

ANNO 2021

# *“Essere medico”*

*Un'arte in estinzione*



*“In origine, quando la religione era forte e la scienza debole, gli uomini confondevano la magia con la medicina; ora che la scienza è forte e la religione debole, gli uomini confondono la medicina con la magia.” (Thomas Stephen Szasz)*

**Giuseppe Visonà**

Titolo | “Essere medico” Un’arte in estinzione  
Autore | Giuseppe Visonà  
ISBN | 979-12-20333-48-1

© 2021 - Tutti i diritti riservati all’Autore

Questa opera è pubblicata direttamente dall’Autore tramite la piattaforma di selfpublishing Youcanprint e l’Autore detiene ogni diritto della stessa in maniera esclusiva. Nessuna parte di questo libro può essere pertanto riprodotta senza il preventivo assenso dell’Autore.

Youcanprint  
Via Marco Biagi 6 - 73100 Lecce  
[www.youcanprint.it](http://www.youcanprint.it)  
[info@youcanprint.it](mailto:info@youcanprint.it)

# INDICE

PREFAZIONE .....	7
1.INTRODUZIONE .....	9
2.CORNICE DI RIFERIMENTO .....	15
3.IL PRIMO CONTATTO CON LA SANITÀ.....	37
4.RIFORMA DEL '78 LEGGE 833.....	43
5.ESSERE MEDICO .....	49
6.FARE IL MEDICO .....	55
7.TRASFORMAZIONI.....	79
8. ALTRE CRITICITA' .....	101
9.URGENZA DI CAMBIARE .....	115
10. SOGNI ED IPOTESI .....	127
11. CONCLUSIONI.....	143

Realizzare un libro è un'operazione complessa, che richiede numerosi controlli. L'esperienza suggerisce che è praticamente impossibile pubblicare un libro senza errori. Ci scusiamo anticipatamente.

Per eventuali segnalazioni:

giuseppevisona@gmail.com  
<http://www.giuseppevisona.it/>

## PREFAZIONE

Gorgia, filosofo del 5° secolo a.C., diceva che la parola è farmaco, terapia. Nelle recenti disposizioni sanitarie il tempo del colloquio medico paziente è riconosciuto come tempo di cura. Ascoltare, parlare, discutere per proiettare insieme ad altri, pensieri e idee “più in là”, è ciò che permette di adattarsi a ciò che muta e progettare un possibile futuro.

In questo libro il dr. Giuseppe Visonà, medico, con “parole scritte”, ci propone uno scambio di idee, proposte, ipotesi di cura. Le idee suggerite hanno come tema la sanità e i suoi protagonisti o come scopriremo infine, una riflessione sulle persone e la loro disponibilità alla responsabilità verso se stessi e gli altri. Veniamo condotti per mano attraverso le vicende della sanità pubblica negli anni: come è nata, come abbia incarnato il pensiero di una epoca storica e come via via sia cambiata, così come è mutato ad oggi, il modo di stare e occuparci di chi ci è vicino.

Con rigore e precisa esposizione di dati aggiornati, viene composta l'immagine dello stato della sanità attuale. E' lo sguardo autorevole di un operatore della sanità che ha vissuto i passaggi che hanno condotto il rapporto medico paziente da una relazione intrinsecamente personale, ad un rapporto contrattuale e meccanicistico. Se il primo era tecnologicamente limitato e richiedeva che il medico entrasse nella “storia” personale e intima di chi bussava alla sua porta, il secondo promette di aggiustare con efficienza ciò che la malattia o il tempo hanno “rotto”. Non pensate però di trovare in questo scritto traccia di romanticismo o nostalgia per il buon tempo passato. Il futuro, la tecnologia, le nuove conoscenze e proposte sono le aspirazioni da perseguire. La preoccupazione è che, chi si rivolge al medico come pure i nuovi giovani medici, abbiano una visione ampia, che permetta di far tesoro di ciò che di buono è stato conquistato e vissuto e degli errori. Conoscendoli, gli errori del passato e recenti sono evitabili, le cose buone sono il fondamento per nuovi traguardi. Al paziente viene suggerito di riflettere sulla necessità di essere responsabile del proprio stato di salute prendendosi cura di sé e del proprio ambiente, non solo fisico: vivere bene, non chiedere solo rimedi a danni fatti. Al giovane sanitario viene proposto un sincero passaggio di testimone, di memoria da collega a collega e non solo un avvicendamento in uno studio medico.

Si troveranno pure pagine a tratti affettuose, divertite o velate di tristezza, con le vicende di persone che sono entrate nello studio del medico. Sono le storie della vita di persone, ciò che ha permesso al dr. Visonà di essere medico e non solo esercitare una professione.

Essere medico e non fare il medico. Essere vicino con premura, responsabilità e passione, magari scontrandosi con orgoglio e cocciutaggine con gli accidenti della burocrazia, non accontentandosi di essere solo tecnicamente adeguato. E' l'invito da cogliere che traspare dalle parole "di un dottore" che non ha ancora deciso di smettere di guardare oltre, farsi domande, stimolare discussioni e proposte.

D'altra parte lui è un medico ... e non è ancora tempo di smettere!

Dr. Roberto Gallo

## 1.INTRODUZIONE

“Un bambino diventa adulto quando si rende conto che non ha diritto solo ad aver ragione, ma anche ad aver torto.”



Non è consono e normale alla mia età parlare di sogni ed aspettative. Lo standard attuale è desiderare la pensione e passare gli ultimi anni in santa pace pensando di fare tutto quello che si vuole senza pensieri e preoccupazioni. Alla mia età è ragionevole mettersi da parte e lasciare spazio ai giovani per non essere rottamato e deriso per il fatto che sognare, desiderare hanno poco spazio temporale per diventare realtà. In ogni caso è difficile vivere in un'epoca in cui le nuove generazioni hanno strumenti, conoscenze e mezzi tanto diversi da quelli in uso nel passato. Allora la persona anziana ha paura del futuro perché sa che non può che essere breve ed incerto per la perdita di forza ed energia psicofisica. Purtroppo non so rassegnarmi a questa logica perversa ed imperante perché ho sempre vissuto il quotidiano come fosse il primo giorno della mia vita con la convinzione che il tempo va vissuto intensamente, momento per momento, spendendo la vita alla ricerca di conoscenza personale e condizioni sociali di benessere per tutti, confidando nella bontà dei miei simili, sperando di migliorare le condizioni personali e collettive del luogo in cui vivo ed opero quotidianamente. La speranza è sempre stata la compagna della mia vita e continua ad esserlo per cui non mi faccio rottamare, non mi lamento degli anni, continuo a pensare e progettare facendo sorridere quanti mi stanno attorno per le mie velleità di sognatore di un mondo diverso a misura d'uomo, magari giusto, magari onesto, magari libero, magari felice. E' una premessa molto personale per lanciare un messaggio di speranza senza nascondermi e aver paura di quello che sono, come uomo e cittadino, limitato e con una serie di errori ed omissioni, con tentativi riusciti e fallimenti impreveduti, ma con qualche giorno ancora a disposizione. Nessuna pretesa e presunzione di essere l'uomo della provvidenza o della saggezza, ma un onesto contribuente alla costruzione di una vita che vale la pena di essere vissuta in ogni caso, perché ognuno di noi è unico ed irripetibile. Mi ritengo una persona fortunata, che si è trovata a passare da queste parti senza aver scelto preventivamente il percorso, il luogo o i compagni di viaggio. La metafora del viaggio è comune per tutti noi e quindi tento di trascinarvi in questa avventura legata ai miei pensieri lenti e veloci, alla mia logica ed analisi dei fatti, alle mie proposte strampalate, a volte copiate, a volte inventate, a volte intuitive, a volte ragionevoli, a volte anticipatrici. Vorrei che insieme adottassimo la regola del "osservo-rifletto-agisco". Provate per un attimo ad immaginare di mettere insieme tutti "gli osservo" come una sequenza di immagini fotografiche dello stesso luogo, con il

risultato di ottenere inquadrature e particolari diversi che ricostruiscono perfettamente la situazione e le opzioni possibili. E adesso tutti insieme mettiamoci a riflettere e scegliere la foto migliore. Sono certo che la stampa di quella che abbiamo scelto soddisferà la gran parte dei partecipanti al gioco. Se questa simulazione è comprensibile, non si capisce perché non applicarla ad altre realtà e condizioni della vita. Proviamo a fare questo test su quello che siamo, su quello che abbiamo attorno e scopriremo potenzialità di azione a non finire e soluzioni fattibili che mai avevamo pensato prima. E' un metodo che richiede tempo e continue ripetizioni, richiede la partecipazione di tanta gente e di tutti quelli che vivono in un territorio, in una comunità di persone, in qualsiasi luogo del nostro paese. Proviamo in tanti ed insieme, a scattare immagini a raffica alla ricerca di quello che sarà il domani, di quel tempo d'oro che aspettiamo, del sogno che nascerà davanti ai nostri occhi e di quanti verranno dopo di noi. La lamentele, l'insoddisfazione, la delusione, la rassegnazione sono diventate pane quotidiano, di cui ci nutriamo in continuazione, con il risultato di diffondere sempre di più il malessere personale e collettivo. Stiamo adottando un atteggiamento sterile che non offre alternative percorribili, sbocchi di creatività e fantasia innovativa, ipotesi di cambio di direzione. E' un languore sottile che permea le nostre giornate in attesa che venga la sera per avere la conferma di aver superato la prova dell'esistere. Nello stesso tempo questo modo di vivere ci spaventa perché ci rendiamo conto che altro tempo è trascorso quasi inutilmente. L'attesa di qualcosa che dovrebbe succedere per grazia ricevuta o ad opera di qualche genio italico è la speranza di tante persone. Personalmente sono ancora convinto che solo l'impegno personale condiviso tra concittadini può creare strade nuove. Vorrei riscoprire insieme che la salute è un bene essenziale, che non può essere smarrito per la nostra pigrizia e la nostra resistenza al cambiamento. Vorrei la riaffermazione con forza che l'universalità delle cure è un bene irrinunciabile, che crea ricchezza e beneficio per tutti. Vorrei che tutti fossimo responsabili del destino del nostro sistema sanitario. Per vari motivi i vecchi medici se ne stanno andando dal lavoro, qualcuno anche dalla vita e, fra non molto, resteranno pochi, con la conseguenza che la memoria storica rischia di perdersi. Conoscere come sono andate le cose in questi quaranta anni di esercizio dell'arte medica è utile per capire i problemi con i quali ci dovremo confrontare e quali soluzioni adottare per continuare ad avere prospettive e sogni. La memoria dovrebbe servire prima di tutto a non

ripetere errori ed omissioni, ma anche ad aiutare ad imboccare una strada giusta del cambiamento. La sanità pubblica sta diventando sempre più inadeguata e non serve gridare la necessità di ulteriori finanziamenti a sostegno del sistema, pensando che aggiungendo soldi si risolvano i problemi. Un sistema sanitario con una spesa incrementale come stiamo registrando in Italia ed Europa è sostenibile solo a condizione che si abbia il coraggio di cambiare tutti, medici, specialisti, ospedale e cittadini. Il vecchio sistema non è più difendibile e diventa insostenibile senza cambiamenti, con il rischio di perdere l'universalità delle cure, bene essenziale. L'universalità delle cure è insostituibile e non può essere garantita da assicurazioni, mutue integrative e quant'altro il singolo possa permettersi. Se i giovani della futura sanità vorranno fare il loro mestiere dovranno cambiare, altrimenti le loro professioni, il loro essere medici, i loro stipendi, i loro ideali saranno soffocati e frantumati. La mia generazione è uscita o sta uscendo di scena, ma è quella generazione che ha conosciuto la storia della salute e della medicina a partire dal dopoguerra, che è passata dalle mutue alla riforma del '78 della legge 833 e successive modificazioni fino ai giorni nostri. Tanti di quelli che sono presenti oggi nel mondo sanitario non hanno memoria dei cambiamenti e quasi senza accorgersene pensano a questo mondo come senza storia, stabile e imm modificabile. Invece conoscere il passato è condizione per risolvere i problemi e creare il futuro. Quindi questo è il senso: fissare la memoria del passato per costruire il nuovo assetto che sarà molto complesso ed esigente. La complessità è un concetto diverso da "complicato" ed è una situazione nuova che si intreccia con i cambiamenti della società. Le biotecnologie, la genetica, l'informatica e le nuove scoperte sono entrate nel mondo sanitario e la medicina è diventata la casa di nuovi orientamenti ed indirizzi scientifici che attraversano la società. La medicina da sempre ha inglobato le scoperte scientifiche nel suo repertorio e sotto la sua tutela, diventando ogni giorno più ampia e per certi aspetti anche un po' invadente. Tutto è diventato scienza medica. La nostra vita è cambiata ed anche le nostre modalità di concepire la medicina e la salute sono più esigenti. La conseguenza di queste incorporazioni è che quasi tutto è diventato medicina nel gergo comune e purtroppo anche nella pratica. Tante sono le richieste di pareri e giudizi sulle terapie possibili dalla fitoterapia all'omeopatia, dall'aromoterapia alle diete più strampalate, dall'applicazione dell'ultimo cerotto senza farmaco, all'acquisto dell'apparecchio per la misurazione della pressione.

Tutto è medicina. Una confusione enorme di termini medici, di concetti scientifici per giustificare la vendita di integratori, vitamine, sali minerali e creme miracolose suggerite da qualche istituto di ricerca, più efficaci del 30% di non si sa cosa. E tanta gente ti giudica inadeguato perché non sei a conoscenza delle ultime scoperte annunciate dalla televisione. Questa situazione fa sorridere quanti sono consapevoli della differenza tra scienza e pubblicità, ma purtroppo non c'è molto da ridere perché i miliardi di bifidus viaggiano e producono benefici che tu povero medico della mutua non immagini minimamente. E' cambiata la società in cui sei immerso e non puoi chiamarti fuori da questo mondo, andartene in pensione con la testa. E' necessario che qualcuno tenti di far capire e spiegare gli sprechi, le divisioni tra medici, le cattive gestioni amministrative, la differenza tra diritti e doveri. E' necessario tentare qualche correzione dando spiegazioni del proprio operato e informando sullo stato dell'arte medica. Sfruttando l'autorevolezza, la bravura, la fiducia e la poca credibilità rimastaci, dopo che il sistema sta stracciando l'immagine del medico come persona qualificata costruita nel tempo e con anni di studio, dobbiamo impegnarci a difendere la salute di tutti.

## 2.CORNICE DI RIFERIMENTO

“Non abbiamo bisogno della magia per cambiare il mondo: abbiamo già dentro di noi tutto il potere di cui abbiamo bisogno, abbiamo il potere di immaginare le cose migliori di quelle che sono.” *(J.K. Rowling)*



L'inizio di qualsiasi lavoro richiede un'analisi ed un approfondimento del quadro e della situazione in cui si intende sviluppare il proprio ragionamento. Evidentemente esistono momenti storici in cui la lettura degli avvenimenti è semplice e chiara, altri momenti in cui è difficile capire i fenomeni e le prospettive. A quasi un anno dalla scoperta dei primi casi di Coronavirus nel mondo, l'Italia, divisa in zone colorate e lockdown di vario tipo, è in attesa di scoprire se le restrizioni basteranno a tenere sotto controllo il numero di contagi o se si dovrà agire più severamente. Ciò che però è già manifesto sono gli effetti che, seppur più lentamente e silenziosamente di quelli fisici, stanno emergendo a livello individuale e della società. Infatti, fattori come l'isolamento sociale, la reclusione in casa e il peso dell'incertezza generale, hanno colpito duramente il nostro equilibrio mentale. La pandemia da Covid-19 ha fatto crescere il disagio mentale in tutto il mondo. Dopo il lockdown è aumentato concretamente il rischio della comparsa nella popolazione di sintomi da stress post-traumatico. Secondo un'indagine condotta in Italia dall'istituto Mario Negri, lo stress, che la pandemia da Covid-19 ha generato nella popolazione, è principalmente legato alla preoccupazione per la propria salute, alla percezione di non poter proteggere se stessi e i propri cari, all'isolamento sociale, imposto dal confinamento, e ai timori legati all'immobilismo dell'economia. I risultati dell'indagine, pubblicati a giugno 2020, indicano che per un italiano su due il lockdown è stato un trauma. La pandemia che stiamo attraversando ha risvolti medico-clinici immediati, ma anche una serie di effetti collaterali meno evidenti, ma estremamente incisivi. Cambiare stili di vita disorienta le persone e incide profondamente sulle relazioni, per cui il tempo della pandemia non è un tempo sospeso, ma da vivere e accompagnare. Tutti hanno raccolto il grido di aiuto da parte dei curanti che hanno chiesto dignità, sia dal punto professionale sia personale, e risorse sufficienti per il bene e la salute di tutti. L'orizzonte della speranza che grida questo tempo ha bisogno di uomini e donne che riconoscono nella speranza non il sogno immaginario, la fantasia di un futuro fiabesco, ma la reale possibilità di credere che ci sia l'opportunità di costruire qualcosa di nuovo, di concreto, di reale, per domani. Questo tempo ci mette davanti le domande più importanti della vita: per cosa vale la pena vivere, per cosa vale la pena morire, cosa rimane. Ho sempre pensato che quello che rimane è soltanto l'amore che abbiamo potuto ricevere e condividere con gli altri. Questo è il mondo che ogni medico vive in questo momento. Per rispondere alla

domanda di salute deve anche saper cogliere quello che avviene nella sua comunità e nel contesto in cui opera. Quelle che seguono sono osservazioni che devono servire per capire la società del momento e l'uomo che si avvicina al medico alla ricerca di qualche risposta ai suoi problemi di salute. Tentiamo di analizzare la situazione attuale che registra:

- AUMENTO DELLA CONCENTRAZIONE DELLA RICCHEZZA

*Crescono ancora le disuguaglianze globali. Un élite di 2.153 **Paperoni** detiene una ricchezza superiore al patrimonio di 4,6 miliardi di persone, mentre alla metà più povera della popolazione resta meno dell'1%. E il patrimonio delle 22 persone più facoltose supera la ricchezza di tutte le donne del continente africano. È la fotografia contenuta nel nuovo report diffuso come ogni anno da Oxfam alla vigilia del meeting annuale del World Economic Forum a Davos.*

*Secondo la ong la ricchezza globale, in crescita tra giugno 2018 e giugno 2019, resta fortemente concentrata al vertice della piramide distributiva: l'1% più ricco, sotto il profilo patrimoniale, deteneva a metà 2019 più del doppio della ricchezza netta posseduta da 6,9 miliardi di persone. Le distanze tra i livelli medi di ricchezza dei Paesi si assottigliano, la disuguaglianza di ricchezza cresce all'interno di molti Stati.*

*In Italia l'ascensore sociale è fermo. Secondo un recente studio di Francesco Bloise, il 32% dei figli di genitori più poveri, sotto il profilo patrimoniale, è destinato a rimanere fermo al piano più basso, quello in cui si colloca il 20% più povero della popolazione, mentre il 58% di quelli i cui genitori appartengono al 40% più ricco manterrà una posizione apicale.*

Del resto, "per i discendenti del 10% più povero ci vorrebbero cinque generazioni per arrivare a percepire il reddito medio nazionale ". E' così che "le disuguaglianze si perpetuano" da una generazione all'altra.

Oggi in Italia il 30% dei giovani occupati guadagna meno di 800 euro al mese e il 13% degli under 29 versa in condizione di povertà lavorativa. I 15-29enni in particolare "mostrano un trend costante di riduzione delle retribuzioni annue medie e più marcato rispetto alle classi dei lavoratori in età tra i 30 e i 49 anni e gli over 50. Un trend che ha visto, fatta 100 la media dei redditi sulla popolazione in un dato anno, i redditi dei giovani ridursi da 76.3 del

1975 a 60 del 2010 per calare ancora a 55.2 nel 2017". Il discorso sarebbe tanto lungo da riempire libri, ma il concetto sulla concentrazione della ricchezza è abbastanza chiaro per il nostro scopo.

- AUMENTO DELLA DIFFUSIONE DELLE TECNOLOGIE E DELL'IA

Internet è parte integrante della vita quotidiana delle persone e certamente lo sviluppo delle tecnologie e delle infrastrutture mobili ha dato un'ulteriore spinta verso un consumo digitale abituale. Infatti gli utilizzatori giornalieri di Internet sono in aumento negli ultimi dieci anni in tutti i paesi OCSE. Il dato italiano è di 30 punti percentuali inferiore alla media OCSE e se si paragonano i valori 2016 e 2010 è possibile notare come la situazione non sia molto cambiata, come invece è successo in Francia e Spagna. Sta cambiando in questi tempi di Covid. Secondo i dati della Relazione annuale 2017 dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni (AGCOM), al momento il 90,7% delle famiglie in cui vi è almeno un minorenne dispone di connessione a banda larga fissa e mobile, dato che si ferma al 20,7% per le famiglie con ultrasessantacinquenni. Allo stesso tempo, il 91,6% delle famiglie con almeno un componente laureato possiede una connessione a banda larga, valore che scende al 55,3% per le famiglie in cui il titolo di studio più elevato è la licenza media. Ciò evidenzia ancora una volta la centralità della domanda, e non solo dell'offerta, nello stimolare la diffusione delle tecnologie *internet-based* in Italia. Le sfide della trasformazione digitale però sono cambiate velocemente: *Internet of Things* (IoT), *big data analytics*, Intelligenza Artificiale e *blockchain* sono i vettori attraverso i quali si muove la nuova economia digitale. Per affrontare anche queste tematiche è stato approvato, nel 2017, il Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione, che contiene indicazioni operative (azioni, tempi e obiettivi) per lo sviluppo di quattro pilastri: ecosistemi digitali o aree di *policy* (sanità, scuola, giustizia, etc.), infrastrutture immateriali (che comprendono le piattaforme abilitanti e i dati della PA), infrastrutture fisiche e *cybersecurity*. Il Piano è nato per guidare operativamente la trasformazione digitale del Paese, diventando riferimento per le amministrazioni centrali e locali nello sviluppo dei propri sistemi informativi. Esso fissa i principi architetturali fondamentali, le regole di usabilità e interoperabilità e razionalizza le spese ICT. Quindi cambierà il modo di comunicare e lavorare anche per quanti non sono "millennial".

- AUMENTO DELL'IMPOVERIMENTO DELLE FAMIGLIE

La nuova fotografia scattata dall'Istat nelle 'Statistiche sulla povertà', evidenzia però come sebbene si riducano il numero e la quota di famiglie povere, si resti comunque su livelli "molto superiori a quelli precedenti la crisi del 2008-2009". Numeri che non lasciano spazio all'ottimismo e che ancora devono scontare la devastante portata dell'emergenza coronavirus che stravolge nuovamente le cifre, con il Pil 2020 stimato dall'istituto in caduta libera a -8,3%. Fosse vero! Uno "shock senza precedenti" la cui quantificazione è prevedibile solo con "ampi livelli di incertezza", ha scritto l'Istat non più di una settimana fa nella Nota sulle prospettive economiche. Una prima stima dell'incidenza sulla povertà determinata dalla nuova crisi la dà la Coldiretti, secondo cui la pandemia negli ultimi mesi "ha fatto salire di oltre un milione i nuovi poveri, che nel 2020 hanno bisogno di aiuto anche per mangiare". La povertà assoluta colpisce 1 milione 137 mila minori (11,4% rispetto al 7,7% degli individui a livello nazionale; 12,6% nel 2018). L'incidenza varia dal 7,2% del Centro al 14,8% del Mezzogiorno. Nel 2019 rispetto al 2018 le condizioni dei minori migliorano sia a livello nazionale sia al Centro (da 10,1% a 7,2%). Disaggregando per età, l'incidenza si conferma più elevata nelle classi 7-13 anni (12,9%) e 4-6 anni (11,7%), rispetto alle classi 0-3 anni (9,7%) e 14-17 anni (10,5%), quest'ultima in particolare miglioramento rispetto all'anno precedente (12,9%). Secondo l'Istat, le famiglie con minori in povertà assoluta sono oltre 619 mila, con un'incidenza del 9,7% (oltre tre punti più alta del valore medio di 6,4%). La maggiore criticità per le famiglie con minori emerge anche in termini di maggior gravità della povertà, con un valore pari al 23,0% contro il 20,3% del dato generale. Dopo due mesi di quarantena le famiglie italiane che potrebbero ritrovarsi sotto la soglia di povertà oscillano dallo 0,4% (circa 100mila famiglie) all'1% (circa 260mila famiglie). Il primo valore è ottenuto ipotizzando un calo di reddito per i lavoratori indipendenti dell'80%, il secondo ipotizzando anche una riduzione del 20% dei redditi da lavoro dipendente. E l'anno prossimo?

- AUMENTO DEL CALO DEMOGRAFICO

L'Italia è alle prese ormai da anni con un processo di calo demografico che non è esagerato chiamare spopolamento. Forse le previsioni citate dalla rivista *The Lancet* – che ipotizza 30 milioni di abitanti in Italia nel 2100 – sono esagerate, ma il trend rimane ampiamente confermato anche se ci limitiamo

a prendere in esame quelle contenute nell'ultimo *Rapporto annuale* Istat sul nostro paese: 53,8 milioni di abitanti al 2065. Il punto qui non è tanto ragionare sulle cause, che sono tante e profonde, molto più di quanto creda la schiera di teorici del sussidio come rimedio ad ogni male. La questione è partire da questo trend, che non è un dato ma ci somiglia parecchio, e iniziare a pensare a come sarà l'Italia fra 50 anni, con più anziani che giovani. Prima di lanciare un concorso di idee per l'Italia coi capelli bianchi e con sempre più spazio (una specie di ospizio a cielo aperto), è bene irrobustirsi con i dati che mostrano come tale esito sia semplicemente ineludibile. Inutile stare qui a pensare a rimedi: non si può fermare una slavina con le mani: la popolazione diminuirà. Per la semplice ragione che non solo le donne italiane fanno pochi figli – la speranza è che arrivino a 1,54 entro il 2065, a fronte dell'1,30 scarso di oggi – ma soprattutto perché, e questo è un fatto che non si può cambiare, diminuiscono costantemente le donne in età fertile. Una conseguenza di decenni di tassi di natalità sotto la soglia di sostituzione. Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2019 la popolazione residente in Italia è diminuita di quasi 189mila unità. Il persistente declino iniziato nel 2015 ha già portato a una diminuzione complessiva di quasi 551mila residenti in cinque anni.

- AUMENTO DELLA DISOCCUPAZIONE

Crolla sotto il 40% il tasso di occupazione giovanile. Il divieto di licenziare non basta: resta a casa chi ha un contratto in scadenza. Aumentano anche le disparità di genere e tra Nord e Sud. Il bizzarro modo di quantificare i disoccupati adottato dall'ISTAT non consente di cogliere appieno la gravità della situazione. La decisione infatti di scorporare gli inattivi (coloro che non cercano nemmeno il lavoro) dal totale dei disoccupati tende infatti a ridurre il numero complessivo. Ecco allora perché può essere più utile fare un ragionamento speculare e controllare quanti sono gli occupati nelle fasce giovanili. Si scopre così che il **Coronavirus** ha lasciato segni molto importanti nel mercato del lavoro italiano, compromettendo una situazione già asfittica e priva di sbocchi. “Nella media del secondo trimestre 2020 – si legge nel consueto bollettino ISTAT – le dinamiche del mercato del lavoro risentono, ancor più che nello scorso trimestre, delle notevoli perturbazioni indotte dall'emergenza sanitaria”. L'input di lavoro, misurato dalle ore lavorate, registra una forte diminuzione rispetto sia al trimestre precedente (-13,1%)

sia allo stesso periodo del 2019 (-20,0%). “Tali andamenti risultano coerenti con la fase di eccezionale caduta dell’attività economica, con una flessione del Pil nell’ultimo trimestre pari al 12,8% in termini congiunturali”.

- AUMENTO DELLA GRANDE DISTRIBUZIONE

Abbiamo registrato in questi mesi un forte incremento degli acquisti di alimentari nella grande distribuzione e del commercio online. Secondo i dati diffusi dall'Istat, a febbraio l'aumento più significativo a livello tendenziale delle vendite è stato registrato dalla grande distribuzione, in crescita dell'8,4%, e quella che cresce con la maggiore intensità in questo segmento è la vendita dei beni alimentari salita del +9,9% rispetto a un anno fa. Si compra di meno nei piccoli negozi, sempre più in difficoltà; solo la grande distribuzione regge al calo delle vendite con una crescita degli hard discount. In realtà, chi sta fatturando più del solito sono le aziende della grande distribuzione e i produttori agricoli che già prima del Coronavirus facevano parte di quel circuito. Gli agricoltori e gli artigiani agroalimentari su piccola scala, con quantitativi limitati e magari stagionali, stanno soffrendo come non mai. L'Italia non può permettersi la distruzione delle piccole aziende agricole, presidio di territori rurali, oltre che uniche realtà in grado di restituirci una produzione alimentare che, al contrario dell'agribusiness, possa mantenere il pianeta in salute, così come ben spiega il biologo statunitense Rob Wallace, che da 25 anni studia le interrelazioni fra il nostro modello produttivo e i nuovi patogeni, in una intervista: *«Curare il gap tra economia ed ecologia è la primaria sfida scientifica e sociale del nostro secolo. Dobbiamo seriamente domandarci come tornare ad un'economia naturale, preservando i servizi ecosistemici che permettono di avere aria e acqua pulite, suolo fertile e di ridurre le possibilità di epidemie. I piccoli contadini e le popolazioni native mostrano che per secoli abbiamo utilizzato un tipo di agricoltura rigenerativa e non invasiva e quindi possiamo tornare a farlo, impiegando le risorse che ci permetterebbero di continuare a fornire il cibo di cui il mondo ha bisogno senza distruggere i mezzi con i quali lo produciamo realmente.»*

Tutto il mercato alternativo che cominciava a fiorire è stato bloccato. Mercati contadini, vendita diretta, gruppi d'acquisto – un settore che costituiva un'alternativa ecologicamente più sostenibile alla grande

distribuzione e alla produzione agricola industriale ha smesso di respirare. L'accentramento delle terre nelle mani di pochi grandi produttori sta diventando sempre più evidente. Le piccole aziende agricole, a vocazione familiare e incentrate sulla produzione per un limitato mercato stanno scomparendo a causa dell'insostenibilità economica delle stesse all'interno di un sistema economico e legislativo come quello attuale, che non opera distinzioni tra grandi aziende e produttori di piccola scala. Il costante decremento delle piccole aziende e l'abbandono da parte dei contadini delle loro attività comportano una perdita in termini di qualità della produzione, di sicurezza alimentare, di conservazione e tutela della biodiversità agricola e dell'ambiente. Si noti che, sempre in base al report CREA (Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria), il lavoro familiare nelle aziende agricole ha subito un calo molto drastico: la manodopera familiare è infatti decresciuta dal 72% al 58%<sup>12</sup>. Sta quindi scomparendo, inesorabilmente e, neanche troppo lentamente, l'agricoltura familiare e la produzione di alimenti di piccola scala a livello nazionale. Per un paese come l'Italia, che ha fondato le sue radici nell'agricoltura, nella tutela e valorizzazione della terra e nell'alimentazione come simbolo identitario ed inesauribile fonte di ricchezza, questa tendenza è da considerarsi molto pericolosa e da contrastare quanto prima con politiche e riforme legislative che vadano ad incentivare la produzione di piccola scala e a tutelare i diritti e il lavoro dei piccoli produttori.

- **AUMENTO DELLA BUROCRAZIA**  
L'Italia ha la **peggiore burocrazia d'Europa**. Nell'eurozona solo la Grecia sta peggio di noi e questo la dice lunga sullo stato di difficoltà in cui versa la nostra Pubblica amministrazione. E' questo il risultato emerso dalla stesura dell'indice europeo sulla qualità dei servizi offerti dagli uffici pubblici dei 19 paesi che utilizzano la moneta unica. Un'elaborazione, riferita al 2017, che è stata realizzata dalla CGIA (Associazione Artigiani e Piccole Imprese Mestre) su

LA BUROCRAZIA IN EUROPA					
Indice europeo sulla qualità della Pubblica Amministrazione - EQI 2017*					
Rank	Paesi	INDICE EQI 2017	Tema Qualità	Tema Imparzialità	Tema Corruzione
1	Finlandia	80,5	82,3	82,9	82,2
2	Paesi Bassi	75,6	82,9	78,8	72,9
3	Lussemburgo	75,5	79,3	76,7	78,1
4	Germania	71,4	77,7	74,3	71,1
5	Irlanda	67,7	71,7	74,5	66,7
6	Austria	66,9	71,3	76,3	63,4
7	Belgio	62,8	70,5	63,8	65,5
8	Francia	58,3	66,0	63,4	58,3
9	Estonia	54,4	58,2	61,1	57,8
10	Portogallo	50,1	60,2	55,7	49,8
11	Malta	47,7	53,3	56,0	49,8
12	Cipro	47,0	54,2	51,8	51,4
13	Lituania	43,6	56,1	51,0	41,3
14	Slovenia	43,0	50,8	50,2	45,4
15	Spagna	42,2	56,8	48,4	39,6
16	Lettonia	38,2	50,8	45,4	37,6
17	Slovacchia	31,7	48,3	36,4	31,6
18	Italia	24,7	41,0	29,6	26,9
19	Grecia	19,1	27,5	29,4	25,0

\* L'indice complessivo EQI 2017 varia in un range tra 0 e 100. Un indice pari a 100 indica il punteggio massimo ottenuto dal paese migliore. Le altre nazioni vengono riproporzionate in una scala 0-100 a seconda del loro punteggio. L'Italia si posiziona penultima tra i 19 Paesi dell'Area Euro.  
Fonte: Elaborazione Ufficio Studi CGIA su dati Commissione Europea e Quality of Government Institute of Copenhagen University. P&G Infograph

dati della Commissione europea. E se la Finlandia, i Paesi Bassi e il Lussemburgo occupano i tre gradini del podio, Slovacchia, Italia e Grecia, invece, si collocano mestamente nelle parte più bassa della graduatoria. Sarebbe comunque sbagliato generalizzare, non tutta la nostra amministrazione pubblica è di bassa qualità. Sempre secondo la CGIA di Mestre, l'incidenza delle "scartoffie" è pari al 4% del fatturato di una piccola impresa. Una "mala-burocrazia" che poggia su oltre 136mila norme e costa all'Italia che lavora (secondo una ricerca Tecnè) 60 miliardi di euro l'anno, come somma di risorse finanziarie, personale dedicato e tempo sottratto alla produzione. Va peggio a chi vuole iniziare una nuova attività: la CNA ha stimato che per aprire un salone di acconciatura occorre rivolgersi a 26 enti diversi, fare 39 file, 65 adempimenti e spendere circa 18 mila euro. E' significativo il libro di Boeri e Rizzo: "Riprendiamoci lo stato"

- AUMENTO DEL RISCHIO CLIMATICO

I diversi modelli climatici sono concordi nel valutare un aumento della temperatura fino a 2°C nel periodo 2021-2050 (rispetto a 1981-2010). Nello scenario peggiore l'aumento della temperatura può raggiungere i 5°C. Diminuzione delle precipitazioni estive nelle regioni del centro e del Sud, aumento di eventi con precipitazioni intense sono previste nei prossimi anni. In tutti gli scenari aumenta il numero di giorni caldi e dei periodi senza pioggia. Le conseguenze dei cambiamenti climatici sull'ambiente marino e costiero avranno un impatto su "beni e servizi ecosistemici" costieri. Per uno sviluppo sostenibile del territorio la sicurezza idrica è un requisito fondamentale. Gran parte degli impatti dei cambiamenti climatici sulle risorse idriche prospettano una riduzione della quantità della risorsa idrica rinnovabile, sia superficiale che sotterranea, in quasi tutte le zone semi-aride (è attesa nei decenni a venire una sensibile diminuzione della portata, fino al 40% in meno nel 2080). I cambiamenti climatici attesi (periodi prolungati di siccità, eventi estremi e cambiamenti nel regime delle precipitazioni, riduzione della portata degli afflussi), presentano rischi per la qualità dell'acqua e per la sua disponibilità. I rischi più rilevanti per la disponibilità idrica sono legati a elevata competizione settoriale (uso civile, agricolo, industriale, ambientale, produzione energetica) che si inasprisce nella stagione calda quando le risorse sono più scarse e la domanda aumenta (ad esempio per fabbisogno agricolo e turismo). L'esigenza di mantenere un

equilibrio tra domanda e disponibilità idrica è diventata una delle principali sfide odierne e lo sarà sempre di più nei decenni a venire. I sistemi agricoli possono andare incontro ad una aumentata variabilità delle produzioni con una tendenza alla riduzione delle rese per molte specie coltivate, accompagnata da una probabile diminuzione delle caratteristiche qualitative dei prodotti, con risposte tuttavia fortemente differenziate a seconda delle aree geografiche e delle specificità colturali. Si evidenzia una possibile espansione verso Nord degli areali di coltivazione per specie come olivo e vite. L'atteso aumento di eventi estremi può, però, limitare l'espansione verso nuovi areali. Impatti negativi sono attesi anche per il settore dell'allevamento, con conseguenze sia dirette che indirette sugli animali allevati e conseguenti ripercussioni sulla qualità e la quantità delle produzioni. Per tutto il settore agricolo, la sfida è quella di riuscire ad attuare una profonda trasformazione attraverso opportune scelte politiche ed economiche. Un ruolo importante sarà svolto dalla capacità di creare e diffondere informazione per migliorare la consapevolezza di produttori e consumatori al fine di incrementare la resilienza e la sostenibilità delle produzioni, a garanzia della qualità dei prodotti agricoli, della tutela dell'ambiente, della sicurezza alimentare e della salute del consumatore.

- **DIMINUZIONE DELLA MOBILITA' SOCIALE**

**Italia fanalino di coda** In termini di mobilità sociale assoluta, l'Italia è addirittura ultima, se si considerano quanti tra i 25-64 anni appartengano a una classe sociale diversa, più alta o più bassa, rispetto ai genitori nel 2002-2014. Solo uno su tre si è mosso verso l'alto (il 31% ), quasi 10 punti sotto la media Ocse e lontano dal 42% di Francia, Germania, Svizzera, dal 46% dell'Olanda o dal 49% degli Usa. Tenendo conto della scarsa mobilità delle retribuzioni da una generazione all'altra e del livello di disuguaglianza, in Italia ci vogliono almeno cinque generazioni per i bambini nati in famiglie con reddito basso per raggiungere il reddito medio, dato che per la verità in questo caso ci accomuna a Francia, Svizzera e Regno Unito. Ai bambini danesi, invece, bastano due generazioni per fare il 'salto' sociale e ai norvegesi e agli svedesi tre. Le cause del ritardo: La scarsa mobilità e i fattori che la determinano (sono peggiorati nel tempo) sono chiaramente percepiti: oltre un terzo degli italiani pensa che avere genitori con un buon reddito sia un fattore fondamentale per avere successo nella vita e il 71% dei genitori

italiani esprime la preoccupazione che i figli non raggiungano lo stesso status economico e di benessere che hanno raggiunto loro e lo considerano uno dei tre rischi maggiori a lungo termini. Intanto, il meccanismo dell'ascensore sociale si inceppa dalla scuola, dalla primissima infanzia in poi. Due terzi dei bambini con genitori che non hanno un'istruzione superiore resteranno allo stesso livello contro la media Ocse del 42%. Solo il 6% tra di loro arriva alla laurea, meno della metà della media Ocse. L'Italia, nota il rapporto, ha fatto pochi progressi nell'aumentare la quota degli studenti che completano l'istruzione superiore e allo stesso tempo le lauree "pagano" poco come investimento: i laureati guadagnano in media solo il 40% in più rispetto ai diplomati di scuola superiore contro il 60% della media Ocse. Sul fronte occupazionale, lo studio sottolinea che quasi il 40% dei figli di lavoratori manuali diventano a loro volta lavoratori manuali e solo il 18% arriva a professioni gestionali (uno dei dati più bassi dell'Ocse). Sul fronte opposto, il 40% dei figli di manager seguono le orme dei padri (per quanto negli altri maggiori Paesi le percentuali sono sul 50% o oltre) e solo il 10% si ritrova con un lavoro manuale. Il 31% dei figli di quanti hanno retribuzioni basse continua ad avere bassi salari, situazione che almeno in questo caso corrisponde alla media Ocse.

- DIMINUIZIONE EVENTI E MANIFESTAZIONI

Il passaggio del virus, per dimensioni, effetti, impatto economico ed emotivo, obbliga a una riflessione globale. Una politica di ricostruzione non può procedere per settori, ma deve essere di largo respiro, vale a dire visionaria e ambiziosa, lontana dagli interventi emergenziali e parziali. Se questo approccio è condivisibile in generale, deve diventare assioma se si interviene nei settori della cultura, dell'arte e del patrimonio artistico. Occorre, infatti, entrare nell'ottica che cultura e formazione sono elementi fra loro simbiotici e fondanti per lo sviluppo sociale, a partire da quello economico. Nessuna riforma avrà efficacia se non si restituisce centralità a questa visione. Il comparto culturale in Italia soffre una crisi che la pandemia ha semplicemente contribuito ad acuire in alcuni segmenti più deboli della catena. La progressiva diminuzione del sostegno pubblico è un fattore prioritario che precede qualsiasi congettura. Oltre a questo, però, ci sono dei fenomeni che obbligano a una lettura critica e che occorre tenere in considerazione, se si vuole strutturare il settore per garantire una maggiore

autonomia anche dal pubblico sostegno. *L'impoverimento dell'offerta, la scarsa circolazione delle proposte e delle attività, il progressivo calo dei consumi, sono alcuni problemi specifici che determinano l'aggravarsi di problematiche macro.* Una mancata politica di "democratizzazione culturale" non ci permette ancora di considerare definitivamente superata la visione ottocentesca della cultura come un fattore di classe, innaturalmente utilizzata per distinguere e dividere, anziché unire e aggregare. Permane, e anzi si aggrava di anno in anno, la differenza fra sud e nord per qualità di offerta, per opportunità di fruizione, per fluidità di circolazione. Diminuiscono le opportunità per i giovani meridionali di potersi formare in luoghi di eccellenza, tanto che, accanto al problema dei "cervelli in fuga", è urgente iniziare a pensare, e porre rimedio, ai "cervelli che restano" che rischiano di ritrovarsi in una landa inaridente. Le disuguaglianze territoriali sono una delle più gravi questioni da risolvere e che si intrecciano con tutta la storia della nostra Repubblica; risolvendo questa, molti altri problemi si risolverebbero a cascata. Forse una possibilità potrebbero diventare le scuole, che potenzialmente sono in grado di diventare agenzie culturali, per favorire l'educazione dei futuri consumatori culturali e, contestualmente, diventare palestre di nuovi talenti. Si dovrebbero attivare al loro interno "funzioni" stabili come servizi bibliotecari anche integrati, incluso il servizio di prestito inter-bibliotecario; compagnie teatrali, orchestre, band musicali, cori. I territori beneficerebbero di una frizzante offerta culturale, corroborando il processo che porterebbe a una diversificazione delle proposte artistico-culturali, lavorando, nel contempo, a un processo di educazione non formale al consumo culturale. Una nuova programmazione potrebbe essere utilizzata per trasformare le scuole in agenzie culturali di prossimità. In alternativa si potrebbero creare *Le Fondazioni di Comunità*, con specifica propensione a svolgere azioni nei settori della cultura, dell'arte e del patrimonio culturale.

- DIMINUIZIONE DELLA DISPONIBILITÀ SOCIALE ED ECONOMICA

*Volontariato: 44 mila le associazioni in Italia, in calo costante da 7 anni. Il primo rapporto Csvnet-Ibm offre la fotografia più dettagliata di sempre. Operano soprattutto in assistenza sociale e sanità (minori e anziani le categorie più assistite). La metà non ha più di 16 volontari. Solo lo scorso anno le nuove costituzioni sono diminuite del 15% Si occupano soprattutto di*

*assistenza sociale, sono di piccole dimensioni e si trovano per la maggior parte al nord: sono le organizzazioni di volontariato in Italia, censite nel primo rapporto nazionale del Csvnet, Coordinamento Nazionale dei Centri di Servizio per il Volontariato, promosso dalla Fondazione Ibm Italia. In totale, sono stati raccolti i dati riguardanti 44.182 associazioni: non solo quelle iscritte ai registri pubblici, ma anche quelle registrate unicamente nelle banche dati dei Centri di Servizio. Il risultato è la fotografia più dettagliata del mondo del volontariato mai realizzata in Italia.* La maggior parte opera nel campo dell'assistenza sociale (11.812) e della sanità (9.098): da sole queste due classi racchiudono il 55 per cento del totale delle associazioni. Seguono quelle che si occupano di cultura, sport e ricreazione. Anziani e minori sono le categorie primarie di utenti con il 25,4 per cento, mentre si dedicano a malati e disabili il 18 per cento delle organizzazioni. Si occupano di nomadi, immigrati o profughi il 5,7 per cento. Al nord e nel centro si trovano oltre la metà delle associazioni. Lombardia, Toscana, Lazio, Piemonte, Emilia Romagna sono le regioni in cui le realtà del volontariato sono più radicate. Se però si confronta il numero di abitanti con quello delle organizzazioni, sono Friuli Venezia Giulia e la Valle d'Aosta ad avere più onlus. Al sud e nelle isole si registrano, invece, le percentuali più basse: rispettivamente il 17 e il 6 per cento del totale. La metà delle associazioni opera con meno di 16 volontari; solo il 15 per cento ha un numero superiore a 50, poco più del 10 per cento ha una base associativa molto estesa (oltre 500 soci). La rappresentanza legale è composta, per i due terzi, da uomini. Negli ultimi sette anni il numero di nuove associazioni costituite è diminuito costantemente: nel 2014 si è registrato un meno 15 per cento rispetto all'anno precedente. Le associazioni più piccole per numero di volontari e per numero di soci sono anche quelle più giovani: il 50 per cento è stato costituito dal 2000 in poi. La metà delle organizzazioni con più di 60 volontari ha oltre 25 anni di storia. Quelle più "anziane" si occupano di sanità: il 50 per cento ha quasi 30 anni di attività, mentre quelle di più recente costituzione sono nel settore ambientale (anno 2006) della protezione civile (anno 2005) o della cooperazione internazionale (anno 2004). Non sono "riconosciute" oltre il 90 per cento delle organizzazioni del nord: Veneto (97 per cento), Lombardia (93 per cento), Valle d'Aosta (91 per cento), l'Emilia Romagna (90%). Il Lazio, invece, ha la più alta percentuale di associazioni riconosciute. Nel Sud, il Molise è l'unica regione con oltre il 90 per cento delle associazioni non riconosciute, mentre in Puglia e Sicilia oltre il 66 per cento sono

riconosciute. La maggior parte ha come ambito territoriale di riferimento il comune di appartenenza e solo 5 su 100 hanno un riferimento territoriale nazionale o internazionale. L'83 per cento, infine, ha la qualifica fiscale di associazioni onlus (Vedi Report Nazionale sulle Organizzazioni di Volontariato censite dal sistema dei CSV). In tema di disponibilità economica non c'è nessuno che nega l'evidenza della crisi. Le conseguenze dell'epidemia e della chiusura di tutte le attività sulle disponibilità economiche delle famiglie italiane, secondo le prime interviste, si stanno facendo sentire: una su 5 (21,2%) accusa un impatto molto pesante sul reddito, quota che sale al 32,2% nella fascia meno abbiente (cioè quella che guadagna fino a 20.000 euro netti all'anno), e quasi la metà (47,8%) ha dovuto intaccare i risparmi, il 18,6% in maniera consistente. Solamente il 25,4% ha avuto contraccolpi trascurabili. Secondo le famiglie, la crisi non sarà passeggera e le aspettative per il 2021 sono anche peggiori. Il 37,5% dei nuclei teme molto (il 23,2% moltissimo) la chiusura dell'azienda o la perdita del lavoro per almeno uno dei componenti, percentuale che sale al 41,2% se si ragiona sul prossimo anno. Idem per la perdita di reddito: il 43,6% crede che subirà una forte riduzione delle entrate (il 47,3% se si ragiona sul 2021), pur continuando a lavorare, e il 45% pensa di non poter mantenere i risparmi (53% tra i redditi bassi). Il segmento però che sta pagando il prezzo più alto in tutti gli ambiti esaminati è quello delle famiglie con reddito basato sul lavoro autonomo. L'impatto del coronavirus e dell'eccezionale calo del Pil si farà sentire sui redditi delle famiglie italiane, ma quest'anno sarà in media meno intenso nel Mezzogiorno (-3,2% contro il -4,4% del Centro-Nord)". Lo segnala lo Svimez. I consumi sono invece in picchiata in tutte le regioni, in particolare nelle Marche e in Umbria, mentre la differenza si farà sentire sui tempi di recupero: nel 2021 il Centro Nord e il Centro faranno segnalare un margine di recupero, mentre la spesa resterà stagnante nelle altre Regioni. Nel dettaglio, per quanto riguarda il reddito delle famiglie, il calo riguarda l'Emilia Romagna (-6,3%), Marche (-5,7%), Umbria (-5,2%) e Piemonte (-5,2%). Per il 2021 è atteso un recupero in tutte le regioni del Centro e del Nord, soprattutto nel "triangolo della pandemia". Le regioni meridionali condividono una riduzione meno intensa dei redditi nel 2020 ma, al tempo stesso, un recupero più debole nel 2021. E' questo il caso, in particolare, di Calabria, Molise, Sardegna e Sicilia, che non recupereranno le perdite del 2020. "La dinamica dei redditi inevitabilmente condiziona le decisioni di consumo delle famiglie", spiega lo Svimez aggiungendo che "la spesa delle

famiglie cala bruscamente in tutte le regioni italiane con una variabilità correlata alla dinamica dei redditi”.

- DIMINUIZIONE DELLA FIDUCIA NEGLI ALTRI E NEL FUTURO

Quanta fiducia c'è in una nostra giornata? Più di quanta pensiamo. Anche alzarsi dal letto al mattino chiede di riporre un minimo di fiducia in ciò che di buono potremmo combinare nel corso del giorno. Mettersi alla guida presuppone la fiducia nella capacità personale di saper dominare il mezzo, e la fiducia che pure gli altri autisti condurranno la quattro ruote di loro competenza secondo le norme del codice stradale. Quando poi si sale su un mezzo pubblico, ci si affida allo sconosciuto autista del bus, al taxista, al capitano della nave. Per non dire del pilota dell'aereo, al quale addirittura (vezzo tutto italiano) si tributa talvolta un applauso al completamento delle manovre di atterraggio. Perfino sedersi a un qualsiasi ristorante esige fiducia: mangiamo quanto il cameriere ci mette a portata di forchetta nella convinzione che il cibo sia commestibile e pulito. E magari abbiamo scelto il locale dando credito al consiglio di un sito web dove un emerito sconosciuto ha assicurato che lì si mangia bene. Curiosa anche la fiducia alla base della nostra economia. Da dipendente, confido che a fine mese il datore di lavoro depositi una certa somma in un conto corrente gestito da una banca – di cui conosco il nome e forse un paio di cassieri – alla quale ho affidato tutti i miei risparmi. E ho altrettanta fiducia nel fatto che con un pezzetto di plastica munito di banda magnetica (il bancomat) posso prelevare alcuni biglietti di cartamoneta che, per convenzione, chiunque accetta come forma di pagamento. Gli esempi tratti dalla vita comune potrebbero continuare a oltranza, elevandosi da questioni spicciole – ma decisive per la nostra quotidianità – a ben più radicali fondamentali. Come la fiducia nella vita, in se stessi e nel prossimo, nei familiari e nel partner. L'idea di fondo è la seguente: una vita buona è un'esistenza che tra i suoi ingredienti principali mette in conto una buona dose di fiducia: ricevuta, e donata. Perché alternativa non c'è: di sfiducia si muore. Oggi la poca fiducia è un'emergenza. È una risorsa essenziale che si costruisce nel tempo e che si dissipa rapidamente. Recuperare non è facile, perché quando la fiducia viene distrutta si innesca una spirale negativa difficile da fermare. Pensiamo alla famiglia quando si produce una rottura tra marito e moglie. Ma quale processo ci ha portato a questa crisi di fiducia? Ci siamo lasciati alle spalle

una grande fase di espansione, sia economica sia della soggettività, che ha slegato i rapporti interpersonali, indebolendo la fiducia. Allo stesso tempo, ci siamo affidati fin troppo agli apparati tecnici, e in particolare alla finanza. Per il futuro bisognerà bilanciare il ruolo della tecnica – che ovviamente è uno strumento prezioso – con altri aspetti, imparando anche da questa crisi che il modo in cui si vive insieme, i valori e i significati che si condividono, il rispetto reciproco e delle norme sono fattori importanti per la qualità della nostra vita. Nel frattempo, però, dobbiamo fare i conti con un'insicurezza diffusa, che è più che «semplice» sfiducia. Uno dei suoi nomi è certo «disorientamento». Mancano punti di riferimento per comprendere quanto accade. La globalizzazione, poi, ci ha messo del suo. Il famoso «battito d'ali di una farfalla dall'altra parte del mondo» può causare la chiusura di una fabbrica da noi. E non sappiamo nemmeno con chi prendercela o come parare il colpo. *Chi ha scandagliato le diverse facce della nostra preoccupazione è Ilvo Diamanti, studioso delle dinamiche sociali, opinionista e presidente dell'istituto Demos & Pi, che ha curato il sesto «Rapporto sulla sicurezza in Italia e in Europa», uscito lo scorso gennaio. «È da un po' di anni che l'insicurezza sfocia in una forma di "paura delle paure". Le singole paure di per sé sono non dico neutralizzabili, ma almeno controllabili. Ciò succede se riusciamo a dare un nome ai motivi della nostra insicurezza. Il problema è quando le paure si sommano, si incrociano e subentra, appunto, la "paura delle paure". È un'insicurezza, per dirla con le parole del sociologo Bauman, "ontologica", perché ha a che fare con il nostro stesso essere. Non funziona nemmeno più il trucco, usato da sempre, di addossare la colpa a dei capri espiatori». Così, si legge nel «Rapporto», un italiano su due teme la globalizzazione. Mentre ben il 58,2 per cento della popolazione paventa la perdita del lavoro e la disoccupazione, quando ancora nel 2007 questo dato era sotto il 30 per cento. Sembra aver ragione l'antropologo Marc Augé, che nel suo ultimo libro, *Les nouvelles peurs* («Le nuove paure», ancora non tradotto in italiano), sostiene: «In fondo, se nei secoli scorsi si aveva innanzitutto paura della morte, oggi si ha soprattutto paura della vita». E, del resto, che la componente della percezione influisca non c'è dubbio, con i media ansiogeni tra i principali imputati. Tuttavia sottolinea Diamanti: «Il fatto è che se ho paura, ho paura. A fatica si distingue la realtà dalla percezione. Semmai il problema è da che cosa dipende la percezione. In parte contribuiscono i fatti. L'insicurezza aumenta quando constatiamo che la nostra condizione economica peggiora, che diminuisce la capacità di*

spesa, che la disoccupazione colpisce noi o i nostri cari, e via dicendo. Poi c'è la paura veicolata dai media. E quella prodotta da attori sociali e politici, che alimentano la paura per interessi di parte, cioè per avere più consenso, più voti o più legittimità. Fatto sta che, tra paura reale e paura percepita, l'Italia si scopre spaventata e poco incline alla fiducia. Anche gli ultimi indicatori lo rilevano. È il caso del «Rapporto Bes 2013», dove la sigla sta per «benessere equo e sostenibile»: un nuovo modo, alternativo al Pil, per misurare il progresso della nostra società. Presentato a metà marzo da Istat e Cnel, contempla anche alcune informazioni sulla fiducia, che è a livelli davvero bassi: solo il 20 per cento degli italiani intervistati dichiara di aver fiducia nelle altre persone, mentre la media dei Paesi Ocse è al 33 per cento, e in Danimarca e Finlandia si raggiunge il 60 per cento. Com'è possibile un divario del genere? Ci offre una risposta Giuseppe De Rita, sociologo e fondatore del Censis: «Noi italiani non siamo più "cattivi" degli altri. È che abbiamo sempre il timore che questi ultimi non rispettino le regole, che ci freghino. Per tornare alla fiducia nelle relazioni sociali, bisogna ristabilire il rispetto delle regole. Altrimenti chiunque sarà sospettabile di averle infrante a suo vantaggio». La sfiducia emerge, nemmeno troppo in filigrana, anche dall'ultimo «Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese». Negli ultimi tre anni, il problema dell'Italia – argomenta lo studioso – è che la curva è verso il basso, e quindi il meccanismo della psicologia collettiva è di difesa, di sopravvivenza, di gestione dell'esistente, di risparmio più che di investimento, senza senso prospettico del futuro. È un periodo congiunturale in cui anche la dimensione della fiducia è oggettivamente limitata.

- DIMINUIZIONE DELLA GENEROSITÀ E DELL'ALTRUISMO

È un trend in leggero rallentamento quello che raffigura l'andamento delle pratiche di dono degli italiani nel 2019: lo studio "Noi doniamo - Edizione 2020", condotto dall'Istituto Italiano della Donazione (IID) e diffuso in occasione del Giorno del Dono del 4 ottobre, ha analizzato e approfondito la generosità concreta dei cittadini nel 2019. "In occasione del Giorno del Dono – spiega il Presidente dell'IID Stefano Tabò – forniamo un'analisi che permette di avere una panoramica dell'andamento delle pratiche di dono e di sostegno al non profit relativi all'anno precedente, uno "stato dell'arte" utile a tutti coloro che operano nel mondo del terzo settore e non solo. Il focus del Rapporto sono gli italiani: la loro disponibilità economica ad aiutare gli

*altri, il loro impegno diretto nel volontariato, la loro volontà di donare sangue, organi e tessuti per aiutare chi sta male. Mettendo insieme autorevoli dati riusciamo a dare una panoramica rappresentativa della situazione e a leggere meglio la società in cui opera il terzo settore". "Il 2019 – aggiunge il Segretario Generale IID Cinzia Di Stasio – ha visto un trend in calo o stabile su tutti i fronti del dono indagati, un trend inaspettato visti i segnali positivi degli anni precedenti. In questo si è inserita una situazione di emergenza sanitaria e sociale che ha generato una mobilitazione forte anche in termini di donazioni, ma riferibili alla sola emergenza e che pongono molte incognite sui prossimi mesi. Per questo occorre sostenere e facilitare il lavoro del terzo settore perché senza il dono degli italiani tutto il mondo della solidarietà si ferma e il nostro Paese non può permettersi di fare a meno del terzo settore stesso".* Gli eventi pubblici continuano a rappresentare una fetta importante dell'attività di raccolta fondi: il 13%. Anche per questo c'è preoccupazione rispetto all'andamento delle raccolte per il 2020 che ha visto a causa dell'emergenza sanitaria un forte ridimensionamento delle iniziative. Sempre secondo l'indagine IID, più della metà delle organizzazioni non profit (52%) prevede un calo delle entrate per il 2020, il 33% un aumento e il 15% una stabilità.

- DIMINUZIONE EFFICENZA E CRISI DEL SISTEMA SANITARIO

I tempi per la sanità sono incerti e difficili: la gente è disorientata e non sa a quale santo votarsi, i medici sono sfiduciati e delusi, le risorse scarseggiano, i tagli sono diventati visibili. Personalmente, da sempre ottimista, ho l'impressione che le cose stiano prendendo una brutta piega. Il grado di declino e compromissione del sistema è allarmante anche se non è facile descrivere ed analizzare tutti i problemi in modo globale ed organico in considerazione dei vari aspetti scientifici, finanziari, culturali, sindacali, legislativi, giuridici e storici che entrano in campo. E' il caso di ricordare il concetto di complessità, vale a dire tutte le interrelazioni che si sono create ed aggrovigliate insieme lasciando in confusione chi è partito da lontano e si ritrova nell'oceano attuale. Non tutti concordano con questa visione critica, senza dimenticare coloro che si affidano al pensiero debole, cioè al senso comune accettando quello che passa "il convento" senza tanti problemi e pensieri, disposti a qualche piccolo cambiamento o ritocco senza rischiare od impegnarsi troppo. La pluralità delle visioni si ritrova anche in campo sanitario insieme all'amnesia collettiva delle cose non fatte. Molti pensano

che lasciare le cose come stanno sia fondamentale o meglio guai a toccare il sistema crollasse il mondo. Non parliamo della politica che mai per un voto potrebbe cambiare se stessa ed il modo di fare sanità: troppo pericoloso. Molti dicono che sia meglio tagliare in modo lineare nel bilancio pubblico i finanziamenti per eliminare gli sprechi e scaricare sugli spreconi colpe e responsabilità. L'imperativo fino a ieri era mettere a posto i conti, non il sistema sanitario. Anche la gente comune ed i colleghi ti dicono: porta pazienza, cambieranno con il tempo, aggiusteranno le cose, stai tranquillo. Sono tranquillo ed ottimista, ma ho difficoltà a rinunciare ad essere migliore, a fare in modo più redditizio quello che so fare, a pensare come potrei svolgere la mia missione in modo più qualificato. Faccio il medico da oltre quaranta anni e mi ricordo come sono andate le cose, come stavano prima e come rischiano di andare adesso. Quindi ho qualche perplessità che sia una buona scelta aspettare che le situazioni volgano al meglio da sole. Partendo da lontano provo a spiegare un po' meglio le mie ansie e paure rispetto alla situazione critica del momento e alle condizioni del sistema sanitario in lento degrado. Non è il racconto di un passato personale, ma di un tempo vissuto con tante persone. Il ritorno dell'emergenza Covid e gli allarmi sulla pandemia hanno in pratica cancellato tutte le altre patologie: sappiamo quotidianamente quanti sono i morti per il Covid, ma nulla sappiamo di quanti muoiono per tumori non trattati, per patologie cardiovascolari acute e croniche e altro. In molti ospedali sono state sospese le prestazioni programmate e ci si fa carico solo delle emergenze, mentre quasi si abbandonano i malati che non siano covizzati. Per favore non si venga più a parlare della medicina preventiva. È ancora una Sanità questa? Se mancavano 81.000 tra medici e infermieri e ne sono stati assunti, con contratti a termine, 33.800, è ancora una Sanità che può funzionare? Se delle 3443 nuove Terapie Intensive programmate ne vengono implementate 1300 e per cercare di farle funzionare, in carenza di anestesisti, si ricorre a specializzandi del quarto e quinto anno, possiamo parlare di una Sanità seria? Ed è una cosa seria che un Presidente di Regione proponga al Ministro della Salute Speranza di "attivare corsi rapidi di anestesia e rianimazione per medici di altre specialità"? Dopo averli snobbati e accusati di qualsiasi cosa, ora si parla di "ritrovata centralità dei Medici di base" che, oltre ai normali impegni in ambulatorio e le visite ai pazienti allettati, dovrebbero (il condizionale è d'obbligo) visitare a domicilio i positivi e fare i tamponi ai pazienti che ne facciano richiesta. Tutto è possibile, certo. Ma lo sanno

quante migliaia di medici di famiglia mancano in organico? È questo un modo serio di affrontare le emergenze della Sanità? E obiettivamente i medici hanno sempre fatto il loro dovere o qualcuno ha preferito fare il minimo sindacale? Tanto il pagamento a quota capitaria garantisce in ogni caso lo stipendio. E i sindacati hanno difeso la categoria e in particolare i veri lavoratori della sanità e non i pochi lavativi, hanno sostenuto coloro che chiedevano maggiore iniziativa e un decoroso riconoscimento per quanti concepivano il lavoro come missione? Le lamentele potrebbero continuare all'infinito, ma non smuovono un sasso e non portano a nessun risultato. E' tempo di proposte concrete e tentativi reali di cambiamento in tutto il sistema.



### 3.IL PRIMO CONTATTO CON LA SANITÀ

“Non importa per cosa sia nata una persona, ma ciò che sceglie di essere.”  
(*J.K. Rowling*)



Il primo contatto della mia vita, che ricordo, con la sanità risale alla vaccinazione contro il vaiolo (“l’innesto”) nell’ambulatorio della ditta Ceccato eseguito da parte di un medico che non riesco più a focalizzare. Dopo tale evento la somministrazione di tanto olio di ricino in ogni occasione febbrile segnò tanti anni dell’infanzia. Ricordo i tanti chiodi sporgenti dalle tavole dei numerosi cantieri aperti in paese che finivano per conficcarsi nelle piante dei miei piedi e comportavano il classico giro sulla bicicletta di mia madre fino all’ambulatorio del dr. Dall’Olio, vicino alla stazione del trenino a S. Pietro di Montecchio Maggiore. Non sapevo minimamente come funzionava la sanità fino al giorno del mio ricovero presso l’ospedale di Montecchio Maggiore, un fabbricato di poche stanze vicino alla stazione del trenino a S. Vitale, dove giunsi in condizioni precarie per una appendicite acuta con peritonite. Credo che gran parte della popolazione non avesse conoscenza di strutture sanitarie ed ambulatoriali e meno ancora si parlava di pediatri e specialisti. Allora, dopo l’intervento ed il ritorno a casa, mi preoccupai di chiedere cosa fosse costato il mio intervento salvavita. La risposta mi tranquillizzò perché mi spiegarono che il conto era stato pagato dalla mutua dei coltivatori diretti. Fu la scoperta della generosa mutua che aveva pagato l’intervento con l’aggiunta, da parte dei genitori, di due capponi per i medici dell’ospedale. Solo più tardi venni a sapere il nome del chirurgo, che aveva eseguito l’intervento: era Dino Visonà, mio parente. La mutua per antonomasia era l’ente che, prima della riforma sanitaria, gestiva, in forma mutualistica, l’assistenza medica e ospedaliera dei lavoratori. Erano gli anni ’60 e il paese stava cambiando da popolo di agricoltori a classe operaia di metalmeccanici, di muratori, di carpentieri ed artigiani. L’allargamento dell’obbligo scolastico fino alle scuole medie mi portò a proseguire gli studi fino alla laurea in medicina e chirurgia. A Padova ho conosciuto l’università e il policlinico. Agli inizi degli anni ’70 più che negli istituti universitari ero in pianta stabile come volontario negli ospedali, migrante da un reparto all’altro, da un ospedale all’altro. Praticavo ancora prima di aver il pezzo di carta e la relativa autorizzazione legale sotto la guida dei medici ospedalieri. Ricordo in particolare il dr. Povolo, il dr. Cecchi, il

primario Borsetto, il primario ortopedico Andreasi, il primario chirurgo Recupero, i ginecologi Artusi e Giaretta ed altri ormai approdati ad altri lidi. L'ospedale di Montecchio Maggiore e di Vicenza avevano già iniziato ad ampliarsi, ma la sanità era in mano ai medici condotti ed ai medici della mutua. Dopo la laurea ho deciso di lasciare la struttura ospedaliera per diventare medico delle mutue. Non era facile ottenere la convenzione con le mutue che erano tante:

- **Enpas:** L'assistenza sanitaria dei dipendenti statali, di ruolo, non di ruolo, salariati, pensionati civili e militari, era affidata all'ENPAS, istituito con L. 19 gen. 1942, n. 22. Con il DPR 24 luglio 1977, n. 616, che prevedeva il trasferimento alle regioni delle funzioni inerenti alle materie indicate nell'articolo 117 Cost., e con la L. 29 giugno 1977, n. 349, furono passate alle regioni tutte le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria dell'ente, che fu dichiarato estinto e posto in liquidazione.

- **Mutua artigiani** Ai sensi dell'art. 7 della L. 29 dic. 1956, n. 1533 fu istituita la Cassa mutua prov.le malattia con l'estensione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie per la categoria degli artigiani e per i rispettivi nuclei famigliari. Le persone soggette all'assicurazione erano iscritte in appositi elenchi nominativi provinciali (cfr. art. 12 e 13 della L. 25 lug. 1956, n. 860); tutte le casse provinciali facevano capo a una Federazione nazionale.

- **Inps, Inpdap, Mutua coltivatori diretti, Inail** e tanti altri enti.

Allora si poteva decidere in autonomia dove aprire un ambulatorio medico ed avevo scelto, in considerazione che il paese era abbastanza grande ed operava come medico condotto ed ufficiale sanitario solo il dr. Giovanni Stefani, di stabilirmi a Brendola. Ero diventato, a 26 anni, un medico delle mutue operante a Brendola in concorrenza con il vecchio medico di paese. A titolo informativo a Brendola avevano operato da fine ottocento fino ai primi del novecento il dr. Fenelli e successivamente il dr. Leopardi. Fu un periodo difficile per tanti motivi. Non è facile per un dottorino confrontarsi con il vecchio medico del paese, conquistare la fiducia della gente che non conosci, competere in un territorio abbastanza chiuso alle novità,

guadagnare un minimo vitale per pagare le spese dell'ambulatorio, decidere da solo in continuazione diagnosi e terapia. Nel frattempo era giunto in paese un altro medico dr. Tarcisio Visonà (parente un po' lontano), ma senza riuscire a far fortuna. Dopo un anno abbandonò il paese ed al suo posto si presentò il dr. Netti, che a sua volta rinunciò a rimanere. Quindi si rimase per un po' di tempo, fino alla riforma della legge 833, in due medici della mutua, il vecchio dr. Stefani ed il sottoscritto. Ma come funzionava la mutua? Spiegare le differenze fra i vari enti ed i vari rimborsi sarebbe lungo e difficile. Sostanzialmente si può dire che gli operai avevano una copertura totale per l'assistenza medica e farmaceutica. Il medico della mutua notulava, vale a dire segnava le visite fatte in ambulatorio e a domicilio. A fine mese presentava la lista riassuntiva delle prestazioni effettuate alla sede Inps di Vicenza ed il mese successivo incassava il corrispettivo. Le altre categorie di persone pagavano direttamente il medico ed in seguito, presentando la ricevuta, venivano in parte rimborsate dal relativo ente mutualistico. La quota di rimborso era variabile per cui tante persone preferivano lo sconto alla ricevuta (*il nero esisteva già da tempo*). L'ospedale era gratuito per tutti e considerato ultima spiaggia, da cui molto spesso non si ritornava. La sanità era strettamente territoriale e la specialistica decisamente limitata. Si nasceva in casa con l'aiuto dell'ostetrica e tutto il sistema si reggeva sui medici del territorio, veri ras o padroni della salute. Chiamare il medico era una vera ed estrema necessità. La copertura dell'assistenza era totalmente a carico del medico, cioè h24 sabato e domenica compresi. Il mondo stava cambiando ed anche la richiesta di prestazioni si andava adeguando all'esigenza di migliori cure. Il sistema mutualistico, nato nel 1942 alla fine degli anni settanta entrava in crisi per il disavanzo strutturale determinato dall'aumento delle prestazioni senza corrispondenza contributiva adeguata. L'aumento delle prestazioni richieste e della domanda di salute non era adeguatamente finanziato ed inoltre i costi legati alla prestazione, non al risultato e agli esiti delle cure, erano destinati ad aumentare inevitabilmente.



## 4.RIFORMA DEL '78 LEGGE 833

“La vera medicina aiuta veri medici a curare e guarire veri pazienti; una falsa medicina aiuta falsi medici ad avere influenza e controllo su falsi pazienti.” (*Thomas Stephen Szasz*)



Per risolvere i problemi di sostenibilità delle mutue venne fatta nel 1978 la riforma sanitaria. L'obiettivo era riformare l'offerta e rimettere il sistema in equilibrio economico. All'indomani del suo varo la spesa sanitaria per tante ragioni aumentava in modo considerevole dando luogo a imprevisti problemi di sostenibilità finanziaria, che si pensavano eliminati. L'aumento era legato certamente alla sostanza della riforma che introduceva l'universalità dell'assistenza, bene eccezionale e da difendere anche oggi, ma anche allo sviluppo della medicina, che iniziava a inglobare le nuove tecnologie, i nuovi strumenti diagnostici e le nuove scoperte farmacologiche. Inoltre si rivoluzionava, attraverso un rapporto convenzionato, le modalità di remunerazione dei medici della mutua con l'introduzione della quota capitaria, del massimale e della guardia medica. La convenzione era ed è una forma giuridica ibrida e indefinita che continua a mantenere i medici in una propria esclusività, a farli rimanere in un'enclave separata riducendo la loro autonomia e responsabilità. Spariva il medico condotto con la comparsa di nuove figure mediche ed amministrative all'interno delle A.S.L.. Nascevano i Ps come unità autonome, la specialistica si diffondeva a macchia d'olio. Gli ospedali diventavano attrattori fenomenali perché luoghi ricchi di nuove tecnologie e specialità. Il medico di medicina generale perdeva ogni giorno che passava libertà ed autonomia ed il cittadino si sentiva autorizzato ad essere sempre più esigente e pretenzioso, nel senso che finalmente poteva accedere gratuitamente alle cure che prima poteva solo sognare per l'alto costo. La salute e le cure iniziano ad essere un diritto. Ed inevitabilmente la sostenibilità saltava di nuovo.

Come risposta i governi adottavano le prime politiche di de-finanziamento del sistema (contenimento, contingentamento, misure urgenti in tema di spesa sanitaria). La questione sostenibilità ereditata dal precedente sistema mutualistico passava quindi nell'attuale sanità pubblica. La legge 833 fu una vera rivoluzione per i vecchi medici della mutua. Entrata a regime nei primi anni '80, quando anche i medici condotti avevano ceduto il controllo sulla popolazione dei propri comuni, cambiò radicalmente la vita dei medici e delle persone. Ricordo bene la rabbia e la rassegnazione di tanti medici condotti, che vedevano diminuire il loro potere e la loro libera iniziativa. Dovevano rassegnarsi alle nuove disposizioni che riducevano il numero di pazienti in carico ad ognuno e separavano tante funzioni fino a quel momento nelle mani dei medici condotti. Fu anche l'inizio delle spese per creare i distretti dove si concentravano servizi amministrativi e

poliambulatori di igiene pubblica, medicina del lavoro ed altri. La riforma nelle intenzioni, oltre che a superare la crisi delle mutue, introduceva alcuni concetti di universalità e di innovazione notevoli, mai realizzati prima. Raccontare la riforma meriterebbe un libro a parte per cui limitiamoci a dire che i risultati sul piano del contenimento dei costi sono stati scarsi e siamo di nuovo a parlare di sostenibilità economica del sistema che si stava avvicinando ad un punto di rottura.

Per assicurare al sistema un maggior grado di sopravvivenza dopo il varo della riforma del '78 si decise di mettere in campo due nuove riforme correttive.

La prima risposta all'insostenibilità del sistema di finanziamento e ai problemi del SSN fu la legge **502/1992**. Essa inseguiva sostanzialmente tre principi:

#### 1. L'AZIENDALIZZAZIONE

Le USL venivano dotate di personalità giuridica in quanto aziende, i cui organi di rappresentanza erano:

Il direttore generale nominato dal presidente della giunta regionale. I suoi doveri erano il buon andamento economico-amministrativo e tecnico-funzionale per i successivi cinque anni in cui era in carica. Il direttore generale aveva potere gestionale e di rappresentanza legale. Era coadiuvato da un direttore sanitario e da un direttore amministrativo.

Il collegio dei revisori, nominato invece dal direttore generale da una lista di membri designati da altri enti (ministero competente, sindaco, regione), si occupava di verificare la tenuta della contabilità, la risultante delle scritture contabili ed esaminava il bilancio di previsione. In poche parole si preoccupava che i conti tornassero.

#### 2. L'ORIENTAMENTO AL "MERCATO"

Veniva prevista l'intramoenia per la libera professione dei medici, e circa il 10% delle camere presentavano servizi aggiuntivi dietro un corrispettivo pagamento a carico del paziente. In sostanza le aziende venivano pagate per paziente.

#### 3. LA DISTRIBUZIONE DI RESPONSABILITÀ ALLE REGIONI.

Le USL, ridotte di numero e non riferendosi più ai comuni, venivano delegate direttamente alla regione che le sosteneva economicamente. La Regione, dopo l'avvento della **Legge n.502 del 30 dicembre 1992**, non può più avvalersi sullo Stato per i propri disavanzi, per cui, le responsabilità ricadono soltanto sulla *governance* della singola azienda. La Regione, da questo momento, ha quindi tutto l'interesse all'osservanza e alla cura dei conti economici del servizio sanitario fornito ai cittadini, perché ne risponde politicamente.

L'ultima grande riforma sanitaria **la 229/1999, decreto Bindi o Riforma-ter**, è l'ultimo passo legislativo ad oggi che il sistema sanitario ha compiuto dalla sua costituzione. Possiamo sostenere che il concetto riformatore della Riforma Bindi è la ridefinizione dei principi guida in materia di sostenibilità finanziaria del sistema secondo appropriatezza, economicità ed evidenza scientifica nelle scelte d'uso delle risorse. Ma andiamo con ordine.

La Riforma Ter ridefinisce l'impostazione generale del sistema sanitario:

*Art.1 (Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza).*

La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità, del bisogno di salute, dell'equità di accesso, di qualità e di appropriatezza ed economicità, a tutti i cittadini sul suolo italiano con le prestazioni assistenziali previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'art 3 e art.4 (*programmazione LEA e governo regionale*). Il Piano Sanitario Nazionale stabilisce i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (**LEA**) che lo Stato garantisce al cittadino in maniera gratuita o con partecipazione (ticket). Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali,

Il Piano Sanitario Nazionale ha durata triennale. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della

popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Vengono delineati i limiti economico funzionali dei servizi sanitari, impostando una mentalità basata sull'evidenza scientifica, integrando anche in Italia tale approccio medico. L'evidenza scientifica e l'appropriatezza clinica di ogni trattamento ne autorizzano quindi l'eventuale impiego. Non vengono garantite prestazioni sanitarie che:

- non rispondono a necessità assistenziali previste dai principi ispiratori;
- non efficaci su base d' evidenze scientifiche o non efficaci per soggetti che non corrispondono alla situazione clinica raccomandata;
- quando esiste un trattamento che a parità di risultati sia più economico.

Abbiamo l'aziendalizzazione definitiva delle USL: Gli ospedali vengono definiti "Aziende" secondo diritto privato e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio. I Direttori generali rispondono direttamente alla regione di appartenenza secondo gli obiettivi di governo regionale, pur mantenendo i propri poteri gestionali. Viene sostituito il collegio dei revisori con il collegio sindacale che non viene più nominato dal direttore generale, ma direttamente da enti interessati al corretto andamento economico e funzionale (*ministero, regione, sindaco*). Il collegio con una frequenza minima di tre mesi si occupa di riferire a chi di competenza l'andamento della gestione dell'azienda e di denunciare prontamente situazioni che vadano contro la corretta gestione finanziaria. La prima riforma puntava le sue carte sull'azienda considerandola la strada giusta per ridurre i costi dell'offerta; la seconda riforma invece con gli stessi scopi della precedente puntava le sue carte sulla razionalizzazione dei costi riconducibili all'offerta di servizi e quindi sulla qualificazione dei consumi. Ma nessuno affronta mai il tema del lavoro, limitandosi a modificare sempre l'organizzazione, la scatola, la struttura.

## 5.ESSERE MEDICO

“La conoscenza viene acquisita imparando; la fiducia dubitando; la destrezza con la pratica; e l'amore con l'amore.”



Ogni persona coltiva dei sogni e delle aspettative che partono fin da bambino. Si aggiustano nel tempo in riferimento ai modelli di vita che ci circondano quotidianamente. Un tempo, quando ero piccolo, le agenzie formative erano poche: la famiglia, la scuola e l'ambiente di paese. Non esistevano tante tv, non c'erano internet ed il telefonino, i mezzi di locomozione erano limitati. Quindi inevitabilmente i modelli venivano pescati in paese e dintorni. Nel caso personale, sognavo di fare il medico ed avevo individuato come modello per un futuro il dr. Siro Varotto. Un medico della mutua che si spendeva senza limiti di tempo e disponibilità a curare le persone. A questo riferimento si aggiungeva uno zio paterno, allora mi sembrava anziano, medico a Mirano fin dal dopoguerra. Questi dottori godevano di una stima, senza dubbi e perplessità, da parte della gente. Erano bravi medici. Il concetto di bravura si riferiva proprio a quello che erano prima di tutto come persone. La bravura si riferisce proprio a quello che sei, un bravo uomo come in tante altre professioni. Questa definizione di bravura si riferisce proprio all'essenza, all'onestà, alla disponibilità, a tutte quelle qualità umane che desideriamo vedere negli altri e in noi stessi. Da quel momento ho cercato di applicare il modello con tutti i limiti e le difficoltà. Ho studiato per essere bravo nel senso che ho approfondito i concetti di empatia, la capacità di mettersi nei panni altrui, l'idea di servizio, l'idea di essere utile agli altri, l'idea di ricercare in continuazione soluzioni ai problemi. La conoscenza per tutti non è mai troppa, ma per essere un medico dovresti conoscere il mondo, perché ogni persona presenta caratteristiche uniche di salute e di malattia. Dovresti anche essere profondamente ottimista, perché credere nell'uomo è fondamentale, perché non devi mai rinunciare ad essere migliore. Dovresti acquisire la capacità di essere attento ad osservare ogni minimo particolare, essere attento ad ascoltare ogni parola, essere attento a guardare la gente negli occhi perché quasi sempre sono lo specchio dell'anima, che non si vede ma può dirti il grado di benessere del tuo interlocutore. Dovresti anche essere paziente perché i tempi delle persone non possono essere i tuoi tempi, i tuoi ritmi, le tue conoscenze, in sostanza sono diversi. Ed ancora accettare la diversità di pensiero, opinione, religione è un'altra capacità che devi acquisire perché tu devi curare l'uomo e non la sua fede, la sua idea politica. E' necessario accettare di essere disturbato in qualsiasi momento della giornata perché le urgenze altrui non sono differibili, mentre i tuoi impegni possono aspettare. In occasione della presentazione del mio ultimo libro

stavo partendo per la sala dove era organizzata la serata e nel momento di salire in macchina arriva una persona per chiedermi una consulenza urgente: mi sono fermato per dare risposta. Essere pronti a tante situazioni di sofferenza e lutto anche nel giorno del tuo compleanno è necessario per essere un medico. Ma ancora non puoi essere sordo al dolore di un grande vecchio, essere cinico e indifferente, perché la sofferenza non ha età. Essere significa coltivare tutto l'umano possibile con i limiti che tutti abbiamo. Quindi coltivare l'umiltà è un'arte difficile, come riuscire a chiedere scusa e perdonare, anche quando la ragione ti suggerisce di prendere qualcuno a calci. Essere relazionale, in grado di parlare con tutti belli, brutti, istruiti e meno preparati, è un dovere dell'essere medico. Bisogna avere una visione olistica delle cure ricercando le sensibilità più utili per raggiungere gli obiettivi. Non si deve trascurare di essere preparato e competente sul piano scientifico, sempre inserito in un percorso di apprendimento continuo e permanente. Ed ancora due sono le condizioni indispensabili per poter essere medico: l'autonomia e la responsabilità.

Autonomia significa non dipendere da qualcuno o da qualcosa per scegliere il meglio per l'altro. Sembra cosa scontata e facile, in realtà se non assumi un atteggiamento critico nei tuoi confronti rischi di ritenerti libero anche quando i condizionamenti si fanno sentire. La pressione dell'ambiente circostante, Asl, specialisti, informatori, colleghi ed operatori è enorme nell'orientare le scelte. Essere medico autonomo significa prendere coscienza di queste situazioni e scegliere in scienza e coscienza. Qui entra il concetto di responsabilità. Essere medico dovrebbe rispondere alla regola della scelta migliore per il tuo paziente, che vale a rispondere alla domanda frequente del paziente: e se fosse Lei ad avere questo problema cosa farebbe? La risposta non può essere che: "quello che ho appena suggerito è quello che farei anche per me". Non può esistere una risposta diversa, altrimenti stai ragionando in maniera poco responsabile, stai ragionando secondo le linee guida, stai ragionando con criteri economici, stai dimenticando la tua responsabilità. Le linee guida sono "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche". Quindi sono raccomandazioni non obblighi e devono essere usate con intelligenza non come strumento di difesa dal rischio professionale. Il metodo scientifico è l'unico in cui credo e che tento di adottare nel mio

modo di essere. La fede, la religione sono cose diverse dalla scienza e possono fare miracoli, ma non possono essere il criterio di approccio alla persona ed ai suoi problemi. Il rischio di diventare ciarlatani, distributori di sogni e fantasie, di farsi prendere da false scoperte e novità, di vendere fumo è un pericolo che può colpire tutti, anche il medico. Verificare, controllare, soppesare, osservare, non dare niente per scontato, meditare è un modo di essere medico libero ed autonomo. Questa continua ricerca e fatica di essere è quella che ti porta ad acquisire un certo grado di autorevolezza, non di autorità, che deriva esclusivamente dal ruolo che occupi nella società. L'autorevolezza è una conquista legata a quello che sei e ai tuoi comportamenti quotidiani, che costruisci giorno per giorno vivendo in modo coerente e corretto. Nessun medico è il salvatore del mondo, ma ogni medico deve essere in posizione di piena libertà per realizzare la propria missione. Libertà personale e culturale si devono conquistare evitando tutte quelle situazioni a rischio di conflitto d'interessi. Troppi conflitti esistono in sanità. Il medico del lavoro che viene pagato dal titolare dell'azienda è in posizione di sudditanza nei confronti dello stesso e non sempre è libero di iniziative a favore dei dipendenti. Il medico che possiede cliniche o laboratori privati ha difficoltà a non indirizzare le persone presso le proprie strutture. La miscela pubblico privato non è una soluzione ottimale: si dovrebbe avere il coraggio di scegliere. Sia chiaro che non tutti sono interessati ad essere medici, tanti sono bravi professionisti e sanno fare bene il medico. Qui insisto molto sul concetto di essere e non di fare perché è un aspetto ignorato anche nei test di ammissione alla facoltà di medicina. Oggi conta fare, saper fare, saper agire, in parole povere solo la professionalità specifica. Non fraintendiamoci questa capacità non può mancare e deve essere "super" in ogni caso, ma essendo tendenzialmente esigente, sarei felice se ci fossero almeno alcune qualità oltre la professionalità. Sono convinto che la "bravura dell'essere" è la miglior compagna della competenza. Bravo è colui che è capace di eseguire bene i propri compiti, ma è anche colui che viene considerato una persona buona e onesta. Le persone equilibrate sembrano "brave" in tutto perché conducono una intensa vita sociale. In realtà, non è detto che siano specializzate in qualcosa, ma è più probabile che non si sottraggano a provare diverse cose. Il fatto di essere aperti a nuove esperienze è in effetti una bella cosa. Dimostrano la gentilezza facendo volontariato o aiutando gli amici nel momento del bisogno. Ascoltano attentamente quando una persona racconta un fatto o

un suo problema. Offrono consigli quando li chiedono. Inoltre, non esitano a fare complimenti. Spesso, la fiducia in se stessi consiste nel non dover dimostrare che sei il migliore, ma nel mettere in luce il lato più bello degli altri. Inoltre nessuno può essere capace né perfetto in tutto. Il desiderio di sembrare una persona competente in tutto quello che si fa è positivo e legittimo. Tuttavia, è importante rimanere umili e modesti, quindi non vantarsi dei successi. Certamente queste qualità sono utili in qualsiasi mestiere o professione, ma dovrebbero eccellere in coloro che come professione hanno scelto di curare le persone. Purtroppo nessuno è interessato a queste capacità e doti. Addirittura nei test di ammissione alla facoltà di medicina si preferiscono quesiti e domande sull'attualità che sulle bravure degli aspiranti. Non esistono corsi di formazione su argomenti tanto delicati ed importanti, meglio parlare di economia, di farmaco economia e managerialità. Nessun riguardo per la formazione umanistica è più in auge e l'arte e la bellezza d'animo sono considerate perdita di tempo.

## 6.FARE IL MEDICO

“Ogni atto di apprendimento cosciente richiede la disponibilità a subire una ferita alla propria autostima. Questo è il motivo per cui i bambini, prima di essere consapevoli della propria importanza, imparano così facilmente; e perché le persone più anziane, specialmente se vanitose o importanti, non riescono a imparare affatto.” (*Thomas Stephen Szasz*)



La professione di medico è la cosa più bella del mondo. Il punto forte più importante, che include tutto il resto, è sicuramente il rapporto con le persone. Spesso tanti uomini e donne sono venute da me la prima volta da adolescenti e, poi diventate adulte, hanno fatto un bel pezzo di strada insieme al sottoscritto. Questo significa costruire un legame che dura nel tempo e che molto spesso diventa qualcosa di più della relazione di lavoro, una vera amicizia: capita non di rado che ci possa scambiare consigli su temi diversi dalle questioni mediche. Si instaura un rapporto stretto e confidenziale, utilissimo quando si devono affrontare problemi di salute, per discuterne meglio, più a fondo e per essere anche più efficaci con i nostri atti medici, perché conosciamo davvero bene la persona. Se hai la fortuna di fare il medico come desideri, questo ti riempie la vita perché puoi aiutare le persone a stare meglio non solo da un punto di vista fisico, ma anche globale. Fare il medico è una professione che prevede la cura, la tutela e la promozione della salute delle persone attraverso la pratica della scienza medica. Il medico visita i pazienti ammalati, prescrive esami e controlli medici, effettua la diagnosi e propone una terapia. Cura pazienti di ogni età, affetti da problematiche di ogni tipo: ferite, infezioni, traumi, patologie acute o malattie croniche, disabilità temporanee o permanenti. Il medico di famiglia innanzitutto raccoglie l'anamnesi del paziente, valuta i sintomi accusati dal malato e la sua storia medica e clinica (dopo un po' di tempo conosce bene le patologie di cui ha sofferto, le terapie seguite, le medicine assunte, gli interventi subiti). Visita il paziente e poi analizza e interpreta i risultati della visita e degli esami per diagnosticare le condizioni del paziente. In base alla diagnosi, il medico raccomanda un piano terapeutico: ne parla in modo chiaro e professionale con il paziente, informandolo sul disturbo rilevato, sulle terapie proposte, sulle caratteristiche dei farmaci prescritti. Nel caso lo ritenesse necessario, consiglia al paziente un consulto più approfondito con uno specialista (ad esempio una visita da un cardiologo, un oncologo, un dermatologo...). A seconda delle situazioni, il medico di base può fornire un semplice consulto telefonico, fare visite a domicilio o anche occuparsi direttamente delle cure, ad esempio effettuando piccole medicazioni, fasciature, punture per somministrare farmaci e vaccini. Il medico si occupa poi di monitorare costantemente l'evoluzione del quadro clinico, per valutare gli effetti della terapia, decidere quando interrompere il trattamento o se modificarlo, per renderlo più efficace. Fornisce consigli per un corretto stile di vita - dall'alimentazione all'igiene all'attività fisica - che

aiuti a prevenire l'insorgere di malattie e lo sviluppo di disturbi di vario tipo (prevenzione primaria). Il medico inoltre favorisce il diffondersi di buone pratiche come *screening* preventivi e indagini diagnostiche generalizzate, che permettono di individuare in modo tempestivo l'insorgere di una malattia e di aumentare notevolmente le possibilità di cura e di guarigione (prevenzione secondaria). Un medico di famiglia si deve occupare anche di numerose attività amministrative e burocratiche legate alla gestione dei pazienti: ad esempio compila schede sanitarie e cartelle cliniche, aggiorna il database con le informazioni sui pazienti, prescrive esami e farmaci (le ricette mediche). In questo il medico può essere aiutato da un assistente o una segretaria di studio medico. Inoltre, il dottore cura i contatti con gli altri professionisti con cui lavora: medici specialisti, infermieri, tecnici sanitari, informatori scientifici del farmaco. L'orario di lavoro del medico di solito è impegnativo, e può essere imprevedibile perché dettato dalle esigenze dei suoi pazienti. Fino a 10 anni fa il lavoro si basava principalmente sul rapporto diretto con il paziente, recandosi presso il suo capezzale, sfogliando cartelle cliniche, esaminando il corpo con i sensi (ispezione, palpazione, auscultazione), il colloquio e la visita, e attraverso questi facendo diagnosi. Ora purtroppo non è più così e gran parte della colpa è associata all'invasiva burocrazia e alla nuova era tecnologica, in cui si lascia alle strumentazioni la responsabilità di fare diagnosi. Ora bisogna annotare tutto sul computer. Ovviamente questo processo di registrazione richiede ai medici stessi di riunire tutti i dati del paziente, occupando circa il 40-50% del loro tempo, di fronte allo schermo di un computer (come dimostrato da uno studio recentemente pubblicato da Rosenthal e Verghese sul *New Engl. J. Med.*). Inoltre gran parte del restante tempo, secondo quanto registrato nella ricerca, è utilizzato per coordinare, magari al telefono, le cure con altri specialisti, farmacisti, nutrizionisti, uffici di assistenza primaria, familiari, assistenti sociali, infermieri, ecc. Il nuovo medico tecnologico è spesso ridotto a mero prescrittore di valutazioni, a volte effettua visite telefoniche o fa diagnosi online, e prescrive terapie via chat. L'attenzione del medico è dunque spesso deviata dalle vite, dalle menti e dai corpi delle persone affidate alle sue cure, al punto che la figura del medico più focalizzato sullo schermo anziché sul paziente è ormai un *cliché* culturale. L'idea del dottore dedito alla cura del corpo e delle vite, attraverso un contatto umano sincero, ormai è stata sostituita da quella di una persona focalizzata su uno schermo e sulle procedure. Questa visione inoltre sta iniziando a diffondersi anche

nell'ambito universitario, in cui gli studenti vengono istruiti ad un tipo di medicina non tradizionale, ma basata sulla capacità di comprendere un esame biptico, a gestire file e a firmare dimissioni elettroniche. Allo stesso tempo anche i pazienti stanno sviluppando l'idea che il proprio corpo sia identificabile con delle immagini e che la malattia possa essere diagnosticata con analisi biomolecolari.

Oggi, un mercoledì dell'anno 2018 è una delle tante giornate da medico. Giovanni, infermiere domiciliare, amico da tempo, continua a suggerirmi di scrivere la mia quotidiana storia di medico. Allora provo a raccontare una giornata di consueto lavoro come tanti altri giorni dell'anno. Premessa a questo racconto è la chiara necessità di non usare nomi di persone per non permettere assolutamente l'individuazione delle stesse. Inoltre non so se riuscirò a far capire quanta passione, rispetto ed amore provo per tutti. La descrizione della mia giornata è per far capire il lavoro del medico non per lamentare e svalutare le problematiche delle persone che accedono all'ambulatorio. Se fossi stato un medico ospedaliero probabilmente avrei presentato dei "casi clinici" come mi sono assorbito per anni ai corsi di aggiornamento. Arrivo in centro medico alla classica ora del mattino, vale a dire delle ore otto meno cinque minuti. Assaporo alcune sensazioni legate al tempo (sole/pioggia) e getto lo sguardo tutto intorno salutando i passanti occasionali prima di entrare. Il mercoledì in genere è un bel giorno posto a cavallo della settimana, quando è passato l'assalto del lunedì e il venerdì è ancora lontano. E' una sensazione piacevole stare nel mezzo, con una pausa in entrata quasi sempre di scambio di saluti con il segretario Tommaso e l'infermiera Cristina, già impegnati con i prelievi ematochimici che coinvolgono, più o meno circa 40 persone, alcune note da tempo altre occasionali. Sono esami già prenotati per superare le difficoltà di inserimento dati dei pazienti e dei relativi test richiesti, dopo il cambio di software gestionale del laboratorio che ha raddoppiato i tempi per l'operazione e che impedisce la risposta alle richieste in tempo reale. L'obbligo della prenotazione è diventato una necessità proprio per la tempistica del software e che personalmente ho fatto fatica ad accettare perché comporta un passaggio in più per l'utente, che deve necessariamente passare per la segreteria e perché occupa ulteriore tempo a Tommaso, costretto ad eseguire l'operazione nei minimi ritagli di tempo, togliendogli i pochi attimi di respiro tra un'operazione e l'altra della reception. Se ripenso

alla nuova situazione delle prenotazioni sono assalito da un moto di rabbia perché è inconcepibile perdere più tempo per fare le stesse cose di prima, perché non ho nessuna possibilità di intervenire sulle decisioni prese in altro luogo lontano e da persone che probabilmente mai hanno provato direttamente il lavoro. Quindi faccio buon viso a cattiva sorte e mi consolo pensando che il lato positivo della faccenda potrebbe essere che gli utenti imparano ad apprezzare di più il valore degli esami ematochimici, che spesso eseguono con scarsa razionalità o perché suggeriti da incompetenti. Sono solo in entrata, ma lo sguardo è già corso alle sedie della sala d'attesa per scrutare i presenti e la numerosità. Non so chi, ma qualcuno ha dichiarato che un medico dovrebbe visitare, per fare bene il lavoro, 8 persone al giorno. Il conteggio mentale, che ho già eseguito rapidamente, è un numero...,abbondantemente già oltre quella soglia. E pensandoci devo smaltire questo carico di lavoro entro un'ora perché poi iniziano gli appuntamenti dei classici dieci minuti a testa. Mentalmente elimino il problema dei tempi e ritmi e mi sono già convinto che riuscirò ad accontentare tutti i richiedenti. Quindi attraversata la stanza dell'infermiera, appoggiata la borsa per terra, infilato il camice, acceso il computer, caricata la carta sulle stampanti, controllato il termostato, accesa la luce (è sempre buio lì dentro quel minuscolo ambulatorio), aperta la porta, esclamo con voce decisa: "avanti il primo". Il primo a comparire è il Sig.Pinco. Naturalmente lo conosco da anni non per colpa sua, ma mia che sono qui da una vita ad aprire quella porta ed accogliere quello che si è accaparrato il primo numero di accesso. Sì, il distributore dei numeri per l'accesso è una novità degli ultimi anni, copiata dal supermercato, dalle poste, dalle banche, da tutti gli uffici pubblici per evitare che qualche furbetto, arrivato tardi, superi la fila di attesa. Ormai esistono le file di attesa in ogni luogo e gli italiani hanno una difficoltà innata a rispettare l'ordine d'arrivo. Tentano sempre, nei modi più impensati, di guadagnare qualche posizione a danno di altri. Rispettare l'ordine d'arrivo è una regola giusta, ma come tutte le regole dovrebbe prevedere le eccezioni, vale a dire, se qualcuno sta male veramente e non finge, dovrebbe poter passare prima, previa spiegazione. Ma nella sala d'attesa non sono previste eccezioni, piuttosto di far passare prima qualcuno si è disposti ad immolarsi in un litigio accanito e serrato, al punto che sono costretto ad uscire per riportare l'ordine e magari dare qualche precedenza. Non succedono spesso questi incidenti, ma a volte capitano, soprattutto quando la maggior parte dei presenti è anziana e poco

disponibile a cedere alle esigenze urgenti. La frase di rito senza incertezza alcuna è: "Tocca a me e non si discute", anche se poi quello che reclama il diritto si concede il tempo per una chiacchierata prolungata con i conoscenti od amici presenti, prima di uscire dall'ambulatorio. Pinco, che sta dentro l'ambulatorio durante la mia uscita come paciere, mi sottolinea *che è venuto un'ora prima per avere il biglietto ed il numero, perché gli altri sono lì tutti i giorni e si prendono tutti i numeri disponibili. Ormai li conosco tutti quelli lì, sono sempre qui a prendersi li posto.* Sorrido in modo invisibile per non commentare le sue dichiarazioni, le sue continue presenze plurime settimanali. Chiaro il mio è un comportamento paternalistico, ma come fai a dire ad un anziano che dovrebbe frequentare meno l'ambulatorio con tutti gli acciacchi quotidiani che si ritrova, con tutti gli anni che pesano sul corpo e sulla testa. Il cervello pensa in maniera diversa dal corpo e non è sincronizzato. Pinco è sicuro che la sua età reale sia quella di un cinquantenne e non quella anagrafica di 75 anni, quindi dovrebbe stare benissimo senza dolori e con tanta forza. La sua richiesta è diretta: *"El senta dottor, la pression la va ben e me la ga misura luni, el me daga qualcosa da tirarme su che sono senza fia, parché se vago in farmacia i me da quello che i vole par ciapar schei. Non importa se la costa basta che la sia bona e che la funziona parchè a ghe ne go proprio bisogno e casomai sel vole la settimana prossima femo anca i esami del sangue par veder se ghe qualcosa che non funziona."* Una pausa di riflessione da parte mia per dare l'idea che mi sto scervellando per trovare il ricostituente miracoloso e poi la prescrizione con la raccomandazione di assumerla al mattino a digiuno perché altrimenti l'effetto non sarà ottimale. In ogni caso concludo dicendo che ci risentiremo per vedere il beneficio. So già di certo che fra tre giorni tornerà salvo il miracolo di un impegno che lo porterà dal figlio, che abita in un paese a 40 km di distanza. Questo è il primo caso del giorno che dovrei scrivere nella cartella clinica con tanto di diagnosi e protocollo da seguire per la patologia sospetta, annotando sintomi e quadro clinico. Mi sono limitato a compilare una ricetta ed ignoro la cartella clinica che dovrebbe essere in ordine dal momento che l'azienda mi paga 5 € al mese per questo mutuato che vedo tre volte la settimana. E cosa mi invento? I burocrati che richiedono il flusso mensile del mio lavoro pretendono che ogni accesso venga compilato in maniera adeguata e completa, che sia segnalato quanto vino beve e se i bicchieri sono aumentati o diminuiti rispetto alla visita precedente, se le

terapia è appropriata e rispetta i criteri dell'efficacia. Lasciamo perdere e schiaccio il numero successivo.

Non faccio in tempo ad alzare la testa dallo schermo che arriva il Sig. Viroso, giovane con una tosse secca e stizzosa, che sospetta una brutta bronchite. Cosa succede la domanda di rito. In risposta: *“Xe meiochel me visita, da ieri sera go una febbre da cavallo sui trentotto e na tosse che la me copa, penso che la sia na bronchitona e xe mejochel me daga un antibiotico potente prima che fasa na broncopolmonite. A go tolto na tachipirina però non sto giancora mejo e onco non son gnianca anda a lavorare, bisogna che me fasa el certificato, ma non posso mia star casa tanto, dopodoman bisogna che vaga a lavorare parchè go da consegnare”*. E questo è un giovane che sicuramente dovrebbe masticare un po' di lingua italiana, ma a questo punto sono io quello che non sa più parlare in lingua italiana per adeguarmi alla mia gente. Ragazzi siamo solo alla seconda persona e non sono riuscito a biasciare un termine scientifico decente, ma questo ragazzo è preparato: ha già fatto diagnosi e terapia e soprattutto richiede che la guarigione avvenga tra oggi e domani perché non ha tempo per la malattia Allora ordino: siediti che ti ascolto i polmoni, ti guardo in gola e dentro l'orecchio, ti sento i linfonodi e alla fine, per darmi tono e credibilità uso anche il pulsossimetro. A visita completata si giunge alla diagnosi di virus respiratoria con somministrazione di farmaci sintomatici senza antibiotico e certificato inps di 3gg, a cui si aggiungono sabato e domenica senza mutua. Il Sig. Viroso si alza mi saluta ed andandosene mi dice: speriamo bene. Anch'io concludo senza parlare: è andata bene sono riuscito a risparmiargli un danno da antibiotico. Magari pensa che sono pagato dall'Ulss per risparmiare farmaci e ridurre la spesa farmaceutica, ma alla fine si fida perché mi sono guadagnato credibilità negli anni di lavoro, perché in tante occasioni ho dimostrato di interessarmi veramente alla sua salute, alla sua famiglia quando ha attraversato momenti critici di litigi e diverbi, quando ho parlato in sua vece con gli insegnanti o con l'assistente sociale. Oggi è mercoledì, stai contento mi dico e mi trovo davanti il viso della Signora Tizia. Buon giorno dottore sono la nipote di Pietro, quello che è ricoverato in medicina. Dimmi cara, cosa succede? < Niente, Pietro si è un po' ripreso e a fine settimana lo dimettono, ma non si alza più dal letto e quando verrà a casa cosa facciamo? Mi hanno detto che si possono avere il letto ortopedico ed i pannoloni, ma non so come mi devo muovere con le richieste, continua

Tizia. Faccio una smorfia che viene interpretata come un rifiuto a rispondere all'interrogativo. Mi affretto a parlare per spiegare il mio disappunto che non riguarda la richiesta, ma le difficoltà che ogni giorno ci scaricano gli uffici amministrativi. Infatti è necessario sbrigarci perché per ottenere quello che ci serve dobbiamo superare più di qualche ostacolo e tanti sportelli. Prima di tutto devo prepararti la domanda di invalidità civile per via telematica di cui ti rilascerò una copia, con la quale devi rivolgerti ad un sindacato o patronato per completare l'iter. Successivamente Pietro sarà sottoposto a visita da parte della commissione invalidi. A seguire è necessaria una visita fisiatrica che autorizzi la prescrizione di letto e pannoloni. Questa visita verrà eseguita, probabilmente nel giro di un mese, presso l'ospedale con tutte le difficoltà di spostamento per Pietro. Spiego che la visita potrebbe essere eseguita anche a domicilio, ma in questo caso i tempi di risposta sono difficili da conoscere. Pertanto suggerisco a Tizia di rivolgersi al nostro segretario Tommaso e di prenotare l'appuntamento in ospedale, poi troveremo qualche scappatoia per procedere più velocemente. I Brendolani sono fortunati ad avere il CUP (centro unico prenotazioni) in centro medico, altrimenti dovrebbero impazzire con il telefono o fare più viaggi agli sportelli di prenotazione. Rifletto da solo su questo mondo sanitario assurdo. Il medico di famiglia viene coinvolto in continuazione, ma è espropriato di potere pratico ed operativo da una massa di impiegati che decidono i tempi del percorso di cura. E' mai possibile che per un letto si debba scomodare un fisiatra che mai ha visto Pietro, che per fornire una prestazione si pongano tanti ostacoli? Provate a spostare una persona allettata, provate a correre in giro ad uffici ed ambulatori, quando avete poco tempo libero o siete al lavoro e dovete chiedere continui permessi. E' mai possibile che un medico curante debba accettare di lavorare in questo modo ed essere considerato incapace di una prescrizione di pannoloni o letto che sia. Questo modo di operare è tutto il contrario di quanto si dichiara continuamente: Il curante al centro dei bisogni della persona; ma se non può decidere sull'evidenza del bisogno cosa può valere? Continuo a ripetere: ditemi una volta per tutte cosa non posso fare e lasciatemi libero di operare per tutto il resto. Invece puoi fare tutto, ma per ottenere qualcosa devi passare sotto cento forche caudine. Oggi è mercoledì e siamo solo al quarto accesso dei circa quaranta incontri. Avanti un altro. La Signora Pepita porge un buongiorno dottore con l'unica richiesta di una ricetta. In risposta alla sua domanda mi premuro di dire: <Ciao, potevi lasciare la richiesta a Tommaso ed evitavi di perdere

tempo>. Sì, lo sapevo riprende Pepita, ma mi sono fermata perché non capisco più niente, non so come prendere tutte queste pastiglie. Conoscendo bene a memoria il quadro clinico della signora rispondo: <Ma dai non fare discorsi sciocchi, l'unica cosa che hai in terapia è una pastiglia di metformina>. E Pepita: <No dottore, guardi queste scatole sono diverse ed io ho pensato che si dovesse prendere una pastiglia per scatola, ho sbagliato?>. Mi sfugge: <Un porca miseria, quante ne hai prese?>. E Pepita agitata e spaventata dalla mia imprecazione risponde con voce alterata: Tre pastiglie. Spontaneamente ho chiesto: Ma chi ti ha cambiato le scatole? E Pepita riprende: <In farmacia mi hanno detto che le pastiglie della scatola verde e marrone costavano un po' meno di quelle della scatola gialla che uso di solito. Quando sono stata a casa vedendo tre scatole diverse ho pensato che mi avesse ordinato tre cose diverse e di doverne prendere una per tipo. Lei mi aveva detto una al giorno ed io ho preso una pastiglia al giorno di ogni scatola>. Con le scatole in mano interrogo Pepita: Ma non vedi che qui è scritto metformina in ogni scatola? E prontamente Pepita si difende: <Ma dottore sono scatole di colore diverso e con nomi diversi che posso sapere io di metformina?>. Capisco perfettamente la sua giustificazione e proseguo: Va bene hai ragione, ma non farti cambiare mai più la scatola, tieni sempre questa gialla e non ascoltare il farmacista che ragiona con i prezzi di riferimento. Cosa sono i prezzi di riferimento mi interroga Pepita? Mi sono inguaiato da solo e taglio la conversazione con un "Lascia perdere, fatti dare sempre la scatola gialla cascasse il cielo, non cambiarla mai senza il mio permesso. Chiaro!" Pepita accetta di non approfondire: sì, va bene, ma mi succede qualcosa adesso? No per fortuna, perché i guai sarebbero già avvenuti e non saresti qui - rispondo. Pepita, allora vado? Pronto lancio un saluto: ciao. Solo in Italia è permesso un sistema di distribuzione e vendita di farmaci così obsoleto e mal gestito. I farmaci generici possono contenere per legge una quantità di principio attivo equivalente al brand compreso tra l'80% ed il 120%. Una variazione del 40% e dite voi se può essere poca cosa e se uno può fidarsi di un prodotto del genere che contiene eccipienti e sostanze diverse dall'originale. E anche vero che alcune aziende che producono il brand producono il generico e quindi il risultato è lo stesso, ma saperlo se è così. E poi il prezzo di riferimento significa che la Regione ogni tre mesi aggiorna i prezzi dei farmaci adeguandoli a quelli più bassi sul mercato e riconoscendoli come prezzi di riferimento quindi rimborsabili per il cittadino. La differenza tra il prezzo del farmaco scritto nelle varie

confezioni e quello stabilito come riferimento (il più basso) è a carico del pz per cui se vuoi risparmiare devi prendere la confezione che in quel momento ha il prezzo più basso in assoluto. Ecco perché Pepita senza saperlo aveva cambiato tre volte la confezione di metformina. Sicuramente Pepita, una volta a casa leggerà "il bugiardino" è quanto prima tornerà per un appuntamento chiarificatore sui rischi della terapia. Giustamente si lamenterà del pericolo corso e forse capirà il mio disappunto per l'errore di posologia con i relativi possibili inconvenienti: una crisi ipoglicemica è davvero brutta ed anche pericolosa. Ora entra un altro influenzato e chiede solo un certificato Inps. Sto per scrivere il n° di protocollo del certificato telematico quando suona il telefono per la prima volta. Mediamente ricevo quindici telefonate al giorno. Sono la Signora Ancóra, posso parlare? Mi dica. *"Gnente dottore go mal de pansa e non son bona a nare al gabinetto, cosa faso?"* Non rispondo all'interrogativo e pongo un'altra domanda: da quanto tempo non scarichi, hai febbre, vomito? *No dottore non go febbre nè vomito, go crampi a colpi e continuo a fare aria, go scarica du giorni fa.* Sentito il tono di voce della signora e le sue risposte sono pronto a parlare: Non ti preoccupare prendi un debrum che hai in casa ed eventualmente ci sentiamo. Tanto so già che prima di sera richiamerà perché quello che le serve per star bene è la voce del dottore. Fine della telefonata consegno il numero di protocollo inps. Il Sig. Ronny si presenta con un biglietto in cui sono segnate tante misurazioni della pressione. Continuo a misurare la pressione, ma a colpi è proprio alta, è la sua dichiarazione. Guardo il foglietto: E' un holter pressorio più che un insieme di misurazioni perché conto fino a dieci controlli al giorno e la media è abbondantemente sotto i limiti di rischio a parte un valore di 100 di minima registrato alle 8 del mattino. Ho tanta paura dottore, potrei fare un infarto od un ictus-continua Ronny. Lo interrompo e lo invito ad ascoltare la definizione di iperteso: una persona che costantemente e permanentemente supera i 90 di minima e 140 di massima, tu come vedi non superi questi limiti. E Ronny: Ma quel 100 di minima? Mi invento una risposta: Attento stasera quando sei a letto con tua moglie e fai il ciupa ciupa vengo a misurarti la pressione e vediamo se è ancora a cento, cosa dici? Ride Ronny. Dopo aver misurato la pressione, fatto un mini tracciato ecg con apparecchietto monocanale, spiego che non è il caso di spaventarsi, che l'organismo è fatto per sopportare qualche variazione di pressione e prendo ad esempio la pressione dell'acquedotto comunale che varia in continuazione, ma continua a fornire acqua.

Raccomando un po' di dieta povera di sale, niente caffè, qualche buona passeggiata, un attento controllo dell'apparecchio di misurazione che sia utilizzato in maniera corretta e l'invito di rivederci fra 15 giorni. Prima di uscire mi chiede se voglio registrarli i valori in computer perché ha una copia del foglietto. Intanto misura, poi ne riparliamo è la mia risposta. Sono sicuro che Ronny andrà a comperare un nuovo apparecchio automatico di misurazione e poi tornerà per confrontare i valori da lui trovati con il mio apparecchio ancora a mercurio. So che avrò ancora tanti incontri e domande nelle prossime settimane, ma saranno altri giorni per protocolli, esenzioni e controlli. Sì, purtroppo dopo averlo seguito, curato e trattato a dovere dovrò, altra assurdità, inviarlo da uno specialista che ignora tutta la storia per ottenere l'esenzione, il famoso codice di esenzione per patologia che per il sistema sanitario non sono autorizzato a rilasciare. Perché Incapace, mezzo medico? Lasciamo perdere altrimenti addio bel mercoledì. E' il turno del Sig. Ipereso. Ci conosciamo da tanto tempo e non ci sono grandi discorsi da fare, solo i soliti controlli di routine: scrivere esami, ecg, ecocardio, fondo dell'occhio. Servono? Non credo, ma il protocollo prevede tali procedure ogni due anni e se non ti adegui rischi in caso di imprevisti la galera. Non voglio parlare: meglio scrivere e star zitti. In questo caso il Protocollo comanda, anche se qualche mese fa Ipereso è stato in Pronto Soccorso è ha fatto tutto, a parte il fundus oculi. Meglio un controllo in più, mi suggerisce Ipereso, piuttosto che un imprevisto. Come posso dare torto ad Ipereso? Gli hanno insegnato che oggi si può sapere con gli esami quello che succederà domani. Lui crede nella medicina e nella prevenzione. Mi chiede dei PFAS e in tutta sincerità non so cosa rispondere. L'inquinamento delle falde è un vecchio problema ignorato, come la malefica aria che respiriamo. Il medico non viene informato mai di queste cose dalle strutture, per sapere qualcosa e se riesce, deve ricercare su arpav o su internet qualche notizia e qualche dato. Sono convinto dalle scottature che vedo in tante gole dei miei pz che la quantità di anidride solforosa sia tanto alta. Bussa alla porta laterale l'infermiera e con un gesto mi chiama per un attimo a vedere lo stato di una sutura. Ipereso mi saluta.

Rientro e trovo il Sig. Tao, altra vecchia conoscenza che viene per sapere la dose di Coumadin facendomi vedere il libretto che ho preparato tanto tempo fa per questi casi. Sono pochi fogli dove ho scritto le informazioni minime necessarie per l'uso del farmaco anticoagulante e una serie di

tabelle per annotare il valore dell'INR e la dose giornaliera di compresse. Il libretto è sgualcito e macchiato, segno che lo usa e lo consulta portandolo in ogni luogo. E' in discreto equilibrio e dentro i parametri ottimali per cui confermo la dose. Tao è un fibrillante cronico che avevo provato ad inviare allo specialista per sostituire il coumadin con il Xarelto, nuovo farmaco che evita i prelievi continui e ripetuti, che è meno rischioso in caso di traumi, che provoca meno sanguinamenti ed emorragie. Dovete sapere che queste persone sono costrette a restrizioni alimentari e terapeutiche ed in caso di qualsiasi intervento devono sospendere la terapia e sostituirla con iniezioni sottocutanee di eparina. Purtroppo lo specialista lo ha rinviato a domicilio senza cambiare il coumadin per risparmiare sulla spesa farmaceutica. Sono sempre più convinto che il risparmio sia frutto di una buona cura e non dei tagli finanziari. Se mettiamo in conto il costo dei prelievi, i ricoveri per episodi emorragici e il tempo perso dalle persone e dalla struttura per curare questi casi dovrebbero per legge obbligare l'uso del nuovo farmaco, che io non posso prescrivere perché serve il piano terapeutico, che vuol dire l'autorizzazione dello specialista. Sono ancora un medico se non posso curare nel migliore dei modi Tao? Il mio sindacato non ha mosso un dito per evitare questa assurdità e di conseguenza non ho più un sindacato a cui essere iscritto e mi rassego alla situazione. Per fortuna dove lavoro abbiamo il punto prelievi per cui evitiamo a Tao corse in ospedale. Oggi pomeriggio sarà la giornata dei Tao perché arrivano i risultati dei prelievi. In paese abbiamo circa 80 Tao (persone in terapia anticoagulante orale). Adesso è il turno del Sig. Tachicardia, che deve aspettare che risponda al telefono. Meglio dimenticare il contenuto della telefonata e salutare Tachicardia. <<Dottore ho paura, i battiti continuano a saltare, la macchinetta della pressione non riesce a misurarli ed escono numeri stranissimi, meglio che rifacciamo un holter cardiaco>>, sono le prime parole che sento. Tachicardia sa tutto sul cuore perché ha fatto ecg, ecocardio, holter, test al cicloergometro, ecostress, visite cardiologiche con ritmi da lavoro e continua nel suo impegno. La battaglia con una banale extrasistolia sopraventricolare non ha soste. Con lui posso usare termini scientifici perché è un'enciclopedia medica con una cartella plasticata e buste trasparenti che raccolgono il suo curriculum sanitario. Tento un approccio del tipo: "è poco che abbiamo fatto il tracciato", ma senza risultato. Allora provo ad interrogarlo sulla situazione di casa: <dottore baruffe tutti i giorni con la moglie dopo che ho perso tutto con la Banca Popolare Vicentina, non riesco

più a sopportare la situazione> mi risponde Tachicardia. A questo punto mi inserisco per chiedergli: ma forse è proprio questo a provocarti l'aritmia? Ho colpito nel bersaglio, mi dà ragione. Ascolto il polso, il cuore e con il mio ecg mignon gli faccio un mini tracciato. Il caso è risolto: se ne va senza Holter cardiaco, che caso mai faremo la prossima volta. Altra telefonata: <dottore ho la febbre posso venire dopo gli appuntamenti?> OK ci vediamo dopo.

Mi trovo davanti la Signora Mammo che abbisogna di una impegnativa per il centro donna dove prendono in carico ogni tipo di tetta. La signora ha un carcinoma duttale ben localizzato, non aggressivo e sta lottando da più di un anno per essere operata. E' una paziente difficile che presenta aspetti caratteriali ansioso depressivi, con diabete ed ipertensione e per mille motivi non riesce ad essere sottoposta ad intervento. Ora abbisogna dell'ennesima impegnativa per un controllo senologico, che non riesco a capire cosa possa servire dal momento che ha fatto biopsia, rm, eco mammelle mammografia, il tutto più volte. Non so se fidarmi dei colleghi ed onestamente avrei dovuto andare di persona a verificare la situazione; ecco una mancanza che affiora proprio oggi mercoledì giorno impossibile per visite ospedaliere, che ormai diventano sempre più rare per la difficoltà di parlare con qualcuno dei medici del centro. Dovrei proprio andare, ma trovo mille scuse per non farlo. Ieri ho parlato per telefono con la dottoressa che si è decisa di prenderla in carico e questo mi basta. Ora è il turno della Signora Selfy, che si presenta per una cosa rapidissima: un'occhiata ad un neo o visita dermatologica a mia scelta. Opto per una visione diretta con lente per evitare l'impegnativa. Visto: tutto in ordine, ma come non dare un consiglio? Suggesto di fare una foto con il telefonino ai vari nevi e conservarla come documento per il futuro. La fotografia digitale è meglio di una mappatura dei nevi e ti offre la possibilità di verificare le differenze nel tempo. Dovrei ora iniziare con gli appuntamenti, ma mi ritrovo, per una ricetta urgente, altre due persone che pensavano di avere un'altra scatola di medicinali per la pressione, invece sono rimaste senza pastiglie. E vai, fatto. Sono in ritardo di 10 minuti sulla tabella di marcia, ma decido di prendermi un caffè dalla macchinetta della sala d'attesa invitando intanto il primo appuntamento, un informatore ad accomodarsi. La gestione degli informatori è in carico al segretario a cui ho dato disposizioni di accettare solo 5 addetti ai lavori (rappresentanti come vengono chiamati dalla gente) alla settimana e possibilmente nel cambio dall'ambulatorio libero con i numeri di ingresso agli appuntamenti dei

prenotati. Sbrigo velocemente caffè ed informatore per ricevere un paziente: il sig. Scompenso accompagnato dalla moglie. Scompenso è un anziano con una miocardiopatia dilatativa in terapia da lunga data e con un equilibrio cardiocircolatorio instabile per cui lo vedo abbastanza spesso per le indagini del caso, ma in particolare per controllare PAO, peso e dispnea. Sono aspetti banali, ma fondamentali per curarlo bene gestendo in particolare il dosaggio del diuretico, farmaco fondamentale che ho imparato a maneggiare molto bene rispetto a tanti anni fa in cui avevo il terrore di esagerare con le dosi. Se in ambulatorio potessimo contare su una presenza occasionale di un collega cardiologo tutti questi casi potrebbero rimanere a domicilio per sempre evitando inutili ricoveri. A onore del vero sono abbastanza contento delle mie capacità in questi casi e tento in tutti i modi di fare da solo in maniera attenta e costante. I parametri da osservare sono semplici e pratici ed anche nei momenti più critici con l'infermiere domiciliare riusciamo a tenerli stabilizzati e controllati anche con esami ematochimici a domicilio. Sono veramente fortunato ad avere come collaboratore anche Giovanni, infermiere di comunità come si definisce, meglio angelo custode come definito da tanti. Sono quasi invidioso della stima che gode tra la gente: scherzo, ma è proprio bravo ad approcciare le persone e fare il suo mestiere. Quindi posso scambiare qualche battuta con Scompenso e con la moglie, ipertesa e dislipidemica, che naturalmente vuole il controllo del cuore e della pressione. Il pulsossimetro e lo sfigmanometro sono sempre sopra la scrivania ed sono diventati come la penna da scrivere. Stiamo per finire ed arriva l'ultima richiesta: <mi dà un'occhiata all'orecchio? Non so se c'è un tappo?> Scatto in piedi e controllo. Consegnate le ricette, ci salutiamo. Arriva il sig. Poliartrosi, personaggio difficile di 65 anni che è un po' arrabbiato con il dottore perché non riesce a liberarsi dei dolori articolari. Comincia subito senza salutare: *“non se pole andar vanti cusì, aver male tutti i giorni, non son bon alzar la spalla, me spuncia chi (colonna cervicale), la matina son duro come un bacalà e me vole mezz'ora par partir, el fasa calcosa”*. Conosco bene il soggetto, arrabbiato con il mondo ed in particolare con me perché non riesco a trovare una soluzione ai suoi dolori. Controllo la cartella e vedo Rx colonna e quant'altro è possibile radiografare con prescrizioni di eco spalle, rm cervicale, visite ortopediche e fisiatriche. Mentre guardo la cartella Poliartrosi parla: *“Anca l'ultima volta l'ortopedico non me ga gnanca varda, cosa vuto con la mutua la xe così, se te sganci schei allora i sta tenti”*. Cosa faccio e dico, anche perché non è la prima volta che

ci vediamo? Ai primi incontri puoi permetterti vari tentativi, ma quando gli incontri sono ravvicinati diventa difficile ascoltare e trovare le parole giuste. Alla fine penso che meno parole pronuncio meglio è, meglio lasciare a Lui la parola perché possa svuotare il sacco di rabbia e la sua carica emotiva. Non è stata una scelta malvagia perché riprende chiedendo se vale la pena di continuare con le supposte di voltaren. E' un passaggio che porta ad una nuova prospettiva di approccio al problema, che induce l'interlocutore a reinterpretare i dolori, ma nello stesso percepisco chiaramente il suo giudizio su di me come professionista incapace e non certo migliore degli ortopedici che ha consultato. Esce lasciandomi un senso di liberazione, ma anche la sensazione che per un po' o forse per sempre non ci rivedremo. Non è successo niente, ma si è rotto un rapporto che durava da anni. Ho fallito senza avere fin dall'inizio possibilità di risultati positivi perché impossibilitato a modificare le sue percezioni e le sue aspettative. Mi dispiace perché non riuscirà a trovare soddisfazione ai suoi problemi e ai suoi dolori: previsione che il tempo rivelerà se vera. Purtroppo i fallimenti fanno parte della nostra esperienza e confermano la nostra ed altrui limitatezza. Non entra nessuno ed allora esco alla ricerca del nuovo contatto. Lentamente sta avanzando il sig. Lombalgia che faccio entrare davanti a me. "Da ieri, dottore, non riesco a muovermi. Ho provato ad andare a lavorare stamattina, ma ho dovuto tornare a casa perché non riesco a resistere al dolore". Lombalgia è da anni che lotta con il dolore e la difficoltà a muoversi, ha eseguito rx colonna, più RM lombari, visite ortopediche e neurologiche con frequenti ricadute. Non fa un lavoro eccessivamente pesante, ma presenta una riduzione degli spazi discali con impronte erniarie. Con fatica lo faccio sdraiare sul lettino per alcune manovre semeiotiche e controllare i riflessi e poi la solita terapia con relativo gastroprotettore. Abuso nel consumo di questi farmaci, anche per una medicina medico legale imperante che pensa, che una volta piazzato il farmaco, si evitano le controindicazioni di altri farmaci e gli effetti gastrolesivi. La gente ha immagazzinato l'idea che con questa protezione si può ingerire qualsiasi cosa e quindi tende ad usarlo per tutta la vita. Ma avevo studiato che l'ambiente dello stomaco deve essere acido per far funzionare bene la digestione; forse non è più così? Tento di adottare un criterio al bisogno e raccomandare di non abusare del farmaco, ma ho grosse difficoltà a farmi capire. Inoltre questi farmaci, che ormai costano pochissimo, anche se nella gran parte dei casi non conosco i prezzi, hanno la nota. Ah! Non abbiamo mai parlato di note e del loro

significato. Non sapete che si sono inventati tanti anni fa delle regole e delle situazioni in cui è possibile prescrivere un farmaco a carico del sistema sanitario? Questo elenco di condizioni costituisce la nota, vale a dire che quanti non rientrano in queste patologie dovrebbero pagarselo. Qualora per essere precisi il medico prescriva tali gastroprotettori senza rispettare la nota rischia di dover rimborsare di tasca propria il costo della prescrizione e di essere accusato di danno erariale e quindi denunciato dal sistema. Meglio in galera per danno allo stato che per danno al paziente è la regola che ho adottato in questi anni. Fino a questo momento è andata bene, ma mai gridare vittoria. Non si ripete il clima della visita precedente in quanto Lombalgia è cosciente del suo difetto fisico e non mi accusa di mancata guarigione. Piuttosto, come sempre in questi casi, affiora un aspetto depressivo, una percezione di sé come fatto male e sfigato, di persona sfortunata. Infatti anche se non c'è relazione diretta tendo ad aggiungere qualche goccia di un antidepressivo (laroxyl) nella terapia, che prevalentemente è antidolorifica. Sto ripassando in questi giorni le vie nervose del dolore e le nuove scoperte in materia di neuroscienze e neuro plasticità. E' una materia affascinante che mi convince sempre di più della mia ignoranza sul cervello umano e le sue potenzialità. Quasi dimenticavo di fare il certificato di malattia anche perché rientra l'infermiera per una ricetta urgente da firmare per conto di un pz di un collega di turno nel pomeriggio. Per chi non lo sapeva: esistono oltre alle visite anche le ricette urgenti. Sorrido e torno a fare il certificato. Un normale mercoledì! La mattina non è finita e sulla porta compare una coppia sui quarant'anni di extra comunitari, di cui purtroppo non riesco ad imparare i nomi, troppo complicati per la lingua veneta. Lui si spiega bene e parla correttamente mentre Lei ha qualche difficoltà, però continua a sorridere contenta. Resto colpito: una euforia ed un sorriso fuori luogo da parte della donna. Lui mi riferisce che in questi ultimi tempi la signora ha cominciato a dimenticare tante cose ed ad avere comportamenti strani. Il quadro non è molto chiaro ed inoltre questa coppia è un nuova acquisizione, per cui non ho riscontri del loro passato. Se devo essere sincero sto molto attento ad ogni loro mossa per leggere e capire quello che non dicono, quello che potrebbe essere un segno orientativo per comprendere il problema. Ho un'intuizione e provo il riflesso glabellare, una vecchia nozione di semeiotica che a volte aiuta. La signora infatti ad ogni percussione ammicca gli occhi. Sospetto quindi una massa cerebrale in espansione, non ho la più pallida idea di dove e quanto grande,

ma richiedo subito una RM cerebrale urgente e con qualche smorfia spiego la mia preoccupazione e la necessità di fare l'esame rapidamente. Questa coppia mi resterà in mente per un po' fino a quando non arriverà la risposta ed il referto della RM, speriamo presto. Sono un po' meno allegro e mi sento in sospeso quasi fossi io quello che deve togliersi il problema, quasi se fossi diventato l'ammalato o il sospetto tale. Le sorprese sono sempre dietro l'angolo a creare scompiglio. E' una sensazione a pelle e quel riflesso banale, quel sorriso incomprensibile continuano a farmi pensare male. Si può chiamare evidenza clinica, scienza questo atteggiamento? Speriamo bene! E' il turno del Sig. Prostatomol, persona ormai vicina alla cinquantina, che si presenta come succede in televisione per un consiglio, su insistenza della moglie. <Niente di speciale sto bene> inizia a dire. Continua:< Sa come sono le donne e sinceramente per la pace familiare bisogna ascoltare. Penso che anche lei abbia visto la pubblicità per televisione sulla cura per la prostata e quindi son venuto per sentire cosa mi consiglia di fare, vista la mia età: un psa, una uroflussometria o una visita urologica>. La tentazione è quella di star zitto e prescrivere, ma non è nella mia indole mandare in giro la gente per niente per cui mi imbarco in una serie di domande per accertare che stia bene come penso e perdo tempo a spiegare alcuni concetti sul suo stato di salute e sulle sue necessità. Concordiamo che non è il caso di prendere iniziative al momento, ma in piedi per uscire Prostatomol mi domanda: < cosa dico a mia moglie?> In risposta un mega sorriso con la raccomandazione di ripetere il colloquio e un successivo "ci penso io quando la vedo". La cosa vi sembrerà banale, ma immagino già i commenti al rientro a casa di Prostatomol che sarà trattato come incapace di farsi ascoltare da quel dottore della mutua che continua a ripetere "non hai niente, sta tranquillo". <Tranquillo un corno alla tua età devi farti curare, devi prevenire le malattie e non aspettare che ti venga un tumore alla prostata. Cosa gli costava farti fare un psa? Abbiamo visto insieme su internet che l'urologo consigliava di fare prevenzione. Quello Lì pensa di sapere tutto e in questi ultimi tempi è peggiorato>. Prostatomol in silenzio alla fine darà ragione alla moglie, che si presenterà prossimamente con un *"o me lo ordina o me lo pago sto psa"*. Del resto l'immagine del medico di famiglia è stata "sputtanata" da tempo per cui ogni giorno di più a fare salute saranno le pubblicità, la tv con i servizi speciali ed i giornali. Tu, povero medico della mutua, sempre disponibile senza farti pagare, che cerchi l'interesse del mutuato o pz in scienza e coscienza hai perso tempo a combattere contro la potenza mediatica, contro

il business dello specialista e ti sei guadagnato qualche insulto gratis da chi ti conosce da tempo e che vorrebbe che anche tu ti adeguassi ai tempi. E sì, lo ha detto l'urologo in televisione. Forse sto sbagliando le previsioni nel senso che mi beccherò certamente una serie di impropri, ma la signora non avrà il coraggio di affrontarmi direttamente, deciderà di portare il marito dall'urologo (tanto non sono un problema i 120 € in nero da pagare) e tornerà a dirmi: < ha visto che mi ha prescritto il psa e l'uroflussometria e che servivano >. A quel punto sarò costretto a prescrivere se non voglio litigare con il mondo e l'unica consolazione sarà dopo gli esami che Prostatamol farà poter dire: Hai visto, avevo ragione non c'è niente. Ma la Tv, l'urologo, la moglie hanno vinto e per questa volta non mi ricusano per un altro medico. Mentre penso entra la signora Ripetizione che non intende farmi perdere tempo e mi chiede una ricetta per visita cardiologica ecg ecocardio come ogni anno. Non rassegnato alle probabilità previste nel caso della moglie di Prostatamol, decido di verificare il mio modo di relazionarmi e provo a dire alla signora Ripetizione che forse non ha senso ripetere ogni anno il controllo, dal momento che quelli accertamenti continuano ad essere negativi e che lei sta bene. Tento di spiegare in tutti i modi il mio senso di responsabilità nei suoi confronti, il mio vero interesse per la sua salute, controllo i referti ripetutamente negativi, cerco di farle capire che non è così che si fa prevenzione, che tutti gli accertamenti sono certificativi e mai predittivi, che lei non deve perdere tempo in appuntamenti, viaggi e costi inutili. Dopo essermi veramente impegnato per spiegare la sua situazione di salute e la mia responsabilità professionale mi becco la conclusione: <dottore non vengo mai a rompere le scatole se non una volta ogni tanto per le impegnative e mi fa storie. Io vivo da sola e devo star bene perché non posso disturbare altri per le mie malattie future, quindi devo controllare >. Sconfitta totale. Non ho raggiunto l'obiettivo che era quello di far capire, di entrare in relazione diretta con la persona. A volte bisogna stare ai margini senza pretendere che le convinzioni cambino per consiglio del medico; si deve rispetto anche a concezioni diverse e le nostre idee, anche se buone, devono essere accolte e non imposte. Dispiace che le buone intenzioni non siano apprezzate, ma le nostre evidenze non sono le evidenze di tutti, le conoscenze nostre non sono conoscenze universali. Bisogna saper aspettare che le persone crescano e facciano un percorso di scoperta personale lavorando fuori dallo stretto ambito dell'ambulatorio. Caro dottore non sei ancora abbastanza preparato, nonostante gli anni e l'esperienza, anche se

ben intenzionato non hai adottato il giusto approccio. Sono leggermente contrariato, ma non ho finito l'ambulatorio.

Infatti entra il sig. Priorità, che non chiude la porta e mi comunica che la signorina delle prenotazioni gli ha suggerito che, se vuole avere una visita oculistica in tempi ragionevoli, deve farsi modificare l'impegnativa e cambiare priorità. Sbuffo, ormai ai limiti della sopportazione: non è possibile che tutti possano suggerire le proprie opinioni in contraddizione continua con le disposizioni dell'amministrazione Ulss, ma è anche vero che i tempi di attesa sono infiniti. In ogni caso se prescrivo una visita di controllo non posso biffare le priorità ed i tempi di accoglienza di una richiesta in questi casi sono circa 18 mesi. Pazzesco! Allora sono costretto a rifare la ricetta e chiedere una prima visita oculistica che probabilmente verrà eseguita in tempi ragionevoli, vale a dire in qualche mese correndo il rischio di essere richiamato per inappropriata prescrizione dal responsabile delle cure primarie. Infatti i grandi capi si sono inventati le priorità nelle prescrizioni: U urgente prestazione da pronto soccorso, B breve da espletare entro 8/10 gg, D differita da eseguire entro 60 gg ed infine P programmata, cioè non si sa quando. Sono diventato un bugiardo: richiedo sempre prime visite e mi invento diagnosi. Anche con il Sig. Priorità appena entrato, che si scusa visto il mio cruccio e sentita la mia spiegazione, adotto lo stesso criterio: "prima visita". Qualcuno sorriderà per la stupidità del problema, ma se sapesse che per compilare correttamente una ricetta sono richieste 60 caselle da rispettare: nome cognome indirizzo...Provate a vedere. Stanno passando le ore e vedo entrare la Signora Depressa. Ho bisogno di una pausa altrimenti rischio di fare danni e dopo aver fatto accomodare la signora esco per un caffè. Al rientro la signora inizia subito a parlare ed a lamentarsi di mille disturbi, uno più grave dell'altro, infiniti e plurilocalizzati, della solitudine, delle disgrazie dell'intera famiglia. Qui è dura perché il primo imperativo è ascoltare, ascoltare e lasciare che il racconto vada verso una richiesta limitata. Tanto non c'è spazio a tante spiegazioni perché non servono a cambiare la situazione. La depressione è una condizione che sta diventando sempre più comune e frequente. Oggi è mercoledì giorno fortunato perché è la sola visita neuropsichiatrica che mi sono ritrovato. La signora comincia a piangere e non mi resta che lasciarle il tempo di sfogarsi della sua disperazione. Poi devo iniziare a dare un sostegno modificando la terapia e fornendo qualche timido suggerimento che possa aumentare l'autostima e

la fiducia. Un tempo pensavo che il fattore determinante fosse la buona volontà ed il desiderio di guarigione a fare la differenza. Oggi non penso più in questo modo e ho capito che la chimica cerebrale è un oceano sconosciuto in cui scopro sempre di più la mia incapacità, troppe cose mi sfuggono e sono lontane dalla comprensione. Bisogna passare per certi sentieri della vita per capire il labirinto della depressione. Non puoi capire quanta sofferenza e dolore colorano le giornate di queste persone che involontariamente ti portano all'evitamento, al distacco per paura del contagio, alla presa di distanza per non essere travolti dalle paure, dalle angosce e dalla disperazione che percepisci. Ho sfornato tutti i tempi degli appuntamenti per fortuna rimangono ancora tre persone. La signora Depressa si ricompone ed esce per lasciare il posto alla Signora Vagisil, che con leggero imbarazzo, ma non eccessivo per la lunga conoscenza reciproca, inizia a dire "*mi dà fastidio basso, mi brucia e devo fare spesso la pipì e ho già provato a mettere la crema, ma non mi passa, probabilmente è cistite*". Alcune domande di rito per chiarire e confermare l'ipotesi e quindi un antibiotico ed anche una battuta: non ho capito cosa vuol dire "male basso", intendevi le ginocchia? Esce ridendo e sono con il penultimo appuntamento.

La Signora Diabete. Donna obesa, pacioccona e simpatica che è in terapia presso il centro antidiabetico da anni. La malattia diabetica da anni è diventata competenza del centro che ha raccolto diabetici veri e falsi o a rischio diabete, arruolando un esercito di persone per ottenere finanziamenti e potere, ma che da un po' di tempo scarica gli stessi perché non più così utili alla causa, per cui vengono spediti al curante a cui si chiede di applicare e svolgere i protocolli diagnostici e terapeutici da loro decisi: Ecg ogni due anni, Tsa ogni anno, fundus oculi ed esami ematochimici a cadenza 4/6/12 mesi in base al valore dell'emoglobina glicata. In questo caso la chiamano cura integrata tra ospedaliero e medico di base, ma non capisco cosa stia a significare questa collaborazione: io dovrei solo prescrivere quanto previsto da protocollo e compilare la scheda che loro si sono costruita per annotare i dati. La nuova medicina, l'integrazione tra medici è questa? Mi vergogno di questo modo di operare, ma non ho scelta anche perché se mi permetto di fare diversamente le persone non possono avere l'esenzione per patologia e rischiano al momento del rinnovo della patente di aver una serie infinita di problemi burocratici. Inoltre ad ogni controllo registro cambi di terapia in base alle mode farmacologiche del momento e alle necessità di risparmio di spesa. Hanno dato macchinette per il dosaggio

della glicemia a tutti ed adesso non concedono più le strisce che costano una follia e la gente si lamenta. Quando in tempi non sospetti sostenevo che gli stick servono solo ai diabetici insulinodipendenti, mi consideravano un fuori di testa e un retrogrado che non voleva curare bene il diabete. I tempi cambiano ed in questo caso il taglio dei finanziamenti ha modificato l'approccio. La battaglia contro il diabete si deve fare a scuola e fuori dall'ambulatorio. Bene trascrivo le varie impegnative e lascio andare la signora. Finalmente arriva l'ultimo extra appuntamenti che mi aveva chiamato all'inizio dell'ambulatorio perché non c'era più posto nell'agenda. Il ragazzo si chiama Febbre e dopo averlo ascoltato, guardato gola orecchio e ghiandole angolomandibolari, compilo il certificato di malattia per tre giorni accompagnato da un farmaco sintomatico per il rialzo febbrile. Fine del turno di ambulatorio: è una falsa dichiarazione perché fuori ci sono altre tre persone. Decido di accogliere anche i tre "portoghesi" con la porta semiaperta e solo se sono richieste banali e brevi perché mi rimangono da preparare 30/40 ricette lasciate al segretario. Dovevo fare una spirometria, ma la persona non si è presentata. Ecco ho proprio finito. Chiuso l'ambulatorio mi rimangono per il pomeriggio 4 visite domiciliari (solo vecchi), alcuni certificati, la posta e qualcosa da studiare (applico la formazione permanente) con la riunione della Fondazione Dopo di Noi, dopo cena.

Oggi mercoledì è una bella giornata!

Una giornata a caso del mio lavoro, mai uguale ad altri giorni, perché cambiano ogni giorno le persone che vedo ed i problemi, che vi garantisco non riuscite neanche ad immaginare quanti e quali, perché se sei disposto ad ascoltare non c'è limite all'umano universo. Forse sono riuscito a raccontare qualcosa senza fare nomi e senza rivelare i segreti di chi si fida del mio segreto professionale. Le storie in realtà sono molto più ricche e riservate, ma non parlerò mai di quanto sentito dentro la stanza dell'ambulatorio. Infatti più che raccontare le storie altrui ho raccontato un po' della mia storia che con il medico ospedaliero, di qualsiasi reparto di cui faccia parte, non ha molto da dividere e spartire. L'ospedaliero è un medico di un altro mondo, un medico che tratta la vera patologia secondo i manuali alla ricerca di una patologia da inquadrare e classificare. Gli stessi manuali su cui abbiamo studiato tutti, ma che nel mio bagaglio di conoscenze ha un peso marginale a detta dei detrattori, perché servono solo per pochi casi. In

questa giornata raccontata solo la Signora del riflesso glabellare aveva una patologia grave, che richiedeva un intervento ospedaliero e che avrei voluto seguire fino ad una diagnosi precisa ed al probabile intervento neurochirurgico. Oggi mercoledì è anche il giorno che, ad una analisi attenta, ti suggerisce che il mondo sanitario deve cambiare a partire dal sottoscritto, dallo specialista, dall'ospedale ed dal paziente. Personalmente non mi sento meno competente dell'ospedaliero, anzi la mia autostima mi suggerisce che il mio lavoro è molto più complesso e difficile, ma compresso da una infinita massa di vincoli burocratici e dall'isolamento rispetto al sistema. L'ambulatorio è ridotto ad un'isola, ad un luogo fuori dal sistema con cui non riesce ad interagire e comunicare, un nodo della rete senza connessioni, un luogo riservato, conteso dagli specialisti, ignorato dagli ospedalieri, sfruttato dai pazienti. Un medico nella pratica non è mai solo ciò che sa, i suoi titoli di studio, le sue competenze normate dalle leggi e dai contratti, il suo profilo professionale (operatore formale), ma è anche i propri modi di essere, le sue esperienze, il suo contesto di lavoro, la sua collocazione nel servizio, i modi di retribuirla, i limiti e le condizioni che l'azienda gli impone di rispettare. Il *suo modo di essere* pragmaticamente finisce per dipendere da tante cose, al punto che il *suo modo di essere* diventa parte costitutiva del suo essere operatore, ma soprattutto co-emerge continuamente da contesti, contingenze, cioè da fattori che esorbitano la nozione di necessità. Il modo di essere di un medico pagato ad ore non è uguale a quello di un medico pagato a quota capitaria e meno che mai è la stessa cosa di un medico pagato per compiti. E' evidente che quello che abbiamo detto si traduce in prassi in aggiunta al contesto del sistema sanità. Allora non mi ritrovo più in questo sistema che sta ogni giorno di più modificando il mio essere medico, nel senso che conta sempre meno l'essere e sono sempre meno in grado di rispondere alla complessità della domanda di servizio. Lavoro in un gruppo nella nuova medicina di gruppo integrata che risponde ai nuovi orientamenti imposti dalla normativa regionale e nazionale. L'impostazione del lavoro è orientata alla logica che io definisco del supermercato; cioè fornire prestazioni sempre più numerose in tempi sempre più brevi, in modalità sempre più standardizzate e codificate. Non mi ritrovo nella logica dei dieci minuti per tutti su appuntamento per produrre più prestazioni senza mai chiedersi se, continuando ad aumentare il numero e non la qualità, produciamo salute. L'aumento di ore di apertura degli ambulatori con l'idea fissa delle h/12-24 conferma il concetto di prestazionismo non di cura, con

la falsa convinzione di ridurre gli accessi al Pronto Soccorso. La mia esperienza certa è che sono aumentati gli accessi in P.S. e la gente ha aumentato le richieste di accesso agli ambulatori con l'incentivazione all'accaparramento delle prenotazioni. In centro medico si registrano 65/70 mila accessi all'anno, una quantità paurosa senza contare le decine e decine di telefonate giornalieri. Nonostante i numeri delle prestazioni si registra una certa insoddisfazione da parte degli utenti e da parte dei medici a conferma di uno stato di malessere generale. Come non accennare al consumo pauroso di carta e moduli prestampati e compilati che viaggiano in continuazione sui vari tavoli. Scherzando, dico spesso, sono diventato un medico impiegato computer dipendente. Si lavora in rete con l'anagrafica regionale inviando mensilmente i famosi "flussi", vale a dire quanto registrato informaticamente sulle schede sanitarie ogni giorno e per ogni paziente. Tra le varie competenze mediche è prevista anche tutta la normativa per contenere le spese farmaceutiche e diagnostiche, richiedendo al medico una competenza di tipo contabile ed di controllo della spesa. Qualche genietto ha anche pensato di modificare il nomenclatore delle prescrizioni costringendo i medici ad usare un nuovo linguaggio di codici. La nuova disposizione sembra fatta solo per il gusto di complicare la vita a chi lavora, anche se allarga il campo a nuove possibilità. *(Dopo essere stato sottoposto al parere delle Commissioni parlamentari competenti, è stato approvato il D.P.C.M 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017. I precedenti LEA erano stati definiti con D.P.C.M. del 29 novembre 2001. L'aggiornamento dei LEA ha introdotto modifiche al nomenclatore).* Non sono poche le nuove voci introdotte e variate: è un vocabolario. Ad esempio se prescrivi una glicemia il programma che utilizziamo non riesce più a trovare la voce perché è stata sostituita con il termine glucosio. Un po' alla volta impareremo le nuove voci, ma intanto sprechi tanto tempo nella ricerca. Naturalmente di tutto questo cambiamento nessuno ti aveva informato. Per secoli la necessità del malato è coincisa esattamente con la libertà professionale del medico, ma le cose sono cambiate.

## 7.TRASFORMAZIONI

“Qualunque cosa sogni d'intraprendere, cominciala. L'audacia ha del genio, del potere, della magia.”(*Goethe*)



Le grandi e profonde trasformazioni culturali antropologiche, normative, di questa società hanno letteralmente “rivoluzionato” la figura del medico e del malato cambiando l’idea di *necessità*, cioè i bisogni rispetto alla cura delle malattie (sono passato da medico della savana a medico del benessere ed il malato da paziente ad utente/cliente) Oggi le necessità di salute di questa società e dei suoi individui sono di gran lunga più complesse e “*esigenti*” di quelle rispetto alle quali la medicina scientifica si è definita e strutturata. Ne consegue che la medicina di taglio positivista si trova, con i suoi vecchi apparati concettuali tutti imperniati sull’idea di evidenza scientifica, ad essere strutturalmente inadeguata. La complessità delle conoscenze e delle nuove tecnologie richiede per curare il malato il possesso di alcuni riferimenti precisi:

- avere una *sensibilità ontologica* nei confronti dell’essere;
- confrontarsi con le *opinioni della persona*;
- conoscere biologicamente la malattia come *fenomeno* unico e singolare;
- tenere conto di un *contesto*, cioè dei servizi in cui si opera, dei problemi di spesa, dei diritti, dei rapporti con altre professioni, ecc.;
- imparare a fare i conti con l’individualità e la singolarità.

Conoscere la complessità significa aggiornare il modo di ragionare della medicina. Ma nonostante le tante disconferme che l’ebm (evidence based medicine) ha avuto in questi anni il criterio dell’evidenza ancora oggi tende a riproporsi come una verità dogmatica e in quanto tale indiscutibile, quindi non interpretabile.

*Il medico, in particolare, non è più il solo a giudicare sullo stato di necessità dal momento che da una parte i soggetti gestionali e tecnocratici, ma anche altre professioni, e dall’altra numerosi soggetti sociali hanno cambiato l’interpretazione delle “necessità”, cioè quello che deve essere, che va fatto o che obbligatoriamente accompagna un qualche concetto di cura.*

*La tendenza da tempo è di predefinire le necessità in procedure prima di vedere, cioè standardizzare i bisogni di cura del malato per ragioni di affidabilità scientifica e per assicurarsi comportamenti professionali prevedibili e il meno costosi possibile. Nella pratica medica corrente a volte il criterio della necessità è frainteso dalle logiche opportunistiche di tipo precauzionale che adottano gli operatori per cautelarsi dai rischi professionali nei quali possono incorrere (medicina difensiva ecc). Quindi la*

*distinzione in medicina tra necessità relative e assolute oggi va ben oltre la clinica (diversi stati di bisogno, gradi di gravità, ecc) ed evidenzia un fenomeno tipico del nostro tempo sollecitato in modo particolare dalla penuria di risorse e che riguarda il divario sempre più crescente tra quello che si “fa” e quello che si “dovrebbe fare” o si “potrebbe fare”, quindi tra le necessità logiche della medicina e le necessità pratiche del suo esercizio.*

Dura la nuova realtà! In sostanza oggi un medico è in mezzo a due fuochi incrociati: si trova a fare i conti sia sulla necessità e l'economia, sia con l'etica. Oggi il deliberante è come abbiamo visto spiazzato perché la sua evidenza scientifica è inadeguata a confrontarsi con gradi crescenti di complessità, perché la nozione di necessità è radicalmente cambiata, perché la sua attività è sempre più burocratizzata. Ripensare la medicina serve anche a togliere il medico da questa difficile posizione professionale. Non basta la saggezza acquisita con gli anni, che significa la capacità della ragione di valutare le situazioni complesse per decidere il meglio, pragmaticamente il più “conveniente” e il più adeguato alle circostanze.

Nessun malato si può curare secondo necessità se il medico non è libero. I due principi cardine della medicina ippocratica sono:

- curare il malato secondo le sue necessità;
- avere libertà di cura per il medico.

***E' saltato il concetto di libertà di cura.*** *La sanità quindi tende a revocare al medico la libertà di interpretare e leggere cosa sia necessario per la cura delle malattia e quindi la libertà di disporre, cioè decidere tutto quanto sia necessario sul piano strumentale per il conseguimento dei suoi scopi diagnostici e terapeutici. Se la prassi in nome dell'appropriatezza cambia per decreto, allora cambia anche il medico, ma secondo le logiche di quel decreto che non sono certo quelle della buona medicina o della medicina della complessità oggi necessaria.* Il medico impiegato server dipendente, come amo dire in questi tempi, non è più una professionista, cioè un medico autonomo e responsabile le cui prassi sono valutate sulla base dei risultati conseguiti. Per me essere appropriato significava cercare di essere adeguato, tentare di realizzare quello che sono a favore di altri. Significava studiare e conoscere il più possibile di ogni materia ed argomento per tradurre nella prassi l'essere limitato che ognuno ha costruito. Significava far coincidere scienza e coscienza il più possibile perché tutti siamo questa miscela: anima, mente e corpo, un unicum che può alterarsi, squilibrarsi o addirittura rompersi. In altre parole tentare una relazione tra persone che

cercano un equilibrio psicofisico lungo il tempo della vita. Possedevo un'idea di medico come compagno di viaggio che, per meriti a volte non propri, è dotato di un bagaglio culturale più ampio di altri e disponibile a dividerlo. Credevo che fare il medico significasse spendersi per gli altri in sanità, in paese, nelle associazioni, nella vita quotidiana. Quindi tentavo con modestia di applicare al quotidiano le scoperte altrui, le opzioni migliori, le cure migliori senza dimenticare che l'organismo è l'unica macchina in grado di auto ripararsi, se messa in condizioni di farlo. Non ho mai fatto miracoli o realizzato cose eccelse, ma ogni giorno ho lavorato in questa direzione. Oggi mi stanno dicendo che l'appropriatezza è una cosa che si misura e si concretizza in altri comportamenti. Il primo principio diventa quello economico, cioè spendere poco, rispettare le linee guida ed i protocolli, evitare i ricoveri, non prescrivere rmi o esami costosi. Questa appropriatezza viene misurata per decidere se pagare le prestazioni o richiamarti all'ordine. Sì, siamo sempre stati ammalati di prestazionismo pensando che quello che conta è "il numero di pezzi" che produci ogni giorno, le richieste che fai ad altri, le consulenze scritte. Allora la gente comune vuole sempre più prestazioni ed il sistema sanitario sempre meno spesa. **Da una parte sei accusato di non fare abbastanza e dall'altra di spendere troppo. Allora come faccio ad adeguarmi a questa nuova logica che porterà ad un aumento sempre più esagerato di richieste e dall'altra ad un taglio sempre più energico dell'offerta da parte di questo stato.** In questi anni infatti questi sono i fenomeni che si registrano: tagli lineari da una parte, domanda di prestazioni sempre più sofisticate dall'altra. La tecnologia ha scombinato il mondo sanitario rispetto ad un tempo in cui bastava "la borsa del medico" a rispondere a gran parte della domanda. La tecnologia e la scienza stanno convincendo il popolo che non si muore più, che le guarigioni sono sempre possibili e che, se uno muore, la responsabilità è del sistema che non ha saputo fornire tutto il dovuto. Inoltre i medici hanno delegato sempre più la diagnosi alla tecnologia. Fra non molto arriverà Watson, un software capace di rielaborare in pochissimo tempo milioni di dati ed ipotesi per fare diagnosi di malattia. Non è fantasia esiste veramente. Qui entra in campo un concetto ignorato volutamente per fini utilitaristici e personali da chi ci guida: mai chiamare in causa il cliente/utente perché è tutelato dai diritti, non è attore, ma utilizzatore, non è responsabile, ma guidato, non è il padrone della salute, ma l'avente diritto alla salute e per finire è un elettore. Anche qui vado in difficoltà perché se il mio lavoro è essere per curare perché per il mio

paziente non vale la stessa regola? Per l'utente è più facile prendere una pillola, chiedere che altri facciano, piuttosto che farsi carico di scelte personali utili ad essere una persona migliore. Certo il cliente non può conoscere tutto quello che il medico, professione intellettuale, è in grado di sapere, ma cosa si mette in atto per istruire e rendere responsabile della salute il cittadino? **Zero**. Da anni vado dicendo che per avere un buon medico bisogna avere un paziente preparato, non presuntuoso o saputello, un paziente che collabora attivamente a capire e risolvere il problema, un paziente, che come tento di fare personalmente tutti i giorni, cerca e ricerca, riflette e ipotizza, prova a realizzare cambiamenti utili. Alla fine si sta dicendo che la responsabilità è una necessità comune e che quello che io medico tento di offrirti è un servizio in questa direzione. Allora non puoi pensare che i limiti che tu paziente trovi in questo cammino non esistano anche per altri, magari medici, anche se ben attrezzati culturalmente. Allora come battuta chiedo tu paziente sei gentile? E la tua gentilezza è un obbligo? Sei gentile perché ti pagano? Ma queste battute non sono tali perché i comuni commenti sono: se un medico non è gentile come minimo è un menefreghista, come minimo gentile deve esserlo con tutto quello che incassa. Penso che esistano medici scorbutici, ma questa mancata gentilezza non crea problemi. Il medico scorbutico ha dei vantaggi perché questo modo di essere comporta meno visite e meno prescrizioni, è quindi è più appropriato di me per il sistema sanitario. Bisogna ripensare all'essere medico, fare criteri adeguati di ammissione alla pratica. Bisogna ripensare il patto tra medici ed utenti. Un patto significa rispetto delle parti contraenti e rispettivi diritti e doveri; quindi una relazione di fiducia e stima reciproca con ruoli e responsabilità diverse, ma di pari valore. Fare il medico è diventato un lavoro complesso non complicato, che richiede molta più corresponsabilità e tecnologia, ma il falso mito della tecnologia deve essere chiarito. La richiesta di tecnologia è doverosa e necessaria, ma non può essere considerata un'entità indipendente ed esclusiva in grado da sola di risolvere qualsiasi problema. Gli esami strumentali in genere devono chiarire i dubbi diagnostici non fare diagnosi, devono supportare un'ipotesi che solo la mente umana è in grado di pensare. Gli esami strumentali nella maggior parte dei casi sono certificativi non predittivi. La gente crede che esista una Tac o una Rm generale in grado di vedere tutto e sapere subito quale malattia è in atto. La potenza della tecnologia è un mito che viene continuamente alimentato da ogni parte. Quindi cercare di capire la malattia

senza usare qualche esame strumentale è un'offesa alla scienza. Quando un paziente ti vede pensieroso ed incerto, il primo commento per darti una mano a capire è *<ma dottore non el ga el computer, el me fasa na tac (magari dapertutto)>*. Qui entra in gioco un altro falso ideologico: la prevenzione. Dal vocabolario: *Azione diretta a impedire* il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi (spec. nel linguaggio medico, sociologico e giuridico): la p. della tubercolosi; la p. degli infortuni sul lavoro; la p. del delitto; misure di p.: quindi azione non conoscenza anticipata o preveggenza (capacità di prevedere il futuro) di qualcosa che potrebbe accadere. L'ecg non prevede quando farai un infarto, ma registra la tua situazione al momento. La prevenzione quindi si traduce in stili di vita, buoni comportamenti e sane abitudini e non in prelievi indiscriminati per curiosità o per vedere se il colesterolo è diminuito per grazia divina. Il controllo come rito è una prassi comune e si traduce nel fare in ogni caso degli accertamenti, anche se niente è cambiato nella nostra vita. Nello stesso tempo ignoriamo la qualità dell'aria, dell'acqua, dei cibi e non ci preoccupiamo dello stress, dei ritmi di vita, degli eccessi di ogni genere. La medicina maestra di vita potrebbe essere il titolo di questo argomento. Se crediamo a questo concetto dovremmo investire energie e risorse nella formazione della gente, nel spiegare come si fa a scuola, la materia e le conoscenze. Nell'attività quotidiana spendo molto tempo ad informare le persone che incontro, "perdo tempo a suggerire, perdo tempo ad illustrare come funziona il nostro corpo", ma sono sicuro che è troppo poco. Se rifletto sul mio comportamento scopro che ripeto troppe volte i concetti individualmente, mentre sarebbe utile fare formazione collettiva a tutta la popolazione, in particolare ai ragazzi.

L'attività ambulatoriale del medico rappresenta un aspetto sanitario limitato rispetto al concetto di salute, termine molto più ampio ed impegnativo che esce dalla competenza del singolo operatore, coinvolge il cittadino ed il suo mondo di vita. Esiste al di fuori delle mura delle strutture sanitarie un insieme complesso e vario di patologie dalle dimensioni incalcolabili e di competenze trasversali, che la politica dovrebbe gestire. La politica dovrebbe lasciare i posti direttivi attualmente occupati, a mio modo di pensare, abusivamente all'interno delle varie aziende Ulss. Il sistema sanitario dovrebbe essere gestito da medici ed operatori sanitari, non da politici di turno od amici di politici di turno. Il sistema salute nel suo insieme

è invece di natura politica. Dovremmo imparare tutti a parlare di salute oltre che di sanità. La salute è un bene personale e collettivo che investe tutti e non solo gli operatori sanitari. Non dovrebbe esistere nessuna delega su questo pilastro dell'esistenza. Il sistema della delega a tutti i livelli è un metodo democratico per riuscire a gestire la complessità dei problemi della vita sociale, ma non deve diventare una delega in bianco senza vincoli e controlli da parte dei cittadini, perennemente assenti. Si preferisce lasciare ad altri la soluzione dei problemi senza mai perdere tempo ad interrogarsi, a riflettere, a costruirsi una propria idea sulle situazioni. Anche la salute è diventata una materia di competenza statale o regionale con assenza di coinvolgimento dei proprietari che sono i cittadini. Lo stato da mediatore tra cittadini e servizi sanitari è diventato imprenditore. Lo stato ha cominciato a ragionare in modo ragionieristico e commerciale come qualsiasi imprenditore, anche se parliamo di un bene primario di valore incommensurabile come la salute. Allora la logica è solo quella dei bilanci, dei costi, dei tagli che, come l'austerità imposta dall'Europa, porta problemi a non finire. Ma noi cittadini, titolari veri, dove siamo? Sempre alla finestra o attori, consumatori, pazienti, clienti, utenti o dipendenti? Le drammatiche patologie del nostro mondo si potrebbero definire in un elenco infinito di aspetti economici, sociali e globali che colpiscono il nostro pianeta. Tentando di inquadrare il possibile all'interno di una popolazione come quella dei nostri tempi mi limito ad elencare solo alcune priorità che dovrebbero essere nell'agenda quotidiana.

**INQUINAMENTO AMBIENTALE:** Aria, acque, suolo ed attività connesse. Le alte concentrazioni di anidride solforosa, solventi e PM si traducono in fenomeni concreti di sofferenza fisica e di danno reale alla salute che le varie abilità mediche non sono in grado di risolvere in nessun caso. Spesso ripeto che lavorare in ambulatorio, nel tentativo di riparare tali danni, si rivela tempo perso perché un mal di gola non sparisce facilmente se è stato provocato da un'ustione da acido solforico derivante dalle quantità enormi di anidride solforosa presenti nell'aria che respiriamo. Ero tentato di acquistare una centralina per il rilevamento degli inquinanti per poter svolgere meglio il mio lavoro di medico dal momento che i dati arpav non sono disponibili in tempo reale. In ogni caso è certo lo sfioramento dei limiti nel periodo invernale per l'anidride solforosa e le PM con conseguenze immediate sulla salute. Il biossido di zolfo (SO<sub>2</sub>) è un gas incolore, dall'odore

acre e pungente e molto solubile in acqua. E' un inquinante primario che, una volta immesso in atmosfera, permane inalterato per alcuni giorni e può essere trasportato a grandi distanze. Il biossido di zolfo contribuisce sia al fenomeno dell'inquinamento transfrontaliero, sia alla formazione di deposizioni acide, secche e umide e alla formazione di PM secondario. Le principali sorgenti sono gli impianti di produzione di energia, gli impianti termici di riscaldamento, alcuni processi industriali e in minor misura, il traffico veicolare, con particolare riferimento ai motori diesel. Il presente indicatore si basa sui dati di concentrazione di biossido di zolfo in atmosfera, misurati nelle stazioni di monitoraggio distribuite sul territorio nazionale e raccolti dall'ISPRA nell'ambito delle procedure di scambio di informazioni (Exchange of Information, Eoi) previste dalle Decisioni 97/101/CE e 2001/752/CE. I dati sono stati utilizzati per la verifica del rispetto dei valori limite per la protezione della salute umana stabiliti dalla normativa vigente in tema di valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente (D.Lgs. 351/99, DM 60/2002 e D.Lgs. 155/2010). L'obiettivo della normativa sull'Eoi è quello di fornire un quadro conoscitivo e rappresentativo dello stato della qualità dell'aria attraverso i dati di concentrazione di biossido di zolfo in atmosfera, consentendo il confronto tra i Paesi membri della Comunità Europea. L'obiettivo del D.Lgs.351/99, DM 60/2002 e D.Lgs155/2010 è quello di consentire a regioni e province autonome la valutazione e la gestione della qualità dell'aria ambiente. I valori limite del biossido di zolfo per la protezione della salute umana, sono:

Valore limite orario 1 ora  $350 \mu\text{g}/\text{m}^3$  (da non superare più di 24 volte per anno civile)

Valore limite giornaliero 24 ore  $125 \mu\text{g}/\text{m}^3$  (da non superare più di 3 volte per anno civile).

Fare prevenzione non significa ripetere continuamente esami ematochimici, ma creare le condizioni di salubrità nell'ambiente di vita. E' difficile valutare le capacità adattive dell'organismo, ma dopo tanti anni di lavoro, credo che il nostro organismo sia diventato eccezionale in questo lavoro, altrimenti i morti sarebbero molto più numerosi. Parlare di inquinanti dell'aria è un tema facile da discutere con risultati enormi sulla salute, ma si preferisce controllare le prescrizioni, suggerire integratori, privilegiare le iniziative personali e non comportamenti collettivi appropriati. Meglio non parlare di acqua in questo periodo di PFAS perché il dramma e la catastrofe ambientale sono ormai accertati con danni alla salute che nessuno è in grado di

quantificare e valutare nel tempo. Siamo ignoranti in materia, ma da tempo altrettanto distratti sul problema. Ricordo i primi episodi di inquinamento dell'acqua ancora intorno agli anni '60 quando i pozzi superficiali furono abbandonati perché l'acqua puzzava ed aveva un colore giallastro. Non si sapeva minimamente la composizione degli inquinanti e nessuno si preoccupava più di tanto del fenomeno pur nella convinzione che alcune fabbriche chimiche fossero responsabili con i loro scarichi del cambiamento delle acque. Il progresso non si poteva discutere e fermare era l'idea guida del tempo per cui qualche inconveniente si doveva sopportare. Adesso si scopre che l'acqua dell'acquedotto, per non parlare dei pozzi, è inquinata dai Pfas in una area geografica estesa a più comuni. Non esistono studi importanti sull'argomento. Il mondo scientifico infatti non ha studiato il fenomeno più di tanto. Si parla di circa 10 lavori di ricerca in tutto il mondo e senza aver chiarezza sufficiente in merito. Interrogato spesso in ambulatorio sul problema non so cosa rispondere perché anch'io sono ignorante in materia e continuo a bere l'acqua del sindaco sperando che i filtri installati facciano il loro dovere. L'acqua inquinata è stata usata e continua ad essere usata in agricoltura per l'irrigazione. Il suolo, i terreni sono già carichi di veleni, diserbanti, pesticidi, nitrati e quanto ancora volete aggiungere Pb, metalli pesanti ed altro. Ma la terra produce i nostri elementi nutrizionali indispensabili insieme agli allevamenti di bestiame, polli, conigli ed altri animali. Per inciso in sanità si usano 16 mila quintali di antibiotici, in zootecnia 46 mila quintali, nel rapporto praticamente di 1 a tre. Possiamo ancora sperare che gli antibiotici nell'uomo funzionino? La nostra imbecillità non ha limiti e la nostra attenzione viaggia a bassi regimi a parte qualche improvviso risveglio provocato dalla televisione o dai giornali che, fatto lo scoop, lasciano perdere i problemi. La cosa importante è sempre gridare allo scandalo ogni giorno senza mai approfondire gli argomenti. Mi sapete dire che fine ha fatto la probabile epidemia di aviaria? Continuando a gridare al lupo tutti perdiamo la concentrazione necessaria, ma qui si parla di salute non di moda.

## **ANSIA E DEPRESSIONE**

Sono i mali più diffusi del nostro tempo, quelli che si annidano nella vita quotidiana di tante persone giovani e vecchie. Siamo diventati consumatori abituali di antidepressivi ed ansiolitici. Ogni vicentino consuma di media due benzodiazepine e voi sapete cosa significa media. Significa che, dal momento

che il sottoscritto non è interessato all'uso, qualcun altro consuma anche la mia dose. Usiamo quantità industriali di sostanze chimiche per riassetare un equilibrio personale con le gambe all'aria. Sicuramente le paure e le ansie di un livello minimo fanno parte del nostro corredo difensivo per affrontare i problemi della vita, ma se oltrepassano la soglia diventano patologie, incapacità di vivere e sopportare le avversità del quotidiano, perché eccessive anche per i più forti. Non è questo il luogo per una discussione sulle cause e sulle origini di questo malessere perché sarebbe un compito troppo lungo e di difficile spiegazione. Tuttavia questa situazione non può essere ignorata, non provocare domande ed interrogativi sui comportamenti sociali e politici. Il clima di incertezza e di insicurezza che si respira dalla mattina alla sera legato a fenomeni come immigrazione, scarsità di lavoro, assenza di progettualità per il futuro, mancanza di condivisione e aspettative comuni, consumismo insensato, falsi bisogni insoddisfatti, perdita del valore del futuro e quindi della speranza stanno distruggendo la vita delle persone e il desiderio di impegnarsi per progetti che vanno oltre il tempo di vita personale. Siamo diventati ciechi e incapaci di iniziativa, di decisioni che sole salvano dalla paura e dalla depressione. La rassegnazione è l'anticamera della depressione e l'indecisione la realizzazione della stessa. Continuo a ripetere ai miei pazienti: decidi, decidi non rimanere in sospeso in attesa di tempi migliori che mai verranno se non ti muovi in qualche direzione. Sbagliare, accettare le avversità sono i presupposti per modificare il tuo stato di essere. Abbiamo perso proprio l'idea di essere, del senso della vita che non può essere racchiuso in un oggetto od in una situazione, ma in qualcosa in divenire, in costruzione, in perenne progresso e sviluppo oltre la nostra persona. Costruire per l'eternità, per l'infinito, per il futuro che verrà lascia spazi enormi al senso dell'esistenza, alla possibilità del nuovo e migliore, alla costruzione di un mondo senza fine. La speranza è l'arma vincente anche nei momenti più bui e nei momenti di imbecillità comune in cui il peggio sembra trionfare e realizzarsi a danno di tutti. La speranza è una medicina efficace ed una forza motrice del cambiamento non solo personale, ma collettivo. Siamo tutti soli perché abbiamo rinunciato all'idea di sviluppo comunitario, sociale dedicandoci esclusivamente agli affari domestici, individuali tralasciando la massima che nessuno si salva da solo. A volte muovendomi per il paese per visite domiciliari ho come la sensazione di abitare in un paese morto, senza abitanti, senza un centro, un luogo comune dove converge e trovare vita.

Qualche persona sparsa lungo la strada si muove senza metà, senza convergere in un luogo di ritrovo. I negozi in paese sono spariti, i centri commerciali posti alle periferie sono pieni di gente che si muove senza conoscersi, senza alcuna comunicazione e relazione tra loro, senza togliere gli sguardi dagli oggetti, dalla “roba”, dai prezzi. Andare al centro commerciale è un modo per uscire di casa, ma non è diventato un modo per stare insieme per cui al rientro ti senti più isolato di prima, magari anche più frustrato per il mancato acquisto, in ogni caso senza aver arricchito la tua anima con le migliori energie degli altri e magari con un pizzico di senso di colpa per non avere fatto girare l’economia. Lo sviluppo come progresso, miglioramento, aumento di conoscenza, crescita personale e collettiva è senza fine, mentre gli oggetti nuovi, le cose come possesso durano poco e finiscono, il più delle volte, in discarica senza aver concretizzato l’aspirazione ed il desiderio di stare meglio. Depressione da carenza di cose, depressione da eccesso di cose, depressione da insoddisfazione economica, depressione per mille futili motivi che futili non sono se sei convinto della necessità di avere e dimentichi la necessità dell’essere. Abbiamo perso il senso dell’essere artisti, creatori, inventori, sognatori indipendentemente dalle nostre condizioni economiche e dalle attese non rispettate di chi aveva promesso il paradiso e poi se ne va con i nostri soldi in altri lidi. L’unico sogno rimasto e che si sta diffondendo è la speranza di vincita al gioco con le drammatiche conseguenze che vediamo. L’illusione del milionario è ancora un pericolo reale e non ha niente da spartire con la fantasia e la creatività necessarie al senso della vita. Essere e non avere rimane ancora l’imperativo per avvicinarsi alla felicità e scacciare la depressione. Esisto e la vita ha un valore inestimabile di cui posso godere senza tasse e balzelli spendendola per creare condizioni migliori senza rovinare gli altri e l’ambiente. Qualcuno può pensare che la depressione sia esclusivamente un problema chimico da risolvere con qualche pastiglia. Non può bastare questa terapia a saturare la profondità e la vastità dell’animo umano. La pastiglia è una stampella, un supporto nel percorso della vita che non riesce a colmare le aspirazioni, la perdita di autostima, la sensazione di nullità ed impotenza. Cercare dei passatempo è la cosa più stupida che uno possa pensare, perché passare il tempo senza impegno è da imbecilli, se si ricorda che il tempo è limitato e breve per tutti. Continuo a ripetere: trovati una passione, un sogno, un desiderio forte da realizzare non per te solo, che sia utile a tutti od almeno per chi conosci e vedrai che le ricadute saranno impensabili ed imprevedibili

ben oltre le aspettative iniziali. La passione trasforma, carica psichicamente e fisicamente, come puoi vedere quando qualcuno è innamorato, travolto dalla passione che supera ogni ostacolo e paura, che non conosce pause e apatia. Forse qualcuno pensa di essere vecchio per queste aspettative, forse qualcuno sta fin troppo bene per ricercare la passione che sta dentro di lui, coperta e nascosta dagli oggetti, dalle cose inutili che si accumulano quotidianamente. Basta provare un trasloco di casa per capire come ci siamo coperti di tante cianfrusaglie che sembrano indispensabili, che in realtà sono accatastate in cantina ed in ogni angolo della nostra casa, terrorizzati che qualcuno le rubi trasformandoci in poveri. Un giorno ho ascoltato un signore dire: “da oggi in casa mia non entra niente di nuovo se non esce qualcosa di vecchio”. Saggezza e dichiarazione che ho fatto mia con grande vantaggio di salute e benessere. Bisogna provare l’esperienza per credere i benefici che si ottengono: non serve un nuovo armadio, un nuovo ripostiglio, un nuovo luogo per conservare cose che si deteriorano velocemente. Non è un inno al consumo, ma un invito all’essenziale, all’utile, al pratico, all’acquisto intelligente di quello che ti serve per far crescere la passione che è dentro di te, per diventare migliore e non per possedere fine a se stesso. Ai miei figli ho sempre ripetuto compra quello che ti serve per stare meglio ed essere migliore non quello che gli altri vogliono farti comperare per il loro interesse e guadagno. Le cose devono essere al tuo servizio e non viceversa, non devi rinunciare per avarizia, per paura della spesa, per mancanza di possibilità, ma solo per non sprecare, per non pensare che la felicità sia l’oggetto, per non confondere il mezzo con il fine. Non rinunciare ad essere migliore è il concetto. La tecnologia è uno strumento a servizio dell’uomo. Le nuove attrezzature sono una opzione in più per progredire e quindi per crescere e quando sono usate e concepite secondo questa logica si ripagano sempre per il servizio che possono fare. Una dimensione che non riporta all’età della pietra, ma che sfrutta il nuovo per lo sviluppo, per allargare gli orizzonti della conoscenza e dell’esistenza, per creare spazi di vita sensati senza distruggere il mondo in cui vivi. Forse se imparassimo questa lezione non ci troveremo ad avere un’aria irrespirabile ed un’acqua imbevibile.

## **IL MITO: LA SCIENZA E LA TECNOLOGIA**

L’onnipotenza della scienza e della tecnologia ha fatto dimenticare che la morte e la malattia esistono e, pur non essendo una punizione divina, accompagnano il tempo e le giornate della nostra vita. Questa falsa fede è la

causa di infinite diatribe e denunce per la morte o la mancata guarigione di un parente o di un conoscente. Oggi non si può morire o non guarire in considerazione dei potenti mezzi a disposizione ed spesso si deve trovare un responsabile, un colpevole, un professionista incapace. La sanità si sta riempiendo di contenziosi e avvisi di garanzia per malasanità e nello stesso tempo accetta che i mezzi di informazione ed i media continuino a somministrare pubblicità ingannevole promettendo miracoli sulla base di concetti scientifici, alimentando aspettative oltre il lecito. A formare un medico servono circa trent'anni di studi, ma qualcuno dichiara che per capire e sapere tutto su qualsiasi patologia bastano cinque minuti su internet. Questi nuovi scienziati (pochi per fortuna) pretendono di conseguenza, dopo una breve lettura, di venire in ambulatorio e decidere quale esame deve essere prescritto ed eseguito per risolvere il caso. Non interessa loro sentire in merito al problema il tuo parere di medico, frutto di una vita di studio ed esperienza, di un vero interesse per il problema di chi sta di fronte. A volte sono talmente disturbato da tanta imbecillità che propongo un cambio di sedia e di ruolo suggerendo all'interlocutore di passare al di là della scrivania e prescrivere il necessario. Sono episodi isolati, ma di presunzione e di arroganza che non sono stigmatizzati e si allargano perché mai si è vista tanta stupidità come in questi tempi. La scienza è una conquista della mente, di studi lunghissimi e faticosi, non è onnipotente come qualcuno crede. Abbiamo sostituito la fede religiosa con la fede tecnologica e scientifica. Si dimentica che la fede fa miracoli la scienza no. Purtroppo basta un annuncio in televisione di una nuova scoperta per sentirti chiedere il giorno dopo di mettere in atto la nuova invenzione. Qualcuno incomincia a dire che sono vecchio, non ho più tanta pazienza e che forse è arrivato il momento di andare in pensione. Onestamente amo ancora il mio lavoro, sono in salute e con un bagaglio culturale discreto per cui penso di poter continuare nella mia attività. Non è questione di età, ma di un eccesso di carico di richieste insensate e ingiustificate. La società del diritto e dei diritti ha oltrepassato il limite, non perché le giuste battaglie per attuare il rispetto dei diritti delle persone sia un guaio, ma perché si è dimenticato che il diritto si incontra e si sposa con il dovere, perché le competenze non sono opinioni, perché i ruoli si contrattano e si rispettano, perché le funzioni sono regolate contrattualmente. Tutti giustamente hanno diritti e i doveri a chi toccano? Solo il medico ha il dovere di esaudire ogni richiesta e conoscere ogni scoperta da mettere a disposizione dell'avente diritto? Pochi si sono resi

conto che Il medico non è più il diretto responsabile nei confronti del paziente perché deve prima interfacciarsi con lo stato e gli ACN stabili per legge, con rischio di denuncia per danno erariale e quant'altro la pubblica amministrazione decide di richiedere per legge. La tecnologia sta sostituendo la funzione delle competenze professionali tradizionali e il computer è l'espressione più banale di tale realtà. Sembra che la tecnologia, indispensabile strumento, sia la sola in grado di risolvere le situazioni. Sembra che le scoperte annunciate siano pronte per evitare la morte e l'invecchiamento, patologia inaccettabile e da esorcizzare a qualsiasi prezzo. Un tempo la medicina usava paragonare la persona alla macchina ed offriva tutti gli opzionali possibili. Oggi il paragone viene fatto con il computer e, sempre alla stessa stregua, si offrono potenzialità enormi: basta saper trovare il giusto circuito o l'applicazione appropriata per risolvere ogni caso. Basta un esame come la Rm o la Pet per risolvere i casi più difficili, ma soprattutto per accontentare il richiedente piuttosto dubbioso sulle tue competenze. Basta prescrivere esami speciali per saper in anticipo quale malattia si presenterà nel tuo futuro: questo è il credo diffuso e comune. Ad essere sinceri non basta prescrivere esami speciali è necessario anche segnare priorità adeguate, che significa urgente e subito. Di questi tempi fin da piccoli è passato il concetto che per star meglio, e non si capisce l'affermazione visto che si parla di gente che sta bene, è necessario aggiungere alla normale alimentazione vitamine, sali e soprattutto integratori. E' risaputo che per legge tutti questi prodotti non hanno bisogno di essere sottoposti a controlli particolari che avvengono necessariamente per i farmaci ed è sufficiente che non abbiano effetti nocivi. Per completezza di informazione tutti questi integratori sono contenuti nella frutta e verdura, che nonostante l'aumento di prezzi costano una miseria rispetto alla pillola colorata. Non parliamo dei fermenti, delle acque oligominerali che spesso si accompagnano all'acquisto di sali minerali: doppia spesa inutile per l'acqua povera di sali e per le bustine di Sali di calcio sodio potassio e magnesio. Non parliamo di decotti, tisane e valeriana, aglio tutte sostanze miracolose che insieme all'omeopatia fanno la fortuna delle aziende farmaceutiche che per vendere basta riportare sulla scatole una dichiarazione di "prodotti naturali". L'altra buffala enorme è quella del potere megaterapeutico della vitamina C che serve a far star bene dall'influenza, dal raffreddore e da ogni malanno.

## INVECCHIAMENTO ED INFERTILITA'

L'invecchiamento della popolazione è una realtà nota e conosciuta da tempo che comporta una serie di ricadute non scontate. Innanzitutto il fenomeno si traduce in aumento notevole dei costi sanitari ed un impegnativo approccio al sistema sanitario. L'avanzare dell'età comporta un fabbisogno in aumento anche in considerazione del diverso approccio sociale al fenomeno. Un tempo, quando le spese sanitarie erano a carico diretto e totale delle famiglie il consumo sanitario era notevolmente ridotto e limitato in base alle risorse dei singoli. Il nuovo approccio che prevede le pari opportunità e la gratuità dei servizi ha modificato totalmente il quadro di spesa e di utilizzo. Non si fraintenda l'idea, nel senso che era meglio prima e che bisogna lasciare morire in santa pace i vecchi senza intervenire. Proviamo a fare un esempio affrontando il tema della mobilità. Un anziano che non è più in grado di spostarsi ha diritto alla carrozzina ed il sistema sanitario risponde correttamente fornendo gli ausili necessari. Ma un neonato fino ad un anno di età normalmente non sta in piedi e per essere spostato abbisogna della carrozzina, ma in questo caso la famiglia deve arrangiarsi, anche se in casa arriva solo un magro stipendio. Questa situazione non è certo paritaria ed incentivante a fare figli. E' chiaro che l'esempio è banale e fin troppo semplice, ma serve ad evidenziare che l'anziano è privilegiato rispetto al neonato, anche se magari l'utilizzo va ben oltre l'anno di vita. Certamente l'anziano vota e pesa anche politicamente molto più di un neonato, ma non si può pensare che sia il futuro. In considerazione che le risorse sono in ogni caso limitate rispetto ai bisogni si dovrebbe avere il coraggio di rivedere la distribuzione e la spartizione di quanto è disponibile in maniera diversa e più equa tra i cittadini. Il sistema sanitario dovrebbe coprire in maniera diversa i servizi a disposizione della popolazione ripensando le modalità di erogazione e di spesa. E' più facile continuare con la vecchia logica che ripensare a modi alternativi, è più facile tagliare servizi che ricostruire uno stato diverso. E' più facile accontentare alcune categorie che pensare per tutti. Nella mia esperienza quotidiana ho potuto registrare un aumento delle pretese degli anziani che a volte vanno oltre le esigenze degli anni precedenti. Tante donne quando erano più giovani ed avevano la famiglia sulle spalle da amministrare e gestire rinunciavano ad una visita dalla parrucchiera, invece una volta vecchie e non più in grado di camminare, guai a saltare l'appuntamento regolare ogni 15 giorni. Certamente non tutti gli anziani sono tanto esigenti ed egoisti, ma

l'approccio mentale è quello che, dal momento che hanno tanto lavorato, adesso hanno solo diritti e non più doveri. Il sogno di tanti infatti è andare in pensione perché questo stato comporta la liberazione da ogni impegno ed il diritto di godere la vita senza problemi. Inoltre l'agenda degli anziani si riempie di visite mediche, specialistiche e di esami strumentali che scandiscono il passare dei giorni come un lavoro. Il guaio non sta in queste richieste, ma nella nostra società che ha incentivato questa modalità di approccio. In queste righe mi sto bruciando tutta la simpatia che ho sempre goduto in questi anni e credo pochi mi perdoneranno queste opinioni. Stiamo parlando in generale di una popolazione anziana in discrete condizioni, ma purtroppo alcune forme degenerative come il Parkinson, l'Alzheimer, la demenza sono in costante aumento con un carico sanitario e sociale pauroso. I grandi vecchi non sono più un numero sparuto, piccolo e presentano necessità in costante aumento. Le rette di una casa di riposo viaggiano intorno ai 2500 € al mese e mi chiedo quanto siano ancora sostenibili questi costi. Ma il sistema sanitario è attrezzato e si sta preparando a queste evenienze ed intende gestire queste patologie con il classico metodo ospedaliero? Questa realtà è nei pensieri di quanti governano ed gestiscono il sistema salute? Sinceramente non è facile rispondere a fenomeni di questa portata, ma mi preoccupa la mancanza di riflessioni e previsioni sul tema. Meglio non parlarne, meglio campare giorno per giorno sembra essere la filosofia di tutti, come quella di non dire niente sul calo delle nascite, ormai certificato, sulla fertilità dei maschi italiani. Non nascono più bambini e la media è da fine della popolazione italiana. Non posso fornire cifre e numeri esatti, ma la mia percezione abbastanza fondata sull'esperienza dell'attività ambulatoriale mi porta a stimare la dimensione del problema ormai attorno al 30 % della popolazione maschile. In ogni caso ho certezza del calo del numero degli spermatozoi per millilitro di sperma che è meno della metà di 30 anni fa. Inoltre sono in costante aumento le inseminazioni e le gravidanze assistite, sono scomparsi i nani, sono aumentati i gemelli, si stanno diffondendo le banche del seme. E' cresciuto un enorme sottobosco di attività che sfugge al sistema sanitario, che viene toccato marginalmente per la richiesta di esami ematochimici e strumentali. Sono problemi vissuti con estremo disagio e con costi, a quanto riferitomi, che si aggirano dai dieci ai quindicimila €. Ufficialmente poco se ne parla, ma se l'impressione che mi sono fatto corrisponde alla realtà, il fenomeno è di gravi dimensioni. Dove sta la causa di tale patologia? Come difendere la

salute delle nuove generazioni? Questi sono tutti mali oscuri che un sistema sanitario adeguato ai tempi non può ignorare. Queste nuove realtà sono patologie, sono sostanza fondamentale di cui farsi carico da parte di un sistema sanitario attento ai problemi più che alle forme di organizzazione delle varie categorie. Smettiamola di cambiare i contenitori, la facciata, l'esteriorità ed entriamo nel vivo dei problemi stimolando soluzioni e proposte da organizzazioni efficienti ed efficaci senza imporre percorsi costosi e scarsamente redditizi. Finalmente abbiamo costruito un ospedale con tutti i requisiti, con una bella facciata: peccato che non servirà alle mancate nuove generazioni. Quando l'accesso alla facoltà di medicina era preso d'assalto non si fece niente se non selezione spietata con gli esami, ora che i medici scarseggiano esiste il numero chiuso che fra qualche anno porterà all'importazione di medici per tappare le falle. E mai possibile che pur conoscendo la situazione non si faccia nulla? Qui mi viene alla mente Daniel Kahneman ed il suo libro " *Pensieri lenti e veloci*". *Siamo stati abituati a ritenere che all'uomo, in quanto essere dotato di razionalità, sia sufficiente tenere a freno l'istinto e l'emotività per essere in grado di valutare in modo obiettivo le situazioni che deve affrontare e di scegliere, tra varie alternative, quella per sé più vantaggiosa. Gli studi sul processo decisionale condotti ormai da molti anni dal premio Nobel Daniel Kahneman hanno mostrato quanto illusoria sia questa convinzione e come, in realtà, siamo sempre esposti a condizionamenti – magari da parte del nostro stesso modo di pensare – che possono insidiare la capacità di giudicare e di agire lucidamente. Illustrando gli ultimi risultati della sua ricerca, Kahneman ci guida in un'affascinante esplorazione della mente umana e ci spiega come essa sia caratterizzata da due processi di pensiero ben distinti: uno veloce e intuitivo (sistema 1), e uno più lento ma anche più logico e riflessivo (sistema 2). Se il primo presiede all'attività cognitiva automatica e involontaria, il secondo entra in azione quando dobbiamo svolgere compiti che richiedono concentrazione e autocontrollo. Efficiente e produttiva, questa organizzazione del pensiero ci consente di sviluppare raffinate competenze e abilità e di eseguire con relativa facilità operazioni complesse. Ma può anche essere fonte di errori sistematici (bias), quando l'intuizione si lascia suggestionare dagli stereotipi e la riflessione è troppo pigra per correggerla. L'effetto profondo dei bias cognitivi si manifesta in tutti gli ambiti della nostra vita, dai progetti per le vacanze al gioco in borsa, e le questioni poste da Kahneman si rivelano spesso spiazzanti: è vero che il successo dei trader*

*è del tutto casuale e che l'abilità finanziaria è solo un'illusione? Perché la paura di perdere è più forte del piacere di vincere? Come mai gli ultimi anni un po' meno felici di una vita felice abbassano di molto la felicità totale?* Allora forse abbiamo troppi pensieri veloci e ci dimentichiamo quelli lenti. I pensieri lenti permettono di comprendere fenomeni che sembrano di difficile interpretazione come la fuga di giovani verso altri paesi, come la falsa convinzione che i giovani siano bamboccioni quando lo spazio a loro disposizione è inconsistente ed inesistente in un mondo di maturi ed anziani. La composizione della popolazione nelle sue diverse età e generazioni condiziona lo stile di vita, le aspettative ed i sogni. I debiti che abbiamo fatto, le risorse che abbiamo bruciato peseranno nel futuro dei nostri figli ed è fuorviante pensare che si risolveranno da soli senza costi.

## COVID 19

La casa editrice a cui mi appoggio mi ha inviato una comunicazione per informarmi che non è più disponibile a pubblicare libri che trattano l'argomento avendo incorporato troppi testi. Penso sia significativo di quante persone vogliano dire la propria opinione in merito. Pertanto faccio un accenno sull'argomento tanto in voga senza aggiungere temi scientifici o valutazioni di merito, ma solo un momento di riflessione.

Abbiamo scoperto che esistono i batteri e i virus che provocano le epidemie, ma loro sono arrivati miliardi di anni prima di noi ed hanno i loro diritti.

Abbiamo scoperto che si può morire, che non siamo immortali. Siamo terrorizzati, ma si moriva anche prima di oggi per mille motivi che non ci interessavano più di tanto.

Abbiamo scoperto che la salute non è solo un fatto personale, ma un bene anche collettivo. Siamo stupiti che possiamo ammalarci se, qualcuno diverso da noi, sta male.

Abbiamo sempre considerato l'ordine e la pulizia un costo, un peso imposto e scopriamo che invece sono elementi fondamentali per la salute personale e collettiva.

Abbiamo sempre pensato che fossero i barboni, gli immigrati i ladri il pericolo per la nostra vita ed invece scopriamo che siamo tutti potenziali untori e portatori di morte.

Abbiamo consumato farmaci, esami, prestazioni inutilmente e scopriamo che ci mancano le cose essenziali come mascherine, guanti e strumenti fondamentali come i respiratori.

Abbiamo pensato che l'economia fosse tutto a cui sacrificare il resto dell'esistenza e scopriamo che in pochi giorni si possono chiudere fabbriche, servizi e quant'altro non indispensabile.

Abbiamo pensato e sognato di stare a casa a riposo ed in ferie e scopriamo che non sappiamo come passare il tempo, non siamo capaci di restare da soli.

Abbiamo smesso di imparare, di studiare, di apprendere attività manuali, di meditare delegando ad altri questi compiti specialistici ed ora siamo nudi, incapaci di vivere il quotidiano.

Abbiamo speso oltre il lecito per futilità, per il gusto del nuovo, per avere tutto prima ed il più possibile e adesso ci siamo trovati senza riserve e risorse per sopravvivere e ripartire.

Abbiamo adottato la flessibilità, la duttilità come elementi portanti della vita e adesso non possediamo più dei termini precisi di riferimento, siamo in balia di chiunque dica qualsiasi cazzata, della scienza che non è pronta a risolverci il problema.

Abbiamo sempre vissuto relazioni superficiali, rapporti che non richiedevano più di tanto impegno, scambi banali sul gossip, coltivato amicizie occasionali ed ora non sappiamo su chi contare.

Abbiamo smesso di essere persone di buon senso, critiche, attente a quello che giornali, tv, social ci passavano ed adesso non riusciamo a capire quello che sta succedendo.

Abbiamo scoperto che tutto è collegato, complesso, interattivo, interconnesso, ma avevamo sempre ragionato per settori, per nicchie, per il particolare, per un'attività alla volta.

Abbiamo scoperto che possiamo usare meglio le nostre intelligenze, le nostre potenzialità, i nostri mezzi tecnologici, non aspettiamo che passi il momento per tornare a fare tutto come prima.

I problemi, le disgrazie, le epidemie devono essere una opportunità per cambiare e migliorare la vita. Tutti muoiono da soli, ma nessuno si salva da solo. Niente deve essere come prima, tutto deve migliorare per tutti, altrimenti i morti saranno morti invano e rimarranno solo le lacrime ed il

rimpianto. Non dobbiamo rimanere schiacciati, passivi, in posizione di attesa di qualcuno o qualcosa, ma artefici di un domani diverso più a misura d'uomo e più giusto. Sono le persone che fanno la differenza, che creano, che crescono nei valori universali, che cercano di occupare un posto al servizio degli altri, che producono per stare bene, che correggono i propri difetti per vivere insieme agli altri, che gestiscono il bene comune ascoltando senza pretesa di avere sempre ragione, che sono pronte ad accogliere il diverso perché portatore di valore, che cercano di fare meglio quello che fanno tutti i giorni, che sono coscienti di essere solo un anello nel cosmo, che cercano sempre la cosa migliore per tutti, che aiutano se stessi mettendo a disposizione quello che sono, che sanno accumulare per se e per gli altri, che sanno rendere l'ambiente vivibile, che vogliono sempre di più, ma sanno accontentarsi, che sono convinte che senza cambiamenti personali non scendono dal cielo per miracolo trasformazioni utili, che sanno che dovranno morire dopo aver speso tutto il loro tempo. La storia serve ad insegnare, progettare e disegnare il futuro non perdiamo l'occasione di creare un mondo migliore rivedendo tante teorie, pratiche, aspettative nel nostro piccolo mondo personale ed ambiente di vita quotidiano per creare nuove speranze ed orizzonti. Non so se questo modo di pensare porterà la felicità, ma sicuramente aiuterà il nostro senso di esistere in pace e serenità. Non so quando usciremo da questa situazione, ma se la nostra vita è relazione ed energia non ci resterà che riprendere il cammino come comunità. Mai come in questo tempo abbiamo parlato in maniera così limitata, ridotto la conversazione e la comunicazione tra di noi. Allora forse possiamo capire il significato e l'importanza delle nostre parole ed espressioni. Le parole pesano ed il loro uso appropriato ci permette di dare peso alle relazioni e comprendere le cose. Gli strumenti tecnologici hanno supplito a distanza i contatti, ma tutti commentano che non è la stessa cosa dello stare vicini fisicamente. Lo *smart working*, meglio lavoro a distanza, comincia a pesare per tanti e non è il sogno che si pensava prima di provarlo tutti i giorni per tanto tempo perché non offre la ricchezza della vicinanza. Abbiamo anche capito che limita la nostra libertà ed individualità perché continuamente tracciato da terzi e non solo dai datori di lavoro. Google, Facebook, Amzon, Twitter Instagram e tanti altri hanno tracciato i nostri profili e raccolto una marea impressionante di dati personali. Forse dovremo cominciare a pensarci su, come dice qualcuno. Pensateci su o se volete provate a leggere il capitalismo della sorveglianza.



## 8. ALTRE CRITICITA'

“Lo stupido non perdona e non dimentica. L'ingenuo perdona e dimentica.  
Il saggio perdona, ma non dimentica.” (*Thomas Stephen Szasz*)



Le varie analisi e studi sulla sanità pubblica hanno messo in evidenza che una delle prime necessità sarebbe eliminare gli sprechi. Sulla base di quanto previsto dalla legge di contabilità e poi da successivi interventi normativi, risultano finora prodotti diversi documenti di analisi e valutazione della spesa. La più conosciuta è la tanto declamata Spending review, espressione inglese che indica un insieme complesso di procedure e politiche atte a migliorare la gestione (e la programmazione) del bilancio pubblico sia dal punto di vista contabile e finanziario, sia per quanto riguarda le modalità di produzione e allocazione della spesa pubblica. Il proposito della revisione della spesa, è dunque quello di incrementare l'efficacia della spesa rispetto agli obiettivi e favorire una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse materiali e umane a disposizione. Proposito di non facile realizzazione, che richiede tempi medio lunghi per dare risultati effettivi e informazioni (non solo di carattere finanziario) complete, tempestive e comparabili. Al momento potremo riassumere:

- Il primo grande spreco sono i costi sostenuti per un sistema che nel suo complesso non dà in cambio benefici equivalenti. Esso per lo più deriva da modelli vecchi di servizi (ospedali, medicina convenzionata ecc.) a professioni ingessate in vecchi stili operativi (soprattutto medici e infermieri) e modalità assistenziali superate.
- Il secondo grande spreco sono i clientelismi, le spartizioni, i servizi dati ad personam sulla base delle tante tessere (di partito e sindacali), le strutture inutili, quelle sottoutilizzate, quelle in sovrannumero.
- Il terzo grande spreco sono le *ruberie*: abusi, evasioni fiscali, speculazioni, corruzione... cioè tutte quelle cose che la Corte dei Conti ha definito "mala gestio" e che chiamano in causa per prima cosa le aziende. Sto leggendo Piercamillo Davigo ed è illuminante su queste situazioni.
- Il quarto grande spreco è l'*incoerenza*, l'*inadeguatezza* dell'offerta con gli effettivi bisogni dei malati: le prescrizioni eccessive, il ricorso ingiustificato alla diagnostica, i comportamenti opportunisti dei medici (medicina difensiva), atti clinici senza evidenza di efficacia, quindi una medicina inutile e superflua.
- Il quinto grande spreco sono le *transazioni disoneste*: appalti, acquisti, *project financing*, malaffare rispetto alle forniture, mense,

pulizie, amministratori disonesti. Gli sprechi appartengono ad un genere di immoralità pubblica che si articola in tante specie e tanti tipi di immoralità e che vanno dalle famose siringhe alle mazzette per rinnovare le convenzioni con il privato, ai servizi creati per i raccomandati fino agli ospedali creati esclusivamente per interessi politici.

Gli economisti che si occupano di sanità in genere giustificano in nome della sostenibilità l'idea di assistenza integrativa e quel tormentone che ormai ci perseguita da anni, "non si può dare tutto a tutti". Quindi per loro per essere sostenibili bisogna dare di meno e in modo selettivo. Bisogna stabilire delle priorità, ma per come è fatta la sanità ci metterebbero uno contro l'altro, malati contro malati, lasciando a terra comunque morti e feriti. ***La questione del limite si può affrontare in tanti modi non economicistici per esempio cambiando i nostri sistemi, ripensando i modelli operativi, le professionalità degli operatori, coinvolgendo i cittadini nei processi di produzione della salute. Un'ultima questione: l'appropriatezza non riguarda solo il medico essa riguarda anche il cittadino che a sua volta ha diritti e doveri. Proprio per questo è necessario definire un nuovo patto sociale tra medici e cittadini. Anche i cittadini devono essere responsabilizzati perché anche loro, a modo loro, sono determinanti nei costi. Quindi un nuovo patto tra diritti e doveri.***

Ora cerchiamo di chiarirci i termini per riuscire a svolgere la complicata e complessa situazione attuale. Dobbiamo usare un linguaggio comune per capirci, per confrontarci, per tentare nuove strade.

Salute: L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) la definisce «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.». Quindi è qualcosa che va oltre il concetto di malattia e dello strumento sanitario. In Italia la salute è un diritto inalienabile del cittadino, tutelato dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (Helsinki)(1948) e dalla Costituzione (art. 32):

*Articolo 32 della Costituzione repubblicana italiana.*

La repubblica tutela la salute, come fondamentale diritto dell'individuo, così come interesse per la collettività, garantendo cure per gli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a essere curato, se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal rispetto dell'individuo.

Sanità: Istituzione pubblica (Complesso delle strutture e del personale) addetta alla cura e alla tutela della salute dei cittadini che viene garantita tramite il servizio sanitario nazionale

Autonomia: il diritto di autodeterminarsi e amministrarsi liberamente nel quadro di un organismo più vasto, senza ingerenze altrui nella sfera di attività propria, sia pure sotto il controllo di organi che debbono garantire la legittimità degli atti.

Competenza: L'essere competente; idoneità e autorità di trattare, giudicare, risolvere determinate questioni.

Unità: Il fatto e la caratteristica di costituire un insieme che, pur formato o derivato da più elementi o componenti, risulta tuttavia unitario, omogeneo e solidale

Universalità: Significa l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. In osservanza del nuovo concetto di salute introdotto dalla legge di istituzione del SSN. La salute, a partire dal 1978, è stata intesa infatti non soltanto come bene individuale, ma soprattutto come risorsa della comunità. Il SSN nella pratica applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con una organizzazione capillare sul territorio nazionale.

Smettiamo di lamentarci e prendiamo in considerazione il possibile tentando di cambiare qualcosa dopo vent'anni di stallo e una rivoluzione tecnologica in atto. Certo sono opinioni di un vecchio medico, ma interessato a parlare ancora un po' di tempo sulla sanità. Tutto è diventato salute o meglio sanità. Un tempo mi si chiedeva di curare uno scompenso cardiaco, oggi mi si chiede di prescrivere una rm consigliata dall'estetista o dal massaggiatore, di consigliare uno specialista per la cellulite, di prescrivere magari un antibiotico per i cani o i pappagalli, di cambiare le priorità perché suggerito dallo sportellista delle prenotazioni. E' incredibile cosa non sia diventato sanità per tanta gente. E' incredibile quanti sportelli abbia aperto l'ulss per le più disparate necessità. Dottore non sa che posso avere la pensione se lei

dichiara che il mio disturbo è grave? Dottore mi serve il certificato per il parcheggio agevolato. Ma tu sei già certificato come invalido? Sì, ma vogliono un certificato del medico curante. Non voglio continuare per non annoiarvi, ma l'elenco, ve lo assicuro, è infinito. In questo marasma di richieste il "*medico del territorio*", da medico condotto è diventato *medico della mutua* per poi diventare *medico convenzionato* con il SSN, ma senza modificare sostanzialmente il suo modo di operare e soprattutto il suo rapporto separato con l'ospedale e con il sistema territoriale che a mano a mano gli cresceva intorno. Oggi il medico di famiglia è cambiato, nel senso che è burocratizzato, soverchiato da controlli amministrativi, con autonomia sempre più limitata. E' diventato la prima controparte della medicina amministrata, bersaglio di tutte le norme per l'appropriatezza. Nonostante il medico di famiglia abbia tentato la strada dell'aggregazione, cioè dei gruppi come il nostro di Brendola, è rimasto chiuso nel suo enclave nel tentativo quasi disperato di difesa dell'autonomia del suo studio e della sua condizione di operatore libero professionista parasubordinato. Mi viene alla mente una delle cose più assurde vale a dire la certificazione ed il rilascio di esenzioni per patologie. Esempio: un mio paziente presenta un innalzamento della pressione arteriosa, che continuando a monitorare, giunge ad essere diagnosticato come iperteso e messo in terapia. A questo punto per ottenere l'esenzione per patologia deve effettuare una visita specialistica pagando il relativo ticket per ottenere la certificazione da parte dello specialista, che non aveva mai visto, che non conosce niente della sua storia e della sua patologia, ma che dovrebbe certificare che la diagnosi è corretta e quindi avente diritto all'esenzione per ipertensione. Assurdo. Folle procedura. Oggi si parla di *riforma delle cure primarie* in modo del tutto separato da questi problemi, quindi come una semplice riorganizzazione dei medici di medicina generale, senza sapere che se non vi sarà un ripensamento riformatore vero, dei rapporti tra medicina di base specialistica e ospedaliera, si farà l'ennesimo buco nell'acqua. Oggi la medicina di base, ma per certi versi anche la specialistica, è ancora un servizio invariato nel tempo anche se tutto è cambiato. Il problema politico che si pone e che viene fuori tutte le volte che si definisce l'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione per la medicina generale, è che alla fine non si può riformare un bel niente se la medicina di base resta un'isola circondata e sotto tiro da ogni parte. Nel lontano 2000 abbiamo creato la prima associazione medica. Un tentativo di un piccolo gruppo di quattro medici

operanti nel territorio del Comune di Brendola. Siamo passati successivamente nel 2004 a costituire la medicina di gruppo, quando in zona non esistevano esempi del genere. Ed infine nel 2007 siamo diventati UTAP (unità territoriale assistenza primaria). Non avete idea di quanti tentavi abbiamo fatto per integrare la nostra attività con la specialistica e l'ospedale. Inoltre in questi anni mai si è pensato di intervenire a livello di utenti per:

- ridurre la domanda impropria di sanità dei cittadini;
- qualificare il ricorso all'assistenza sanitaria in termini di pertinenza;
- responsabilizzare il cittadino al *dovere della salute* e non solo al diritto, cioè alla creazione di una moderna *deontologia sociale* mettendo in campo iniziative volte alla sensibilizzazione e formazione dell'utente;
- studiare forme di agevolazioni fiscali con lo scopo di premiare e incoraggiare i comportamenti che nel complesso qualificano la domanda di salute riducendo il ricorso alla assistenza sanitaria.
- organizzare un sistema informativo permanente che preveda i seguenti strumenti: report cioè relazioni informative che lo sponsor della salute deve fare periodicamente; relazioni sullo stato di salute della comunità; definizione di indicatori di salute e di benessere.

In questi anni si può registrare una persecuzione amministrativa nei confronti dei medici di base che ha colpito anche la maggioranza silenziosa della classe medica, la maggior parte di quelli che si possono considerare tranquilli e che io definisco dal pensiero debole, nel senso che hanno un'alta capacità di assorbire senza discutere qualsiasi disposizione o normativa. Chi è stato il precursore delle medicine di gruppo, di un nuovo modo di lavorare si scontra ancora una volta con quanti continuano a modificare il contenitore e non il contenuto. L'idea di lavorare in gruppo era sostenuta dalla convinzione di fare il bene degli utenti, di migliorare il servizio a costi globali sostenibili, in sostanza fare il meglio possibile con i mezzi possibili. Adesso si parla di standard, di medie, di omogeneizzare i comportamenti, di inquadrare il servizio entro parametri precisi e vincolanti senza considerare le varie realtà geografiche e territoriali. Le novità sono i contratti d'esercizio (nuovi accordi tra medicine di gruppo e Regione) ed i PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali). Il processo di trasformazione in atto della medicina generale convenzionata italiana è un processo

essenzialmente organizzativo e si basa, quasi esclusivamente, sulla promozione di forme associative con il fine di garantire una maggior disponibilità oraria di apertura degli studi medici. L'obiettivo dichiarato è quello di andare incontro alle richieste sempre maggiori dell'utenza, diminuire l'accesso al Pronto Soccorso e diminuire i ricoveri ospedalieri. A detta dei sostenitori di questa trasformazione, essa dovrebbe portare ad una maggiore efficienza dell'intero sistema delle cure, ma vi sono molti dubbi al riguardo e questa formula presenta molte criticità. Efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità; sono concetti diversi. La medicina di gruppo non chiarisce alcune perplessità e criticità:

- L'aumento della disponibilità oraria porta ad un aumento della domanda incongrua.
- L'aumento della domanda porta ad un incremento incongruo della diagnostica e delle visite specialistiche.
- Continua la confusione tra urgenza ed emergenza con grave rischio per il paziente.
- Si passa dal medico personale al medico di turno con perdita del rapporto di fiducia.
- Si passa da medico libero professionista a dipendente (o simile) con perdita delle motivazioni professionali ed organizzative.
- Si passa da una professione di concorrenza ad un lavoro pianificato.
- Si passa dalla distribuzione capillare degli ambulatori a sedi uniche spesso scomode per la popolazione più debole.
- Il lavoro in forma associata non è una libera scelta del professionista o del cliente, ma viene indotto dal sistema politico-organizzativo.
- La scelta dei componenti delle forme associate non è fatta su affinità professionali, ma su ambiti numerici minimi.
- I dati che il paziente fornisce confidenzialmente al proprio medico vengono forniti ad un sistema.

In termini semplificativi si potrebbe dire che si rischia di passare dalla bottega al supermercato, dall'arte al protocollo, dalla necessità al consumo, da difensore del paziente ad impiegato aziendale. Nel centro sociosanitario di Brendola i risultati indicano che, a dispetto delle forti motivazioni degli operatori e di uno sforzo organizzativo intrapreso da alcuni anni per ottimizzare il lavoro grazie ai sistemi di qualità applicati, il clima generale è caratterizzato dal malessere, dalla sensazione di abbandono, dalla scarsa capacità di collaborazione e di condivisione delle attività e delle emozioni

con il sistema. Nonostante queste evidenze, il sentore comune del gruppo di lavoro è che la condivisione di progetti ed obiettivi sia la strategia vincente per aumentare l'integrazione del singolo e l'efficacia del sistema. In una situazione di gestione infermieristica mista (personale sanitario operante a domicilio dipendente ulss ed in centro dipendente dei medici) con la perdita dei classici rapporti con il distretto, con la messa in discussione dei punti di riferimento tradizionali all'interno della direzione, siamo rimasti nel limbo alla ricerca di referenti, siamo stati dimenticati e mai interpellati per una valutazione del percorso fatto. E pensare che siamo stati gli inventori dell'Utap (unità territoriale assistenza primaria) nel 2004, prima delle medicine di gruppo integrate. Una lettura ed elaborazione dei risultati in chiave propositiva, da parte di tutto il gruppo di lavoro e dei responsabili, avrebbe permesso di delineare le seguenti possibili soluzioni:

- maggiore organizzazione;
- maggiore chiarezza nei ruoli e negli obiettivi;
- maggiore comunicazione tra le varie "anime"

Rimanendo in questa logica si renderebbe necessario almeno formulare un progetto di tipo gestionale e professionale condiviso con indicatori precisi e valutazioni periodiche dell'efficacia del processo tramite rilevamenti delle non conformità rispetto agli obiettivi. Per l'esperienza fatta ricordo che lo stato del clima relazionale interno al gruppo di lavoro è elemento basilare. Infatti la presenza di un luogo di lavoro positivo, inteso come la percezione di un generale senso di benessere e di gratificazione, legato al modo con cui le persone vivono il loro rapporto con l'organizzazione di cui sono parte, costituisce una delle principali variabili che supportano la motivazione degli individui e, conseguentemente, la qualità del loro operato e dell'organizzazione nel suo complesso. La percezione di un clima positivo consente al lavoratore di esprimere alti livelli motivazionali e dare il meglio di sé nell'espletamento del suo ruolo e delle sue funzioni, collaborando attivamente allo sviluppo dell'organizzazione e alla contagiosità collaborativa negli utilizzatori. I rapporti attuali con la struttura Ulss in generale lasciano a desiderare ed il clima non è dei migliori. Mai nessuno si è preso il tempo di sentire la nostra opinione su queste modalità organizzative, anche se siamo stati tra i primi in assoluto a tentare questa strada. Una sperimentazione che comprendeva un tentativo innovativo e straordinario nel fondere insieme, nel provare a coniugare e integrare

nell'unità della persona il sanitario ed il sociale. Oggi la Regione Veneto ha scaricato definitivamente il sociale eliminando i direttori responsabili e riducendo l'impegno di spesa (tagli). Siamo stati i primi ad iniziare a lavorare in gruppo, ora siamo l'ultimo gruppo ad avere il nuovo contratto d'esercizio, la nuova modalità della Regione Veneto per normare le medicine di gruppo. Siamo ancora l'unico gruppo a gestire l'infermiere domiciliare, dipendente Ulss, a disposizione dei medici per il territorio brendolano. **Una anomalia unica**, che ha prodotto risultati eclatanti: doppie prestazioni rispetto agli standard distrettuali, rapidità di risposta e relazioni consolidate di stima ed efficienza con la popolazione. Non abbiamo cambiato niente per produrre tali risultati: solo il modo di lavorare tra i medici e personale. Non ho detto niente dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali). Nella vita di tutti i giorni le persone possono essere esposte al rischio di contrarre malattie ed in una società come quella contemporanea, l'assistenza sanitaria deve rispondere a bisogni specifici del contesto locale. Per gestire la domanda sanitaria e l'organizzazione delle terapie, negli ultimi tempi sono stati proposti ed introdotti i PDTA. Dai servizi forniti in ospedale ai servizi domiciliari, dalla diagnosi alla terapia, infatti, il paziente si ritrova a dover percorrere un iter di assistenza circondato da diversi professionisti. Il termine "percorso" nella sigla PDTA si riferisce proprio al percorso di cura del paziente, dal momento in cui diventa consapevole della malattia e della diagnosi fino alla terapia. Con gli altri termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale", si vuole fare riferimento alle diverse fasi di gestione del paziente, che deve essere assistito con costanza e continuità da figure professionali sanitarie; esse a loro volta devono interagire tra loro per conoscere le caratteristiche dei pazienti. Ogni professionista sanitario possiede delle competenze specifiche e un proprio ruolo: entrambi gli aspetti garantiscono l'appropriatezza della prestazione rispetto al caso clinico. I risultati ottenuti devono essere sottoposti a valutazione per dimostrare la verifica di un potenziale miglioramento. Con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 530 del 15 aprile 2014, l'obiettivo diventa quello di migliorare la gestione e l'organizzazione nella Regione per garantire un'integrazione sempre più forte tra servizi sanitari e servizi sociali. In ogni fase del percorso, infatti, devono essere chiari gli strumenti, le modalità in cui viene eseguita l'attività e il ruolo dello specialista responsabile. Questo metodo dovrebbe garantire che le risorse siano sufficientemente disponibili e ben utilizzate. Il PDTA prosegue in modo

sequenziale da ospedale a territorio, o da medico di medicina generale a specialista. Queste le buone intenzioni, ma meglio non prendere in considerazione la proposta regionale, che altro non è che un protocollo per avere anticipatamente conoscenza dei costi e delle prestazioni. Con due PDTA applicati a tutta la Regione siamo in grado di esaurire le risorse economiche di tutta la sanità. Percorsi del genere, come qualcuno pensa di organizzare, si possono applicare a pochi soggetti a danno della gran parte degli altri pazienti perché l'organizzazione del lavoro prevista è ancora quella taylorista e fondata sul numero di prestazioni e su protocolli da dimenticare. I PDTA garantiscono il percorso, gli operatori e lo stipendio non i risultati. Ritengo che il mio obiettivo di medico sia la guarigione non seguire un protocollo. Voglio essere pagato per i risultati che riesco a produrre e non per aver seguito un percorso corretto indipendentemente dal risultato. Ipoteticamente fossi la Madonna di Monte Berico e riuscissi a guarire tutti non sarei pagato perché ho dimenticato di seguire il protocollo. Questa modalità di cura è la morte dell'arte medica, la cancellazione della libertà e responsabilità medica, l'algoritmo di cura del computer, la certificazione che la medicina della persona è una fantasia, la garanzia che indipendentemente dal risultato non sono perseguibile penalmente. Ho fatto quello che dovevo seguendo il percorso e se il paziente muore: pace all'anima sua. Mi rifiuto di essere pagato perché ho barrato una casella in un programma informatico fornitomi dall'azienda, che impone linee guida come vangelo unico e senza variazioni. Le persone sono diverse ed imporre a tutti lo stesso trattamento senza valutare il risultato è un grosso errore che comporta costi insostenibili per la sanità. E la stessa situazione dei PS che per una banale cefalea seguono il protocollo di Rm encefalo, esami ematochimici, consulenza neurologica ed eventualmente ortopedica, invio al medico curante. E' un modo folle di fare sanità. Ma il sindacato dei medici di famiglia esiste?

Una piccola divagazione mi sia concessa a riguardo dei sindacati medici. Sicuramente hanno dimenticato l'art.4 del Codice Deontologico Medico che recita: *l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità: Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare ad interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.* Ma è praticabile questo in Italia? Il contratto nazionale e la contrattazione regionale prevedono tutta una serie di limitazioni e vincoli burocratici. Il

sindacato ha smesso di sentire la base ed i propri iscritti. I vari rappresentanti sindacali ti suggeriscono di aspettare e di non parlare perché stanno trattando in privata sede alcune concessioni, che nemmeno riesci ad immaginare. Ogni giorno arrivano comunicazioni e disposizioni da parte dell'Ulss da eseguire senza nessuna precedente contrattazione. Il medico convenzionato viene trattato alla stregua di un dipendente pur non essendo giuridicamente tale. Un tempo il sindacato trattava ogni variazione e disposizione amministrativa non prevista dal contratto. Ora sembra più un collaborazionista della controparte che un difensore della categoria. Si siedono ai vari tavoli più per difendere le posizioni dei sindacalisti che dei propri iscritti. Troppe novità e cambiamenti sono passati sotto il silenzio dei nostri rappresentanti. In questo contesto emerge chiaramente che il sindacato ha perso completamente la sua funzione. Il sindacato è diventato uno dei pilastri dell'invarianza di questo sistema, dedito a difendere i residui di iscritti con incarichi e benefici particolari, realizzando il livellamento delle prestazioni e dei comportamenti, accettando limitazioni eclatanti ed odiose, insopportabili ed indecenti come i piani terapeutici e il rilascio dello specialista delle esenzioni ticket per patologia, previa visita specialistica. Aver accettato in silenzio e senza batter ciglia simili imposizioni non si giustifica che con l'ipotesi lo stesso sindacato sia un reale strumento lobbistico a vantaggio di alcuni personaggi e non della massa degli iscritti. I sindacati hanno venduto i medici di medicina generale come incompetenti, incapaci e irresponsabili, bisognosi di tutela. Ci hanno venduto per qualche incentivo come le prestazioni di particolare impegno professionale (da ridere) o la compilazione di una scheda. La conseguenza adesso è: "caro medico ti sei giocato la credibilità". Se per qualche € hai rinunciato a certe prescrizioni significa che non sei più in grado di usare alcuni farmaci e non sei più capace di curare in scienza e coscienza. Infatti più di qualche persona ti chiede perché non puoi prescrivere alcuni medicinali. Allora viene spontaneo dire: "Guadagnati la fiducia dei tuoi pazienti se ancora sei capace di farlo dopo queste limitazioni". I sindacati si sono venduti i nostri gioielli di famiglia (libertà ed autonomia) per una manciata di spiccioli. Adesso stanno portando a casa anche il fascicolo elettronico regionale, che la politica chiede per entrare nel privato di ogni persona, in cambio non si capisce di quale vantaggio per la categoria e per gli assistiti. Il silenzio sindacale ha giustificato l'ingerenza della politica nella cura, ha permesso che i vari amministratori diventassero i titolari della salute ed in grado di decidere

come i medici debbano curare ed operare. Seguendo un capitolato di spesa programmata che privilegia le lobby più potenti e non i bisogni, i medici sono rimasti al palo. Però la politica continua a dichiarare che la figura portante è il medico di base (solo dichiarazioni), ma in pratica lo sta distruggendo. Qualcuno spera un giorno, ormai vicino, di sostituirlo con il computer o qualche software, o meglio con qualche app. La famosa tessera sanitaria con chip elettronico incorporato poteva contenere tutti i dati sensibili di una persona ed essere esibita a qualsiasi professionista rimanendo nelle mani del padrone, cliente o paziente che dir si voglia. Sarebbe stata una soluzione troppo semplice e troppo personale; meglio adottare il fascicolo elettronico regionale che permette di controllare anche il fondo dei pantaloni del malato, di entrare anche nella sfera domestica della persona. L'occhio informatico controlla. Non ho mai sentito il sindacato lamentarsi o bloccare una comunicazione verso il medico di base. L'anno scorso i medici dell'Ulss 13 Veneto hanno ricevuto 199 comunicazioni dagli uffici amministrativi. Tali comunicazioni di provenienza prevalentemente distrettuale riguardavano gli argomenti più disparati e decisi da qualche titolare noto, non sempre autorizzato, se qualcuno avesse controllato. In ogni caso un piccolo stralcio dell'elenco: pulizia liste pazienti, nuove disposizioni su materiali assorbenti, procedure per il trasporto in ambulanza, elenchi di farmaci in DPC, corsi di formazione, disposizioni regionali, inviti agli screening, ed altro che definire accanimento comunicativo è essere generosi. Nomenclature, note, codici ti rovinano la vita non solo la professione. Pur essendo amante del computer e dell'informatica non riesco più a sopportare lo schermo; qualcuno mi ha detto "sei diventato vecchio", ma sinceramente penso di essere diventato libero di dire che questo sistema è insostenibile e che reggerà solo per quelli che sono nati schiavi. Crescono sempre più gli amministrativi, calano gli operatori sanitari e non si capisce dove sta il sindacato. Sopravvivono solo i mediocri, quelli allenati a dire sempre sì, quelli che accettano che le decisioni siano guidate dai protocolli prodotti da processi decisionali accentrati che passano sulla testa di una marea di omogeneizzati operatori periferici, a cui non viene concesso di parlare. Il rispetto per il talento, il merito, la formazione umanistica, la capacità di reazione sono concetti dimenticati e poi qualcuno si lamenta se la medicina di base si è appiattita, omologata e burocratizzata. La medicina, nonostante gli indirizzi di regolamentazione, è un'arte e come ogni artista che si rispetti possiede qualità uniche. Poi ti obbligano alla formazione che nel 90% dei casi si riduce ad insegnarti

percorsi di cura standard, fissi, risparmiati dimenticando che la formazione è un'alchimia tra talento e conoscenze, tra merito e capacità, tra passione ed applicazione. Ogni atto medico ha una responsabilità che non si può scaricare in una classe, ogni atto è merito o demerito. Questa mancanza di riconoscimento di responsabilità è causa di sudditanza ad altri ed ad altre specialità che si sentono investite di un sapere superiore. Sono quindi autorizzate ad insegnare e giudicare il nostro operato dimenticando che il merito non è frutto della posizione in carriera, per cui un ospedaliero sa di più di un medico di base. I medici di base non hanno carriera e restano tali tutta la vita, senza mai certezza del ruolo essendo sospesi in una situazione giuridica: liberi professionisti subordinati. Ci hanno tolto la libertà imprenditoriale ed organizzativa, senza mai definire quello che non possiamo fare e lasciando tutto il resto libero. L'ACN sottoscritto dalle sigle sindacali prevede la produzione di linee guida, pdta e conferenze di consenso in ambito distrettuale. Il medico deve *contribuire alla diffusione e applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi delle evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance: fine dell'arte*. Meglio non essere più iscritto a tali sindacati. Mi sono fatto altri nemici, ma non riesco a stare zitto e spero vadano tutti a casa dopo tanti e tanti anni di occupazione di poltrone. I vertici sindacali della nostra area geografica sono immutabili come i politici e non si ricordano più che esiste una base da consultare prima di prendere decisioni vitali per la professione. Mai una proposta impegnativa e strutturata, mai incontri per proporre innovazione, mai revisioni dello stato professionale, mai iniziative formative idonee alla medicina di famiglia che siano partite dai nostri sindacati. Certo, se non sei propositivo, devi adattarti alle altrui proposte. Meglio non ricordare episodi incresciosi come il processo di informatizzazione degli studi medici, che favorì alcune società informatiche in maniera sfacciata e speculativa. Fu in quell'occasione che decisi di uscire dal sindacato.

## 9.URGENZA DI CAMBIARE

“La gentilezza delle parole crea fiducia. La gentilezza di pensieri crea profondità. La gentilezza nel donare crea amore.” (*Lao Tse*)



La memoria ti salva. La memoria fa dell'uomo un soggetto storico, gli conferisce personalità e, soprattutto, la base per la costruzione del futuro. *Aristotele: "Giungo allora ai campi ed ai vasti quartieri della memoria, dove riposano i tesori delle innumerevoli immagini di ogni sorta di cose introdotte dalle percezioni; dove sono depositati tutti i prodotti del nostro pensiero ottenuto amplificando o riducendo o comunque alterando le percezioni dei sensi, e tutto ciò che vi fu messo al riparo e in disparte. Quando sono là dentro evoco tutte le immagini che voglio."* In ogni caso a tutte le età la memoria rappresenta il fondamento della vita stessa. Infatti all'origine dell'interesse per la memoria si trova il timore dell'amnesia, cioè la paura di dimenticare e di essere dimenticati. La memoria è una funzione cognitiva complessa, inseparabile dalle altre capacità cognitive e dall'affettività; è un meccanismo adattivo e indispensabile alla sopravvivenza del singolo e della collettività. Non solo l'organismo in toto ha una sua memoria, ma anche i suoi costituenti, come il sistema immunitario. Apprendimento e memoria sono strettamente correlati a tal punto che spesso è difficile valutare se le alterazioni fisiologiche o patologiche interessano l'uno o l'altro. Memoria immediata (flash), memoria a breve termine (pochi secondi), memoria a lungo termine, memoria procedurale a basso livello di coscienza (abilità ripetitive), memoria dichiarativa ad alto livello di coscienza (semantica episodica): tanti aspetti della stessa funzione vitale. Ogni giorno percepiamo l'angoscia di tanti anziani che ti comunicano sottovoce la paura della perdita, la paura di non aver più una storia, una identità, l'angoscia di non riconoscersi e di riconoscere. Purtroppo abbiamo perso la memoria di quello che eravamo e quindi non sappiamo più chi siamo e dove siamo diretti. Ho ancora ricordo del tempo in cui non esisteva un SSN e si doveva fare i conti con il medico condotto e l'ufficiale sanitario, quando bisognava alzarsi la notte magari più volte, quando la gente pagava la prestazione medica, quando si faceva uso moderato della medicina, quando andare in ospedale era una disgrazia, quando il pronto soccorso si usava solo per gravi traumi o situazioni estremamente critiche, quando a turno si copriva l'attività di pronto soccorso, quando gli esami di laboratorio erano conteggiabili con le mani, quando in studio si preparavano i vetrini, quando in ambulatorio aspettavi che qualcuno si presentasse, quando lo stipendio del medico era faraonico, quando la gente ti ringraziava con salami e galline, quando era diffuso un spirito caritatevole e compassionevole, quando le malattie si diagnosticavano con la semeiotica e la clinica, quando si annotava

nel quadernetto le informazioni significative, quando in qualsiasi momento trovavi uno specialista o una consulenza, quando si visitavano tutti, donne incinte e bambini compresi, quando non esistevano montagne di carte e moduli, quando il farmacista non si permetteva di interferire. Potrei continuare a ricordare per pagine e pagine, ma il senso di questi ricordi non è la narrazione di una storia. Il significato è quello di poter fare dei confronti e delle riflessioni per guidare il momento attuale ed il futuro. Nessuno ha nostalgia di un passato certamente felice perché rielaborato e legato alla gioventù, ma altrettanto denso di fatiche e difficoltà come ogni tempo dell'esistenza. Nessun rimpianto del tempo trascorso, ma la ferma convinzione che rivedendo la storia si possono capire i progressi e gli errori commessi, oltre che ridimensionare le paure e le ansie del domani. In tutti questi anni abbiamo senza ombra di dubbio compiuto passi da gigante nel miglioramento e nel benessere, ma abbiamo perso la memoria personale e la memoria collettiva. Abbiamo vissuto come se il passato non esistesse ed il paese dovesse necessariamente continuare a migliorare per opera divina o della scienza. Abbiamo tutti pensato al nostro piccolo orticello da allargare e sfruttare, raccogliendo il più possibile senza mai chiederci chi seminava e coltivava con fatica, senza mai pensare che gli investimenti dovevano essere oculati ed attenti, dimenticando elementi essenziali come la giusta competizione e il merito. Il SSN garantiva a tutti l'assistenza, garantiva a tutti i medici un discreto guadagno indipendentemente dalle capacità e qualità, garantiva la possibilità di fare la cresta a tante spese (Poggiolini docet), lasciava spazio ad interessi particolari, permetteva la nascita di mille centri specialistici ed ambulatori: il tutto alla modica spesa di una piccola rinuncia di libertà professionale, di un'accettazione di qualche modulo in più da compilare, di spostare l'attenzione dalla persona alla struttura, di togliere potere ai migliori, di non discutere del futuro sanitario lasciato alle lobby di partito, di accettare che i partiti potessero mettere le mani sull'immenso tesoro finanziario della sanità. La spesa sanitaria costituisce uno dei capitoli più importanti dello stato e delle regioni e quindi uno degli scomparti più interessanti per operazioni di dubbia trasparenza e di possibili interferenze. Abbiamo compiuto piccoli arretramenti nella mission. Abbiamo lasciato perdere come non determinanti continue riforme della legge che confondevano sempre più ruoli e funzioni, favorivano deleghe e una riduzione delle responsabilità individuali, scaricate su organismi sempre più complicati e più numerosi. Ormai non esiste problema che non preveda uno

sportello, un primariato, una segretaria, un numero di telefono indispensabili per una richiesta che non verrà mai evasa per incompletezza o per tempi di attesa infiniti. Come si dice il nemico si può prendere anche per fame e stanchezza: così sono i percorsi di certe consulenze per cui è meglio prenotare due anni prima. Le persone, i gruppi, le organizzazioni, i paesi cambiano e lentamente si trasformano in realtà nuove e diverse anche senza la consapevolezza e la scelta programmata. Gli intellettuali un tempo costituivano un nucleo di penetrazione e di avanguardia nel leggere il futuro. Questa capacità sembra essere stata smarrita da chi sapeva ricoprire tale ruolo di precursore e sostituita dall'ondeggiare quotidiano dei mercati, degli interessi particolari, delle posizioni di potere. Ma il cambiamento avviene ugualmente nella pratica quotidiana, non sempre con serenità e tranquillità, e con un accumulo sotterraneo di rabbia e rancore, che a volte preoccupa coloro che riescono a percepire questo stato d'animo di tante persone. E' una sofferenza continua stare a fianco a quanti sono sul punto di esplodere e scaricare la loro carica negativa sull'intera comunità. E' evidente la differente percezione dello stato attuale tra coloro che hanno responsabilità di classe dirigente, di conduzione di pubblici uffici ed incarichi rispetto ai pochi personaggi attenti ai loro compagni di viaggio in questo momento storico. La logica di settore, la difesa dello status quo anche con qualche piccolo ritocco organizzativo e qualche variazione sul tema, sono destinati a fallire in breve tempo perché la famosa massa critica del 25% ormai esiste veramente e potrà in qualsiasi momento riservare sorprese imprevedibili e dirompenti facendo saltare l'equilibrio attuale. La stabilità è un bene per quanti sono in condizioni accettabili e sopportabili, ma non interessa a quanti sono nel disagio, nel bisogno e nella continua affannosa ricerca di un minimo decoro ed una decente sopravvivenza. La passività dura il tempo di un banale innesco accidentale di un episodio emblematico che travolgerà come una valanga quanti non hanno percepito per tempo il pericolo. La frustrazione, l'invecchiamento, l'insoddisfazione, l'apatia, la paura, la passività, l'appiattimento economico dell'attuale classe medica, la miopia e l'indifferenza del sindacato, la crescita burocratica esponenziale, la perdita di sogni e speranze dei giovani, la gestione amministrativa invadente e preoccupata esclusivamente delle proprie posizioni, faranno implodere e collassare il sistema sanitario. La mancanza di coscienza e presa in carico di tali fenomeni porterà a sconvolgimenti, ora impensabili, con una regressione per tutti in primis le persone con i loro bisogni e necessità. Un accordo

collettivo nazionale per i medici, attualmente di oltre 250 pagine, non potrà contenere le fughe, le diversità, le disuguaglianze del sistema sanità. Dovremo assistere a sconvolgimenti traumatici che non risparmieranno neanche gli attuali privilegiati e tutelati. Non è una crisi il momento attuale, ma un cambio epocale che arriverà senza lasciare pause e tregua. Non siamo ancora abbastanza preparati per parlare di salute e benessere globale della persona per cui limitiamoci a pensare alla sanità come settore della salute e tentare di capire alcuni fenomeni che stanno rivoluzionando la situazione, in Italia, così come negli altri Paesi industrializzati. L'organizzazione sanitaria sembra non tenere in sufficiente considerazione l'evoluzione della demografia e dell'epidemiologia. L'invecchiamento della popolazione e le malattie croniche richiedono una riconfigurazione del sistema di erogazione delle cure ancora orientato al trattamento in acuto e non sufficientemente attrezzato per affrontare le condizioni cliniche multi patologiche. I dati epidemiologici mettono in discussione il modello indirizzato ad una singola malattia che viene adottato dalla maggior parte dei sistemi sanitari, così come mettono profondamente in discussione la moltiplicazione delle specialità mediche e la formazione universitaria "disease oriented" anziché "patient oriented" dei futuri dottori. La specializzazione e la ricerca sono aspetti importanti per lo sviluppo e meritano tutta l'attenzione, gli investimenti possibili, ma non possono pesare in maniera massiccia nell'operatività standard ed entrare come elemento fondante e di primo livello nell'approccio ai problemi. C'è un mondo del sapere ed un mondo del fare che devono interagire, ma i ruoli e le funzioni sono diversi pur essendo entrambi un valore ed un aspetto importante del sistema. Vogliamo considerare i due mondi di pari dignità e con prassi diverse e quindi con ruoli precisi ed integrativi. Vogliamo chiarire che l'ordine di approccio si differenzia e di conseguenza lo spazio di competenza è diverso. Vogliamo affermare che la pari dignità comporta la necessità di un trattamento valoriale adeguato alle caratteristiche intrinseche ai due ordini di sistemi senza privilegi a priori, ma legati al bisogno. Le scale di giudizio valoriale servono proprio a mettere ordine e definire gli ambiti di competenza nel rispetto della diversità, che non necessariamente è migliore o peggiore. L'orientamento alla persona è una acquisizione nuova o una riscoperta del valore umano che il mondo economico ha trascurato pensando al primato dei soldi e degli interessi. La persona ha assunto una dimensione diversa dalla macchina e la similitudine uomo macchina ha perso il fascino del

passato. Ogni tempo ha i suoi paragoni; oggi siamo passati al confronto con il computer, ma ancora non ci siamo perché l'uomo è qualcosa di diverso, di più complesso ed indecifrabile. L'idea di persona è un concetto globale ed olistico, misterioso ed indefinibile. In ogni caso il prossimo futuro già comincia a delinearci presagendo scenari in cui l'attuale modo di gestire la domanda di salute sarà completamente stravolto. Secondo Bain&Company (Società di consulenza [www.bain.it](http://www.bain.it)), dati gli elevati livelli di debito pubblico con cui sono alle prese i paesi occidentali, non sarà più possibile finanziare nel modo cui si è fatto finora le strutture e il sistema attuale di erogazione dei servizi sanitari, mentre la domanda di servizi sanitari continuerà a crescere. Vi è dunque necessità ed urgenza di ridurre i costi della sanità e dell'aumento dei bisogni. Si andrà verso la gestione integrata dell'assistenza sanitaria, una maggiore trasparenza e una maggiore competitività. Un mondo di sogno o una probabilità? Più semplicemente sarà una necessità per il futuro e la sopravvivenza di una società, che non ha saputo ricordare e tenere a mente il dopo di noi, che non ha saputo conservare il limite del tempo e delle generazioni, che ha smarrito il senso della vita e della morte. Sarà una necessità per rimediare ai tanti sprechi ed al cattivo uso delle risorse di questi anni, per salvare il minimo essenziale per tutti onde evitare guerre e lotte infinite. La storia avrebbe dovuto insegnarci che gli eccessi si pagano per tanto tempo ed a caro prezzo. La mia formazione umanistica non è più un requisito per la nuova medicina (ora già vecchia), che qualifica come prioritaria la scienza nel senso stretto del termine, che è orientata e guidata dalla macchina più o meno tecnologica, che considera ancora il malato come un pezzo difettoso o rotto con conseguenti costi e manutenzione. La malattia ancora pensata come incidente e non come parte di una persona che, anche se malata, è una risorsa, un contributo al vivere della comunità. Inoltre continua a imperversare, nonostante la presenza di malattie croniche, di durata pluridecennale, di pluripatologie a lenta degenerazione, l'idea di malattia solo come fatto acuto, di breve periodo, di bisogno immediato. L'accesso al pronto soccorso è la logica conseguenza di questa idea, oltre che una scappatoia per una fornitura rapida ed immediata di prestazioni e servizi. Tutto è acuto e temporaneo, quindi tutta la medicina deve essere pronta e rapida, erogata subito e completa. Ma la realtà è cambiata dal tempo in cui esisteva la necessità di interventi rapidi perché la persona arrivava ad approcciare il sistema sanità solo nei casi disperati o nei momenti di fine vita. Oggi sono la cronicità e la pluripatologia ad occupare

veramente la sanità. Ai giovani della sanità, oggi nella sanità senza prospettiva e futuro, serve conoscere come sono andate le cose, conoscere a fondo i problemi con i quali hanno a che fare, sapere perché si impongono certe soluzioni e non altre, conoscere le contro-prospettive. La memoria storica, serve prima di ogni altra cosa a non fare errori, e più precisamente a non ripetere gli errori che sino ad ora sono stati fatti, cioè a imboccare la strada giusta del cambiamento. Se la sanità pubblica è inadeguata non si può difenderla con l'apologia chiedendo semplicemente di rifinanziarla. Ricordate che il grado di sostenibilità reale del sistema pubblico con una spesa sanitaria di natura incrementale dipende dalla capacità di costruire nuovi equilibri tra utilità e costi, tra salute e malattia. In poche parole la sostenibilità sarà resa possibile dalla capacità di trasformare un limite in una possibilità, cioè dalla capacità riformatrice. Quindi sappiate che sia la sanità pubblica che la medicina ippocratica nello stato attuale non sono difendibili. Se i giovani della sanità vogliono fare al meglio il loro mestiere, qualunque esso sia, essi sono costretti a riformare e a cambiare le cose, perché se le cose non cambiano le loro professioni, il loro futuro lavorativo, i loro stipendi, i loro ideali di vita ne soffriranno e non poco. Ridimensionare la sanità pubblica non aiuta lo sviluppo del paese al contrario lo fa regredire e non risolverà il problema della quantità di risorse e quindi il problema della sostenibilità e neanche gli annosi problemi degli operatori. La privatizzazione della sanità non riduce la spesa per la salute, ma l'aumenta cambiando solo chi paga il conto e scontando un certo grado di abbandono di alcune fasce sociali. Il bilancio finanziario dello Stato pagherà di meno, ma il suo bilancio sociale pagherà di più perché dovrà mettere in conto i costi correlabili alla crescita delle ingiustizie e delle diseguaglianze e tutti quei costi che in gergo si definiscono "*indiretti*" rispetto alla malattia e che riguarderanno la produttività di un paese, la sua qualità sociale, la sua efficienza. Un esempio tra tanti: noi a Brendola abbiamo un punto prelievi che realizza circa 5 mila prelievi all'anno. Quando mi sono permesso di dire che era veramente un bel servizio per la comunità che evitava viaggi inutili con riduzione dell'inquinamento, perdita di tempo e denaro, con un risparmio grossolano di 50 mila € mi sono sentito rispondere che questo è bilancio sociale e non sanitario. Sono rimasto ammutolito. Ma prendiamo la "*questione medica*". Davvero qualcuno pensa di risolverla senza ripensare la medicina e il medico? O il sindacato, che non si sa più dove sta, crede davvero che con qualche "*mancetta*" preelettorale, come l'adeguamento dei salari ai

dipendenti del pubblico impiego, di poter risolvere la questione della perdita di valore del lavoro e della dequalificazione delle professioni? Ma i sindacati della sanità si rendono conto di aver perso la base, di viaggiare su strade sconosciute ai lavoratori, di continuare a difendere il sindacato e non gli iscritti? Si crede davvero possibile poter continuare ad adeguare i salari senza mai riformare le prassi professionali, cioè il lavoro? E coloro che si battono in nome dell'appropriatezza per qualificare gli atti medici credono davvero che abbia senso essere appropriati disponendo di una medicina culturalmente inadeguata? Il sindacato crede davvero che sia ancora possibile rinnovare una convenzione senza ripensare la funzione della medicina di base, cioè senza riformare la figura cardine (così dicono tutti, ma qualcuno ci crede?) del sistema, vale a dire il medico di famiglia? E la specialistica che sopravvive silenziosa nei propri ambulatori, pagata a ore come le donne delle pulizie, cosa aspetta a ridefinirsi nel ruolo, nella funzione e nelle proprie possibilità? E l'ospedale? Il sindacato Anaao è proprio sicuro che non serva una riforma dell'ospedale, che da tempo immemore continua ad essere definito con criteri del tutto obsoleti? Allora proviamo a vedere il possibile sistema sanitario fuori dagli schemi consueti partendo da quelli che sono i pilastri portanti Medico, Specialista, Ospedale, Cittadino. Si continua a cambiare, modificare i volumi, i contenitori senza mai cambiare il contenuto: i pilastri a cui accennavo. Non si tocca la formazione universitaria da anni ed anni, non si tocca mai l'utente, non si cambia il modo di essere degli attori; si ripetono ogni anno operazioni che non danno risultati che marginali, come l'esperienza dei costi standard, l'unificazione dell'ULSS che allontanano dalle comunità le risposte e favoriscono la centralizzazione burocratica senza cambiare niente, se non le etichette dei vari uffici. La componente amministrativa copre ormai quasi il 50% del servizio sanitario e si continuano ad assumere segretarie e contabili con il compito di complicare la vita ai pochi medici ed infermieri. Ho visto i recenti contratti d'esercizio che prevedono 1 segretario ogni 2400 utenti ed un infermiere ogni 3.600 abitanti, ma chi produce salute, la carta o il lavoro sanitario? Forse la necessità di controllo richiede un esercito di impiegati per i pochi lavoratori rimasti? Basta con la persecuzione dei medici di medicina generale perché accusati di prescrivere troppo, basta con i tagli lineari, basta con nuovi ticket per chiudere buchi incolmabili, basta con le polemiche: si inizi a riflettere e pensare in maniera alternativa. Morrison e Smith, in un editoriale del *British Medical Journal* del 2000, definirono la difficile

situazione della medicina di famiglia: *“hamster health care”*, l’assistenza sanitaria del criceto. “In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all’interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. Ma sistemi, che dipendono da persone che devono correre sempre più velocemente, non sono sostenibili. La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del *burnout* tra i medici”. Per praticare cure primarie effettivamente centrate sul paziente è necessario modificare radicalmente il tradizionale assetto organizzativo basato – come sostiene T. Bodenheimer – sulla “tirannia” dei 10-15 minuti a visita (*“The 15-minuts visit is not possible to do chronic, preventive, acute care, plus building relationship with patients, plus care coordination, all the things we have to do. We have to change that”*). Un medico può visitare pochi pazienti al giorno, come dovrebbe, solo se fa parte di un team multidisciplinare, dove ruoli e compiti sono ripartiti tra diversi professionisti. La continua frammentazione delle specialità mediche sta portando alla follia con superspecializzazioni e nicchie sempre più piccole di competenze, con richieste esagerate di prestazioni integrative da parte di altri professionisti, con aumento di indagini diagnostiche per la mancanza di conoscenza del malato. Allora si registra la classica risposta al paziente: “io ti faccio l’intervento se mi porti ....”elenco lunghissimo”. La banale richiesta comporta l’inizio di un percorso tortuoso ed infinito per procacciarsi il necessario. Nello stesso tempo il superspecialista tenta in tutti i modi di diventare visibile ed importante, magari con l’appoggio del politico di turno, tentando di ampliare il raggio d’azione, incorporando strumenti e finanziamenti tolti ad attività di base molto più produttivi ai fini generali. Ecco quindi l’espansione del centro antidiabetico, del centro donna, del centro per le malattie geriatriche, del centro per il parkinson, del centro del centro con la distorsione più totale dell’unità della persona e di quanti credono nell’unità delle cure. L’unità delle cure e delle tutele è stata frantumata, divisa, parcellizzata tra unità operative, tra ospedale e territorio, tra primariati, tra operatori, tra medici di base e specialisti vari, tra miriadi di istituti collaterali e concorrenti, tra medicina ufficiale e medicine alternative. Questa è la complessità dei problemi odierni, ma anche il risultato di divisioni e divisioni operate dal sistema sanitario. Spesso vengo interpellato con la classica domanda: “dottore mi consigli un chirurgo” e ad

ogni tentativo di risposta mi viene fatto l'appunto del tipo: < ma è sicuro perché ho sentito che quello lì fa solo ernie inguinali, il mio caso è diverso perché la mia è un'ernia ombelicale >. Non sono battute da barzelletta, ma pane quotidiano. Allora datemi un referente che non possiedo più, perché la parcellizzazione nasce ogni giorno e non riesco ad essere aggiornato. Datemi un minimo di collegamento telematico, mettete in rete i servizi, unificate nella funzionalità le unità operative chirurgiche, permettetemi di sapere dove andrà a finire il mio paziente, aiutatemi a fornire elementi di conoscenza a chi dovrà mettere le mani senza farmi ripetere infiniti esami e richieste ripetitive di consulenze. Unità di cure significa accompagnare il mio paziente lungo il percorso di soluzione del suo problema senza essere tagliato fuori e considerato incompetente, ma un compagno di viaggio dei colleghi e dell'ammalato. Questa richiesta, se assecondata, produrrà risultati certi e soddisfacenti, sia economicamente parlando che come risultato di salute. Eviterò di viaggiare continuamente su internet per capire e poi trovare messaggi del tipo: *“come responsabile della Chirurgia dell'Arto Inferiore ha sviluppato la Chirurgia Conservativa e Protesica del giovane adulto con particolare interesse per l'artroscopia dell'anca, le protesi di rivestimento della coxo-femorale, le protesi mono-compartmentali del ginocchio e la chirurgia navigata con l'utilizzo della navigazione intra-operatoria e la chirurgia PMT (patient matched technology) con RMN o TC pre-operatoria per la customizzazione degli impianti”*. Non so se lo specialista che conosco è in grado di fare quello che viene sbandierato in internet. E adesso invio tutti a quell'indirizzo? E tutta questa difficoltà si presenta ad una persona del mestiere, provate ad immaginare cosa può pensare il povero paziente. Unità, Rete, interconnessione, riduzione delle divisioni è una riforma fondamentale del SSN.



## 10. SOGNI ED IPOTESI

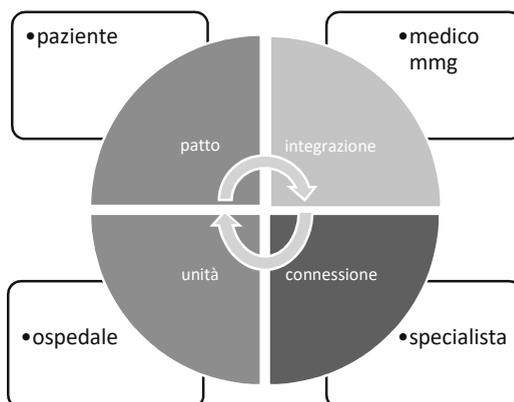
“La gente spesso dice che questa o quella persona non ha ancora trovato se stessa. Ma 'se stessi' non è qualcosa che si trova, è qualcosa che uno si crea.”  
*(Thomas Stephen Szasz)*



In questi tempi in cui la prima cosa è chiedere il curriculum vitae mi sento in grave difficoltà leggendo pagine e pagine di tanti colleghi e dirigenti. E' chiaro che il pensiero è una capacità di tutti gli uomini ed il mio è quello di un vecchio medico di famiglia, senza elenchi lunghissimi di corsi, titoli e pubblicazioni in *management, governace, marketing, finance* ed mille altri termini, quasi tutti in inglese. Quindi nessuna pretesa di avere soluzioni certe e risposte sicure, ma solo un tentativo di leggere la situazione e avanzare qualche proposta. Ho preferito questa introduzione per evitare insulti e consigli di stare al mio posto in silenzio. E' quindi un pensiero da uomo della strada, come tanti altri concittadini.

Il valore dell'integrazione, della multidisciplinarietà, della interdisciplinarietà, in generale dell'inter-connesione consiste nel ricostruire laddove è possibile il *tutt'uno*, cioè *l'unità della necessità*. La necessità di un malato non è la somma di tanti bisogni, ma è *un'unica necessità* che semmai si articola in tanti atti. Bisogna incominciare ad essere ragionevoli, pratici e concreti. Essere ragionevoli vuol dire non solo avere delle conoscenze, delle capacità, ma anche delle sensibilità, quindi non solo avere delle competenze, ma anche delle "bravure", che sono quelle che accennavo quando parlavo di essere medico. Il "ragionevole" è una forma di intelligenza, di pensiero, un atteggiamento pragmatico, un modo di conoscere, un atteggiamento mentale. Per un clinico, essere "ragionevole" significa non essere dogmatici, quindi stare dentro la complessità guidati dalle evidenze scientifiche, ma pensate con un pensiero flessibile che viene dalla prassi, dalla medicina della scelta e non solo dell'evidenza, dalla razionalità insieme alla necessità del malato e non solo della malattia.

Qui sono visibili gli attori del sistema sanitario. E' certo che le strutture sanitarie pubbliche (aziende ULS, Aziende ospedaliere, dipartimenti o unità organizzative, ecc.) sono insiemi molto complessi da governare soprattutto per i compiti particolarmente impegnativi che ne derivano dal fatto di non avere come ultimo fine il profitto, ma la salute delle persone.



Nel Veneto abbiamo circa 23 mila infermieri, 8700 medici, e non so quanti operatori; gestire un complesso di persone e strutture di tali dimensioni è chiaro che non può avvenire come in un nucleo familiare od in una piccola azienda. Il progresso è il frutto della conoscenza individuale e collettiva. In questa situazione bisogna utilizzare tutto il nostro scibile mettendoci insieme per costruire un progresso reale. Tutte le strutture produttive complesse devono poter contare su una organizzazione efficiente e nel contempo in grado di assicurare una buona efficacia, rispondendo alla necessità di prestazioni ed utilizzando razionalmente le risorse assegnate. Inoltre nelle organizzazioni che si occupano di sanità pubblica sono molte le complessità aggiunte, essendo tali organizzazioni di solito di grandi dimensioni, molto eterogenee, con norme e regolamenti amministrativi fortemente vincolanti, con inerzie decennali che rallentano qualsiasi processo di cambiamento. Montagne di carta con disposizioni, con regolamenti, con descrizioni di procedure, con limitazioni giuridiche e sindacali, con vincoli economici che fanno desistere qualsiasi ben intenzionato a mettere mano alla struttura. Nessuno mette in discussione l'importanza fondamentale dell'organizzazione, ma questo aspetto non può bastare. Ecco che spesso la mission principale di una azienda di questo tipo (produrre risultati tangibili di salute) viene messa in secondo piano per concentrarsi (come risultato autoreferenziale) sulla conformità alle regole e alle procedure, indipendentemente dal risultato sul cliente. Ed ancora c'è il rischio di concentrare l'attenzione sull'efficienza interna dei processi dimenticando, l'efficienza esterna, cioè se quanto fatto è realmente in grado di soddisfare un bisogno. Ed ancora si può aggiungere che le aziende socio sanitarie fanno parte di un sistema molto ampio, cioè quello regionale e nazionale. All'interno delle ASL si articolano vari dipartimenti nei quali ci sono le unità operative composte molto spesso da gruppi di lavoro. All'interno di questi gruppi operano i singoli individui/operatori. Risulta evidente che, per poter funzionare una organizzazione così complessa, ha bisogno di un forte "allineamento degli obiettivi e di un agire comune" verso un fine riconosciuto come valido da tutte le componenti. L'allineamento degli obiettivi presuppone però che vi sia anche una "gerarchia riconosciuta degli obiettivi stessi". In altre parole è necessario che i singoli individui tengano conto "a cascata" delle indicazioni che gli organismi deputati alla programmazione strategica generale danno alle direzioni delle aziende sanitarie e queste alle loro unità organizzative interne. Questo meccanismo

è tutt'altro che scontato e deve essere ben presente all'interno dei singoli operatori e dei vari responsabili dirigenti le unità organizzative. Quindi penso proprio che alcune mie idee diano la sensazione di persona fuori tempo e fuori luogo. Penso che invertire certi processi e cambiare sia impresa titanica, utopica. Ma come non coltivare un sogno alle porte della pensione? L'attuale visione si fonda su una *teoria "meccanicistica"*. Questa visione trae origine dalle teorie di Taylor (organizzazione scientifica del lavoro) e di Weber (organizzazione burocratica) che tra il 1900 e il 1940 influenzarono enormemente le aziende pubbliche e private nello strutturare le loro organizzazioni interne. In questa visione viene posta maggior attenzione alle strutture e alla "procedure" e non su chi fa le cose e ai loro comportamenti. Secondo queste impostazioni si ritiene che i risultati siano sempre e solo in funzione delle risorse, con una attenzione centrata quindi sull'efficienza. In altre parole l'azienda è "funzione dell'azienda", vista quindi come organizzazione autoreferenziale. La ricerca della coerenza avviene attraverso le regole interne fissate in modo specifico e dettagliato al fine di raggiungere l'efficienza. *Uno degli effetti collaterali dell'approccio burocratico è la comparsa nel tempo di "circoli viziosi" con trasposizione dei "mezzi" (cioè le regole burocratiche), per raggiungere i risultati ed assicurare conformità ed omologazione di trattamento al cliente, che diventano "fini". In altre parole il rispetto della regola è fine a se stesso e non all'ottenimento del risultato, creando quindi una "deriva burocratica" che cristallizza l'organizzazione che non si adatta con le sue regole al variare del contesto esterno. In questa visione per intervenire sugli output si agisce prevalentemente sulle risorse ed è quello che succede tutti i giorni con tagli lineari.*

Ed ancora un'altra voce, quella di Federico Toth, mi viene utile riportare *Analizzando gli attuali processi di riforma si può facilmente notare che le parole chiave richiamano ad uno spostamento del centro del processo di cura dall'ospedale al territorio. Primary care, cure primarie, assistenza primaria sono le parole chiave più evocate dal dibattito e dagli strumenti normativi. Questo processo di spostamento del focus non può essere affrontato solo con un consolidamento delle attività svolte nel territorio. Questa interpretazione 'continuista' non sarebbe in grado di affrontare le nuove sfide poste dai cambiamenti esterni al sistema. Il dibattito e le esperienze in atto evidenziano che questi termini sottendono (ed evocano) un cambiamento di paradigma, attorno al quale si stanno ridefinendo i processi e le dinamiche*

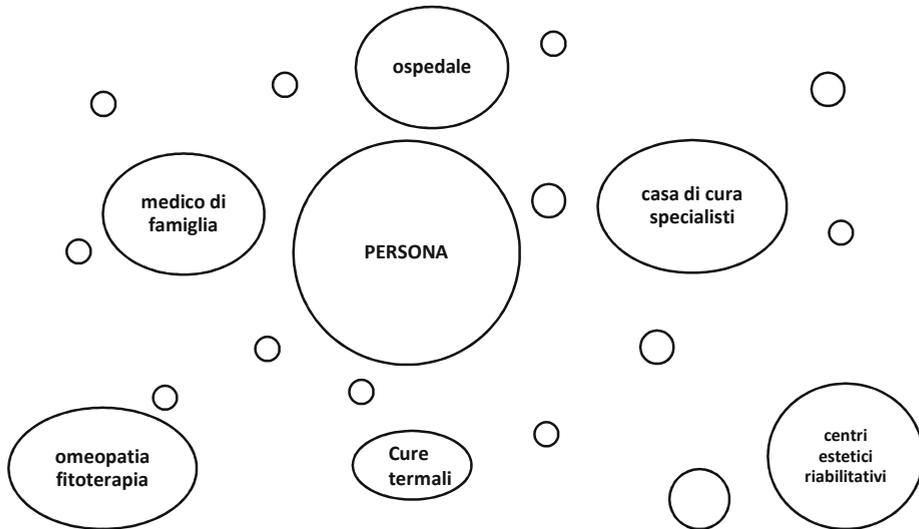
*del processo di cura. Ripensare ad un nuovo paradigma del lavoro di cura con riferimento alla primary care (o meglio community care) risulta oggi difficile. Stiamo, infatti, attraversando una fase di trasformazione di natura sperimentale, che necessita di essere approfondita. È forse più utile provare a definire gli aspetti entro cui si sta sviluppando questo processo ed indicare le piste che segnano l'innovazione in corso. Per marcare le piste del cambiamento e di costruzione di un nuovo paradigma di processi organizzativi che insistono sul lavoro di cura svolto nel territorio, è possibile scomporlo con riferimento alle interazioni che lo caratterizzano. In questa prospettiva possiamo immaginare che l'innovazione deve essere analizzata relativamente alle dinamiche medico-paziente, a quelle fra i diversi professionisti ed infine a quelle con gli altri attori della comunità. La specificazione di queste tre direzioni dell'innovazione spingono ad adottare il termine **community care** come riferimento capace di rappresentare la complessità delle direzioni che devono essere considerate. Seguendo la strada indicata da Toth (2010), che ha cercato delle parole chiave capaci di rappresentare la cultura che ha caratterizzato le diverse ondate del cambiamento, possiamo proporre di considerare: «**il lavoro di cura centrato sull'utente**» come la cifra del cambiamento nelle relazioni fra chi eroga e chi riceve la prestazione; «**il lavoro in team**» come la strada da seguire per cambiare le relazioni fra i professionisti; e la «**network governance**» come processo di governo delle dinamiche con e nella comunità.*

Sarebbe giunto il momento di adottare una visione diversa: la *visione sistemica contingente*, elaborata da vari autori tra il 1950 e il 1960. L'attenzione viene centrata sugli "uomini" e sul contesto esterno, una particolare attenzione viene dedicata anche ai processi produttivi. *I risultati vengono quindi messi in relazione (e sono funzione) del comportamento professionale del team. In questa visione l'attenzione è centrata soprattutto sull'efficacia e sull'utilità del prodotto e, cosa importantissima, l'azienda è in funzione dell'ambiente.* Dall'ambiente infatti l'azienda riceve le risorse (input) e all'ambiente dovrebbe restituire gli output a soddisfacimento di bisogni reali. Dall'ambiente inoltre riceve sollecitazioni e pressioni che determinano l'orientamento strategico e le conseguenti scelte organizzative. Questo concetto fa sì che l'organizzazione sia etero referenziale e non più autoreferenziale (centrata cioè sulla sua efficienza), ma fortemente orientata, oltre alla ricerca dell'efficienza interna come mezzo e non come fine, anche alla ricerca della coerenza con l'ambiente

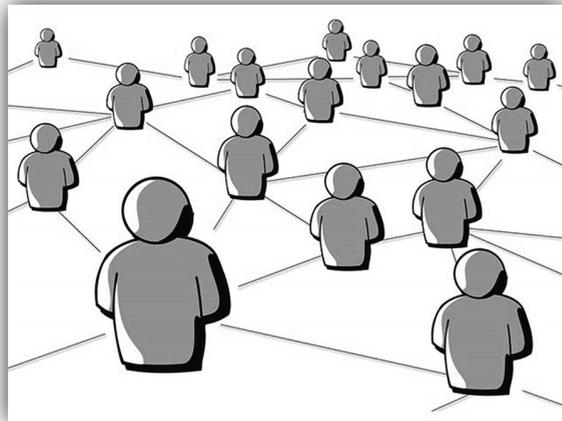
esterno. Questa coerenza con l'ambiente esterno si concretizza quindi in una ricerca dell'utilità che qualche autore definisce anche "efficienza allocativa" e cioè la capacità di rispondere ai bisogni dei propri clienti. *In questa visione per intervenire sull'output si ritiene opportuno agire sul comportamento delle persone più che sulle risorse. Questa visione, sicuramente più condivisibile, basa quindi il suo orientamento su tre caposaldi:*

- 1. approccio processuale: centrato quindi sull'analisi e l'ottimizzazione dei processi;*
- 2. visione sistemica: dove si considera l'azienda sanitaria come un sistema sociotecnico aperto, con superamento delle regole univoche, e forte ricerca della coerenza interna ed esterna;*
- 3. approccio contingente: con un adeguamento dell'organizzazione al contesto esterno ed alle situazioni ambientali.*

Non bisogna dimenticare che molte altre teorie sono state formulate in questi anni da vari autori e scuole di pensiero: scuola delle relazioni umane (Mayo – 1940, McGregor – 1960), teoria della dipendenza dalle risorse (Pfeffer e Salancik – 1978), teoria del Management strategico (Chander – 1962, Porter – 1980), teoria della population ecology – (Hanna e Freeman – 1980), teoria istituzionalista (Meyer e Scott – 1985), teoria dei costi di transazione (Williamson – 1979), la teoria dell'agenzia (Eisenhardt – 1989) e altre nuove teorie come degli stakeholders, della learning organization ecc.. In termini di visioni sulla azienda sanitaria credo sia chiara la mia preferenza. Una marea di opzioni circonda la persona alla ricerca del benessere: osteopatia, medicina estetica, centri fisioterapici e riabilitativi, sale terapia, fitoterapia, aromoterapia, omeopatia, una infinita di medicine complementari ed alternative. Chiaramente il mio interesse si riduce al mondo sanitario ufficiale e scientificamente provato. Anche ammettendo la presenza di alternative così ampiamente distribuite e incalzanti, che interferiscono quotidianamente con la mia realtà di medico con richieste integrative, ritengo che tutte queste opzioni manchino di validità e di veridicità. Mancano in ogni caso di dimostrazioni scientifiche credibili. Il disegno illustra la complessità del fenomeno e nello stesso tempo la necessità di ordinare e codificare la situazione dei vari mondi, oggi tutti separati e non connessi.



Un sistema sanitario dovrebbe ruotare attorno alla persona come un unicum, un insieme ben organizzato ed interconnesso, fondato solo su certezze scientifiche consolidate e dimostrate, definendo i propri confini nel rispetto della libertà di altre realtà, che non si devono confondere con le garanzie che un sistema



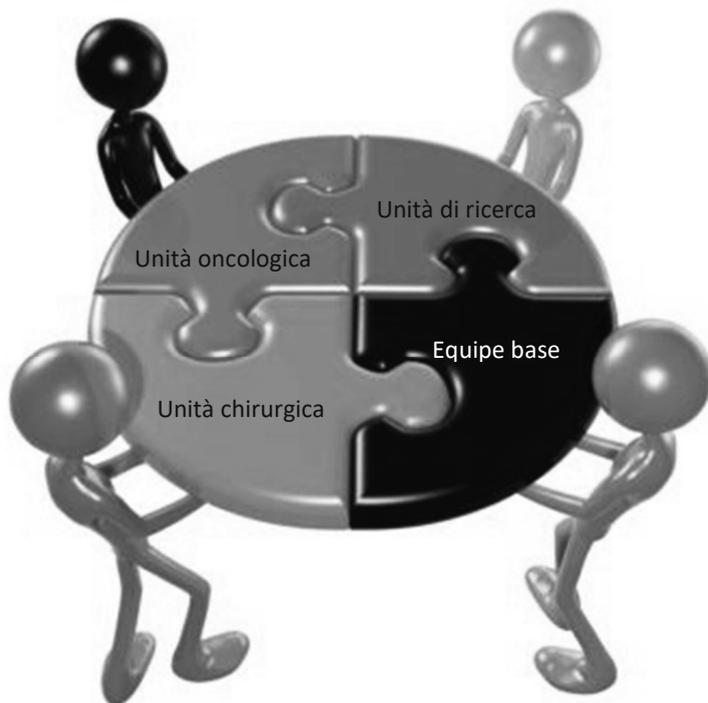
pubblico deve offrire. Segnare confini significa assunzione di responsabilità e libertà di azione all'interno dello spazio delimitato, non pretendere di fagocitare tutto il mondo. Altrettanto fondamentale è chiarire il concetto urgenza – emergenza rispetto alla pluripatologia cronica, che costituisce la nuova realtà sanitaria.

Cominciamo con la presa in carico della persona che non può più essere effettuata da un singolo medico, ma da un team o equipe e garantita h24. Qui inizia una valutazione sulla composizione del gruppo di base, sulla responsabilità condivisa tra pari, sul bacino operativo, e sulle modalità di accesso al servizio.



Queste unità di base (gruppi minimi) dovrebbero essere composte da personale medico competente delle patologie più comuni e diffuse ( generalista, cardiologo, oculista, ginecologo, ortopedico, chirurgo) da personale infermieristico ambulatoriale e domiciliare. Il bacino operativo potrebbe essere esteso a circa 30 mila abitanti con un numero congruo di punti di accesso territoriali, con una dotazione strumentale e laboratoristica adeguata. Non si tratta di costruire nuove strutture, ma di riorganizzare gli spazi esistenti nelle varie aree di intervento. La novità sarebbe nel lavorare insieme come coresponsabili dei risultati attraverso un software comune unico e sempre connessi tra operatori con la possibilità di eseguire qualsiasi attività ambulatoriale e domiciliare che non richieda il ricovero del paziente. La responsabilità non potrà essere individuale, ma di tutto il gruppo di base. Nel nuovo approccio dovrà essere coinvolto direttamente il territorio ed i suoi abitanti con una condivisione degli obiettivi e con la richiesta della partecipazione fattiva degli utenti. E' una riorganizzazione del lavoro e solo secondariamente delle strutture e dei

contenitori. Anche il livello superiore di cure deve essere pensato come Unità di lavoro organizzata e coordinata interconnessa con tutti gli attori.



Con organizzazioni interconnessionali sarebbero rimosse tutte le contraddizioni: non ci sarebbe più la separazione tra ospedale e territorio, non avremmo bisogno di strutturare un distretto come se fosse un'azienda minore, non avremmo bisogno di distinguere tipi di assistenza per livelli di complessità, non vi sarebbe più la separazione storica tra la medicina di base e la medicina specialistica, e il percorso di cura del malato non sarebbe più un vagare a zic zac per i servizi, ma un continuo organizzato. Con la logica connessionale non avrebbe più senso parlare di "centralità", di "ospedalocentrismo", perché con le relazioni decade l'idea di centro qualunque esso sia. Al contrario la concezione del servizio quale struttura si propone sempre come centro sia esso un ambulatorio, o un ospedale, un consultorio, rispetto al quale il malato deve per forza adattare le sue esigenze a quelle della struttura. Ogni struttura attuale è un centro, mentre una organizzazione interconnessa è eccentrica (senza centro) perché multicentrica. Per fare delle reti è necessario riunificare il sistema sanitario

come una *unità*, o almeno riunificarne le parti più cospicue. La molteplicità dei servizi, delle funzioni, dei ruoli, delle strutture, delle professioni, ovviamente necessaria, non deve negare l'unità di fondo del sistema e non deve dar luogo a divisioni. L'unità è un concetto correlativo di molteplicità senza di cui essa sarebbe inconcepibile. La usl nasceva come unità di servizi, funzioni e prestazioni. Essa includeva tutto quanto ora è stato arbitrariamente separato. Per memoria e con i limiti del tempo trascorso il medico condotto rappresentava l'unità sanitaria in un mondo senza dubbio meno complesso. La sua eliminazione è stata una delle cause della frammentazione. Questa unità della tutela oggi è ostacolata da tante inutili divisioni (tra territorio e aziende, tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere, tra aziende ospedaliere a rilievo nazionale e di alta specializzazione e presidi ospedalieri). Una organizzazione integrata è tale se il suo organigramma è concepito in modo unico continuo e integrato. In luogo del calcolo per singola qualifica bisogna calcolare gruppi integrati di qualifiche sulla base di criteri convenzionali come sono i gruppi minimi integrati. Il gruppo minimo integrato è costituito dalle qualifiche base di un processo di cura. Nel gruppo minimo integrato, se davvero si vuole integrare il territorio con l'ospedale, va previsto il medico di medicina generale (generalista). Sulla base di gruppi minimi integrati si calcolano gli organigrammi complessivi che poi saranno allocati nel territorio in ragione delle forme e dell'estensione dell'integrazione. Il medico ospedaliero in una nuova collocazione e organizzazione non è più solo un operatore ospedaliero cioè un operatore il cui spazio di lavoro è solo il proprio reparto, ma diventa un operatore di gruppo i cui spazi e tempi di lavoro sono distribuiti nell'ambito dell'operatività dell'equipe sulla base di una precisa programmazione. Il medico specialista è quindi una professione mobile all'interno della nuova organizzazione. Non c'è dubbio che non ha senso riformare l'ospedale senza riformare contestualmente la medicina di base e viceversa. Non c'è dubbio che il vero atto riformatore è sostituire una "non relazione ospedale territorio" con una relazione intra e inter ospedale territorio. Se l'ospedale cambia e la medicina di base non cambia si buca l'obiettivo della riforma. Cioè si buca l'intero progetto di far ruotare tutto il sistema a partire dal luogo di vita del malato. Quindi si buca lo scopo di rendere sostenibile il sistema attraverso il riequilibrio della domanda con l'offerta, la ridefinizione del fabbisogno, la riforma del consumo di sanità. Oggi la medicina di base come l'ospedale è sostanzialmente un'isola. In quanto tale è una vera e propria

anti economia che blocca con la sua invarianza un ben più vasto processo riformatore. La “*medicina convenzionata*” è ferma da troppi anni ad un vecchio modello di assistenza che oggettivamente contrasta con i problemi del sistema sanitario. È essere “isola” a produrre anti-economicità nel senso che, assistendo in modo diviso e separato, si hanno meno benefici di quelli che servirebbero e molti costi inutili che si potrebbero evitare. L’ambulatorio è un luogo obsoleto tecnologicamente e la medicina convenzionata registra la mancanza di un iter formativo specifico. Per i medici di famiglia veri e propri operatori parasubordinati non è facile cambiare. Temono di perdere il loro status libero professionale, l’autonomia dei loro studi privati, il rapporto fiduciario, la quota capitaria che ha tolto ogni entusiasmo innovativo. Lentamente si è trasformata in medicina burocratica e senza anima, dimenticando le bravure di un tempo e le novità dell’oggi lasciando ogni giorno un po’ di autonomia al sistema. Bisogna ripensare la convenzione e passare alla dipendenza? Fondamentalmente la convenzione è tra liberi professionisti parasubordinati e Stato. Per cui ripensare la convenzione per la medicina di base significa fare in modo di qualificare la loro *autonomia* per fare di essi uno dei principali autori di salute pubblica, dando in cambio una retribuzione relativa alle responsabilità e che includa tra i suoi obiettivi la riduzione dell’anti-economicità, la disponibilità a lavorare in gruppo nei servizi in modo interconessionale. Il medico di medicina generale diventerebbe il primo grande protagonista del sistema nel suo complesso. Il coordinatore elettivo. Sogno? Parole di tutti, dichiarazioni continue, illusioni! Sono cosciente che rimaranno desideri ed aspettative vuote e impossibili da realizzare perché non cambia la logica, che rimane organizzativa e non di contenuto. Inoltre, a titolo di onestà intellettuale, ho la chiara percezione che l’attuale classe medica non sia interessata più di tanto a simili ipotesi e riflessioni. Sostanzialmente l’età anagrafica di una grossa fetta di medici è tale che l’aspettativa è più vicina al concetto di pensione che di cambiamento. Inoltre gli orientamenti attuali e le tendenze probabili si indirizzano nella direzione di aumentare gli obblighi burocratici lasciando invariato il resto.

Iniziamo a dire sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) - (ACN Luglio 2009 e L. Balduzzi n. 189/2012) che dovrebbero rappresentare il prossimo passo di novità nell’organizzazione sanitaria regionale. Ora se ne parla molto meno, ma tale prospettiva si inserisce nella vecchia logica di cambiare organizzazione e non il contenuto del sistema. Sono la rappresentazione di

un'integrazione tra le attività di un gruppo di Medici di Medicina Generale (MMG) convenzionati. Le AFT, in quanto strutture mono-professionali di medici, avrebbero il compito di tutelare, garantire la salute della popolazione di riferimento e conseguire determinati obiettivi di salute. La struttura è una sorta di punto di ritrovo per ciascun distretto e per ciascun medico; una struttura portatrice di obiettivi di programmazione per le linee guida in termini di prevenzione, diagnosi, cura delle patologie più importanti e condivisione degli obiettivi dei PDTA. Nel caso delle AFT, è rilevante la figura del MMG che non opera più da singolo, ma in gruppo: l'insieme del gruppo delle AFT valuta i bisogni e controlla i pazienti in carico al Medico di Medicina Generale. La popolazione assistita dall'AFT non deve essere superiore a trenta mila assistiti e i medici non devono essere inferiori a venti, *aventi tutti partecipazione obbligatoria*. In teoria nelle AFT, c'è la possibilità di fornire servizi di diagnostica di base, che consentono di indirizzare subito il paziente e di evitare lunghe liste d'attesa negli ospedali e nei pronti soccorsi. Nelle AFT è presente un coordinatore, con il compito di organizzare incontri e riunioni tra i medici dell'AFT di riferimento, oltre che esserne il rappresentante nei rapporti con gli ospedali e il Distretto. Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29 Luglio 2009, l'art 26 Bis elenca gli obiettivi che i medici devono perseguire all'interno delle AFT, tra i quali l'equità di accesso ai servizi, la diffusione dell'appropriatezza clinica e modelli di prevenzione e diagnosi. Tutte queste attività vengono condivise con il Distretto di riferimento, il quale ne verifica gli esiti. Negli ultimi anni, diverse regioni italiane hanno avviato il progetto di programmazione delle AFT, che sono strettamente connesse con le UCCP.

Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) - (ACN luglio 2009 e L. Balduzzi n.189/2012) sono l'espressione di aggregazioni strutturali multi-professionali che operano in un'unica sede ben strutturata e dislocata nel territorio, con al proprio interno medici di medicina generale, operatori del territorio quali infermieri, specialisti, assistenti sociali, e pediatri oltre che personale amministrativo di segreteria. Nella logica di continuità assistenziale, le UCCP hanno il delicato compito di gestire le cronicità dei cittadini in tutte le sue forme e garantire i LEA ventiquattro ore al giorno e sette giorni su sette. Un aspetto importante che le riguarda consiste nella presenza di un sistema informatico comune a tutti i professionisti presenti nella UCCP. Tali strutture sono aperte al pubblico durante la giornata e operano in collegamento con le strutture ospedaliere per definire gli

obiettivi da raggiungere, quali l'assistenza continua domiciliare e ambulatoriale.

Invece il modello della "Casa della Salute", adottato da diverse Regioni d'Italia come Emilia Romagna, Toscana, Lombardia (Ministero della Salute, data di consultazione 2015) è l'emblema dell'idea di continuità assistenziale. Si tratta di una struttura con unica sede in cui prendono forma servizi territoriali e sanitari eterogenei e integrati tra loro per la promozione della salute e del benessere sociale, attivi per ventiquattro ore e sette giorni su sette. Un'attività quindi ben programmata e coordinata in cui medicina generale, diagnostica di laboratorio e prestazioni specialistiche entrano in contatto tra loro.

In Italia e in particolare nella Regione Veneto, si sono sviluppate altre strutture denominate UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), ora divenute M.G.I. (Medicine di gruppo integrate), che possiedono anch'esse il compito di valorizzare la qualità e continuità della medicina territoriale.

Tutta questa logica è legata ai contenitori, ai volumi, alle scatole vuote, ai controlli ed imposizioni: gestione dall'alto della regione. L'aspetto organizzativo non tiene minimamente conto degli uomini che lavorano dentro il sistema, della loro cultura e dell'autonomia professionale, della ulteriore diminuzione di responsabilità che ne deriva vista anche la mancata modifica di retribuzione. Mettere insieme obbligatoriamente lavoratori che non hanno alcun interesse a stare in gruppo è un errore madornale perché non fa emergere le qualità migliori.

Per questo il ripensamento della convenzione è un passaggio cruciale. Non credo possa realizzarsi: è un sogno. In realtà il medico di base è destinato a sparire perché non ci saranno più medici di base convenzionati come numero e come formazione. E' la fine sarà certa come quella del medico condotto e della mutua nei passaggi che storicamente abbiamo visto. Le trasformazioni si guidano, altrimenti certe figure si estinguono e le offerte di allungare i tempi di apertura degli ambulatori non fanno che favorire la scomparsa. *E' solo questione di tempo e il medico di famiglia sarà sostituito da una figura burocratica di smistamento che guiderà l'accesso alle strutture di maggior livello prestazionale con un taglio definitivo alle tante e troppe richieste dei cittadini.* Aumento della specializzazione significa taglio ed eliminazione delle richieste non diagnosticabili ed inquadrabili secondo i canoni classici delle patologie, che costituiscono tanto lavoro del medico di

famiglia. Sicuramente l'accesso dovrà giustificarsi con un quadro sintomatologico abbastanza definito in modo da essere orientato ad un dipartimento preciso. Il concetto di unità della persona, a parte il mio desiderio, sarà un'idea da dimenticare. In questi tempi di tramonto del medico di famiglia tento di proporre qualcosa che spero fattibile e che in qualche modo renda il passaggio meno traumatico e sconvolgente. Nessuno di quanti conosco ed operano in campo sanitario pensano ad una riforma globale del sistema, per cui l'impostazione attuale durerà con continue modifiche che non possono avere respiro lungo e duraturo, ma solo a rallentare l'esplosione del sistema. L'idea di UTAP prevedeva la presenza di altre figure oltre quelle del medico, dell'infermiere ambulatoriale e domiciliare, ma la realtà si è fermata a quelli che conoscete medici ed infermieri. La medicina di gruppo è rimasta un'isola alla stessa stregua del medico di famiglia quando lavorava da solo. *Un tentativo di cambiamento potrebbe essere la stesura di contratti con i vari dipartimenti per uno scambio in tempo reale di alcune informazioni e consultazioni sul paziente.* Questa ipotesi potrebbe portare lo specialista nella medicina generale ed il medico dentro l'ospedale. L'unica integrazione concreta realizzata nell'utap di Brendola è stata realizzata con il laboratorio analisi e con le agende CUP (centro unico prenotazioni). *Altra idea per sopravvivere sarebbe spostare la tecnologia e non il paziente:* significa dotare gli ambulatori di strumentazioni tecnologica, ormai a basso costo, disponibile per i medici, la cui utilizzazione verrebbe pagata a prezzi ridotti e fuori quota. **Dateci tecnologia perché il mondo è cambiato, dovrebbe essere il grido sindacale.** Ed infine il patto con il cittadino si può rinnovare a condizione che la formazione preceda la trattativa. **Significa: fare formazione per fare scelte appropriate** formando le persone a diventare corresponsabili nell'utilizzo delle richieste e delle risorse. Sono reduce da una sperimentazione di due anni di incontri formativi ambulatoriali, a detta degli utilizzatori estremamente piacevoli ed utili, ed estremamente positiva come ricaduta operativa nel mio lavoro quotidiano. Nessuno, e dico nessuno, mi ha dato una mano e supportato. Gli unici estimatori sono stati gli informatori dei farmaci. I cambiamenti degli ultimi anni che vedono crescere gli anziani, gli extracomunitari e la comparsa della generazione utilizzatrice del web, chiedono un nuovo approccio. Questa popolazione ha a disposizione un oceano di informazioni, ma una preparazione culturale assolutamente inadeguata per gestirle. Abbiamo analfabeti informatici ed informatici analfabeti che meritano di essere

aiutati nel percorso salute. La cultura e la formazione sono gli elementi che possono produrre il cambiamento nella classe medica e nei cittadini. E' la crescita delle conoscenze il motore del cambiamento. Bisogna riformare gli studi universitari, le modalità di formazione continua, i famosi ECM che ora sono solo documentazione cartacea del niente. Bisogna mettere gli attori attorno ad un tavolo e studiare, studiare, discutere ipotesi, verificare dati e ricerche, ascoltare i vari interessi e le diverse visioni per creare qualche possibilità di futuro.

## 11. CONCLUSIONI

“Dopo generazioni vissute abbiamo mancato di coltivare la fiducia in noi stessi e l'autodisciplina che dobbiamo possedere in quanto adulti competenti.”



Mi rendo perfettamente conto di aver elencato una serie di situazioni e problemi in maniera parziale e limitata raccontando in minima parte il mondo sanitario, in particolare la medicina di famiglia. Quest'ultima definizione "medicina di famiglia" è certamente inadeguata perché sono cambiate le famiglie e le competenze dei medici con l'introduzione nel sistema del pediatra. Un tempo quando entravi in una casa trovavi i nonni, i genitori ed i figli. Oggi non è più questa la situazione perché i bimbi sono in carico al pediatra, i genitori sono al lavoro ed i nonni in compagnia della badante. Ma soprattutto è cambiato il concetto di essere medico. Mi spiego con una affermazione: *"la professionalità in medicina è in espansione, l'arte di essere medico in estinzione"*. Fare il medico è una professione ad altissima specializzazione con frammentazione delle conoscenze tra tantissimi specialisti, con numerosi indicatori di efficienza, con utilizzo di strumenti di alta tecnologia, con corsi di studi lunghissimi. Nessun nuovo medico è privo di specializzazione della durata di almeno 4 anni dopo la laurea e con una preparazione di almeno trent'anni. La maggior parte sono talmente preparati nella loro disciplina che, se per caso si ammalano, non sono in grado di curarsi e, a titolo di esempio, il mio caro amico radiologo mi telefona per decidere cosa fare in caso di febbre. Non sto scherzando quando scrivo in questo modo perché, se pratici costantemente ed esclusivamente un'attività sanitaria, non sei in grado di gestire le altre discipline. Il medico di famiglia fa un po' di tutto per cui riesce in qualche modo ad arrangiarsi, ma anch'io sto perdendo alcune capacità perché espropriato di certe pratiche. Ma se sparisce il generalista cosa succederà? Andremo in pellegrinaggio in diversi ambulatori specialistici con la speranza di indovinare di chi è la competenza del nostro malanno? Ma il fenomeno che, a mio parere è terribile constatare, si concretizza nella scomparsa dell'essere medico. L'essere medico, non viene richiesto e misurato da nessuno, nel migliore dei casi suggerito come opzione integrativa. Fare solo il medico senza "essere medico" significa trasformare le persone in pezzi, in oggetti rotti da risistemare, in funzioni da riequilibrare, in elementi da riparare con maestria e competenza. Fare solo il medico significa dimenticare di rispettare le persone come esseri unici e irripetibili. Fare solo il medico significa fare solo quello che prevede il protocollo, fare una medicina difensivistica che mi assicura di non rischiare denunce, fare una prescrizione che rispetta le note e le indicazioni della regione che paga il conto. Fare solo il medico significa non assumersi responsabilità dell'esito finale, ma solo dei

percorsi diagnostici e terapeutici. E' questo ciò che accade tutti i giorni per cui una banale cefalea comporta come minimo una RM, esami ematochimici, una consulenza neurologica, un ecodoppler dei tronchi sovra aortici ed un controllo dopo un mese dalle varie consulenze, oltre a due passaggi dal medico di base per consegnare il referto ed ottenere l'impegnativa. Del resto nessuno ti misura se sei preoccupato, partecipe, attento all'ammalato, alla sua famiglia, ai suoi problemi; nessuno ti domanda di usare il buon senso oltre le competenze scientifiche; nessuno ti chiede di "essere medico", avere intuizioni e responsabilità, praticare un'arte complessa e difficile. La cosa importante è lo standard, la media dei consumi, l'utilizzo dei generici, il risparmio di esami strumentali, la farmacoeconomia. Abbiamo ceduto l'anima, la mission e smesso la pratica dell'arte a favore dell'economia. Il concetto che l'arte non dà da mangiare e reddito è entrato in medicina e nel *sistema sanitario, che si è trasformato in azienda con la conseguente* necessità di utilizzo dei parametri economici. IL termine azienda è usato comunemente e la visione del funzionamento è regolata di conseguenza esclusivamente dalle regole economiche, che misurano i processi, i servizi, i costi, i guadagni lasciando ai vecchi certe velleità artistiche di essere prima di fare. La logica aziendalistica richiede che i professionisti diventino non artisti, ma manager costretti a far quadrare i conti, burocrati al servizio della gestione commerciale, passando ore a compilare rapporti, schede, moduli, questionari e tentare di comprendere ed applicare comunicazioni e circolari regionali o ministeriali. Sarebbe assurdo mettere in discussione l'importanza della professionalità e della preparazione in medicina. Però privilegiare esclusivamente la professionalità significa perdere di vista la dimensione umana ed universale della medicina. Nessun mestiere potrebbe essere esercitato in maniera consapevole, se le competenze tecniche richieste non fossero subordinate a una formazione umanistica e culturale più vasta in grado di incoraggiare l'uso della libertà, dell'autonomia e dell'arte. Far coincidere l'essere umano esclusivamente con la sua professione sarebbe l'estinzione ed un errore gravissimo. In qualsiasi uomo c'è qualcosa di essenziale che va molto al di là del suo mestiere. Senza questa dimensione dell'essere prima del fare è difficile immaginare spazi per una nuova medicina al servizio dell'uomo e del bene comune. Se il paziente diventa cliente è difficile uscire dal tunnel perché a governare la risposta saranno sempre più l'aspetto economico, le disponibilità finanziarie a decidere quale offerta mettere sul mercato della salute, in barba ai concetti universalistici e

olistici del sistema sanitario. Certamente esistono tante persone competenti e professionali in grado di sistemarsi davanti ad un tavolo e ragionare a lungo ed in maniera approfondita sul sistema salute. Mi auguro che i politici decidano di convocare un pool di esperti per affrontare lo stato semicomatoso del sistema sanitario nazionale, ma nello stesso tempo abbiano il coraggio di prendere delle decisioni nell'interesse generale di tutti gli operatori e di tutti i cittadini rompendo l'immobilità e la decadenza del momento attuale, salvando l'universalità delle cure e l'arte medica.

