



Riflessioni sulla formazione, il ruolo sociale e la professionalità del medico. Chiose di un medico sulla medicina di oggi.

A cura di: Carlo Di Stanislao

"La perfezione ha un grave difetto: la tendenza ad essere noiosa"
William Somerset Maugham

"Attenti al medico che ha un rimedio per tutto"
Arthur Bloch

"Finché gli uomini potranno morire, e ameranno vivere, il medico sarà oggetto di ironia, e pagato profumatamente"
Jean de La Bruyère

Uno Stato moderno ed efficiente lo si nota anche dalla funzionalità dei suoi servizi essenziali: la sanità è uno di questi, ma oggi purtroppo in Italia il Servizio Sanitario Nazionale è al centro di aspre polemiche per le sue disfunzioni e per i suoi alti costi.

Certamente uno Stato democratico, come sancisce la nostra Costituzione, dovrebbe garantire a tutti i cittadini l'effettivo diritto alla salute, invece sempre più in questi ultimi anni abbiamo appreso dai giornali o dalla televisione di tanti casi di decesso per l'inadeguatezza delle strutture sanitarie: molte volte è capitato infatti che persone che avevano urgenza di essere ricoverate sono state respinte per mancanza di posti negli ospedali; sono capitati anche casi di ritardo nei soccorsi o addirittura casi di decesso per improvvisa mancanza, nel corso di un'operazione chirurgica, del filo di sutura.

Al di là delle polemiche spesso di parte, il cittadino italiano non ha più la sicurezza di poter contare su un'efficace assistenza ospedaliera: o non si è accolti nei reparti o si è usati come cavie o si è costretti ad essere ricoverati in ambienti dalle condizioni igieniche precarie e spesso in una lunga lista di attesa per operazioni chirurgiche anche urgenti.

Per queste ragioni le condizioni di tanti nostri ospedali sono al centro di aspre polemiche, ma il nostro legislatore non sembra ancora deciso a porre mano ad una riforma del servizio sanitario. Alcuni, sulla base di ideologie neo-liberiste e di un sostanziale programma di privatizzazione degli enti pubblici, sostengono che i problemi della sanità italiana si possono risolvere solamente con la privatizzazione di molti settori del servizio sanitario.

Costoro portano a sostegno della loro tesi soprattutto i sempre maggiori sprechi che si registrano nella sanità, il cui costo complessivo a carico della collettività è cresciuto di anno in anno. A questo si può ribattere dicendo che, innanzitutto, se i costi della sanità sono a carico della fiscalità generale, ebbene, data la consistenza dell'evasione e dell'elusione fiscale che ancora permangono nel nostro sistema tributario, i costi della sanità sono sopportati essenzialmente dal mondo del lavoro, che è poi quello che fornisce essenzialmente gli utenti della sanità pubblica.

In secondo luogo, privatizzare il servizio sanitario vorrebbe dire sottomettere il delicato settore della sanità alle leggi di mercato con l'inevitabile esclusione di tante fasce di cittadini, soprattutto con redditi da lavoro dipendente, dall'assistenza pubblica garantita.

Del resto sarebbe sufficiente osservare la realtà che si è determinata negli Stati Uniti e in Gran Bretagna dopo un decennio di liberismo economico e di privatizzazione dei servizi: vi si sono notevolmente innalzate le soglie di povertà con un numero sempre crescente di cittadini bisognosi, esclusi da ogni tutela assistenziale e, quindi, anche privati dalla concreta possibilità di assistenza medica, diventata per loro troppo costosa.

Ridare efficienza al sistema sanitario italiano è possibile in realtà solo nell'ambito di una radicale riforma di tutto il sistema di servizi pubblici che, senza necessariamente essere privatizzati, dovrebbero piuttosto essere gestiti diversamente, in modo cioè più responsabile e più razionale, con l'eliminazione delle sacche di privilegio e, per quanto concerne specificamente la gestione delle Unità Sanitarie Locali, con la fine della lottizzazione dei partiti. Oltre a ciò per ridare slancio e fondata certezza alla sanità, occorre individuare dei percorsi condivisi fra operatori.

Con questo si intende che, oltre a ciò sopraespresso, che occorre realizzare tavoli di discussione da cui rapidamente scaturiscano linee guida condivise che individuino ruoli e compiti preventivi ed assistenziali dei medici del territorio, dei medici ospedalieri e, infine, delle strutture universitarie.

Il compito preventivo e di tutela territoriale dei medici di base deve essere precisato e definito, come anche quello di assistenza e cura, con matura efficacia ed efficienza, delle strutture ospedaliere. Infingeva chiarito il ruolo didattico-formativo e di ricerca delle Università, senza azzardi di aziendalizzazione che sono opinabili sotto il profilo sia realizzativo che della pratica utilità. Occorre ovvero una chiara definizione di competenze, con separazioni di ruoli e certezza di procedure e competenze.

L'efficacia diagnostica e quella terapeutica raggiunte dalla medicina contemporanea non rivestono solo un significato organizzativo, economico e politico, ma anche un profondo significato culturale. È una tesi che non si applica alla sola medicina, ma a tutto l'apparato tecnico-scientifico, in cui tuttavia la medicina assume un ruolo privilegiato, in quanto scienza globale dell'uomo, e come tale posta a cavaliere fra le scienze cosiddette umane e quelle cosiddette esatte.

Alcune caratteristiche della medicina contemporanea meritano di essere sottolineate:

- essa ha raggiunto inefficacia diagnostica e terapeutica al prezzo di un grande e sofisticato contenuto tecnico e organizzativo (da assistenziale essa si è fatta diagnostica e curativa);
- vi è stato un conseguente progressivo distacco delle specialità dal corpo centrale della medicina generale, ma contemporaneamente la tendenza delle stesse specialità alla settorializzazione centrifuga e antiunitaria;
- alcune malattie, in particolare quelle cardiovascolari, hanno assunto una grande e crescente diffusione sostituendosi alle epidemie del passato;
- si presenta frequentemente la necessità (e la possibilità) di una soluzione rapida o addirittura di emergenza, con il conseguente grande impegno organizzativo (come nelle Unità di terapia intensiva cardiologica);
- al polo opposto vi è la tendenza di alcune malattie alla cronicizzazione, con i conseguenti problemi organizzativi ed etici (basterà qui citare la sindrome dell'insufficienza cardiaca).

Quali le problematiche che emergono alla medicina ed alla società da questo stato di cose, che, come ho detto, è comune a quella parte della medicina contemporanea che è progredita fino all'efficacia.

Possono essere riassunte (o limitate) in alcuni punti, che forniranno altrettanti spunti di riflessione:

- l'apparente progressivo distacco dalla sfera della cultura, quale prezzo dell'inserimento protagonista nella sfera della civilizzazione;
- la derubricazione della figura del medico a quella di operatore sanitario, di artigiano della salute, e il degrado della figura del paziente ad utente più che ad ammalato; ad oggetto più che a persona;
- la trialettica apparentemente insanabile fra medicina generale, specialistica e sottospecialistica;
- la dipendenza dalle strutture e dall'organizzazione, ma anche l'interesse dei cittadini verso un campo a così alto contenuto di denaro, potere e valori e quindi di così grande

importanza sociale. Di conseguenza la dialettica fra pubblico e privato, e l'evoluzione del concetto di professionalità;

- il carattere sempre più professionalizzante assunto dall'insegnamento della medicina. Ciò pone in particolare evidenza la questione dei rapporti fra Università e Sistema Assistenziale, ma più in generale pone il problema se la Facoltà medica abbia ancora diritto di cittadinanza nel grande corpo dell'Università, o debba costituirsi a sé, come "Scuola di Medicina";
- nella stessa linea, la necessità di finalizzare la ricerca a scopi eminentemente pratici e il carattere sempre meno individuale che compete alla ricerca stessa;
- infine, ad una medicina apparentemente senza frontiere tecniche, si pone il problema delle frontiere etiche, se cioè uno sviluppo apparentemente inarrestabile, debba e possa trovare un limite al di fuori di sé.

Queste che ho enunciato sembrano problematiche particolari, ma in realtà rivestono significati più generali e si dilatano per centri eccentrici fino a sfiorare i massimi sistemi.

In particolare esse si proiettano sul grande problema fondante dell'etica e sui cambiamenti in atto verso un nuovo paradigma sociale e verso un nuovo statuto antropologico.

Esaminando l'organizzazione di un odierno reparto specialistico ad alto contenuto tecnico, come nel caso della cardiologia, vediamo il paziente come colui che viene curato da un'entità medica collettiva, che gli presenta la causa della sua malattia, ma non il senso di essa.

Ogni comunicazione comprensiva fra medico e paziente pare superflua di fronte all'oggettività dei dati clinici che la strumentazione tecnica offre.

Lo specialista, isolando un dettaglio per meglio analizzarlo, tende a considerare la persona come un corpo e non come un'esistenza, ed il corpo come una macchina.

Al più, il paziente viene considerato nel suo contesto lavorativo e sociale, nella incapacità di svolgere il suo ruolo (teoria struttural-funzionale della medicina) o come il soggetto di un disadattamento nei confronti dell'ambiente naturale e sociale (teoria socio-epidemiologica, teoria che il marxismo ha portato alle estreme conseguenze, interpretando il sistema medico-sanitario come apparato ideologico di Stato).

Come reazione a questo stato di cose, si sta però facendo strada un'interpretazione che valorizza la consapevolezza soggettiva della malattia, le differenze culturali nel recepire la sofferenza e il dolore, il ruolo dell'entourage familiare e così via. In altre parole ci si torna a rendere conto che il problema "malattia" è anche un problema culturale, e che la funzionalità del sistema sanitario ha una sua soglia, al di là della quale si trasforma in un effetto boomerang, con la conseguenza che la stessa socializzazione sanitaria finisce con il divenire essa stessa noxa patogena. Per avere una visione completa della situazione, occorre però porsi anche nella prospettiva del medico.

Questi si è visto depotenziato e demonetizzato, trasformato, come ho già detto, in operatore sanitario. Lo stesso processo che già parve portare il medico all'apogeo, pare ora fagocitarlo.

L'Apparato tecnico, politico ed organizzativo, che rende la pratica medica così accresciuta nella sua efficacia, pare ormai in contrasto con la condizione stessa di medico. Questi si rende conto con frustrazione (ma forse ormai con rassegnazione) della sostanziale inutilità finale di ogni sforzo per migliorare l'efficienza, essendo il rapporto costi/benefici destinato ad esplodere di fronte alla illimitata domanda "qualitativa" di benefici che la nostra cultura comporta, e alla altrettanto illimitata domanda "quantitativa", che la stessa medicina genera.

La cardiologia offre molti esempi in questo senso.

Così, i successi ottenuti nella terapia chirurgica delle coronaropatie o nella terapia elettrica dei blocchi cardiaci stanno producendo a distanza di anni dalla sopravvivenza dei primi pazienti trattati, nuove forme nosografiche ed un'ulteriore generazione di pazienti senili.

Ci si rende perciò conto che, se è vero, come si suole dire, che la salute non ha prezzo, essa ha però dei costi, e questi costi tendono all'infinito.

Chi dirige una struttura medica ospedaliera, sa quanto sia difficile motivare i propri Collaboratori, in un'epoca in cui l'organizzazione scientifica del lavoro, il taylorismo, è stato bandito anche dalle fabbriche.

Le teorie "motivazionistiche" urtano contro il peso delle componenti tecnologiche e contro l'impressionante autonomia delle logiche organizzative. Inoltre, il diaframma delle strutture ha attenuato la motivazione filantropica, così che risulta sempre più inefficace il ricorso allo spirito

di solidarietà. È sempre più evidente, in questo contesto, la frustrazione dei primari, carichi di responsabilità ma privi di quell'autorità che un tempo derivava dall'omnicompetenza, autorità che ora non trova sufficiente fondamento nei meccanismi normativi, sempre più inutilmente analitici.

È così che assistiamo nelle nostre strutture ad una vistosa crisi di consenso, ad una difficoltà nell'indicare scopi in assenza di motivazioni, ad una costante ed apparentemente insanabile opposizione fra il principio di competenza ed il principio di gerarchia.

Con un cliente trasformato in utente, il professionismo ha cambiato i suoi connotati trasformandosi in professionalità. Quest'ultima ha cercato una sua motivazione nel prestigio, che è pur sempre un "plus valore" di potere, un potere allo stato potenziale.

È sembrato che il superamento dell'organizzazione burocratica mediante professionalizzazione fosse una via percorribile in molti settori del "Welfare State" e che una maggiore professionalità potesse agire in senso "depolicizzante" nell'ambito di ogni singolo contesto lavorativo. In questo caso, ma forse anche in generale, de-policizzazione può essere meglio intesa come "ri-politicizzazione", ossia come possibilità di irrobustire in senso "strategico" il potere politico, detendendolo dalle pressanti richieste "tattiche" di una società che tende ad autofagocitarsi.

Su questa linea, sta ora acquistando fisionomia una nuova figura sociale, quella del "manager" espressione di un ruolo che si muove negli interstizi fra i quattro poteri fondamentali, burocratico, tecnico, politico e culturale, ma che più specificatamente si pone come interfaccia fra il nocciolo duro della tecnica, e la buccia elastica della politica.

È un ruolo particolarmente difficile in un settore, quello sanitario, dove i bilanci non sono solo contabili, ma il fatturato è soprattutto valutabile in termini sociali. Ma esso è anche un ruolo difficile e potenzialmente effimero soprattutto sulla base di quella che potremmo definire come legge della non cumulabilità dei ruoli (e quindi della loro inconciliabilità, scarsa comunicabilità e difficoltà di passaggio dall'uno all'altro di essi come ben sanno i "tecnici" che hanno tentato di fare i "politici").

Difficoltà, quella della traslocazione di ruolo, relativamente minore nel caso del manager, che per la sua posizione intermedia deve per così dire affrontare solo un mezzo gradino per derubricarsi a burocrate o per autoelevarsi a politico. Tentazione quest'ultima particolarmente insidiosa, perché se è vero che la politica è l'arte delle decisioni, è altrettanto vero che ogni decisione è per sua natura politica. In ogni caso la "professionalità" ha cambiato veste, assumendo sempre più caratteri ludici, autogratificanti, e quindi motivazioni intrinseche, (come già aveva intuito Sigmund Freud, estremizzando al massimo questo concetto).

Assistiamo, in altre parole, al primato, effimero, di incentivi che non sono materiali ma neppure valoriali. A questo proposito un economista di Princeton, Hirschman, ha costruito una teoria "pendolare" del passaggio dal pubblico al privato, e viceversa, ipotizzando che l'energia cinetica al moto del pendolo derivasse via via da un sentimento di delusione, ossia di insoddisfazione dal gioco.

Pare tuttavia che questo modello socio-economico abbia esaurito la sua valenza interpretativa. All'alternante polarizzazione di pubblico e privato si è sostituita la duplice riduzione del pubblico al privato e viceversa. Se è vero infatti che il pubblico ha oppresso il privato, è pur vero che la morte del privato si è tirata dietro la dissoluzione del pubblico.

Si può però pensare a questo processo non in termini negativi, ma come ad un evento positivo, vale a dire non dialettico ma sincretico, non collassiale, ma semmai implosivo, e quindi generatore non solo di perturbazioni ma anche di energie sociali.

In effetti, di fronte all'apparentemente inarrestabile pubblicizzazione del privato, pare si stia progressivamente realizzando un processo inverso di privatizzazione del pubblico.

Ciò significa che la medicina professionalizzata riacquista una quota di professionismo. In altre parole che di fronte alla complessità della galassia assistenziale, riacquista la sua forza selettiva (anche se potenzialmente perturbatrice) quel formidabile mezzo di comunicazione che è costituito dal denaro.

L'interpretazione più approfondita dei fenomeni che ho ora esposto, richiede un passaggio dall'analisi sociale finora svolta alla filosofia sociale.

La tesi di fondo è sempre la stessa: ossia che il mondo della tecnoscienza e quello della medicina in particolare, risentono dell'evoluzione generale della società, della politica ed anche

del pensiero, ma contribuiscono pure a generare questa evoluzione in un rapporto bidirezionale. Come è noto l'interpretazione moderna della società, (la teoria "strutturale-funzionale") si basava sul binomio tutto/parte che è un binomio implicitamente gerarchico. Il progressivo adattamento per differenziazione si è rivelato tuttavia sempre meno compatibile con una struttura gerarchicamente stratificata in termini binari a uno sviluppo via via dicotomico: sopra-sotto; centro-periferia. Ciò a cui abbiamo assistito non è dunque solo una crescente differenziazione, ma un mutamento delle forme della differenziazione; dal paradigma tutto/parte siamo passati a quello sistema/ambiente.

In altre parole, da una differenziazione stratificata si sta andando verso una differenziazione funzionale, descrivibile in termini di processo più che di stato, di relazioni piuttosto che di cose, di percorsi piuttosto che di luoghi, di mezzi piuttosto che di fini, di potere riflessivo e circolare piuttosto che transitivo; di potere informale piuttosto che formale.

È una società non lineare, in cui la semantica dell'individuo si è spostata dall'inclusione all'esclusione. Sono cambiamenti a cui è stato sinteticamente attribuito la definizione di "perdita del centro". Le relazioni sociali sono divenute mere comunicazioni, di cui il soggetto è divenuto semplice destinatario, addirittura prodotto risultante.

La storia non sembra più camminare con le gambe degli uomini ma questi paiono divenuti oggetti passivi della dinamica sociale. L'identità personale, l'individualità, si sposta dai tradizionali strati e contesti di appartenenza, verso una continua, variabile, adattabilità funzionale. Ogni sistema sociale (anche il nostro microcosmo cardiologico) tende così a ricreare indefinitivamente al suo interno ulteriori differenziazioni funzionali, per autoreferenza.

In questa società sistemica, a differenziazione funzionale, sono venuti meno i riferimenti culturali forti, capaci di fornire agli individui un posto sicuro di identificazione; un ancoraggio e una matrice per la loro identità, che ognuno quindi deve inventarsi continuamente.

In particolare sono venute meno le grandi agenzie di senso e di identificazione rappresentate dalle ideologie. Gli avvenimenti macropolitici degli ultimissimi anni, ed in particolare la caduta di conflittualità fra Est e Ovest, hanno addirittura diluito la forza aggregante di quella formidabile categoria dello spirito rappresentata dall'antinomia amico-nemico.

L'eccessivo elevarsi del grado di specializzazione è ormai giunto a rivelarsi assenza di specializzazione nei confronti dell'ambiente, e la società rischia di non sopravvivere a quella che, con voluto paradosso, può essere definita centrifugazione polisistemica interna.

È dunque ormai diventata una questione d'importanza vitale sopravvivere e incorporare le emergenze di senso delle persone concrete e i prodotti dell'interazione soggettiva. È un compito posto in particolare alla Medicina. Infatti il venir meno delle tradizioni culturali, pare avere esaltato il dato della corporeità.

Si prospetta, quindi, alla medicina clinica l'impegnativa opportunità di risalire dal dato della corporeità, per via empatica al Lebenswelt, al mondo della vita, e di qui a quell'oggettività intersoggettiva (il paradosso è di Husserl) su cui occorre basare la rifondazione del sociale.

Questa riflessione investe gli elementi di formazione del discorso sociologico, un discorso ambivalente che arriva a comprendere, da un lato i grandi costrutti sistemici, collettivi, carichi di condizionamenti e di determinismi sui singoli attori sociali, ma dall'altro anche le libere azioni intenzionali dei singoli autori. Il confluire di questi due filoni paralleli in un unico statuto sociale non può essere affidato ad automatismi omeostatici, ma richiede autoriflessione e autoconsapevolezza, il prefisso con esprimendo già un livello di tipo intersoggettivo. Autoconsapevolezza significa che i sottosistemi sociali autoreferenziati (e fra questi la Medicina intesa come sistema Assistenziale) riconoscono la loro natura paradossale: di essere cioè chiusi, producendo differenziazione funzionale via via sempre crescente al loro interno ma anche aperti in quanto la loro esistenza si giustifica per differenza dall'ambiente, e la loro sopravvivenza richiede ormai una compenetrazione empatica con l'ambiente stesso.

Quest'ultimo passaggio introduce al problema del ruolo attuale della Facoltà Medica nell'Università, e della fisionomia generale assunta da quest'ultima. Le difficoltà dei rapporti fra Università e Sistema Assistenziale, ma più particolarmente fra Università e Ospedale, sono note anche fuori dalla cerchia degli addetti ai lavori. Sono difficoltà che vengono generalmente ascritte allo scontro di interessi individuali, corporativi e politici locali, mentre invece una prima profonda difficoltà di interfacciamento risiede nella diversa natura intrinseca delle due realtà.

Infatti, l'Università rappresenta un sistema e come tale esplica una funzione: l'Ospedale rappresenta una organizzazione e come tale fornisce delle prestazioni.

Nell'Università tardo ottocentesca il fine di formazione professionale (fine manifesto, era secondario rispetto al fine latente (ma primario) di formazione delle classi dirigenti. Questo rapporto si sta invertendo. Da agenzia di selezione l'università si è dapprima trasformata in agenzia di socializzazione (esercitando una funzione " tampone" che si è andata saturando) ma tende ora a divenire una semplice agenzia di professionalizzazione (o addirittura di collocamento). E ciò non solo a causa dell'invadenza delle tecnoscienze, dell'industria, dell'economia e della politica, e a causa della formazione ormai policentrica della ricerca, ma soprattutto per il profondo cambiamento di quell'assetto sociale, di cui l'Università dell'800 era ad un tempo prodotto e matrice.

La trasformazione della società stratificata in società funzionale, la promozione e l'integrazione delle classi inferiori, ma soprattutto l'incorporazione dei ceti sociali superiori come forza-lavoro nel grande meccanismo razionale, hanno tolto la sua principale ragione d'essere alla vecchia Università humboldtiana. La quale è sottoposta a forze tangenziali esterne ed interne che tendono a trasformarla da struttura propositiva in struttura adattativa, correndo essa il rischio di perdere per opportunismo i motivi stessi della propria esistenza (propter vitam, vitae perdere causam).

Universitas o multiversitas? Istituzione o organizzazione? Comunità scientifica o Scuola professionale? Sistema od organizzazione? E quindi funzione generale o assemblaggio di prestazioni?

È quanto si chiedono i professori di materie cliniche, sottoposti alla pressione di esigenze assistenziali e di insegnamento pratico, sempre più totalizzanti ed opprimenti. In linea più generale la tendenza "professionalizzante" della Facoltà Medica può essere anche stimata eritropica, e suscitare il timore che si traduca in una costrizione dei respiro intellettuale e in una sofferenza del cervello metodologico generale della Facoltà stessa e che il docente di medicina si trasformi nel semplice fruitore e trasmettitore di una cultura degradata a dato acquisitivo, al solo presupposto della professione.

In altre parole, che il Maestro si trasformi in insegnante e poi fatalmente in semplice istruttore. È un timore che investe più in generale il ruolo e la collocazione della ricerca, come presupposto indispensabile all'insegnamento, e più in particolare della ricerca di base, la differenza fra questa e la ricerca applicata essendo appunto identificabile con quella che esiste fra funzione e prestazione. È un timore al quale ci si oppone ricorrendo al modello sociologico generale che ho prima valorizzato, e richiamando fideisticamente l'incontenibile creatività dei soggetti e la forza emergente delle identità individuali. In questo senso, i problemi della Facoltà Medica si intersecano con quelli generali dell'Università e del ruolo svolto in essa dalla ricerca. Si avverte sempre più la necessità non di opporre, ma di comporre la concezione della ricerca come mestiere con quella intesa come vocazione, la sua pianificazione collettiva con l'estrosità dell'intuizione individuale, il suo ruolo pratico con quello formativo.

Viene alla mente a questo proposito, il compito svolto un tempo dall'istituto della libera docenza nella formazione di quadri apicali ospedalieri, ruolo che non ha ancora trovato un succedaneo.

Queste problematiche, lungi dal ridurre, hanno amplificato il ruolo dell'Università, sempre più identificabile come un'agenzia di acculturazione per l'uomo contemporaneo, che proprio perché uomo senza certezze, non chiude mai la sua partita con il sapere. L'Università si presenta come il luogo elettivo dove si realizza il processo di sintesi fra i vari aspetti della ricerca, quelli oggettivi e quelli vocazionali, che ho sopra menzionato. In particolare è all'Università che spetta il compito, in un momento in cui vi è la tendenza politica a richiedere la finalizzazione della ricerca di base, di fornire motivazioni intellettuali alla ricerca applicata.

È, un processo di acculturazione, quello sopra richiamato, che, come tale, non può prescindere dal corpo storico in cui si sviluppa, e quindi dai grandi fenomeni macrosocietari cui abbiamo assistito in questi ultimi anni. L'impatto dirompente delle integrazioni multinazionali e della mondializzazione scientifico-mercantile ha diluito o addirittura a volte frantumato le integrazioni nazionali e sta esaltando gli ambienti locali come luogo privilegiato di identificazione.

Si è così fatta strada una "cultura dell'autonomia" che sta interessando in senso formativo e normativo anche l'Università. In definitiva una medicina che voglia essere "a misura d'uomo" deve tener conto che questa misura è l'infinito, questo appunto essendo l'orizzonte cui tende l'ansia esistenziale dell'uomo.

Senza tale consapevolezza, gli uomini di scienza, ed in particolare gli operatori della medicina tecnico- specialistica, pur avvolti nei parametri pomposi della verità, rischiano di divenire null'altro che funzionari di un apparato spiritualmente svuotante, proprio mentre si offrono loro formidabili strumenti per contribuire non solo ad una maggiore vitalità, ma anche ad una maggiore libertà in favore dell'uomo.

E all'interno di questo contenuto (basato sulla necessità di riconoscere al lavoro professionale un significato universale, di tessitura non solo immanente ma anche trascendente della vita umana e sociale.) occorre precisare il ruolo delle diverse figure sanitarie-professionali (medico di famiglia, ospedaliero, universitario), per dare certezza di ruoli, competenze ed intenti ed ottenere il massimo di successo con il migliore impiego delle risorse.

Conclusioni

Un altro sconcio della sanità italiana, quello del doppio binario fra pubblico e privato che non soltanto continua ma si rafforza in virtù dei provvedimenti bindiani e del sempre maggior numero di assicurazioni sottoscritte dai ricchi.

Anche perché tali provvedimenti hanno dovuto comunque prevedere il lavoro privato, cosiddetto *intra moenia*, cioè all'interno degli ospedali, che ha condotto alla discriminazione fra ricchi e poveri all'interno delle medesime strutture pubbliche.

Per di più alcuni ospedali, che non sono in grado di garantire lo spazio per studi privati al loro interno, come la legge obbliga, si sono convenzionati con strutture private esterne, le stesse dove i medici hanno sempre lavorato, per garantire questi spazi.

Bisognerà praticare le tariffe che le aziende sanitarie vorranno, ma le due strade, per forza di cose e di legge, continueranno come prima.

I medici di famiglia, giovani e anziani che siano, quando sono bravi gestiscono un numero molto alto di pazienti e incassano uno stipendio di 40/50 mila euro netti, qualunque lavoro, cioè qualunque tempo dedichino davvero al loro impegno professionale.

Devono assistere i loro pazienti dal lunedì al venerdì, dalle otto alle venti di tutti i giorni.

Lavorando 260 giorni all'anno per dieci ore mettono a disposizione dei pazienti quasi due ore all'anno per paziente, un tempo, cioè, davvero misero.

Anche per questo, ma anche per la dequalificazione professionale e la burocratizzazione, i medici di famiglia sono diventati distributori di pillole e di richieste di analisi, contribuendo non poco alle crescenti spese del Servizio sanitario.

Essi hanno rinunciato ad essere il momento fondamentale della medicina, il momento della prevenzione e della cura, della diagnosi precoce e del fiuto che orienta, il momento dell'affettuosa e a volte lunga conversazione col paziente che, molte volte ha bisogno anche di un amico, di un confidente, di uno psicologo che sia anche un medico, appunto, per divenire frettolosi distributori, a volte nemmeno aggiornati, di farmaci e di richieste di analisi, facendo divenire gli istituti di analisi (molte volte privati o convenzionati) e gli ospedali il centro vero della prevenzione e delle cure. E gli ospedali, purtroppo sono, come il carcere, un'istituzione totale.

Una volta che vi si è entrati, ci si deve spogliare e mettere in pigiama, non si può uscire, non si possono ricevere visite, se non in particolari ore, si mangia ad ore fisse e quello che vogliono, si deve obbedire a medici e infermieri. Da uomini si diventa numeri. E si tratta di norme che potrebbero davvero, almeno in parte, essere cambiate!

Sono, comunque, eccessivi i costi della medicina sia per il pubblico che per il privato.

Un giorno di degenza ospedaliera costa al SSN circa quattrocento euro nei casi più semplici, con un'ospitalità in corsie multiple e, spesso, uno stato di degrado degli ambienti che ne fanno poco meno di alberghi a una stella.

Ci pare davvero enorme e sarebbe necessario compiere un'analisi più dettagliata di questi costi e delle loro ragioni.

Le parcelle delle cliniche private sono molto maggiori, le parcelle dei medici per le visite private sono da vera e propria rapina: si va da un minimo di 50 euro ai 150 dei primari ospedalieri e degli ordinari universitari.

Si aggiunga che molte volte non viene né chiesta né rilasciata ricevuta e si avrà un'idea dei guadagni dei medici privati, dei "grandi" medici. Un primario che visiti ogni giorno otto pazienti nelle quattro ore del pomeriggio a 100 euro ciascuno incassa 800 euro al giorno, cioè tremila euro in cinque giorni della settimana, circa 12 mila euro al mese!

Il Servizio Sanitario Nazionale costa molto e funziona non sempre bene per alcune verità che vanno dette. La prima riguarda la diversificazione del paese: tranne poche isole felici è molto difficile avere un servizio a livello europeo nel Lazio (a Roma tutti quelli che possono vanno in celebri e care cliniche private) e a sud di Roma; c'è una riprova di questa verità nel fatto che molti meridionali affluiscono negli ospedali del Centro-Nord, come quello di Careggi a Firenze, davvero popolato di presenze extrafiorentine ed extratoscane.

Ci sono gravi ritardi nelle forniture di macchine, nel mantenimento delle strutture edilizie, è certamente ipotizzabile un passaggio di mazzette, che ci preoccupa più per l'aggravio di spesa che per ragioni morali.

Ci sono spese che andrebbero soppresse, come quelle per le cure termali, ormai da tempo giudicate inutili, e che infatti non ho mai visto prescrivere da nessun medico serio.

Sono luoghi di puro divertimento, di relax, naturalmente, sono una fruttifera industria residuo di una medicina di altri tempi. Un atto di coraggio sarebbe necessario: chi vuole ci vada integralmente a proprie spese!

C'è, al contrario una spesa troppo bassa e quindi un servizio inesistente di appoggio agli anziani. In un Paese che vede crescere ogni anno il numero degli anziani e diminuire, in proporzione, quello dei giovani il bilancio della sanità resta sostanzialmente stabile e ciò già vuole dire che le malattie degli anziani o sono meno curate o tolgono spazio, nella spesa, alle malattie dei giovani e degli adulti. Mancano, poi strutture davvero valide per il ricovero di lungo periodo di anziani non autosufficienti o malati seriamente, che pesano assurdamente sugli ospedali.

Tutto questo vuole dire che di anno in anno le spese per la sanità calano e non aumentano!

Per non parlare dello scandaloso stato delle case di riposo; spesso sono veri e propri lager, nei casi estremi scoperti e denunciati, ma che molte volte sono borderline, e vivono fra vergogne taciute e scandali sommessi, con rette da fare paura e sovvenzioni dei Comuni.

Per intervenire occorrerebbe un maggiore ruolo autonomo nella salute delle Università e delle Regioni, sopprimendo il centralismo del Ministero della Sanità.

Le Università, che gestiscono direttamente, con le loro Facoltà di Medicina, una serie di cliniche nelle città italiane che sono loro sede, dovrebbero ampliare di molto il loro intervento con iniziative di ricerca e di cultura molto alte messe al servizio del Servizio Sanitario Nazionale e dei privati, a tariffe convenzionate, in modo diretto ed autonomo e non correlate a servizi ospedalieri non dipendenti dalle Università.

Si costituirebbe così un polo di cure molto alto, una molteplicità di politecnici della salute che sarebbe di stimolo per tutte le strutture ospedaliere.

I medici che insegnano e curano nelle Università non devono avere né limitazioni né dipendenza alcuna dalle aziende sanitarie e dal Servizio Sanitario Nazionale.

Le Università devono essere, rispetto ad esso, come un semplice privato.

Così, per esempio, a Firenze il Policlinico di Careggi dovrebbe essere soltanto un insieme di cliniche universitarie, soltanto convenzionate con la Regione e il SSN, ma in nessun modo un ospedale. Nella città ci sono altri ospedali, quelli sì, pienamente dipendenti dal SSN, che dovrebbero, però, essere aperti allo studio e alla sperimentazione degli studenti.

Il ruolo delle Università deve tornare ad essere un ruolo dirigente, stimolante, in diretta concorrenza, perché la concorrenza è sempre positiva, con gli ospedali.

Le Regioni devono tornare ad essere, o meglio, cominciare ad essere, federalisticamente, le esclusive responsabili dei servizi sanitari.

Fermo restando che nel Paese l'assistenza sanitaria è pubblica ed estesa a tutti i cittadini qualunque sia il loro reddito, ciascuna regione dovrà farsi le sue leggi e la sua organizzazione, dovrà stabilire i salari del personale, le norme per il reclutamento in piena autonomia.

C'è il rischio (teorico perché già ora la situazione è purtroppo diversa in zone diverse del Paese) che aumenti il divario fra l'organizzazione dell'assistenza, per esempio, in Campania e in Lombardia.

Ma già è, appunto, diversa.

Cambiare, dare responsabilità, potrebbe spingere al miglioramento.

Del resto riteniamo che l'attuale centralismo, col Comitato dei farmaci, con l'Istituto superiore di sanità, ecc. sia in palese contrasto con la Costituzione. Bisogna sopprimere il Ministero, tutti gli organi centrali, rappresentanti di un'elefantasca burocrazia, e dare ad ogni regione piena libertà di scelta.

Se vorrà un Istituto di Sanità, se lo farà, se vorrà un comitato dei farmaci lo farà.

E non dovrà essere uno scandalo se una regione liberalizzerà la droga e un'altra no, se in una si potrà abortire e in un'altra no: anche questa è una civile e democratica competizione.

Noi crediamo che il federalismo sia la più essenziale e la più urgente battaglia democratica.