

L'etica nella professione e nelle organizzazioni. Conviene parlarne per una maggior trasparenza, appropriatezza e sostenibilità della diabetologia

Ethics in the profession and organizations. Let's talk about it



M.F. Mulas¹

mfranca.mulas6@gmail.com

Oggi tutti gli addetti alla sanità devono partecipare con responsabilità alla progettazione dei modelli d'assistenza sanitaria più appropriati all'obiettivo di tutelare la salute dei cittadini.

Il termine responsabilità richiama l'esigenza di parlare di etica che non scaturisce dalla necessità di legittimare l'ottimale impiego delle risorse o raggiungere più elevati livelli di efficienza. Esperienze internazionali dimostrano che se un'organizzazione non s'impegna su valori come l'onestà, l'integrità, la correttezza, finisce per avere problemi nell'offerta dei propri servizi. L'etica entra in gioco nei sistemi sanitari quando si devono affrontare problemi che comportano scelte tra un pannello di soluzioni possibili secondo criteri quali l'appropriatezza, il miglior processo o l'acquisizione delle competenze necessarie alla pianificazione di un processo di lavoro. La decisione di utilizzare una terapia inappropriata o più costosa non è un problema di mancanza di eticità, ma d'incompetenza e di scarso controllo dei costi; lo diventa quando la mancanza di un monitoraggio dei costi permette al professionista la scelta discrezionale tra fare il proprio interesse o quello del paziente.

La dimensione etica è in stretta attinenza con un più alto livello di responsabilità professionale capace di sviluppare competenze orientate al servizio per i cittadini e al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Le valutazioni internazionali⁽¹⁾ riconoscono che la sanità italiana eroga servizi di buon livello in linea con quelli europei. Il dato peggiore emerge dalla spesa per i programmi di prevenzione che vede l'Italia agli ultimi posti per la mancanza di risorse da destinare a tale attività.

Negli ultimi anni la tendenza al definanziamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn) è stata costante, pesante (-32,5% in meno rispetto all'Europa occidentale) e si è arrestata solo nel 2017. Il finanziamento del Ssn ha subito rilevanti tagli e «non è in grado di sopportare nuove restrizioni finanziarie, pena un successivo peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori»⁽²⁾. In futuro non ci saranno risorse aggiuntive e non si potranno finanziare servizi essenziali e vere innovazioni, se le Regioni non avviano un processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze per reinvestire in ciò che serve davvero, sulla base delle evidenze scientifiche.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, in Italia, la Corte dei Conti (CdC) certifica che «nel settore sanitario si intrecciano con sorprendente facilità episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione favoriti dalla mancanza di sistemi di controllo»⁽³⁾. Ancora, «Il settore Sanitario presenta livelli inaccettabili d'inappropriatezza organizzativa che alimentano episodi di corruzione a danno della collettività» (CdC 2012). Il CORIPE Piemonte⁽⁴⁾ segnala che «Opacità, inefficienze e illegalità pervadono tutti i sistemi di tutela della salute compreso il Ssn, pur con notevoli divari fra le diverse realtà territoriali e settoriali».

Secondo il Transparency International Italia⁽⁶⁾ la presenza di tali illecittà è determinata da fattori quali l'asimmetria informativa («la mancata comunicazione trasparente tra pazienti, operatori, aziende produttrici e ufficiali responsabili della spesa»), la grande complessità del sistema sanitario («difficoltà e analisi di raccolta delle informazioni, di sviluppo della trasparenza, di prevenzione della corruzione»), l'incertezza del mercato della sanità («difficoltà per i decisori policymakers di prevedere la diffusione di

¹ UOC Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale S. Martino di Oristano.

malattie per allocare risorse comprendere i costi e l'efficacia delle cure»).

La corruzione è un reato invisibile, senza vittime immediate, che ricade su una platea diffusa di soggetti rendendo difficile individuarne le conseguenze finali. Ancora, secondo il CORIPE Piemonte «la combinazione di asimmetria informativa e conflitto di interessi, determina un divario di informazioni che sfavorisce il sostegno agli interessi sanitari primari (salute dei pazienti e verità dei risultati della ricerca) a favore degli interessi secondari quali il guadagno economico e i vantaggi personali». Questa agenzia individua cinque ambiti, dove il conflitto d'interesse spesso incicia il comportamento sanitario virtuoso:

- il mercato delle prestazioni sanitarie, in cui i professionisti possono influenzare sia la domanda sia l'offerta;
- l'informazione scientifica, che proviene in gran parte dalle aziende produttrici di tecnologie e farmaci;
- l'esercizio della libera professione da parte dei medici *intramoenia*;
- le società scientifiche, che definiscono gli standard di cura e le norme deontologiche che riguardano i diritti, i doveri, le responsabilità nei rapporti con i pazienti, e tutti gli attori che agiscono nel Snn;
- le associazioni dei pazienti, che partecipano alle decisioni pubbliche e che presentano strutture, composizioni, finanziamenti non sempre chiari. Nel documento *Corruzione e sprechi in sanità, 2013*⁽⁶⁾ si afferma che il nostro sistema soffre di un diffuso corporativismo e autotutela che, di fatto, riduce la capacità di controllo. Alcuni esempi di questa scarsa attenzione sono le valutazioni dei dirigenti che sono descritte sempre positive, indipendentemente dalla qualità dei servizi erogati, l'assenza di misure efficaci in termini di poteri d'indagine, sanzionatori e di protezione per chi denuncia l'illegalità.

Associazione Medici Diabetologi (AMD) ha nella sua *mission* il miglioramento della qualità dell'assistenza diabetologica e la sostenibilità del Ssn. Dalla sua nascita (1976), ma soprattutto da metà degli anni '90, con progetti e strumenti di Clinical Governance (Figura 1) ha incrementato la cultura professionale dei propri soci, e si propone, oggi, di supportare e rendere realizzabili ed efficaci alcune delle proposte identificate da un gruppo di esperti nel documento *Corruzione e sprechi in sanità, 2013*, in particolare quelli più consoni al ruolo delle società scientifiche e dei professionisti sanitari che vi appartengono.

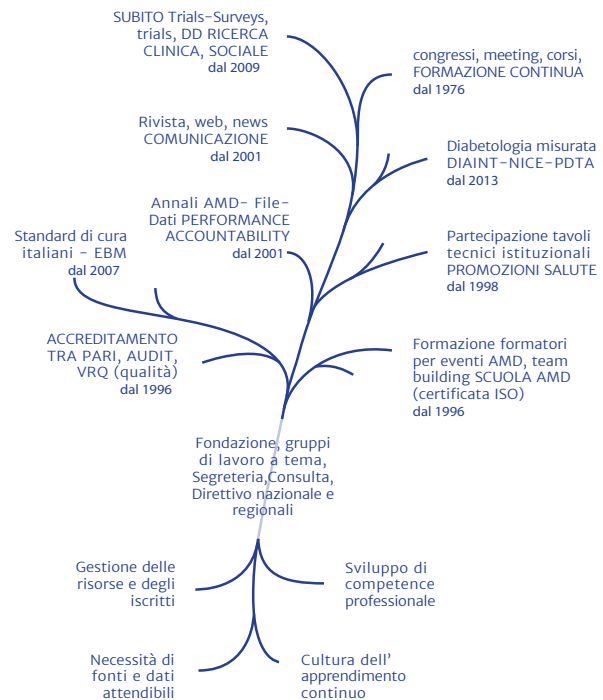


Figura 1 La declinazione - Radici, tronco, rami dell'albero - di clinical governance da parte di AMD.

Il tema dell'etica nella professione diabetologica rappresenta l'evoluzione dell'impegno di *Diabetologia Misurata* gruppo a progetto di AMD uno degli *spin-off* del Grande Progetto Subito!, si è concretizzato in iniziative rivolte allo sviluppo della dimensione della appropriatezza e della sostenibilità. In seguito, i progetti Need Is Core of Effectiveness (NICE) ha prodotto offerte formative capaci di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, Diabetes Intelligence (DIAINT) ha revisionato il valore della specificità diabetologica in un sistema sanitario che cambia rapidamente. Come detto precedentemente, la parola etica si associa molto strettamente a responsabilità, termine sul quale molti attori della società contemporanea auspicano una riflessione profonda da parte dei professionisti della sanità. Inoltre, AMD da diversi anni interpretando le attese e i bisogni di istituzioni e parti sociali ha declinato diversi strumenti di *clinical governance*, ricerca clinica, audit, banche dati indicatori, formazione e sviluppo della *competence* del diabetologo, coinvolgimento dei pazienti e delle istituzioni, gestione del rischio, etc. La motivazione a questo impegno è determinata dal fatto che il diabetologo si occupa di cronicità con un forte rischio del sistema che deve essere analizzato con un forte rigore etico.

del sistema che deve essere analizzato con un forte rigore etico.

Il mandato che AMD ha assegnato nel 2013 al gruppo *Diabetologia Misurata* è stato di diventare un riferimento, con incontri, strumenti, sostegno per lavorare maggiormente in ottica di sistema, secondo logiche di responsabilità, competenza, prassi clinico-organizzative misurabili e misurate, con dinamiche di alleanza e utilizzo dei dati per una sempre più puntuale valutazione della sostenibilità dei processi di lavoro. Il mandato è stato affrontato partendo da due concetti fondamentali. Il primo, la sostenibilità ovvero uno sviluppo è sostenibile se è capace di soddisfare i bisogni del presente senza compromettere le necessità delle future generazioni⁽⁷⁾. Il secondo, la responsabilità ovvero agisci perché le conseguenze delle tue azioni non distruggano la possibilità di assistenza sanitaria⁽⁸⁾.

L'adesione al progetto *Choosing Wisely* di *Slow Medicine Italia* con l'identificazione di "5 pratiche diabetologiche ad alto rischio d'inappropriatezza" è stata una tappa fondamentale per la metodologia applicata, la partecipazione, il coinvolgimento della comunità diabetologica. La valutazione d'impatto delle cinque pratiche, pesata con una survey volta a verificare quali potessero essere nella pratica lavorativa gli ostacoli alla loro applicazione, ci ha indicato la strada che oggi stiamo percorrendo. Gli oltre quattrocento colleghi che hanno risposto alla ricerca hanno individuato nelle opinioni del paziente, nelle barriere organizzative e culturali, nella minaccia alla libertà decisionale, nella necessità di personalizzare le cure, in una generale difficoltà al cambiamento delle pratiche gli ostacoli principali. Le obiezioni elencate non sono correlate alla difficoltà di applicare le "linee guida", quanto all'autoreferenzialità e discrezionalità con cui prendiamo decisioni di cura e organizzazione. È questo il momento dell'etica.

"L'etica entra in gioco quando si devono affrontare problemi che comportano scelte tra un pannello di soluzioni, osservando criteri quali l'appropriatezza,

il miglior processo o l'acquisizione delle competenze necessarie alla pianificazione di un processo di lavoro, la sostenibilità nel tempo delle soluzioni scelte"⁽⁹⁾. Queste sono le ragioni per cui AMD e il gruppo *Diabetologia Misurata* hanno voluto organizzare un evento che, con la collaborazione di diversi esperti di etica, di politica sanitaria, di formazione continua, di organismi di controllo dei conti, rappresentasse una riflessione sui comportamenti professionali dei diabetologi, paradigmatici operatori della cronicità. In molti momenti della loro vita professionale essi affrontano decisioni discrezionali che, come abbiamo detto, sono parte integrante della loro professionalità, possono rappresentare occasione di conflitto d'interessi e inficiare il comportamento virtuoso loro e della Società Scientifica d'appartenenza.

L'evento ha rappresentato un'ottima occasione per posizionare tutti i concetti che negli anni hanno attraversato la vita dei diabetologi e che in una mappa virtuale rappresentano ora più che mai la strada per la sostenibilità.

BIBLIOGRAFIA

1. Rapporto OECD, <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf> 2011.
2. Illuminiamo la salute, marzo 2015.
3. http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/documenti_procura/procura_generale/relazioni_anni_giudiziari/, Corruzione, allarme cortei dei conti, *Il sole* 24 ore 23 febbraio 2011.
4. Dirindin N. Corruzione in sanità brucia 6 mld l'anno. Una rete nazionale per fermarla e non lasciare solo chi vuole lavorare bene, *Quotidiano Sanità*, 24 giugno 2014.
5. <http://www.port.ac.uk/departments/academic/icjs/centreforcounter-fraudstudies/documents/filetodownload,182354,en.pdf>.
6. Transparency International Italia. Corruzione e sprechi in sanità, 2013.
7. Rapporto Brundland. London, Oxford University, 1987.
8. Lonas H. The Imperative of responsibility. In search of an ethics for the technological age. Chicago University, 1984.
9. Shaw GB. Il dilemma del dottore, 1906.