

COMESA
Via M. Idiomi 3/6
20090 Assago (Mi)
tel. 02.45706328
fax 02.45706329
e-mail: info@comesa.com



Gestione

54 Salute e sanità pubblica: nozione e percezione
Giuditta De Leo e Lorenzo Renzulli

60 Superare il terremoto
Roberto Frazzoli

Diagnostica

66 La simulazione migliora le prescrizioni diagnostico-terapeutiche
A. Pepino, A. Torri, A. Mazzitelli, G.P. Ferulano, M. D'Ambra

74 Notiziario AIIC
a cura dell'Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Tecnologie

72 Dispositivi medici. Nuove regole europee per facilitare la libera circolazione e rafforzare la sicurezza dei pazienti
Armando Ferraioli

75 Sentenze
Silvia Ceruti

76 Normativa
Silvia Ceruti

78 Agenda
a cura di Roberta Grisotti

80 Prodotti
a cura di Andrea Silva



TECNICA OSPEDALIERA

Anno XLIII - Numero 2 - febbraio 2014

Direzione, Redazione, Abbonamenti/Head office, editorial office, subscriptions:
Amministrazione e Pubblicità

Administration and advertising: Casa Editrice/Publishing firm

© tecniche nuove s.p.a.
Via Eritrea, 21 - 20157 Milano - Italy
Telefono 02390901 - 023320391

Direttore editoriale/Editor in chief:

Ivo A. Nardella

Direttore responsabile/Publisher:

Giuseppe Nardella

Direttore commerciale/Sales manager:

Cesare Gnocchi - cesare.gnocchi@tecniche nuove.com

Redazione/Editorial staff: Cristina Suzzani;

tel. 0239090318 - fax 0239090332

e-mail: cristina.suzzani@tecniche nuove.com

Referee:

AIIC (Tecnologie & Dispositivi), Stefano Capolongo (Ospedale del mese, Progettazione, Ospedali d'Europa), Fabrizio Giari (Gestione), Luciano Villa (Sicurezza)

Comitato scientifico/Scientific Committee:

Stefano Capolongo, Pietro Denico, Gaetano Maria Fara, Paola Freda, Fabrizio Gianfrate, Paolo Lago, Marilena Pavarelli, Giovanni Sacripanti, Fabrizio Schiaffonati, Carlo Signorelli, Cesare Stevan, Luciano Villa

Coordinamento stampa e pubblicità/

Printing and advertising coordination:

Fabrizio Lubner (esp.) - Giusy Fornaroli (tel. 0239090295 fax 0239090236) - giusy.fornaroli@tecniche nuove.com

Grafica, disegni ed impaginazione/Graphics, drawings and layout:

Grafica Quadrifoglio S.r.l. - Milano

Abbonamenti/Subscriptions:

Luisa Branchi (responsabile) e-mail: luisa.branchi@tecniche nuove.com

Alessandra Calabrone e-mail: alessandra.calabrone@tecniche nuove.com

Domenica Sarrocco e-mail: domenica.sarrocco@tecniche nuove.com

Tel. 0239090261 - Fax 0239090335 - abbonamenti@tecniche nuove.com

Hanno collaborato a questo numero/Contributors to this edition:

R. Altea, S. Capolongo, R. Caminati, S. Ceruti, M. D'Ambra, G. De Leo, A. Ferraioli, G.P. Ferulano, R. Frazzoli, R. Grisotti, G. La Franca, C. Lucchini, A. Mazzitelli, A. Pepino, A. Rebecchi, L. Renzulli, G. Repposi, A. Silva, S. Somarè, A. Torri, L. Villa

Abbonamenti/Subscriptions:

Tariffe per l'Italia: cartacea annuale € 60,00; cartacea biennale € 110,00; digitale annuale € 45,00; Tariffe per l'Estero: c. le annuali € 45,00. Per abbonarsi a Tecnica Ospedaliera è sufficiente versare l'importo sul conto corrente postale n. 394 oppure a mezzo vaglia o assegno bancario intestati a Tecniche Nuove Spa - Via Eritrea 21 - 20157 Milano. Gli abbonamenti decorrono dal mese successivo al ricevimento del pagamento. Costo copia singola € 2,70 (presso l'editore, fiere e mani zioni) Copia arretrata (se disponibile) € 5,50 + spese di spedizione.

Ufficio commerciale-vendita spazi pubblicitari/Commercial department - sale of advertising spaces:

Milano - Via Eritrea, 21

Tel. 0239090283-39090272 - Fax 023551535

Uffici regionali/Regional offices:

Bologna - Via di Castella, 181/3

Tel. 051325511 - Tel. 051324647

Vicenza - Contra S. Caterina, 29

Tel. 0444540733 - Fax 0444540720

E-mail: cominter@tecniche nuove.com

Internet: http://www.tecniche nuove.com

Stampa/Printing: New Press - Via De Gasperi, 4 - Cernusco (CO)

Dichiarazione dell'Editore

La diffusione di questo fascicolo carta + on line è di 18.264 copie

Responsabilità/Responsibility: la riproduzione delle illustrazioni e articoli pubblicati dalla rivista, nonché la loro pubblicazione in altre riviste, senza esplicita autorizzazione della Casa Editrice: manoscritti e le illustrazioni alla redazione non saranno restituiti, anche se non pubblicate; la Casa Editrice non si assume responsabilità per il c. che si tratti di esemplari della Casa Editrice non si assume responsabilità per i casi di eventuali errori contenuti nei articoli pubblicati o di errori in cui fosse incorsa nella loro riproduzione sulla rivista.

Associazioni/Associations:

ANES

ASSOCIAZIONE ITALIANA INGEGNERI CLINICI

ASSOCIAZIONE ITALIANA INGEGNERI CLINICI

Organo Privilegiato A31.C

(Associazione Italiana Ingegneri Clinici)

Sottile aiuto di S.I.T.O.

(Società Italiana di Tecnica Ospedaliera)

Periodicità/Frequency of publication: mensile - Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento Postale - D.L. 352

(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano

Registrazione/Registration: N. 37 del 16-1-1971 Tribunale di Milano - Iscritta al ROC Registro degli Opera

di Comunicazione al n. 6419 (delibera 236/01/Cons del 30-6-01 dell'Autorità per le Garanzie nelle Comuni cazioni) testata volontariamente sottoposta a certificazione e diffusione in conformità al Regolamento

Tecniche Nuove pubblica inoltre le seguenti riviste/Technique nuove also publishes the following magazin
AC Apparecchi Elettrodomestici, Aeroc & Design, Automazione Integrata, Backstage, Bagno Design, Bictech, Commercial Intercomunicazioni, Computer Music Studio, Cosmetici-farmacia, Costruire in Laterizio, Cucina Natu DM, Il Design Moderno, Eletto, Energia Solare & rinnovabili, Energie, Estetica Medica, Estetica Moderna, Fama News, Fluid Measurings di potenza, Ingegneria - Pressione, GEC Il Giornale del Cartolaio, Global Heating and Cooling, Global Metallworking, Griffe Collection, Griffe, GT Il Giornale del Termoidraulico, HA Household Applian Hepel, Domani, Il Commercio Edile, Il Lente, Il Nuovo Cantiere, Il Pediatra, Il Progettista Industriale, Il tuo elettrodomestico, Imballaggio, Impianti Solari, Imprese Agricole, Imprese Edili, Industria della Carta, Italia Grafica, Kosmetica, L'Ingenista Moderno, L'Odontotecnico Moderno, La tua farmacia, Laboratorio 2000, Lamiera, L'Erboris L'Impianto Elettrico & Domotico, Logistica, Luce & Design China, Luce & Design, Macchine Agricole, Macchine Alimentari, Macchine Edili, Macchine Utensili, Medicina Naturale, Nautech, NCF Notiziario Chimico Farmaceuticc Noleggio, Oleodinamica Pneumatica Lubrificazione, Organi di Trasmissione, Ortopedici e Sanitari, Plastix, Porte & Finestre, Progettare Architettura - Città - Territorio, Progetto Colore, RCI, Serramenti + Design, Stampi Progettati e Costruzione, Strumenti Musicali, Subfornitura News, Technofashion, Tecnica Calzaturiera, Tecnica Ospedaliera, Tecnologie del Fido, Tema Farmacia, TF Trattamenti e Finiture, Utensili & Attrezzature, Veicoli elettrici, VQ - Vite, Vir Qualita, Watt Elettrodomestici, ZeroSottoZero

Salute e sanità pubblica nozione e percezione

ella XI Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la vita (Roma, 21-22 febbraio 2005) Giovanni Paolo II illustra il significato del termine salute

affermando che «non è facile definire in termini logici e precisi un concetto complesso e antropologicamente ricco come quello di salute, ma è certo che con questo termine si intende riferirsi a tutte le dimensioni della persona, nella loro armonica e reciproca unità: la dimensione corporea, quella psicologica, quella spirituale e morale».

In questa visione della nozione di "salute", Democrito di Abdera percepiva la salute come una complessità di funzioni vitali del corpo coniugata con la sensazione soggettiva di star bene, anche nei momenti di relazione familiare e sociale, in un armonico equilibrio di rapporti tra

fisicità e psichicità. Il pensiero di Platone pone al centro della realtà la natura ancipite dell'uomo nella sua dialettica di corpo mortale e corruttibile e psiche (anima immortale e spirito guida, secondo entità di attenzione olistica di una integrità fisio-psichica. Ippocrate orienta la sua prospettiva sulle relazioni che l'interfaccia salute/malattia manifesta nei contesti comportamentali, ambientali e afferma che «chiunque desidera indagare correttamente in medicina dovrebbe procedere così: in primo luogo, dovrebbe considerare le stagioni dell'anno, poi i venti caldi e freddi, dobbiamo anche considerare le acque e la posizione delle città e la terra, se essa è spoglia e povera di acqua o boschiva e ben irrigata, e il modo di vivere dei loro abitanti, le loro abitudini, se essi sono dediti agli eccessi del bere e del mangiare, se sono pigri o dediti al lavoro». In epoca romana si venerava la divinità Salus, nel suo significato primario di salute, in un'interpretazione sociale e politica di salute pubblica, con un culto periodico (in origine annuale) di invocazione e preghiera a favore dello stato e del popolo, alla presenza delle alte magistrature e del Collegio degli Au-



GIUDITTA DE LEO
E LORENZO
RENZULLI

Società Italiana di
Tecnica Ospedaliera

itana L., 1956). Nelle meditazioni di Benedetta la vita umana è intesa come «non solo quella che si definisce per la circolazione del sangue e per quelle che sono comuni a tutti gli animali, ma soprattutto quella che si definisce per la ragione, la vera vita della mente» (Montano A., 2006). In tutti e due le diverse civiltà nozione e percezione del corpo rivestono connotazioni e identità di precetti e di precetti prescritte come comportamenti indotti da testi sacri quali Bibbia e Corano o divulgati secondo la pratica medica del tempo come nel caso della Scuola medica salernitana, del "Liber de medicina sanitate" di Petri Hispani (1210-1277), della Scuola di Salerno o sia dell'arte del ben conservare di Avenzoar (1210-1280) o di Domenico Mercurio M.J. (1765). Quindi sotto questi profili in questi ambiti la salute è la manifestazione e la realizzazione di condizioni dinamiche di benessere determinate ed espresse da dimensioni di equilibri virtuosi e relazioni di natura religiosa, biofisica, psichica, ambientale, dei comportamenti, ambientale e sociale, in senso lato, che si strutturano in sinergie di reciprocità.

Aspetti istituzionali

Il ruolo delle istituzioni, i principi e gli orientamenti della concezione di salute delineata e presentata sono partecipati nella definizione condivisa a livello universale contenuta nel Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO: Basic documents, 15th edition, 1961) che definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in assenza di malattia o infermità. Stabilisce l'art.25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite (Assemblea generale, 10/12/1948): «ogni persona ha il diritto ad avere un livello di vita sufficiente ad assicurare il suo benessere per sé e per i propri familiari, specie le cure mediche, nonché i servizi sociali necessari». Dal combinato disposto degli enunciati, è palese che mentre l'Oms fa coincidere la nozione di salute con quello di benessere, a significare che il benessere è l'effetto della salute, per l'Onu le nozioni di salute e benessere hanno identità distinte e correlate, esprimendo valori reciprocamente integrabili e influenzabili. In questi ambiti la nozione di salute prospetta un superamento dell'originale significato medico antitetico di malattia, evolvendo anche sul piano sociale e culturale, per cui se è vero che quando esiste la malattia fisica una compromissione a varia complessità del-

la salute, non è altrettanto certo che in assenza di malattia la salute possa essere percepita integra in senso lato. In questo senso, per esempio, il diritto alla salute di cui all'art.32 della Costituzione Italiana appare elastico e indeterminato nei contenuti, cosicché sul piano giuridico si configura di massima come diritto a ricevere quelle prestazioni di natura sanitaria e sociale contemplate dall'Ordinamento dello Stato, che consentono la possibilità (ma non la garanzia) di pervenire a quella condizione di benessere qualificata e percepita come salute. Sul piano internazionale nel tempo sono scandite conferenze, risoluzioni, raccomandazioni, trattati quali: la carta sociale europea (Torino, 18/10/1961); la Conferenza di Alma Ata (1978); la carta di Ottawa sulla promozione della salute (1986); le raccomandazioni di Adelaide (1988); il rapporto di Sundswall (1991); la carta di Lubiana (1996); la Conferenza di Giacarta (1997); la carta dei Diritti fondamentali dell'Ue: art. 35-Protezione della salute (Nizza, dicembre 2000); la carta di Tallin (2008); la strategia Oms (30° Assemblea generale) della "Salute per tutti" nella proiezione al 2020 (Renzulli L., 2011), che costituiscono fondamentali momenti di attenzione e promozione della salute nella sua connotazione fisica, psichica, sociale (dell'individuo come della collettività) secondo livelli socio culturali, economici, ambientali che caratterizzano la civiltà di appartenenza in contesti di modulazioni evolutive di significato, di titolarità di diritti, di tutela oggettiva, di individuazione e analisi di determinanti che in varie situazioni interferiscono, influenzando le potenzialità di sviluppo. In particolare, per gli aspetti di tutela ambientale in ragione delle forme e modalità di supporto alla tutela della salute si richiama l'obiettivo n. 37 del Trattato della Comunità Europea che prospetta (in assonanza di contenuti del trattato di Amsterdam, titolo XIX, art.174, che recepisce in buona sostanza l'art.130 R Titolo XVI Ambiente, del Trattato di Maastricht, 1982) un livello elevato di tutela dell'ambiente e il miglioramento della sua qualità "in conformità ai dettami dello "sviluppo sostenibile". Il rapporto uomo/ambiente "il posto dell'uomo nella natura" (T. Huxley,1964) si esprime nella armonia e nella integrazione di quattro variabili fondamentali costituite da (Teseleanu G., Renzulli L., 2001): l'ambiente naturale, variabile ecologica (scienza dell'habitat, oikos = casa, dimora); la variabile demografica, la variabile tecnologica economica, la variabile etico-sociale. Il voler determinare e costruire risultati positivi per questi obiettivi ha comportato la diffusione del riconoscimento del "princi-

pio di precauzione”, come formulato nella Dichiarazione di Rio de Janeiro (1992, Conferenza Onu su ambiente e sviluppo) che precisa «in caso di rischio di danno grave o irreversibile l'assenza di certezza scientifica assoluta non deve servire da pretesto per rinviare l'adozione di misure adeguate ed efficienti anche in rapporto ai costi, dirette a prevenire il degrado ambientale». Su questo principio si basa il principio dell'azione preventiva, secondo cui «prevenire è sempre meno gravoso che risarcire». Secondo Ricciardi W. e De Belvis A.G. (2009) la prevenzione in Sanità del XXI secolo dovrà essere «misurabile nei suoi costi e nei suoi effetti, flessibile e moderna nei metodi e negli strumenti, basata sulla persona (empowerment)».

La salute globale

Questa visione di impatto integrato di fattori e azioni che costituiscono i determinanti chiamati in causa nei processi e procedure di sviluppo della salute delle popolazioni, evolve in tendenze e aspettative di miglioramento con il concorso e l'intervento attivo del ruolo delle forze sociali, economiche, politiche che in questa estensione di coinvolgimento plasmano la nuova concettualità di “salute globale”, che si sostanzia nella coesione di tutte le forze che direttamente convergono nel modellare le dinamiche della salute, in contesti di globalizzazione che anche in questo dominio interessano il sistema delle nazioni (Civitelli G. et Al, 2010). Passando da questi aspetti dottrinali alle azioni sul campo che ne costituiscono l'applicazione, si rappresenta che «La Commissione dei determinanti sociali della Salute Oms (2007), ha pubblicato un documento nel quale si dimostra che i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono alla salute per il 40-50%; lo stato e le condizioni dell'ambiente di vita e di lavoro per il 20-33% l'eredità genetica per un 20-30%; i servizi sanitari per il restante 10-15%». Il Center for Disease Control and Prevention di Atlanta ha confermato per gli Usa che lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita, per il 20% dai fattori genetici e soltanto per il 10% dalla qualità dell'assistenza sanitaria (Binetti P., 2012). Tenendo conto di questa distribuzione di incidenza dei determinanti della salute assume certamente rilievo non secondario l'assunzione di responsabilità verso la complessità delle problematiche della salute, come inquadrabili secondo Pasquarella C. e Pasquarella M. (2012) nella manifestazione di:

- “Empowerment comunitario: è un processo che coin-

volge gli individui che agiscono collettivamente per esercitare maggiore influenza e controllo sui determinanti di salute e sulla qualità della vita nelle loro comunità

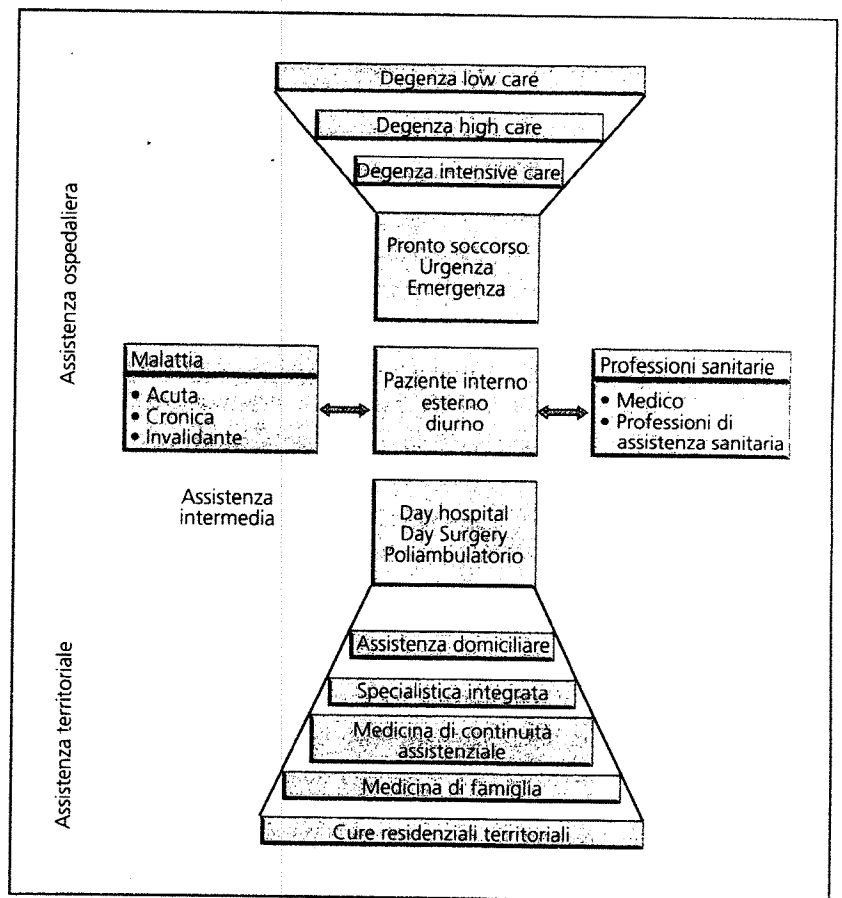
- **obiettivo cardine dell'azione comunitaria verso la salute individuale:** si riferisce primariamente all'obiettivo individuale di prendere decisioni e avere il controllo della propria vita personale”.

Sotto questo punto di vista soggettivo, la promozione della salute, il guadagnare in salute è maggiormente possibile col rendere più facili le scelte salutari e meno difficili quelle nocive favorendo e sviluppando stili di vita corretti. L'ufficio Europeo dell'Oms definisce gli stili di vita come scelte comportamentali prese sulla base delle alternative che sono a disposizione delle persone seconda delle loro condizioni socio-economiche e delle facilità con cui essi sono in grado di scegliere alcune invece che altre (Pasquarella C, Pasquarella M., 2012). Lo stile di vita quindi è un modo di vivere basato su principi identificabili di comportamento che sono determinati dalla interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socio-economiche e ambientali. Nel contesto dei profili di dottrina e di globalizzazione del sapere ci sembra di un certo interesse sottolineare che la mission che rappresenta e costituisce l'identità e connotazione di uno stato moderno ha le sue radici nella filosofia della Politica aristotelica, secondo cui «compito dello Stato non è solo quello di concedere la vita, ma piuttosto una buona qualità di vita, ai propri cittadini». In questo orizzonte dimensionale costituisce riferimento di sicura e pratica attenzione l'affermazione di Nelson Mandela: «la salute e la sicurezza non sono cose che si raggiungono come se accadessero per caso ma il risultato di un consenso collettivo e di un pubblico investimento» (Mandela N., 2012).

La sanità pubblica

La salute (sostiene) il legislatore dell'anno III repubblicano «è un bene primario dell'uomo, ma è anche un diritto-dovere del cittadino e pertanto la sua tutela non può essere lasciata al sapere medico» (Catananti C., 1984). Quindi secondo l'evoluzione della medicina e delle scienze coprotagoniste nel sapere e nel fare, la tutela della salute è competenza istituzionale dello stato, che assolve queste complesse incombenze attraverso la definizione, programmazione e organizzazione dei sistemi e servizi della sanità pubblica. La sanità pubblica «esiste in quanto sforzo organizzato della società» ed è «un requisito funzionale della moderna società e dei sistemi econo-

che la regolano» (Panà A., Muzzi A., 2001). Secondo classica definizione Oms (TRS 533, 1973, p. 6), la sanità pubblica «comprende tutti i problemi sanitari della popolazione, lo stato della salute, la sanità ambientale, i servizi sanitari, l'amministrazione dei servizi di assistenza sanitaria». La sanità pubblica costituisce e rappresenta un'attività sociale e politica finalizzata a migliorare la salute, prolungare la vita e migliorare la qualità della vita dell'intera popolazione mediante la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e altre forme di interventi sanitari (Muzzi A., Panà A., 2012). Il rapporto diretto con l'individuo e la popolazione si sviluppa attraverso le tipologie funzionali dell'assistenza sanitaria «che contempla non solo l'assistenza ai malati acuti e cronici, ma anche la riabilitazione, il mantenimento della salute, la prevenzione delle malattie e dell'invalidità, l'assistenza sanitaria» (Euro 4408, 1972 p.4; TRS 499, 1972 p.3). Le modalità attuative di perseguimento degli obiettivi si realizzano con "l'assistenza differenziata" che è "un sistema nel quale i pazienti vengono raggruppati secondo l'intensità del loro bisogno di assistenza determinato dal grado di malattia, anziché dal tipo di specialità medica, a varie tipologie di organizzazione secondo i diversi ordinamenti nazionali (Euro 1966, 327, p. 21). La composizione e qualificazione delle cure sotto i profili giuridici e tecnici non si limita ai meri trattamenti diagnostico-terapeutici, ma si estende anche ad adempimenti di protezione e tutela e alla presa in carico di situazioni di necessità a contenuto sociale (Renzulli L., 2012). Ponendo al centro dei sistemi assistenziali il paziente, le sue reazioni e d'interazione che costituiscono le variabili di risposta e operatività nelle reciproche correlazioni e interazioni riguardano il tipo di malattie nella loro gravità di espressione e il complesso delle professioni sanitarie nei campi di esercizio di una rete sanitaria e si sviluppa secondo i principi e i metodi della continuità assistenziale nei livelli di assistenza territoriale, assistenza intermedia, ospedaliera. Il prospetto "il paziente al centro delle cure" presenta nel tempo i rapporti delle classi di malattie (malattia acuta; malattia cronica: Euro 1965, p.4; malattia invalidante: Euro 4913/2 p.4, 1971) in relazione alle modalità dei percorsi assistenziali dei pazienti (paziente interno/ospedalizzato: TRS 261, 1963, p.5; paziente esterno e paziente diurno: Who-Mho/PAN 1962) nella distribuzione assistenziale di un servizio sanitario nazionale che programma e organizza l'erogazione delle prestazioni sanitarie in un sistema di cure ad integrazione territoriale e ospedaliera. Qui figura



Considerazioni e conclusioni

La constatazione di Agostino di Ippona "nasci in corpore mortale, incipere aegrotare est" apre la conoscenza e la consapevolezza del dualismo salute/malattia nella comune cultura di percezione della reciproca antitesi di queste condizioni e della loro mutevolezza di rapporti nel corso della vita. La malattia è il contrasto, il contrario del benessere, è il malessere che depotenzia e incrina la salute nelle sue dinamiche corporee soggettive, familiari, di relazione, sociali e porta a un vissuto temporaneo-permanente di dolore e sofferenza non solo fisica ma anche psichica. La sofferenza fisica in senso lato, intesa come compromissione del corpo e della sfera psichica, trova il suo punto di approdo e la sua mitigazione nell'arte medica, che si prende cura nel contesto delle possibili forme e modalità di intervento adeguate ai tempi secondo scienza e pratica, che non assicura la certezza di guarigione con restitutio ad integrum ma che guarda e tende alla guarigione clinica, consentendo la migliore qualità di vita correlata alla malattia o infermità in corso o allo stato. Ora va rilevato che sotto i profili sociali, quanto meno nella civiltà occidentale, la cultura della salute e della malattia ha

assimilato influenze e sollecitazioni di interpretazione di conoscenza, di relazioni di presentazione di modelli di riferimento apprezzati a guida, visti con possibilità di acquisizione individuale, che hanno determinato e caratterizzato condizioni di cambiamento, idonee a indurre e introdurre sul piano pratico nuovi e diversi modelli di salute, dilatando la concettualità del significato di questo termine con adozione d'implementazione di contenuti ancorati a un ventaglio di determinanti che portano a un superamento dell'identità di correlazione della responsabilità individuale nei riflessi di quella collettiva e viceversa come valori coincidenti per mantenere e guadagnare salute. La dignità della persona viene plasmata in funzione di una corporeità che non apprezza più la salute nella essenza del "silenzio degli organi" e nei comportamenti di cura e mantenimento dello stato psichico-fisico di benessere presente, ma che tende a considerare salute livelli di performance non più scanditi dai ritmi biologici di età e sesso, non più curando malattia e infermità con i mezzi e le tecniche che la scienza medica adotta per queste finalità, ma impiegando l'arte medica come insieme di discipline al servizio del potenziamento o mutamento di organi e funzioni fisiologicamente sane per esaltarne la capacità soggettiva di espressione attuale e nel tempo. È questo il ricorso alla medicalizzazione della salute, che costituisce «un processo per cui aree sempre più vaste della vita quotidiana rientrano nella sfera della salute e della malattia e pertanto diventano di competenza dei professionisti del settore» (Crawford R. 1980). L'estensione del significato del termine salute al di là e al di fuori del concetto di malattia/infermità (anche in situazioni borderline) conosce indicazioni di orientamento, sia pure in ambiti specialistici e specializzati, con la Conferenza del Cairo (1994) su Popolazione e Sviluppo e quindi in una accezione di consolidamento nella Conferenza di Pechino (1995) sulla Donna, con la conclusione di attribuire all'annunciato completo benessere fisico, mentale e sociale a tutti i contesti riguardanti il sistema riproduttivo; le sue funzioni e i suoi processi per consentire che tutte le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura. L'adozione del termine soddisfacente ha aperto la via verso una soggettività di valutazioni, aspettative, sollecitazioni di difficile se non impossibile standardizzazione, con tendenze di comprensione di gravidezze anche in età adolescenziale, con richieste a volte arbitrarie di risposta secondo arte medica, al di fuori di ogni influenza a guadagnare salute per la collettività

(Russo M. T., 2012). In una visione di spettro più ampia e senza aspetti di formalità o di inquadramento ufficiale, riportandoci soltanto all'agire del singolo nel soggettiva interpretazione del significato di salute nell'accezione di buona salute, sostanziata nel soddisfacimento completo di propri desideri e aspettative, Montano A. (2012) osserva: «i campi di azione del medico, un volta ristretti al dovere di guarire, o dove questo fosse impossibile di alleviare il dolore, oggi si estendono indefinitamente fino a fare della professione medica una pratica capace di agire sui corpi per le finalità più disparate, sollecitate dalle scelte personali del soggetto. Se un volta il medico era il servitore della natura attraverso l'arte, oggi, grazie a una tecnica sempre più affinata sembra essere il manipolatore, se non il ri-creatore. Accanto alla capacità di migliorare-restituire la salute in grado di modificare le condizioni di base determinate dalla natura organica e psichica, nonché gli aspetti sortitivi degli individui, di fare esperimenti di ingegneria genetica, di favorire artificialmente la fecondazione, estendere ad libitum i tempi per la maternità, di decidere i tempi della morte forzando il corso abituale della natura, sottomettendola ai suoi voleri in virtù dei suoi scopi». Questi nuovi indirizzi e aspetti di interpretazione della salute secondo radici di percezione individuale e soddisfacimento del tutto indipendenti da stati di malattia, è esaminata, illustrata, discussa da Manfredi (2012) con l'individuare e sottolineare gli attuali contenuti che la salute tende ad acquisire nel senso di "miglioramento o potenziamento umano (human enhancement)", a impronta individuale, che ha reso fluido e fluttuante il confine tra normale e patologico, tra salute e malattia (Canguilhem G., 1998). È salute, e quindi benessere ricercato secondo questa visione, ogni potenzialità e possibilità di implementazione delle attitudini delle capacità individuali fisiche e psichiche, con influenza e modifica delle naturali forme di vita e vitalità caratterizzate al sesso e all'età, mantenendo nel tempo e esaltando qualità funzionali e comportamentali, come nella vita sessuale con ausili farmacologici, della procreazione (anche in età avanzata post menopausa), dell'equilibrio emotivo e cognitivo con influenze di medicinali, del modellamento del corpo a fini meramente estetici, alla ricerca di performance come finalità e raggiungimento di questa concezione di salute individuale quale identità di una buona qualità di vita. Tra il fisiologico e il patologico, tra la salute e la malattia, si affaccia e prende campo la nozione di migliorabile e la medicina

ne le discipline correlate) destina energie e competenze al servizio di questa domanda meramente tecnica non connessa al significato attuale conosciuto di sanità pubblica, con orientamenti di promozione delle tensioni di un mercato della salute al servizio di quelle condizioni che nell'opinione del singolo, in decazione anche della cultura promossa dai mass media, non appartengono alla "normalità sociale" e sono quindi da considerare anormali anche se non patologiche. Le evidenze di questa cultura e delle realtà pratiche conseguenti inducono a riflessioni di rimodulazione del significato degli enunciati e delle definizioni classiche che sostanziano il concetto di salute nel quadro storico della dottrina Oms nella sua autorità e diffusione istituzionale. Anche per i servizi di sanità pubblica, sia pure nella differenza di espressione e valutazione legate ai diversi ordinamenti nazionali, sussiste la necessità di una più completa analisi e valutazione della domanda di queste prestazioni sanitarie nei contesti delle prestazioni assistenziali erogabili, in particolare per la constatazione che in questi casi l'empowerment individuale non risulta in consonanza con l'empowerment collettivo. Osserva Berrino F. 1997, che un completo benessere fisico, mentale e sociale è apprezzabile come visione della e per la felicità collegata, distinta, con la salute, coinvolgente in modo diretto l'autonomia e la responsabilità individuale e, come si scontra Russo M. T. (2012), «le differenze all'interno tra paesi in termini di livello di reddito, di opportunità, di stato di salute e di accesso alle cure, oggi sono maggiori che in qualsiasi altro momento della storia recente». Il guadagno in salute inteso come estensione della qualità della salute in assenza di malattia e infermità solleva problematiche di valutazione, interpretazione, studio molto complesse, che riguardano le annotazioni certamente tecniche di natura medico-sociologica, ma che si aprono anche a contenuti giuridici ed etici per quanto concerne l'incidenza sull'integrità somato-psichica e le sue possibili metamorfosi, e investe ancora ruoli e competenze politiche e sociali in relazione all'impatto dei costi sui sistemi sanitari nazionali e alla conseguente allocazione delle risorse disponibili, nel caso in cui queste pratiche a finalità individuale vengano ad assumere valenza estensiva di soddisfacimento, al pari delle forme e modalità di erogazione di prestazione stabilite come appropriatezza di assistenza sanitaria per la popolazione nel suo insieme.

BIBLIOGRAFIA

- Amato S, Prevenzione e stili di vita. Il ruolo dell'educazione alla salute, Arco di Giano 2012 (73) p. 77
- Berrino F, L'organizzazione mondiale della sanità deve riconsiderare la propria definizione di salute, *Epid. Prev.* 21: 222, 1997
- Binetti P, Editoriale, Arco di Giano 2012 (73) p.3
- Canguilhem G, Il normale e il patologico, Einaudi, Torino
- Catananti C, Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica, *Tendenze nuove* (f4) p.15
- Cavicchi I, Il diritto alla salute non si difende si costruisce. Idee e proposte per una ricontestualizzazione dell'art. 32, Arco di Giano 2012 (73) p.47
- Civitelli G, Silvestrini G, Carovillano S, Rinaldi A, Bodini C, Bruno S, Marceca M, Tarsitani G, Ricciardi W, La rete italiana per l'insegnamento della salute globale, *Medici manager* 2010 (2) p.14
- Claudi M.C., Integrazione tra le diverse politiche per la tutela della salute; l'integrazione salute e ambiente, Arco di Giano 2012 (73) p.85
- Collicelli C, Società e salute tra esigenze etiche e mutamenti sociologici, Arco di Giano 2012 (73) p.65
- Consiglio d'Europa, Direzione della stampa e dell'informazione. La carta sociale europea, Strasburgo
- Crawford R, Healthism and the medicalization of everyday life, *International Journal of health services*, vol. 10, n.3 p.365
- De Leo G., Renzulli L, Il medico case manager nel sistema ospedale, *Tecnica Ospedaliera* 2012 (f7) p.40
- Di Napoli M, Scotti E, Manfredotto D, Terracina F, Medicina della complessità, medicina della persona. Il Policlinico vol. 118 (n.6, 2011, p.257), Fontana M, Dall'Augurium salutis di Roma alla giornata mondiale della sanità, *Minerva medica* XL VII, vol. II, n.71
- Hispani Petri, Liber de conservanda sanitate, Carlo Delfino
- Huxley T, Il posto dell'uomo nella natura, Feltrinelli
- Ippocrate opere a cura di Vegetti M, Utet
- Jorio E, La salute e la Costituzione europea, *Sanità pubblica e privata* 2006 (f4) p.5
- L'élément santé dans la protection des droits de l'homme, *Chronique Oms*, 30: 391-404
- Mackenzio M. G., Istoria della sanità, o sia dell'arte di ben conservarla, Venezia, N. Pezzana
- Mandela N., Foreword, in E.G. Krug et al. (a cura di) *World report on violence and Health*, Who, Ginevra 2002 p IX
- Manfredi C, Salute, malattia e miglioramento umano. Professione. *Clinical Governance*, 2012 (20/5) p.13
- Ministero della Salute, Guadagnare salute. Rendere facile le scelte salutari
- Spinoza B, Trattato politico. Introduzione, traduzione e note di A. Montano, L'Aquila 2006, V.5, p.83
- Montano A, Il filosofo e la malattia: una messa a punto storica - *Boll. Ord. Med. Av.* 2012 (49/12) p.10
- Muzzi A, Panà A, Guadagnare salute: rendere facile le scelte salutari, Arco di Giano 2012 (f73) p.17
- Panà A, Muzzi A, La promozione della salute pubblica, oggi 2001
- Pasquarella C, Pasquarella M. L., La promozione della salute a venticinque anni dalla carta di Ottawa, *Ig. San. Pubbl.* 2012 (68/3) p.447
- Renzulli L, Il case manager nel sistema delle cure - *Panorama della sanità* 2011 (f46) p.16
- Ricciardi W, De Belvis A.G, Gli stili di vita a rischio tra libertà individuale e sostenibilità della spesa pubblica. Evoluzione del concetto di prevenzione. *Politiche sanitarie* 10 (4) 2009 p.195
- Russo M.T, Cambiamenti culturali e nuovi modelli di salute, Arco di Giano 2012 (f73) p.131
- Teseleanu G, Renzulli L. et Al, Etica, salute, economia, *Bur* Isbn 973, 8260, 37, X, 2001
- Who: Mho/PA 170.62, Manual of hospital morbidity statistics
- Who, Trs, 261 - 1963, p. 15 - 8th Report of Who expert committee on health statistics
- Who, Euro 1965, 295, p.4 - Estimation of hospital bed requirement: report on a symposium, Copenhagen
- Who, Euro 1966, 327, p.21 - Report on a conference on the organization of general hospital
- Who, Euro 1971, 4913/2, p.4 - Secretariat for joint Ege/Who meeting on health statistics, Geneva
- Who, Euro 4408, 1972, p.4 - Higher education in nursing report on a symposium
- Who, Trs 499, 1972, p.6 - Report of Who expert committee on organization of local and intermediate health administration
- Who, Trs 533, 1973, p.6 - Report of Who expert committee on portgraduate education and training in public health