



La rivista internazionale MEDIC New Series, Metodologia Didattica e Innovazione Clinica si caratterizza per un approccio globale e unitario ai temi della Bioetica, dell'Etica della salute e della formazione degli operatori sanitari, con la finalità di ricomporre in una visione unitaria i saperi umanistici e le scienze biomediche. Essa intende proporsi come uno spazio di dialogo tra le cosiddette *due culture*, quella scientifica e quella umanistica, nello sforzo di offrire spunti di riflessione e di confronto alla luce di un neo-umanesimo medico che ha nella persona il suo punto di coesione e di equilibrio. Si tratta di una rivista scientifica multidisciplinare, che ospita revisioni della letteratura e lavori originali, nonché editoriali, lettere all'editore su argomenti di particolare interesse e recensioni di libri.

La rivista si propone di fornire un'occasione di confronto sul piano internazionale attraverso la pubblicazione di contributi attinenti alle seguenti sezioni: *Metodologia, Epidemiologia, Clinica e Ricerca di Base, Educazione Medica, Filosofia della Scienza, Sociologia della Salute ed Economia Sanitaria, Ingegneria Bio-Medica, Etica e Antropologia, Storia della Medicina*.

Uno degli obiettivi prioritari della rivista è aprire un dibattito sui temi di maggiore rilievo scientifico in ambito bio-medico, affrontandoli sotto diverse angolature attraverso i contributi dei vari autori. MEDIC *New Series* vuole in tal modo offrire agli studiosi che si confrontano con le grandi questioni della salute e della malattia, della vita e della morte, del dolore e della sofferenza, uno scambio fecondo con colleghi di altre discipline, perché si giunga a una composizione del tema più ampia di quella consentita dall'esclusiva ottica della propria specialità.

Il dialogo tra le Scienze, per essere efficace e fruttuoso, deve essere prima di tutto un dialogo tra scienziati, capaci di analizzare la realtà anche con linguaggi diversi, per comprenderne aspetti che altrimenti resterebbero sottintesi o non sufficientemente elaborati e strutturati.

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

The international journal MEDIC New Series, Teaching Methodology and Clinical Innovation distinguishes itself for its global and unified approach to bioethics and to health care ethics issues as well as to the training of health workers aiming at structuring the humanistic knowledge and the biomedical sciences into a common vision. It wishes to foster the dialogue between the so called two cultures, the scientific and the humanistic one, in its effort to offer occasions of reflection and of confrontation in the light of a medical neohumanism which sees in the human being its point of cohesion and balance. It is a multidisciplinary scientific journal publishing literature reviews, original papers, editorials, letters to the Editor on topics of special interest as well as book reviews.

The journal intends to set up a space of comparison at an international level through the publication of papers relevant to the following sections: Methodology, Epidemiology, Clinical Medicine and Basic Research, Medical Education, Philosophy of Science, Health Sociology and Health Economics, Biomedical Engineering, Ethics and Anthropology, Medical History.

The journal's most important objectives is that of opening a debate on subject-matters of great scientific importance in biomedicine, tackling them from different view points through the contribution of various authors. Thus MEDIC New Series wishes to offer to scholars dealing with important issues such as health and sickness, life and death, pain and suffering, the opportunity of having a debate with colleagues of other disciplines so to make such discussion wider than it would be possible from the view point of a single specialty.

To make the dialogue among Sciences effective and fruitful, first of all it has to be a dialogue among scientists capable of analysing reality by using different languages, so to understand aspects that otherwise would be left unsaid or not sufficiently studied and explained.

Each manuscript submitted to publication will be selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and on its topic. It will be then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who will express a motivated judgement. The final decision on the manuscript acceptance will be taken by the Editorial Board after having read the referees' opinion.

Sito internet

www.medicjournalcampus.it

Valutazione Anvur: Fascia A, Area 11 - Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche

Editor

Paolo Arullani

Università Campus Bio-Medico di Roma

Scientific Coordinator

Joaquín Navarro-Valls

Università Campus Bio-Medico di Roma

Associate Editors

Felice Barela, Università Campus Bio-Medico di Roma

Paola Binetti, Università Campus Bio-Medico di Roma

Maria Teresa Russo, Università Campus Bio-Medico di Roma

Daniele Santini, Università Campus Bio-Medico, Roma

Vittoradolfo Tambone, Università Campus Bio-Medico di Roma

Albertina Torsoli, Versiox, Svizzera

Scientific Secretariat

Maria Dora Morgante, Università Campus Bio-Medico di Roma

Veronica Roldán, Università Roma Tre

Editorial Board

Maria Grazia Albano, Università di Foggia

Luciana Angeletti, Sapienza Università di Roma

Dario Antiseri, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali, Roma

Marta Bertolaso, Università Campus Bio-Medico di Roma

Hillel David Braude, McGill University, Montreal, Canada

Renzo Caprilli, Sapienza Università di Roma

Lucio Capurso, Sapienza Università di Roma

Michele Cicala, Università Campus Bio-Medico di Roma

Francesco D'Agostino, Università di Roma "Tor Vergata"

Paolo Dario, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Patrizia de Mennato, Università di Firenze

Pierpaolo Donati, Università di Bologna

Luciano Floridi, University of Hertfordshire/ University of Oxford, Regno Unito

Luigi Frati, Sapienza Università di Roma

Luigi Frudà, Sapienza Università di Roma

John Fox, University of Oxford, Regno Unito

Giuseppe Galli, Università di Macerata

Enzo Grossi, Fondazione Bracco, Milano

Silvia Kanizsa, Università di Milano-Bicocca

Gregory Katz, ESSEC Business School, Francia

Renato Lauro, Università di Roma "Tor Vergata"

Alessandro Martin, Università di Padova

Alfred Nordmann, Technische Universität, Darmstadt, Germania

Susanna Pallini, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre

Michelangelo Pelàez, Università Campus Bio-Medico di Roma

Maddalena Pennacchini, Università Campus Bio-Medico di Roma

Julian Reiss, Erasmus University, Paesi Bassi

Paolo Maria Rossini, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Cesare Scandellari, Università di Padova

Alejandro Serani Merlo, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile

Luciano Vettore, Università di Verona

© Pacini Editore Srl

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Direttore responsabile/*Manager* Maria Teresa Russo; Per abbonamenti/*For subscription*: abbonamenti@pacinieditore.it

Stampa/*Printed by* Pacini Editore Srl, via A. Gherardesca, 56121 Pisa

ABBONAMENTI/SUBSCRIPTIONS

Abbonamenti per l'Anno 2016

Italia: Privati, € 40,00; Enti Istituzionali, € 75,00; Studenti, € 30,00.

Eestero: Privati, € 80,00; Enti Istituzionali, € 150,00; Studenti, € 60,00.

Prezzo di copertina per singola copia e per volume 2013: € 20,00.

L'abbonamento decorre dal gennaio al dicembre.

Gli abbonamenti possono essere attivati:

- a) via e-mail a: abbonamenti@pacinieditore.it
- b) per posta: Pacini Editore Srl, Ufficio Abbonamenti, via Gherardesca 1, 56121 Pisa
- c) online su: www.pacinieditore.it

Subscriptions for 2016

Italy: Individuals, € 40,00; Institutions, € 75,00; Students, € 30,00.

Abroad: Individuals, € 80,00; Institutions, € 150,00; Students, € 60,00.

Single copy and 2013 issue, € 20,00.

Abroad, € 40,00.

Subscriptions request and payment may be issued:

- a) by e-mail addressed to abbonamenti@pacinieditore.it*
- b) by mail to the following address: Pacini Editore Srl, Ufficio Abbonamenti, via Gherardesca 1, 56121 Pisa*
- c) online at www.pacinieditore.it*

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Manoscritti

I manoscritti possono essere presentati in italiano o in inglese e devono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'*appeal* del lavoro.

Le pagine devono essere numerate consecutivamente.

La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo in italiano e in inglese, (b) il nome per esteso e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) il titolo corrente per le pagine successive, (e) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori, (f) eventuali note a piè di pagina.

I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei *Parole-Indice* e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto sia in italiano che in inglese strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (per le rassegne, commenti, saggi).

Note a piè di pagina

Nel manoscritto possono essere inserite delle note a piè di pagine, richiamate nel testo con il numero arabo attaccato alla parola e prima dell'eventuale segno d'interpunzione. Si suggerisce di utilizzare le note solo realmente necessarie e come note esplicative al testo. Tutti i richiami bibliografici vanno inseriti nei riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

I richiami bibliografici nel testo devono essere indicati tra parentesi tonde, riportando solo il cognome dell'autore (quando sono solo due, i cognomi vanno separati dalla "e", quando sono invece più di due, riportare solo il nome del primo autore, seguito da et al.). I riferimenti bibliografici vanno poi riportati alla fine del manoscritto, in ordine alfabetico e senza numerazione. In bibliografia i cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori (quando sono più di tre, riportare solo i nomi dei primi tre autori, seguiti da et al.), il titolo dell'articolo in corsivo, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'*Index Medicus*, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagine dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

Articoli di Giornali: Epstein O, De Villers D, Jain S, et al. *Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis*. N Engl J Med 1979;300:274-8.

Libri: Blumberg BS. *The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics*. In: Popper H, Scaffener F, editors. *Progress in liver disease*. Vol. IV. New York-London: Grune and Stratton 1972, pp. 367-9.

Tabelle e figure

Le **Tabelle** devono essere numerate consecutivamente con numeri romani e devono essere consegnate su file separati in formato .doc o .rtf.

Le **Figure** devono essere numerate consecutivamente con numeri arabi e devono essere presentate anch'esse su file separati in formato .jpeg o .tiff con definizione di 300 dpi, accompagnate da esplicite *legende* con definizioni di tutti i simboli e abbreviazioni usati. Qualora i file dovessero essere di bassa definizione o scarsa qualità, la redazione si riserva di comunicarlo agli autori, in modo che vengano riforniti. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, dovrà essere richiesta l'autorizzazione e indicata chiaramente la fonte in legenda, specificando se è stata riproposta in originale oppure modificata.

Ringraziamenti

I ringraziamenti devono essere riportati in fondo allo stesso file dell'articolo.

Autori

Nel caso di più autori, specificare se questi desiderano che sia indicato in cima al manoscritto il ruolo di ciascuno nel lavoro (ad es. ricercatore principale, autore *senior*, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente).

Manoscritti riveduti e bozze

I **manoscritti** verranno rinviati agli autori con i commenti dei *referees* e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore. A meno di esplicita richiesta, la correzione delle **bozze** sarà effettuata direttamente dalla Segreteria Scientifica sulla base del testo finale vistato. Gli autori sono pregati di rinviare il materiale per *corriere rapido*.

Estratti

Un (1) estratto in PDF sarà inviato via mail al primo autore di ogni articolo pubblicato. Eventuali estratti a stampa (da richiedere all'atto dell'invio del dattiloscritto vistato) saranno addebitati agli autori.

Copyright

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo rimangono di proprietà del Giornale e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto. Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): "I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) a Pacini Editore, Pisa, nel caso il manoscritto sia pubblicato su MEDIC. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale".

Indirizzo per invio dei Manoscritti

Il lavoro e tutta la documentazione vanno inviati in formato .doc all'indirizzo e-mail di MEDIC (medic@unicampus.it).

Per ulteriori informazioni rivolgersi a MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225419075. E-mail: medic@unicampus.it.

Peer Review

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

Lista di controllo

Prima di spedire il manoscritto, si prega di controllare la lista che segue:

1. Manoscritto accompagnato da Cover Letter
2. Cognome e nome per esteso degli autori
3. Istituzioni di appartenenza degli autori con il nome della città dello Stato
4. Titolo in italiano e in inglese
5. Titolo corrente
6. Sommario breve (circa 20 parole) in italiano e in inglese
7. Sommario esteso (circa 200 parole) in italiano e in inglese
8. Ringraziamenti (in fondo al manoscritto)
9. Autori (ruoli) (ove richiesto)
10. Dichiarazione di cessione dei diritti d'autore
11. Indirizzo completo di uno degli autori per la corrispondenza (incluso numero di fax)
12. Richiami bibliografici nel testo tra parentesi tonde con nome autore e anno
13. Riferimenti bibliografici in ordine alfabetico e secondo lo stile raccomandato
14. È stato consultato per lo stile un numero precedente della rivista?
15. Richiesta di estratti

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Manuscripts

Manuscripts can be submitted in Italian or English and should be accompanied by a cover letter. Pages must be numbered consecutively.

The title page should include: (a) title of the article in Italian or English, (b) name and surname(s) of all author(s), (c) authors' affiliation and address, (d) running head, (e) corresponding author, (f) footnotes.

The submitted material should also include: a **Short Abstract** of approximately 20 words, three to six keywords and an **Extended Abstract** (approximately 200 words), in Italian and English (for articles in Italian) or only English (for articles written in another language than Italian). The article should be structured according to the following format: **Background, Materials and Methods, Result, Conclusion** (for articles reporting research data), or **Background, Contributions or Description, Conclusion** (for review articles, critical comments, essays).

Footnotes

Footnotes are allowed but it is suggested to use them only if necessary and strictly relevant to the main text. They should be indicated by a superscript Arabic number attached to the relevant word and before any punctuation mark.

All bibliographical references should be included in the list of references.

References

Bibliographical references in the text should be indicated in parentheses, reporting only the surname of the author (when they are only two, the names must be separated by "and"; when they are more than two, only the name of the first author should be mentioned, followed by et al.). A list of bibliographical references should appear at the end of the manuscript, in alphabetical order and without numbering. Each citation should include the names and initials of the names of all authors (when they are more than three, only the name of the first three authors should be mentioned, followed by et al.); the article title in italics, journal title, abbreviated according to the 'Index Medicus', year of publication, volume number, first and last pages of the article. Examples:

Newspaper articles: Epstein O, De Villers D, Jain S, et al. *Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis*. N Engl J Med 1979;300:274-8.

Books: Blumberg BS. *The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics*. In: Popper H, Scaffener F, editors. *Progress in liver disease*. Vol. IV. New York-London: Grune and Stratton 1972, pp. 367-9.

Tables and figures

Tables should be numbered consecutively with Roman numerals and must be supplied as separate files .Doc or .RTF. **Figures** should be numbered consecutively with Arabic numerals and should also be submitted as separate files in .Jpeg or .Tiff with resolution of 300 dpi, accompanied by legends with explicit definitions of all symbols and abbreviations used. The editorial staff reserves the right to request the authors to provide them with higher quality material in case the submitted files are of poor quality or low resolution. In the case of illustrative material already published elsewhere or by other authors, permission must be requested and the source must be clearly indicated in the legend, specifying whether it was revived in original or modified.

Acknowledgements

Acknowledgements must be included in the article file at the bottom.

Authorship

In case of multiple authors, the role of each may be specified on top of the manuscript (eg: principal investigator, senior author, participant, etc., or more detail).

Reprints

One (1) pdf file will be sent to the first author. Colour prints and paper reprints will be charged to the author(s) who have requested them.

Revised Manuscript and proofs

Manuscripts will be returned to the corresponding author with the referees' comments and/or the revisions by the Scientific Secretariat. If accepted for publication, the text should be returned to the Secretariat with the approval by the first author. Unless explicitly requested otherwise, the correction of the proofs will be carried out directly by the Scientific Secretariat on the grounds of the approved manuscript. The authors are kindly requested to return the material by special delivery.

Copyright

Manuscripts and corresponding illustrative material remain property of the Journal and should not be reproduced without written permission. If the paper is accepted for publication, the corresponding author will be asked to sign a copyright transfer declaration. The authors warrant that the article has not been previously published and is not under consideration for publication by another journal.

Address for Manuscript

The manuscript and all documentation must be sent in .Doc format to the e-mail MEDIC (medic@unicampus.it).

For information contact, MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225419075.

Peer Review

Each manuscript submitted for publication is selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and topic. It is then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who are asked to express a motivated judgement. The final decision on manuscript acceptance is taken by the Editorial Board on the basis of the referees' opinion.

Submission Checklist

Please use the following checklist before mailing the manuscript:

1. The manuscript and the Cover Letter
2. Full name and surname of all authors
3. Corresponding addresses of the authors
4. Title
5. Running head
6. Short Abstract (approx.20 words)
7. Extended Abstract (approx. 200 words)
8. Acknowledgements (at the end of the manuscript)
9. Multiple authorship (where required)
10. Copyright statement
11. Full corresponding address of one of the authors (including FAX number and e.mail)
12. Bibliographical references in the text in parentheses with author's name and year
13. References in alphabetical order and according to the style recommended
14. Have you checked a previous issue of the Journal for format of presentation?
15. Reprints required

INVITO ALLA LETTURA

AN INVITATION TO READ

In accordo con la filosofia di MEDIC (Un Giornale per il Nostro Tempo, 1993; 1: 71-2), questo numero comprende articoli di varia natura, aventi peraltro in comune l'interesse per i problemi d'ordine metodologico e/o riguardanti la didattica formativa.

Following the philosophy of MEDIC (A Journal for Our Times, 1993; 1: 71-2), this issue includes articles of various kinds, however all share a special interest in problem related methodology and/or education.

Social Responsibility and ethics in organizational management

La responsabilità sociale ed etica nel management

ANTONIO ARGANDOÑA

MEDIC 2016; 24(2): 13-19

Social Responsibility is a moral category. It addresses the organization's impact in society and management excellence.

La responsabilità sociale è una categoria morale. Essa affronta l'impatto dell'organizzazione nella società e la gestione di eccellenza.

Una storia di responsabilità sociale in ambiente sanitario pubblico: gli indicatori di umanizzazione

A history of social responsibility in a public health care setting: the humanization indicators

LUCIANO HINNA

MEDIC 2016; 24(2): 20-29

La responsabilità sociale in tutto il mondo si colloca nello spazio dei comportamenti etici, non esigibili per norma. Un ospedale pubblico è socialmente responsabile per definizione e tale responsabilità si declina nei comportamenti che possono essere oggetto di misurazione attraverso gli indicatori di umanizzazione messi a punto presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini di Roma.

All over the world, social responsibility is part of a set of ethical behaviors not required by law. A public hospital is socially responsible by definition. Such responsibility expresses itself in behaviors that can be measured through a set of humanization indicators developed by the San Camillo - Forlanini Hospital in Rome.

Stakeholder pressure and the adoption of proactive environmental strategies in healthcare: the mediating effect of 'green' HRM

Pressione degli stakeholder e adozione di strategie ambientali proattive in sanità: il ruolo di mediazione delle pratiche di gestione delle risorse umane "orientate alla sostenibilità ambientale"

MARTA PINZONE, EMANUELE LETTIERI

MEDIC 2016; 24(2): 30-36

The positive relationship between stakeholder environmental pressure and proactive environmental strategies is mediated by the development of a 'green' human resource management system.

La relazione positiva fra pressione degli stakeholder e strategia ambientale proattiva è mediata da un sistema di gestione delle risorse umane orientato alla sostenibilità ambientale.

Quale relazione tra l'Unità Operativa Programmazione e Controllo e la responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera?

What is the relationship between the Planning and Control Operational Unit and the social responsibility of a hospital?

FABRIZIO RUSSO

MEDIC 2016; 24(2): 37-42

Per essere socialmente responsabile un ospedale ha bisogno di un'identità esplicita e condivisa. Un'autentica responsabilità sociale richiede di essere comunicata. In questo documento viene proposta una nuova responsabilità per l'unità di controllo di gestione. Questa potrebbe essere l'unità responsabile per lo sviluppo e la definizione di un bilancio sociale per l'ospedale.

In order to be socially responsible a hospital needs an explicit and shared identity. An authentic social responsibility requires to be communicated. In this paper, a new skill for a unit of management control is proposed. This could be a unit responsible for the development and definition of the hospital social report.

Il contributo dei farmaci all'aumento dell'aspettativa di vita: ricerca, crescita e sostenibilità

The contribution of medicines to the increase of life expectancy: research, growth and sustainability

MASSIMO SCACCABAROZZI

MEDIC 2016; 24(2): 43-50

L'Italia è un hub farmaceutico internazionale per la produzione e nel modello della *network innovation* può esserlo anche per la Ricerca, come dimostrato dai risultati degli ultimi anni.

Italy is an international pharmaceutical hub for production. It can also be good in the model innovation network for research, as demonstrated by the results of recent years

Medicine e prospettive di vita

Medicine and life perspectives

GIULIO TARRO, PAOLO ALTUCCI

MEDIC 2016; 24(2): 51-57

L'articolo tratta delle trasformazioni dello stato di salute associate all'età e di come la medicina fronteggia le patologie per normalizzare e ottimizzare le capacità umane e contribuire al miglioramento delle condizioni di vita.

This article deals with age-associated changes in health. Medicine faces medical conditions in order to normalize and optimize human capacities and contribute to the improvement of life conditions.

La concordanza nel rapporto medico paziente e la formazione medica

The concordance in the doctor patient relationship and medical education

PAOLA MANFREDI

MEDIC 2016; 24(2): 58-63

Nel testo si evidenziano alcuni cambiamenti, relativi al rapporto medico-paziente, a partire dall'evoluzione del tema dell'aderenza alle cure. S'individuano alcuni preliminari apprendimenti del curriculum medico. *This paper highlights the evolution of the issue of adherence to treatment and some changes of doctor/patient relationship. Some preliminary learning are proposed.*

Editoriale. Responsabilità sociale e salute

Editorial. Social responsibility and health

PAOLA BINETTI

Università Campus Bio-Medico di Roma

Venticinque anni fa, subito dopo il Summit di Rio, nel 1992 le Nazioni Unite invitarono le grandi multinazionali a definire 5 accordi che contemplassero e tutelassero i diritti umani fondamentali, con particolare attenzione ai diritti dei lavoratori e al rispetto dell'ambiente. La sfida era quella di spingere imprese multinazionali, decisamente orientate al profitto, ad assumersi impegni precisi verso i lavoratori, la società e l'ambiente. Il termine adottato fu quello di *Corporate Social Responsibility* (CSR), tradotto in italiano con Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI).

Il tema della RSI va quindi inquadrato nell'ambito delle politiche per la competitività di impresa, considerandola nell'ottica dei diritti umani; il fulcro della riflessione è di fatto la tutela della salute umana considerata nella sua accezione più ampia. Solo in questo caso infatti si può parlare di "sviluppo sostenibile", dal momento che la sostenibilità esige il bilanciamento di tre dimensioni essenziali, la *triple bottom line*: economica, sociale e ambientale. La filosofia e la buona prassi nella RSI promuovono una maggiore consapevolezza del ruolo sociale dell'impresa, che si concretizza in una decisa attenzione verso i bisogni delle persone che vi lavorano e verso l'ambiente in cui operano. È quanto sostengono Pinzone e Lettieri, affrontando in questo numero di *Medic* il rapporto tra responsabilità sociale e impatto ambientale in sanità. È necessaria un'attenzione sempre maggiore alla persona nella sua integrità e alla promozione dei suoi diritti: civili, sociali, politici, economici, senza mai perdere di vista l'ambiente in

cui la persona è inserita e un corretto uso delle risorse naturali disponibili. In questo modo, come argomentano Altucci e Tarro, diventa possibile vivere nel proprio presente con uno sguardo verso il futuro, per tutelare gli interessi delle generazioni che verranno.

La RSI si è imposta alla nostra attenzione nel corso degli ultimi quindici anni grazie all'azione svolta dall'Unione Europea, che ha affrontato il concetto di RSI attraverso una serie di documenti rivolti di volta in volta alle aziende e alle istituzioni. Si tratta però di documenti non vincolanti, che hanno un valore propositivo, ma che rinunciano ad affrontare in modo preceptivo la tutela dei diritti dei lavoratori, che in molti stati è decisamente sottovalutata. Il professor Argandoña, analizzando i fondamenti etici della responsabilità sociale in sanità, mette a fuoco la stretta relazione tra *la corporate social responsibility* e il bene comune. Con estrema chiarezza sottolinea come senza sanzioni efficaci, le aziende sono spesso poco incentivate ad assicurare la corrispondenza dei propri comportamenti a dichiarazioni, principi o linee-guida. Le iniziative volontarie, indispensabili come indicatori di forte motivazione interiore, non sono però sufficienti a proteggere i diritti umani nel campo della salute. Nulla può sostituire un imprenditore illuminato, che faccia del benessere dei suoi dipendenti un elemento chiave del suo successo personale e aziendale. Ma non tutti gli imprenditori sono capaci di anteporre il bene comune alla logica del profitto, per cui serve un quadro regolamentare che stabilisca norme minime vincolanti per tutti e chiedi alle imprese di rendere conto delle ripercussioni delle loro azioni anche nell'ambito sociale e ambientale.

Quindici anni fa venne pubblicato il Libro Verde sulla Responsabilità Sociale d'Impresa, un documento destinato a rilanciare questo dibattito a livello europeo. Il Libro Verde forniva le coordinate in base alle quali si sarebbe dovuta muovere l'Unione Europea e definiva la RSI come "l'integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle imprese nelle loro attività commerciali e nei loro rapporti con

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Paola Binetti
Università Campus Bio-Medico
via Álvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: p.binetti@unicampus.it

le parti interessate". L'attuale sottosegretario al MEF, Pier Paolo Baretta affermava: "La RSI può essere volontaria, ma non deve essere facoltativa, nel senso che farla o non farla sia la stessa cosa. Deve, invece, diventare un sistema che misuri, giudichi, valuti; che sia considerato, nella cultura dell'impresa, un punto di riferimento", soprattutto se si affronta la RSI in rapporto alla salute. Il Libro Verde auspicava un approccio finalizzato alla creazione di valore nel lungo periodo, fondato sulla capacità di cogliere opportunità e gestire i rischi derivati dai cambiamenti di contesto. È il tema che affronta Fabrizio Russo, trattando della relazione tra controllo di gestione e Responsabilità Sociale dell'azienda ospedaliera.

La RSI spinge a ricercare l'equilibrio tra i diversi interessi e istanze in gioco, sentendosi parte di qualcosa che è di tutti e per cui tutti sono chiamati ad agire responsabilmente; rilancia una responsabilità multidirezionale che tiene conto di tutti gli attori in gioco. Il primo passo della responsabilità sociale d'impresa è quindi l'individuazione di coloro che partecipano a qualunque titolo al lavoro d'impresa e, una volta identificate, conoscere le loro esigenze, attraverso un bilanciamento, per quanto possibile, delle loro aspettative. Nel caso di una RSI collegata alla salute i passaggi essenziali sono prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione, includendo nella riflessione anche le famiglie dei pazienti. Stiamo parlando di professionisti che si occupano della salute: medici e infermieri; ma anche fisioterapisti e tecnici di radiologia; logopedisti e dietisti: biologi e biotecnologi, fisici sanitari e ingegneri biomedici. Un vero e proprio esercito di persone schierate a servizio della salute di tutti, per prevenire prima di curare, per riabilitare dopo aver curato. La RSI legata all'azienda farmaceutica è il tema affrontato da Scaccabarozzi, che affronta il tema del farmaco in rapporto alle condizioni di salute della popolazione.

L'azienda farmaceutica, nella sua interfaccia di luogo di ricerca e di luogo di produzione dei farmaci, deve rielaborare costantemente la sua valenza sociale, il suo contributo al benessere della comunità in cui opera, il suo impegno nella soluzione dei problemi esistenti sul territorio, puntando sulla fiducia reciproca, vero e proprio capitale sociale. Se il modello organizzativo nel lavoro è poco strutturato, disorganico, anche l'impresa ne risentirà, perché nel momento in cui non organizza bene il lavoro interno spreca risorse naturali, risorse energetiche, menti, lavoro, intelligenze, processi, macchinari, e quindi spreca tutto ciò di cui può avvalersi. Al benessere dei propri dipendenti sono indissolubilmente legati i risultati complessivi dell'azienda. I "driver" di valore che dominano la nuova economia non sono infatti attribuiti a imprese o strutture, ma sono proprietà delle persone. Innovazione, iniziativa, personalizzazione, capacità di anticipazione e di relazione; risorse intangibili sprovviste di un'entità materiale ma capaci di generare reddito, sono diventati i veri fattori di successo. Il capitale intellettuale, rappresentato dal patrimonio di conoscenza, informazioni ed esperienza accumulato dalle persone, è l'asset di maggior valore per un'impresa. La risorsa umana, portatrice di capitale intellettuale,

sta diventando la risorsa fondamentale, quella attorno alla quale si organizzano tutte le altre.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo affermato che non c'è corrispondenza tra il concetto di salute e quello di malattia, valutando invece la salute come una condizione di benessere fisico, psichico e sociale. È una prospettiva che presuppone una concezione della persona umana, come parte di un sistema sociale, perché nonostante il benessere di una persona sia essenzialmente un'esperienza individuale, di fatto è il risultato dell'interazione tra la persona e l'ambiente. La cultura e il clima valoriale, la strategia, le routine e le procedure organizzative sono forme codificate di conoscenza di proprietà dell'impresa che consentono alle persone di esprimere il loro potenziale. Ma per produrre effetti positivi, non possono che essere fondati sull'autonomia, sulla creatività, sulla partecipazione alle decisioni e sulla condivisione degli obiettivi da parte delle persone che lavorano nel contesto organizzativo.

Poiché la RSI si basa su un approccio volontario e nessuna legge, nazionale o sopranazionale, può imporre finalità, orientamenti o scelte di fondo aziendali in collaborazione con l'università Bocconi è stato stilato un elenco di indicatori che permette di analizzare le performance sociali di un'impresa. In questa prospettiva si colloca l'intervento del professor Hinna sugli indicatori di umanizzazione per un'azienda ospedaliera. Nella società moderna, aperta e democratica, non esistono prescrizioni positive riguardo ai comportamenti dei soggetti, siano essi individui o istituzioni. Al massimo, esistono prescrizioni negative, ovvero i limiti e le regole a cui le azioni devono attenersi. Ciò rende facile identificare la responsabilità negativa: chi non si adegua alla prescrizione delle leggi è responsabile degli effetti delle proprie azioni. Di tutt'altra difficoltà è la valutazione della responsabilità positiva, cioè del merito. Esso non è previsto, né descritto, né misurato, dalla legge; è però riconducibile, sia alle istituzioni che agli individui, secondo criteri impliciti, raramente formalizzati. L'organizzazione rigida è una delle maggiori cause di apatia lavorativa. In un'ottica di RSI i meccanismi decisionali vanno gestiti attraverso forme di decentramento e di flessibilità organizzativa, adottando un approccio partecipativo di gruppo che promuova il coinvolgimento, l'adesione, l'integrazione, la qualità, la cultura del "lavoro creativo". Quando si tratta di aziende che operano nell'ambito del pianeta sanità la cultura del lavoro creativo è ancora più necessaria, perché diventa la cultura del lavoro curativo. La cura al centro non può diventare uno slogan d'effetto di facile diffusione. È un programma strutturale per tutte le aziende sanitarie, a cominciare dagli ospedali ma estensibili su tutto il territorio. E la cura al centro vuol dire cura di malati e di familiari, di operatori sanitari e di amministrativi; cura del sistema sanitario nazionale e delle politiche sanitarie che lo fanno funzionare ... Per tutto questo serve una gestione strategica che alla luce della responsabilità sociale d'impresa preveda almeno questi passaggi:

- uno sviluppo sociale più equo e sostenibile, che consenta alle persone di essere ascoltate e offra loro l'opportunità

di influire sui processi decisionali strategici in cui sono coinvolte;

- una migliore gestione del rischio, che riduca i costi di gestione e favorisca la risoluzione dei conflitti, ad esempio nel contenzioso che si genera dalla medicina difensiva;
- una maggiore sensibilità verso i bisogni di tutti gli operatori, soprattutto in termini di sviluppo di processi innovativi per una maggior fiducia nella stessa struttura sanitaria;
- un maggiore e migliore investimento di risorse per la soluzione dei problemi critici e per il raggiungimento degli obiettivi preventivati;
- una valorizzazione del core business tipico dell'azienda sanitaria: diagnosi e cura da un lato, ricerca e innovazione dall'altro.

Tutte le modalità attraverso cui far vivere i valori della partecipazione e del coinvolgimento, propri della RSI, vanno periodicamente verificate e rinnovate. Sono efficaci quando individuano un percorso sistematico di miglioramento continuo, finalizzato allo sviluppo di una gestione dei processi di diagnosi e cura sempre più responsabile ed efficace. La responsabilità condivisa nel processo di cura è quella che rende il team dei curanti adeguato al raggiungimento degli obiettivi previsti. Si parte dalla pianificazione strategica dell'ascolto reciproco e del dialogo interpersonale, coltivato a tutti i livelli: malati e familiari; operatori sanitari e amministrativi, direzione clinica e direzione generale, area dei servizi ecc. Attraverso tutti gli interlocutori, disposti in una vera e propria mappa, e attraverso le aree critiche della comunicazione, laddove più facilmente si annida il malcontento, l'insoddisfazione, il potenziale contenzioso, si definiscono gli obiettivi di sviluppo del sistema, a partire dalla responsabilità sociale di cui tutti si sentono partecipi. In questa fase è fondamentale la motivazione e il senso di appartenenza personale, il sentirsi tutti dentro un progetto condiviso, che ancor prima di essere fondato su obiettivi da raggiungere, è ancorato a valori concreti, come la tutela della salute di tutti: pazienti e operatori. In questo modo si alimenta un'esperienza di condivisione che può essere più tutelante delle leggi e dei contratti collettivi di lavoro.

Il tema della RSI va comunque collocato nel quadro di un progetto politico complessivo volto ad accrescere e rafforzare la partecipazione nei luoghi di lavoro e nei territori confinanti. L'aspetto partecipativo s'inserisce in un contesto di *corporate governance*, cioè di modelli di governo delle imprese intesi come un sistema di regole interne che definiscono diritti e responsabilità tra tutti coloro che a vario titolo fanno parte del SSN. In un modello realmente partecipativo sono i soggetti che dialogano tra di loro ad adattarsi reciprocamente e a promuovere un processo di adeguamento dinamico e di ricerca di nuove forme di accordi, in cui tutti i soggetti sono coinvolti con pari dignità e pari valore, per creare condivisione negli obiettivi e autonomia nei processi attuativi. Nella RSI infatti, una volta condivisi principi e strategie, ciascuno opera nella linea tracciata in piena autonomia, sentendosi supportato dalla fiducia degli altri. Va in questa linea anche

la direttiva 2002/14/CE che promuove la flessibilità nell'organizzazione del lavoro, agevolando l'accesso dei lavoratori alla formazione e promuovendone il coinvolgimento nella conduzione dell'impresa e nella determinazione del suo futuro. Si tratta del "core values" della RSI: riconoscere alle persone il diritto di prendere parte alle decisioni che le coinvolgono e che hanno ripercussioni concrete nella loro vita; ovviamente tenendo conto che anche altri saranno coinvolti in quelle stesse decisioni e che anche loro hanno diritto a intervenire. La responsabilità sociale d'impresa permette che nessuno si senta strumentalizzato dai processi in atto, ma proprio per questo che nessuno possa strumentalizzare gli altri. Vengono banditi egoismi individuali, ma anche la tutela di interessi di parte, in una nuova visione che ha un carattere fortemente inclusivo e non consente discriminazioni di sorta.

Ma penetrando maggiormente nel problema vale la pena cercare di capire in che modo la RSI intercetta il grande tema della salute e della malattia, sia attraverso la partecipazione e la condivisione nei processi decisionali, che attraverso l'assunzione della reciproca responsabilità. In altri termini ognuno è sollecitato a mettersi nei panni degli altri, a immaginare le loro difficoltà e le loro legittime aspettative, per farsene carico non al posto loro, ma cercando di interfacciarle con le proprie aspettative e le proprie difficoltà. Il modello proposto da Gadamer, interessante anche sotto il profilo organizzativo, parte dalla teoria del Medico come *Guaritore Ferito*. In tale interpretazione il medico deve scoprire il paziente che c'è in sé, mentre il paziente deve riscoprire le sue abilità mediche interiori, quelle che gli permetteranno di superare lo squilibrio portato dalla malattia. Un medico "senza ferita" non può attivare i fattori di guarigione nel paziente, in quanto non in grado di entrare realisticamente ed empaticamente in contatto con lui. Ma un malato che non è disposto a prendersi cura di sé, fidandosi delle sue stesse risorse, difficilmente riuscirà a guarire.

Aiutare il paziente a voler guarire, partendo "dalla consapevolezza che l'uomo ha di sé e dalla conoscenza di ciò che sa di sé", permette di recuperare una concezione valoriale dell'uomo che la scienza moderna aveva messo in crisi. Negando alla soggettività dell'uomo il suo diritto a presidiare scelte non sempre riconducibili allo stretto circuito della razionalità, la scienza moderna con la sua autorità caratteristica ha imposto all'uomo le proprie conoscenze sull'uomo, negando in gran parte la sua autoconsapevolezza e la sua coscienza sociale. L'attuale sistema di organizzazione aziendale, in una logica esclusivamente economico-centrica, ha incorporato una visione della scienza come applicazione di criteri di pura efficienza, che minimizzano la capacità decisionale e valutativa del soggetto, con una riduzione della sua libertà, goffamente sostituita dalla creazione di falsi bisogni a opera della pubblicità.

La tecnologia rappresenta un supporto ormai irrinunciabile nelle dinamiche imprenditoriali, ma nonostante la sua efficienza in moltissimi campi, il senso di ciò che si fa, il suo significato e il suo valore si colgono solo attraverso un'elaborazione ermeneutica, che include il sapere dell'uomo intorno a se stesso.

In definitiva gli impegni e i criteri che possono caratterizzare concretamente la RSI sul versante della salute e della sicurezza sono quelli della prevenzione dei rischi, della riduzione degli infortuni e delle malattie professionali e la definizione di un sistema di gestione, che consenta, in modo organico, l'individuazione delle cause e dei fattori di rischio, il monitoraggio delle diverse problematiche e la predisposizione degli interventi sull'organizzazione del lavoro. Ma tutto ciò diventa impossibile senza un codice etico, che sia esplicitazione formale della missione, della visione e dei valori di un'impresa particolare, com'è il SSN. Norme etiche più o meno informali sono sempre esistite come principi normativi dell'agire professionale, ma nel corso degli ultimi anni è emersa la tendenza a istituire codici etici d'impresa, che rappresentano la carta dei diritti e doveri e sono il principale strumento di implementazione dell'etica all'interno dell'azienda. Prevedono l'enunciazione di "principi generali" che dovrebbero ispirare e guidare le decisioni e le relazioni in chiave di coesione sociale e sviluppo sostenibile. Ma poiché ogni impresa deve affrontare dilemmi etici specifici, è essenziale che le norme previste siano coerenti con i valori dell'azienda, che riflettano valori realmente apprezzati al suo interno, che forniscano aiuto concreto nei processi decisionali e includano riferimenti concreti al trattamento delle effrazioni, prevedendo particolari procedure volte all'accertamento e adeguati meccanismi di sanzione. Ogni impresa dovrebbe quindi produrre propri principi d'impresa, piuttosto che servirsi di codici "preconfezionati", valorizzando creatività e personalizzazione nelle attività di RSI in coerenza con le caratteristiche delle singole imprese.

La responsabilità sociale d'impresa si fonda quindi su di una serie di principi generali, il primo dei quali è il rispetto per la persona umana e per la sua dignità, che come già detto significa impegno concreto per coinvolgerla nelle decisioni che la riguardano direttamente e indirettamente. Ma nello stesso tempo ha il valore di un'opzione pratica, che nell'*hic et nunc* ritrova il coraggio per assumersene in prima persona tutte le responsabilità collegate. In sanità significa aver presente che la vita degli altri, la sua tutela sotto tutti gli aspetti, mi riguarda a livello personale e professionale, individuale e sociale. Quindi nessuno può trincerarsi dietro una indifferenza burocratizzata, per scansare le sue responsabilità nei confronti della vita degli altri.

Twenty years ago, immediately after the Rio Summit, in 1992 the United Nations invited big companies to define five agreements including and defending the fundamentals human rights of workers and the environment. The challenge was pushing the big profit-oriented companies to offer a precise commitment for workers, society and environment. The wording "Corporate Social Responsibility (CSR)" was coined.

Then, the CSR's issue is about the corporate competitiveness, founding it on human rights; the focus of this thinking is safeguarding human health, understood in its broadest sense.

Just in this case, it is possible talking about "Sustainable

development", since sustainability requires the balancing of three dimensions, triple bottom line: economic, social and environmental dimensions.

The CSR's philosophy and the best practices promote a best awareness about the corporate social role, achieving a strong attention to workers, needs and the environment they operate in.

This is the Pinzone&Lettieri proposal, which develops the relationships between social responsibility and environmental impact.

It is necessary to pay more than the usual attention to human being and to promote his or her rights: civil, social, political, economic, focusing on his or her environment and proper use of environmental resources. In this way, it is possible living in the present, to plan the future, in order to protect the rights of future generations

In the last 15 years, the UE, through its documents published for firms and institutions, has improved our attention to CSR. However, these documents just propose a strategy in order to safeguard workers' rights. Their contents have no coercitive nature but require a voluntary participation. For this reason, they are often undervalued.

Professor Argandoña, analysing the ethical roots of social responsibility in healthcare, focuses the close relationship between the corporate social responsibility and the common good.

Often, firms are not encouraged to guarantee congruence between their behaviours and declarations, principles and guide-lines. The voluntary initiatives, necessary as indices of strong internal motivation, are not enough to safeguard human rights in the health field. Nothing can replace an enlightened entrepreneur promoting well-being for his workers, key-word of his personal and corporate success. Nevertheless, not every entrepreneur is able to prefer the common good to the logic of profit. For this reason, it needs a minimum directive in order to promote in the companies an accountable behaviour about their social and environmental impact.

Fifteen years ago, the Green Book on CSR was published. This document aimed to launch a wide debate on how the European Union could promote corporate social responsibility at the European level; the Green paper defined CSR as "a concept whereby companies integrate social and environmental concerns in their business operations and in their interaction with their stakeholders on a voluntary basis".

Pier Paolo Baretta, (Under-Secretary of economy and finance said: "The CSR can be voluntary, however it can't be discretionary, that's being or not being social responsible subject it isn't the same thing. It must become a system able to measure, judge, evaluate; a reference point in the business culture", particularly in the relationship between CSR and health.

The Green Book aimed an approach based on creating value added over the time, be taking opportunity and managing risks of change. Fabrizio Russo develops this issue in the relationship between management cost and social responsibility of hospitals.

The CSR urges to look for the equilibrium among the various interests, feeling themselves part of a common thing for which everybody is called to act responsibly; it emphasizes a responsibility taking into account every stakeholders.

Firstly, every actor participating to achieve the end of the firm has to be identified, then, once identified, it's necessary to know their needs, by balancing their expectations

In the case of CSR in health-care, it's very important to pay attention to: primary care, secondary care and rehabilitation, including in this considerations the patient's family, too.

We are talking about professionals in the healthcare: physicians and nurses; physiotherapists and radiology technicians; speech therapist and dieticians; biologists and biotechnologists, health physics and biomedical engineers. An army of persons working to safeguard the health needs.

Scaccabarozzi proposes the CSR of the pharmaceutical company developing the relationship between drugs and the health of the population. The pharmaceutical company, place of research and production of drugs, has to constantly rework its social value; its contribution to the welfare of the communities in which it operates, its commitment to the solution of the existing problems in the area, focusing on mutual trust, real social capital. If the organizational model of work is poorly structured, disorganized, the company will suffer as well, because when it does not organize the internal work well, it wastes natural resources, energy resources, minds, work, intelligence, processes, machinery, and then it wastes everything that is reasonably available. The welfare of its employees is inextricably linked to the overall results of the company. The value drivers that dominate the new economy are not in fact attributed to companies or facilities, but they are owned by people themselves. Innovation, initiative, customization, anticipation and relationship skills; intangible resources devoid of a material entity but able to generate income, have become the real success factors. Intellectual capital, represented by the wealth of knowledge, information and experience accumulated by people, is the most valuable asset for a company. Human resource, the bearer of intellectual capital is becoming the key resource, the one around which we organize all the others.

The World Health Organization has long argued that there is no correspondence between the concept of health and disease, considering health instead as a state of physical, mental and social well-being. It's a perspective that assumes a conception of the human person, as part of a social system, because despite the well-being of a person is essentially an individual experience, in fact it is the result of an interaction between the person and the environment. The culture and the climate of values, strategy, routines and organizational procedures are codified forms of knowledge-owned enterprise that enable people to fulfil their potential. However, to produce positive effects, they can only be based on autonomy, creativity, participation in decision-making and the sharing of the objectives of the people who work in the organizational context.

Because CSR is based on a voluntary approach and no law, national or supranational, may impose purpose, guidelines or corporate fund choices it was drawn up a list of indicators that allows to analyse social performance of a company. This perspective is the intervention of prof. Hinna on humanization indicators to a hospital. In a modern, open and democratic, soci-

ety there are no positive prescriptions concerning the behaviour of the subjects, whether individuals or institutions. At the most, there are negative prescriptions, or the limits and rules to which actions must adhere. This makes it easy to identify negative responsibilities: who does not adhere to the prescription of the law is responsible for the effects of his/her actions. By contrast, the evaluation of the positive responsibility is difficult. Merit is not expected, neither described nor measured, by law; however, it is attributable both to the institutions and to individuals, according to implicit criteria, rarely formalized. A rigid organization is one of the major causes of work apathy. From the CSR's point of view, the decision-making mechanisms are managed through forms of decentralization and organizational flexibility, adopting a participatory approach group that promotes involvement, membership, integration, quality, culture of "creative work." When it comes to companies operating in the health planet, the culture of creative work is even more necessary because it becomes the healing work culture. "Care at the centre" cannot become no easy to spread slogan. It's a structural program for all healthcare organizations, starting from hospitals but extensible throughout the country. And "care at the centre" means nursing and family members, health and administrative workers; the national health system and health policies that make it work ...

Then, it's necessary a strategic management in the light of corporate social responsibility including at least these steps:

- a social development more equitable and sustainable, enabling people to be heard and give them the opportunity to influence the strategic decision-making processes in which they are involved;
- a better risk management, which reduces operating costs and promotes the resolution of conflicts, for example, in the litigation generated by defensive medicine;
- increased sensitivity to the needs of all operators, especially in terms of developing innovative processes for greater trust in the same health provider;
- more and better investment of resources to solve critical problems and to achieve the budgeted objectives;
- an enhancement of the traditional core business of the company health: diagnosis and treatment on the one hand, research and innovation on the other.

All the ways in which to live the values of participation and involvement, proper of the CSR, must periodically be reviewed and renewed. They are effective when they identify a systematic pattern of continuous improvement, aimed at developing a management of the diagnosis and treatment process more accountable and effective. Shared responsibility in the care process is the one that makes the appropriate physicians team to achieve the set objectives. It starts from the strategic planning of mutual listening and interpersonal dialogue, cultivated at all levels: patients and their families; health and administrative professionals, clinical management and general management, services area, etc. Through all stakeholders, arranged in a real map, and through the critical areas of communication, where more easily lurks discontent, dissatisfaction, potential

litigation, it will define the development objectives of the system, starting from social responsibility of which all feel part of. At this stage, it is crucial motivation and sense of personal belonging, the feeling all in a shared project, which even before be based on objectives to be achieved, it is anchored to concrete values such as the protection of health of all: patients and operators. This will feed a sharing experience that may more defending laws and collective bargaining agreements. The theme of CSR still has to be put in the context of an overall political project aimed at increasing and strengthening participation in the workplace and in neighbouring territories. The participation aspect is inserted in a context of "corporate governance" that is, the corporate governance models understood as a system of internal rules that define the rights and responsibilities of all those who in various ways are part of the NHS. In a truly participatory model people interact with each other to adapt to each other and to promote a dynamic adjustment process and search for new forms of agreements, in which all stakeholders are involved with equal dignity and equal value, to create shared objectives and autonomy in the implementation processes. In CSR in fact, once principles and strategies are shared, each operates, along the line traced, independently, feeling supported by the trust of others. The Directive 2002/14 / EC goes in this line also promoting flexibility in work organization, facilitating the access of workers to training and promoting their involvement in the operation and the determination of its future. These are CSR "core values" CSR: recognizing the right of people to participate in decisions that affect them and have a real influence in their lives; obviously taking into account that others will be involved in those decisions and that they too have a right to attend. Corporate social responsibility does not allows anyone to feel manipulated by the processes, but because of this nobody can manipulate others. Individual selfishness is banished, but also the protection of party interests, in a new vision which has a strongly inclusive character and does not allow discrimination of any kind. However, in order to penetrate more deeply into the problem it is worth trying to understand how CSR intercepts the great subject of health and disease, both through participation and sharing in decision-making, through the assumption of mutual responsibility. In other words, everyone is urged to get in the shoes of others, to imagine their difficulties and their legitimate expectations, trying to interface them with their expectations and difficulties. The model proposed by Gadamer, is also interesting in terms of organization, starting from the theory of the Physician as a "Wounded Healer". In this interpretation, the physician must find the patient who is in himself, while the patient has to rediscover its inner medical skills, those that will enable him to overcome the imbalance brought by the disease. A doctor "without injury" cannot activate the healing factors in the patient, as not able to enter realistically and emphatically in touch with him. On the other hand, a sick person who is not willing to take care of himself or herself, trusting in his own resources, will be difficult to heal.

To help the patient to want to heal, starting "from the knowledge that man has of himself, and by the knowledge of

what he knows of himself", allows to recover a man's conception of values that modern science had led to a crisis. By denying to man's subjectivity the right to preside choices not always attributable to the narrow circuit of rationality, modern science with its characteristic authority, has imposed to men its knowledge about men, denying most of his self-awareness and his social conscience. The current system of business organization, a purely economic-centric logic, has incorporated a vision of science as an application of pure efficiency criteria, which minimize the decision-making and evaluation capacity of the subject, with a reduction of his freedom, awkwardly replaced by the creation of false needs by advertising. Technology is now an indispensable support in entrepreneurial dynamics, but despite its efficiency in many fields, the sense of what you do, its meaning and its value are only captured through a hermeneutics process, that includes man's knowledge of himself.

Ultimately, the commitments and policies that can effectively characterize the CSR on the side of health and safety are those of risk prevention, reduction of accidents and occupational diseases, as well as the establishment of a management system, which allows, in an organic way, the identification of the causes and risk factors, monitoring the various issues and the preparation of the interventions on work. However, everything becomes impossible without a code of ethics, which is a formal explanation of the mission, vision and values of a particular "company" as the NHS. More or less informal ethical norms have always existed as professional regulatory principles of action, but in recent years, there has been a trend to establish corporate ethics codes, which represent the charter of rights and duties and are the main implementation tool ethics within the company. They provide for the enunciation of "general principles" that should inspire and guide the decisions and key relationships of social cohesion and sustainable development. Nevertheless, since every company must address specific ethical dilemmas, it is essential that the proposed rules are consistent with the company's values, reflecting shared values really appreciated inside, that provide concrete help in decision-making and include concrete references to the treatment of violations, providing for special procedures and ascertaining appropriate sanction mechanisms. Every company should then produce its corporate principles, rather than use of "pre-packaged" codes valuing creativity and customization in CSR activities in line with the characteristics of each firm.

The corporate social responsibility is therefore based on a set of general principles, the first of which is respect for the human person and his or her dignity which, as mentioned above, means concrete commitment to involve him or her in decisions that concern him/her directly and indirectly. At the same time it has the value of a practical option, that in "hic et nunc" finds the courage to take all connected responsibility. In healthcare, this means having in mind the lives of others, their protection in every aspect being concerned on a personal and professional, individual and social level. Therefore, no one can hide behind bureaucratic indifference, to dodge his or her responsibility towards the lives of others.

Introduzione

Introduction

L'idea di realizzare il presente quaderno di MEDIC nasce dall'interrogativo su cosa significhi, per gli operatori che a vario titolo intervengono nella cura e salvaguardia della salute, essere socialmente responsabili. Il punto di partenza è costituito dalla convinzione che la relazione tra responsabilità sociale e salute richiede per un'organizzazione sanitaria:

- l'esplicitazione di un fondamento etico robusto;
- una nuova consapevolezza circa il suo impatto sociale e ambientale verso i soggetti portatori di interesse legittimi, gli *stakeholders*;
- una collaborazione con gli altri operatori del settore e in particolare tra azienda sanitaria e azienda farmaceutica, un'alleanza indirizzata a migliorare il più possibile l'efficacia della cura;
- un'attenzione a rendere sempre più efficiente l'erogazione del processo assistenziale, al fine di garantire accessibilità e qualità di risposta a ogni cittadino che esprima domanda di salute;
- una volontaria ma non meno cogente istanza a rendicontare, a dare conto e a comunicare la propria responsabilità sociale.

In conclusione, mi sia consentito esprimere la più calorosa gratitudine verso gli autori che, aderendo a questo invito con i loro autorevoli interventi, contribuiranno a dare cittadinanza alla responsabilità sociale in questo ambito, così fondamentale per la cura della persona umana.

Il curatore
Fabrizio Russo

Social Responsibility and ethics in organizational management

La responsabilità sociale ed etica nel management

ANTONIO ARGANDOÑA

Emeritus Professor of Economics and Business Ethics, CaixaBank Chair of Corporate Social Responsibility, IESE Business School, University of Navarra

Social Responsibility (SR) in the field of health care can learn a lot from the evolution of the concept of Corporate Social Responsibility (CSR). The R for Responsibility was originally an ethical concept that, when looking at the past, addresses actions' consequences and, when looking at the future, addresses the responsibility for what is going to be done or must be done; it is, therefore, a good guide for understanding SR. The S for Social also started out as a moral concept in interpersonal relationships; it later attributed an active role to society, whose demands identify situations that give rise to rights that create responsibilities. However, the recent evolution of CSR shows the risk of turning what should be an avenue for cooperation between organizations and society into an escalation of claims with an adversarial, consequentialist, results-driven intent, which does not take into account people's possible moral learning, that is, it does not make a positive contribution to good management. Starting from the basic ideas about what is involved in managing an organization, this paper identifies what can motivate an organization to act in a socially responsible manner: SR, understood as an ethical responsibility, grounded on virtue ethics, leads to management excellence.

Key words: Ethics, firm, management, responsibility, social responsibility, society, social responsibility and corporate governance

La responsabilità sociale in ambito sanitario può apprendere molto dall'evoluzione del concetto di responsabilità sociale delle imprese (RSI). La R di "responsabilità" era in origine un concetto etico che, guardando al passato, affrontava le conseguenze delle azioni mentre invece, guardando al futuro, doveva affrontare la responsabilità di ciò che stava per essere fatto o doveva essere fatto. Essa pertanto è, una buona guida per comprendere la responsabilità sociale. La S di "sociale" era considerata inizialmente come un concetto morale all'interno dei rapporti interpersonali; in seguito le venne attribuito un ruolo attivo nella società, le cui richieste identificano le situazioni che danno luogo a diritti che creano le responsabilità. Tuttavia, la recente evoluzione della RSI mostra che esiste il rischio che ciò che dovrebbe essere una via per la cooperazione tra le organizzazioni e la società, si trasformi in un incremento delle rivendicazioni con intenti contraddittori, consequenzialisti, orientati ai risultati, che non tengono conto della possibilità di apprendimento morale delle persone, vale a dire, non apportano un contributo positivo alla buona gestione. Partendo dalle idee basilari richieste nella gestione di un'organizzazione, il presente articolo identifica ciò che può motivare un'organizzazione ad agire in modo socialmente responsabile: la SR, intesa come una responsabilità etica, fondata sull'etica delle virtù, porta a un modello di gestione di eccellenza.

Parole chiave: Etica, azienda, gestione, responsabilità, responsabilità sociale, società, responsabilità sociale e governance

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Antonio Argandoña
IESE Business School, University of Navarra
Av. Pearson 21, 08034 Barcelona (Spain)
e-mail: argandona@iese.edu

Introduction

Health care organizations usually enjoy a high level of social recognition, derived from the importance of the needs they satisfy, their contribution to the community's welfare and their professionals' technical and human caliber. The studies that have been undertaken on these health organizations' Social Responsibility (SR) highlight medical care, which includes both technical and human aspects; services to the community, with disease prevention and health education actions, and a corporate culture driven by quality, responsibility, accountability and confidentiality, among other variables.

All of this gave rise to distinctive SR models that followed a different path from the SR practiced by firms, or Corporate Social Responsibility (CSR): it was assumed that organizations that had such an elevated social function should automatically qualify as socially responsible, without performing any further scrutiny.

However, this outlook has been reexamined. Technological developments, demographics and an awareness that health is a basic right for everyone have fueled an explosion in the demand for health services, at a time when growing costs, the technification of professions, the presence of private players and fierce competition, the constraints on public financial resources, management complexity, the growing concern for environmental issues and the proliferation of regulations, among other factors, have significantly challenged the management quality of health care organizations and the coverage provided by a broad SR.

One of the outcomes of all this has been a growing interest in SR in the health industry (Abreu et al., 2005; Brandão et al., 2013; Jamali et al., 2010; Kakabadse and Rozuel, 2006; Rohini and Mahadevappa, 2010; Wilmot, 2000), which we see as an opportunity for a fruitful exchange of ideas between all stakeholders – academics and practitioners, public and private sector.

SR is not a univocal concept: it means something, but not always the same for everyone. But this lack of consensus should not surprise us. The reality of human organizations is so varied and so changing that it is obvious that there must be more than one way to be responsible toward society (Argandoña and von Weltzien-Hoivik, 2009). But it is equally obvious that all have some type of SR. The purpose of this article is to reflect on what SR is and why it must be practiced by those who manage these organizations. The next section explains SR from the viewpoint of the organizations' management; the section after that discusses what moral, legal and SR is; then we will see why SR is necessary for the manager, and we will close with the conclusions.

Social Responsibility and management

In this section, we will use three simple concepts to frame our analysis:

1. an organization (a business, a non-profit hospital, a sports club, a political party) is "a group of people who coordinate their actions to achieve certain goals that are to everyone's interest, even though that interest may have very different reasons" (Pérez López, 1993);
2. managing an organization entails coordinating all these people's actions to achieve these common goals;
3. SR is "the responsibility of enterprises [in general terms, organizations] for their impact in society" (Commission of the European Communities, 2011).

A responsible organization will try to achieve these common goals that are to everyone's interest while taking into account their impacts on society – the positive ones, to foster them, and the negative ones, to avoid and offset them. This idea is expressed in most definitions of SR, which talk of "integrating social or ethical dimensions in economic activities", or "achieving economic goals while at the same time addressing society's expectations" or "engaging in open, transparent business practices that respect their employees, the community and the environment", or "integrating the needs of people, planet and profit in their operations" etc.². A socially responsible organization can also be defined as one that puts people – the stakeholders – at the center (Freeman, 1984): the organization must take into account the needs of both its internal (owners, managers, employees) and external stakeholders (customers, suppliers, community).

Any organization, whether public or private, with purely economic or social objectives, designs strategies, builds structures, develops policies and undertakes actions that affect many people and institutions. All of this goes to define its SR from its impacts in society.

As is logical, all this needs managers to guide, coordinate and control it. Within the organization, SR consists of a series of instruments or technical resources: management systems (Argandoña, 2004), incentives, indicators, reports, audits, codes of conduct, training programs ... that are necessary if SR is to move beyond good intentions or a series of disorganized and ineffective actions. This is the instrumental dimension of SR.

On a level above the instruments there is the organizational dimension, the people and structures who accept responsibilities and implement them: management and governing bodies, specialized bodies (SR committee, SR or sustainability manager), middle managers and employees, and also suppliers and distributors, partners, agents, etc. SR is a series of personal and collective responsibilities that are shared, mutually supporting and reciprocal.

¹ We will use the term Social Responsibility (SR) throughout this paper, referring to organizations in general, whether public or private, for profit or non-profit.

² For some definitions, and their critical analysis, see Dahslrud (2008).

This takes us to the managerial dimension, where it is decided what must be done, how it must be done and who has to do it. Normally, SR starts with a commitment by the senior management, based on the mission, vision and values; that commitment then percolates through the structure and materializes in the strategy and in day-to-day policies and actions, involving people in dialogue, participation, communication, training and implementation processes. SR is a way of managing the organization, an ongoing practice that is more or less integrated in the mission, the strategy, the policies and the daily decisions³.

Viewed from outside, SR is part of the organization's contribution to a prosperous, sustainable society. There are many ways to make this contribution, from performing the firm's traditional functions (satisfying needs through the production of goods and services, creating value and jobs) to managing its positive (innovation and development) and negative externalities (on the environment or climate change), and the moral and cultural transformations of the societies it interacts with. Its impact is measured mainly by its results (outcomes), for example, on the triple bottom line (Elkington, 1998), although it is more than these outcomes.

SR seeks to make the organization efficient, ethical and responsible, both internally and externally. It is a series of processes that manifest above all in the internal changes (knowledge, capabilities, attitudes, values and virtues) that take place within the organization and within people; the external outcomes are only consequences of these changes, and probably not the most important ones either.

However, this ideal will probably never be attained, for many reasons. SR has a very limited capacity to impact positively on society and, in any case, it is unlikely to have any real significance: "There is little if any logical or empirical evidence that more social activities on the part of the corporations are likely to be socially enhancing, and that in fact they can be socially harmful" (Devinney, 2009). That is why Visser (2010) says that "CSR, as a business, governance and ethics system, has failed" when "success or failure is measured in terms of the net impact (positive or negative) of business in society and the environment".

SR's capacity to transform companies from within also faces difficulties but it is at least a reminder that organizations have responsibilities that can change management processes if managers identify and take on these responsibilities: the virtuous or responsible firm "will be one which has a corporate character that acknowledges that it 'houses' a practice, that encourages the pursuit of excellence in that practice, aware that this is an entirely moral pursuit, that pursues the external goods in so far (and only in so far) as they are necessary to sustain and support the development of excellence in

the practice" (Moore 2003). A socially responsible organization is one that is managed by applying excellence criteria. And this leads us to the ethical dimension of SR.

Responsibility

What do we mean when we say that a person or an organization is responsible?⁴ Here, we consider three forms of responsibility: moral, legal and social⁵.

Moral responsibility

Responsibility is a moral category, which always arises from the relationship with another person: "To say that a person is responsible (...) for a given action is only to say that it is appropriate to take it as a basis of moral appraisal of that person" (Scanlon, 1998)⁶. There can be different types:

1. retrospective or a posteriori, as an attribution. In the past, the agent acted (or did not act) and is attributed the responsibility for the action and its consequences, and also for its objectives and motives;
2. prospective or a priori, as a duty. The subject has decided to act or has the duty to act, and is prepared to accept his present and future responsibilities (Jonas, 1984), including its purposes and the necessary or appropriate means to do that duty. It is often linked to the agent's role or function (Vincent, 2011);
3. responsiveness, as an attitude. When the agent acts with prospective responsibility, he is showing an attitude or willingness to respond to the needs or demands of others, which is what makes up his responsiveness, also called virtue responsibility (de Ruyter, 2002; Williams, 2008). Its rationale arises from the agent's capability to make genuine moral decisions for himself, in such a manner that others trust that he will perform his obligations and accept the consequences of his acts;
4. as accountability. The attribution of responsibilities requires that the agent be able to account for his actions, his or her motivations, the strategy in which they are embedded, the means used and their consequences (Oshana, 1997). Moral responsibility is owed to another person or to a community and, therefore, is subject to the normative standards governing interpersonal relationships in that community and their scrutiny, appraisal and sanc-

⁴ For discussions of the subject, see Eshleman (2014), Hart (1968), Nicoletti (2004) and Williams (2006); cf. also Argandoña (2008).

⁵ There is another responsibility, causal responsibility, which is attributed to someone when that person is the direct or indirect cause of an action or its effects. We will not discuss it here because it is always present in the other responsibilities.

⁶ Responsibility is always personal. Danley (1980), French (1979), and Goodpaster and Matthews (1982) opened the debate about whether a corporate responsibility is possible.

³ SR is often identified with philanthropy or social action, without being part of the business's core or identifying with its management. This does not seem to be the right way to define it.

tion. It is a way of including the community in defining the responsibilities we have listed above.

Societal demands by themselves do not create moral responsibilities, which arise from duties of justice. However, these demands serve to draw attention to these responsibilities' content and give them form for a specific place and time; for example, the duty not to discriminate against an employee on the grounds of race, gender or religion will be specified differently in different communities, but the moral norm will be generally and morally binding.

Legal responsibility

It is founded on abidance by the law. It may or may not be a moral obligation, because ethics and the law do not share the same origin nor the same scope: 1) legal responsibility is based on criteria of social necessity or efficacy, not necessarily on moral principles; 2) the law is concerned mainly with the outcomes, not with intentions, which in some ethical theories occupy an important place in moral responsibility; 3) the law does not encompass all moral obligations, nor should it, as to do so would be detrimental to freedom; 4) the spheres to which the two responsibilities are applied are different, and 5) legal responsibility tends to be reactive and cannot easily adapt to new circumstances and problems. Responsible organizations must obey the law but SR is not a legal responsibility; it does not owe its bindingness to the law.

Social Responsibility

The adjective social has a number of meanings. The moral responsibilities we have alluded to earlier are social insofar as they arise from relationships between people. For example, sale of a faulty product that may cause harm to consumers gives rise to the obligation to compensate for this harm. But SR has acquired a broader meaning; in the example given above, it establishes a generic consumer entitlement to safe products and a responsibility that applies to all companies, beyond the specific relationship between a buyer and a seller. It is responsibility toward all of society (although on occasions it is limited to a group of stakeholders), and this is reflected in many definitions of SR, with phrases such as: "integrate social and environmental concerns", "contribute to a better society", "respect people, communities and the environment", "treat the stakeholders in a socially responsible manner" etc.

Therefore, it is assumed that when society voices its requirements, demands, claims or expectations, it is formulating potential or effective rights that deserve public recognition (even those that are only recognized for certain groups have the support of the community). These demands' strength arises from various sources: coercion (by society or by the State), ethics (either because the recognized right implies a moral duty or because a normative value is bestowed on what society proposes), convenience (the organization agrees to negotiate its responsibilities) etc. Society also demands that organizations be accountable for their commit-

ments, the means they have used or will use to meet them, and their results, which enables a certain degree of control to be kept.

This modern conception of SR has its roots in profound changes, in society, ideas or ideologies (Devinney, 2009), with major consequences:

1. in postmodern society, rights have proliferated, which have become changing and relative, and which often try to turn mere preferences into formal rights (Argandoña, 2016). This inflation of rights translates into a proliferation of SR demands;
2. the wording of these rights is often ambiguous, for example, when it is said that the firm needs a "social license" to operate (without knowing who grants it, under what terms and what its effects are) or that it must "give back" to society what it has received (without specifying how this is to be calculated) or that, as a "good citizen", it must contribute to improving society, or that it must make good use of its power etc.;
3. society is an abstract body that encompasses many groups (politicians, government officials, academics, companies, the media, civil society organizations) with different interests that compete for the attention of the State (to validate their demand) and that of firms (to get them to accept their responsibilities). In practice, we run the risk of leaving the task of proposing society's demands in the hands of a stakeholder group, without discussing their validation;
4. the lobbying capacity of the stakeholder groups is strengthened by State structures, judges, lobbies and the media, which may put at risk the voluntary nature of SR;
5. SR often becomes a vehicle for funding social actions that were traditionally the responsibility of the State but which it can no longer perform due to demand growth and budget constraints. On occasions, SR has been presented as transferring to firms the responsibility for solving the world's major problems – for instance, hunger, disease, education, preserving the environment or preventing climate change;
6. the ethical rationale of this SR is usually consequentialist: what matters is that certain results are attained that are considered socially desirable, without giving due attention to the means, which may be unjust because of what is being asked for, or because of the burden placed on firms, which is then passed on to their customers and employees, not just their owners, perhaps without taking into account distributive justice criteria, or because they further personal interests, sometimes of the rich and powerful etc.;
7. firms react to these demands sometimes by ignoring them; other times by undertaking cosmetic actions; and other times by participating actively in the process of negotiating social demands, by supporting them, manipulating them or blocking them, or using them as entry

barriers to possible competitors etc. Often, the attention paid to these demands by firms is for consequentialist reasons, based, for example, on a cost-benefit analysis. In consequentialist ethics, there is no moral learning: SR does not improve management quality;

8. the firm's and the community's interests are not necessarily aligned, because this way of conceiving SR excludes the existence of a shared interest, or any notion of common good. These relationships are often adversarial and are resolved by power games that produce equilibriums that become unstable when external changes happen (an economic recession, for example), or when the relationship has detrimental effects for one of the parties, or when it has changed its power to impose new conditions etc.;
9. SR can become a generic framework which does not take into account the needs and possibilities of specific players; it will become a regulation that will not elicit allegiances and loyalties, because "without developing a specific 'customized' meaning leading towards dedicated and useful actions for the people involved, CSR as an overarching notion does not make sense" (Cramer et al., 2004).

In short, the SR we see today is the outcome of the co-existence of models in different stages of evolution. In some cases, SR addresses the ethical treatment of the relationships between stakeholders, accepted by organizations with a greater or lesser degree of conviction, in accordance with criteria dictated by justice, solidarity and prudence, sometimes with the intervention of the law but never limited by it.

At other times, SR is broadened to encompass a series of generic responsibilities that go beyond interpersonal relationships, and in which society takes on a more significant role: it formulates its demands and expectations, it identifies the rights that underpin these demands, supports them and establishes pressure mechanisms, which transfer to organizations the responsibility for fulfilling them, and subsequently demands that account be rendered for their actions. This model is a natural continuation of the previous model, insofar as society identifies needs and ethical rights, and adds a social dimension to what was, until then, an eminently private relationship.

But here ambiguities may emerge that change the nature of SR. In postmodern society, the list of rights and, with them, the list of SRs have lengthened considerably. SR's substrate ceases to be ethical and now includes mechanisms for negotiation and manipulation, both by stakeholder groups and by firms; this changes the rationale for SR's bindingness, and may generate instabilities in the relationships between firms and stakeholder groups. The objective of achieving a fair, efficient relationship, in which both parties find common ground, gives way to the possibility of a consequentialist confrontation in which stakeholders pursue the maximum possible rent from firms while the latter defend themselves and try to keep their advantages; sometimes, the goal is to turn SR into a series of regulations, not controlled by the

State but by stakeholder groups, for exploitation or control purposes.

All of these alternatives are currently the subject of academic debate and practitioner implementation or criticism. As we have already said, SR is not a univocal concept, applicable to all organizations in all settings and at all times, because there is not a single concept of firm or organization, because the problems that must be addressed are different in each case, because the anthropological, sociological, political and economic assumptions are different, and because it seems wise to leave space for agents' actions, in an issue such as this where no-one has all the necessary information nor can anyone predict all the consequences of their decisions, and in which freedom of initiative will always be necessary.

Managers' interest in Social Responsibility

What can induce a manager to act in a socially responsible manner? Perhaps his moral or religious preferences but this is not an argument that can be generalized, in a multicultural society such as ours. The "business case" argues that SR has a positive impact on the financial results but we are still a long way from proving this, and the results of empirical studies performed on this subject are unlike to motivate business owners. We have already explained that, for many companies, the "social case", the demands made by society, becomes reduced to an exercise in cost-benefit analysis that does not motivate business owners either, although they may find it helpful when negotiating with stakeholder groups. But we still have two reasons in favor of full implementation of SR within organizations.

The first, the "management case", is that SR is an exercise in management excellence (Argandoña, 2012). A socially responsible manager tries to take into account all the impacts of his decisions on society, on his internal and external stakeholders and also on himself, including his moral learning; he knows his stakeholders and tries to understand what their stakes are, what their interests are in the firm, and their short and long-term reactions; he takes a long-term view; he has good risk management skills; he develops a culture founded on dialogue; he acts ahead of problems; he creates an atmosphere of trust among his subordinates ... All of this is included in the definition of an excellent manager.

This proposition may seem utopian but it is not really, if we understand that SR is a journey, not a destination; thus, we learn every day and we travel in the company of others: it is a personal and collective responsibility, shared and reciprocal. Obviously, excellence can never be attained, and there will be setbacks and failures, but we can try again each new day. And as there is not a single definition of excellence, each organization must seek its own journey toward SR, through reflection on its mission, the role it wishes to play in society,

its objectives, the responsibilities it acknowledges and the means it has at its disposal⁷.

The second reason is that excellence is an ethical issue (Solomon, 1992), and SR is too: “Social Responsibility should be understood as being part of what has traditionally been called moral obligations. These obligations cannot be imposed by others or by the State. The difference between legal and moral obligations does not imply that the latter are less important. It simply implies that there is no legal coercion to fulfill them. Nonetheless, the more significant the consequences for failure to conform to these norms, the greater the moral obligation to do so” (UNESCO, 2010).

And this takes us to another important issue: which ethics? It must be an ethical theory that is capable of autonomously generating self-enforceable norms, norms that “hinge on our concern with living a good human life, with models and ideals of human possibility”, that is, which do not depend on the existence of a law and the coercive power of the state, or “on social regulation and (...) to retributive and compensatory justice” (Watson, 1996) exercised through a game of rewards and punishments. This way, SR can be voluntary and, at the same time, normative, that is, enforceable for the agent.

There is an ethical theory that accounts for people’s moral learning and how this learning shapes their answers: virtue ethics, which addresses not only the decisions’ external outcomes (the firm that justifies its responsibility externally), but also improving people’s moral quality (management excellence from within).

In effect, the exercise of virtue has four dimensions (Alzola, 2015): 1) Cognitive: a virtuous person “perceives a situation rightly – that is, notices and takes appropriate account of the salient features of a situation” (Hartman, 2008); he grasps the problem’s ethical content, not on an abstract level through application of certain general principles, but on a concrete level, in the present setting and for the specific people affected by it; 2) Emotional: virtues are “dispositions not only to act in particular ways but also to feel in particular ways” (MacIntyre, 1984). This dimension reinforces the previous one: the problem does not leave the agent unmoved, his feelings drive him to act; 3) Motivational: virtues are dispositions that depend on the agent’s motivations, who feels committed to act resolutely in the specific situation in which he finds himself, even though the decision chosen may not appeal to him (Pérez López, 1993); 4) Behavioral: the virtuous person carries out the chosen action, because he has the necessary strength of will to overcome short-term pressures and the temptations that may turn him from his path (Alzola, 2012; Argandoña, 2011, 2014; Polo, 1996).

To summarize, an ethical manager has the possibility of becoming an excellent manager because he is developing the habits that enable him to make better decisions, both now and in the future, avoiding negative learning and, insofar as it is possible, facilitating positive learning, both in himself and in his organization and the people who depend on him⁸. And the main reason why a manager may try to always act ethically and responsibly is that it means that he is striving to be an excellent manager, and this will encompass moral and SR concepts, such as duty, professionalism, excellence, citizenship, ethical culture etc.

Conclusions

The concept of SR was developed first in the firm and later took root in non-profit organizations and in health care, with distinctive social objectives. SR is at the interface between organization and society: when viewed from outside, it is concerned with the organization’s impacts in society; when viewed from inside, it explains how reflection on the firm and its role in society and acceptance of the resulting responsibilities influence how the firm is managed.

The R for Responsibility is an ethical, retrospective, prospective, and attitudinal concept that links with the role of SR in management. The S for Social originally referred to the duties created by interpersonal relationships but, since then, has evolved towards a more active involvement of the society in identifying problems and proposing solutions. In this process, it runs the risk of becoming an interventionist, consequentialist, confrontational approach which, furthermore, does not offer useful ideas for excellence in organizational management. In this function, we find two mutually enhancing keys to SR: as a means for managing organizations excellently, and as an ethical responsibility, founded on virtues.

References

- Abreu R, Fátima D, Crowther D. *Corporate Social Responsibility is urgently needed in health care*. Soc Respons J 2005;1:225-240.
- Alzola M. *The possibility of virtue*. Bus Ethics Q 2012;22:377-404.
- Alzola M. *Virtuous persons and virtuous actions in business ethics and organizational research*. Bus Ethics Q 2015;25:287-318.
- Argandoña A. *On ethical, social and environmental management systems*. J Bus Ethics 2004;51:41-52.
- Argandoña A. *Ethical foundations of Corporate Social Responsibility*. In: Bettini E, Moscarini F, eds. *Responsabilità sociale d'impresa e nuovo humanesimo*. Genova: Sangiorgio Editrice 2008, pp. 31-56.

⁷ This is not accepted by those who prefer an instrumental SR, both in the firm (SR is just another department that does not influence how the others work, or a cost that it is hoped will be offset by profits and reputation) and in society (SR is an instrument for solving collective problems, not for the people’s improvement).

⁸ The technical, economic and legal knowledge and abilities of a competent manager will also be necessary and acquiring them is also a moral duty for a management professional. In any case, ethics cannot be built on virtues alone; it also needs goods (seeking good in all actions) and norms (which limit the possibilities of error) (Polo, 1996).

- Argandoña A. *Las virtudes en una teoría de la acción humana*. In: Requena P, Schlag M, eds. *La persona al centro del Magistero sociale della Chiesa*. Roma: Edusc 2011, pp. 49-71.
- Argandoña A. *The 'management case' for Corporate Social Responsibility*. In: Ricart JE, Rosanas JM, eds. *Towards a new theory of the firm. humanizing the firm and the management profession*. Bilbao: Fundación BBVA 2012, pp. 251-61.
- Argandoña A. *Las virtudes en el directivo*. *Impresa Progetto*. Electr J Manag 2014;3:1-11.
- Argandoña A. *Three ethical dimensions of the financial crisis*. In: Malliaris AG, Shaw L, Shefrin H, eds. *The global financial crisis: neglected ideas from economics, psychology, and values*. New York: Oxford University Press 2016.
- Argandoña A, von Weltzien-Hoivik H. *Corporate Social Responsibility: one size does not fit all. Collecting evidence from Europe*. J Bus Ethics 2009;89:221-34.
- Brandão C, Rego G, Duarte I, et al. *Social Responsibility: a new paradigm of hospital governance?* Health Care Anal 2013;21:390-402.
- Commission of the European Communities. *A Renewed Strategy 2011-2014 for Corporate Social Responsibility*. Brussels: Commission of the European Communities 2011.
- Cramer J, Jonker J, van der Heijden A. *Making sense of Corporate Social Responsibility*. J Bus Ethics 2004;55:215-22.
- Dahlsrud A. *How Corporate Social Responsibility is defined: an analysis of 37 definitions*. Corp Soc Resp Env Ma 2008;15:1-13.
- Danley JR. *Corporate moral agency: the case of anthropological bigotry*. In: Bradie M, Brand M, eds. *Action and responsibility: bowling green studies in applied philosophy*. Vol II. Bowling Green: Bowling Green State University 1980, pp. 172-9.
- de Ruyter D. *The virtue of taking responsibility*. EPAT 2002;34:25-35.
- Devinney TM. *Is the social responsible corporation a myth? The good, the bad, and the ugly of Corporate Social Responsibility*. Acad Manag Perspect 2009;23:44-56.
- Elkington J. *Cannibals with forks: the triple bottom line of 21st Century Business*. Oxford: Capstone 1998.
- Eshleman A. *Moral responsibility*. Stanford Encyclopedia of Philosophy 2014 (<http://plato.stanford.edu/entries/moral-responsibility/>) (accessed in September 2016).
- Freeman RE. *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston: Pitman 1984.
- French PA. *The corporation as a moral person*. Am Philos Quart 1979;16:297-15.
- Goodpaster KE, Matthews JB. *Can a corporation have a conscience?* Harvard Bus Rev 1982;60:132-41.
- Hart HLA. *Punishment and responsibility*. New York: Oxford University Press 1968.
- Hartman EM. *Socratic questions and aristotelic answers: a virtue-based approach to business ethics*. J Bus Ethics 2008;78:313-28.
- Jamali D, Hallal M, Abdallah H. *Corporate Governance and Corporate Social Responsibility: evidence from the healthcare sector*. Corporate Governance 2010;10:590-602.
- Jonas H. *The imperative of responsibility. In search of an ethics for the technological age*. Chicago: University of Chicago Press 1984.
- Kakabadse NK, Rozuel C. *Meaning of Corporate Social Responsibility in a local French hospital: a case study*. Soc Bus Rev 2006;1:77-96.
- MacIntyre A. *After virtue: a study in moral theory*. 2nd edition. Notre Dame: Notre Dame University Press 1984.
- Moore B. *Hives and horseshoes, Mintzberg or MacIntyre: what future for Corporate Social Responsibility?* Bus Ethics Eur Rev 2003;12:41-53.
- Nicoletti M. *Sul concetto di responsabilità*. In: Rusconi G, Dorigatti M, eds. *La responsabilità sociale di impresa*. Milan: FrancoAngeli 2004, pp. 25-35.
- Oshana M. *Ascriptions of responsibility*. Am Philos Quart 1997;34:71-83.
- Pérez López JA. *Fundamentos de la dirección de empresas*. Madrid: Rialp 1993.
- Polo L. *Ética. Hacia una versión moderna de los temas clásicos*. Madrid: Unión Editorial 1996.
- Rohini R, Mahadevappa B. *Social Responsibility of hospitals: an Indian context*. Soc Respons J 2010;6:268-85.
- Scanlon TM. *What we owe to each other*. Cambridge: Harvard University Press 1998.
- Solomon RC. *Ethics and excellence. cooperation and integrity in business*. New York: Oxford University Press 1992.
- UNESCO. *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO on Social Responsibility and Health*. Paris: UNESCO 2010.
- Vincent NA. *A structured taxonomy of responsibility concepts*. In: Vincent NA, van de Poel I, van den Hoven J, eds. *Moral responsibility. Beyond free will and determinism*. Dordrecht: Springer 2011, pp. 15-35.
- Visser W. *The age of responsibility: CSR 2.0 and the new DNA of business*. J Bus Syst Gov Ethics 2010;5:7-22.
- Watson G. *Two faces of responsibility*. Philosop Topics 1996;24:227-48.
- Williams G. *Responsibility*. In: *The Internet Encyclopedia of Philosophy* 2006 (www.iep.utm.edu/r/responsi.htm) (accessed in September 2016).
- Williams G. *Responsibility as a virtue*. Ethical Theory Moral Pract 2008;11:455-70.
- Wilmot S. *Corporate Social Responsibility in health care*. Med Health Care Philos 2000;3:139-46.

Una storia di responsabilità sociale in ambiente sanitario pubblico: gli indicatori di umanizzazione

A history of social responsibility in a public health care setting: the humanization indicators

LUCIANO HINNA

Presidente CSS, Consiglio Italiano per le Scienze Sociali Presso Fondazione Olivetti, Roma

La responsabilità sociale in tutto il mondo si colloca nello spazio dei comportamenti etici, non esigibili per norma; d'altra parte, se la CSR fosse per norma non sarebbe più etica.

Se per l'azienda privata la responsabilità sociale è un'opzione etica, per l'azienda pubblica è un "dovere istituzionale", un ospedale pubblico è socialmente responsabile per definizione, e allora come si può declinare in ambiente pubblico la responsabilità sociale? La risposta sta tutta nei comportamenti.

La responsabilità sociale in una struttura ospedaliera pubblica si gioca tutto sul "come", e qui entrano in campo gli indicatori di umanizzazione messi a punto per la prima volta nel lontano 2007 presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

Il progetto non ha avuto una grande divulgazione e questa pubblicazione può costituire un'occasione interessante per richiamare l'attenzione degli operatori e magari replicarlo in altre strutture ospedaliere.

In un momento in cui si parla purtroppo quasi sempre male e a torto della qualità della nostra sanità pubblica, ragionare intorno agli indicatori di umanizzazione come sistema per declinare la responsabilità sociale può essere un'occasione ricca di spunti e suggestioni. I risultati del progetto sono estremamente positivi se colti uno a uno, ma ancora più positivi se colti nel loro insieme non come banale e semplice sommatoria di dati e contribuiscono a diffondere l'idea che il prendersi cura e i livelli di umanizzazione possono essere oggetto di misurazione e quindi di gestione e di miglioramento.

Parole chiave: Responsabilità sociale, etica, misurazione performance, standard di qualità, indicatori di umanizzazione, ospedale

All over the world, social responsibility is part of a set of ethical behaviours not required by law, on the other hand, if the Corporate social responsibility was ruled by law, it would not be more ethical. A public hospital is socially responsible by definition, if for a private company social responsibility is an ethical option for the public one it is an "institutional duty". Thus, how can one assert social responsibility in a public environment? The answer is in how to behave.

Social responsibility in a public hospital is played on the "how" and this is where the humanization indicators, developed for the first time way back in 2007 by the San Camillo-Forlanini Hospital in Rome, can play a leading role. The project did not have a wide dissemination and this publication may be an interesting opportunity to draw the attention of sector operators and perhaps reproduce it in other hospitals.

In a time when we always speak badly and wrongly of the quality of our public health, reasoning about humanization indicators as a system for asserting social respon-

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Luciano Hinna
Presidente CSS, Consiglio Italiano per le Scienze Sociali Presso
Fondazione Olivetti
via Zanardelli 34, 00186 Roma
e-mail: luhinna@tin.it

sibility can be an opportunity to develop ideas and proposals. The results of the project are extremely positive if taken one by one, but even more encouraging if taken all together, not just as trite and simple sum and indeed help to spread the idea that the caring for the sick and the levels of humanization can be the object of performance measurement, of management and improvement.

Key words: *Social responsibility, ethics, performance measurement, quality standards, humanization indicators, hospital*

I termini del problema

La responsabilità sociale in tutto il mondo si colloca nello spazio dei comportamenti etici, ovvero in quello spazio che va oltre la norma. Non a caso Lord Moulton definiva l'etica lo spazio del non esigibile per norma; la responsabilità sociale, la CSR o la RSI, a seconda della lingua che si adotta, quindi non può che essere che su base volontaria come nell'ormai lontano 2002 il Libro Verde della Commissione Europea aveva indicato; d'altra parte, se la CSR fosse per norma non sarebbe più etica.

Ora nella formula CSR e nella formula RSI figurano due parole chiave: "corporate" (*Corporate social responsibility*) e "impresa" (Responsabilità sociale d'impresa), quindi soggetti privati che declinano la loro responsabilità sociale realizzando qualche cosa di più di non richiesto in settori diversi: ambiente, filantropia, pari opportunità, recupero beni culturali, beneficenza a categorie svantaggiate ecc. Ma un'azienda pubblica e non orientata al profitto quale può essere un ospedale pubblico che dovrebbe essere, e in effetti lo è, socialmente responsabile per definizione, che cosa può realizzare di più di quanto la legge preveda senza incorrere nelle possibili azioni di responsabilità per danno erariale da parte degli organi di controllo, che potrebbero individuare in "quel qualche cosa di più non previsto dalla legge" uno "spreco" o una spesa non autorizzata a carico dei cittadini italiani?

Se per l'azienda privata la responsabilità sociale è un'opzione etica, per l'azienda pubblica, è un "dovere istituzionale" e allora come si può declinare in ambiente pubblico la responsabilità sociale?

La risposta è semplice: la responsabilità sociale per una azienda pubblica, al di là di misurare le ricadute sociali che con la sua azione realizza (per altro oggi obbligatoria dal DLGS 150 del 2009: l'*outcome*), sta tutta nei comportamenti.

Un professore può fare una lezione con più o meno passione ed entusiasmo, un'infermiera può fare il proprio lavoro con un sorriso più o meno luminoso sulle labbra, un medico lo può fare prendendosi cura del paziente e non solo della organo malato e della malattia, un dipendente di una qualsiasi struttura pubblica può fare il proprio lavoro assumendo come valore guida la gentilezza nei confronti dei cittadini, che sono allo stesso tempo gli azionisti e i clienti di quella struttura.

La responsabilità sociale in una struttura ospedaliera pubblica, quindi, si gioca tutto sul "come" e qui entrano in

campo gli indicatori di umanizzazione messi a punto per la prima volta nel lontano 2007 presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, diretta allora dal Dr. Luigi Macchitella, grazie al ruolo fondamentale della Dott.ssa Francesca Giordano, responsabile del bilancio sociale dello stesso istituto, il contributo economico di una grande azienda farmaceutica che contabilizzava il finanziamento nel proprio bilancio sociale e la collaborazione tecnico scientifica del CISPA, il centro di innovazione nella pubblica amministrazione dell'Università di Roma Tor Vergata nella persona del Prof. Fabio Monteduro e l'autore di questo contributo, che ha curato la supervisione scientifica del progetto e che allora era anche il direttore del CISPA.

Il progetto, nonostante il grande successo che ha riscosso – finalista Premio Euro P.A. sull'e-gov per il primo portale dedicato al Bilancio Sociale che mappa tutte le attività a elevata significatività sociale dell'ospedale; censito dal Libro d'Oro di Sodalitas come buona pratica nazionale, per avere dato vita, tra l'altro, alla prima carta dei valori non 'astratti', ma 'estratti' dalle attività esistenti (www.bilanciosociale-sancamilloforlanini.net) – nell'ambiente della sanità italiana non ha avuto una grande divulgazione e questa pubblicazione può costituire un'occasione interessante per richiamare l'attenzione degli operatori per valutare magari la possibilità di replicarlo in altre strutture ospedaliere italiane, chiedendo il contributo di aziende farmaceutiche impegnate nella CSR.

In un momento in cui si parla purtroppo quasi sempre male e torto della qualità della nostra sanità pubblica, ragionare intorno agli indicatori di umanizzazione come sistema per declinare la responsabilità sociale può essere un'occasione ricca di spunti e suggestioni.

La storia del progetto

L'idea di mettere a punto un sistema di indicatori di umanizzazione è nata come estensione di un progetto che aveva come obiettivo realizzare il bilancio di ricaduta sociale dell'Azienda ospedaliera e dovendo declinare bene i valori etici assunti a guida della gestione, appunto il "come", ci si pose da subito la domanda su quali fossero questi valori e come si poteva misurare la capacità di "curare prendendosi cura" dei propri malati.

La misurazione è, infatti, fondamentale se si vuole gestire una valenza etica di quel genere che all'inizio, non disponendo

ancora di definizioni puntuali e indicatori ovviamente quantitativi, era una valenza ancora poco definita: quasi una speranza. Senza misurazione non si migliora e non si gestisce e quindi quel “come” andava prima definito e solo dopo misurato.

Ecco come è nata l'idea di lavorare sugli indicatori di umanizzazione, intesi come standard, e andava messo a punto un sistema di misurazione che, essendo come tutte le misurazioni una convenzione, doveva essere condiviso all'interno di tutta la comunità professionale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

Alla fine del progetto il modello, non solo fu messo a punto, ma fu anche condiviso grazie al contributo professionale di più 500 operatori ospedalieri e di diversi soggetti associativi coinvolgendo un numero enorme di utenti: 245.955 soggetti.

Gli standard di umanizzazione: una novità

Il primo problema da affrontare fu quello di verificare se esistevano modelli in giro per il mondo da adattare allo scopo. Non c'era nulla: le aziende ospedaliere, mentre avevano sviluppato svariati sistemi per il controllo dei costi e della qualità, mancavano totalmente di strumenti in grado di controllare gli impatti sociali.

Gli standard di responsabilità sociale di carattere generale già esistenti, come il noto SA8000 elaborato dalla *Social Accountability International* (SAI), non erano calzanti, essi infatti, erano finalizzati ad assicurare il rispetto dei diritti umani e dei lavoratori, a contrastare lo sfruttamento dei minori, a garantire la sicurezza e la salubrità dei luoghi di lavoro, principi certo fondamentali, ma che non coglievano la vasta gamma degli aspetti – del tutto peculiari – della responsabilità sociale richiesta in un ospedale.

Tale carenza era grave e sotto un duplice aspetto: da un lato impediva una vera trasparenza sulla responsabilità sociale dell'ente, ancorata a dati verificabili e, dall'altro impediva di fatto di integrare la responsabilità sociale con i principi di efficienza e di efficacia, ostacolando la promozione di una logica di programmazione integrata della sanità che potesse tenere nel dovuto conto tutte le varie dimensioni.

Gli indicatori di umanizzazione hanno quindi il merito di aver cercato di riempire finalmente questo vuoto, facendo perno proprio sulla specificità del sistema sanità, sul fondamento etico delle professioni mediche e infermieristiche e sulla missione sociale dell'ospedale.

Il modello delineato, infatti, è basato sulla definizione della responsabilità sociale dell'ospedale come la rispondenza al suo compito fondamentale di “curare prendendosi cura” del malato. Come accennato, la responsabilità sociale della sanità coincide con la sua stessa ragione di esistere ed è in linea con una riflessione, promossa anche a livello internazionale, che ormai ha ridefinito i concetti stessi di “malattia” e di “salute”, in accezioni via via sempre più ampie; essi implicano, simmetricamente, una revisione del concetto stesso

di ‘cura’. La stessa identificazione dei bisogni “globali” di salute, quali non più solo fisici, ma anche psicologici, sociali e spirituali (OMS), spinge verso un deciso spostamento dal *to cure* al *to care*, ossia verso una medicina il cui obiettivo non sia più soltanto l'erogazione di assistenza sanitaria, ma la promozione della salute e del benessere della persona nella sua interezza.

La comunità scientifica internazionale converge ormai da tempo sulla necessità di aderire a una visione della cura centrata sul malato e sulla relazione tra curanti e pazienti, superando una volta per tutte il paradigma tecno-centrico (approccio riduzionistico della medicina = intervento sull'organo malato) e il paradigma economico (predominanza dell'obiettivo quantitativo = pareggio bilancio).

In sintesi, l'umanizzazione delle cure era ed è un tema dibattuto da anni nell'ambiente medico scientifico, di fatto sconosciuto nell'ambito dell'economia di azienda e meno ancora nell'ambito della responsabilità sociale di strutture pubbliche che operano nel comparto della sanità. Una sfida interessante che andava per forza di cose raccolta.

“La salute non ha prezzo, ma ha un costo”, affermava tempo fa un ministro della sanità italiano in una delle tante stagioni di *spending review* e questo sintetizza molto bene come la sanità era e tuttora schiacciata tra due enormi problemi: quello delle risorse economiche disponibili in quantità sempre minori e quello legato all'esigenza di aumentare la quantità e la qualità della prestazione in presenza di una domanda crescente. Partendo dal concetto che cambiare i comportamenti in positivo non costa, ma la qualità della prestazione aumenta notevolmente, l'idea di introdurre indicatori di umanizzazione appare anche oggi, a distanza di diversi anni dall'avvio del progetto, un aspetto decisamente interessante e sfidante. D'altra parte proprio la medicina ha insegnato alle altre discipline, inclusa l'economia, che si può misurare tutto e i progressi scientifici realizzati sono lì a dimostrarlo; quindi, la misurazione dell'umanizzazione era una sfida alla quale medici ed economisti aziendali non potevano sottrarsi.

La metodologia adottata

L'obiettivo del progetto degli standard di umanizzazione è stato, quindi, quello di arrivare a rendere operativi tali concetti di per sé intangibili, traducendoli in dimensioni progressivamente sempre più tangibili fino a creare un vero e proprio sistema di misurazione. Il percorso, tipico della messa a punto di standard, si è articolato nelle fasi di raccolta, di analisi di fonti, di classificazione delle informazioni, aggregandole concettuale per domini omogenei (ben 250 sottostandard) e, infine, di definizione dell'impegno vero e proprio (standard).

La metodologia adottata è del tutto originale.

In parte si avvale dell'approccio *Health Promoting Hospitals* (HPH) per quanto riguarda la modalità di derivazio-

ne degli standard in senso stretto e in parte dell'approccio dell'Analisi Partecipata di Qualità (APQ), per quanto concerne il coinvolgimento di operatori e cittadini – pazienti e non – nel processo di valutazione. Tuttavia, si distingue da ambedue le metodologie per l'oggetto, che è la responsabilità sociale anziché la qualità, per il campo di indagine, che è molto più esteso delle 5 aree considerate dagli HPH e, infine, per il livello di dettaglio, che consente di valutare non solo tutta l'azienda a livello centrale ma anche la singola unità organizzativa.

La metodologia, in estrema sintesi, consisteva nell'individuare con la collaborazione di tutti i soggetti aziendali interessati, di fatto tutto il personale, le dimensioni dell'umanizzazione per poi, attraverso degli indicatori, provare a misurare una per una in modo che ciascuna unità organizzativa potesse mettere a budget non solo le risorse finanziarie e umane e le prestazioni, ma includere nelle prestazioni anche tali indicatori attesi (standard) di responsabilità sociale quali elementi non richiesti per norma, ma per atteggiamento etico. Ciò ha consentito a ogni unità organizzativa di mettere a budget la percentuale di miglioramento di quell'indicatore e di quella dimensione e di individuare al contempo anche le leve operative, i comportamenti, che potevano influire sul miglioramento dell'indicatore di umanizzazione stesso.

Se il concetto di migliorare il livello di umanizzazione poteva sembrare all'inizio un obiettivo astratto, una volta colte le dimensioni, ovviamente diverse da reparto a reparto e per ciascuna dimensione, e individuati i comportamenti più idonei, l'umanizzazione da astratta diventava un elemento facilmente definibile e quindi raggiungibile, trasparente, comunicabile e condiviso da tutti i partecipanti al progetto.

In sintesi il progetto ha preso l'umanizzazione dei rapporti all'interno delle singole unità organizzative come elemento di base del comportamento da adottare ed è diventato così un uovo di Colombo che trova i suoi punti forti nel livello di condivisione della metodologia adottata.

Valutare, e quindi anche dichiarare la responsabilità sociale dell'ospedale utilizzando il sistema degli indicatori standard, significa, leggere l'orientamento del sistema aziendale al "prendersi cura" attraverso una lente multidimensionale, che misura i livelli di conformità e gli scostamenti da 78 impegni individuati, attraverso una serie di elementi misurabili (indicatori), relativi a comportamenti individuali, requisiti strutturali, processi organizzativi e politiche aziendali.

Inoltre, in forza del metodo di ricerca da cui derivano, gli standard hanno costruito un primo tentativo di sintesi utile sotto il profilo scientifico mediando tra contributi qualificati e molto diversi tra loro quali: la normativa e le linee guida internazionali e nazionali, la cultura dei diritti del malato, la riflessione sulla bioetica, il ricco patrimonio culturale delle associazioni di tutela e di volontariato senza perdere contatto la concretezza della vita quotidiana ricca dell'esperienza sul campo dei medici, degli infermieri, dei fisioterapisti, dei tecnici, delle ostetriche, dei psicologi, degli assistenti sociali. Il

sistema degli standard di umanizzazione, quindi, esprime un punto di vista nel quale i diversi attori sociali si possono sentire accomunati e, di conseguenza, non solo abilita l'ospedale a offrire risposte proporzionate e coerenti ai diritti e ai bisogni dei cittadini, ma si configura come una piattaforma comune per governare con il territorio e per il territorio, sviluppando reti di persone, di strutture, di servizi e di istituzioni che vogliono integrarsi, grazie alla convergenza piena di tutti gli attori sociali sui valori da promuovere, sui diritti da tutelare, sugli impegni da perseguire, sulle azioni da mettere in campo.

Infine, il sistema degli standard supporta i comportamenti individuali virtuosi degli operatori, che come è noto, è questione sempre più calda nei vari rapporti nazionali sulla salute e sanità, nonché componente chiave del contenzioso sulla malasanità in Italia. Se, infatti, da una parte, esplicitando i contenuti del prendersi cura, il sistema proposto rafforza la consapevolezza individuale e collettiva della funzione etica e sociale della propria professione; dall'altra, adeguando gli obiettivi e gli interventi, lo stesso sistema degli indicatori facilita l'operatore nel realizzare quella "presa in carico globale" del malato, che altrimenti rimarrebbe una pia intenzione destinata a rimanere vaga e indefinita.

Sotto questo aspetto, gli standard aiutano a creare una maggiore risonanza tra gli operatori e l'organizzazione, contribuendo a rafforzare elementi di motivazione, di spirito di appartenenza e di identità aziendale e professionale. Tutti elementi che costituiscono fattori competitivi del successo aziendale.

L'albero del valore e gli standard di umanizzazione e il sistema di misurazione della performance aziendale

Ci sono due modi di leggere gli standard a prescindere da che cosa si riferiscono: uno è inteso come sistema di controllo e l'altro come sistema di auto miglioramento. In questo contesto, ovviamente, non si tratta di dare delle pagelle e discriminare tra buoni e cattivi, ma di riuscire a rendersi conto prima per rendere conto poi della propria "capacità di prendersi cura" sulla base di elementi oggettivi (trasparenza), e riflettere sulle possibili iniziative di adeguamento da attivare, che supportino l'ospedale a migliorare la relazione umana e affettiva tra pazienti e curanti (etica) e la risposta del sistema ai bisogni di salute delle persone (gestione).

Se è vero che il bilancio sociale riflette una situazione e fa riflettere su di essa, gli indicatori assunti come paradigma di misurazione dello stesso riflettono certamente una realtà e fanno riflettere ancora di più su di essa.

Gli standard, una volta definiti e testati sono stati assunti dalla Direzione Generale in un'ottica di governo integrato e hanno consentito al tema "responsabilità sociale" di sedere al tavolo della programmazione strategica, che è il primo luogo dove si può e si deve concretamente garantire un reale bilanciamento tra parametri economici e quelli dei benefici

sociali – intesi come qualità delle prestazioni/comportamenti –, incidendo su tutte quelle scelte aziendali che hanno ricadute dirette sull’offerta sanitaria di cui può effettivamente usufruire il cittadino.

Il *framework* che sta a monte di tutto il sistema degli indicatori è quello che è stato definito “l’albero dei valori”, un sorta di catena del valore rivisitata in chiave di umanizzazione che assume proprio la forma di un albero: un metafora organizzativa o una sinossi che ha le sue radici, i suoi tanti rami, i suoi frutti e la cui gemma apicale – il puntale dell’albero di Natale per intenderci – è costituita dal valore del “curare e prendersi cura”. Il frutto che sintetizza tutti i frutti.

Chiarita la gerarchia dei valori e quello apicale di curare e prendersi cura, con l’albero del valore sono state individuate sei dimensioni che sono: sollievo del dolore, appropriatezza, integrazione, sicurezza, dialogo e solidarietà.

A loro volta, ciascuna dimensione è il frutto di altri elementi (sottovalori) a essa correlata e l’albero prende forma:

- la dimensione sollievo del dolore si articola in tre sottodimensioni:
 - umanizzazione della sofferenza;
 - gestione del dolore;
 - e dignità del morire;
- la dimensione appropriatezza si articola in:
 - qualità tecnico professionale;
 - innovazione tecnologica;
 - appropriatezza organizzativa;
- la dimensione integrazione si articola in:
 - multi professionalità;
 - interdisciplinarietà;
 - continuità delle cure;
- la dimensione sicurezza si articola in:
 - sicurezza sul lavoro;
 - prevenzione;
 - riduzione del rischio clinico;
- la dimensione dialogo si articola in:
 - comunicazione tra operatori;
 - comunicazione tra operatori /pazienti/familiari;
 - educazione alla salute;
- la dimensione solidarietà si articola in:
 - sostegno al disagio;
 - donazione;
 - cooperazione allo sviluppo.

Per ciascuna dimensione è stata concordata, fin dall’inizio tra tutti i partecipanti, una definizione precisa che non lasciasse dubbi di interpretazione e così è stato fatto per le sottodimensioni: un gioco di scatole cinesi o di bambole matrioska, dove la dimensione diventa sempre più circoscritta e il perimetro sempre più delineato il che ha portato a censire più di 230 attività.

L’ulteriore passaggio è stato quello di identificare dei driver condivisi per misurare quantitativamente la dimensione qualitativa delle diverse articolazioni; è chiaro che più si “spacchetta” il concetto astratto e più diventa facile indivi-

duare alla fine gli indicatori da condividere. Se si guarda bene, la metodologia è quella del rating e dello *scoring*, che serve a esprimere in termini quantitativi elementi che sono per loro natura qualitativi. Il concetto di umanizzazione è un concetto qualitativo che è stato trasformato in quantitativo per misurarlo, gestirlo e migliorarlo. Qualsiasi sistema di *scoring* o di *rating*, infatti ha come logica un albero di valori da sommare man mano che si avanza nell’analisi e così alla fine del processo si arriva a un colore, a una faccetta di emoticon, a un numero o a una lettera dell’alfabeto che finiscono per corrispondere a una sommatoria, ragionata e non proprio matematica, di aspetti qualitativi che solo un processo standardizzato riesce a mettere al riparo dal rischio della eccessiva soggettività che sempre si nasconde in questi sistemi. La soggettività, però, si riesce a gestire aumentando il numero dei soggetti che partecipano al processo di valutazione (metodo Delphy), cosa che è stata fatta nel progetto qui illustrato.

Se concettualmente l’approccio è semplice e scontato non lo è più quando i soggetti da coinvolgere sono tanti come nel caso di una struttura sanitaria pubblica: qualsiasi misurazione è sempre una convenzione tra soggetti e arrivare a condividere il modello tra tante persone è stata la vera sfida organizzativa del progetto: 71 unità organizzative per un totale di 4.743 operatori che hanno partecipato al progetto.

I risultati ottenuti dal progetto

Anche se il progetto è ormai datato (2007) vale la pena fornire una idea non solo della metodologia adottata, ma anche dei risultati ottenuti, in quanto i dati nel loro insieme hanno ancora oggi una loro grande significatività e consentono riflessioni e spunti che si sottopongono all’attenzione del lettore, rinviando per ulteriori delucidazioni e aggiornamenti al sito dell’azienda ospedaliera in esame.

I risultati del progetto sono stati diversi e di diversa portata: sia sotto il profilo manageriale che sotto quello organizzativo, anche se l’aver quantificato il concetto di umanizzazione come valore etico della struttura rimane il risultato più importante sotto il profilo strettamente sanitario.

Meglio di qualsiasi cosa conviene far parlare le cifre del progetto che sono state davvero notevoli e che riguardano gli indicatori che sono stati calcolati, ovvero gli standard di umanizzazione individuati, il numero delle strutture organizzative coinvolte che danno un’idea della copertura del progetto, il numero delle attività censite all’interno dei vari dipartimenti, le attività distribuite per valore creato.

Ciò che preme sottolineare è che il vero risultato è l’aver costruito un formidabile data base di informazioni che ha consentito di trasformare dei semplici dati in informazioni e subito dopo in conoscenza condivisa; quei dati inoltre, nella logica del bilancio sociale incrocia le attività, le missioni, i valori e le unità organizzative con gli stakeholder chiave che sono sia interni, il personale della azienda ospedaliera, che

esterni, come i pazienti, le associazioni di volontariato i parenti dei pazienti i cittadini tutti e, come in questo caso, la comunità scientifica che si interessa di responsabilità sociale di impresa in sanità che è ovviamente attenta alle innovazioni gestionali in questo settore.

Gli indicatori

Nell'ambito delle 238 attività segnalate, 178 iniziative, pari al 75% del totale, sono state monitorate attraverso un sistema di misurazione costituito da almeno un indicatore di performance (Fig. 1). Si può osservare, quindi, che una gran parte del valore sociale generato dall'azienda è ampiamente monitorabile, dal momento che sono stati individuati appositi indicatori. Inoltre per circa 125 attività, ovvero più del 50% si è riusciti a individuare e calcolare degli indicatori e quindi è stato possibile misurare un risultato specifico.

Questi dati suggeriscono un'importante considerazione: è possibile/auspicabile collegare le attività rilevate nell'ambito del Bilancio sociale ai processi di programmazione e controllo dell'azienda.

Di conseguenza, questo può consentire:

- di rendere la responsabilità sociale una strategia “deliberata” dell'azienda;
- di ampliare la base di misurazione e la qualità delle informazioni per le decisioni aziendali;
- di migliorare e rendere più sistematica la misurazione del valore sociale per i processi di rendicontazione sociale con gli altri strumenti di valutazione, controllo e programmazione.

Tutto questo, tuttavia, non significa che non esistano margini significativi di miglioramento.

Un'ulteriore considerazione riguarda il discreto livello di approfondimento del sistema di misurazione rilevato attraverso il numero di indicatori utilizzati: il 48% delle 178 attività per le quali sono stati indicati specifici indicatori è monitorata con 3 o più indicatori (Fig. 2).

Le strutture coinvolte nel progetto e l'attività svolta

Il progetto degli indicatori di umanizzazione ha goduto

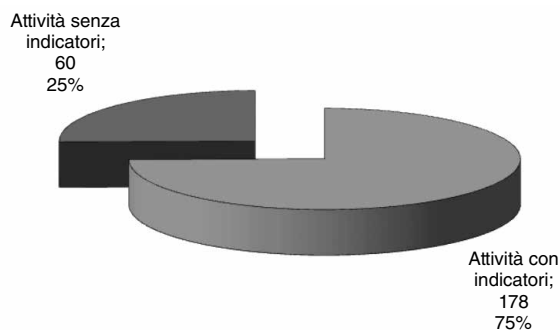


Figura 1. Attività per le quali sono stati individuati appositi indicatori.

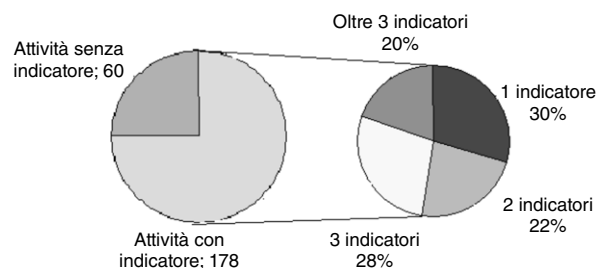


Figura 2. Il livello di approfondimento del sistema di misurazione.

di una rendita di posizione che si era venuta a creare all'interno dell'azienda, grazie al progetto bilancio sociale partito prima di quello della definizione degli standard che ha visto come momento centrale il censimento delle attività a elevata ricaduta sociale che erano state segnalate direttamente dalle diverse unità operative attraverso la compilazione di apposite schede di rendicontazione sociale da parte dei Direttori di Unità Operativa Complessa (UOC) e dei Responsabili di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD).

Mappare le attività con ricaduta sociale, infatti, a qual punto era relativamente facile affiancare a ciascuna attività gli indicatori di umanizzazione individuandone prima le dimensioni e poi le valenze e, infine, le leve operative di miglioramento.

La cosa che va sottolineata e contabilizzata come un “bilancio sociale del progetto bilancio sociale” è stata la partecipazione degli stakeholder interni dell'azienda che è stata molto significativa: le UO dei dipartimenti medico-chirurgici che hanno partecipato alla rilevazione sono state 71 su 93, vale a dire 4/5 delle unità organizzative suddivise per dipartimento, come riportato nella Tabella I.

La rilevazione ha portato a identificare una vera e propria “mappatura del valore sociale” prodotto dall'azienda: le attività portate alla luce dal censimento sono state, come accennato, ben 238 ed è stato così creato un vero e proprio “patrimonio informativo” – il data base di cui sopra – utilizzabile sia per la comunicazione interna (tra gli operatori e con la direzione), sia per la comunicazione esterna (utenti e cittadini, singoli o raggruppati in associazioni).

La partecipazione degli operatori e le attività censite

Gli operatori dell'azienda ospedaliera sono allo stesso tempo i grandi attori del progetto, ma anche gli stakeholder (interni) chiave dello stesso, in quanto hanno un interesse alto e una influenza alta sul progetto stesso e la partecipazione di per se è un risultato sia di CSR che un risultato gestionale apprezzabilissimo: il censimento degli operatori ha fatto registrare complessivamente 4.743 presenze di operatori sulle 238 attività svolte nelle 71 unità organizzative.

Analizzando i dati relativi agli operatori emergono tre aspetti di particolare rilievo.

Il primo elemento, sintetizzato nella Figura 3, è costituito dal forte contributo della componente medica e infermieri-

Dipartimenti	N. UO
Medicina interna	9
Medicina specialistica	12
Chirurgia	5
DEA	6
Materno infantile	7
Cardioscienze	12
Neuroscienze	11
Malattie polmonari	11
Servizi	12
Inter. medicina transf.	2
Inter. chirurgia trapianti	2
Totale	71

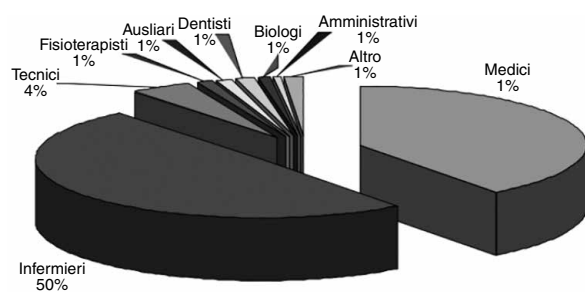


Figura 3. La ripartizione delle presenze degli operatori.

stica: quasi il 60% delle presenze di operatori sulle attività riguarda gli infermieri e le altre professionalità DITRO, mentre il 40% riguarda l'area medica.

Il secondo elemento, invece, sintetizzato nella Tabella II, evidenzia come si sia registrato un approccio multi professionale alla responsabilità sociale dell'azienda: ben il 76,52% delle attività vede coinvolte congiuntamente le diverse professionalità (medici, professioni sanitarie afferenti al DITRO, biologi, psicologi, assistenti sociali, dietisti, amministrativi, borsisti e volontari).

Il terzo elemento, infine, sintetizzato nella Figura 4, permette di affermare come si sia registrata una leadership "diffusa": nel 63% dei casi il referente dell'attività non è il Direttore dell'UOC, ma un medico o un coordinatore dell'area DITRO. Questo dato evidenzia che la responsabilità sociale non si ferma ai soli livelli apicali ma coinvolge in maniera più ampia le varie posizioni organizzative, evidenziando un buon livello di leadership diffusa abbastanza comune nelle strutture sanitarie.

Le attività censite da ogni dipartimento

Ogni dipartimento che ha partecipato al progetto, 71 su un totale di 93, ha segnalato da un minimo di 8 a un massimo

Operatori	N. attività	% sul totale
Solo medici	48	20,87
Solo DITRO	6	2,61
Multiprofessionalità	176	76,52
Totale	230 ¹	100

¹ Il totale delle attività è 230 e non 238, come le attività censite, perché in 8 casi nelle schede di rendicontazione non sono state specificate le tipologie di operatori coinvolti.

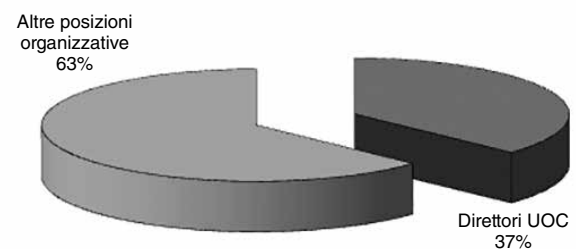


Figura 4. Leadership diffusa.

di 37 attività a ricaduta sociale, come dimostrano i dati della Tabella III.

Più che il valore assoluto, il dato significativo è il valore relativo della partecipazione dei dipartimenti, tenendo conto della diversa dimensione organizzativa (numero di UU. OO. a essi afferenti).

Nella Tabella IV, invece, vengono riportati i valori medi delle attività per UO (n. di attività del dipartimento/n. UUOO dello stesso). Il range è tra 2 e 4 attività per UO e i dati sottolineano una omogenea e diffusa sensibilità di tutte le UO e di tutti i dipartimenti al bisogno sociale, tenuto conto anche del fatto che, essendo la prima rilevazione, alcune attività non erano state tutte segnalate e il numero totale era

Dipartimenti	N. attività	%
Medicina interna	37	15,55
Medicina specialistica	28	11,7
Chirurgia	14	5,7
DEA	13	5,5
Materno infantile	18	7,5
Cardioscienze	26	11
Neuroscienze	21	9
Malattie polmonari	35	14,7
Servizi	31	13
Inter. medicina transf.	7	3
Inter. chirurgia trapianti	8	3,4
Totale	238	100

Tabella IV.
Numero medio delle attività per dipartimento.

Dipartimenti	N. UO	N. attività	Valore medio delle attività per UO
Medicina interna	9	37	4
Medicina specialistica	12	28	2,5
Chirurgia	5	14	3
DEA	6	13	2
Materno infantile	7	18	2,5
Cardioscienze	12	26	2
Neuroscienze	11	21	2
Malattie polmonari	11	35	3
Servizi	12	31	2,5
Inter. medicina trasf.	2	7	3,5
Inter. chirurgia trapianti	2	8	4

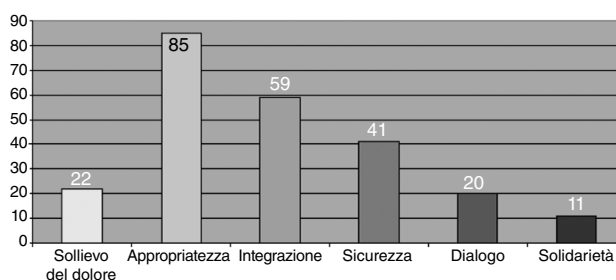


Figura 5. La distribuzione delle attività per macrovalore.

destinato inevitabilmente ad aumentare con il passare del tempo, via via che si allargava il numero dei referenti del Bilancio Sociale.

Le attività distribuite per valore

Passando dalle attività ai valori, dalla mappatura emerge che esiste un nucleo di valori (dimensioni) fortemente condivisi: le attività segnalate infatti fanno riferimento a 6 dimensioni del meta-valore del “curare e prendersi cura”: il sollievo del dolore, l’appropriatezza, l’integrazione, la sicurezza, il dialogo e la solidarietà.

Nell’ambito di queste sei dimensioni, Appropriatelyzza e Integrazione, afferiscono complessivamente a più della metà delle attività, ossia 144; alla Sicurezza 41 attività; e a seguire al Sollievo del dolore 22 attività, al Dialogo 20 e alla Solidarietà 11 attività (Fig. 5)

Ognuna delle 6 dimensioni valoriali (macrovalori) è articolata in tre sub-valori (microvalori). La Tabella V mostra la distribuzione delle attività censite sui macro e microvalori riproponendo di fatto l’albero dei valori.

I destinatari

Gli utenti che annualmente beneficiano delle attività a elevata ricaduta sociale fin qui censite sono state nell’anno i cui venne adottato per la prima volta il sistema (2007) ben 254.955.

L’analisi dei destinatari evidenzia che:

- l’azienda ospedaliera si orienta a rispondere a un ampio spettro di fragilità sociale: le attività infatti raggiungono

Tabella V.
Distribuzione delle attività censite sui macro e microvalori.

Macrovalori	Numero attività	% sul totale	Microvalori	Numero attività	% sul totale
Sollievo del dolore	22	9,24	Umanizzazione della sofferenza	11	4,62
			Gestione del dolore	9	3,78
			Dignità del morire	2	0,84
Appropriatelyzza	85	35,72	Qualità tecnico/professionale	40	16,81
			Innovazione tecnologica	8	3,37
			Appropriatelyzza organizzativa	37	15,55
Integrazione	59	24,79	Multiprofessionalità	2	0,84
			Interdisciplinarietà	35	14,71
			Continuità delle cure	22	9,24
Sicurezza	41	17,23	Sicurezza lavoro	0	0
			Prevenzione	24	10,08
			Riduzione del rischio clinico	17	7,14
Dialogo	20	8,4	Comunicazione tra operatori	1	0,42
			Comunicazione tra operatori-pazienti-familiari	9	3,78
			Educazione alla salute	10	4,2
Solidarietà	11	4,62	Sostegno al disagio sociale	7	2,94
			Donazione	3	1,26
			Cooperazione allo sviluppo	1	0,42
Totale	238	100	Totale	238	100

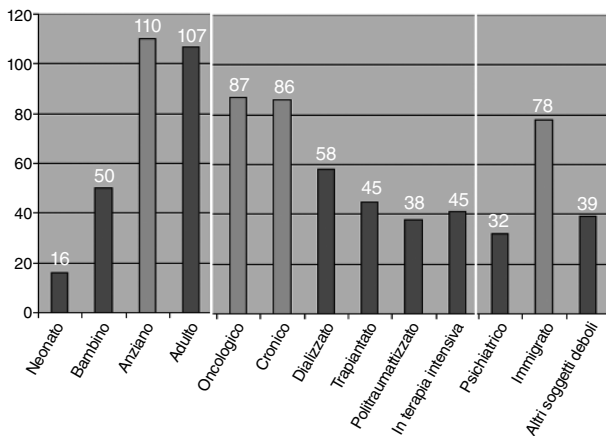


Figura 6. Target di utenza interessati dalle attività.

soggetti deboli di diverso tipo. La Figura 6 illustra le 13 tipologie di utenti raggiunte e il numero delle attività dedicate a ciascuna tipologia. I diversi target di utenza sopra riportati possono essere ricondotti a tre gruppi principali:

- un primo gruppo aggrega i soggetti deboli in base all'età (il neonato, il bambino, l'anziano, l'adulto);
- il secondo in base alla patologia (l'oncologico, il cronico, il dializzato, il trapiantato, il politraumatizzato e il paziente in terapia intensiva);
- il terzo in base al disagio (lo psichiatrico, l'immigrato, il malato di HIV, il tossicodipendente);
- l'azienda ospedaliera insiste particolarmente su alcune categorie di utenti: spicca nel grafico l'alto numero di iniziative che si riferiscono all'anziano (110), all'oncologico (87) al cronico (86) e all'immigrato (78). Non si può non sottolineare come questi target coincidono con le fasce di popolazione che normalmente esprimono maggiore domanda di salute, pertanto, l'azienda sembrava dimostrare a quei tempi una spiccata sensibilità ai nuovi bisogni che derivano da fattori sociali quali l'invecchiamento demografico e le patologie correlate, l'alta incidenza dei tumori, l'aumento dell'immigrazione.

Si sottolinea infine, che le attività sono *multi-target*, ossia una stessa attività può raggiungere più di un segmento di utenza e l'analisi della distribuzione degli utenti sui macro-valori sostanzialmente *evidenzia lo sforzo dell'azienda in termini di appropriatezza e integrazione* ed evidenzia un impegno non trascurabile sulle altre dimensioni del prendersi cura (Fig. 7):

- 130.955 utenti (il 52%) beneficiano di iniziative sull'Appropriatezza;
- 48.920 (19%) sono interessati da iniziative sull'Integrazione;
- 25.113 (10%) usufruiscono di iniziative sul Dialogo;
- 18.692 (7%) beneficiano di iniziative sul Sollievo del dolore;
- 16.262 (6,4%) si avvalgono di iniziative sulla Solidarietà;
- 15.053 (6%) beneficiano di iniziative legate alla Sicurezza.

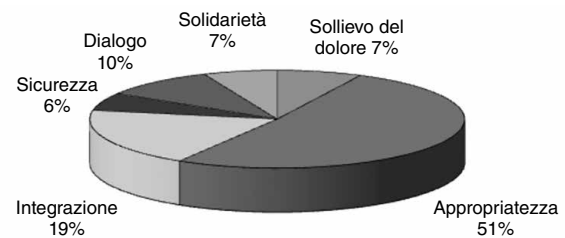


Figura 7. La distribuzione degli utenti su macrovalori.

La Tabella VI, invece, fornisce un quadro dettagliato del numero di utenti che hanno beneficiato di iniziative legate ai diversi valori aziendali ma allo stesso tempo delinea l'impatto del progetto sul risultato finale. I dati come accennato si riferiscono all'anno di sperimentazione, il 2007, ma sono comunque molto significativi.

Conclusioni

Mettere in piedi un sistema di indicatori di misurazione del livello di umanizzazione da utilizzare come standard che fosse condiviso e auto-rilevato dalla quasi totalità delle strutture organizzative di una azienda ospedaliera pubblica ha consentito di ottenere una serie di risultati estremamente positivi se colti uno a uno, ma ancora più positivi se colti nel loro insieme non come banale e semplice sommatoria, ma come valida sinergia.

Sintetizzando al massimo tali risultati essi possono essere così riassunti:

Dare un senso concreto alla parola umanizzazione. Essa infatti l'attimo in cui viene a essere misurata con appositi indicatori esce dalla soggettività dei comportamenti individuali per assumere il ruolo di processo organizzativo e trasparente:

- un fenomeno che si misura si gestisce e si migliora e questo ha consentito di migliorare efficacemente il livello di umanizzazione dell'azienda sanitaria;
- l'utilizzo degli indicatori ha consentito di comunicare i risultati e rendere trasparente i processi sottostanti contribuendo non poco a migliorare le relazioni tra i vari stakeholder che ruotano intorno alla struttura sanitaria;
- se è vero che i miglioramenti si nutrono di miglioramenti, la misurazione dei risultati è diventato un enzima non solo di miglioramento, ma anche di cambiamento manageriale, operativo e organizzativo;
- si è ottenuta una maggiore responsabilizzazione delle strutture su un'area di cui si aveva la percezione dell'importanza, ma mancavano gli strumenti per gestirla;
- infine, in termini di rendicontazione sociale – il progetto ha preso corpo nell'ambito del bilancio sociale – ha offerto la possibilità di rendersi conto e di rendere conto sia agli stakeholder interni che soprattutto a quelli esterni-pazienti in prima fila.

Tabella VI.
Numero di utenti destinatari dei valori (macro e microvalori).

Macrovalori	Microvalori	Numero utenti destinatari (all'anno)	%
Sollievo del dolore	Umanizzazione della sofferenza	7800	3,06
	Gestione del dolore	10808	4,24
	Dignità del morire	84	0,03
<i>Tot. parziale</i>		<i>18.692</i>	<i>7,33</i>
Appropriatezza	Qualità tecn/professionale	17911	7,02
	Innovazione tecnologica	840	0,33
	Appropriatezza organizzativa	112.204	44
<i>Tot. parziale</i>		<i>130.955</i>	<i>51,35</i>
Integrazione	Multiprofessionalità	707	0,28
	Interdisciplinarietà	34.177	13,4
	Continuità delle cure	14.036	5,5
<i>Tot. parziale</i>		<i>48.920</i>	<i>19,18</i>
Sicurezza	Sicurezza del lavoro	0	0
	Prevenzione	12.158	4,77
	Riduzione del rischio clinico	2895	1,14
<i>Tot. parziale</i>		<i>15.053</i>	<i>5,91</i>
Dialogo	Comunicazione tra operatori	10.000	3,92
	Comunicazione operatori-pazienti-familiari	6880	2,7
	Educazione alla salute	8233	3,23
<i>Tot. parziale</i>		<i>25.113</i>	<i>9,85</i>
Solidarietà	Sostegno al disagio sociale	12.162	4,77
	Donazione	3800	1,49
	Cooperazione allo sviluppo	300	0,12
<i>Tot. parziale</i>		<i>16.262</i>	<i>6,38</i>
Totale destinatari		254.995	100

Sotto il profilo più strettamente manageriale il sistema degli indicatori di umanizzazione di fatto ha alimentato un sistema della qualità in una dimensione particolare contribuendo a definire meglio lo spettrometro della performance aziendale sia nella sua valenza individuale e organizzativa – profondità – che nella sua articolazione di elementi – ampiezza – scrivendo una nuova pagina della misurazione della qualità in un settore delicato e importante come la sanità pubblica.

L'umanizzazione, come aspetto qualitativo della gestione sanitaria è infatti nel vocabolario di tutti, nella percezione di molti, ma prima del modello proposto non era ancora condiviso nemmeno tra pochi e questo generava confusione e incertezza.

In medicina da sempre la conquista di un medico diventa la conquista del genere umano e quasi sempre vengono messe a disposizione di tutti per il progresso della scienza. In economia di azienda questo non accade, e quando accade avviene molto di rado: prima che le informazioni circolino passano normalmente diversi anni; le innovazioni gestionali riman-

gono sperimentazioni all'interno delle aziende fino a quando l'accademia, che normalmente non inventa, ma si limita a codificare le invenzioni delle imprese non ne viene a conoscenza e allora la fa propria e la divulga come è avvenuto in questo caso. Questo progetto ne è la testimonianza: dal 2007 a oggi sono passati nove anni e la cosa si è sviluppata e migliorata all'interno dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini, ma non è migrata in altre strutture ospedaliere italiane.

L'augurio che questo contributo nell'ambito di una pubblicazione in materia di responsabilità sociale in ambiente sanitario possa contribuire a far girare l'idea che il prendersi cura e i livelli di umanizzazione possono essere misurati e quindi gestiti e migliorati. Se a qualcuno venisse la voglia di provare a sperimentare il sistema nella propria Azienda ospedaliera, potrà contare sulla responsabilità sociale del personale del San Camillo-Forlanini per tutta l'assistenza che dovesse necessitare. Anche l'accademia non si tirerà certo in dietro per far sì che il modello migri da una parte all'altra dell'Italia.

Stakeholder pressure and the adoption of proactive environmental strategies in healthcare: the mediating effect of “green” HRM

Pressione degli stakeholder e adozione di strategie ambientali proattive in sanità: il ruolo di mediazione delle pratiche di gestione delle risorse umane “orientate alla sostenibilità ambientale”

MARTA PINZONE, EMANUELE LETTIERI

Politecnico di Milano, Department of Management, Economics and Industrial Engineering

Healthcare managers have become progressively accountable for the environmental impact of healthcare processes because of the growing societal pressure. Their responsibility cannot be limited to the delivery of high quality, low-cost and safe care, but it should be extended to include environmental protection. Despite the numerous environmentally-friendly initiatives, results fell far short of expectations. Our study offers original evidence about the role that “green” Human Resource Management (HRM) plays in mediating the effect of the pressure exerted by stakeholders on the adoption of Proactive Environmental Strategies (PES). To test our conceptual framework, we collected data through a survey on healthcare organizations.

We found that stakeholder pressure is positively related to PES, and that “green” HRM system partially mediates the relationship between stakeholder pressure and PES. Our new evidence (i) shows that stakeholder demand for environmental protection triggers healthcare organizations to develop and implement PES; (ii) shows that establishing a “green” HRM system, which enhances hospital professionals’ motivation, ability and opportunity to behave in such a way that will protect the environment, sustains the adoption of PES; and (iii) sheds light on the development and implementation of PES in organizational contexts, such as hospitals, that have been largely overlooked so far.

Key words: Stakeholder pressure, proactive environmental strategy, green strategy, human resource management, healthcare, hospital

I manager delle organizzazioni sanitarie devono sempre di più rendere conto dell’impatto ambientale dei processi sanitari, a causa della crescente attenzione al tema da parte della società. La loro responsabilità non può più essere limitata alla fornitura di servizi di elevata qualità, basso costo e sicuri ma dovrebbe anche estendersi alla protezione dell’ambiente. Nonostante le numerose iniziative intraprese sui temi ambientali, i risultati non sono in linea con quanto atteso. A tale riguardo, il nostro articolo offre risultati originali sul ruolo svolto dal sistema di gestione delle risorse umane orientato alla sostenibilità ambientale nel mediare l’effetto positivo che la pressione esercitata dagli stakeholder ha sull’adozione di una strategia ambientale proattiva. Per testare le ipotesi sviluppate, i dati sono stati raccolti per mezzo di un questionario inviato a un campione di organizzazioni sanitarie italiane. I risultati empirici mostrano che la pressione degli stakeholder è correlata positivamente con la strategia ambientale proattiva e che la presenza di un sistema di gestione delle risorse umane orientato alla sostenibilità ambientale media parzialmente tale relazione. Tali risultati: (i) mostrano che la richiesta degli stakeholder di maggior attenzio-

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Marta Pinzone
Department of Management, Economics and Industrial
Engineering
Politecnico di Milano
piazza Leonardo da Vinci 32, 20133 Milano
e-mail: marta.pinzone@polimi.it

ne ai temi ambientali stimola le organizzazioni sanitarie verso l'adozione e l'implementazione di una strategia ambientale proattiva; (ii) mostrano che un sistema di gestione delle risorse umane – che incrementa la motivazione, la conoscenza e le opportunità dei professionisti sanitari sulla sostenibilità ambientale – favorisce la creazione di una strategia ambientale proattiva; (iii) fanno luce sullo sviluppo di strategie proattive sui temi ambientali in contesti organizzativi, quali quelli sanitari, che finora sono stati trascurati dalla ricerca.

Parole chiave: *Pressione degli stakeholder, strategia ambientale proattiva, strategia verde, gestione delle risorse umane, sanità, ospedale*

Background

Hospital managers have become progressively accountable for the environmental impact of hospital processes because of the growing societal pressure (Pinzone et al., 2015; Pinzone et al., 2016). Their responsibility cannot be limited, as previously, to the delivery of high-quality, low-cost and safe care, but it should be extended to include environmental protection and natural resources saving (Pencheon, 2013). As result, hospital managers are allocating more resources to environmentally-friendly initiatives, such as energy efficiency, recycling, water conservation, sustainable mobility and “green” procurement (McGain and Naylor, 2014). Despite the actions, results fell far short of expectations. Hospital managers experienced-and they are still experiencing-limitations in addressing environmental issues. A major challenge to cope with is the diffuse lack of awareness, skills and engagement among healthcare professionals (Pinzone et al., 2016).

Past research pointed out that any organisation is unlike to develop *Proactive Environmental Strategies* (PESs) that go far beyond what is prescribed by law and even expected by stakeholders (e.g., Gonzales-Benito and Gonzales-Benito, 2006) without managing its human resources (Hart, 1995) in such a way that employees aim at taking care of the environmental concerns of their stakeholders (Sarkis et al., 2010) and reaching the highest level of maturity in environmental protection (Jabbour, 2010).

Coherently to this awareness, “Green” Human Resource Management (HRM) – defined as the “HRM aspects of environmental management” (Renwick et al., 2013) – has emerged as salient field of research aimed at providing scholars and managers with more evidence about the adoption of environmental practices (e.g., Martínez-del-Río et al., 2012; Jackson et al., 2014; Renwick et al., 2016; Pinzone et al., 2016). Despite their undoubted value, past research leaves us with at least three major gaps that limit our understanding about the interplay between stakeholder pressure, “green” HRM practices and the adoption of PES by healthcare organizations.

First, past research is dominated by qualitative studies with the result that quantitative evidence about the role that “green” HRM actually plays in relation to PES in organizations is still missing (Renwick et al., 2016).

Second, past research has mostly investigated isolated “green” HRM practices rather than “bundles” of practices (Renwick et al., 2013). To the best of our knowledge, current evidence is limited to the contributions by Martin-Tapia et al. (2008) and Martínez-del-Río et al. (2012), who showed that

HRM systems support PES adoption and implementation. The limited attention paid to bundles of practices is contrary to the well-established knowledge that “green” HRM practices are interdependent and reinforce each other (Combs et al., 2006).

Third, past research dealt mainly with manufacturing organisations, overlooking other organizational contexts, such as hospitals and other professional organizations, despite their impact on natural resources consumption and environment damage (McGain and Naylor, 2014; Sustainable Development Unit, 2016).

These main gaps inhibit managers and stakeholders from leveraging on “green” HRM successfully to stimulate and support the adoption of PES in hospitals as well as in other organizations.

In this study, our purpose is to contribute to fill in the above-mentioned gaps. We theorise and empirically test the role of “green” HRM in mediating the effect of the pressure exerted by stakeholders on the adoption of PES by hospitals. In doing so, we offer three main contributions to our current knowledge about PES in hospitals.

First, our study advances previous studies by gathering quantitative evidence about the simultaneous influences of stakeholder pressure and organisational capabilities in driving PES. This offers scholars and managers with a more accurate picture of drivers and mechanisms that affect PES, as required by many previous studies (e.g., Menguc et al., 2010).

Second, we offer new insights about “green” HRM. By embracing a “bundle” perspective on “green” HRM, as expected by Renwick et al. (2013) and Jackson et al. (2014), we extend previous results by pointing out the effect of an integrated environment-oriented HRM system on PES.

Third, we shed first light on environmental issues in hospitals, as called by an increasing number of researchers from different disciplines (Mohrman and Shani, 2012; Pinzone et al., 2012; McGain and Naylor, 2014).

Materials and methods

Conceptual framework and hypothesis development *Proactive environmental strategy*

Past research agrees that the variety of “green” initiatives that managers might develop and implement can be placed along a *continuum* that ranges from the most reactive approaches, characterized by mere conformity to law, to the most proactive ones, that go beyond what law prescribes. Organisations with proactive approaches toward the environment im-

plement numerous environmental practices (e.g., Hart, 1995; Murillo-Luna et al., 2008), such as the development of environmental policies, the preference for products/services that pollute less than others, the selection of technologies/materials that limit pollution, the discretionary disclosure to stakeholders of environmental performances etc. Organizations that adopt such practices gain both tangible and intangible benefits (Daily et al., 2012), such as cost savings in operations, improvements in reputation and image, more satisfied internal and external stakeholders.

Stakeholder environmental pressure

Stakeholders can be defined as those individuals (or groups) that can affect an organisation's performance or that are affected by an organisation's actions (Freeman, 1984). Past research agrees that stakeholders' pressure towards environment-oriented initiatives triggers organisations to the development and the implementation of environmental strategies (Henriques and Sadorsky, 1999; Buysse and Verbeke, 2003; Gonzales-Benito and Gonzales-Benito, 2006; Murillo-Luna et al., 2008; Sarkis et al., 2010; Pinzone et al., 2015). Managers are pushed by the synthesis of the demands from different stakeholders (Murillo-Luna et al., 2008; Sarkis et al., 2010; Pinzone et al., 2015). This suggests that when managers perceive and respond to the pressure exerted by one stakeholder, they are likely to perceive and respond to the other ones as well. Based on this line of reasoning, we formalize the following hypothesis:

H1: There is a positive relationship between stakeholder environmental pressure and proactive environmental strategy

"Green" Human Resource Management System

"Green" HRM practices are defined as the HRM aspects of environmental management. Renwick et al. (2013) categorized the variety of "green" HRM practices according to the *Ability-Motivation-Opportunity* framework proposed by Appelbaum et al. (2000).

With respect to the *Ability* domain, training and education increase employees' environmental knowledge, skills and abilities. They make employees able of recognizing possible sources of pollution and environmental damages in their daily tasks and proposing solutions for the requests posed by stakeholders (Jabbour and Santos, 2008; Jabbour, 2015). Past studies report an increasing use of job descriptions and personnel specifications that emphasize environmental aspects during the recruitment and selection processes to produce superior human capital on environmental issues that ultimately facilitates the implementation and development of proactive responses to stakeholder pressures (Jabbour and Santos, 2008; Martínez-del-Río et al., 2012).

With respect to the *Motivation* domain, through the integration of traditional appraisal / reward systems with environmental KPIs, organisations are able to monitor progress toward achievement of sustainability targets as well as motivate employees driving their attention toward the desired environ-

mental goals (Renwick et al., 2013; Pinzone et al., 2016).

With respect to the *Opportunity* domain, organisations can accelerate the creation of a shared environmental vision and diffuse an understanding of environmental challenges by involving employees and using suggestion schemes as well as other forms of communication with them, and, thus respond to or even prevent the demands raised by stakeholders. Furthermore, organizations can break down the boundaries among organizational silos by means of cross-functional teams that can develop radical improvements in term of environment protection (Daily et al., 2012).

Summarizing, past studies pointed out that organisations that develop a "green" HRM system, which improves employees' ability, motivation, opportunity to contribute to environmentally-oriented improvements, are better equipped to take into account stakeholders' concerns and develop PES (Rueda-Manzanares et al., 2008) to address them. Without an integrated "green" HRM system, stakeholders' demand on environmental issues may be overlooked (Sarkis, 2010). Based on this line of reasoning, we formulate the following hypothesis:

H2: "Green" HRM system partially mediates the relationship between stakeholder environmental pressure and proactive environmental strategy

Our conceptual framework is presented in Figure 1 (control variables are not displayed).

Methods

Sample

To test our conceptual framework, we collected data through a survey on hospitals located in the Northern and Central regions of Italy. The survey was administered from April to June 2012. The questionnaire has been sent to hospital medical directors. We chose medical directors because, as result of their organisational role, they are knowledgeable about the factors investigated in this study, i.e. stakeholder pressure on environmental issues, hospital environmental strategy and environment-related HRM practices. The questionnaire has been delivered to 462 hospitals. Seventy-four questionnaires were collected, but eleven were discarded because of the high number of missing values. The final response rate was thus 13.64%.

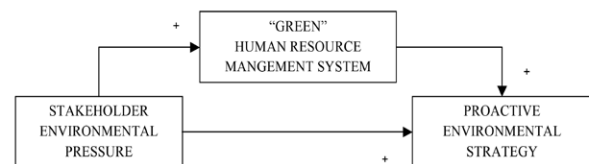


Figure 1. *Conceptual Framework.*

Measures

All constructs were measured using multiple-item scales, adapted from previous studies. Descriptive statistics of the measures and Cronbach's alphas, calculated to verify their internal consistency, are reported in Table I. All alphas were at acceptable levels.

- *Proactive Environmental Strategy.* We measured PES through a seven item scale adapted from Murillo-Luna et al. (2008). We covered (i) planning and organisational practices, (ii) communication practices, and (iii) operational practices, as recommended by Gonzalez-Benito and Gonzalez-Benito (2006). Each item was assessed on a 7-point Likert scale where 1 meant "strongly disagree" and 7 meant "strongly agree".
- *Stakeholder environmental pressure.* We adapted the group of stakeholders identified by Henriques and Sadorsky (1999), Buysse and Verbeke (2003) and Murillo-Luna et al. (2008) to the particular context of hospital in order to ask to medical directors to rate the "pressure" about environmental issues they perceive from different stakeholders; we considered 11 stakeholders: National Government, Regional Government, Local Health Units, Patients, Patient Associations, Suppliers, Employees, Professional Associations, Other Healthcare Organisations, Local Communities and the Media. The pressure intensity exerted by each of these stakeholders was rated on a 7-point Likert scale, where 1 meant "not at all important pressure" and 7 meant "extremely important pressure".
- *"Green" human resources management system.* Adopting the High Performance Work System approach, the "green" HRM system was measured through a set of practices derived from the scale used by Martin-Tapia et al. (2008). Medical directors were asked to indicate to what extent, where 1) 0%; 2) 1-25%; 3) 26-50%; 4) 51-70%; 5) 76-100%, these 9 "Green" HRM practices were implemented: i) multidisciplinary team-work, ii) involvement in improvement projects, iii) employee suggestion schemes, iv) employee empowerment, v) introduction of environmental responsibility in the job description, vi) use of rewards (monetary and not), vii) communication of organisational goals, viii) training, ix) feedbacks.
- *Control variables.* We controlled for *size* as the number of beds available in each organisation. We also controlled for the *geographic location* where each organisation operates and the *type of organisation* (differentiating between hospitals, local health authorities and nursing homes). In this regard, we created two categorical variables, one for the geographic location and another for the type of organisation. Furthermore, we asked medical directors to evaluate the *Profit-and-Loss Accounts* for the last 3 years on the basis of a 5-point scale ranging from "strongly negative" to "strongly positive". Finally, we controlled for the *social desirability* bias by adopting the 10-item scale developed by Strahan-Gerbasi (1972), because environment protection could potentially be susceptible to this bias.

Common method variance

Because data were collected from single respondents in a cross-sectional study, common method variance (CMV) might be a concern. Following Podsakoff et al. (2003), we took procedural measures to minimize the impact of CMV by guaranteeing anonymity and confidentiality to informants, emphasizing that there were no correct or incorrect answers and asking respondents to provide independent and honest answers. Furthermore, to evaluate the extent to which CMV may influence our empirical findings, we carried out the Harman's single-factor test on the items of the three key variables of our theoretical model. The outcome of this test showed that the highest variance accounted for by one factor was 30%, thus suggesting a minimal evidence of method bias (Harman, 1967).

Results

Our hypotheses have been tested through linear regression analysis, following the approach proposed by Baron and Kenny (1986). A bootstrap of 10,000 subsamples was applied to estimate the statistical significance of the relationships between the proposed variables, with the aim of increasing the robustness of the model (Preacher and Hayes, 2004).

Table I shows the means, standard deviations and pairwise correlations of the continuous variables analysed in our framework. Cronbach alphas are reported along the diagonal.

As first step to evaluate mediation, we verified that our independent variable (i.e., Stakeholder environmental pressure) influences the dependent variable (i.e., Proactive environmental strategy). In this regard, the direct effect relationship ($\beta = 0.45$) was significant at $p < 0.001$. Therefore, our first hypothesis is confirmed (Table II).

As second step for mediation evaluation, we analysed the direct relationship between the independent variable (i.e., Stakeholder environmental pressure) and the mediator (i.e., "Green" HRM system) to verify its level of significance. The relationship ($\beta = 0.19$) resulted significant at the $p < 0.01$ level (Table III).

The final step in testing for mediation needs to evaluate the relationship between the mediator (i.e., "green" HRM system) and the dependent variable (i.e., Proactive environmental strategy), while controlling for the independent variable (i.e., Stakeholder Environmental Pressure). In our case, the "green" HRM system is found to be positively and significantly related to PES ($\beta = 0.46$; $p < 0.05$), while stakeholder environmental pressure variable remained statistical significant ($\beta = 0.37$; $p < 0.001$), evidencing only the existence of a partial mediation (Table IV). Therefore, our second hypothesis is confirmed.

Finally, we performed the well-established Sobel test, Aroian test and Goodman test to verify the hypothesis of no difference between the total effect and the direct effect of stakeholder environmental pressure. All the tests were rejected at $p < 0.05$, meaning that the indirect effect of the "green" HRM system is significant. The proportion of the total effect of stakeholder environmental pressure that is mediated by "green" HRM system results equal to 19%.

Table I.
Summary statistics.

<i>Variables</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Dev.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1. Proactive environmental strategy	3.25	1.07	0.84					
2. Stakeholder environmental pressure	3.08	1.38	0.63***	0.96				
3. "Green" HRM system	1.82	0.69	0.56***	0.44***	0.94			
4. Size	414.76	368	-0.008	0.13	0.19	-		
5. P&L accounts	2.79	0.78	0.20	0.02	-0.004	-0.31*	-	
6. Social desirability	5.95	1.84	-0.02	-0.0003	-0.03	0.09	-0.22†	-

N = 63; significant at the: † 0.10; * 0.05; ** 0.01; and *** 0.001 levels.

Table II.
Testing mediation: results of step 1.

<i>Proactive environmental strategy</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Bootstrap Std error</i>	<i>P-value</i>
Size	0.00	0.00	
P&L accounts	0.14	0.18	
Social desirability	0.02	0.05	
Lombardy	0.16	0.33	
Tuscany	-0.01	0.39	
Piedmont	-0.27	0.38	
Emilia Romagna	0.69	0.34	*
Hospital	-0.65	0.38	†
Nursing home	-0.19	0.57	
Stakeholder pressure	0.45	0.09	***
Constant	1.78	0.71	

Adjusted R-squared = 0.4756
N = 63; significant at the: † 0.10; * 0.05; ** 0.01; and *** 0.001 levels.

Table III.
Testing mediation: results of step 2.

<i>"Green" HRM system</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Bootstrap Std error</i>	<i>P-value</i>
Size	0.00	0.00	
P&L accounts	-0.05	0.15	
Social desirability	-0.02	0.05	
Lombardy	0.13	0.24	
Tuscany	-0.17	0.26	
Piedmont	0.13	0.33	
Emilia Romagna	0.37	0.29	
Hospital	-34	0.46	
Nursing home	-0.21	0.54	
Stakeholder pressure	0.19	0.07	**
Constant	1.57	0.74	*

Adjusted R-squared = 0.1625
N = 63; significant at the: † 0.10; * 0.05; ** 0.01; and *** 0.001 levels.

Conclusions

We investigated the role that "green" HRM practices play in making the organisation able of integrating and proactively responding to stakeholders' concerns about the environment.

We developed and empirically tested a model in which the "green" HRM system mediates the relationship between the stakeholders' environmental pressure and the adoption of PES in hospitals.

We found that stakeholder pressure is positively related to

Table IV.
Testing mediation: results of step 3.

"Green" HRM system	Coefficient	Bootstrap Std error	P-value
Size	0.00	0.00	
P&L accounts	0.15	0.17	
Social desirability	0.03	0.05	
Lombardy	0.10	0.29	
Tuscany	0.06	0.34	
Piedmont	-0.33	0.33	
Emilia Romagna	0.52	0.31	†
Hospital	-0.49	0.39	
Nursing home	-0.07	0.53	
Stakeholder pressure	0.37	0.1	***
"Green" HRM system	0.46	0.2	*
Constant	1.06	0.85	
Adjusted R-squared = 0.5388			
N = 63; significant at the: † 0.10; * 0.05; ** 0.01; and *** 0.001 levels.			

PES. In addition, we found that "green" HRM system partially mediates the relationship between stakeholder pressure and PES.

First, our evidence shows that stakeholder demand for environmental protection triggers hospitals to develop and implement proactive strategies. In fact, hospital managers perceive this demand from stakeholders as a significant trigger to redesign current operations. Our results are thus coherent to previous findings from other industries (e.g., Murillo-Luna et al., 2008), showing that managers perceive a single environmental pressure from stakeholders and that the greater this environmental pressure, the more the organisation develop and implement environmental initiatives that go far beyond what law establishes, and even beyond what stakeholders expect actually.

Second, our results show that by establishing a "green" HRM system that enhances healthcare professionals' motivation, ability and opportunity to behave in such a way that will protect the environment, hospitals are likely to adopt a PES. In this regard, the "green" HRM system can improve employees' abilities to communicate with different stakeholders and to translate tacit knowledge into a better environmental decision-making (Wolf, 2013). Moreover, these practices help developing a human capital that is more aware of and proactive for environment protection, as long-term result of regular environmental education to employees, development of sophisticated and updated environmental knowledge, recruiting of champions and experts etc. A coherent approach to "green" HRM triggers and facilitates the creation of a shared vision and of an organizational culture that are conducive of an increased environmental sustainability and employees' motivation. All these elements affect positively the development and maintenance of PES and help reducing the potential resistance to change. Finally, the adoption of a "green" HRM system improves the communication and collaboration among the parts of the hospital facilitating the convergence towards a shared

vision to environment protection. This contributes to go beyond the mere exploitation of existing knowledge to address environmental problems by exploring also new opportunities for improvement and innovation (Alt et al., 2015).

Third, our study contributes to shed first light on the development and implementation of PES in organizational contexts that have been largely overlooked in the sustainability literature so far. This is particularly relevant for healthcare organizations, where the attention paid by managers and professionals to environment-related issues might be interpreted as unethical, since it decreases the financial resources and the organizational efforts devoted to patients and their families, who remain the most relevant stakeholders (Pinzone et al., 2015).

Our findings provide managers with evidence-based recommendations for the adoption of PES. In this regard, they are expected to establish a "green" HRM system that facilitates the integration of stakeholders' demand in the ways care is delivered and thus offering advanced responses to environmental needs. This can be done if managers are committed to align and integrate a broad set of different environment-oriented practices that are directed to hospital employees. Practices that have to be integrated within the "green" HRM system are aimed at: (i) increasing employees' ability to tackle on environmental problems, by means of training and environmental responsibility in the job description; (ii) increasing employees' attitude toward the environment, by setting environmental goals for employees, appraising their environmental performance and using rewards and benefits that are connected to environmental targets; and (iii) providing employees with the opportunity to contribute to environment-oriented initiatives, by means of multidisciplinary "green" teams, involvement in environment-friendly projects, suggestion schemes and empowerment of employees in environmental issues.

Our findings should be interpreted taking into account the

limitations of this study, which we suggest should be addressed in future research.

First, our sample size is relatively small. Despite it is in line with other previously published study on PES (e.g., Murillo-Luna et al., 2011; Pinzone et al., 2015) and the number of observations is enough to test our hypotheses, future studies could improve the sample size in order to increase the robustness of results.

Second, our sample is just composed of Italian hospitals and, thus, future research could involve organisations from other Countries to verify the generalizability of our findings.

Third, because our questionnaire was filled-in by a single respondent, CMV might be a concern. Although we implemented a number of strategies to mitigate the single-source bias, and the Harman's test behaved well, future research relying on multiple respondents would be valuable.

Finally, it may be worth to further investigate "bundles" of environmental-related HRM practices and their relationship with the environmental performance of the organisation, as well as with the financial and social performances.

In conclusion, despite the limitations this study has, it is one of the first research works unfolding the inner mechanisms that might trigger and facilitate the adoption of PES in healthcare organizations.

References

- Alt E, Díez-de-Castro EP, Lloréns-Montes FJ. *Linking employee stakeholders to environmental performance: the role of proactive environmental strategies and shared vision*. J Bus Ethics 2015;128:167-81.
- Appelbaum E. *Manufacturing advantage: why high-performance work systems pay off*. Ithaca: Cornell University Press 2000.
- Baron RM, Kenny DA. *The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations*. J Personal Social Psychol 1986;51:1173-82.
- Buysse K, Verbeke A. *Proactive environmental strategies: a stakeholder management perspective*. Strategic Manag J 2003;24:453-70.
- Combs JG, Ketchen DJ, Hall AT, et al. *Do high performance work practices matter? A meta-analysis of their effects on organizational performance*. Personnel Psychol 2006;59:501-28.
- Daily BF, Bishop JW, Massoud JA. *The role of training and empowerment in environmental performance: a study of the Mexican maquiladora industry*. Int J Operations Product Manag 2012;32:631-47.
- Freeman RE. *Strategic management: a stakeholder approach*. Boston: Pitman/Ballinger 1984.
- González-Benito J, González-Benito Ó. *A review of determinant factors of environmental proactivity*. Bus Strat Env 2006;15:87-102.
- Harman H. *Modern factor analysis*. Chicago: University of Chicago Press 1967.
- Hart SL. *A natural-resource-based view of the firm*. Acad Manag Rev 1995;20:986-1014.
- Henriques I, Sadowsky P. *The relationship between environmental commitment and managerial perceptions of stakeholder importance*. Acad Manag J 1999;42:87-99.
- Jabbour CJC, Santos FCA, Nagano MS. *Contributions of HRM throughout the stages of environmental management: methodological triangulation applied to companies in Brazil*. Int J Hum Resource Manag 2010;21:1049-89.
- Jabbour CJC. *Environmental training and environmental management maturity of Brazilian companies with ISO14001: empirical evidence*. J Cleaner Product 2015;96:331-8.
- Jabbour CJC, Santos FCA. *The central role of human resource management in the search for sustainable organizations*. Int J Human Resource Manag 2008;19:2133-54.
- Jackson SE, Schuler RS, Jiang K. *An aspirational framework for strategic human resource management*. Acad Manag Ann 2014;8:1-56.
- Martínez-del-Río J, Céspedes-Lorente J, Carmona-Moreno E. *High-involvement work practices and environmental capabilities: how HIWPS create environmentally based sustainable competitive advantages*. Human Resource Manag 2012;51:827-50.
- Martin-Tapia I, Aragon-Correa A, Llamas-Sanchez R. *The relationship between high performance work systems and proactive environmental management*. In Wustenhagen R, Hamschmidt J, Sharma S, et al., eds. *Sustainable innovation and entrepreneurship*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar Publishing 2008, pp. 197-224.
- McGain F, Naylor C. *Environmental sustainability in hospitals – a systematic review and research agenda*. J Health Services Res Pol 2014;19:245-52.
- Mohrman SA, Shani AB, eds. *Organizing for sustainable health care*. Vol. 2. Bingley, UK: Emerald Group Publishing 2012.
- Murillo-Luna JL, Garcés-Ayerbe C, Rivera-Torres P. *Why do patterns of environmental response differ? A stakeholders pressure approach*. Strategic Manag J 2008;29:1225-40.
- Pencheon D. *Developing a sustainable health and care system: lessons for research and policy*. J Health Serv Res Pol 2013;18:193-4.
- Pinzone M, Guerci M, Lettieri E, et al. *Progressing in the change journey towards sustainability in healthcare: the role of "Green" HRM*. J Cleaner Product 2016;122:201-11.
- Pinzone M, Lettieri E, Masella C. *Proactive environmental strategies in healthcare organisations: drivers and barriers in Italy*. J Bus Ethics 2015;131:183-97.
- Pinzone M, Lettieri E, Masella C. *Sustainability in healthcare: combining organizational and architectural levers*. Int J Engin Bus Manag 2012;4.
- Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee JY, et al. *Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies*. J Applied Psychol 2003;88:879-903.
- Preacher KJ, Hayes AF. *SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models*. Behav Res Method Instrum Comput 2004;36:717-31.
- Renwick DW, Jabbour CJ, Muller-Camen M, et al. *Contemporary developments in Green (environmental) HRM scholarship*. Int J Human Res Manag 2016;27:114-28.
- Renwick DW, Redman T, Maguire S. *Green human resource management: a review and research agenda*. Int J Manag Rev 2013;15:1-14.
- Rueda-Manzanares A, Aragón-Correa JA, Sharma S. *The influence of stakeholders on the environmental strategy of service firms: the moderating effects of complexity, uncertainty and munificence*. Brit J Manag 2008;19:185-203.
- Sarkis J, Gonzalez-Torre P, Adenso-Diaz B. *Stakeholder pressure and the adoption of environmental practices: the mediating effect of training*. J Operations Manag 2010;28:163-76.
- Strahan R, Gerbasi KC. *Short, homogeneous versions of the Marlowe-Crowne social desirability scale*. J Clin Psychol 1972;28:191-3.
- Sustainable Development Unit *Sustainable development in the health and care system Health Check 2016* (<http://www.sduhealth.org.uk/policy-strategy/reporting/sustainable-development-in-health-and-care-report-2016.aspx>).
- Wolf J. *Improving the sustainable development of firms: the role of employees*. Bus Strat Envir 2013;22:92-108.
- Menguc B, Auh S, Ozanne L. *The interactive effect of internal and external factors on a proactive environmental strategy and its influence on a firm's performance*. J Bus Ethics 2010;94:279-98.

Quale relazione tra l'Unità Operativa Programmazione e Controllo e la responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera?

What is the relationship between the Planning and Control Operational Unit and the social responsibility of a hospital?

FABRIZIO RUSSO

Policlinico "Paolo Giaccone", Azienda Ospedaliera Universitaria, Palermo

La responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera per essere autenticamente vissuta necessita certamente di un'identità ben esplicitata e condivisa, della definizione di una *mission* che vada oltre la funzione istituzionale. Un'autentica responsabilità sociale si completa con la sua comunicazione e rendicontazione. Dopo aver esaminato le attuali funzioni di un'unità di controllo di gestione all'interno di un'azienda ospedaliera, obiettivo del paper è proporre una nuova responsabilità per tale unità organizzativa, attraverso l'adozione di uno strumento già molto diffuso che potrebbe sintetizzare e aggregare le diverse reportistiche prodotte dall'UO pianificazione e controllo di gestione in un unico output capace di dare senso alle varie misure di performance.

Parole chiave: Controllo di gestione, responsabilità, responsabilità sociale, bilancio sociale, azienda ospedaliera

The concept of corporate social responsibility has been the subject of several academic contributions, but in order to be operative it needs to be communicated and shared. Management control could be very useful for this end. Although many skills of a management control in a hospital are already socially responsible, because they measure the capacity of the hospital to be efficient over time. However, in order to satisfy more effectively human needs, supporting the hospital to become a socially responsible organization entails a more integrated communication of the hospital's mission. In this paper, we will review the different skills required to management control, with the aim of identifying and proposing a new skill, by the adoption of a tool able of measuring in a more integrated way the hospital's performance: the social report.

Key words: Management control, responsibility, social responsibility, social report, hospital

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Fabrizio Russo
Policlinico "Paolo Giaccone", Azienda Ospedaliera
Universitaria di Palermo
via del Vespro 129, 90127 Palermo
e-mail: fabrizio.russo2@unipa.it

Introduzione

La responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera per essere autenticamente vissuta necessita certamente di un'identità ben esplicitata e condivisa, di una mission che vada oltre la funzione istituzionale e guardi a ciò che l'azienda rappresenta per il territorio; una carta d'identità, la mission, che deve essere costruita con il supporto di tutti gli stakeholders, in particolare degli stakeholders interni, i dipendenti che hanno una prospettiva privilegiata nell'esplicitare e dare forma all'"anima" dell'organizzazione; necessita anche di un sistema valoriale costruito con il contributo dei tanti attori e destinatari delle relazioni che l'azienda sanitaria tesse quotidianamente e che rappresenti il *modus operandi* dell'azienda nel realizzare la sua mission.

Un'azienda sanitaria socialmente responsabile necessita di un programma d'azione, di un piano strategico che si definisce non solo dall'alto, in modalità *top-down*, ma attraverso un reale processo di coinvolgimento, un processo noto come *stakeholder engagement*. Tale obiettivo richiede anche un'attenta analisi di tutti gli attori, la cosiddetta mappatura degli stakeholders, verso i quali s'indirizza l'impatto sociale e sanitario dell'azienda sanitaria, attori che a nostro parere danno senso e significato pieno a quell'attributo – "sociale" – che accompagna il concetto di responsabilità; tali attori, portatori di interessi legittimi verso l'operato dell'azienda, sono appunto coloro ai quali deve essere rendicontata l'azione realizzata dall'organizzazione sanitaria, in un dato periodo di tempo; sono coloro che valuteranno il comportamento socialmente responsabile assunto dall'azienda sanitaria nel realizzare in modo pieno e coerente la sua *raison d'être*, la sua mission appunto.

Finalmente, un'autentica responsabilità sociale si completa con la sua comunicazione. Rendicontare la responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera significa essere in grado di valutare lo scostamento tra l'impegno assunto verso gli stakeholders e le attività effettivamente realizzate; tale valutazione richiede un'organizzazione contabile non banale che sia capace di integrare informazioni di varia natura, dati di attività (DRG's, prestazioni ambulatoriali, numero di ricoveri, degenza media, indice di case-mix), dati di struttura (posti letto, numero di sale operatorie, numero di ambulatori ecc.) e dati economici (costi e ricavi per unità operativa, per prestazione).

Le piante organiche delle aziende ospedaliere pubbliche italiane non prevedono ancora, tra le varie unità organizzative, una unità specificamente deputata a monitorare il loro comportamento socialmente responsabile. Unità organizzative denominate ad esempio *Corporate Social Responsibility and Relations with stakeholders* non sono ancora nemmeno una lontana idea nell'attuale impianto organizzativo dell'azienda ospedaliera pubblica italiana. Più frequentemente si assiste invece all'istituzione di gruppi interdisciplinari che nascono con riferimento a specifici progetti e che si spengono come stelle cadenti quando i progetti si concludono; in tal modo non si patrimonializza un'esperienza specifica

in azienda e non si definiscono figure professionali che invece richiedono competenze etiche, organizzative, sanitarie e contabili unite a una profonda conoscenza dell'attività sanitaria che l'azienda eroga. Nei prossimi paragrafi si fornirà una proposta sul ruolo che un'unità di programmazione e controllo di gestione dovrebbe assumere all'interno di un'azienda ospedaliera; nel paragrafo successivo si discuterà di uno strumento già molto diffuso, paradossalmente, in settori no profit, e che potrebbe sintetizzare e aggregare le diverse reportistiche prodotte dalla UO pianificazione e controllo di gestione in un unico output capace di dare senso alle varie misure di performance: il bilancio sociale.

Le cornici etiche della responsabilità

Consultando un dizionario filosofico si legge che responsabile è colui "che è tenuto a rispondere, cioè a rendere ragione e a subire le conseguenze di un'azione o di uno stato di cose ..." (Enciclopedia Bompiani, voce "Responsabilità").

In effetti, il significato più diffuso con cui frequentemente s'intende il concetto di responsabilità è quello del rendere conto, rendere conto di conseguenze prevedibili di un'azione (Max Weber), accezione che chiama in causa la virtù della lungimiranza ossia la capacità di prevedere per tempo gli effetti di un dato agire o di una data omissione.

Tale capacità diventa ancor più estesa nel concetto di responsabilità proposto da Hans Jonas (1903-1993) il quale amplia la gittata della responsabilità guardando alle conseguenze possibili del proprio agire. Il titolare della responsabilità agirà "in modo che le conseguenze delle [sue] azioni non distruggano la possibilità futura di tale vita". È evidente che sotto questa cornice la responsabilità diventa una virtù ancora più esigente, perché l'autore della responsabilità non si trova necessariamente di fronte, *hinc et nunc*, al destinatario della stessa. La responsabilità proposta da Hans Jonas si riferisce in particolare alle future generazioni, un dovere etico che va oltre l'imperativo categorico Kantiano: "Agisci in modo da trattare l'umanità, tanto nella tua persona quanto nella persona di ogni altro, sempre nello stesso tempo come un fine, e mai unicamente come un mezzo".

Nel territorio più proprio dell'ambito organizzativo, M. Friedman, premio Nobel per l'economia (Friedman, 1970), afferma che l'unica responsabilità sociale dell'impresa è realizzare profitti a beneficio di una particolare categoria di stakeholders, gli azionisti.

A tale teoria si contrappone la teoria degli stakeholders di stampo kantiano (Freeman e Phillips, 2002) che vede la responsabilità come rispetto degli interessi di tutti i portatori di interesse, al di là dell'utilità economica, e la teoria degli stakeholders fondata sul bene comune (Argandoña, 1998) che propone il concetto di responsabilità sociale come atto che integra la collaborazione di tutti gli stakeholders per la realizzazione del fine dell'impresa e in definitiva, del bene comune.

Il ruolo delle unità operative di Programmazione e Controllo di gestione

L'efficienza in un'azienda sanitaria non è strumentale al conseguimento del profitto, ma alla corretta gestione delle risorse economiche, risorse scarse per definizione, al fine di garantire la stessa qualità di cura a ogni paziente che richiederà assistenza all'ospedale.

La programmazione delle attività da realizzare e con esse le risorse da assegnare per tali attività, il budget, è frutto di una particolare azione di coinvolgimento degli stakeholders interni, la cosiddetta negoziazione con la quale due contraenti, il responsabile dell'unità organizzativa e la direzione generale, assumono alcuni impegni; la prima s'impegna a realizzare alcune prestazioni, secondo il rispetto di alcuni indicatori (degenza media, turn-over, peso medio ecc.); la seconda, la direzione generale, s'impegna a destinare le relative risorse per consentire il rispetto dell'impegno assunto.

In tale fase di scambio di impegni tra management e stakeholders interni, l'unità di programmazione e controllo assume un ruolo di mediatore tecnico e non semplicemente di notaio; infatti, durante la negoziazione, il controllo di gestione è chiamato anche a individuare possibili strategie, con capacità tecniche e creative, per contemperare simultaneamente l'interesse della direzione generale e l'interesse dello stakeholder interno dipendente, rappresentato, in questo caso, dal responsabile della unità organizzativa.

“Quando la negoziazione è realmente vissuta all'insegna della soddisfazione di bisogni reali di salute e quando il provider desidera soddisfare tali bisogni con il desiderio di andare oltre la risposta finora assicurata, con una risposta sempre nuova, non solo in termini terapeutici, ma anche alla luce di un 'etica del lavoro ben fatto' e non rassegnata a un mero adempimento di una funzione di interesse pubblico, allora il budget può diventare uno strumento di responsabilità sociale” (Russo, 2014).

Il budget, se costruito secondo questa metodologia di confronto, rivela la disponibilità di un management aperto alla condivisione, ma al tempo stesso esigente nel rispettare l'obiettivo di un uso efficiente delle risorse in vista del bene ultimo del paziente, la soddisfazione dei suoi bisogni di salute, senza limitare l'autonomia e la responsabilità dei medici.

Tale “stile” direzionale necessita di un servizio di controllo di gestione che possa proporre soluzioni tecniche e organizzative, con le correlate valutazioni economiche, in grado di raggiungere tali obiettivi. Nel caso ad esempio di un'azienda ospedaliera che opera in emergenza-urgenza, la casistica di un'unità organizzativa di chirurgia d'urgenza può essere influenzata in modo significativo dagli accessi del pronto soccorso, abbassando notevolmente il peso dei casi trattati. Un servizio di programmazione e controllo certamente monitorerà con attenzione questa relazione e potrebbe proporre ad esempio l'attivazione di un'area di osservazione breve intensiva, allo scopo di liberare posti letto e utilizzarli in modo più appropriato.

A tali esigenze risponde certamente la funzione del controllo di gestione, specie nella fase del budgeting, quando si riprogramma l'attività per l'anno successivo, permettendo alla direzione generale di analizzare dati di attività, di struttura e di natura economica.

Il controllo di gestione spesso all'interno di un'azienda ospedaliera cura anche la realizzazione di altri output come la relazione sulla performance, uno strumento rivolto agli stakeholder interni ed esterni, ai quali dare conto dei risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

I principi ai quali risponde tale documento sono: trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna. Il documento è sottoposto a verifica da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, del quale il responsabile del controllo di gestione può far parte come componente interno.

Un nuovo ruolo per le Unità Operative di Programmazione e Controllo di gestione

Per dare attuazione al processo di responsabilità sociale è necessario che l'azienda sanitaria si doti di un idoneo processo di rendicontazione delle sue performance; infatti, la responsabilità sociale, a parere di chi scrive, per essere fin in fondo vissuta necessita di essere comunicata (Russo, 2014); il controllo di gestione è un'unità organizzativa capace di confrontare dati economici, di attività e di struttura e rappresentarli, in modo da dare conto del modo in cui l'azienda ha realizzato il suo impatto verso gli stakeholders interni ed esterni e in particolare verso il paziente. Tali funzioni sono “presidiate” da tale unità organizzativa sia direttamente, con la realizzazione di report periodici che analizzano varie dimensioni, come ad esempio la produzione erogata per singola unità operativa, gli indici di efficienza (degenza media, tasso di occupazione ecc.), l'appropriatezza delle prestazioni nei vari setting assistenziali, la fattibilità degli investimenti da realizzare per garantire la soddisfazione dei bisogni di salute, con il relativo punto di pareggio, per valutare l'utilizzo minimo della tecnologia da acquisire o acquisita; sia attraverso la collaborazione con altre unità organizzative, come ad esempio il *Facility Management*, il *Risk Management*, l'Ufficio relazioni con il pubblico (URP).

Inoltre esso supporta e coordina la trasmissione di numerosi flussi di natura economica (beni, servizi), di struttura (posti letto attivi in regime ordinario o in day hospital) e di attività (numero di dimessi per unità operativa, numero di prestazioni ambulatoriali per quantità e natura) utili per i monitoraggi regionali.

Appare utile in questa chiave di lettura sottolineare che la unità operativa controllo di gestione non si limita, pertanto, alla sola fase del *budgeting e reporting* e alla correlata analisi

degli scostamenti, ma può pervenire a realizzare un controllo ampio e sistemico, che si spinge ben oltre i territori classici dell'ambiente contabile, sino a monitorare l'impatto clinico (appropriatezza, outcome, esiti) e sociale (gradimento dell'utenza, sostenibilità ambientale, qualità del clima interno, fattore quest'ultimo che può incidere significativamente sulla qualità dell'accoglienza, coerenza tra le aspettative dell'utenza e livello qualitativo delle performance dell'azienda sanitaria) sui suoi stakeholders di riferimento.

Un ulteriore passo avanti per il controllo di gestione può allora essere rappresentato dalla realizzazione di un'analisi di coerenza tra la mission dell'azienda ospedaliera, ossia ciò che l'ospedale intende essere per i suoi stakeholders e ciò che essa è stata realmente per il suo "sociale", per il suo ambito di riferimento: dipendenti, pazienti, fornitori, opinione pubblica, altre aziende ecc. Un passo che spinge il controllo di gestione a proporsi come l'attore protagonista del sistema dei controlli, rendicontando il modo in cui le risorse sono state utilizzate per realizzare la mission, non tanto per un'esigenza meramente contabile, ma per rispondere a un dovere etico: un dovere che risponde alla domanda essenziale sul senso e sul fine dell'organizzazione ospedaliera e che si fonda su un'etica del dare conto, di più, su un'etica del lavoro ben fatto (Russo, 2016).

Occorre disegnare processi, flussi, dati, capaci di integrare tutte queste informazioni di natura eterogenea (costi e ricavi per setting assistenziale, stile relazionale, utilizzo dei posti letto ecc.) e di fornire al management informazioni circa il suo comportamento e la sua coerenza rispetto alla mission di riferimento e al suo sistema valoriale.

Una delle dimensioni valoriali assolutamente indispensabili e prioritarie a realizzare tale programma è la collaborazione: una continua collaborazione tra il controllo di gestione e le unità organizzative assistenziali, dalla quale scaturisce la possibilità di correggere comportamenti organizzativi errati e dispendiosi e non coerenti con l'identità dell'azienda ospedaliera.

Una collaborazione che si realizza nell'analisi dei case-mix di reparto di concerto con i relativi primari, attraverso l'intervista condotta con i diversi professionisti, ottenendo riscontri preziosi, questi ultimi, che possono trasformare un sistema di controllo contabile in un sistema di controllo direzionale, fondato su una cooperazione che non limita l'autonomia e in definitiva enfatizza la responsabilità.

Una collaborazione che quando si estende alle altre aziende consente al controllo di gestione di promuovere analisi di *benchmarking* utili a individuare il *cluster* di riferimento dell'azienda e, al suo interno, il *provider* che gestisce la casistica più complessa in termini di peso medio dei DRG trattati, il cosiddetto *best performer*; analisi, quelle di *benchmarking* che se condotte tra provider simili per funzioni o livelli dimensionali, possono aiutare a tirare l'azienda fuori dalle secche di una certa autoreferenzialità.

Il controllo di gestione aiuta l'azienda ospedaliera a rendere conto dei propri comportamenti e questa attività

soddisfa una dimensione molto importante della sua responsabilità sociale, specie quando la rendicontazione va oltre il dato richiesto dall'autorità di gestione regionale, perché si fonda sul desiderio autentico di un miglioramento continuo e sull'atteggiamento umile, l'umiltà organizzativa è un valore aziendale fondamentale, di lasciarsi valutare dagli stakeholders di riferimento.

Una personale proposta

Alla luce di quanto sin qui esposto, appare utile affidare al controllo di gestione, come logica conseguenza delle varie funzioni presidiate e appena presentate, una responsabilità che possa sintetizzare e al tempo stesso valorizzare il suo ruolo all'interno dell'azienda ospedaliera: curare la redazione di un documento capace di valutare in maniera sistemica l'operato dell'azienda, il bilancio sociale.

Il bilancio sociale è uno strumento molto ricco di dati per una valutazione sistemica dell'operato dell'organizzazione ospedaliera. La sua articolazione "costringe" l'azienda ospedaliera che desidera adottarlo a:

- analizzare il bacino epidemiologico che essa serve e pertanto a studiare quali siano i fabbisogni di salute reali da soddisfare, distinguendoli da quelli indotti, che sono creati da un'offerta inappropriata e che causano una spesa ingiustificata;
- approfondire il senso della sua mission, spesso assunta come un dato assegnato dall'"alta" burocrazia regionale, e a condividere, in omaggio a quel concetto di autonomia che in Italia ha trasformato l'ospedale in azienda, questo tratto identitario con i suoi stakeholders di riferimento, in particolare quelli interni; costoro spesso sconoscono il contenuto della mission aziendale, conducendo una vita professionale, magari qualitativamente ineccepibile, ma non consapevolmente sintonica con il significato più essenziale della ragion d'essere della loro azienda;
- esplicitare il modo in cui si lavora in azienda, fissando i criteri ispiratori che fondano l'agire professionale e che vanno a costituire il cosiddetto sistema valoriale aziendale; un patrimonio intangibile, un insieme di virtù aziendali, che spesso resta implicito e nascosto e la cui formalizzazione deve essere frutto di un autentico processo di *stakeholder engagement*, di una condivisione profonda capace di risvegliare le ragioni più autentiche di una prestazione professionale specialmente nel settore sanitario;
- definire una pianificazione strategica che tenga conto degli obiettivi di sistema, quelli regionali, ma che successivamente in una dinamica più introspettiva sappia individuare punti di forza, di debolezza e obiettivi di miglioramento da perseguire magari per singole categorie di stakeholders e non solo per unità operativa, in modo tale da tenere presente sia la dimensione dell'efficienza interna che quella dell'impatto sociale;

- mappare i principali stakeholders dell'azienda verso i quali deve rendicontare l'operato aziendale;
- verificare il modo in cui l'azienda ha utilizzato le sue risorse economiche, fornendo i dettagli tipici degli output di controllo di gestione, per unità organizzativa, per prodotto (ad es. DRG), per progetto ecc.;
- fornire un quadro anche dettagliato delle attività erogate per ricoveri ordinari, in day hospital, in day service, in regime ambulatoriale, illustrando anche la complessità della casistica trattata;
- informare circa la dotazione organica dell'azienda e il relativo costo del personale articolato per ruolo e funzione;
- monitorare lo stato di attuazione degli obiettivi strategici.

Essere socialmente responsabili significa a nostro parere “cooperare consapevolmente, all'interno di una data comunità, al conseguimento del bene comune, attraverso il perseguimento del proprio fine e facilitando il raggiungimento di quello altrui” (Russo, 2014); significa perseguire il bene dell'azienda e al contempo quello dei suoi stakeholders, in modo tale che ciascuno dei suddetti attori consegua il proprio fine in vista del fine ultimo dell'azienda che per un'azienda ospedaliera è soddisfare nel modo più appropriato ed efficace i bisogni di salute. In questo quadro, anche per superare le asimmetrie informative che sempre esistono specie nel settore sanitario, appare utile informare gli stakeholders dell'azienda sul modo in cui il loro contributo stia supportando l'azienda nel raggiungimento del fine ultimo prima citato. Questo è certamente un comportamento socialmente responsabile!

L'adozione del bilancio sociale (Hinna, 2004) è certamente una prassi molto utile a questo scopo. Essa deve essere fondata sulla più ampia autonomia e volontarietà. L'assunzione di uno strumento di rendicontazione come il bilancio sociale concorre anche a consolidare i legami dei componenti dell'azienda sanitaria, promuovendo una comune identità e cultura organizzativa che sarà patrimonio comune di stakeholders interni ed esterni, identificati, questi ultimi, e “riconosciuti” come parte integrante della comunità aziendale e non come “stranieri”; favorisce l'abbattimento dei compartimenti stagni in merito ai contributi che ciascuno di essi offre al raggiungimento del fine aziendale; valorizza l'immagine aziendale, in quanto il bilancio sociale è anche un appropriato strumento di comunicazione.

In sintesi, uno strumento capace di realizzare un confronto tra idee e fatti: le idee che l'azienda ha immaginato sul proprio futuro, impegnandosi a realizzarle con i propri stakeholders (il patto con gli stakeholders) e i fatti, ossia le attività effettivamente realizzate e più o meno coerenti con queste idee, assolvendo in un certo senso anche a strumento di controllo direzionale. Un confronto da effettuare tra dimensioni previsionali e consuntive, accomunate da un denominatore comune, l'assetto valoriale, il *modus operandi* dell'azienda che dovrebbe integrare e costituire la filigrana di tutti i comportamenti aziendali. Ricordando la lezione di alcuni autori: “The organisation must be judged morally

purely by the way in which it pursues those goals” (Wilmot, 2000) Occorre avviare una poderosa azione formativa in business ethics e in responsabilità sociale, affinché gli operatori aziendali possano acquisire dimestichezza con questi temi e si possa superare in tal modo una certa visione economicista che da troppi anni imperversa nel nostro sistema sanitario.

Radice etica della proposta

Lo scetticismo più o meno diffuso in molti manager circa la pretesa che uno strumento come il bilancio sociale possa servire a dare conto della responsabilità sociale di un'azienda è per certi versi condivisibile, quando l'adozione di questo strumento persegue fini unicamente strumentali al miglioramento della posizione competitiva dell'azienda. L'organizzazione, secondo costoro, avrebbe una doppia vita: da una parte quella “buona”, raccontata nel bilancio sociale e consistente nell'elenco dei comportamenti socialmente responsabili ma estranei alla gestione caratteristica dell'azienda; dall'altra “la vita reale” che l'azienda vive tutti i giorni, tra *malpractice*, difficoltà relazionali, assenteismo ecc. È certamente vero che automaticamente l'adozione della rendicontazione sociale non renda socialmente responsabile l'azienda che la adotta e che possono esserci vari modi di rendicontare il proprio comportamento socialmente responsabile. Già il prof. Hinna e con lui vasta parte della dottrina economico-aziendale ci mettono in guardia dal rischio dell'autoreferenzialità e dall'opportunità di far revisionare il bilancio sociale da un terzo, meglio, da un opinion leader di chiara fama, per evitare che il bilancio sociale sia una bella favola, o peggio un cantico in lode del suo management. Tuttavia ciò che si desidera sottolineare, attraverso questo contributo, è che la responsabilità sociale alla quale si vuole fare riferimento è prima di tutto una virtù organizzativa che si fonda non su un'etica utilitarista che guarda al massimizzazione della funzione obiettivo dell'azienda, e nemmeno su un'etica deontologica che riduce la responsabilità sociale a una arida lista di doveri, ma su un'etica del bene comune e più specificatamente su un'etica del lavoro ben fatto.

Ecco il motivo per cui un'unità operativa di controllo di gestione che, attraverso procedure, manuali e quant'altro, si è dato una buona organizzazione contabile, capace di confrontare facilmente in modo tempestivo ed efficace dati di attività, economici e di struttura, e di sottoporre tali dati al vaglio dell'identità aziendale, onde verificare la coerenza tra l'idea che l'azienda ha di se stessa e i suoi comportamenti effettivi, può adottare il bilancio sociale come un raffinatissimo strumento di controllo direzionale, capace di verificare il grado di soddisfazione degli impegni assunti con gli stakeholders.

L'etica alla quale si vuole fare riferimento è, come si diceva un'etica del bene comune, un'etica che spinge a ricercare il bene proprio e degli altri componenti della azienda ospedaliera (stakeholders interni ed esterni) in vista del bene di tutta

la comunità, della quale l'azienda ospedaliera stessa fa parte. Un'etica che richiede necessariamente la collaborazione tra i vari agenti che co-operano in un'azienda ospedaliera alla realizzazione di un atto integrato che si avvale del contributo di diversi soggetti dai saperi multidisciplinari, medici, infermieri, amministrativi, tecnici. L'atto integrato del quale si parla è appunto l'atto sanitario.

L'atto sanitario, per non rimanere prigioniero di una valutazione utilitaristica o kantiana, richiede un fondamento su un'etica robusta. Da un'etica del bene comune discende come naturale corollario un'etica, per così dire più applicativa, l'etica del lavoro ben fatto, che ispira l'agire di coloro che intervengono nella realizzazione dell'atto sanitario e che spinge ciascuno a realizzare nel modo migliore possibile il proprio contributo in vista di questo fine.

Ecco il contenuto più interessante ed essenziale di un documento come il bilancio sociale: un documento che non dovrebbe elencare tutte le attività realizzate nella relazione tra azienda ospedaliera e stakeholders, attività che comunque devono essere rendicontate, ma dare conto del modo in cui tali attività proprie della gestione caratteristica e operativa aziendale sono state realizzate; del modo in cui il sistema valoriale dichiarato nella prima parte del bilancio sociale, è stato realmente vissuto nell'agire ordinario della vita aziendale, mentre gli operatori dell'azienda soddisfano i bisogni di salute.

Conclusioni

Il ruolo che un'unità di programmazione e controllo di gestione dovrebbe assumere all'interno di un'azienda ospedaliera per supportarne il suo processo di responsabilità sociale potrebbe ben essere ben sintetizzato da una nuova responsabilità da assegnare a questa unità operativa, quella di curare il processo di rendicontazione sociale. Il controllo di gestione, già avvezzo a organizzare dati di attività, di struttura ed economici, in modo da evidenziare al management l'andamento della gestione, dovrebbe assumere la metodologia propria della rendicontazione multistakeholder e supportare l'azienda in un processo che prende le mosse da una fase meno contabile e più introspettiva, una fase che porta alla definizione dell'identità, della mission e del sistema valoriale, per poi continuare per il sentiero dell'analisi economica e della relazione sociale per stakeholders; in tal modo, potrebbe anche sintetizzare e aggregare le diverse reportistiche prodotte durante l'anno in un unico output che possa essere in grado di dare senso alle varie misure di performance.

Tale proposta affonda le sue radici su un'etica del bene comune che porta a sottolineare la funzione eminentemente di servizio di tale unità organizzativa, una funzione che necessita di uno spirito di collaborazione all'interno dell'azienda e spinge, anche attraverso una misurazione più completa delle performance, a un miglioramento continuo o, per citare un noto autore, a far sì che ciascuno stakeholder interno o

esterno realizzi la propria parte nel modo migliore possibile (Borgonovi, 2005). Il controllo di gestione, d'altra parte, nella sua attività di monitoraggio e controllo ha il compito di comprendere le ragioni ultime di una data performance, della quale la dimensione economica è solo l'aspetto più evidente e di superficie. Attraverso le sue analisi, che lo portano a studiare il case-mix delle singole unità assistenziali e le relative potenzialità in termini di complessità (peso medio) ed efficienza (Degenza media, tasso di occupazione ecc.), grazie anche al contributo delle attività di benchmarking regionale; a verificare la capacità operativa delle unità operative e dei suoi operatori, attraverso i sistemi informativi interni come ad esempio un registro operatorio; a rilevare comportamenti inappropriati o frutto di una medicina difensiva e ben evidenti dai conti economici per singola unità operativa che, ad esempio, evidenziano il consumo delle prestazioni di diagnostica di laboratorio o di radiologia; attraverso tali analisi, si diceva, il controllo di gestione affonda il suo sguardo sulla coerenza tra ciò che l'azienda sanitaria vorrebbe essere e ciò che è stata. Un esercizio del tutto coerente con la funzione del bilancio sociale, uno strumento che in tal modo non è più frutto di adempimenti formali, di una rendicontazione imposta dalla legge, ma che nasce dal desiderio non solo e non tanto di dare conto agli stakeholders più importanti, i pazienti, ma soprattutto dal volere verificare quanto una funzione o meglio un'identità sia realmente vissuta nella gestione caratteristica dell'azienda ospedaliera che produce i suoi effetti verso gli stakeholders di riferimento; questo, a parere di chi scrive, è il significato più autentico della rendicontazione sociale di un'azienda ospedaliera.

Bibliografia

- Argandoña A. *The stakeholders theory and the common good*. J Bus Ethics 1998;17: 1093-1102.
- Borgonovi E. *La responsabilità sociale in sanità*. MECOSAN 2005;(56):3-9.
- Freeman RE, Phillips RA. *Stakeholder theory: a libertarian defense*. Bus Ethics Q 2002;12:331-49.
- Friedman M. *The social responsibility of business is to increase its profits*. New York Times Magazine 1970;(Sept. 1):122-6.
- Hinna L. *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*. Franco Angeli 2004.
- Melé D. *Integrating personalism into virtue-based business ethics: the personalist and the common good principles*. J Bus Ethics 2009;88:227-44.
- Russo F. *What is the CSR's focus in healthcare?* J Bus Ethics 2016;134:323-34.
- Russo F. *La responsabilità sociale dell'Azienda Ospedaliera verso il paziente*. Aracne 2014.
- Russo F. *Vera retorica vera responsabilità sociale*. Medicina e Morale 2014;4:661-82.
- Wilmot S. *Corporate moral responsibility in healthcare*. Med Health Care Philos 2000;3:139-46.

Il contributo dei farmaci all'aumento dell'aspettativa di vita: ricerca, crescita e sostenibilità

The contribution of medicines to the increase of life expectancy: research, growth and sustainability

MASSIMO SCACCABAROZZI

Presidente Farmindustria

La farmaceutica vive nel futuro, perché la R&S è un processo lungo e oggi nascono le terapie che useremo tra 10 anni. E perché è il settore dell'innovazione globale, che anticipa le novità che nascono in tutto il mondo.

È successo anni fa con la *open innovation*. E oggi l'80% della R&S viene fatta in maniera multidisciplinare, in *partnership* con strutture pubbliche, università, start up, enti no-profit. Solo 10 anni fa era il 20%. Un cambio di paradigma che ha consentito di superare con successo una "crisi" della produttività della R&S e portare oggi al record storico di prodotti in sviluppo.

E sta succedendo di nuovo, con la rivoluzione di Industria 4.0, delle tecnologie digitali, della robotica, dei Big Data, in particolare per utilizzare a pieno le potenzialità della medicina di precisione.

In questo contesto l'Italia ha più carte da giocare: lo dimostra il ruolo affermato di *hub* manifatturiero e la crescita degli investimenti in R&S, con una specializzazione in ambiti quali biotecnologie, vaccini, farmaci orfani e la *leadership* mondiale sulle terapie avanzate.

Un impegno che può trovare un impulso fondamentale nella nuova capacità di fare Sistema del nostro Paese, a partire dall'impegno del governo per migliorare l'accesso all'innovazione farmaceutica.

Parole chiave: Farmaceutica, innovazione, multidisciplinarietà, big data, medicina di precisione, codice sulla trasparenza

Pharma industry is the sector of the future, because R&D implies a long process where today new therapies start to be developed and will be used in ten years. Even because it is the sector of global innovation, capable of anticipating any forthcoming news arising worldwide.

This is what happened with the open innovation a few years ago. Nowadays 80% of R&D is carried out by using a multidisciplinary approach, through partnership with public structures, universities, start-ups, non-profit foundations. A percentage that only ten years ago amounted to 20%. A paradigm change that made it possible to overcome the "crisis" of R&D and to bring to the historical number record of products under development today.

This is what is happening again with the revolution of Industry 4.0, of digital technologies, robotics, Big Data, mainly to better exploit all potentialities of precision medicine.

In this context Italy has more cards to play: this is shown by its successful role as manufacturing hub and the growing R&D investments with a specialization in sectors like biotechnology, vaccines, orphan drugs and the worldwide leadership on advanced therapies.

A commitment that may find a fundamental impulse in our country's new capability of adopting a system approach, starting from the Government's commitment to improve access to pharmaceutical innovation.

Key words: *Pharmaceuticals, innovation, multidisciplinarity, big data, precision medicine, transparency code*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Massimo Scaccabarozzi
Farmindustria
largo del Nazareno 3/8, 00186 Roma
e-mail: scaccabarozzi@farmindustria.it

Introduzione

Farmaci e vaccini ogni giorno contribuiscono al benessere, alla salute e alla qualità della vita. Un risultato ben visibile nelle piccole e grandi storie di quanti, nonostante la malattia, possono continuare a progettare il proprio futuro. E che nasce dal grande impegno delle imprese: più del 90% della ricerca sui medicinali, infatti, è finanziato dall'industria.

La farmaceutica è un'industria che nasce dalla scienza, quindi la sua evoluzione è scandita dalle molte scoperte che negli anni hanno reso disponibili terapie sempre più efficaci. Sono molte le innovazioni che hanno segnato la storia della farmacologia, tuttavia c'è forse un dato che più di altri sintetizza con immediatezza il contributo dei farmaci al progresso della vita di milioni di persone in tutto il Mondo: l'incremento dell'aspettativa di vita.

Un progresso che, dal secondo dopoguerra in poi, ha consentito in Italia di guadagnare 1 mese di aspettativa di vita in più ogni 4, un fenomeno condiviso da tutte le economie avanzate, al quale si stima che i nuovi farmaci abbiano contribuito per oltre il 70% (Lichtenberg, 2013).

E l'incremento della vita media coinvolge sempre di più anche i paesi in via di sviluppo, come mostrano i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2016).

Solo per fare alcuni esempi dagli anni '80 la mortalità in Italia è scesa del 35% e per le patologie croniche ancora di più (-45%) (OECD, 2016). Negli ultimi 30 anni la sopravvivenza a 5 anni da neoplasie è cresciuta dal 39% al 57% per gli uomini e dal 53% al 63% per le donne (AIOM-AIRTUM, 2015). E la mortalità da HIV si è ridotta di oltre il 90%, tanto che oggi un ragazzo di 20 anni con questa malattia ha un'aspettativa di vita di 70 anni (PhrMA, 2016).

Negli ultimi 10 anni la quota di malati che possono essere curati da epatite C è salita dal 43% al 96% (EFPIA, 2015; PhrMA, 2014; 2015). E nel tempo molte malattie infettive hanno visto una riduzione dei casi – se non l'eradicazione – grazie alle vaccinazioni.

La ricerca farmaceutica ha reso disponibili numerose terapie, sempre più precise ed efficaci, che oggi sono in grado di guarire malattie prima incurabili. Ne è prova il numero di farmaci orfani autorizzati in Europa – per il trattamento delle malattie rare – che dal 2003 a oggi è più che triplicato e sfiora i 200.

Altre terapie consentono di bloccare la progressione della malattia o di aiutare a prevenire complicanze, permettendo ai pazienti di vivere di più e meglio: gli anziani in buona salute in Italia sono passati dal 18% del totale nel 2004 al 31% nel 2014, un progresso equivalente a 2 milioni di persone in più (Eurostat, 2016).

E potrebbero essere citati tanti altri esempi di progressi legati all'innovazione farmaceutica, sia attraverso i grandi salti nelle cure sia con il continuo sviluppo di quelle già disponibili.

E ciò è possibile sempre di più grazie alle conoscenze sul genoma umano e alla medicina di precisione che sta conducendo a un cambio di paradigma nella cura delle malattie. La qualità di vita è cresciuta e molte speranze di cura diventano realtà per centinaia di milioni di pazienti.

Evoluzione del modello di innovazione farmaceutica

Scoprire un nuovo farmaco richiede l'impegno di molte persone, idee, anni e investimenti ingenti:

- sono necessari circa 10-15 anni di studi e sperimentazioni;
- gli investimenti possono superare 2,5 miliardi di euro;
- solo una sostanza ogni 5-10 mila supera con successo i molti test necessari per essere approvata come medicinale;
- solo 2 farmaci su 10 consentono di ammortizzare i costi di R&S.

La durata del brevetto è di 20 anni, ma nella farmaceutica non coincide con il suo uso commerciale, poiché le nuove molecole vengono brevettate sin dalla loro nascita, mentre l'immissione sul mercato avviene solo alla fine del lungo processo di ricerca e sviluppo.

La durata effettiva della copertura del brevetto è spesso di 7-8 anni, con punte che non superano i 15 nel caso di applicazione del certificato di protezione complementare comunitario, stabilito in ambito europeo per ridurre gli svantaggi di una situazione tipica del settore farmaceutico.

I progressi delle cure dipendono in maniera determinante dal modo di generare innovazione, che in tutto il mondo è cambiato radicalmente.

Da un lato la necessità di rispondere sempre più efficacemente a bisogni di salute non ancora adeguatamente soddisfatti, dall'altro le moderne tecnologie e i continui progressi nel campo della biologia molecolare hanno modificato profondamente il modo di progettare un nuovo farmaco, di identificarlo tra i molti composti allo studio e di indirizzarlo efficacemente contro un target preciso, grazie alla medicina personalizzata.

Progetti più complessi e difficili da sviluppare, ma anche più efficaci nel combattere le malattie. La maggiore complessità dei progetti di R&S ne aumenta il costo totale e le conoscenze richieste per sviluppare una nuova terapia.

Il modello di ricerca è profondamente cambiato: oggi l'80% della R&S viene fatta in partnership con strutture pubbliche, università, start up, enti no-profit, solo 10 anni fa era il 20%. E questo proprio perché i processi innovativi richiedono molte competenze diverse, che devono essere sempre di eccellenza per potere completare per primi il lungo e complesso processo di ricerca e sviluppo.

Un cambiamento che determina una maggiore specializzazione e divisione del lavoro innovativo, perché è meno frequente che una sola impresa abbia al suo interno le risorse per svolgere nel modo più competitivo tutti i passaggi del lungo processo di ricerca e sviluppo.

La scoperta di un farmaco esce quindi dai confini aziendali e si sviluppa in rete, rendendo decisiva la competitività del network, in cui all'impegno dei grandi gruppi si affianca la capacità innovativa delle PMI, centri pubblici e privati, sia nella ricerca di base, sia nella fase clinica.

Nel nuovo paradigma, è determinante la capacità di entrare nel network di eccellenza internazionale, con positive sinergie di crescita tra settori affini, poiché l'uso di farmaci mirati può rendere più intenso il ricorso a strumenti diagnostici più sofisticati.

Un trend che determina l'articolazione della struttura di ricerca delle imprese in unità flessibili e specializzate, rafforzando un lavoro di talent scout per scoprire idee innovative, anche in ambiti esterni (*Research hunting*), da sviluppare grazie al know-how e alle risorse che solo grandi aziende sono in grado di mettere in campo.

Il modello della ricerca farmaceutica ha conosciuto una trasformazione radicale, passando dalla R&S chiusa all'innovazione generata all'interno dei network internazionali, veri e propri laboratori globali, che uniscono competenze ed eccellenze apparentemente distanti tra loro.

Una rete che vede nelle imprese il cuore di una passione senza confini, con un modello vincente che genera innovazione, che va ovunque ci sia da migliorare le terapie o colmare "vuoti" nelle cure. Dalle patologie più diffuse fino a quelle rare.

Dalla *network innovation* un Rinascimento per la ricerca farmaceutica

Nel 2015 in Europa sono stati approvati 70 nuovi farmaci, dieci anni fa erano 20, raggiungendo un record storico e ribaltando in pochi anni un trend che aveva fatto temere per la capacità della ricerca farmaceutica di continuare a essere produttiva (European Medicines Agency, 2016).

Un dato che mostra come la ricerca abbia attraversato con successo un profondo cambiamento paradigmatico, avviato ormai oltre un decennio fa con la decodifica del genoma umano. Oggi si colgono i frutti di studi che, su scala globale, si sono concentrati su malattie che erano ancora prive di adeguate risposte terapeutiche.

Il caso dell'epatite C è un esempio molto rilevante, ma ci sono altri importanti farmaci innovativi in arrivo. Nel 2015 l'agenzia regolatoria statunitense (FDA) ha approvato 16 farmaci *first-in-class*, ossia capostipiti di nuove terapie, 21 per malattie rare e 27 approvati con *fast track*, una procedura per accelerare l'accesso ai medicinali destinati a esigenze mediche non soddisfatte (US Food and Drug Administration, 2016).

Secondo dati dell'Associazione delle imprese biofarmaceutiche negli USA (PhRMA), sono 7.000 i nuovi farmaci in sviluppo in molte aree terapeutiche, che in molti casi promettono di rivoluzionare il modo in cui vengono trattate

le patologie, tanto è vero che il 70% ha le potenzialità per essere classificato come *first-in-class* (PhRMA, 2016).

Il gruppo più numeroso è quello dei farmaci contro le neoplasie (1.813), le malattie neurologiche (1.329) e le malattie infettive (1.256); ma con un numero molto elevato anche di terapie per le malattie immunitarie (1.120), cardiovascolari (599), i disturbi psichiatrici (511), il diabete (475) e l'HIV (159) (PhRMA, 2016).

Speranze che si concretizzeranno già nel breve periodo. Nel prossimo futuro infatti "oltre ad altre terapie per l'epatite C, verrà chiesta la registrazione di anticorpi monoclonali per combattere l'Alzheimer e le demenze in genere, i tumori (ad es. carcinoma mammario, polmone, colon-retto, pancreas, rene e melanoma), il colesterolo LDL, l'asma e alcune tossine batteriche. Poi ci saranno nuovi antiretrovirali" (Pani, 2016).

Sono prospettive aperte soprattutto dai farmaci biotech, che oggi rappresentano il 20% di quelli in commercio, il 40% dei nuovi autorizzati e il 50% di quelli in sviluppo. Le biotecnologie sono il presente della ricerca farmaceutica e saranno ancora più importanti in futuro, ad esempio per dare risposte alle malattie rare, per le quali costituiscono spesso l'unica possibilità di cura (Farindustria-EY, 2016a).

A partire dall'insulina umana ricombinante, che è stato il primo farmaco biotecnologico a raggiungere milioni di pazienti, gli ambiti clinici che hanno goduto dei maggiori benefici dei trend della R&S biotech sono stati la reumatologia, l'oncologia, le malattie rare, l'oncoematologia, l'infettivologia e tanti altri.

In Italia sono sempre di più i farmaci biotech tra i quali le terapie geniche per la cura di malattie rare e ultra-rare, nuove immunoterapie ad "ampio spettro" per la cura di patologie oncologiche e nuove strategie terapeutiche biotecnologiche (RNA anti-senso interferenti (RNAi) e anticorpi monoclonali per la cura delle dislipidemie più gravi). Esempi che stanno determinando uno shift del paradigma di cura che muta profondamente e repentinamente l'aspettativa di vita dei pazienti, migliorandone anche la qualità.

Cresce poi l'attenzione verso la medicina di genere, un'innovativa branca della ricerca biomedica che indaga sulle relazioni tra l'appartenenza al genere maschile o femminile e l'efficacia delle terapie nel trattamento di determinate patologie.

L'analisi delle relazioni tra genere ed efficacia delle cure rappresenta una grande prospettiva per il benessere dell'uomo e della donna. In questo ambito cresce l'attenzione alla salute femminile: sono 850 i farmaci in sviluppo nel mondo per le malattie che colpiscono le donne, dal diabete ai tumori, da quelle muscolo-scheletriche a quelle autoimmuni.

La medicina di precisione è il futuro per tutto il mondo della salute

La medicina di precisione rappresenta una frontiera dell'innovazione, con un approccio per la prevenzione e il trattamento delle malattie che tiene conto per ogni persona della variabilità genetica, dell'ambiente e dello stile di vita e che potrà ridisegnare il modo in cui verranno sviluppate le terapie.

Prospettive di cura che stanno già dimostrando le loro grandi potenzialità. Ad esempio in oncologia, dove nel caso dell'adenocarcinoma, la scoperta di un numero crescente di biomarcatori (da 0 nel 1980 a 12 nel 2012) ha consentito di curare la malattia in modo molto più efficace, come mostra la riduzione della mortalità di circa il 40% (Pharma, 2016; Pao e Hutchinson, 2012).

La ricerca farmaceutica oggi è fortemente focalizzata sulla medicina di precisione: le terapie personalizzate rappresentano più del 25% delle nuove molecole approvate dall'FDA nel 2015 e quasi il 45% dei prodotti in sviluppo, con una punta del 73% per l'oncologia, che ne rappresenta una delle principali aree di specializzazione, insieme ad esempio a studio del cervello, medicina di genere, mappatura del genoma (PhRMA, 2016).

Discipline per le quali, tra l'altro, l'Italia ha diverse eccellenze internazionali.

Combinando dati genetici, clinici, su stili di vita e condizioni di salute si può migliorare la prevenzione, ottenere diagnosi più precise, offrire terapie più efficaci e con minori effetti collaterali. Un approccio multidisciplinare che supera la medicina tradizionale, con la collaborazione fra medici, matematici, bioinformatici, per aumentare la conoscenza dei legami tra DNA, stili di vita, ambiente e malattie.

Interazioni che stanno aprendo prospettive di grandissimo interesse. Negli USA è già in corso di valutazione la domanda di registrazione del primo farmaco digitale: un prodotto farmaceutico per il trattamento dei disturbi mentali che unisce una molecola chimica con un sensore a radiofrequenza, più piccolo di un granello di sabbia. Il sensore, una volta ingerito, viene attivato dal pH acido dello stomaco e trasmette informazioni all'esterno, a una ricevente posizionata sul corpo del paziente e da lì verso uno *smartphone* e nel *cloud computing*. In questo modo i medici saranno informati sull'adesione alla terapia e sulla variazione di parametri fisiopatologici.

I ricercatori la definiscono l'evoluzione più recente della farmaceutica. Gli stessi adesso vedono il futuro puntare direttamente verso un'evoluzione delle scienze biologiche e cliniche in discipline multimediali dell'informazione.

Non devono avere tutti i torti se alcune aziende farmaceutiche per affrontare sul campo questa nuova partita hanno stretto partnership con giocatori non "tradizionali" quali IBM, Google e Apple, DuPont, General Electric, Samsung.

Uno degli esempi più noti è quello di Watson, una piattaforma tecnologica sviluppata dall'IBM che analizza dati destrutturati, circa l'80% di tutti i dati esistenti, e li mette in relazione tra loro. È evidente che non si tratta soltanto di un computer ma di un vero e proprio sistema cognitivo che incrocia enormi masse di dati molecolari e clinici, per cercare di simulare possibili effetti collaterali o scoprire con accuratezza meccanismi d'azione di principi attivi vecchi o nuovi sui bersagli biologici (*biomarkers*) per poi disegnare sperimentazioni cliniche sempre più mirate, sempre più veloci ed efficaci.

Oppure, per fare un altro esempio, Google ha smesso da tempo di essere "solo" un motore di ricerca. Insieme a Facebook è probabilmente alimentato dai più sofisticati algoritmi matematici predittivi che siano mai stati sviluppati e che adesso vengono utilizzati in medicina. Qualche mese fa Google ha stretto un'alleanza con un'azienda farmaceutica per sviluppare nuove e più sofisticate metodologie di quelli attuali per raccogliere, analizzare e comprendere i database esistenti sul diabete di tipo 1 e 2.

Queste nuove applicazioni includono, come nel caso del Research Kit Apple, i cosiddetti sensori portabili che spaziano dagli *smartphones* agli *smartwatches* (Pani, 2016).

Lo sviluppo dell'*e-health*, del *mobile-health* e delle nuove tecnologie mediche apre dunque prospettive importanti per quella che viene definita *disruptive innovation*, ovvero un insieme di funzionalità completamente nuove che porteranno a una ridefinizione dei paradigmi di cura e quindi di organizzazione della ricerca farmaceutica (AIFA, 2016).

Una nuova sfida per le imprese del farmaco così come per tutti gli attori del Sistema della Salute, che richiede la capacità di cambiare paradigmi su temi quali processi autorizzativi, *governance* del settore, gestione della malattia, *empowerment* del paziente.

L'Italia nel Rinascimento della ricerca: il contributo alla crescita e alla sostenibilità del SSN

La farmaceutica concorre all'aumento dell'aspettativa di vita direttamente attraverso i suoi prodotti, ma anche generando risorse economiche che il Paese può investire nel sistema sanitario a beneficio di tutta la comunità. Senza crescita non c'è sostenibilità, quindi questo contributo – sia pure meno immediato di quello legato agli effetti delle terapie – riveste una grande importanza.

E tutto questo diventa ancor più importante in una fase di crisi macroeconomica, nella quale le imprese del farmaco sono state capaci di dare un forte contributo allo sviluppo.

Con 30 miliardi di produzione, per il 73% determinata dall'export, l'Italia è il secondo Paese farmaceutico dell'Ue, dopo la Germania e con l'aspirazione a diventare il primo, resa concreta dal fatto che siamo i primi per valore della produzione per addetto.

Un ruolo di hub manifatturiero che si è consolidato in questi anni.

Tra il 2010 e il 2015 la farmaceutica è stato il primo settore in Italia per crescita della produzione (+11% rispetto a -7% della media) e dell'export (+57% rispetto a +23%) per il quale l'Italia è prima tra i Big Ue con un dato quasi doppio rispetto alla media europea (+33%) (Farindustria, 2016).

Inoltre negli ultimi due anni, è cresciuta l'occupazione, specie fra i giovani e le donne, molto presenti nelle imprese del farmaco: 42% del totale degli addetti, rispetto al 23% nella media dell'industria, e addirittura più del 50% tra gli addetti alla ricerca.

Grandezze determinate per il 40% dall'attività di aziende italiane che si sono concentrate nella R&S e nell'internazionalizzazione, aprendosi a mercati in tutto il mondo con acquisizioni e nuovi accordi. E per il 60% dalle imprese multinazionali che operano in Italia, consolidando i propri investimenti in ricerca e produzione (i più alti tra tutti i settori manifatturieri) o attraendone di nuovi.

E cresce anche l'impegno in ricerca, con 1,4 miliardi di investimenti nel 2015 (+16% rispetto al 2013) la farmaceutica vale quasi il 7% del totale della ricerca in Italia. E nel 2015 le domande di brevetto sono cresciute del 54%.

Gli investimenti in ricerca rappresentano il 15% del suo valore aggiunto e possono trainare il Paese verso l'obiettivo di Europa 2020, dato che – come evidenziato da un'indagine di Bain&Company – il 75% delle imprese del farmaco intende aumentare i propri investimenti in ricerca nei prossimi anni e il 20% vuole consolidarli (Bain&Company, 2016).

L'Italia vanta diverse eccellenze internazionali in ambiti quali le biotecnologie, i farmaci orfani, gli emoderivati, i vaccini, le terapie avanzate.

In particolare i dati del recente "Rapporto sulle biotecnologie del settore farmaceutico in Italia 2016" mostrano come nel nostro Paese ci sia una pipeline di 324 progetti, in crescita del 7% rispetto al 2015, che ravviva e aumenta le speranze dei pazienti e delle loro famiglie, in molti casi ancora oggi costretti a combattere con patologie incurabili (Farindustria-EY, 2016b).

L'impegno di ricercatori e imprese nella ricerca garantisce continuità alla pipeline dei farmaci biotech: nuovi progetti ed evoluzioni di progetti in essere contribuiscono alla crescita sia dei progetti nelle prime fasi di ricerca (+2% i nuovi progetti, +23% quelli in fase di sperimentazione preclinica) sia di quelli che hanno raggiunto le fasi più avanzate di sviluppo (+6% i progetti in Fase II, +9% quelli in Fase III).

Inoltre crescono anno dopo anno i campi d'interesse: 12 le aree terapeutiche in cui è attualmente presente almeno un progetto di ricerca e che offrono aspettative di una positiva evoluzione degli attuali standard di trattamento. I primi risultati per i pazienti arriveranno probabilmente in ambito oculistico (67% circa dei progetti in Fase III), respiratorio (57%) e cardiovascolare ed ematologia (50%).

Prosegue la lotta senza sosta per trovare terapie contro il cancro: con 126 progetti per continuare la sfida in oncologia, che rappresenta l'area terapeutica con il massimo numero di molecole in sviluppo. Quasi il 40% degli sforzi di ricercatori e imprese mirano a ottenere la remissione di diversi tipi di tumore o ad allungare il più possibile la vita dei pazienti.

Inoltre oggi sono attivi in Italia 36 progetti destinati alla diagnosi delle malattie rare e alla formulazione dei farmaci orfani impiegati nella loro cura.

Al costante miglioramento della pipeline contribuisce la differenziazione dei ruoli tra imprese del farmaco e PMI di ricerca: se le seconde avviano il processo di ricerca (79% e 61% dei progetti in Discovery e Preclinica), le prime s'impegnano per garantirne l'accesso ai pazienti (85% e 93% dei progetti in Fase II e III). La differenziazione dei ruoli tra imprese del farmaco e PMI nasce dalla consapevolezza che l'integrazione di conoscenze e tecnologie permette a ogni impresa di concentrarsi sulle proprie attività principali, rendendo più efficiente l'intero processo, dalla scoperta di nuove molecole alla disponibilità del farmaco per i pazienti.

La ricerca farmaceutica ha portato allo sviluppo di una nuova categoria di farmaci biologici, basati su materiale genetico, cellule e tessuti, definite terapie avanzate. Esse rappresentano a oggi la massima espressione dei progressi della ricerca e offrono nuove opportunità per il trattamento di patologie fino a oggi considerate incurabili o altamente invalidanti.

E sono un ambito nel quale l'Italia vanta una vera e propria leadership internazionale, dimostrata dal fatto che ben 3 delle 6 terapie avanzate attualmente autorizzate in Europa sono frutto della ricerca in Italia.

Gli studi clinici hanno un ruolo centrale nell'innovazione: in Italia, il 24% di questi è condotto su malattie rare e il 30% su farmaci biotecnologici. Ogni anno nel mondo le imprese v'investono circa 75 miliardi di dollari, un valore destinato a crescere molto nei prossimi anni: una grande opportunità per l'Italia che ha solide competenze scientifiche e vanta eccellenze nell'industria, nelle università e nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Investire in studi clinici significa rendere disponibili terapie innovative per i pazienti; offrire possibilità di crescita professionale a medici e ricercatori, incrementando la nostra competitività scientifica; assicurare al SSN importanti risorse e meno costi, perché le imprese si fanno carico di tutte le spese connesse agli studi, quali ospedalizzazione, farmaci ed esami diagnostici (si stima che per ogni euro ricevuto per studi clinici in oncologia, il sistema sanitario ne risparmi 2,2).

Nel 2018 diventerà operativo il regolamento europeo che disciplina gli studi clinici. Il sistema della ricerca deve saper cambiare passo e adattarsi al nuovo contesto per essere attrattivo. È un obiettivo prioritario condiviso dalle istituzioni, dalle imprese e dalla comunità scientifica.

Le eccellenze della ricerca in Italia e le *partnership* pubblico-privato

Oggi l'innovazione nasce in rete, con il *know-how* delle imprese del farmaco, le capacità delle piccole e medie imprese, le *partnership* pubblico-privato, il *no-profit*, le università. L'industria farmaceutica ha un ruolo strategico, come baricentro del *network*, mettendo a sistema le diverse competenze, come conferma un'indagine svolta da Farindustria con la Fondazione Symbola (Indagine Farindustria-Fondazione Symbola, 2016).

Ne emerge un settore *hi-tech* in piena trasformazione, che innova, modernizza i processi ed è attento all'eccellenza delle risorse umane, all'ambiente, ai rapporti con il territorio.

L'indagine mostra che, rispetto alla situazione attuale, entro il 2020:

- le imprese del farmaco che investono in biotecnologie, terapie personalizzate, terapie avanzate, farmaci orfani, medicina di genere passeranno dal 49% al 61%;
- quelle che investono in innovazione legata a e-health, Internet of Things, Big e Smart Data passeranno dal 44% al 76%;
- quelle che puntano al potenziamento della ricerca con start up, spin off, parchi scientifici e tecnologici passeranno dal 35% al 52%.

In particolare questo ultimo risultato mostra come anche in Italia, sempre di più, la R&S delle imprese del farmaco sia in sinergia con strutture pubbliche, università, *start up*, enti *no-profit*, *charity* PMI innovative. È il modello della *network innovation*, che ha già visto distinguersi l'Italia a livello internazionale (il 71% delle imprese in Italia è presente in network di ricerca globali) e che apre ampi spazi di crescita per la ricerca farmaceutica nel Paese.

Basti pensare che oggi con oltre 700 milioni investiti in studi clinici, la farmaceutica è il settore manifatturiero che investe di più nel sistema nazionale pubblico di ricerca, con prospettive di ulteriore aumento dato che nei prossimi 5 anni le imprese impegnate in *partnership* pubblico-privato saranno il 73% del totale, rispetto all'attuale 48%.

E questo anche grazie a una ricerca pubblica di eccellenza internazionale dato che per farmaceutica, farmacologia e tossicologia, relativamente alla drug discovery, l'Italia è quarta al mondo – dopo USA, UK e Germania – per qualità delle pubblicazioni scientifiche (H index) (SCImago Journal and Country Rank, 2016).

E anche il mondo totalmente nuovo dell'Industria 4.0, che rivoluziona processi, tempi e modalità distributive, è una realtà nelle nostre imprese che crescerà nei prossimi anni, con il 70% delle imprese impegnate nella digitalizzazione della ricerca e delle terapie, grazie ad esempio ai big data (fonte: Indagine Farindustria-Fondazione Symbola).

Una volontà delle imprese che potrà trovare ulteriore impulso dall'operatività di Human Technopole e dal Piano Nazionale Industria 4.0.

SSN efficace e sostenibile con una nuova governance

Secondo l'ultimo rapporto di Bloomberg, l'Italia è al terzo posto al mondo per rapporto qualità/costo del SSN, dopo Hong Kong e Singapore, quindi prima tra i paesi a noi paragonabili.

Oltre agli standard qualitativi che – al di là delle criticità di un grande sistema sanitario come quello italiano – vanno riconosciuti alle strutture sanitarie pubbliche, tale risultato dipende anche da livelli di spesa più bassi rispetto agli altri grandi paesi, del 20% per quanto riguarda il totale della Sanità e di oltre il 30% per la farmaceutica.

In Italia i medicinali costano allo Stato, per ogni cittadino, meno che negli altri grandi paesi (285 euro rispetto a 406). Farmaci e vaccini hanno controlli elevatissimi e tetti di spesa vincolanti, con oneri per le imprese in caso di loro superamento. Oltre a costi *standard*, i prezzi negoziati a livello nazionale con Aifa, più bassi del 15/20% rispetto alla media europea.

Negli ultimi 5 anni la spesa per beni e servizi nella sanità è cresciuta meno che negli altri settori della pubblica amministrazione (+1% rispetto a +7%). E la farmaceutica è diminuita (-0,3%).

Oggi l'innovazione genera prospettive completamente nuove: per questo la sanità e la farmaceutica in Italia hanno bisogno di maggiori risorse, per dare spazio all'innovazione e alle nuove tecnologie e recuperare il *gap* con gli altri paesi europei.

Per questo motivo sono necessari moderni sistemi di *governance*: per assicurare l'accesso alle nuove terapie e la sostenibilità, i sistemi sanitari dovranno valorizzare i risultati complessivi delle cure, piuttosto che i costi delle singole prestazioni, reingegnerizzando il sistema, ottimizzando tutte le prestazioni e migliorando prevenzione e appropriatezza.

Principi base di una nuova *governance* devono essere il finanziamento adeguato alla domanda di salute; risorse *ad hoc* per i farmaci innovativi; il superamento del concetto dei tetti di spesa (a partire da quella ospedaliera), misurando il costo del farmaco all'interno di quello totale per la terapia; l'uniformità delle politiche sanitarie su tutto il territorio, guidate da criteri scientifici e non meramente economici.

La *governance* sanitaria deve porsi l'obiettivo di assicurare a tutti i pazienti un rapido accesso alle nuove terapie. È per questo che le imprese del farmaco lavorano con le istituzioni, per trovare soluzioni che favoriscano l'arrivo dei nuovi farmaci e rendano l'assistenza sanitaria più sostenibile, assicurando al tempo stesso il futuro dell'innovazione.

Farmaci e vaccini evitano costi per il cittadino e il SSN, ad esempio rendendo non necessarie prestazioni più onerose, prevenendo patologie o rallentandone il decorso, come per quelle tipiche dell'invecchiamento. Inoltre pazienti meglio curati possono gestire in molti casi la malattia, lavorando e mantenendo un ruolo attivo nella società.

Si può citare a tal proposito il valore della prevenzione, per cui 1 euro per la vaccinazione fa risparmiare fino a 24 euro di spesa per curare chi si ammala. Inoltre con l'ap-

proprietà delle terapie si possono ridurre i ricoveri (anche del 65%), con forti risparmi, considerando che un giorno in ospedale costa 1.000 euro.

Per quanto riguarda alcuni esempi dei farmaci più innovativi, si può valutare il caso dei farmaci contro l'epatite C: ogni anno il sistema socio-sanitario in Italia spende più di 1 miliardo di euro per trattare i malati. Costi evitabili grazie ai farmaci che li guariscono (Mennini, 2015). Oppure di quelli usati in oncologia: i farmaci rappresentano il 4% dei costi complessivi (spese mediche, assistenza, altro). Possono dare importanti benefici economici riducendo il restante 96% (FAVO-Censis, 2014).

I farmaci rappresentano un valore per la sostenibilità per alcune delle sfide più importanti per il futuro del SSN. Nel caso dell'Alzheimer i farmaci determinano l'1,5% della spesa totale, mentre il costo per l'assistenza dei pazienti vale il 70% e può essere ridotto proprio grazie ai farmaci (Censis, 2007). Per quanto riguarda le cure personalizzate, avendo a disposizione preventivamente il profilo genetico dei pazienti, 1 persona su 3 non sarebbe ospedalizzata in caso di patologie cardiache (ATKearney, 2016). Infine la cura dell'obesità può generare fino a 40 miliardi di costi in meno per il welfare nei prossimi 40 anni (Atella et al., 2015).

Per questo il futuro dei sistemi sanitari si fonda sempre più sulla misurazione complessiva dei risultati delle terapie (approccio *outcome-based*), piuttosto che sul costo delle singole prestazioni.

Si tratta di nuovi modelli di valutazione basati sulla collaborazione tra istituzioni, pazienti, e tutta la comunità medico-scientifica. Le imprese del farmaco partecipano attivamente alla modernizzazione del sistema, investendo molto in studi sui risultati delle terapie: un impegno che merita di trovare al più presto un riconoscimento in nuovi strumenti di *governance* e di accesso al mercato.

Il nostro SSN è considerato a livello internazionale tra i più avanzati, ad esempio per l'uso dei registri di monitoraggio che consentono di rimborsare i farmaci in funzione dei loro risultati. Un modello a cui guardano molti paesi e che andrebbe reso ancora più efficiente.

Responsabilità sociale concreta: il Codice sulla trasparenza

La sostenibilità del SSN richiede comportamenti responsabili nella gestione appropriata delle risorse da parte di tutti di tutti gli attori della salute.

Proprio per questo le imprese del farmaco operano in ottica di una concreta responsabilità sociale, secondo un codice deontologico fra i più rigorosi in Europa, che regola i rapporti tra aziende e tra queste e il mondo scientifico e sanitario.

Dal 2016 prevede, a ulteriore prova di trasparenza, l'applicazione del Codice sulla trasparenza dalla Federazione europea (EFPIA, *European Federation of Pharmaceutical*

Industries and Associations). In base a questo le aziende pubblicano annualmente i dati sulle collaborazioni con i medici e le loro organizzazioni. Un'iniziativa fortemente voluta dalle imprese per rispondere sempre meglio alle crescenti aspettative di trasparenza delle istituzioni e dell'opinione pubblica.

Il Codice è applicato nei 33 paesi europei aderenti a Efpia (Associazioni aderenti a Efpia su www.efpia.eu/about-us/membership) e anche nei paesi che decidono di adottarlo volontariamente. L'area geografica coperta va così dal Portogallo alla Russia, dalla Turchia all'Islanda e dalla Grecia alla Scandinavia.

La collaborazione tra imprese del farmaco e medici, già da tempo molto ben regolata, si articola in diversi ambiti di attività:

- ricerca e sviluppo di nuovi farmaci, attraverso gli studi clinici svolti negli ospedali, nelle università e nelle strutture sanitarie pubbliche e private;
- consulenze scientifiche;
- seminari e convegni scientifici, che offrono informazione e aggiornamento;
- supporto ai congressi e corsi ECM (Educazione Continua in Medicina) organizzati da strutture pubbliche, università, società scientifiche e provider accreditati.

Perché la pubblicazione sia possibile, i professionisti devono dare il loro consenso e, qualora non lo diano, nel rispetto della normativa sulla privacy, i dati vengono pubblicati dalle singole imprese in forma aggregata sul sito aziendale.

Tuttavia va evidenziato come in Italia il consenso alla pubblicazione è stato elevato, pari al 70% dei professionisti, un valore superiore a quello degli altri paesi europei, anche grazie alla positiva collaborazione tra Farindustria, FNOMCeO e le altre associazioni mediche, che insieme hanno concordato una serie di iniziative, per fare emergere e rafforzare la trasparenza che caratterizza l'interazione tra medici e industria del farmaco.

Nella consapevolezza che i rapporti tra aziende e classe medica, oltre a essere disciplinati da norme nazionali e internazionali, si fondano sul rispetto reciproco dei ruoli, in un quadro trasparente di regole deontologiche, che nel caso di Farindustria prevedono controlli rigorosi effettuati secondo precisi iter istruttori da organismi terzi, presieduti da magistrati indicati dal Presidente della Corte di Cassazione.

Uno scambio di conoscenze fondamentale per avere farmaci sempre più efficaci perché – nell'ambito del rapporto tra imprese e medici – le prime favoriscono la formazione e l'aggiornamento scientifico dei camici bianchi mentre questi ultimi rendono disponibili tutte le informazioni utili a migliorare le terapie a beneficio dei pazienti.

Conclusioni

Le imprese del farmaco hanno sempre offerto un contributo molto importante al miglioramento delle condizioni di

salute e al conseguente aumento della aspettativa di vita. E lo fanno ancora di più in questa fase di “Rinascimento” della ricerca, con speranze di cura dalla medicina di precisione e dall’interazione tra scienze biologiche, cliniche e dell’informazione, basate sulla conoscenza dei legami tra DNA, stili di vita e salute.

La farmaceutica è un settore industriale tra i più affascinanti, perché per il nostro settore il presente è già futuro. Perché la R&S è un processo lungo e oggi nascono i farmaci che verranno utilizzati nei prossimi 10 anni. Inoltre, è anche il settore dell’innovazione globale, che vive prima le novità che nascono in tutto il mondo; è successo anni fa con la open innovation e ora l’80% della R&S viene fatta in partnership con strutture pubbliche, università, start up, enti no-profit. E succede oggi, con l’avvio della rivoluzione di Industria 4.0, che vede le imprese già proiettate nell’era digitale, della robotica, dei Big Data.

La considerazione internazionale verso l’Italia è altissima perché co-protagonista di questa rivoluzione che cambia la vita. Noi che siamo hub produttivo, vogliamo diventarlo anche per la R&S. Possiamo farcela, lo testimonia l’eccellenza in ambiti quali le biotecnologie, le terapie avanzate, i farmaci orfani, gli emoderivati, i vaccini, gli studi clinici.

Un progresso che può avere un grande impulso dal progetto dello Human Technopole, che rappresenta una grande opportunità per portare in Italia competenze di eccellenza sui temi della salute e dell’invecchiamento – dalla genomica alla *big data analysis*, passando per la nutrizione e la medicina.

Per il Sistema Italia è il momento di credere di più nel futuro della nostra industria, nell’innovazione e nella voglia di portarla ai pazienti. La governance deve adottare modelli nuovi, per misurare le terapie in funzione dei risultati e del costo complessivo della cura, non di quello delle singole prestazioni.

È una sfida che l’Italia può cogliere grazie alle capacità scientifiche, industriali e regolatorie che ci vengono riconosciute a livello internazionale. E che giustificano la richiesta che l’EMA (*European medicines agency*) venga trasferita in Italia, dato che il nostro sistema ha tutte le carte in regola per accogliere l’ente regolatorio farmaceutico europeo.

Le scelte dei prossimi mesi delle Istituzioni, delle imprese e di tutti gli *stakeholder* determineranno il decennio che verrà. E di questo futuro vogliamo essere protagonisti.

Bibliografia

- AIFA. *I trend del mondo della medicina del 2016*, febbraio 2016.
- AIOM-AIRTUM. *I numeri del cancro in Italia*, 2015.
- Atella V, Belotti F, Kopinska J, et al. *Il sistema sanitario alla prova della sostenibilità*. CEIS Tor Vergata: Abbvie 2015.
- ATKearney. *Oltre la ricerca: nuovi modelli di innovazione sostenibile per la salute*, 2016.
- Bain&Company. *Analisi della filiera dell’industria farmaceutica in Italia: focus Ricerca e Sviluppo*, maggio 2016.
- Censis. *I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer*, 2007.
- EFPIA. *Health & Growth Evidence*, 2015.
- European Medicines Agency. *Annual Report 2015*, maggio 2016.
- Eurostat. *Population and social conditions statistics*, 2016.
- Farindustria-EY. *Rapporto sulle biotecnologie del settore farmaceutico in Italia*, 2016a.
- Farindustria-EY. *Rapporto sulle biotecnologie del settore farmaceutico in Italia*, 2016b.
- Farindustria-Fondazione Symbola. *Indagine sulle strategie di investimento delle imprese del farmaco in Italia*, giugno 2016.
- Farindustria. *Indicatori farmaceutici*, 2016.
- Farindustria *Imprese del farmaco e ricerca: l’innovazione che cambia la vita*, 2016.
- FAVO-Censis. *Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, 2014.
- Lichtenberg FR. *Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing and high-income countries, 2000-2009*. National Bureau of Economic Research, luglio 2013.
- Mennini FS. *Costi assorbiti dalle patologie HCV-indotte in Italia*, 2015.
- OECD. *Health Statistics*, 2016.
- Pani L. *L’innovazione sostenibile: il farmaco e le sfide per il futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale*. Milano: Edra 2016.
- Pao W, Hutchinson KE. *Chipping away at the lung cancer genome*. *Nat Med* 2012;18:349-51.
- Pharma su *Health Advances analysis, WHO Mortality Database, My Cancer Genome website – Molecular Profiling of Lung Cancer*, 2016.
- PhRMA da *WHO Mortality Database*, febbraio 2016.
- PhRMA. *Value of personalized medicine*, Spring 2016
- PhRMA. *25 Years of Progress Against Hepatitis C*, 2014.
- PhRMA. *Biopharmaceutical research industry profile*, aprile 2016.
- PhRMA. *Pharma Profile*, 2015.
- SCImago Journal and Country Rank, 2016 (<http://www.scimagojr.com>).
- US Food and Drug Administration. *Novel drug 2015: Summary*, gennaio 2016.
- World Health Organization, *World Health Statistics*, 2016.

Medicina e prospettive di vita

Medicine and life perspectives

GIULIO TARRO¹, PAOLO ALTUCCI²

¹Primario Emerito Azienda Ospedaliera “D. Cotugno” di Napoli, Chairman of the Committee on Biotechnologies of VirusSphere WABT UNESCO, Paris; ² Professore Emerito di Medicina Interna, Seconda Università di Napoli

L'indebolimento del sistema immunitario è la triste conseguenza della vecchiaia. La proteina DUSP 6 è stata considerata responsabile della riduzione delle difese immunitarie, da qui l'importanza della ricerca di sostanze capaci di inibirla.

Un altro processo di interessante osservazione riguarda l'eccessiva produzione di fattori ossidanti e la diminuzione delle difese antiossidanti. Infatti i radicali liberi favoriscono i processi infiammatori che svolgono un ruolo centrale nell'invecchiamento umano e nella patologia a esso associati. Farmaci antinfiammatori specifici e meccanismi naturali di controllo vengono selezionati per la loro attività sulla longevità.

Nella vita umana pochi cambiamenti sono stati così profondi come quelli riguardanti l'assistenza sanitaria e la virtuale eliminazione di tutta una gamma di malattie infettive. La diagnosi precoce e l'applicazione delle tecnologie avanzate hanno contribuito all'allungamento dell'esistenza. Si tratta di usare la medicina non solo per fronteggiare le patologie biologiche, ma anche per migliorare le capacità umane, in sostanza per normalizzare e ottimizzare. Ovviamente la medicina è influenzata dall'economia e della politica della società di cui fa parte e ne segue gli indirizzi.

Parole indice: Vecchiaia, longevità, immunodeficienza, mortalità

The weakening of the immune system is a sad consequence of old age. The DUSP 6 protein was considered responsible for the reduction of the immune defenses, therefore the emphasis of the search for substances capable of inhibiting it.

Another interesting process concerns the excessive production of oxidants and decreased antioxidant defenses. In fact, free radicals promote the inflammatory processes that play a central role in aging and human diseases associated with it. Specific anti-inflammatory drugs and natural control mechanisms are selected for their activity upon longevity.

In human life, few changes have been so important as those relating to health care and the virtual elimination of a whole range of infectious diseases. Early diagnosis and the application of advanced technologies have contributed to the extension of human existence. The purpose of medicine is not only to fight the biological pathologies, but also to improve human capacities, essentially to normalize and optimize. Obviously, medicine is affected by the economy and the politics of society to which it belongs and follows its guidelines.

Key words: Old age, longevity, immunodeficit, mortality

Vecchiaia e indebolimento del sistema immunitario

Come è noto, più si invecchia, più le difese immunitarie hanno difficoltà a proteggerci dagli agenti patogeni, rendendoci più vulnerabili alle malattie e al cancro, e meno reattivi ai vaccini. Secondo l'ipotesi più accreditata colpa di ciò sarebbe della proteina DUSP6, i cui livelli aumentano con l'età interferendo, appunto, con l'attivazione delle difese dell'or-

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Giulio Tarro
Primario Emerito, Azienda Ospedaliera “D. Cotugno”
via Posillipo 286, 80123 Napoli
e-mail: giuliotarro@gmail.com

ganismo. Ciò accade a causa della diminuzione del quantitativo nell'organismo di miR-181a, una delle migliaia di piccole molecole di Rna che regolano la produzione proteica: con il passare dell'età, i livelli di miR-181a all'interno dei linfociti T helper diminuiscono fino ad arrivare al minimo intorno all'età di 65 anni e poiché queste molecole servono proprio a interferire con la produzione di DUSP6 (*Dual specificity phosphatase 6*), i livelli di quest'ultima cominciano a salire in corrispondenza (Camps et al, 2000).

Qualche tempo fa aveva suscitato molte speranze – poi ridimensionatesi – una ricerca condotta da Jorg Goronzy della Stanford University, pubblicata su *Nature Medicine*, finalizzata a identificare sostanze capaci di inibire l'azione di questa proteina che, tra l'altro, spegne l'attività di alcuni enzimi che hanno un ruolo cruciale nell'attivazione dei linfociti T helper, le cellule che regolano il sistema immunitario (Li Guanjin et al, 2012).

Un altro filone di ricerca è quello che identifica nel progressivo indebolimento del sistema immunitario (e nello stesso insorgere di malattie quali l'Alzheimer, il Parkinson (PD), il diabete tipo 2, l'aterosclerosi e altre malattie cardiovascolari, ecc.) il ruolo primario svolto dai radicali liberi. Secondo questa teoria l'invecchiamento e le malattie a esso correlate sono la conseguenza di danni indotti dal fenomeno dello stress ossidativo. Questo processo è associato a uno sbilanciamento fra l'eccessiva produzione di fattori ossidanti (quali i radicali liberi) e la diminuzione delle difese antiossidanti, che alla fine si manifesta sotto forma di danno per l'organismo.

È da evidenziare che i radicali liberi sono specie chimiche che hanno un singolo elettrone non accoppiato localizzato in un'orbita esterna dell'atomo. L'energia generata da questa configurazione è instabile e viene trasferita alle molecole adiacenti che a loro volta perdono la loro stabilità e funzione. Oltre a tali dannosi effetti, i radicali liberi possono avere anche la funzione di messaggeri molecolari, ad esempio durante i processi infiammatori. Infatti, i radicali liberi rappresentati dalle specie reattive dell'ossigeno e dell'azoto sono in grado di indurre la produzione di molecole che possono determinare uno stato di infiammazione e, allo stesso tempo, altri tipi di molecole infiammatorie inducono la produzione di ROS e RNS. È possibile così che, in determinate condizioni quali l'invecchiamento o le patologie a esso associate, si innesci un ciclo di risposte che generano il danno cellulare e il deterioramento degli organi bersaglio. Considerato quindi il ruolo centrale che l'infiammazione svolge nell'ambito di questo processo invecchiamento-stress ossidativo, viene di seguito offerto un approfondimento sui meccanismi infiammatori che maggiormente contraddistinguono il fenomeno dell'invecchiamento umano (Vendemiale et al, 2011).

Si sta quindi sperimentando una nuova categoria di farmaci antinfiammatori specifici, nei quali l'attività farmacologica sia potenziata, ma allo stesso tempo essi non siano penalizzati da quegli effetti collaterali che attualmente li

rendono di difficile somministrazione per lunghi periodi. Un'altra tipologia di intervento è quella di sfruttare, potenziandoli, i meccanismi naturali di controllo dell'attività delle citochine proinfiammatorie. Infatti, la somministrazione di antagonisti recettoriali, di recettori solubili, di anticorpi monoclonali o di molecole chimeriche che neutralizzano l'attività delle citochine, potrebbe costituire l'alternativa più mirata e selettiva all'utilizzo di farmaci che modificano troppo profondamente la fisiologia dell'organismo (Correale et al, 2006). Benché tali strategie terapeutiche siano del tutto auspicabili e teoricamente valide, ancora molti studi devono essere effettuati in questo settore, non solo allo scopo di approfondire la comprensione dei meccanismi fini che regolano i processi biologici legati all'infiammazione nell'invecchiamento, ma anche e soprattutto per rendere disponibili all'umanità degli strumenti terapeutici attendibili in un ambito di straordinaria importanza come quello della longevità umana (Tarro, 2016).

La vecchiaia e la vicenda relativa al Congresso "I Professori Emeriti"

Il Convegno "I Professori Emeriti" ipotizzato e poi praticato nel settembre 2016 a Napoli ha offerto l'occasione per riflettere sulla esistenza dei Professori Emeriti, quelli cioè che, avendo superato il limite di età di 70, 72 o 75 anni, vengono insigniti della possibilità di restare entro la loro struttura con possibilità ancora più o meno ampie secondo i vari Statuti.

La vecchiaia è non solo malattie. Non solo pannoloni. E meno che mai consumo di risorse destinate ai giovani. Presto il mondo farà una nuova esperienza, tutta da vivere e studiare, quella in cui i vecchi saranno più numerosi dei giovani. La vecchiaia, una stagione creativa, in cui la creatività è a un tempo produttiva e autorigenerante.

La conferenza su "il capitale umano dell'età", ha messo insieme filosofi, specialisti della vecchiaia, professori universitari di varia estrazione, scrittori celebri, scienziati dell'impresa spaziale per spiegare che la vecchiaia è creativa. È stata scelta per questo, ovvero per il Congresso "il capitale umano dell'età", una città a prevalenza giovanile e per questo penalizzata dal sistema sanitario nazionale, per far discutere sulla vecchiaia operosa che non si piange addosso per le inevitabili limitazioni che il passare degli anni inevitabilmente causa. L'idea del Convegno è nata dall'esperienza di alcuni professori universitari che hanno fatto un'inchiesta internazionale su che cosa fanno i professori clinici quando vanno in pensione o diventano emeriti. Analizzando il fenomeno in cinque continenti, in centoventi università di venti paesi ad alto, medio e basso prodotto interno lordo, essi hanno dimostrato che i professori emeriti sono creativi: oltre il 40% di essi produce un libro o un articolo ad alto impatto ogni anno e alcuni fino a undici articoli ad alto indice di impatto per anno. Per questa ragione negli Stati Uniti l'età non è un

criterio per mandare a casa i professori universitari, solo l'ictus o l'infarto lo fanno.

Perché è vero che i giovani sono l'innovazione e producono lavori originali, ma è anche vero che le équipes di professori giovani e anziani, anche se guidate da giovani, producono idee epocali. Come ho già detto l'idea del Convegno nasce dall'esperienza appunto di alcuni professori universitari che hanno fatto un'inchiesta internazionale su cosa fanno i professori clinici che vanno in pensione o diventano emeriti. Dunque, dobbiamo concludere che la vecchiaia intesa in termini così riduttivi non esiste. Certo, i corpi si logorano, ma la soggettività resta, in qualche modo, fuori dal tempo ed è così che si può dire tutti muoiono giovani, che tutti moriamo giovani.

Medicina e prospettive di vita

È significativo il richiamo a un filosofo, pur tedesco, ma che per la sua simbiosi con la mia città di Napoli si può ritenere una delle migliori espressioni della cultura partenopea: Hans Georg Gadamer autore, tra moltissimi altri del saggio "Dove si nasconde la Salute". Un tema già trattato da Benedetto Croce per il quale la scienza – e quindi la medicina – viene percepita come un dominio incondizionato sulla Natura. Un concetto che porta a una fede quasi superstiziosa. A un dogmatismo per di più enfatizzato dall'attuale sistema industriale che minimizza la capacità decisionale e valutativa del soggetto, con una conseguente riduzione della libertà, alimentata dalla creazione di falsi bisogni a opera della pubblicità.

Ma questo destino parrebbe essere iscritto già stato nell'essenza della medicina. Non a caso, la storia della disciplina medica è stata contesa tra scienza e arte, in quanto il suo sapere scientifico si realizza nell'includere una caso specifico in una generalizzazione diagnostica, mentre il suo lato artistico consiste nel riconoscere le differenze. Un concetto questo che può essere esemplificato nella dicotomia tra l'onnipresente "Medico ultraspecializzato" e, l'ormai introvabile, "Medico di famiglia". E la medicina in questa accezione finisce per perdere il suo vero trasformando il medico in una sorta di sacerdote, asserragliato nella sua torre di avorio incapace di stabilire con il paziente un dialogo, a mio parere fondamentale sia per trarre elementi utili per la definizione di una terapia sia per dare al paziente strumenti per favorire la sua guarigione. Un compito ancora più importante considerando la medicina più che una scienza: un'arte, che fin dai tempi di Ippocrate ha sentito il bisogno di definire un tracciato etico all'interno del quale operare.

La ricerca scientifica è il motore dell'innovazione in quella che Ippocrate chiamava la *téchne iatriké*, l'arte di curare gli uomini; e senza innovazione quest'arte, fosse anche avanzatissima, tenderebbe inevitabilmente a rinsecchire. Ma le recenti, per certi aspetti sconvolgenti, scoperte scientifiche

hanno innescato nella medicina dei processi che è difficile governare.

Nella vita umana pochi cambiamenti sono stati così profondi come quelli prodotti dalle scienze biomediche e dalla pratica della medicina. Essi hanno comportato un'estensione enorme dell'aspettativa di vita e la virtuale eliminazione di tutta una gamma di malattie infettive. Oggi noi siamo in grado di diagnosticare le anomalie genetiche del feto, di trapiantare organi, di controllare la riproduzione, di alleviare il dolore e di operare riabilitazioni fisiche: tutte cose che un secolo fa erano del tutto inimmaginabili. Tale trasformazione ha mutato il modo in cui gli esseri umani pensano alle antiche minacce della malattia, delle infermità e della morte. Ha cambiato interamente il modo in cui le società organizzano l'assistenza sanitaria.

Eppure, non si può certo dire che i motivi di preoccupazione siano venuti meno. L'ottimismo sull'imminente sconfitta delle malattie si è rivelato illusorio. Le malattie infettive in realtà non sono state eliminate, specialmente nelle nazioni in via di sviluppo. E anche nei paesi progrediti stiamo assistendo a una ripresa. Le malattie croniche e quelle degenerative della vecchiaia conservano tutto il loro peso. Ogni nazione è impegnata a livello politico e economico ad affrontare il problema sempre più arduo di finanziare l'assistenza sanitaria. Le nazioni avanzate trovano sempre più difficile soddisfare tutti i bisogni medici e finanziare tutte le nuove possibilità che emergono. Dovunque si avverte la crescente necessità di tenere sotto controllo i costi e di conseguire un più elevato livello di efficienza. Nelle nazioni ricche del mondo l'idea di un progresso costante e lineare si è infranta contro ostacoli scientifici ed economici. Nei paesi in via di sviluppo, in cui pure si sono fatti progressi notevoli in termini di riduzione della mortalità infantile e di elevamento dell'aspettativa media di vita, si stanno affrontando interrogativi fondamentali legati alla seguente questione di fondo: fino a che punto è opportuno imitare i modelli dei paesi avanzati, con le loro costose tecnologie, e riprodurre i loro complessi e dispendiosi sistemi di assistenza sanitaria? In quasi tutte le nazioni stiamo assistendo all'affiorare di preoccupazioni sempre più gravi sul futuro della medicina e dell'assistenza sanitaria in relazione all'invecchiamento della popolazione, di un rapido progresso tecnologico e di una domanda pubblica continuamente crescente. L'emergere di un forte movimento per l'autodeterminazione del paziente costituisce per questi sviluppi uno sfondo morale importante.

La medicina, secondo la definizione datale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità può essere definita come "l'arte e la scienza della diagnosi e del trattamento della malattia, nonché del mantenimento della salute". Sennonché questa definizione convenzionale non coglie tutta la ricchezza e la pluralità di dimensioni della medicina. Si pensi alle questioni emerse di recente al riguardo di alcuni scopi comunemente accettati della medicina. Uno scopo tradizionale della medicina è quello di salvare la vita e di prolungarla (Tarro, 2007).

Ma che senso ha questo obiettivo nel momento in cui si dispone di macchine capaci di tenere in vita il corpo di persone che in passato non avrebbero avuto scampo? Fino a che punto la medicina deve prolungare una vita umana in procinto di spegnersi? A parte la questione della preservazione della vita individuale, la ricerca genetica ha fatto emergere la possibilità di incrementare significativamente l'aspettativa media di vita (Tarro, 2007). È questo uno scopo appropriato per la medicina? E per la società il suo conseguimento può considerarsi senz'altro un progresso? La medicina è necessariamente nemica dell'invecchiamento e della morte?

Un altro scopo tradizionale è costituito dalla promozione e dal mantenimento della salute. Ma che cosa significa questo in un'epoca in cui, con una spesa molto elevata, è possibile mantenere in vita neonati che pesano meno di 500 grammi e vecchi che hanno raggiunto i 100 anni? È proprio vero che malattie e infermità non devono essere mai accettate? Il termine "salute" non può avere significati diversi nelle diverse stagioni della vita? È più importante prevenire la malattia o cercare di curarla dopo che sia insorta? La ricerca genetica sta mettendo a punto forme più sofisticate di medicina predittiva; ma che cosa significa per le persone conoscere nell'infanzia la probabilità di andare incontro a malattie cardiache o al morbo di Alzheimer nel corso della vecchiaia?

Un altro scopo tradizionale della medicina è quello di alleviare dolori e sofferenze. Ebbene, questo significa, come direbbero alcuni, che l'eutanasia e l'assistenza al suicidio devono entrare a far parte dei compiti riconosciuti della medicina?

Oggi più che mai la medicina in generale risente di forti tensioni dovute a tutta una varietà di ragioni scientifiche, economiche, sociali e politiche. Alcune di queste tensioni sono ingenerate non dai fallimenti, ma dai successi della medicina stessa. Nelle società occidentali per certe persone la salute fisica è diventata una specie di religione: il mantenimento della giovinezza, della bellezza e di un corpo perfettamente efficiente costituiscono per loro un obiettivo importante. All'estremo opposto, la capacità della medicina di tenere in vita dei corpi disperatamente malati, anche quando la salute è irrimediabilmente perduta, può ingenerare il dilemma morale della sospensione del trattamento. La diffusione delle malattie croniche è un costo indiretto della capacità della medicina di tenere in vita persone che in passato sarebbero morte.

Nella storia della medicina nessun avanzamento è stato così importante come l'affermarsi del predominio di tecnologie diagnostiche e terapeutiche sofisticate. Oggi la formazione dei medici è finalizzata all'uso di queste tecnologie, le industrie farmaceutiche e quelle che producono apparecchi medici mirano soprattutto all'affinamento e all'adeguamento di queste tecnologie, e i sistemi sanitari si preoccupano di procurarsele e di pagarle. Il successo medico di queste tecnologie è, in molti casi, poco meno che miracoloso, motivo di orgoglio professionale e di ammirazione pubblica. Per molte persone il fatto di poter accedere a una tecnologia medica avanzata per far fronte ai colpi della fortuna è motivo di spe-

ranza e di conforto. Non è certo un caso che tali tecnologie siano altamente apprezzate nei paesi avanzati e ansiosamente ricercate nei paesi in via di sviluppo.

Eppure queste tecnologie complessivamente hanno determinato un vistoso aumento dei costi della medicina e dell'assistenza sanitaria. Ci sono bensì tecnologie che abbattano i costi o che li incrementano in misura relativamente contenuta; ma molte, probabilmente la maggioranza di esse, hanno determinato un deciso aumento dei costi: o perché hanno reso possibile un trattamento che prima non c'era, o perché hanno consentito nuove forme di riabilitazione e di prolungamento dell'esistenza, o perché hanno aggiunto un'opzione ulteriore alla gamma delle tecnologie preesistenti. La linea di tendenza, come ha notato l'Organizzazione mondiale della sanità, è verso un trattamento più costoso di malattie che colpiscono meno persone. Gran parte dei miglioramenti in termini di salute prodotti da questi progressi tecnologici, inoltre, si collocano alla fine della vita, dove i benefici sono relativamente costosi. La ricerca di un progresso sempre crescente, ambizioso e infinito la lotta contro malattie mai definitivamente vinte che è stata la bandiera stessa della medicina degli ultimi cinquant'anni, forse oggi ha raggiunto un livello così elevato che molti paesi incominciano a rendersi conto di non poterselo permettere.

Un altro importante valore culturale, specialmente nelle società dominate dal mercato, è la soddisfazione dei desideri individuali. La medicina non è più semplicemente un mezzo per far fronte alle malattie e alle infermità, come voleva la tradizione, ma diventa anche un modo per espandere le possibilità e le scelte umane. In molti casi, ad esempio sul terreno del controllo volontario del numero dei figli, questo fatto ha comportato benefici evidenti. Ma il nuovo punto di vista amplia anche il concetto di medicina e del suo ambito di competenza, e questa tendenza, se spinta troppo in là, tende a trasformare la medicina stessa in una pura e semplice collezione di fatti e di tecniche neutrali, da usare a piacimento, senza riconoscere altri vincoli che quelli economici.

L'enorme potere della medicina di modificare e di cambiare il corpo umano, ossia di aprire nuove possibilità biologiche, ha reso allettante l'idea di medicalizzare il più possibile la vita umana. Ad alimentare questo fenomeno sono le aspettative sociali e l'ampliarsi delle possibilità tecnologiche. Per processo di medicalizzazione intendiamo l'applicazione delle conoscenze e delle tecnologie mediche a problemi storicamente non considerati di natura medica. Ma quand'è che la medicalizzazione può considerarsi appropriata e opportuna? Se la vita ingenera angoscia e tristezza esistenziale, come di fatto avviene, è giusto andare alla ricerca di un rimedio farmacologico? Se le società producono violenza e patologia sociale, la medicina fa bene a usare le proprie conoscenze e le proprie capacità cliniche per apprestare un rimedio? E qualora la stessa natura umana appaia difettosa, è corretto cercare di migliorarla con interventi di carattere genetico?

Certamente, la frontiera più grande, aperta e utopistica

della medicina è quella del miglioramento umano: si tratta di usare la medicina non solo per fronteggiare le patologie biologiche e per restaurare uno stato di normalità, ma anche per migliorare effettivamente le capacità umane in una parola, di normalizzare e di ottimizzare. Finora le nostre possibilità di perseguire concretamente questo obiettivo sono state limitate, ed è possibile che tali rimangano. Tuttavia la prospettiva resta seducente. La contraccezione moderna ha determinato una svolta drastica nella visione del ruolo delle donne e della procreazione come componente dell'esistenza. La nuova frontiera degli interventi genetici integra il quadro con la prospettiva di una manipolazione dei caratteri umani fondamentali tra i sogni avveniristici di cui si parla, ricorderò quello di migliorare l'intelligenza e la memoria e quello di ridurre la violenza. Così la scoperta dell'ormone umano della crescita consente già ora di aumentare la statura di coloro che, non essendo in partenza patologicamente bassi, desiderano però migliorare il proprio aspetto per ragioni personali o sociali. Qui, però, è importante notare che le possibilità utopistiche di cambiare la natura umana probabilmente sono molto limitate, mentre i progressi concreti e quotidiani realizzati sul terreno dell'istruzione e su quello farmacologico sono destinati a esercitare un influsso più ampio e profondo.

La medicina, pur avendo in sé la capacità di determinare significativamente il proprio corso, è profondamente influenzata dai costumi, dai valori, dall'economia e dalla politica delle società di cui fa parte (Tarro, 2008). Il confine tra il campo della medicina e il campo della società è sempre più sfumato e incerto. La medicina è alimentata dalle enormi somme di denaro spese dai governi e dall'industria privata, dal potere della pubblicità e dei media, nonché dai gusti, dalle fantasie e dai desideri più diffusi tra la gente. Non è quindi irragionevole dire che la medicina va dove va la società. Una trasformazione della medicina richiede, idealmente, una trasformazione della società, giacché le due cose non possono più essere tenute separate (Tarro, 2008). Per ripensare gli scopi della medicina, occorre ripensare nello stesso tempo gli scopi e i valori della società e del substrato culturale della società.

Ma vi è una matrice dell'universalità della medicina che è costituita dalla nostra comune natura umana. Presto o tardi, tutti ci ammaliamo. Il corpo o la mente ci tradiscono. Proviamo dolore e soffriamo sia direttamente a causa delle malattie, sia indirettamente a causa delle paure legate al pensiero di come esse segneranno la nostra vita. Il fenomeno del dolore e della sofferenza è riconosciuto dovunque, anche se il grado in cui lo si tollera e il significato che gli si attribuisce, al pari dei modi istituzionalizzati di reagire a esso, sono estremamente vari. Dovunque le persone, dovendo ovviare ai limiti e agli insuccessi della loro capacità di far fronte all'esistenza e all'ambiente, a dispetto della varietà delle loro aspettative circa l'efficacia dei vari modi di porre rimedio a quelle insufficienze, sperimentano, nella giovinezza o nella vecchiaia, la dipendenza fisica e sociale dagli altri. Il ruolo delle malattie e

delle lesioni, degli eventi esterni inaspettati che interrompono il funzionamento regolare del corpo è un fenomeno riconosciuto da tutti.

La medicina sarà un'impresa più funzionale e coerente, se ci sarà un insieme di scopi universalmente riconosciuti che ne rappresentino i necessari valori fondamentali. Ma la medicina ha bisogno di possedere propri valori interni orientanti e stabili, e tali valori saranno più forti se scaturiranno dai suoi scopi tradizionali e in larga misura universali.

Analisi di un caso: l'incidenza dei tumori e della mortalità in Campania

I territori campani producono una quantità di rifiuti superiore a quella delle discariche e degli inceneritori e, pertanto, il loro mancato smaltimento conduce inevitabilmente all'aumento dell'incidenza dei casi di cancro (Kathryn e Mazza, 2004).

Alla fine del 2013 Crispo et al. hanno pubblicato un lavoro della fondazione Pascale (Istituto dei Tumori, Napoli) sulla tendenza di mortalità tra il 1988 e il 2009 nelle aree metropolitane di Napoli e Caserta in cui tra i diversi dati epidemiologici viene riportato un incremento percentuale del tumore polmonare del 68% per Caserta, più del 100% per Napoli rispetto al "solo" aumento del 41% per l'Italia. L'analisi di regressione dei risultati fa notare che l'aumento percentuale dei tumori è del 28,4% per gli uomini a Caserta e del 47% a Napoli, mentre per le donne è rispettivamente del 32,7 e del 40%.

Su uno studio epidemiologico pubblicato nel 2009 (Piscitelli et al.) venivano analizzati i dati ottenuti dall'archivio nazionale delle schede di dimissioni ospedaliere relative al periodo tra il 2000 e il 2005: il numero di tumore mammario risultava maggiore di 40.000 casi rispetto a quello riportato dagli organi ufficiali con statistiche sottostimate del 26,5% e venivano colpite anche fasce di età tra i 25 e i 44 anni. Successivamente è stato pubblicato un altro lavoro (Piscitelli et al., 2012) sull'incidenza del cancro in Italia, che migliorando la metodologia dello studio precedente pubblicato sulla stessa rivista ed estendendo il tempo di osservazione fino al 2008, confermava l'aumento significativo del numero delle quadrangectomie dei tumori mammari e riportava un incremento di queste tra i 25 e i 44 anni, così in età prescreening.

Nel 2011 venivano pubblicati (Barba et al., 2011) risultati scientifici di una ricerca che evidenziava un aumento significativo delle morti da tumori e delle malformazioni congenite nella regione Campania dove erano stati smaltiti rifiuti tossici (tra cui l'arsenio, il mercurio, le diossine e i furani) con una logica inaccettabile. Trent'anni di rifiuti non smaltiti correttamente costano a Napoli Nord e Caserta Sud un indice di mortalità pari a 9,2% in più per gli uomini e al 12,4% in più per le donne.

Quindi, si può rispondere positivamente ai quesiti sull'in-

Tabella I.

ASPETTATIVA DI VITA (DATI ISTAT)				
Anni di vita media in Campania				
MASCHI	1992	DIFFERENZA	2010	DIFFERENZA
ITALIA	74.0	0	79.4	0
CAMPANIA	73.2	-0.8	77.8	-1.6
AVELLINO	75	+1.0	79.2	-0.2
BENEVENTO	74.8	+0.8	79.0	-0.4
CASERTA	72.2	-1.8	77.4	-2.0
NAPOLI	72.3	-1.7	77.2	-2.2
SALERNO	74.6	+0.6	78.5	-0.9

cidenza dei tumori e della mortalità nei territori Campani, essendo maggiore della media italiana (Marfè e Di Stefano, 2016). Serve, ovviamente, un rigore scientifico e una mappa dei siti inquinati. Sappiamo di numerosi cancerogeni presenti cui si aggiunge l'inquinamento determinato dalle diossine, ma il pericolo maggiore consiste nell'inquinamento della falda acquifera legato agli sversamenti illeciti contenenti metalli pesanti (Giordano e Tarro, 2012).

Crediamo a questo punto importante elaborare i dati Istat sull'aspettativa di vita, con un confronto tra le province Campane e la media Italiana. Infatti nel 1992 la media italiana di aspettativa di vita (maschi) era di 74 anni mentre nel 2010 è diventata di 79,4 anni. In Campania si è passati dai 73,2 ai 77,8 anni quindi da un meno 0,8 a un raddoppio di meno 1,6. Nella Tabella I allegata si vede come si sono comportate le province Campane tutte ormai in negativo, mentre in precedenza Avellino, Benevento e Salerno erano in positivo rispetto alla media italiana (Tarro, 2015).

Esistono adesso misure straordinarie per la prevenzione e la lotta al fenomeno dell'abbandono dei rifiuti e dei relativi roghi (Marfè e Di Stefano, 2016) che impongono uno screening gratuito sulle malattie ambientali per le popolazioni residenti nelle aree interessate nell'ultimo quinquennio attraverso le aziende sanitarie locali. Nella relazione tecnico-finanziaria si fa presente che sul piano medico scientifico vi è una iniziativa in linea con le direttive dell'OMS che tendono a conoscere e curare le patologie che rientrano nelle "malattie ambientali" (Tarro, 2015).

Conclusione

L'esempio di incidenza dei tumori e della mortalità causata dall'inquinamento, determinato dalle diossine, e da quello della falda acquifera, legato allo sversamento illecito dei metalli pesanti, richiama il tema più generale dei dati

sull'aspettativa di vita e del rapporto tra medicina e salute. Agli interventi sulla terra dei veleni fanno da contraltare gli indubbi risparmi nei costi di gestione della spesa sanitaria che andrebbe a gravare sulla cura tardiva di malattie tumorali ed epidemiologiche che diagnosticate in ritardo necessitano poi di cure medico-sanitarie più costose di quelle attivate in via preventiva.

Le uniche soluzioni possibili nel 2017 sono quelle stesse già individuate con lungimiranza nel primo libro bianco di 40 anni addietro basandosi sulla prevenzione prima e sulla bonifica dopo (Tarro, 2015). Ad esempio in Texas, da quando sono iniziate le opere di risanamento del territorio, le malformazioni sono diminuite del 40%. Conseguentemente, si potrebbe incidere profondamente con una bonifica, riducendo le malformazioni congenite in soli 4 anni del 25%, arrivando persino a un risparmio economico di 11 milioni di euro.

Bisogna però sempre tenere presente che, per portare avanti la battaglia iniziata anni fa con la denuncia su ambiente e salute in Campania e continuata recentemente con la *Campania, terra di veleni* (2012), per ottenere la certezza della bonifica dei territori bisogna prima anteporre la bonifica delle coscienze.

Appendice autobiografica

La mia conoscenza con il professor Paolo Altucci ha avuto inizio nel 1960 quando cominciai a frequentare come studente interno il laboratorio di virologia da lui diretto nell'Istituto di Patologia Speciale Medica dell'Università di Napoli, diretto dal Prof. Flaviano Magrassi (Magrassi et al, 1966). Ho avuto così la possibilità di assicurarmi un rapido e sicuro progresso sia per quanto riguarda l'approfondimento tecnico-metodologico sia per quanto riguarda l'affiatamento culturale e del pensiero scientifico.

Così anche dopo la laurea ho continuato a frequentare il laboratorio dove mi sono occupato di problemi sperimentali connessi all'influenzamento esplicito dalle molecole ormonali nella infezioni virali dell'animale (Altucci et al., 1961a), all'approfondimento del meccanismo di azione di farmaci ad attività antivirale (Altucci et al., 1961b; Altucci e Tarro, 1964), alla caratterizzazione biologica di un virus di isolamento murino (dermatomiosite del topo) (Tarro, 1963), con cui avevo svolto la mia tesi.

In tutti questi campi di studio virologico ha sempre fatto spicco il valore del personale contributo di apporto tecnico e di pensiero del professore Altucci che stava gettando le basi di quella che è oggi la chemioterapia antivirale. Nel 1964 ho collaborato validamente nella stesura del volume di Virologia generale (Soc. editrice Universo, 1965) che porta il suo nome (Altucci, 1965).

È per me motivo di personale soddisfazione che la qualificazione internazionale raggiunta dal sottoscritto nel campo della ricerca virologica, con il lavoro svolto negli Stati Uniti presso

il *Children's Hospital Research Foundation* (dal 1965 al 1969) sotto la direzione del Prof. Albert Sabin, ha visto nel professore Altucci il mio punto di riferimento. In particolare ritengo di grande importanza anche dal punto di vista del rigore metodologico, lo studio degli antigeni precoci del virus erpetico, quale modello secondo il quale approfondire i rapporti tra cancro e virus a DNA (Tarro e Sabin, 1970a; Tarro e Sabin, 1970b).

In conclusione non mi fa velo l'affetto fraterno maturato con il professore Altucci, dalla consuetudine di pensiero e di lavoro, se affermo di avere trovato in lui una guida preziosa nell'ambito della ricerca biologica e clinica. Negli ultimi anni mi ha fatto molto piacere riprendere la collaborazione sui micoplasmi (Tarro e Altucci, 2014) e sull'etiopatogenesi in medicina interna e nell'oncogenesi virale (Altucci e Tarro, 2014).

Giulio Tarro

Ringraziamenti

Ringraziamo per l'eccellente collaborazione Giuseppe Tarro Ciccarelli della Fondazione de Beaumont Bonelli per le ricerche sul cancro – ONLUS (www.fondazione-bonelli.org).

Bibliografia

- Altucci P. *Vecchiaia e indebolimento del sistema immunitario*. In: Atti della Conferenza Internazionale "Il Capitale umano dell'età", Napoli, 16/17-9-2016.
- Altucci P, Tarro. *Ruolo dell'etiopatogenesi in medicina interna*. *Policonico Sez Med* 2014;121:61-81.
- Altucci P. *Virologia generale*. Roma: Società Editrice Universo 1965.
- Altucci P, Coraggio F, Pecori V, et al. *L'Aldosterone nelle infezioni virali sperimentali: attività nelle infezioni da virus A-PR8 nel topo*. *Boll Soc It Biol Sperim* 1961a;37:745-8.
- Altucci P, Coraggio F, Lorentutti G, et al. *Definizione dell'attività dello Xenaldiale (4-4bis-Difenilgliossale idrato) nei riguardi di vari virus "in vitro"*. *Giorn Microbiologia* 1961b;9:186-200.
- Altucci P, Tarro G. *Sull'azione inattivante in vitro di alcuni derivati chetoaldeici nei riguardi degli Arbovirus*. *Boll Soc It Biol Sperim* 1964;40:1224-7.
- Barba M, Mazza A, Guerriero C, et al. *Wasting lives: the effects of toxic waste exposure a health – the case of Campania, Southern Italy*. *Canc Biol Ther* 2011;12:106-11.
- Crispo A, Barba M, Melvezzi M, et al. *Cancer mortality trends between 1988 and 2009 in the metropolitan area of Naples and Caserta, Southern Italy. Results from a join point analysis*. *Canc Biol Ther* 2013;14:1113-22.
- Giordano A, Tarro G. *Campania, terra di veleni*. Luglio: Denaro Libri 2012.
- Kathryn S, Mazza A. *Triangle of death linked to waste crisis*. *Lancet Oncol* 2004;5:525-7.
- Li G, Yu M, Lee W-W, et al. *Decline in miR-181 a expression with age impairs T cell receptor sensitivity by increasing DUSP6 activity*. *Nature Med* 2012;18:1518-24.
- Marfè G, Di Stefano C. *The evidence of toxic wastes dumping in Campania, Italy*. *Crit Ben Oncol/Hematol* 2016;105:84-91.
- Tarro G, Sabin AB. *Virus specific, labile, nonvirion antigen in herpes virus infected cells*. *Proc Natl Acad Sci US* 1970a;65:753-60.
- Tarro G, Sabin AB. *Increase in preexisting cellular antigen combining groups at different times after infection with different viruses*. *Proc Natl Acad Sci US* 1970b;67:731-7.
- Tarro G. *Sanità senza frontiere n. 2*. Soveria Mannelli, CZ: Rubettino editore 2007.
- Tarro G. *Salute senza confini. Cassa di Risparmio di S. Miniato*. Pisa: Edizioni ETS 2008.
- Tarro G. *Salute e ambiente in Campania una ricerca aggiornata nella "terra dei veleni"*. *Politica Meridionalista* 2015;43:18-20.
- Tarro G. *Sulla caratterizzazione biologica del virus della dermatosiosite del topo (virus DMV)*. *Boll Ist Sier Mil* 1963;42:316-35.
- Tarro G, Altucci P. *Micoplasmi e micoplasmosi: 20 anni dopo*. *Il Policonico sez Prot* 2014;121:229-45.
- Tarro G. *Medicina e prospettive di vita*. In: Atti del Convegno "Il futuro è nelle nostre mani", Città di Trani, 15 maggio 2016.
- Vendemiale G, Serviddio G, Dagostino MP, et al. *Stress ossidativo e invecchiamento cellulare*. *G Gerontol* 2011;59:261-4.

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

La concordanza nel rapporto medico paziente e la formazione medica

The concordance in the doctor patient relationship and medical education

PAOLA MANFREDI

Cattedra di Psicologia Clinica, Università di Brescia

L'evoluzione storica dell'aderenza alle terapie e in particolare una riflessione critica del tema della concordanza si offrono come un focus attraverso cui leggere il rapporto medico/paziente.

In particolare ci si sofferma sul significato della concordanza che, ponendosi come superamento del concetto di aderenza, si esprime, ma non si riduce, nella scelta consapevole e condivisa di un'opzione terapeutica: essa chiama piuttosto in causa competenze profonde sulla relazione, ma soprattutto la disponibilità a interrogarsi su domande cruciali dell'esistenza. I problemi più spinosi relativi alla concordanza si delineano infatti quando la qualità di vita è limitata dalla malattia e insieme dalle cure o quando breve, limitata è l'aspettativa di vita. Non tutti i pazienti richiedono o necessitano di un confronto così impegnativo e d'altra parte, nemmeno tutti i medici lo desiderano, sarebbe però importante che, nel percorso formativo curricolare, gli studenti potessero almeno confrontarsi con diverse identità professionali e potessero essere aiutati a individuare quella che meglio risponde alle proprie caratteristiche.

Si considera pertanto realistico proporre nel corso di laurea in medicina esperienze formative e concetti preliminari che possono permettere, non certo l'acquisizione di una piena padronanza dei processi di concordanza, quanto piuttosto di avere consapevolezza delle competenze e delle risorse sottese a un certo tipo di relazione e delle proprie inclinazioni personali rispetto a queste, posticipando al tempo della specialità o del lavoro una più mirata esperienza formativa.

Parole indice: Concordanza, relazione medico-paziente, curriculum, identità professionale

Doctor/patient relationship is read through the historical evolution of adherence to treatment, and in particular through the critical study of the correlation concept.

In particular, the significance of that correlation is highlighted: concordance does not reduce itself in the conscious and shared choice of therapeutic option. The very thorny issues related to concordance are in fact delineated when quality of life is limited by disease and/or by care or when life expectancy is short. Here are required deep skills on relationship, but above all the availability to ask themselves about key questions of existence. Although not all patients require a hard comparison and not all doctors wish this non that comparison. It is thought so important that students can at least deal with different professional identity and they can find the one that best suits their characteristics.

It is important to propose in medicine curricular learning experiences and preliminary concepts that can increase awareness of the skills and resources underlying at a certain type of relationship, and of personal inclinations with respect to these. In time of the specialty or at work it can be carried out more targeted training.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Paola Manfredi
Cattedra di Psicologia Clinica e Dinamica
Facoltà di Medicina, Università di Brescia
viale Europa 11, 25125 Brescia
e-mail: paola.manfredi@unibs.it

Key words: Concordance, doctor-patient relationship, curriculum, professional identity

Introduzione

La professione medica, molto più di altre, ha vissuto e vive profondi cambiamenti, esito di diversi fattori, in parte legati al progredire di conoscenze, teoriche e strumentali, in parte alla prevalenza di patologie croniche o di malattie che un tempo avevano un'inafausta e rapida evoluzione e ora conoscono aspettative di vita dilatate; in parte ancora per cambiamenti legislativi e normativi in senso ampio, che intervengono ad esempio nel definire l'obbligatorietà del consenso informato, l'informazione dei rischi e degli effetti collaterali di ogni intervento e di ogni prescrizione o stabiliscono la frequenza con la quale è possibile prescrivere e sottoporsi ad analisi e controlli; in parte ancora per più ampi fattori socio-culturali, che se da una parte hanno accresciuto la diffusione di conoscenze, anche quelle relative alla salute e alla malattia, dall'altra hanno forse reso più fragile l'uomo di fronte alla sofferenza e alla morte.

Il risultato è che, molto più che nel passato, coesistono nella popolazione diverse e a volte conflittuali aspettative nei confronti del medico, e nei medici, modelli identitari differenti, che, in quanto parti integranti del processo di formazione (Cruss et al., 2014), richiedono articolati e aggiornati percorsi professionali. Proviamo a evidenziare alcuni di questi cambiamenti, relativi al rapporto medico/paziente, mettendo a fuoco l'evoluzione di un tema cruciale, quale quello dell'aderenza alle cure, per poi interrogarci rispetto agli apprendimenti necessari.

Compliance, adherence, concordance: excursus storico

Il tema della non aderenza ai trattamenti medici è un problema grave, su più fronti. È grave per la natura stessa del problema che vanifica (o mette in crisi) l'elemento precipuo della professione: sofisticate diagnosi e mirate prescrizioni non hanno senso se non vi è la disponibilità del paziente a curarsi secondo le indicazioni ricevute. Da un punto di vista economico comporta alti costi, sia diretti sul sistema sanitario (si stima che nel Regno Unito la spesa sia di circa 100 M £ all'anno), sia indiretti per l'inefficienza lavorativa e sociale, infine è grave per la sua estensione. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2003) circa il 50% dei pazienti affetti da malattie croniche residenti nei paesi sviluppati non aderisce alle prescrizioni terapeutiche.

A fronte di un fenomeno così cruciale e così esteso sorprende che il problema si sia posto solo recentemente: a parte la nobile eccezione di Ippocrate, si devono attendere infatti gli anni Settanta perché il tema abbia un nome (Bissonnette, 2008). Fino ad allora non solo ci si attende che il paziente si adegui, ma non è contemplata la possibilità che non lo faccia, come se l'autorità del medico, unico esperto e unico responsabile, fosse di per sé garante dell'adesione al trattamento.

In qualche modo senza scostarsi troppo bruscamente da questa visione culturale, il termine inizialmente scelto per denominare il fenomeno è *compliance*. L'etimo inglese compare per la prima volta nel 1640 a indicare "the act of conforming, acquiescing, or yielding"; "a tendency to yield readily

to others, especially in a weak and subservient way"; "conformity; accordance; cooperation or obedience" (De las Cuevas, 2011). In ambito medico viene assunto come "the extent to which the patient's behaviour matches the prescriber's recommendations" (Haynes et al., 1979) o come "obedience to recommendations with prescribed treatments" (Sackett e Haynes, 1976). Il termine *compliance* evoca un ruolo passivo nel paziente e nel medico un atteggiamento dogmatico e rigido. Non viene favorito l'empowerment del paziente né il suo senso di efficacia, ma la contrario vi può essere una colpevolizzazione del paziente "inadempiente", giocata a volte su toni paternalistici, altre su una comprensione, di fatto egualmente svilente delle capacità mature del paziente.

Si è quindi preferito sostituire il termine *compliance* con quello di *aderenza* a significare un accordo fra medico e paziente. Anche il termine "adherence" risale a secoli orsono, e si data al 1530 con il prevalente significato di "the quality of adhering; steady devotion, support, allegiance, or attachment"; "the act or state of adhering; adhesion" (De las Cuevas, 2011). In ambito medico essa viene assunta frequentemente come "the extent to which the patient's behavior matches agreed recommendations from the prescriber o come the extent to which patients follow the instructions they are given for prescribed treatments." (Haynes et al., 2005; Bissonnette, 2008), anche se esistono altre definizioni di *adherence*, come ad esempio: "binding oneself to observance" (Webster's, 1995), "the extent to which a person's actions or behavior coincides with advice or instruction" (Christensen, 2004), "a collaboration to achieve mutually derived goals" (Rose et al., 2000) e "a voluntary collaborative relationship" (Chisholm, 2000).

Il nuovo termine vorrebbe valorizzare la libertà del paziente, che decide se aderire alle raccomandazioni mediche; in caso contrario, non ci dovrebbe essere colpa, ma appunto rispetto della libera scelta del paziente.

Al cambiamento etimologico si vorrebbe sotteso anche un significativo cambio di prospettiva, che da un modello doctor-centred transiterebbe verso quello patient-centred. L'obiettivo cambierebbe: in luogo dell'obbedienza verrebbe perseguita la padronanza di sé (*patient self-mastery*); coerentemente la dominanza del medico si vorrebbe sostituita dalla collaborazione con il paziente, sostanziata da un effettivo scambio informativo, da una negoziazione delle attività, una modulazione delle prescrizioni rispetto allo stile di vita del singolo paziente. Strumenti del medico non sarebbero più la persuasione e la coercizione, ma la capacità di motivare e di negoziare. In tale cornice la resistenza al trattamento si configurerebbe come un'informazione da trattare e non come un evento intollerabile (Gould e Mitty, 2010).

La portata di questo cambiamento si è però rivelata alla prova dei fatti piuttosto debole e, dal momento in cui non è stato possibile giungere a una definizione condivisa, non è stato nemmeno possibile declinare una prassi operativa. Non vi sono quindi nemmeno evidenze sperimentali di ricadute significative in una accresciuta aderenza. Di fatto le voci *compliance* e *aderenza* hanno continuato a essere utilizzate come se fossero sinonimi, inoltre l'ambiguità del termine *aderenza* ha

permesso che ogni disciplina lo caratterizzasse in modo precipuo (Bissonette, 2008), benché in nessun ambito sia stata messa a punto una definizione pienamente riconducibile ai principi di un approccio patient-centred, rispettoso della natura dinamica del comportamento di aderenza (Bissonette, 2008).

In questo orizzonte non troppo limpido, avviene un altro, potenzialmente assai significativo passaggio, quando, nel 1997, il Dipartimento della Salute, in collaborazione la Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, introduce il termine concordanza definendolo come un accordo, per l'eventuale trattamento, tra il paziente e operatore sanitario, accordo raggiunto dopo una trattativa, nel rispetto prioritario delle credenze e dei desideri del paziente.

Gli autori (Marshall Marinker et al., 1997) sostengono che con la scelta di questo termine volessero marcare "a distinct change in culture, in researching and teaching about the relationship between prescribing and medicine-taking, between patient and prescriber". A partire da una centratura sul paziente, la concordanza sembrerebbe perseguire, in maniera esplicita e intenzionale, il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale (De las Cuevas, 2011). Si tratterebbe di costruire un'alleanza fra paziente e professionista della salute, di avviare e mantenere nel tempo una comunicazione efficace che consenta, attraverso un processo di negoziazione, di pervenire a una decisione condivisa. La concordanza si configura come "l'approccio migliore alla malattia e come la migliore modalità per la mente, il cuore, l'anima e la psiche per vivere con essa" (Sanz, 2003).

La portata ideale del concetto è da alcuni apprezzata (Britten, 2004; Cushing e Metcalfe, 2007), nel riconoscimento che la filosofia che la informa è certamente attraente, pur ammettendo che un cambiamento così profondo ha scarse possibilità di essere attuato repentinamente, (Sanz, 2003). Altri invece ritengono che sia meglio mettere a fuoco quegli interventi che sono "dimostrabilmente efficaci nel migliorare la gestione dei farmaci, piuttosto che cercare di dare un senso a un ideale senza senso" (Snowden, 2008).

I limiti di una declinazione operativa emergono anche dall'analisi che Snowden et al. (2014) compiono, basata su Rodgers' evolutionary analytic methodo (lo stesso metodo utilizzato da Bissonette sull'aderenza): la concordanza è descritta più come un ideale, la cui traduzione operativa rimane difficile. Ciò probabilmente determina il fatto che i termini adherence, compliance e concordance vengono utilizzati nella letteratura medica in modo intercambiabile, senza che sia possibile apprezzarne la differenza. Forse ancor più cruciale è il fatto che la concordanza sia interpretata diversamente in funzione delle coordinate professionali politiche e filosofiche che informano le varie discipline. In una recente review (Winn et al., 2015) si è evidenziato come esista un'ampia differenza, sia nel modo di definire, sia in quello di misurare la concordanza, nonché nel rapporto fra questa e le informazioni trasmesse al paziente. Altre obiezioni e critiche puntuali, mettono in evidenza come la domanda che ha guidato i teorici della concordanza non è stata tanto quella di comprendere come tenere maggiormente in conto le credenze sulla salute dei pazienti, ma l'interrogativo

era piuttosto relativo alle modalità più efficaci per convincere i pazienti a seguire i consigli medici. La concordanza si rivelerebbe quindi per una "strategy for compliance", sarebbe solo una "farsa", compiuta con la collusione dell'industria farmaceutica. "Far from being a new model for thinking about medication use, concordance is a strategy for the greater success of the old model: compliance" (Segal, 2007). S'individua così una doppia ambivalenza nel medico e nel paziente: il primo di fatto continua a pensare di sapere quale sia la scelta terapeutica migliore per il paziente – quindi il suo obiettivo sarebbe persuadere il paziente a seguire il suo consiglio; il secondo è ambivalente nel ritenere sia il medico sia se stesso responsabili della propria salute. Per sciogliere quest'ambivalenza sarebbe necessario adottare una diversa e radicale prospettiva in cui davvero la responsabilità della salute fosse dei pazienti, i quali possono decidere di consultare degli esperti: i pazienti diverrebbero consumers, ma ciò implicherebbe una trasformazione, che investirebbe la cultura nel suo insieme, l'economia, l'etica (Segal, 2007).

Rapporto con il paziente e identità professionale

Le posizioni divergenti in merito all'aderenza risultano assai significative perché permettono di cogliere – come una cartina al tornasole – differenti concezioni del modo di intendere il rapporto con il paziente e, in ultima istanza, il modo di rappresentarsi l'identità professionale. Per questa ragione è estremamente interessante confrontarsi con questo tema che, centrale da un punto di vista teorico, lo è anche nella pratica quotidiana del medico. Molte critiche o cautele nel recepire l'idea di concordanza si attagliano sugli aspetti operativi e sulla mancanza di riscontri, quando, a nostro avviso, l'aspetto davvero "critico" e affascinante è proprio l'istanza filosofica, che invece parrebbe forse anche superficialmente apprezzata, ma certo non discussa, stanti le difficoltà di intendere la filosofia incisiva nella realtà.

Invece, già da un punto di vista etimologico, il termine scelto è – inaspettatamente – molto impegnativo e va ben oltre il tema di un'aderenza farmacologica o di una scelta terapeutica. L'etimo rimanda al latino *cum cor-cordis e cor* è per i latini la sede della vita, degli affetti, del pensiero (vocabolario latino Castiglioni Mariotti), quindi la concordanza è nell'animo e nei pensieri; è una ricerca di una sin-tonia, di un'armonia che coinvolge tutta la mente, cognitiva e affettiva.

Questo, se non inteso come un mero auspicio, come un ideale tanto buono quanto inattuale, reca in sé una radicale trasformazione. Il dato, tanto lapalissiano da rischiare di essere ignorato, è che i "cuori" sono due ed entrambi sono coinvolti nella costruzione di una concordanza. Questo è, a nostro avviso, effettivamente il passo nuovo, perché implica una più forte presenza dell'affettività e dell'emotività del medico. D'altra parte era già implicito nel modello patient centred che l'aderenza venisse costruita cercando una proposta di cura che tenesse in conto sia i vincoli clinici, noti al medico, sia la dimensione dell'illness e delle risorse personali e di contesto, trasmesse dal paziente. Inoltre se la concordanza si traducesse nel proporre un percorso, come un disegno già predefinito in base ai dati

e alle evidenze cliniche, in cui il paziente s'inserisse portando qualche tocco personale, un colore in luogo di un altro, l'inserimento o la cancellazione di un qualche elemento, compatibili con le indicazioni mediche, non si spiegherebbe *in primis* l'esigenza di proporre un nuovo termine né, secondariamente, il senso di un dibattito, con toni anche accesi, dal momento che non parrebbe difficile scegliere fra un proposta terapeutica ottimale, ma senza aderenza da parte del paziente e una proposta accettabile da parte del paziente e compatibile con la salute.

Se invece pensiamo a una "concordanza" è per lo meno implicito che ciò che passa, fra medico e paziente, sia molto di più di un'informazione tecnica, di una comunicazione verbale, coscientemente controllata. Questo rapporto è da immaginarsi come un canale aperto, costantemente, fra due persone le quali, in maniera a volte più puntuale, altre volte più distorta, come in tutte le relazioni, si creano l'uno dell'altro una rappresentazione relativa a come l'altro sia, cosa pensi e cosa pensi dell'interlocutore. Con l'aggiunta che, a differenza di quanto potrebbe capitare in altre relazioni è, in genere, molto rilevante per il paziente ciò che il medico pensa di lui e della sua malattia, non solo in termini nosografici e quindi il paziente mantiene un livello di attenzione e una sensibilità alta rispetto alla codifica dei vari messaggi, verbali e non verbali. D'altra parte al medico è chiesto di costruire una buona relazione su un terreno spesso impervio, dove le domande e gli interrogativi sono seri e sovente pesanti.

Connotazione e denotazione

Rispetto al paziente è ormai consolidata l'idea dell'importanza dell'illness e della corretta rappresentazione della malattia. Vi è abbastanza attenzione a correggere i più grossolani errori che potrebbero minare una corretta aderenza. Si rettificherebbe ad esempio l'informazione del paziente iperteso che ritenesse la propria patologia causata e/o sostenuta da stati di tensione e di inquietudine, sentendosi così legittimato a non assumere la terapia in vacanza o a separarsi da un coniuge irritante.

Forse minore attenzione viene riservata a indagare la distinzione fra connotazione e denotazione delle patologie più note e diffuse. Trasmesse le informazioni sulle patologie e la cura, può venire meno, nella pratica routinaria, l'attenzione a come pazienti e familiari si rappresentino la malattia. Sebbene rispetto, ad esempio, a un bambino con diabete mellito tipo I, sarebbe utile, per un corretto supporto, un confronto sia con i genitori che si prefigurano una vita limitata, con problemi di vista e rischi di amputazioni, sia con quelli che, al contrario, non vedono problemi e pensano che l'iniezione di insulina renda il proprio figlio eguale a tutti coloro che sono sani.

Se la dimensione connotativa delle malattie è in qualche modo presa in considerazione relativamente ai pazienti, le connotazioni dei medici non sono oggetto di alcuna attenzione. Essi certo hanno più aggiornate e scientifiche conoscenze delle malattie, ma sono pure persone e in un rapporto con il paziente essi, volenti o nolenti, entrano interi, non solo con il camice. È impensabile che, quando il paziente comunica al curante alcuni vissuti personali rispetto al vivere con una ma-

lattia cronica, il medico non trasmetta ciò che egli sente e ciò che sente ha a che fare (anche) con come egli vivrebbe se fosse al posto del paziente, ferme restando le distinzioni fra i due.

La signora Adele è una signora di settantasei anni, con un'ottima autonomia personale, in cura per una malattia renale in fase avanzata. Da qualche anno segue periodici controlli, presentandosi, accompagnata dalla figlia, sempre con puntualità. Anche oggi è in ambulatorio e si è preparata per l'appuntamento curando i capelli, l'abbigliamento e le lunghe unghie laccate di rosso. Gli esami indicano però un peggioramento della funzionalità renale, per cui si rende necessaria l'emodialisi. Il medico, cordiale e quasi galante con l'anziana paziente, comunica con pacatezza la scelta terapeutica. La paziente rimane "congelata", il suo sguardo si blocca, guardando nel vuoto oltre la finestra, mentre la figlia, senza latenza, esclama concitata "ma allora muore!".

Il medico esclude in maniera categorica quella che pareva un'infondata equazione fra dialisi e morte, con una "serenità" che poggiava sulla normalità (leggasi prevedibilità) del decorso delle patologie degenerative e fissa, a un paio di settimane successive, la data per preparare la fistola. Il giorno prima dell'intervento giunge una telefonata in reparto in cui si comunica il decesso della paziente.

Ciò che è accaduto corrispondeva all'autentico sentire (anche) del medico: per sé, come essere umano, al di là delle parole rassicuranti espresse in qualità di medico, non avrebbe desiderato un esito diverso.

Anche nel modello patient centred (e nell'aderenza) il paziente e la comunicazione sono molto rilevanti, ma il medico può continuare a pensarsi sano. Il medico cioè ha la sicurezza della conoscenza del disease che integra, sostenuto da competenze e tecniche comunicative, con l'indagine dell'agenda del paziente (Moja e Vegni, 2000), ma lo sguardo potrebbe rimanere esclusivamente esterno, verso il paziente. In questa prospettiva, coerentemente, l'aderenza s'incentiva mettendo in campo una serie di attenzioni e valide strategie verso il paziente (Bergman-Evans 2006; Gould e Mitty, 2010).

Quando invece parliamo di concordanza le strategie dovrebbero essere pensate sulla relazione, o almeno prendere in considerazione entrambi gli interlocutori; in particolare al medico, non solo allo psichiatra (Cargnello, 1980), si chiede di imparare a stare nell'ambiguità dell'"avere di fronte qualcosa" e di "essere con qualcuno", quindi di essere presente a se stesso per poter esserci nella relazione. In altri termini, nella concordanza, la rete protettiva data dal sapere medico e dallo sguardo accudente, si sfilaccia perché acquista un più chiaro rilievo il sentire personale del medico, che come il paziente, potrebbe ammalarsi, trovarsi ad affrontare una malattia e avere o non avere le risorse, le convinzioni, le possibilità per vedere in un'esistenza con una patologia cronica un tempo di vita sensato, e forse anche bello o buono. Ma se accettiamo che nel rapporto con il paziente (Manfredi, 2017) la concordanza si attui nella scelta condivisa rispetto a quale sia il modo migliore di vivere la malattia, di fatto supponiamo che il medico abbia risorse non comuni per poter dare il proprio positivo contributo in un campo che trascende l'orizzonte prettamente medico. Un po'

provocatoriamente potremmo dire che vorremmo veder realizzata la massima di Ippocrate *ιατρός φιλόσοφος ἰσοθεός* (il medico filosofo è simile a un dio) o il pensiero di Galeno secondo cui “Ὁ ἄριστος ἰατρός καὶ φιλόσοφος” (il miglior medico è anche filosofo) e pertanto il medico doveva essere esperto in tre branche della filosofia: l’etica, la logica e la fisica.

Credo siamo molto lontani da questa prospettiva, e persino dalla figura, più vicina nel tempo, del medico d’inizio secolo, o meglio del “dottore”, esperto di medicina, ma insieme autorità intellettuale e riferimento per molte questioni del vivere. Nel solo nel secolo scorso il medico era davvero fra i pochi che “avevano studiato”, mentre ora si trova a dover rendere ragione persino del proprio sapere, ma il percorso di studi dei medici rischia di essere sempre più tecnico e poco incline a riflessioni di stampo filosofico o esistenziale.

Correttamente è stato messo in luce come i pazienti non siano tutti uguali (Segal, 2007). Ci sono pazienti cronici con sufficienti risorse, personali e intellettuali, che conoscono la propria malattia e se stessi; sono in grado di discutere, accogliere e valutare nuovi punti di vista e informazioni, sanno elaborare e operare scelte fondate. Altri pazienti possono avere minori risorse in quest’ambito e potrebbero accettare o rifiutare la terapia proposta senza alcuna valutazione analitica. Ovviamente la gamma è ampia e graduata e probabilmente gli stessi pazienti cambiano nel tempo, manifestando livelli di funzionamento diversi. Ne consegue che ci sono pazienti che non chiedono confronti, pazienti che si attendono poche e definite regole, pazienti che non inquietano con domande, ci sono pazienti che regalano risposte e che arricchiscono con la loro testimonianza.

Parallelamente possiamo immaginare medici esperti nel disease, medici che sanno anche indagare e conoscere l’illness e medici che sanno incontrare anche se stessi e che si lasciano conoscere dai pazienti.

Come esistono pazienti diversi, così c’è spazio per una varietà di professionisti: a questi credo vada chiesta la consapevolezza rispetto al proprio modello di riferimento e la capacità di inviare ad altri colleghi i pazienti che ricercano un professionista diverso. Non c’è in assoluto un modello che funziona più degli altri, ma serve il modello giusto per ogni specifico paziente. Al medico va data la libertà di scegliere come vuole lavorare e al paziente quella di come vuole essere curato.

Un buon risultato formativo potrebbe essere aiutare gli studenti a capire quale tipologia di medico vogliono essere, cercando di far sì che ciascuno di loro sia un bravo medico e abbia un percorso formativo adeguato.

Percorsi: contributi della psicologia clinica

Molte delle discipline che compongono il corso di laurea in medicina possono esprimere un significativo contributo sul tema della concordanza, in questo scritto ci si focalizza su quello della psicologia clinica.

Ogni strada può essere percorsa a tappe e nei percorsi formativi procedere per obiettivi intermedi è preferibile. Un percorso più specificatamente formativo relativamente alla

concordanza, intesa in senso forte e non solo come scelta e prassi terapeutica, può avvalersi dei gruppi Balint, ma si richiede un diretto e autonomo rapporto con il paziente e un assetto formativo in piccolo gruppo: è quindi più probabile che le condizioni si realizzino nei percorsi di specialità o negli anni lavorativi. Nel corso di laurea in medicina è però importante prospettare diversi modi di entrare in relazione con il paziente, tra cui anche quello sotteso alla concordanza, poter fornire concetti, informazioni e qualche spunto per una riflessione personale, relativa alle motivazioni e all’identità professionale.

Nell’ambito della didattica, il tirocinio, potrebbe costituire probabilmente il setting più consono per esperienze formative certamente incisive, ma gli apprendimenti sono dipendenti dagli specifici assetti organizzativi e istituzionali degli enti sedi di tirocinio e dalla formazione, più o meno aggiornata, dei diversi tutor; è quindi più percorribile un sentiero il cui primo passo sia rappresentato dalla consapevolezza rispetto a diversi modi di esercitare la professione medica e dall’individuazione di quello più consono per lo studente. Una semplice attività proponibile agli studenti è la descrizione dei pazienti e/o di se stessi attraverso la scelta di un’opera d’arte. È questo un esercizio che aiuta di solito a prendere contatto con le componenti più affettive e spesso favorisce la messa a fuoco di alcuni aspetti che sfuggono o sono meno accessibili a una riflessione solo razionale. Inoltre la scelta delle opere, ma più ancora la modalità di presentazione delle stesse e delle motivazioni alla scelta, palesano la disponibilità, l’interesse e lo stile rispetto all’incontro con i pazienti. Ad esempio gli studenti poco inclini a condividere propri aspetti personali, mettono di solito a fuoco temi sociali, o pregiudizi culturali nei confronti delle malattie, specie psichiatriche, e propongono opere che già nell’intenzione dell’artista rimandano alla malattia e alla sofferenza. Altri studenti invece propongono opere varie, in cui i significati relativi alla malattia o a singoli pazienti sono del tutto personali e l’esposizione dell’opera e i processi mentali che hanno motivato la scelta sono espressi con ricchezza e partecipazione, a volte persino con commozione. La condivisione nel gruppo permette inoltre l’arricchimento attraverso il confronto con suggestioni e interpretazioni differenti.

Rispetto al piano più specificatamente informativo, può inoltre essere utile la presentazione di alcuni concetti, ad esempio quelli dell’identificazione proiettiva e della capacità negativa. Il primo permette di comprendere in maniera più precisa, come sia possibile uno scambio inconscio di affetti. Per studenti abituati ad altri percorsi di studi, rispetto a quelli psicologici, e a un’altra *forma mentis*, può essere persino rassicurante sapere che la comunicazione inconscia avviene comunque attraverso modalità sensoriali. Ma soprattutto è importante evidenziare come l’identificazione proiettiva offra un potente canale di connessione e apprendimento (nel senso bioniano) fra medico e paziente. Infatti, a differenza di qualsiasi altro meccanismo difensivo, che richiederebbe un apposito setting per la sua interpretazione, la restituzione dell’identificazione proiettiva può avvenire anche senza parole, attraverso la testimonianza, il modo di essere del professionista, che può accogliere dentro di sé quegli aspetti che il paziente ha sentito necessità di allontanare, ma

che potrà riprendere, bonificati, attraverso la relazione con il medico (“reinternalizzazione” Ogden, 1984). Il concetto di identificazione proiettiva ci consente di pensare che ogni relazione può essere occasione di maturazione e di crescita, che i compiti per gli uni difficili, possono essere magari già stati elaborati da altri, in un orizzonte di mutuo apprendimento. Questo permette inoltre di pensare al concetto di reciprocità rispetto ai pazienti: il riconoscimento che anch’essi possono essere portatori di insegnamenti è uno degli elementi che sostengono una buona immagine (dignità) del paziente e quindi anche la relazione.

Anche la capacità negativa è un concetto con cui è utile confrontarsi. Gli studenti di medicina sono sovente sottoposti a grandi pressioni, a cui spesso rispondono collusivamente, fra queste vi è l’idea che essi debbano sapere dare ogni risposta. Proporre come una capacità, come una conquista il saper stare in attesa ricettiva, tollerando il dubbio, il non sapere, senza affannarsi a escogitare spiegazioni razionali o a rifugiarsi nel fare, può essere una proposta di libertà e un obiettivo d’interesse. Anche questo tema si presta a divenire oggetto di riflessione personale e a costituire un ulteriore elemento ai fini della scelta professionale. Per alcuni studenti non solo non sono tollerabili il non sapere e il non controllo, ma non è minimamente desiderabile sviluppare tale capacità, specie se fra le motivazioni alla scelta medica vi era il tentativo di controllare eventi avversi.

Inoltre ogni esperienza formativa centrata sulla comunicazione e sull’acquisizione di specifiche tecniche comunicative è certamente fondamentale (Silverman et al., 2013), non solo perché le competenze comunicative non sono eludibili, ma anche perché attraverso di esse il medico ha la possibilità di riflessione su di sé. Attraverso la valutazione delle proprie risposte e di ciò che si è colto o meno delle comunicazioni, verbali e non verbali, dei pazienti si possono anche evidenziare vissuti transferali e controtransferali.

Infine anche le esperienze di tirocinio in strutture diverse e diversi modi di intendere e realizzare il lavoro d’équipe, possono rappresentare un ulteriore apprendimento, proprio per la loro varietà e per la connessione fra funzionamento del reparto, relazioni fra professionisti e disponibilità verso i pazienti. La dimensione istituzionale e organizzativa gioca infatti un ruolo rilevante nel modulare la disponibilità e l’efficacia del rapporto con il paziente e perseguire la concordanza in una struttura in cui l’équipe condivide una modalità di lavoro e relazione con il paziente è certo più agevole. La condizione ottimale è quella in cui la concordanza sia inserita in un più ampio progetto di cura del paziente, come quello dell’educazione terapeutica (Lacroix e Assal, 2003). Poter vedere e sperimentare il proprio lavoro in contesti diversi è quindi un ulteriore elemento di conoscenza e di scelta.

Concludendo, ogni lavoro che si sviluppi nella relazione è potenzialmente occasione di miglioramento personale; questo è certamente vero per quanto concerne il medico, ma gli apprendimenti, specie su di sé, saranno ancor più rilevanti se egli deciderà di lasciarsi interrogare, perseguendo con i propri pazienti la concordanza. Varie disposizioni personali, interessi, risorse, conoscenze ed esperienze formative possono sostenere

questa scelta e sostanziarla, nella consapevolezza che, come la mente è in continua evoluzione, così lo sono le relazioni con i pazienti e in esse la realizzazione della concordanza.

Bibliografia

- Bergman-Evans B. *Aides to improving medication. Adherence in older adults*. Geriatr Nurs 2006;27:174-83.
- Bissonnette JM. *Adherence: a concept analysis*. J Adv Nurs 2008;63:634-43.
- Britten N. *Patients' expectations of consultations*. BMJ 2004;328:416-7.
- Cargnello D. *Ambiguità della psichiatria*. In: *Scienza, linguaggio e metafilosofia. Scritti in memoria di Paolo Filiassi Carcano*. Napoli: Guida 1980.
- Chisholm MA. *Enhancing transplant patients' adherence to medication therapy*. ClinTranspl 2000;16:30-8.
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, et al. *Reframing medical education to support professional identity formation*. Acad Med 2014;89:1446-51.
- Cushing A, Metcalfe R. *Optimizing medicines management: from compliance to concordance*. Ther Clin Risk Manag 2007;3:1047-58.
- De las Cuevas C. *Towards a clarification of terminology in medicine taking behavior: compliance, adherence and concordance are related although different terms with different uses*. Curr Clin Pharmacology 2011;6:74-7.
- Gould E, Mitty E. *Medication adherence is a partnership, medication-compliance is not*. Geriatr Nurs 2010;31:290-8.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. Baltimore: Baltimore John Hopkins University Press 1979, pp. 4-643.
- Haynes RB, Yao X, Degani A, et al. *Interventions to enhance medication adherence*. Cochrane Database Syst Rev 2005;4:1-77.
- Lacroix A, Assal JP. *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*. Torino: Edizioni Minerva Medica 2005, pp. 224.
- Manfredi P. *Can you live happily with a chronic illness?* Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche 2017;176:57-66.
- Marinker M; Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking*. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 1997.
- Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Cortina Raffaello 2000, pp. 176.
- National Audit Office. *I costi di prescrizione di cure primarie* (online) 2007 (<http://www.nao.org.uk/pn/06-070607454.htm>).
- Ogden T. *Identificazione proiettiva e tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio 1994.
- Rose L, Kim MT, Dennison CR, et al. *The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure*. J Adv Nurs 2000;32:587-94.
- Sackett DL, Haynes RB. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: John Hopkins University Press 1976, pp. 293.
- Sanz EJ. *Concordance and children's use of medicines*. BMJ 2003;327:858-60.
- Segal JZ. *“Compliance” to “concordance”: a critical view*. J Med Humanit 2007;28:81-96.
- Snowden A. *Medication management in older adults: a critique of concordance*. Br J Nurs 2008;17:114-9.
- Snowden A, Martin C, Mathers B, et al. *Concordance: a concept analysis*. J Adv Nurs 2014;70:46-59.
- Webster's II New College Dictionary*. Boston: Houghton Mifflin 1995.
- World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, 2003.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Competenze comunicative per comunicare con i pazienti*. Padova: Piccin 2015, pp. 280.
- Winn K, Ozanne E, Sepucha K. *Measuring patient-centered care: an updated systematic review of how studies define and report concordance between patients' preferences and medical treatments*. Pat Educ Couns 2015;98:811-82.

LETTERA AL DIRETTORE

LETTER TO THE EDITOR

Le scrivo in merito allo scritto “Sviluppo tecnologico e progresso clinico: assoluta sinonimia?”, che ho appena letto su MEDIC 2016;24:104-6: una lettura molto gradita come molte che appaiono su MEDIC.

In quanto medico e ingegnere biomedico e alla fine professore di bioingegneria in una università tecnica svizzera, forse ci si aspetterebbe da me che io giuochi il ruolo del paladino e dell'alfiere della cieca utilizzazione delle tecnologie in medicina, e invece le scrivo per applaudire il suo intervento, sul quale concordo pienamente. Quanto è vero ciò che lei scrive!

Mi è capitato di leggerla altre volte su altri temi e molto spesso ho approvato le sue argomentazioni. Purtroppo non solo la semeiologia strumentale assurge spesso a diagnosi *de facto*, ma addirittura a volte sembra che il medico utilizzi la strumentazione come sorta di “pesca a strascico” per arrivare a una diagnosi senza l'utilizzo di alcun raziocinio che pure renderebbe non soltanto più efficace e sicuro l'utilizzo della tecnologia per la rapidità della diagnosi, ma anche più economico! Quanto odio gli elettrocardiografi (ormai quasi tutti) che forniscono un'interpretazione diagnostica automatica dei tracciati (cosa che peraltro addirittura insegno a fare ai miei studenti di bioingegneria). Ma le scrivo non solo per complimentarmi.

Nel mentre concordo con lei sulla rivalutazione delle discipline umanistiche nel percorso formativo dello studente di medicina, ritengo purtuttavia che sarebbe anche bene rivalutare la metodologia scientifica e tecnica nel curriculum del giovane medico. Solo il combinato delle due, infatti, può dare al discente, e poi al futuro medico, quelle cognizioni capaci di metterlo costantemente in guardia rispetto a ogni segno o misura o sintomo, nel quale possa imbattersi, e quindi utilizzare sempre il suo ragionamento critico, che poi è il metodo scientifico di studio dei fenomeni naturali. Allora non solo le tecnologie sarebbero meglio sfruttate e rese più sicure, ma la qualità professionale del medico migliorerebbe e farebbe accrescere la stima sociale verso il singolo medico e verso la medicina tutta. Purtroppo mi pare di assistere, da molto tempo ormai, non solo a una pratica supertecnologica e acritica della medicina, ma anche a una pratica priva di quella dimensione umana che viene dal ragionamento e che permette veramente di “prendersi cura” del malato.

Da sempre affermo che la pratica della cura è affidata, nelle società umane, a delle persone che, appunto, vengono riconosciute degne di un riconoscimento sociale per prendersi cura della salute degli altri. Da questo punto di vista uno sciamano non è diverso da un medico occidentale in quanto entrambi sono depositari di un riconoscimento della società in cui operano e che li autorizza a fare quello che fanno. È pur vero che quello del medico occidentale è un riconoscimento molto più formale (laurea, esame di stato, ecc.). Perché la laurea non basta se non c'è riconoscimento e reputazione sociale della professione medica. E questo passa solo per il professionalismo e la serietà del metodo scientifico, altrimenti si scade nella ciarlataneria delle cosiddette medicine complementari e alternative (CAM). Un passo della mia continua lotta contro le CAM lo può leggere qui: <http://www.spesmedici.it/docs/dal%20mondo%20sindacale/09-04-15.pdf> a pagina 12 (dalla Rivista dell'Ordine dei Medici di Roma).

Tornando, per finire, alla necessità assoluta di un insegnamento scientifico e quindi critico della medicina, vorrei indicarle, qualora lei non ne sia già al corrente, la recente creazione di corsi di laurea in medicina eccezionalmente innovativi perché profondamente ancorati a una visione scientifico-tecnologica. Per quanto questi sicuramente non diano molto spazio agli aspetti umanistici del sapere (ritengo che invece dovrebbero fare questo altro sforzo), penso purtuttavia che si tratti di esperimenti da guardare e seguire con interesse.

Qui in Svizzera il Politecnico di Zurigo (normalmente sempre stato una fucina di scienziati delle scienze cosiddette “dure”) ha istituito un corso di laurea in medicina molto innovativo basato sulla tecnologia e le scienze naturali: (<https://www.ethz.ch/en/news-and-events/eth-news/news/2016/09/studying-medicine-at-eth.html>). Stessa cosa alla Duke University in North Carolina: (<http://bme.duke.edu/grad/degrees/md-meng>). E anche alla Università di Urbana-Champaign in Illinois: (<http://www.medicine.illinois.edu/index.html>), <https://news.uic.edu/medicine-plan-integrates-engineering-technology>, <http://chicago.inno.streetwise.co/2015/06/29/uiuc-engineering-college-of-medicine-will-have-medical-device-center>).

In Italia c'è solo l'Università Campus Biomedico di Roma che è nata mettendo innovativamente sotto lo stesso tetto le facoltà di Medicina e di Ingegneria, ma mi pare che i due corsi sono rimasti di fatto separati, in quanto i regolamenti italiani (europei) non permettono ancora esperienze così speciali come quelle indicate sopra (e non so se qualcuno in UCBM ci abbia già pensato). Se il problema e il rischio, come lei giustamente afferma, sono che il medico diventi cieco sacerdote delle macchine, io ritengo che forse una conoscenza vera di esse lo renderebbe meno cieco, più critico, più efficiente e alla fine più umano verso il paziente.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Valentina Savojardo
Università di Macerata
e-mail: v.savojardo@unimc.it

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

The Future of Scientific Practice: ‘Bio-Techno-Logos’

MARTA BERTOLASO

Pickering & Chatto, London 2015

This volume, which is the final result of informal discussions among the members of the interdisciplinary Bio-Techno-Practice (BTP) think tank based at the University Campus Bio-Medico in Rome, seeks to explore the process of scientific understanding through the interplay of three perspectives: ‘biological’ (acronym: Bio), ‘technological’ (Techno) and ‘philosophical-theoretical’ (Logos).

Notwithstanding important differences among the authors, they all agree that the concepts of ‘bio’ and ‘techne’ cannot be analyzed using traditional philosophy of science dichotomies such as that between artificial world and natural world.

In the introduction, Marta Bertolaso stresses that “the contribution of this volume is [...] *methodological*”, since “the emphasis is not on the different disciplines involved, but on how different tools (conceptual, technical, explanatory) are simultaneously involved in the process of scientific understanding” (p. 3).

There is a strong unitary idea that connects the contributions, that is, that there is a dynamic relationship between ‘Bio’, which can be understood as “biological world, physical world or, in general way, world of phenomena”, ‘Logos’, which designates the scientific representation of the world, and ‘Techne’, that is, “how we conceive (Logos) natural world (Bios) and their mutual relationship” (p. 2).

Part I (“Biological Dynamics”) focuses on biological sciences from an interdisciplinary point of view. The prefix ‘bio’ returns in different fields, from informatics to robotics, and asks for a deeper philosophical reflection, which develops in the course of the volume. In Chapter 1 (“Microscopic and Macroscopic Insights of Dynamic Cell Behaviour”) Kumar Selvarajoo describes the dynamic behavior of living cells at microscopic and macroscopic scales, using concepts such as attractor and landscape. He writes: “Biology, [...] like any other complex system, possesses both microscopic (single cell) and macroscopic (population average cell) dynamics. Combining cell population and single cell behaviours suggest that biology is regulated by deterministic governing equations, and is sensitive to parameter variations (noise) over specific range, as witnessed in other disciplines such as physics, chemistry and engineering” (p. 29).

In “New from ‘Twilight Zone’: Protein Molecules between the Crystal and the Watch”, Alessandro Giuliani analyzes protein molecules between what he calls crystal (structuralist) and watch (functionalist) views, stressing that the analysis of protein structure allows us to go in-depth into the dynamical relation between ‘Bio’, ‘Techno’ and ‘Logos’: the most important point is that proteins “are ‘smart and sensible crystal’ that *can be used as watches*” (p. 39).

In chapter 3 (“Limits to Deterministic-Linear Causality in Biomedicine: Effects of Stochasticity and Non-Linearity in Molecular Networks”) Sui Huang discusses the common notion of causality in biology, which assumes a deterministic and linear relationship between cause and effect. He takes into account the implications of the stochastic non-linear biological dynamics for the way of thinking of life scientists.

In chapter 4 (“Embodied Intelligence in the Biomechatronic Design of Robots”) Dino Accoto, Eugenio Guglielmelli and Cecilia Laschi introduce the reader into the Part II of the volume. They call attention to the field of biomechatronic, which is defined as the engineering approach that combine methods and information originated by mechanical engineering and biological sciences.

Part II (“Reflecting on Scientific Understanding and Understanding by Building”) develops the epistemological analysis of the biological sciences. It focuses on *how* life sciences generate knowledge in some new (technological) ways.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Valentina Savojardo
Università di Macerata
e-mail: v.savojardo@unimc.it

In chapter 5 (“Managing Complexity: Model-Building in Systems Biology and its Challenges for Philosophy of Science”) Miles MacLeod presents some of the specific novel features of systems biology that characterize structure and approach of the field to complex model-building task. Mathematics and computational simulations are tools by which the scientific community asks questions about the biological world. In general, the diverse goals systems biologists pursue, the lack of a standardized methodology, and the diversity of epistemic strategies modellers use to extract information from complex systems, require a more novel philosophical account than is currently available, and show that the integration between engineering and traditional biology implies novel concepts and practices irreducible to traditional scientific ones.

In chapter 6 (“Stratification and Biomedicine: How Philosophy Stems from Medicine and Biotechnology”), Federico Boem, Giovanni Boniolo and Zsuzsa Pavelka focus on molecular biology and biotechnology, showing how they can change our perceptions of disease, diagnosis and therapy; by analyzing the concept of molecular stratification in medicine, they highlight the epistemological and ontological questions which arise in connection with powerful technological tools.

In chapter 7 (“Epistemology of Robotics: An Outline”), the triad ‘Bio-Techno-Logos’ is interpreted, in dialogue with chapter 4, in the context of robotic. The author, Giampaolo Ghilardi, highlights the epistemological implications of the relationship between humans and robots. Agency as applied to the robots is the central problem of this paper and serves as the introduction to the last and more directly philosophical part of the volume.

Part III (“Towards as Development of a Philosophy of scientific Practice”) offers a philosophical analysis of the scientific practice and the relationships between biological sciences and technology, starting from different perspectives.

In “Prediction and Prescription In Biological Systems: The Role of Technology for Measurement and Transformation”, Wecelao J. Gonzalez highlights the role of prediction and prescription in biological sciences as applied sciences. In chapter 9 (“Teleology and Mechanism in Biology”) Marco Buzzoni analyzes the possibility of recovering the concept of teleology, as methodological tool, in biological mechanistic investigations: the concept of mechanism seems to be incomplete without an implicit reference to final causes. In “Scientific Understanding and the Explanatory Use of False Models”, Antonio Dieguez addresses the problem of scientific understanding and argues that scientific knowledge and explanation depend on the elaboration of models of reality.

Finally, in the conclusive chapter 11 (“Bio-Techno-Logos and scientific Practice”), Marta Bertolaso, Nicola Di Stefano, Giampaolo Ghilardi and Alfredo Marcos argue that there cannot be a primate of Bio, Techno or Logos in scientific practice because there is a close relationship between phenomena (Bios), instruments (Techne) and theory (Logos). This relationship is rooted in scientific practice that “always remains a *human* attitude” (p. 191).

No cursory sketch can do justice to the richness and variety of the book. But these brief remarks should suffice to show that it makes original contributions to novel, but already much discussed topics in the contemporary philosophy of biology.

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

PNL medica e salute: la linguistica di precisione in sanità

CLAUDIO PENSIERI

Armando, Roma 2016

Nella riflessione sulla relazione medico-paziente gli aspetti di tipo psicologico, dominanti fino a pochi anni fa, hanno goduto di una posizione di indubbio privilegio. Non a caso si parla di relazione che cura e la ricerca scientifica si è a lungo soffermata sulla peculiarità specifica di questa relazione, per capire perché cura e come cura. Si tratta di una relazione a doppio binario in cui corrono parallelamente empatia e competenza, accanto a fiducia e fragilità, alla ricerca di un punto di equilibrio che va sempre aggiornato. È una relazione in cui il riconoscimento della superiorità scientifica del medico e la piena fiducia in lui è testimoniata dalla disponibilità a prendersi cura di un paziente che ha bisogno del suo sapere e del suo agire. Ma recentemente, accanto a questi fattori che hanno una loro penetranza emotiva molto forte, è comparso un terzo fattore che riguarda il processo decisionale, in cui medico e paziente debbono giungere a una decisione consensuale, nonostante le responsabilità ricadano su entrambi in modo diverso. La dinamica della relazione medico-paziente offre sempre spunti nuovi alla riflessione, non si esaurisce sul piano psicologico ma investe anche il piano più sofisticato della comunicazione linguistica.

Si tratta di un processo di avvicinamento progressivo a una decisione che rappresenta la possibile soluzione di un problema da condividere in modo consapevole, tenendo conto delle parole che entrambi usano: l'uno per esprimere dati di interesse clinico e scientifico, l'altro per dare voce alle sue ansie e ai suoi timori. Tutti e due si collocano però su registri diversi e richiedono uno smascheramento linguistico che si snoda in un gioco di chiaro-scuro, in cui spesso ognuno capisce ciò che vuole e rifiuta ciò che non vuole capire. Le parole

di entrambi pesano e sono oggetto di un reciproco processo di ripensamento e di ricollocamento nell'ambito di ragionamenti a complessità crescente. Cosa avrà voluto dire, cosa aveva in mente usando questa o quella espressione, quella aggettivazione e quella graduazione dei margini di rischio e di successo. L'analisi semantica si arricchisce di un'emotività che il paziente fa più fatica a tenere a bada, ma che spesso anche il medico maschera per evitare di dire con crudezza della verità che ritiene difficili da accettare. È molto interessante analizzare l'uso dei congiuntivi, più morbido degli indicativi nella loro asciutta realtà; l'uso degli avverbi che sfumano i concetti fino ad appiattirli in un anonimato lessicale che permette al paziente di ridurre i fattori di rischio e accentuare i margini di un possibile successo.

La scienza della comunicazione linguistica si è andata interessando della relazione medico-paziente in modo sempre più intenso e con sempre maggiore frequenza negli ultimi decenni; lo ha fatto ragionando sui diversi profili: da quello verbale a quello non verbale, da quello cognitivo a quello emotivo, da quello etico a quello estetico. L'attenzione trasferita sul piano linguistico ha permesso di evidenziare tutta una serie di aspetti che fino a ora erano apparsi casuali o perfino non rilevanti. Ma anche se linguistica e semiotica non coincidono del tutto, perché non tutti i simboli, hanno carattere intenzionale, fanno comunque parte di uno stesso sistema di comunicazione che caratterizza in modo specifico la relazione medico-paziente. L'intenzionalità, come volontà di significazione, costituisce la caratteristica fondamentale non solo del linguaggio, ma anche di ogni sistema di comunicazione e di ogni stato mentale. In uno stato mentale infatti si cerca il punto di equilibrio fra gli elementi dinamici, tipici dei flussi emotivi, e quelli cognitivi presenti in ogni processo di comunicazione. Tra la razionalità espressa attraverso la scelta delle parole e il tentativo di descrivere stati d'animo, spesso sfuggenti e mutevoli, si colloca la capacità e la volontà di argomentazione a cui si ricorre per spiegare ciò che si pensa, ciò che si sente e ciò che si vorrebbe. Non è facile descrivere fatti e circostanze, contesti esterni, oggettivi e oggettivabili, e contesti interni, legati alla soggettività individuale dell'uno

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Paola Binetti
Università Campus Bio-Medico di Roma
via Álvaro del Portillo, 21, 00128 Roma
e-mail: p.binetti@unicampus.it

e dell'altro. I rimandi dall'uno all'altro di questi spazi, con le loro prerogative peculiari, caratterizzano spesso il modo di parlare del paziente che alterna la descrizione dei sintomi con quella dei suoi vissuti e delle sue ansie. Ma anche il medico spesso nel suo parlare alterna fatti concreti e spiegazioni puntuali su ciò che definisce lo stato del paziente, con le sue esperienze anteriori, i suoi successi, le eventuali difficoltà in cui si è imbattuto. Il risultato è che in entrambi si mescolano razionalità ed emotività, ansie e speranze, con un lessico che può apparire di volta in volta più o meno chiaro, perché l'impianto linguistico riflette un flusso di idee e di emozioni che possono essere confusi non solo e non tanto sul piano della comunicazione, quanto primitivamente sul piano del vissuto del soggetto, di entrambi i soggetti.

L'attenzione in questa prospettiva è rivolta ai problemi della comunicazione presenti fra medico e paziente, più che alle dinamiche psicologiche insite nel rapporto fra un terapeuta e un paziente. Su questo tema vi è una letteratura molto estesa nel campo della psicologia dinamica e l'analisi del vissuto e delle fantasie che emergono nella relazione sono gli obiettivi prevalenti dell'indagine. L'alleanza terapeutica, sia dal punto di vista del medico che del paziente, è spesso messa in relazione a forme di alleanza archetipiche, che si richiamano alla figura paterna, o ad altre esperienze pregresse, in cui la asimmetria della relazione sottolinea la disparità dei ruoli, e rimanda alla gestione di relazioni di tipo top-down. Sotto questo profilo sono innumerevoli gli studi condotti anche da scuole di pensiero diverse che arrivano a conclusioni discordanti sul piano teorico, ma convergenti sul piano pratico.

Minore è stata finora l'attenzione alle modalità di trasmissione dei messaggi e alle caratteristiche proprie del destinatario del messaggio. Circostanze e condizioni che nella riflessione dei medici, degli psicologi e degli operatori sociali sono meno presenti, per cui il livello di consapevolezza si riduce significativamente. Medico e paziente adottano sistemi linguistici che esprimono non solo culture diverse, ma anche e soprattutto, diversa capacità di astrazione rispetto al problema di cui si parla. Il paziente si muove in senso bottom up e adotta un atteggiamento di tipo prevalentemente induttivo, abstraction resolving, basato sulla raccolta di informazioni. Mentre il medico segue un sistema di tipo prevalentemente deduttivo, content based abstraction, in cui pensiero e azione sono sostenuti da conoscenze specifiche. La conferma di questo fatto può essere ritrovata nell'uso improprio e decisamente inadeguato che spesso medici e infermieri fanno di certe parole o di certe espressioni, senza tener conto dell'impatto che possono avere sul paziente e sui suoi familiari. Salvo poi giustificarsi negando una certa qual intenzionalità, aggressiva o offensiva, ma a volte distratta e insofferente. Il paziente rileva una negatività nella comunicazione, che documenta rievocando l'uso di certe espressioni e di certe parole, mentre il medico nega di averle dette, perché probabilmente non le ricorda affatto, in quanto estranee alla sua intenzionalità. Ad esempio per molto tempo il termine cancro non è stato usato

perché nel paziente rievocava immediatamente un vissuto di morte; si ricorreva quindi a giri di frasi, a una terminologia generica del tipo 'brutto male'; oppure le patologie venivano riferite a sindromi generiche, tipo sindrome neuro-degenerativa, per evitare un quadro di dettaglio specifico che potrebbe preoccupare eccessivamente il paziente.

Il vissuto della malattia e i meccanismi di difesa dall'angoscia che il malato mette in atto debbono diventare spunto per una riflessione che coinvolga il medico e si rifletta anche nelle sue scelte di linguaggio e di espressione. Il malato, occorre ricordarlo, pesa anche le parole del medico, le dissezioni una a una e, con il contributo di amici e parenti, le carica di nuovi significati, più o meno presenti nelle intenzioni del medico. Considerata l'importanza di una corretta comunicazione nella relazione medico-paziente, è necessario approfondire non solo gli aspetti cognitivi e razionali della comunicazione, ma anche quelli relazionali che possono ostacolare, oppure facilitare i processi comunicativi. In questa chiave sono stati messi a fuoco tre diversi tipi di modello: il modello problem solving, che esamina i percorsi mentali necessari alla soluzione dei problemi; il modello degli atti linguistici, che si concentra sulle negoziazioni linguistiche necessarie per giungere a una soluzione, e il modello della comunicazione aumentativa, che ragiona sui contenuti non espressi esplicitamente nel testo.

L'analisi linguistica del dialogo medico-paziente può mettere in evidenza quei fraintendimenti e quelle tensioni che si generano nel rapporto medico-paziente sulla base di una capacità linguistica differente. La comunicazione prevede l'esistenza di qualcuno che abbia la volontà di comunicare qualcosa, per questo è necessario elaborare i diversi messaggi servendosi di un codice appropriato e di un canale che ne permetta la trasmissione. Si tratta in definitiva di un complesso di segni, convenzionalmente stabilito, che consente a un messaggio di essere riconosciuto come un linguaggio: linguaggio familiare e linguaggio tecnico; linguaggio emotivo e linguaggio scientifico. I diversi contenuti possono essere comunicati con linguaggi diversi a seconda dei contesti diversi e delle persone diverse che comunicano tra di loro. Si può parlare di malattia con registri ben diversi, a seconda che ne parli lo scienziato che sta facendo una ricerca avanzata; oppure il giornalista che diffonde informazioni a un vasto pubblico; oppure il paziente che la vive sulla sua pelle o i familiari che si mettono nei suoi panni; diverso è il registro su cui si colloca il burocrate o l'amministratore che affronta la malattia sotto il profilo dei suoi costi. Diverso infine è il registro su cui si collocano medico e paziente che cercano un piano di comunicazione efficace, per giungere a una decisione condivisa. Le diversità debbono trovare anche nelle parole la capacità di esprimere la loro specificità per evitare ambiguità e sovrapposizioni. Questo far coincidere parole e significati, ricorrendo nel modo opportuno a sinonimi e contrari, richiede una complessità di analisi nella sfaccettatura dei concetti che è tutt'altro che banale; occorre evitare il ricorso a quei verbi e a quei termini in cui la genericità affida a chi

ascolta l'onere di precisare il concetto sollevando di questa responsabilità chi parla. Si pensi a termini come "cosa", a verbi come "fare" ecc.

Il testo di Claudio Pensieri occupa, nel processo di comunicazione tra il medico e il paziente quell'interfaccia che da un lato prevede la densità esistenziale di una relazione di cura ad alta complessità e dall'altra quell'atmosfera in cui si collocano le parole, con la loro intensità di significati. L'autore fa della PNL uno strumento non solo di approfondimento culturale, ma si spinge coraggiosamente a ipotizzarne una specifica valenza terapeutica. Il medico cura con l'uso di farmaci, cura con il ricorso a terapie di tipo fisico, ma cura anche con le sue parole e con i suoi atteggiamenti, come fanno bene tutti coloro che fanno psicoterapia, perché sono psicoterapeuti. E il paziente si aspetta da ogni medico una valenza di tipo psicoterapeutico, ossia una capacità di contribuire al processo di cura anche con le sue parole ecc. Il medico che sa, sa anche comunicare e comunica con un linguaggio adeguato, in cui il significato delle parole evoca nel paziente vissuti di benessere sul piano psico-somatico e di speranza sul piano spirituale. Lo predispone non solo all'ascolto, ma alla accoglienza della cura, amplificandone gli effetti secondo un piano inclinato in cui si intrecciano anche positivi effetti placebo. La comunicazione infatti è un processo interattivo, con due aspetti essenziali; da un lato c'è l'aspetto che riguarda il "contenuto", ossia la trasmissione di un messaggio, di una informazione, e dall'altro c'è l'aspetto che riguarda la "relazione", vera e propria forma di meta-comunicazione, che consente di definire il modo in cui si deve dare una determinata informazione, ma anche il modo in cui si può decodificare questa informazione, interpretandola nella maniera dovuta. Alcune analisi linguistiche hanno messo in evidenza come, nel rapporto medico-paziente, la dominanza professionale del medico non sia legata solo e strettamente alla sua competenza professionale specifica, ma anche a una sua superiorità linguistica.

È la nuova sfida nella relazione comunicativa medico-paziente, in cui quest'ultimo impara a usare la stessa terminologia del medico, ne rilancia le affermazioni per contrastarle polemicamente o per assentire, mostrando di aver compreso più di quanto ha detto lo stesso medico. Il paziente esperto che si documenta in rete sulla sua malattia, sui suoi sviluppi, sulle sue varianti e soprattutto sulla sua prognosi, individuando tutte le possibili alternative di cura, lo fa anche per colpire il medico, per metterlo alla prova e ridimensionarne la presunta superiorità linguistica. Cerca proprio per questo di appropriarsi dei suoi codici, usa una terminologia ad alta complessità, anche quando non ne afferra pienamente il significato, ma non vuole essere ridotto al semplice livello di ascoltatore. Immagina che per contare di più nel processo decisionale debba offrire al medico l'immagine di uno che sa, che ha già esplorato il dominio del sapere, e ora nel momento del decidere è pronto a fare la sua parte, a mettersi in gioco da protagonista.

Il testo di Claudio Pensieri mostra come tra i due si stabilisca quel feedback che permette di parlare di comunicazione sociale, in cui il sapere non è meramente contemplativo, ma coinvolge l'intero piano operativo, caricandosi di emozioni prima di convergere nella decisione. La decisione che medico e paziente a questo punto prendono non può che essere consensuale e mostra la fallacia di quanti credono che nel consenso informato al medico tocchi l'onere dell'informazione al paziente la fatica della decisione. Se si ragiona in termini di PNL in sanità, e si fa ricorso alla linguistica di precisione, allora bisogna rivedere tutto l'impianto concettuale utilizzato finora per comprendere la relazione medico-paziente e il dialogo che si stabilisce tra di loro.

Occorre immaginare un nuovo Meta-modello per applicarlo alla consultazione clinica, prendendo in considerazione due momenti finora trascurati: il prefeedback e il postfeedback. Con il termine prefeedback s'intendono gli atteggiamenti di consenso, di dissenso, di apprezzamento o di rifiuto con cui chi ascolta si pone in posizione di ascolto. È così che si può influenzare il modo di esprimersi di chi cerca di comunicare qualcosa, attraverso una mimica o una gestualità che ne marca la punteggiatura emotiva imponendo scelte lessicali diverse, nel tentativo di compiacere o di non irritare l'interlocutore. In altri termini detta la linea a chi parla, con un gesto, un commento, una presa di posizione; obbliga a muoversi nel solco tracciato da un atteggiamento che vincola l'accettazione o il rifiuto di chi sta per parlare, spingendolo a pesare le parole, a evitare certi termini, creando titubanza e una certa insicurezza nell'altro.

Con il postfeedback entra in gioco un effetto ritardato, che si riappropria delle cose dette e delle risposte ottenute a specifiche domande in un tempo successivo, per sottoporle a un nuovo filtro emotivo che scatta nel momento in cui si è esposti a una pluralità di relazioni che seguono al momento del dialogo. Difficile prevedere gli effetti di una comunicazione condivisa a livello medico-paziente, quando si esce dal contesto protetto del rapporto. Anche con una forte esperienza di PNL non è possibile prevedere cosa accadrà delle cose dette e delle cose udite quando si entra in un contesto con elevata densità relazionale. Quando le parole rimbalzano in seno a una comunità, che sia la famiglia o un gruppo di amici e di colleghi, l'intensità delle relazioni e delle interazioni su di uno stesso tema o problema diventa un elemento fortemente distorsivo rispetto alla relazione d'aiuto, proprio in virtù della delicatezza delle situazioni trattate che impongono un alto grado di intimità e di riservatezza.

Su prefeedback e postfeedback la riflessione di Claudio Pensieri mostra come sono strettamente legate alla dimensione storica dell'esperienza umana che non è mai puntiforme e rimanda invece alla vita dell'uomo nel suo lento svolgersi nel tempo; è proprio questo aspetto della vita umana che rende necessario adattarsi continuamente al mutare delle circostanze, mantenendo il senso della propria identità personale che rende tutti e ognuno riconoscibili nelle loro convinzioni,

nelle loro reazioni e nel loro modo di porsi in relazione con gli altri. Si tratta di evitare due diversi scogli: da un lato un eccessivo individualismo, che mostra la tendenza del soggetto a essere autoreferenziale, a parlare sempre di se stesso, ponendosi in ogni situazione in primo piano; dall'altro c'è il rischio di scivolare in una sorta di anonimato, definita da un atteggiamento silenzioso, il cosiddetto taciturnismo, che caratterizza colui che parla pochissimo, solo se interrogato, e mostra scarsa volontà di comunicare con l'altro. È un modo di porsi che dà la percezione di sentirsi poco considerato, per cui si tende a sottrarsi alla relazione. Nelle relazioni di cura questo atteggiamento è controproducente, perché il taciturno trasmette all'altro uno stato di frustrazione. Ma anche il comportamento dell'individualista, narcisistico e logorroico, crea nell'interlocutore un senso di stanchezza che inibisce l'iniziativa dell'altro, riducendone la partecipazione al dialogo.

Troppe parole o poche parole (in PNL sono metaprogrammi secondari chiamati "Grandi Chunks" o "Piccoli Chunks") diventano parametri qualitativi in una relazione che ha bisogno costante di equilibrio per scolpire in modo chiaro le credenze del medico e del paziente, che attraverso le loro parole cercano di verificare ciò in cui credono loro e ciò in cui credono gli altri. Claudio Pensieri dedica alle credenze dei pazienti il suo ultimo capitolo e afferma: "Ogni volta che un paziente fa un'affermazione su come secondo lui gira il mondo, mappa il mondo secondo i suoi criteri. Nel mappare il mondo generalizza a "regole" e "credenze" esperienze di vita, informazioni ricevute dai mass-media o dall'ambiente circostante o da eventi a cui assiste. Quando le credenze del paziente risultano un ostacolo al percorso terapeutico sarebbe il caso di saper intervenire per ristrutturarle in modo potenziante". Sono le parole del paziente che dischiudono al medico una finestra sul suo mondo interiore in cui abitano

quelle convinzioni profonde che facilitano o ostacolano lo stesso processo di cura. Ma sono anche le parole del medico che offrono al paziente uno spaccato sulla vita interiore del suo medico e gli permettono di fidarsi più o meno di lui, rendendo possibile stabilire una relazione di affidamento. Le rispettive credenze sono frutto di esperienze di vita per entrambi: c'è voluta una vita perché si strutturassero, eppure è per questo crocevia che le possibilità di cura si amplificano o si riducono. La consapevolezza di quanto valgono le proprie parole aiuta certamente a comunicare meglio e a curare di più: curando non solo le parole, ma curando attraverso le parole chi ne ha più bisogno. Pensieri, senza ignorare il valore delle emozioni, cerca di incanalare il flusso riconducendolo a quell'antica mappa delle cinque W, sempre utile per non perdere di vista di cosa si parla, a chi si parla e in quali circostanze: dove e quando, senza mai dimenticare perché si sta comunicando: Who, What, When, Why, Where. Lo scopo principale delle proprie convinzioni e dei propri sistemi di convinzioni è quello di collegare i valori fondamentali della propria vita alle proprie esperienze, facendone una vera e propria mappa per orientarsi nel mondo. E le parole in questo universo complesso possono offrire una segnaletica tanto più efficace quanto più e meglio esprimono la realtà delle cose; quelle che sono al di fuori di noi, quelle che accadono a volte senza sapere come e perché; e quelle che si svolgono dentro di noi sorprendendoci per la loro intensità e lasciandoci a volte felici, altre volte tristi; a volte motivati a reagire, altre volte sorpresi dal dolore e dalla sofferenza. Merito di questo libro è di evidenziare come la linguistica di precisione aiuta a mappare in modo sempre più chiaro e prevedibile questo doppio universo, interiore ed esterno, facendone un sistema intelligibile e perciò stesso descrivibile, comunicabile e condivisibile.

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Annotazioni al “Trattato delle malattie dei lavoratori” di Bernardino Ramazzini

FRANCESCO CARNEVALE

Edizioni Polistampa, Firenze 2016

È un vero piacere poter proporre alla lettura e alla consultazione la prima edizione critica del famoso trattato del medico carpigiano Bernardino Ramazzini (1633-1714), opera più nota con il nome latino *De Morbis artificum diatriba*, curata da Francesco Carnevale, medico del lavoro e noto storico italiano di Bernardino Ramazzini e della medicina del lavoro.

Questa edizione contiene diversi elementi di interesse, rispetto alle precedenti stampe del *De Morbis*, che si limitano a introdurre il pensiero e a riproporre la traduzione in italiano del testo latino di Bernardino Ramazzini.

Come noto il *De Morbis artificum diatriba*, dato alle stampe nel 1700, si caratterizza storicamente come la prima opera di valore scientifico, in cui si elencano e descrivono, in base alle tecnologie disponibili in quel periodo, le modalità di lavoro e le malattie proprie di numerosi lavoratori (oggi si parlerebbe di mansioni o profili professionali).

Le malattie descritte nel *De Morbis* sono numerose: le prime sono quelle dei minatori, a cui seguono molti capitoli dedicati alle malattie dei doratori, dei chimici, dei pittori, dei becchini, solo per citarne alcune.

L'interesse e l'originalità assoluta del *De Morbis* risiede nel fatto che Ramazzini apre uno scenario totalmente nuovo, tanto che è stato coniato il termine “metodo Ramazzini”, per descrivere un approccio originale, molto concreto, alle malattie causate dal lavoro in quanto molto ben ancorato alla realtà descritta.

Lo stesso Ramazzini attesta di conoscere bene la realtà del mondo del lavoro in quanto, come riferisce nella prefa-

zione al *De Morbis*: “Io, da parte mia, ho fatto tutto quello che pensavo fosse giusto fare e non mi sono sentito sminuito quando, per osservare tutte le caratteristiche del lavoro manuale, entravo nelle botteghe artigiane più modeste [...]”.

È proprio questa conoscenza diretta, che permette a Ramazzini di ipotizzare la patogenesi delle malattie da lavoro e anche di descriverne la sintomatologia clinica con le cosiddette “stigmati professionali”. Perviene in diversi casi anche a suggerire, fatto assolutamente nuovo per quell'epoca, alcune possibili misure preventive.

Nella lettura del Trattato emergono anche alcuni aspetti della personalità dell'Autore, meritevoli di citazione per il senso dello humour, come quando nella nota di saluto al suo libro – *Auctor ad librum* – il Ramazzini scrive: “Essendo tu foriero di alcune novità per gli eruditi, i più curiosi tra di loro si precipiteranno, letto però che avranno alcune pagine, è prevedibile che ti facciano finire nelle botteghe o per le strade dove la gente comune può acquistare salsicce, salsa di pesce e quanto c'è di più unto. Non avvertene a male, questo è un fatto normale”.

Molto icastica è anche l'affermazione riportata nel capitolo dedicato alle malattie dei becchini, il *Caput XVIII De Vespillorum Morbis*, in cui Ramazzini scrive: “È giusto preoccuparsi della salute dei becchini la cui opera è tanto necessaria; è giusto dal momento che sotterrano i corpi dei morti insieme agli errori dei medici. È giusto che la medicina contraccambi, per quanto può, l'opera svolta dai becchini nel salvaguardare la reputazione dei medici. Bisogna consigliare degli accorgimenti che riducano il più possibile i danni che al becchino derivano dal proprio lavoro ecc.”.

Prima del *De Morbis* non è disponibile nella “letteratura scientifica” alcuna opera che affronti in modo unitario e sistematico questo settore della patologia umana, così importante per la sua rilevanza sociale, etica ed economica.

Il *De Morbis*, fin dalla sua prima pubblicazione nel 1700, a cui ne seguirà un'altra nel 1713 che è quella riportata integralmente in latino in questa edizione critica di Carnevale,

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Andrea Verga
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: a.verga@unicampus.it

sarà sempre più letto non solo nell'accademia e dai medici, ma anche da personaggi per così dire non tecnici.

Per comprendere come quest'opera sia stata rilevante, non solo in ambito scientifico ma anche per il pensiero umano più generale, basti ricordare fra le numerose citazioni possibili che il *De Morbis* è menzionato da Adam Smith nella sua opera del 1776 "Indagine sulla natura e sulle cause della ricchezza delle nazioni" o da Karl Marx nella quarta sezione del primo libro del "Capitale", dedicata al plusvalore e alla divisione del lavoro nella società.

Questa edizione critica del *De Morbis* si presenta come un vero e proprio studio e commento scientifico del trattato ramazziniano. L'edizione di Carnevale è molto ricca e approfondita. Si apre con una Premessa in cui si riportano in modo sintetico altri testi che nella storia si sono occupati del rapporto salute-lavoro. Segue uno Studio molto dettagliato che funge da introduzione alla figura e all'opera di Ramazzini. Interessante è anche la copiosa bibliografia, in cui sono elencate tutte le traduzioni seguite alla prima del 1700, anche in altre lingue.

Entrando nel vivo del libro, Carnevale ha scelto di riportare il testo completo in latino del *De Morbis* tratto dall'edizione del 1713. Per ogni capitolo, che corrisponde a uno specifico lavoro, viene riportata la traduzione della parte più importante del testo latino, ritenuta più significativa dal curatore. La traduzione del testo latino è chiara, scorrevole,

così da rendere piacevole la lettura di un testo scritto nel latino del XVIII secolo.

Ogni capitolo è corredato da una nota di commento di Carnevale in cui, come medico, valuta la bontà del pensiero di Ramazzini in termini scientifici e preventivi, in relazione alle conoscenze odierne.

L'edizione comprende, oltre al *De Morbis*, anche altre opere meno note di Ramazzini ma di argomento analogo, fra cui la Dissertazione sulla tutela della salute delle vergini religiose. Segue un importante apparato bibliografico e un altro studio intitolato "L'umano sguardo di un medico letterato". I testi di questa edizione critica sono arricchiti infine da immagini di mestieri tratte da una ricchissima serie di fonti di storia dell'arte e dell'architettura, che costituisce una vera e propria galleria artistica, che permette al lettore di rendersi conto delle condizioni di lavoro lungo i secoli.

Prima dell'Indice dei nomi e di quello generale si trovano un Sillabus e un Index che ripropongono quelli che compaiono nella edizione definitiva del *De Morbis*, quella appunto del 1713.

Questa edizione critica, oltre a caratterizzarsi come un commento ragionato dell'opera più famosa del Ramazzini, si configura come un vero e proprio contributo scientifico, utile sia per chi si occupa di storia della medicina, sia per ogni medico che voglia comprendere meglio l'origine e l'evoluzione scientifica del rapporto fra salute e lavoro.