità, morbilità e qualità di vita. Secondo l’OMS i progressi nel campo della salute sono dovuti meno alle conquiste della scienza medica che ai cambiamenti nell’ambiente esterno e ad una tendenza favorevole nel tenore di vita. Noi siamo più sani dei nostri antenati non per quanto ci accade quando siamo malati, ma perché non ci ammaliamo; e non ci ammaliamo non perché esistono terapie specifiche protettive, ma perché viviamo in un ambiente più sano. Tuttavia nel suo prevalente interesse per le minuzie della diagnosi, della patogenesi della malattia e dei trattamenti sofisticati, che soddisfano il singolo, la medicina corre il rischio di dimenticare quella che finora si è dimostrata la sua più grande risorsa, la manipolazione culturale dell’ambiente. Passato il tempo in cui le malattie erano processi che si concludevano in tempi molto brevi, attualmente gli eventi morbosi sono prevalentemente di lunga durata, con cui il paziente deve imparare a convivere, e che ne condizionano in maniera significativa la qualità di vita. La durata della malattia fa sì che il contatto con il mondo della sanità*

diventi più intenso e costante coinvolgendo più figure professionali; “disease”(concetto medico della malattia, fisico, obiettivo) “illness” (lato soggettivo, personale della malattia). Il successo terapeutico non viene più definito dalla guarigione ,ma dal contribuire a “sentirsi bene” ed in questo contesto l’intervento di altre figure professionali assumono una importante complementarità. L’assistenza pertanto non si esaurisce nel ricovero in ospedale ,ma continua attraverso il “prendersi cura del malato” fuori dell’ospedale .Nella nostra epoca la tecnologia medica, in grado ormai di intervenire in modo immediato e diretto sulla struttura genica, sta aprendo ,tanto alla scienza quanto all’etica, prospettive cariche ad un tempo di grandi speranze e di grandi problematicità. Le future generazioni di medici debbano farsi sempre più consapevoli e responsabili della necessità di saper valutare criticamente i criteri che dovranno adottare per le loro scelte sulle priorità da attribuire ai loro interventi. Nella parità dei diritti alle cure ed alla salute, quali limiti nelle prestazioni riguardo le caratteristiche individuali (età, sesso, stato sociale, tradizioni)?

“La mente e la mano guidate da ragione scientifica, ma anche da altre ragioni che tengano conto della nostra natura, dei nostri limiti, delle forze primordiali della vita e della morte” (dovere essenziale del medico ippocratico).

### **“Come internet modifica la domanda di assistenza e le aspettative terapeutiche”**

**Prof. Marco Bobbio**  
**Direttore U.O.C. Cardiologia Osp.Cuneo**

La letteratura riguardante gli effetti di internet sul rapporto medico/paziente e sulle nuove opportunità terapeutiche è molto scarsa, dal momento che si trovano poche ricerche con piccole casistiche, condotte con metodologie fragili; i dati pubblicati sono poco robusti; molte ricerche sono state condizionate dall’intenzione di dimostrare l’utilità/i rischi della consultazione via internet e non esistono studi di efficacia clinica. E’ comunque difficile sintetizzare le valutazioni opposte vissute dai pazienti (alcuni ritengono di essere stati salvati da internet, altri maledicono il fatto di averlo consultato). In sintesi, si trovano molte opinioni e pochi dati.

La diffusione di internet e la possibilità di accedere facilmente a una mole impressionante di informazioni di tipo sanitario, si configura come una vera e propria rivoluzione. Infatti, l’informazione e la tecnologia erano state tradizionalmente sotto stretto controllo del medico che deteneva le conoscenze e le fonti; con internet questo potere è stato sovvertito, costringendo a rimodellare il rapporto medico/paziente. In altre parole si tratta gestire il passaggio da una fiducia cieca a una fiducia informata, anche se molti medici ritengono che un paziente troppo informato sia anche un paziente problematico.

Da alcune indagini campionarie si ricava che i pazienti utilizzano internet prevalentemente per raccogliere informazioni riguardanti la loro malattia, i trattamenti e le procedure diagnostiche più indicate, e con minor frequenza per trovare indicazioni su stili di vita salubri. Utilizzando strumenti di valutazione validati, si ricava che i siti garantiscono una modesta affidabilità e un’insufficiente leggibilità.

Quali vantaggi porta la diffusione di informazioni mediche facilmente consultabili? Migliora l'*empowerment* dei pazienti che diventano pro-attivi e più consapevoli, fino al punto di rivolgersi al medico sottoponendo domande più specifiche e pertinenti; permette di condividere con il medico la responsabilità decisionale; si riduce il tempo necessario per spiegare informazioni mediche complesse e, probabilmente, si ottengono dei risparmi per il passaggio a sistemi di autocura che non richiedono l'accesso al sistema sanitario nazionale. In effetti, i pazienti che partecipano a gruppi di supporto ritengono di essere molto soddisfatti e di aver acquistato più fiducia nell'affrontare la loro condizione clinica. Il 70% ritiene che l'accesso a internet ha permesso loro di cambiare la decisione sulla terapia, il 50% ritiene di non essersi accontentato del primo parere e di essersi rivolto a un altro medico per una seconda opinione, il 48% ritiene che ha potuto prendersi maggiormente cura di sé e il 28% ha dichiarato di aver deciso se consultare un medico dopo aver consultato internet.

Sono anche ben chiari alcuni difetti dell'acquisizione di informazioni mediche da internet: non sono verificabili molte informazioni riguardanti rimedi casalinghi, fantasiosi, inverosimili, ingegnosi, bizzarri che vengono considerati affidabili solo per il fatto di essere stati trovati in rete; si possono indurre false aspettative fino a vere e proprie paranoie; la qualità delle informazioni è spesso minata da conflitti di interessi non esplicitati. Infine è reale il rischio di acquistare farmaci fuori da qualunque prescrizione e controllo medico, con l'aggiunta che non esistono garanzie sulla qualità dei prodotti venduti.

Per poter disporre di dati scientifici che facciano capire l'affidabilità e l'utilità di internet in campo medico è necessario che vengano svolte ricerche per definire la qualità delle informazioni reperibili online, l'uso che i pazienti fanno delle informazioni, l'effetto della informazione sulla relazione medico/paziente, sull'importanza del supporto sociale e sulla prescrizione appropriata di farmaci e procedure.

Le informazioni che i pazienti trovano su internet possono essere uno strumento efficace per migliorare i trattamenti e il rapporto medico/paziente, purché i primi rispondano in modo positivo alle informazioni riportate dai pazienti, avvisino il paziente sulla variabilità della qualità delle informazioni trovate in rete, sviluppino strategie per affrontare le eventuali informazioni distorte, accettino il contributo del paziente come prezioso e non siano sprezzanti nei confronti delle informazioni che provengono da internet.

I medici non saranno mai opzionali, fintanto che accetteranno il confronto e saranno in grado di affrontare con competenze e disponibilità le informazioni di cui saranno sempre più ricchi i pazienti

## COMMENTO

*La Tavola rotonda ha consentito di mettere a confronto opinioni diverse (storiche, filosofiche, cliniche, economiche, concettuali, scientifiche) sulla necessità di integrare la corsa verso l'ipertecnologia e la necessità di tenere in considerazione l'unicità del singolo paziente, che richiede di essere curato nell'ambito di un rapporto privilegiato con un singolo medico. Queste due esigenze vanno compenstrate, in quanto portatrici di valori e di risultati diversi, ma non contrapposti. E' tramontata la figura del medico che dall'età greca al rinascimento aveva competenze che spaziavano dalla filosofia, all'astronomia, alla letteratura classica, alla fisica. L'aumento delle conoscenze ha costretto a occuparsi di argomenti sempre più ristretti, che fanno perdere la visione d'insieme di una persona umana sofferente.*

*Dalla tavola rotonda è emerso che non esistono soluzioni pratiche per risolvere questa dicotomia. Il medico superspecialista però deve avere ben presente che il paziente che si rivolge alle sue cure, non è caratterizzato soltanto da quella lesione sulla coronaria, da quel parametro di laboratorio alterato, ma anche da una storia di affetti, da una valenza di valori e da una gradazione di aspettative.*

***Con questa integrazione il clinico può riacquistare il significato vero della sua professione, fornendo al malato un supporto tecnico e umano.***

## “In un sistema con risorse limitate quali le priorità nella richiesta di assistenza cardiocirurgica?”

**Dott. Paolo Denti, Alfieri Ottavio**  
**IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano**

(*sintesi*)

Attualmente le tecniche, le tecnologie e gli strumenti utilizzati per questa specialità tendono ad essere molto sofisticati e conseguentemente molto costosi.

Oggi, soprattutto in cardiocirurgia, sono presenti delle linee guida molto precise sull'utilizzo delle risorse. Le decisioni prese su di esse sono state prese sulla base di studi randomizzati e grandi registri. E' obbligo dei medici specialisti attenersi a queste linee guida.

A parità di costo esistono infatti terapie con risultati consolidati e duraturi rispetto ad altre con outcome inferiori (e.g. CABG Vs. Ptca + stent in pazienti diabetici, ndr Trial FREEDOM). Nel sistema sanitario americano, le assicurazioni non rimborserebbero una procedura non appropriata, che sia stato dimostrato essere inferiore rispetto ad un'altra.

Inoltre, un dato da tenere sempre più presente è quello del rapporto costo/beneficio di una procedura rispetto al mero costo iniziale. Soffermandosi unicamente sulla spesa iniziale di un dispositivo o di una procedura si trascurano l'importanza, in termini di spesa sanitaria, del vantaggio che questa procedura potrebbe avere nel medio e lungo periodo. Ne sono un esempio l'impianto di sistemi di assistenza ventricolare, l'impianto di valvole aortiche percutanee o la plastica mitralica percutanea mediante dispositivo Mitra-clip. Queste procedure, gravate tutte da un importante costo iniziale, se, effettuate nei pazienti "adeguati", possono far risparmiare risorse migliorando la sopravvivenza e la qualità di vita dei soggetti trattati.

Il processo di selezione dei pazienti da trattare dovrebbe essere affidato a centri esperti con una struttura multidisciplinare integrata (Heart-team) che includa oltre il cardiocirurgo, il cardiologo interventista, l'ecocardiografista, l'anestesista ed il cardiologo clinico esperto nella terapia dello scompenso. Per inciso, la presenza dell'"Heart Team" è uno dei criteri essenziali presenti nelle ultime linee guida europee di cardiocirurgia e cardiologia.

Una ulteriore proposta per massimizzare i risultati potrebbe essere quella di centralizzare determinate cure super-specialistiche. In questa maniera le cardiocirurgie sparse sul territorio potrebbero occuparsi di tutta la patologia cardiaca, riferendo i casi non emergenti, il cui intervento sia momentaneamente procrastinabile, candidati a terapie inizialmente costose, ad ulteriori centri specializzati in trattamenti peculiari (e.g. sistemi di assistenza ventricolare). L'esempio di successo di questo modello è noto infatti in cardiocirurgia, infatti i centri con un più alto volume di plastiche valvolari mitraliche hanno dei risultati migliori con questo tipo di intervento rispetto a centri con un volume inferiore.

Infine, la diminuzione del numero di errori in medicina potrebbe fare risparmiare al sistema moltissimi sprechi. In alcune casistiche americane l'errore in medicina può incidere dal 4 all'8% degli eventi avversi ed il 70% di questi può essere evitato. Una delle modalità di analisi previste per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un errore è la Root Cause Analysis (RCA), riconosciuta come uno degli strumenti di analisi reattiva più efficaci e adattabili anche al contesto sanitario ed è considerata dalla JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) lo strumento elettivo per l'analisi degli eventi avversi. La Root Cause Analysis (RCA) nasce come strumento per un approccio sistemico e reattivo ad eventi avversi nel campo dell'aviazione, dell'industria aerospaziale e nel campo ingegneristico. In conclusione, in un sistema con risorse limitate, le priorità nella richiesta di assistenza cardiocirurgica dovrebbero essere limitate alla pedissequa osservanza delle linee guida; effettuando trattamenti in una finestra terapeutica predefinita, in cui, per un dato il tipo di intervento specialistico si riesca a massimizzare il risultato. Il compito di stratificare il rischio e stabilire la decisione dovrebbe essere affidata ad un "heart team". Nelle decisioni terapeutiche deve essere preso in considerazione il rapporto costo/beneficio e non solo il mero costo iniziale. Una proposta concreta sarebbe quella di centralizzare le cure super-specialistiche. Migliorare l'assistenza significa anche investire in educazione e training modellando l'eccellenza di questa professione. Diminuire gli sprechi di denaro, tempo ed energia è una impresa alla nostra portata riconoscendo gli errori medici evitabili, per esempio con la RCA, in modo da non commettere gli stessi e de-burocratizzando i nostri ospedali.

## “Medicina della responsabilità e della sostenibilità”

**Prof. Michele Bono**  
**Direttore U.O.C. di Cardiologia – Sciacca AG**

*Quando il medico mette il camice e il paziente il pigiama, **sa, non può non sapere**, che si muove tra scienza e diritto. La prima gli impone di essere “uomo di scienza”, preparato e competente; la seconda di conoscere le regole del diritto per esercitare con responsabilità e liceità.*

***Non può non conoscere** la natura contrattuale *ex jure* del rapporto, il valore del consenso informato e della cartella clinica, atto pubblico di fede privilegiato.*

***Al fine** gli si chiede di essere garante di sé stesso e del malato.*

***E’ troppo occupato?***

***Non può essere troppo occupato!***

*Deve conoscere e rispettare gli altri. **Se vuole può**, garantire la libertà delle cure e farlo insieme al paziente, altrimenti.....non può pretendere l’immunità, l’impunità e l’assoluzione del malato.... **troppo!!!***

*Quando il medico smette il camice e il malato il pigiama, sulla scena rimangono due uomini con le loro storie, i loro vissuti e le loro culture.*

*L’uomo medico, **può se vuole**, essere “uomo di scienza” giacché il tecnico sa come si fa ma lo scienziato sa perché; **può se vuole** continuare a camminare sulle vie dell’uomo: la letteratura per conoscersi e conoscere, la storia per imparare dagli errori; la filosofia per interrogarsi; l’etica per andare dalla parte dei deboli **e dare voce a chi non ne ha**.*

*Quando il medico affronta la crisi, permettendosi il lusso dello spreco mentre lì fuori nel villaggio chiamato globale qualcuno muore perché gli manca il latte, che qualcun altro sta pompando per terra, la nave (la sanità) affonda per mano della sua insensibilità, ignoranza, opportunismo, irresponsabilità.*

*E tuttavia, **può se vuole**: affrancarsi da una medicina senza limiti, di regole e di spese, dannosa ed iniqua; liberarsi dallo spreco per abbracciare la sobrietà della medicina sostenibile.*

## Letture "I segnali psichiatrici e cardiologici scritti nelle piastrine"

**Prof. Massimo Cocchi**

**Direttore Scientifico Istituto "Paolo Sotgiu" Università L.U.de.S. Lugano**

(sintesi)

Nel nostro studio abbiamo valutato il tema della composizione in acidi grassi delle piastrine in soggetti con una diagnosi clinica di Depressione Maggiore (DM), di Disordine Bipolare (DB), in soggetti con diagnosi di cardiopatia ischemica (IHD) durante l'esecuzione dell'angiografia coronarica per avere certezza dell'esistenza della placca e in soggetti di controllo, apparentemente sani. Abbiamo analizzato tutti i gruppi senza prendere in considerazione terapie, sesso ed età. Per quanto è noto, la composizione in acidi grassi delle piastrine non è mai stata analizzata in precedenza, nella DM. I risultati ottenuti con la Self Organizing Map (SOM), una rete neurale artificiale, mostrano l'evidenza di tre acidi grassi, Acido Arachidonico (AA), Acido Linoleico (AL) e Acido Palmitico (AP) in grado di identificare i soggetti con DM e DB e tre acidi grassi, Acido Arachidonico (AA), Acido Linoleico (AL) e Acido Oleico (AO) in grado di identificare i soggetti con IHD. Considerazioni bio molecolari sono state fatte circa la possibilità di modificazioni inerenti alla viscosità delle piastrine, nelle patologie studiate, al fine di ottenere un miglioramento della captazione di serotonina nei casi di DM e DB e dell'inserimento di maggiore quantità di oleico nei casi di IHD.

### Bibliografia essenziale

1. Cocchi M. and Lercker G. (2013). *Reduced Consumption of Olive Oil: A Risk for Ischemic Heart Disease? In: What Should We Know About Prevented, Diagnostic, and Interventional Therapy in Coronary Artery Disease. INTECH ed. p: 3-27*
2. Cocchi M. Tonello L. Gabrielli F. (2012). *Platelet, Fatty Acids, Membrane Viscosity, Depression and Ischemic Heart Disease - Biological-Molecular Path, with Medical-Anthropology Insights. In: Coronary Angiography – Advances in Noninvasive Imaging Approach for Evaluation of Coronary Artery Disease. INTECH ed. p: 315-351*
3. Cocchi M. and Tonello L. (2012). *How mathematics can inform the diagnosis of Mood Disorders. NeuroQuantology. 10: S1-28.*
4. Benedetti S., Bucciarelli S., Canestrari F., Catalani S., Colomba M. S., Gregorini A. Mandolini S., Marconi V., Mastrogiacomo A. R., Rasenick M., Silvestri R., Tagliamonte M. C., Tonello L., Venanzini R., Cocchi M. (2012). *Molecular Changes in Mood Disorders Results of the Marche Region Special Project, NeuroQuantology. 10: S1-28.*
5. Massimo Cocchi, Lucio Tonello, Fabio Gabrielli. (2012). *Considerations on Blood Platelets: A Neuron's Mirror for Mood Disorders? Open Journal of Blood Diseases, 2: 22-29.*
6. Cocchi, M., Tonello, L., & Gabrielli, F. (2012). *Molecular Uniqueness of Major Depression: Biological Remarks and Theoretical Implications. Journal of Consciousness Exploration & Research. 3: 380-391.*
7. Cocchi M, Tonello L, Gabrielli F, Pregolato M. (2011). *Depression, osteoporosis, serotonin and cell membrane viscosity between biology and philosophical anthropology. Annals of General Psychiatry, 10: 9.*
8. Cocchi M, Gabrielli F, Tonello L, Pregolato M. (2010). *The Interactome Hypothesis of Depression. NeuroQuantology, 4: 603-613.*
9. Cocchi M, Tonello L, Lercker G. (2010). *Fatty acids, membrane viscosity, serotonin and ischemic heart disease. Lipids in Health and Disease, 9:97.*
10. Cocchi M. Tonello L. (2010). *Running the hypothesis of a bio molecular approach to psychiatric disorder characterization and fatty acids therapeutical choices, Annals of General Psychiatry, 9 (supplement 1): S26.*
11. Cocchi M. Tonello L. (2010). *Bio molecular considerations in Major Depression and Ischemic Cardiovascular Disease. Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry.10: 2, 97-107.*
12. Cocchi M. Tonello L. Rasenick Mark M. (2010). *Human depression: a new approach in quantitative psychiatry. Annals of General Psychiatry. 9:25.*
13. Tonello L. Cocchi M. (2010). *The Cell Membrane: Is it a Bridge from Psychiatry to Quantum Consciousness? NeuroQuantology. 8: 1, 54-60.*
14. Cocchi M. Tonello L. Tsaluchidu S. Puri B.K. (2008). *The use of artificial neural networks to study fatty acids in neuropsychiatric disorders. BMC Psychiatry 8 (Suppl 1): S3.*
15. Cocchi M. Tonello L. Cappello G. (2008). *The use of self-organizing maps to study fatty acids in neuropsychiatric disorders. Annals of General Psychiatry, 7(suppl 1):S84.*

## Considerazioni conclusive: *il pensiero del clinico*

**Prof. Sergio dalla Volta**

*Professore Emerito di Cardiologia Università di Padova*

*Nel corso degli ultimi trent'anni, in modo sempre più accelerato la pratica della Medicina, cioè il ruolo svolto dal medico che utilizza sempre più largamente tecniche che hanno modificato sia la scienza medica, sia il ragionamento deduttivo sul significato dei disturbi lamentati dal malato, hanno così profondamente modificato le modalità con cui si utilizza la medicina clinica da rendere sempre più lontana la metodologia dell'esame clinico, il rapporto tra il medico ed il malato e le modalità di trattamento terapeutico. Queste considerazioni generali hanno aperto da un lato la strada ad una complessa e completa modalità di applicare un profondo e diverso modo di valutare le basi fisiopatologiche della medicina e dall'altro una utilizzazione delle conoscenze scientifiche e della comprensione umana che continuano a formare la competenze tecniche in quello che si chiama sempre "Il Metodo Clinico". Questa nuova e rapidamente modificabile utilizzazione delle conquiste dei fondamenti chimici, clinici, e fisiopatologici del modo di concepire il sapere medico ai fini diagnostici e terapeutici è il risultato di numerosi fattori sconosciuti sino dopo la fine della seconda guerra mondiale.*

*Infatti da un lato vi è un incremento logaritmico delle informazioni (spesso più delle conoscenze) e della utilizzazione offerte al medico; della durata crescente della vita umana, almeno nel mondo occidentale; della introduzione di metodi diagnostici e terapeutici sempre più complessi e raffinati; per la disponibilità di terapie più sofisticate e potenti mediche, chirurgiche e di varie tecnologie; del ricovero sempre più largo in centri ospedalieri più completi, della possibilità di usare tecniche anche per persone di età superiore ai 90 anni o viceversa ancora prima della nascita, con sempre minori differenze tra i due sessi. In altre parole il rapporto individuale tra medico e malato è reso più precario e più difficile dalla crescente complessità dei metodi diagnostici e terapeutici che hanno profondamente modificato la modalità dell'assistenza, l'ambiente ospedaliero e l'intervento della società che tende a rendere sempre più impersonale la medicina di oggi. Negli ultimi dieci anni poi le conoscenze della medicina genetica e cellulare hanno profondamente modificato le basi fisiopatologiche del sapere medico.*

*Le indagini di laboratorio e soprattutto strumentali hanno acquistato un ruolo di importanza crescente nella valutazione e nella fiducia del medico nella soluzione di problemi diagnostici e terapeutici, favorite dalla batteria di esami richiesti multipli che non sempre sono di utilità nel singolo caso. Questa metodologia ha in parte e talvolta in troppa parte ha sostituito un'accurata raccolta dell'anamnesi che abbia valore nel caso clinico in esame e non sia solo un elenco più o meno ordinato di sintomi e segni raccolti spesso affrettatamente dall'interrogatorio del malato. In più l'uso non critico della medicina basata sull'evidenza contrasta spesso con l'individualità della malattia del singolo malato.*

*Il processo decisionale spesso contrasta con l'uso delle linee guida che troppo spesso diventano una camicia di Nesso sul malato e non un metodo di utilizzazione critica raccolti con l'anamnesi e l'esame obiettivo. Tutto questo può non ridurre l'errore medico e quindi introduce metodi non adeguati nelle elaborazioni di ipotesi diagnostiche. Tanto più che la società non è disposta ad accettare la incurabilità di un atto medico. Ne deriva che la formazione dello studente in medicina è affidata a metodi diagnostici non sempre di alta probabilità o di certezza e a terapie molto spesso non dimostrate in modo completo perché la valutazione dei risultati della terapia è molto spesso affidata a metodi non completamente accertati o a risultati troppo frettolosamente raccolti.*

*Cosicché si è creato uno hiatus tra le potenzialità che i progressi medici hanno creato ed i risultati ottenuti nel singolo malato specie se complesso. In definitiva la Medicina ha in molti casi ottenuto risultati parziali o inferiori di quelli che si possono attendere, per cui conclusioni considerate discutibili sono soggette a rivalutazioni o a modifiche. In conclusione il modo di concepire l'atto medico, in parte arte in parte scienza non tiene conto spesso in modo appropriato della valutazione critica dei risultati degli esami eseguiti che comporta una definizione a volte erronea a volte incompleta delle possibilità diagnostiche tanto più che l'atto terapeutico sostituisce in modo non esauriente le possibilità di una Medicina troppo raramente fondata sulla prevenzione più che sulla cura della malattia una volta che questa è comparsa.*



Considerazioni conclusive: *il pensiero del filosofo*

Fabio Gabrielli

La Tavola rotonda sul rapporto tra medicina, tecnica e componente umanistica nell'accostamento alla cura, che si è svolta a Verbania, nell'ambito del 3° Corso di Formazione e Perfezionamento "interattivo", ha offerto rilevanti stimoli, vissute suggestioni, fecondi interrogativi di fondo.

In estrema sintesi, le questioni più radicali e urgenti emerse dagli interventi sono:

- Qual è il rapporto tra sofferenza sociale e processi economici?
- Quanto la tecnica ha influenzato, modificato, riorientato i diversi paradigmi della cura?
- Quale grado di percezione ha raggiunto la dialettica guarigione - salvezza - innalzamento *patologico* dello standard di normalità/salute, entro uno scenario medico sempre più complesso?
- Quanto l'individuazione di corretti, oggettivi *marcatori biologici* può arginare, soprattutto in alcune espressioni psicopatologiche, la forza dirompente di *marcatori ideologici*, con tutto il loro carico di *biopotere*?
- Quanto la vecchiaia è vista come un oltraggio incarnato nello stato di "felicità perpetua" (l'espressione è di Pascal Bruckner)?
- Perché la morte è spettacolarizzata o, nella sua dimensione quotidiana, in *carne ed ossa*, nell' *hic et nunc*, obliata, esorcizzata?
- Perché si nega alla sofferenza il suo ineludibile statuto di condizione umana?

Sullo sfondo delle riposte offerte dai diversi relatori a queste domande, restano alcuni fuochi ineludibili:

A. Il medico deve configurarsi, nella relazione con il paziente, come una compiuta sintesi di sollecitudine e inquietudine, punto d'incontro tra *kairologia*/istante/momento opportuno e rimediazione biomedica e antropologica, *logos clinico* e *logos narrativo*.

B. L'atto della cura deve comportare sempre il radicamento della beneficenza nella benevolenza: "*L'amicizia del medico verso il malato deve essere, innanzitutto, volontà efficace d'aiuto tecnico; in definitiva, beneficenza tecnicamente concepita e realizzata. La salute del malato è per il medico un bene; altrimenti, non si sforzerebbe di ottenerla. Ma questo bene lo 'per lui' -deve esserlo- in quattro modi diversi: in un modo immediato e egoista, il recupero del malato è per il medico la prova di un impegno personale, un 'successo' professionale più o meno meritorio e una vittoria tecnica sul disordine della natura; in quanto realtà oggettiva e sociale, questo recupero è un bene per la società a cui egli come medico appartiene; da un punto di vista caritativo e filantropico, è il bene che si fa a un uomo bisognoso e sofferente; in un ordine strettamente interpersonale - pertanto, amichevole, nel senso più forte e proprio di questa parola - è, infine, il bene della singolarissima persona del malato. Insomma: il medico si costituisce in vero amico del malato offrendo ad esso, non soltanto al malato, ma al tal malato, tutto ciò che egli ha messo in gioco per restituirgli il bene oggettivo della salute*" (P. Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Revista de Occidente, Madrid 1964).

C. Nella malattia, occorre distinguere la sua classificazione o normatività (*disease*), il suo impatto sul nostro vissuto (*illness*), ovvero come ognuno di noi risponde nella sua irripetibile biografia alla patologia che lo investe, come la rimodella nei suoi vissuti e nei suoi agiti e, infine, le sue ricadute o determinazioni sociali (*sickness*). La malattia, dunque, è dolore che articola nella sofferenza il suo senso, sintesi tra corpo organico (*Körper*) e corpo vissuto (*Leib*), radicamento biologico e narrazione biografico-esistenziale. In questo contesto, la pratica clinica *narrative - based*, ovvero la ricezione e l'interpretazione/significazione delle storie di malattia, può rivestire un ruolo non trascurabile. D'altronde, coglie nel segno Corbellini, là dove afferma che la medicina contemporanea non può fare a meno di approcci epistemologici *complessivi, flessibili, a rete*: "[...] gli sviluppi delle conoscenze e tecnologie genomiche e postgenomiche, insieme al potenziamento degli strumenti d'immagazzinamento, elaborazione e trasferimento delle informazioni, richiedono al medico non solo le capacità di accedere ai dati di letteratura, che con Internet sono però anche alla portata dei suoi pazienti, ma soprattutto quello di orientarsi selettivamente e interpretare le informa-

zioni in relazione al contesto storico-sociale ed esistenziale” (G. Corbellini, *Ambiguità delle medical humanities*. In Arco di Giano, 2, 2003: 63-66).

D. *L'esattezza dello sguardo metafisico* da originaria tensione conoscitiva - riflessione epistemica sul divenire come luogo dell'angoscia antropologica - implode nell'ideologia, quando si fa violenta interpretazione della realtà, sporgenza della *parola* sulla *cosa*, manipolazione arbitraria e interessata (macro e micropotere) dei fatti.

L'ideologia metafisica ha un privilegiato terreno di coltura nelle malattie mentali, dove il condizionamento sociale, culturale, assume un valore metafisico, a causa della corrispondenza sovente sfumata tra classificazione e oggetto naturale, nosologia e effettiva realtà della malattia.

Da qui, il pericolo di un ideologismo medico talmente marcato che rischia di deflagrare nell'*imperialismo diagnostico*.

La fragilità delle classificazioni del DSM, soprattutto nel caso della distinzione tra Depressione maggiore e Sindrome bipolare, nasce dalla mancanza di un corrispettivo biologico, forte e reale, capace di inverare diagnosi semplicemente testistiche, narrative o evidenti solo nella manifestazione psicotica.

Alla luce di queste considerazioni, come emerge dalla relazione di Massimo Cocchi, il percorso sperimentale individuato dall'Istituto di ricerca "Paolo Sotgiu" in Psichiatria e Cardiologia Quantitativa e Quantistica dell'Università L.U.de.S. di Lugano, ha portato a individuare i marcatori biologici capaci di offrire alla diagnosi della DM e della SB un sostrato estremamente reale, con cui confrontarsi su base empirica, quindi pubblica, per costruire un DSM che non sia prego di pseudofenomenologia o, peggio, ideologia, ma che guardi all'*esserci qui e ora* della coscienza nella sua reale carne biomolecolare.

E. Il paziente va visto come persona (*per se unum*): unità irriducibile, nel segno della novità, creatività, profondità, fragilità. Il medico, di fronte al paziente-persona, peraltro oggi sempre più informato (Internet), ma anche disorientato, deve, innanzitutto, coglierlo come *ens indigens*, essere strutturalmente precario, contingente, e, poi, come *ens sufferens*, affetto dalla malattia. Il riconoscimento della ineludibile finitezza della persona funge da autentico farmaco esistenziale, etico e deontologico contro ogni pretesa di onnipotenza, di indebita equazione tra curare e guarire. In altri termini, il medico, secondo la plastica e felice immagine gadameriana, deve prendere coscienza di sé come "guaritore ferito".

F. Da ultimo, in relazione ai processi economici, occorre un Management sanitario aperto alla complessità, agli approcci interculturali, alla de-burocratizzazione, alla centralizzazione delle cure iperspecialistiche, alla concentrazione delle cure mediche sulla base di precise strategie geografiche, al decentramento dei luoghi di cura sulla scorta di precise, definite esigenze, alla diffusione di modelli di salute e malattia autentici, che evitino, dunque, di generare la perversa cultura della medicalizzazione ad oltranza e del salutismo esasperato, con i drammatici costi economici che tutto questo comporta.

Ad ogni modo, qualsiasi strategia economica si metta in atto per definire una medicina più responsabile e attenta a non incidere sui costi sociali, resta, per il medico, il dovere di meditare quotidianamente sulle superbe parole di Paul Ricoeur: "*La medicina è una pratica fondata su una relazione sociale che ha nella sofferenza la motivazione fondamentale e nella speranza, per l'ammalato, di essere aiutato e guarito il suo télos*" (Il giudizio medico, tr. it. Morcelliana, Brescia 2006).