



**NOI MEDICI**

**PROFESSIONE E SALUTE,  
LA CRISI DEL SERVIZIO SANITARIO**

*a cura di*  
**Francesco Jori,**  
**Fabrizio Cardin**



# INDICE

INTRODUZIONE	
Perché queste pagine .....	3
<i>di Fabrizio Cardin</i>	
PREFAZIONE	
Una sanità in codice rosso .....	4
<i>di Francesco Jori</i>	
LE TESTIMONIANZE	
Un lavoro che non ti manda in pensione .....	6
<i>di Fabrizio Cardin</i>	
L'importanza della relazione .....	11
<i>di Antonella Bau</i>	
A tu per tu con la sofferenza .....	13
<i>di Benito Ferraro</i>	
Mantenersi "giovani" geriatri .....	16
<i>di Alessandro Franchin</i>	
Curare prendendosi cura .....	24
<i>di Patrizia Longo</i>	
Sanità pubblica stravolta .....	27
<i>di Patrizia Magnanini</i>	
La terapia dell'ascolto .....	29
<i>di Andrea Mosconi</i>	
Oncologia tra luci ed ombre .....	32
<i>di Maria Ornella Nicoletto</i>	
Cambiare la governance .....	35
<i>di Giovanna Pisana</i>	
Centrale il rapporto con le famiglie .....	37
<i>di Franco Pisetta</i>	
Un passo indietro per un passo avanti .....	42
<i>di Polamarasetti Thrinadha Rao</i>	
Un circolo vizioso da spezzare .....	44
<i>di Andrea Spagna</i>	
Abbiamo vissuto anni straordinari .....	50
<i>di Francesco Zaccaria</i>	
Autori dei racconti .....	54



# INTRODUZIONE

## Perché queste pagine

*di Fabrizio Cardin*

Siamo nel pieno di una evoluzione antropologica che sta cambiando le energie a nostra disposizione, l'attesa di vita, la voglia di sentirsi attivi e partecipi ben oltre il ciclo vitale a cui fino a poco tempo fa eravamo destinati. A questo si somma la velocità del cambiamento tecnologico che apporta e fornisce a molti strumenti impensabili nel giro di pochissimo tempo. Se poi si pensa che Annibale e Napoleone hanno varcato le Alpi con gli stessi mezzi si capisce come il nostro essere uomini, professionisti e mortali ci ponga, oggi "problemi di adattamento".

Quando ci si confronta con il bene nostro più prezioso: la salute che abbiamo deciso da uomini moderni di affidare ad un sistema esterno a noi di regolazione e protezione, le problematiche diventano complesse.

Un filosofo della medicina ha chiamato "patto per la salute" questo rapporto tra Cittadini, Stato e chi è stato delegato ad attuarlo: il Medico.

Che questo "patto" si stia incrinando e che abbia bisogno di aggiustamenti è evidente a tutti. Nella triangolazione di questo accordo tra cittadini, servizio sanitario e gestori della professione di cura, abbiamo voluto esprimere, con questa raccolta di esperienze professionali, il vissuto di questi cambiamenti.

I medici che hanno composto questo scritto sono quelli che, chiunque frequenti le corsie degli ospedali, corridoi di poliambulatori o pronto soccorso, trova impegnati a curare, discutere tra di loro e con i pazienti, scrivere referti e relazioni cliniche. Medici che nella loro vita professionale dalla laurea al pensionamento hanno condiviso difficoltà formative, impegni familiari, dedizione professionale.

L'obiettivo rivolto a chi non medico legge questo opuscolo è quello di fare conoscere una parte di realtà della professione medica non nota, a chi si accinge a diventare medico di offrire uno sguardo su come sia cambiato l'essere medico, a tutti di fare percepire il rischio di perdere un patrimonio di efficienza, di capacità e di protezione che è rappresentato dal nostro Sistema Sanitario Nazionale.

## **PREFAZIONE**

### **Una sanità in codice rosso**

*di Francesco Jori*

In pessimo Stato. È una cartella clinica impietosa, e al tempo stesso un implacabile atto d'accusa, quella compilata dalla Fondazione Gimbe sulla sanità italiana. I capi d'imputazione sono eloquenti: alla cura della salute dedichiamo 52 miliardi in meno rispetto alla media europea; gli investimenti per la prevenzione sono diminuiti del 18 per cento; nel solo ultimo anno i costi a carico delle famiglie sono saliti del 10 per cento; quest'anno 4 milioni e mezzo di persone (600mila in più del 2023) dovranno rinunciare a curarsi, più della metà dei quali per mancanza di soldi, il resto per carenza di medici. Per la salute pubblica l'Italia spende 2.473 euro l'anno a cittadino, contro i 3.644 della Francia e i 4.504 della Germania. I tempi d'attesa rimangono biblici, i pronto soccorso sono più che intasati che mai, il futuro immediato è da prognosi riservata.

Purtroppo è destinata a peggiorare già a breve, questa situazione, come certifica il documento di economia e finanza varato dal Consiglio dei ministri. Il rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo calerà dal 6,7 per cento del 2022 al 6,1 del 2026, con un irrisorio incremento del finanziamento insufficiente a coprire perfino il rincaro dei prezzi. Una sola cosa aumenta: l'incidenza della sanità privata, pagata con il pubblico denaro. Negli ultimi dieci anni le strutture ospedaliere convenzionate sono raddoppiate, e sfiorano la metà del totale; quelle di specialistica ambulatoriale sono sei su dieci; quelle riabilitative otto su dieci. La spesa sanitaria totale è cresciuta di 4,2 miliardi, segnala l'Istat: sì, ma a carico esclusivamente delle famiglie, tra spesa diretta e fondi sanitari o assicurativi.

A essere sotto accusa non è solo l'attuale governo. Il rapporto Gimbe spiega che questa è la regola da almeno quindici anni, con otto diversi esecutivi di ogni colore politico, inclusi quelli tecnici: tutti, senza eccezione, hanno considerato la sanità non come un investimento di base, ma come un costo da tagliare. Con un'aggravante specifica: per ricorrere alle parole testuali del

documento Gimbe, “hanno scelto di ridurre il perimetro della tutela pubblica per aumentare i sussidi individuali con l’obiettivo di mantenere il consenso elettorale”. Una gestione clientelare, che non si è limitata a definanziare i fondi per la salute pubblica: ha finito per alimentare inaccettabili diseguaglianze territoriali, e per sostituire il servizio sanitario nazionale con 21 sottosistemi, uno per Regione. Con esiti scandalosi: 15 Regioni hanno i conti in rosso, solo 13 rispettano gli standard essenziali di cura, il deficit complessivo è di un miliardo e mezzo, quasi il doppio del 2020.

Per completare una cartella clinica da rianimazione, a questo quadro nefasto si accompagna (e in larga parte ne è la conseguenza) la forte demotivazione del personale: tra il 2019 e il 2022 se ne sono andati 11mila medici, e già 2500 si sono aggiunti nel primo semestre 2023; gli infermieri sono 6,5 ogni mille abitanti, a fronte di una media dei Paesi Ocse di 9,8. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, stabilisce l’articolo 32 della Costituzione. Una politica scellerata le sta praticando il suicidio assistito.

## LE TESTIMONIANZE

### Un lavoro che non ti manda in pensione

*di Fabrizio Cardin*

La memoria non è solo il tributo che si paga alla vecchiaia, ma può essere un contributo all'evoluzione sociale e civile quando questa parla di eventi che segnano il presente. Se poi il presente è problematico c'è sempre la possibilità esprimendo le esperienze vissute di vincere almeno nei tempi supplementari, ovviamente se l'ansia e la depressione per il tempo trascorso non prendono il sopravvento. La memoria corre su tutto, e quello che è capitato durante l'attività lavorativa a tutti lascia segni, soprattutto per capacità tecniche ed esperienza acquisite. Per alcune professioni però qualcosa si confeziona addosso ed è difficile tenere l'esperienza maturata solo nell'ambito della memoria.

La professione del medico, come per altre professioni che si svolgono a stretto contatto con la società e che incidono nell'ambito civile, difficilmente ti lascia in pensione. Non solo per la fortunata possibilità di potere continuare ad essere utile, ma anche perché permette di acquisire un occhio esperto sul valore benessere e sul principio dell'assistenza pubblica. La sensazione di non avere completato quello che si stava facendo deve essere anch'essa, come la memoria remota, qualcosa tipica dello spirito che invecchia.

Esiste però qualcosa peggiore della sensazione di incompletezza, la constatazione di lasciare il proprio lavoro peggio di come lo si è trovato. La Medicina evolve e sempre nella direzione del suo miglioramento, però scienza, tecnica, salute, benessere, assistenza e professionalità sono variabili non sempre bene coniugate tra di loro. Solo la salute tra queste variabili si riferisce ad un valore fisso e bene identificabile da tutti, in tutte le latitudini del mondo, tutto il resto risente di influssi economici, civili e ambientali. Alla professione medica per contratto viene affidato il compito di mantenere la salute della società, ma il medico si trova ad affrontare questo compito facendo i conti con tutto il resto.

Abbiamo pensato di scrivere questo libro come medici in pensione, o meglio come medici che hanno raggiunto la possibilità di liberarsi da un contratto

di lavoro che può imporre il dovere di non criticarlo. Siamo quindi liberi dall'angustia di potere fare solo i whistleblower (soffiatori di fischietto), e possiamo cercare di fare emergere dalla nostra esperienza, cosa ha determinato la cattiva coniugazione, di cui ci lamentiamo, di tutte le variabili che incidono sulla salute delle persone. I medici che si pensionano oggi hanno vissuto un cambiamento altrettanto forte di quello vissuto dai nostri predecessori quando si è passati dal sistema delle mutue al servizio sanitario nazionale. Si tratta del principio di aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale.

Questo principio aveva convinto quasi tutti noi, un po' perché portato avanti da forze sociali che credevano nell'universalità ed uguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari, un po' perché si pensava di potere limitare spinte a spese sanitarie inappropriate. L'idea che il SSN dovesse non spendere più risorse di quante assegnate in realtà ha determinato quello che si pensava combattere: la difficoltà ad accedere alle cure necessarie a tutti. Le risorse come tutti dicono non si sono mantenute adeguate, e la gestione di queste si è sempre più inesorabilmente spostata dal controllo dei medici, che soli sono rimasti a fare i gatekeepers (guardiani dell'accesso) di cancelli tanto stretti che i Pazienti si accalcano nel passare e vi possono infrangere accanendosi poi contro di noi.

Non siamo immuni da colpe, la principale deriva dal sempiterno conflitto tra etica e guadagno, tra carriera e indipendenza professionale. Esiste poi il rapporto, spesso non dominato, con la scienza travolgente e il fatto che i medici per loro scelta o per un calcolo indotto non sono mai stati professionalmente uniti. Le categorie lavorative in cui si trovano hanno sempre alimentato conflitti e scarsa unità quando si trattava di affrontare gli avversari della professione. Anche in questo caso le categorie del corporativismo e della politica professionale possono confliggere. L'Ordine dei Medici è preposto al controllo di questi difficili equilibri, ma la sua strutturale debolezza derivante dal limbo in cui è posto tra interessi professionali, tutela del cittadino e sindacalità, lo relega a posizioni secondarie nella programmazione sanitaria.

Molti medici hanno tentato di superare questi limiti attraverso l'impegno politico e tanti sono coloro che si sono schierati politicamente, diventando però solo corresponsabili dei problemi sanitari attuali. I medici per il loro lavoro possono portare consenso ai partiti che però poi lo perpetuano con logiche anche lontane dai principi ispiratori della professione medica. Le vicende professionali di medici che hanno esercitato nel sistema sanitario nazionale possono essere legate ad aspetti individuali e alla specifica prospettiva di lavoro. Abbiamo però pensato di raccogliere in questa pubblicazione perché se escono univoche valutazioni problematiche, allora la disamina della crisi del sistema sanità ne sarà migliorata da una prospettiva più interna.

Ho scelto di studiare medicina perché avevo visto in TV lo sceneggiato Cittadella di Cronin e mi aveva affascinato Alberto Lupo che medicava i minatori, e mia mamma mi ha iscritto perché pensava sarei diventato ricco. Poi però non ho mai salvato minatori e non sono diventato ricco, ma ho cercato sempre di coniugare nella maniera più rispettosa dei miei pazienti socialità e dignità professionale. La fortuna di trovare un maestro per la mia professione l'ho scontata rapidamente quando poi è morto precocemente e non sono più riuscito a trovare qualcuno che potesse rimpiazzarlo nella mia ancora prematura formazione. Comunque mi era stata tracciata la strada dello Specialista Ospedaliero che ha soddisfatto la mia passione per lo studio, perché i pazienti si rivolgono ad uno specialista per avere la gestione determinante del loro problema di salute e bisogna esserne all'altezza.

A questo ho dedicato molti anni di formazione che ho ottenuto difficilmente perché non esisteva il numero chiuso e gli accessi a medicina sono sempre stati allargati e chiusi a fisarmonica per obiettivi altri, rispetto ad una seria programmazione del numero necessario di medici. Allora tutti potevano iscriversi a medicina perché erano gli anni dello sviluppo sanitario, e tanti studenti servivano per sdoppiare cattedre, aumentare i reparti e i primariati con manovalanza a basso o come è capitato per molti anni a me e a molti colleghi, a nessun costo. Eravamo in quattrocento per corso e i corsi erano sei, vedevo il Professore dal sesto o settimo rango di scranni perché essendo fuori sede arrivavo sempre in ritardo, fino a quando smisi di frequentare quelle lezioni che a differenza di quelle del liceo avevano solo queste affascinanti aule a gradoni che dovevano avvicinare di più gli studenti al docente, ma alla fine ne aumentavano solo la ieraticità. Per molti anni ho guadagnato facendo turni notturni di guardia medica che dicevano avevano inventato per trovare il modo di pagarci senza farci smettere di lavorare gratis negli ospedali.

Gli inizi di ogni carriera devono essere difficili specie per professioni prevalentemente di tipo intellettuale, così tutti cercano di attrezzarsi al meglio per potere guadagnare e formarsi una famiglia, però se a trovarsi in questa posizione è un medico le risorse che può mettere in campo sono molte e non tutte possono andare verso una corretta gestione della salute dei suoi pazienti. La mia generazione, quella dei boomers della sanità ha risentito profondamente di questa mancanza di programmazione degli accessi alla scuola di medicina. Non che non fosse comodo iscriversi a medicina senza fare esami di ammissione, però la selezione era comunque fatta da esame terribili di sbarramento (come anatomia o clinica medica) che si studiavano per un anno intero e poi passare o meno l'esame comportava una buona dose di fortuna, legata all'estro di docenti che avevano costruito la loro fama sul terrore che seminavano agli

esami spesso modulato da un: “Le porto i saluti di...”. Le vittime sono state molte di questo sistema di studi non ben dosato nei fondamenti della preparazione medica che deve coniugarsi nel: Sapere, Sapere Essere e Sapere Fare. Penso che la vittima più grave sia stato un mio compagno di studi che non superando l'esame di Anatomia fu costretto a partire militare e vittima di nonnismo si suicidò.

Sono convinto che questi inizi di carriera abbiano piegato la schiena di molti di noi, generando quel misto di: giusto ridimensionamento della figura patriarcale del medico, pessimo adattamento agli interessi di chi teneva i cordoni della borsa (case farmaceutiche in primis), necessità di seguire mode di benessere, subalternità ai poteri, che estranei alla medicina ne hanno progressivamente sempre di più condizionato lo sviluppo. Ha scritto un filosofo della scienza medica che quando la scuola di medicina e lo stato laurea un medico lo fa perché egli divenga il gestore di quel contratto che la società stabilisce per preservare la salute dei cittadini. Gestire un contratto che mette in campo grande parte dei soldi che tutti noi versiamo in tasse certamente implica la concorrenza di molte professionalità, di capacità programmatiche, interessi ed appetiti che nel tempo hanno sovvertito i pesi delle forze in campo.

Ho visto passare questo cambiamento: da quando nello studio del mio primario vedevo venire a chiedere consigli politici e direttori di ospedale, a quando poi con insistenza e a volte minacce, bisognava chiedere appuntamenti, quasi sempre negati, per incontrare i gestori delle stesse cariche regolatorie per fare presente necessità e bisogni di pazienti e medici. Certamente è difficile gestire la realtà complessa di un ospedale fatto di migliaia di operatori, di una città intera che vi gravita, quando non è una intera nazione in enormi strutture sanitarie di riferimento. Però quello che ho più percepito è stata la progressiva insoddisfazione di chi ci lavora.

Se si accosta l'orecchio a qualche capannello di medici o infermieri nei cortili dell'ospedale sempre di più si sentono lamentele. Diviene critico pensare quale entusiasmo lavorativo gli stessi operatori sanitari possano poi trasmettere nelle cure e assistenza ai pazienti. Riconoscimento economico, possibilità di carriera e gratificazione intellettuale in quello che si fa, dovrebbero essere mixati tra di loro in modo che almeno due su tre di questi valori debbano essere soddisfatti. Per me tardivamente è arrivato il riconoscimento economico, persa è stata la possibilità di carriera e con i denti mi sono aggrappato alla gratificazione intellettuale di quello che facevo. Quindi potrei pensarmi quasi soddisfatto dal mio passato lavorativo.

Ho fatto lo specialista ospedaliero gestendo attività cliniche invasive e ho operato con strumenti che sempre impaurivano chi vi si sottoponeva. Sempre

di più ho sentito negli anni crescere la necessità di migliorare la performance di quello che facevo legata spesso alla maggiore ansia dei pazienti che spesso è la sola causa che li porta a sottoporsi agli esami. È decisamente cambiato nel tempo l'incidenza di alcune malattie che diagnosticavo e prevalente è diventata la necessità di rassicurare i pazienti che non hanno nulla di grave. Spesso per questo non basta un solo parere medico ma diventa costume diffuso lo Shopping specialistico. Cercare più valutazioni specialistiche con possibilità che siano discordanti probabilmente su aspetti minori è pratica diffusa, lasciando incertezze a chi ricerca questa gestione dei propri problemi di salute. Per i medici che gestiscono questi pazienti diviene sempre più difficile dire: "stai tranquillo non è nulla di grave" assumendo su di sé tutta la loro carica ansiosa. Fare questo decine di volte al giorno porta al burnout o a cercare scappatoie di acccondiscendenza spesso anche queste non risolutrici.

La diagnosi di una malattia è quasi sempre non difficile, esistono errori diagnostici che finiscono sui giornali e sono sempre questi che pesano di più. Io in quarant'anni di attività ne ho fatti cinque, non sono finito sui giornali, ma sempre li ho presenti. Ricordo che agli inizi quando facevo la guardia medica una notte ricevetti la telefonata di un padre che chiedeva una visita al figlio che aveva una minima alterazione febbrile, risposi che era una cosa che poteva gestire senza il mio intervento e mi sono sentito rispondere: "non sono un medico per decidere se questa sia una cosa grave o meno".

Questa risposta mi ha poi sempre condizionato ogni qualvolta un paziente mi pone un problema che ho sempre cercato di non considerare banale, progressivamente però è cresciuta la complessità delle risposte che i Pazienti si danno dei loro problemi banali. Mi piacerebbe dispensare il benessere che tutti noi cerchiamo, che risponde alla complessità della vita di tutti i giorni, però questo implica anche una diversa organizzazione della sanità che sia più adeguata alle aspettative moderne. Mi fa sempre più arrabbiare leggere sui quotidiani asseriti e autocelebrativi successi di colleghi nel trattare complessità di malattie rare a fronte delle difficoltà che trovano tantissime persone a fare una visita e a cercare conforto ospedaliero per un anziano con molte più frequenti patologie. Anche questo è cambiato nel tempo con sempre più spazio nei giornali ad argomenti sanitari nella male ponderata esigenza di diffondere cultura sanitaria. È dimostrato che al Collega che si presta a questa diffusione di argomenti sanitari il giorno dopo aumenta la richiesta di visite private. Non è difficile trovare un amico giornalista disposto a scriverti un articolo celebrativo. Anche questo mi è capitato e dal quel lontano giorno ci sono dei colleghi concorrenti che non mi salutano più.

# L'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE

di Antonella Bau

Luca ha 45 anni, è un giovane imprenditore, impegnatissimo e di successo, è sposato con Anna e insieme hanno due figlie. È fondamentalmente sano e i suoi problemi di salute, di solito li risolve così: chiede consiglio a qualche cliente su chi sappia essere il miglior specialista in giro; ancora meglio vanno le cose quando, qualcuno dei suoi clienti è anche medico: così la via è più diretta e perde meno tempo. Ha avuto bisogno di me, solo poche volte, quasi sempre per richieste provenienti da qualche Specialista “suo amico”.

Un giovedì sera Anna, la moglie, mi telefona in ambulatorio, sono le 20 passate, e lei si scusai per l'ora un po' tarda (è tradizione che l'ambulatorio del giovedì si protragga ben oltre l'orario formalmente dichiarato ma non è da loro chiamare fuori orario); mi dice che Luca da qualche giorno non si sente bene, spiega che la segretaria personale di Luca ha contratto il Covid la scorsa settimana ma ha continuato a lavorare, e che Luca stesso da 4/5 giorni ha qualche linea di febbre massimo 37.7 un po' di tosse secca ed è molto” stressato, nervoso” perché sentendosi stanchissimo da non reggersi sulle gambe non rende come al solito nel suo lavoro. È così nervoso che lo psichiatra che lo segue gli ha consigliato di aumentare un po' gli ansiolitici e gli ha raccomandato di non abbandonare l'antidepressivo. Quello che preoccupa di più Luca è la nausea terribile che gli impedisce di mangiare e bere da almeno 3 giorni. Anche l'intestino non va bene, non scarica da più di 8 giorni (ma non è la prima volta!). Dottoressa mi dice “*Non so più cosa fare con quest'uomo!!*”

Anna è un fiume in piena, tra le varie cose che dice almeno due attirano la mia attenzione (la grande stanchezza di Luca in un quadro di infezione virale e l'alvo bloccato da una settimana); si dà il caso però che anch'io a fine giornata mi senta stanca e per come lo conosco dubito che se mi offrissi di aspettarlo lui verrebbe in ambulatorio, lo riterrebbe penso un giro a vuoto inutile e io non ho voglia di cadere nella trappola di una visita a domicilio a tarda ora per un “Super uomo che avrebbe potuto farsi vivo in un'ora più decente.

Me lo può passare al telefono chiedo ad Anna? la voce di Luca non corrisponde a quel che ricordo di lui: è affranto, prostrato, non ha dolori di pancia, dice, ma una nausea fortissima con qualche conato di vomito anche se non ha

mai vomitato. *“Non c’è qualcosa che posso prendere subito? Anche un’iniezione purché mi passi devo assolutamente tornare al lavoro e io non posso perdere tempo”*. Penso: *“Un tempo mi sarei incazzata ora sono diventata più brava ad evitare la trappola di rispondere alle domande cretine ma a questo qui, di cui io so poco o niente, devo comunque dare una risposta, so che la cosa giusta sarebbe visitarlo ma ...”*.

Decido di giocarmela raccontandogli come io vedo la sua situazione. Seria, meritevole di visita medica non procrastinabile e credo di alcune indagini strumentali ulteriori, insomma o viene subito in ambulatorio e dopo è possibile che io stessa lo invii al PS o si rechi al Pronto Soccorso direttamente. *“mi dica subito cosa pensa di fare in modo che io abbia certezza che prenderà una decisione immediata e concreta”*. L’efficienza dell’imprenditore torna a galla pur nella prostrazione, mi dice che ora ha deciso. Non si fa portare da Anna in Ospedale per via delle bambine che resterebbero sole, ma sta così male che chiamerà lui stesso il 118. Grazie mi dice, ora ha capito cosa deve fare! Ci salutiamo non prima che io gli abbia offerto di chiamare per lui il 118 e spiegare la situazione, *“No dottoressa grazie lo faccio io”*.

Nonostante il suo tono tranquillo e determinato io mi sento in colpa. Il giorno dopo Anna mi chiama: lo hanno ricoverato, in effetti è sub occluso ma ha anche una polmonite bilaterale interstiziale ed è sotto ossigeno. Grazie dottoressa siamo proprio arrivati in tempo. 15 giorni dopo, Luca mi chiama: non me lo aspettavo! Dice che sono la prima persona che ha chiamato al suo rientro a casa. *“Grazie per tutto quello che ha fatto per me e per la mia famiglia”* (????) Secondo lui è stato molto! La voce gli si incrina, dice che non dimenticherà mai questa esperienza, si è sentito così fragile, insicuro, la sua vita sarà diversa. Penso che entrambi avremo molto su cui riflettere.

*Questa situazione è stata discussa in alcuni contesti formativi, vi riporto alcune delle considerazioni emerse. In questa storia traspare l’umanità del medico, la sua stanchezza, le sue emozioni, anche l’irritazione verso il paziente (anche questo è molto umano). La difficile posizione di crocevia del Medico di famiglia tra paziente, familiari e PS e la attenzione con cui il medico si muove in questo scenario. Traspare soprattutto l’importanza della relazione, la capacità di superare un pregiudizio (di sicuro mi chiama solo perché gli serve una impegnativa ...) e quella capacità di ascolto e quella conoscenza che, per quanto sporadici siano stati gli incontri negli anni, consente di percepire la differenza, la discontinuità di questo momento... “la voce non corrisponde a quel che ricordo di lui”... l’ora stessa in cui la moglie chiama è inconsueta. La gratitudine finale, stupisce la narratrice ma non chi ascolta, perché si sente una relazione professionale solida, di ascolto reale, “nonostante le fatiche, nonostante tutto”*.

## A TU PER TU CON LA SOFFERENZA

*di Benito Ferraro*

Boomer, laureato all'epoca della plethora Medica, all'indomani dell'istituzione del servizio Sanitario Nazionale e della Guardia Medica. In quegli anni gli Specializzandi non percepivano borse di studio, nel frattempo erogate regolarmente in molti stati dell'Unione Europea; in Italia la norma sarebbe stata recepita solo nel 1991. I neolaureati iniziavano la loro gavetta dalla Guardia Medica per poi passare a fare il MMG o lo specialista ambulatoriale. In quel contesto storico un neolaureato fuori corso, fuori sede, appena sposato e dopo un anno di servizio di leva militare, non aveva molte possibilità di occuparsi stabilmente, né di avviare attività libero professionale senza dover fare debiti onerosi e non avendo da dare garanzie.

Così iniziai come volontario in un reparto di Chirurgia Ospedaliera su consiglio di amico e Collega che già lo frequentava. In quegli anni erano ancora presenti modelli organizzativi antecedenti alla riforma del SSN. Quelli che oggi chiamiamo reparti o strutture, dipartimenti, si chiamavano Divisioni, retaggio di un linguaggio militaresco. Stanzoni di degenza da 12 o addirittura 24 letti, edifici fatiscenti, primari irraggiungibili, maestri di Chirurgia, Colleghi gelosi del proprio sapere e del saper fare. L'unica arma a disposizione era quella di accettare di entrare in Sala Operatoria e rimanervi delle ore a "tirare zappe", cioè divaricare con appositi strumenti (divaricatori) per consentire all'operatore di turno di accedere alla cavità addominale o toracica in condizioni ottimali di visualità.

Ma quel tipo di zappe non dava da mangiare, e pertanto si fece strada l'idea, o meglio la necessità, di cercare qualcosa che potesse fruttare un pur minimo guadagno. L'occasione mi fu offerta da un altro amico e Collega dentista, il quale mi chiese di andare a dargli una mano nel suo studio; cominciai così a raggranellare un po' di denari. Nel frattempo fui ammesso alla scuola di Specializzazione di Chirurgia Generale, e non per esclusivi meriti personali. Agli Ospedalieri erano riservati alcuni posti nelle scuole di specializzazione, e quella volta toccò a me e ad una Collega.

La frequenza nei reparti e alle lezioni era obbligatoria, tuttavia dal punto di vista della compatibilità con altri lavori, non c'erano paletti. L'Italia infatti

non si era allineata alla normativa europea riguardo alla retribuzione degli anni di specializzazione con l'assegnazione di borse di studio. Così pensai di cogliere ulteriori occasioni di lavoro. Le allora Unità Socio Sanitarie Locali, che comprendevano oltre al territorio anche i cosiddetti Stabilimenti Ospedalieri, diedero la possibilità agli specializzandi di fare turni di guardia notturni e festivi nei reparti, retribuiti con gettoni di presenza. Accettai, e così i carichi di lavoro aumentarono significativamente.

Ma non finì così; ancora una volta un Collega, Ginecologo Francese temporaneamente in Italia, doveva rientrare a Parigi finito il periodo di frequentazione in un Ospedale Italiano, e per questo rinunciava a svolgere un lavoro appena iniziato. Si trattava di fare il Medico termalista presso le strutture alberghiere della zona termale di Abano e Montegrotto, sedi di cure termali per gran parte dell'anno. La prima occupazione prevedeva l'assistenza agli ospiti di un albergo della zona, dalle 5 alle 10 della mattina durante l'orario di cure riservato ai fanghi. In pratica una presenza medica giornaliera per eventuali urgenze, consulti, prescrizioni, visite ambulatoriali. Divisi l'incombenza con un Collega con il quale ci alternavamo; ma non rinunciai nemmeno questa volta. E per non farmi mancare nulla, arrivarono anche i turni di Guardia Medica e le sostituzioni di MMG, primi passi per poi proseguire nel percorso di convenzionamento con il SSN come Medico di Medicina Generale o specialista ambulatoriale nel territorio.

Io scelsi di proseguire con la specializzazione in Chirurgia Generale e, contemporaneamente, continuare a lavorare in altri ambiti; così per i primi 7 anni del mio percorso lavorativo sveglia alle 4 del mattino per assistenza alle cure termali, quindi dalle 10 in poi Ospedale con attività di reparto, ore e ore di sala operatoria, poi guardie notturne e festive, sostituzione di Colleghi di Medicina Generale, Alcune mezze giornate fisse nello Studio Dentistico. Arrivai a fare 16 turni di guardia tra Ospedale e Guardia Medica. Il risvolto della medaglia furono i guadagni, che cominciarono ad essere interessanti e soddisfacenti, tanto da potermi permettere l'acquisto di una nuova auto, di far crescere la famiglia e fare qualche viaggio che prima non potevo concedermi.

Quanto e come condizionarono la mia crescita professionale quegli anni in cui m'impegnai in attività diverse e talvolta lontane da quella che avevo scelto come principale interesse: la Chirurgia? Dal punto di vista tecnico ritengo nessun condizionamento negativo; in chirurgia non è il tempo che conta, ma la costanza e la perseveranza con cui ci s'impegna e ci si applica continuamente. In 6 mesi di pratica intensa si può apprendere quanto e meglio si possa fare in anni di attività spezzettata. Per quanto riguarda l'aspetto clinico e del rapporto medico-paziente, furono anni proficui e formativi; l'approccio alle

svariate e molteplici patologie che incontrai anche lontano dagli ambienti ospedalieri ed universitari mi aiutarono a crescere professionalmente.

Oggi fare il medico sembra essere una scelta dettata esclusivamente dalla ricerca di una sicurezza economica, piuttosto che dalla volontà di accettare una professione che si dà certezza di occupazione, ma che richiede dedizione, spirito di sacrificio e rinunce. E questo se penso alle specialità chirurgiche e in genere quelle più rischiose che oggi vengono accuratamente evitate dai giovani medici. Si preferisce accedere a specialità più comode che facciano stare a casa il sabato e la domenica, non costringano a fare notti e reperibilità, preferibilmente a svolgimento prevalentemente ambulatoriale, evitando così il contatto stretto con la vera sofferenza, che si sperimenta soltanto nei reparti ospedalieri della sanità pubblica.

# MANTENERSI “GIOVANI” GERIATRI

*di Alessandro Franchin*

Scrivendo la mia storia professionale mi rendo conto di aver vissuto in Ospedale una serie di cambiamenti epocali paragonabili al passaggio dal telefono a gettoni al Cellulare e dalla carta e penna al Computer. Ho compilato la tesi di Laurea (forse una delle prime in ambito medico qui a Padova) al primo PC (Personal Computer): il famoso IBM PC XT-AT che occupava un tavolo intero e costava 10 milioni delle vecchie lire ... finito sulla copertina di Newsweek come “Uomo dell’anno” e acquistato di propria tasca da 2 dei nostri Aiuti Ospedalieri che ci misero un paio di stipendi a testa per poterlo usare in Ospedale per studio e ricerca.

Allora il percorso professionale del medico iniziava da studente. A partire dal 3° anno di Medicina si poteva fare domanda (purché con media dei voti di almeno 28/30) per entrare in un reparto clinico universitario come “allievo interno”. Qui già si profilava una prima scelta tra l’Area Medica e quella Chirurgica, sebbene nulla impedisse di cambiare il percorso o il reparto in itinere. Una volta entrati (nel mio caso nel reparto di Gerontologia e Malattie del Ricambio, diretto dal Prof. Crepaldi) si veniva affidati a più “tutor”: un professore associato (Prof. Fedele), ad un medico “strutturato” di ruolo (Dr. Baritussio) e ad un medico specializzando (Dr. Avogaro) e si iniziava a lavorare nel reparto, sotto la loro sorveglianza.

L’intera mattinata era dedicata ai pazienti imparando a fare l’anamnesi, visitare, fare prelievi e terapia endovenosa, colorare e leggere gli strisci di sangue e l’esame urine al microscopio, praticare la terapia endovenosa. Alla fine si partecipava al giro di tutto il reparto condotto da uno dei professori associati a turno, che durava dalle 2 alle 3 ore discutendo di ogni singolo paziente e aprendo una ampia discussione clinica dettagliatissima su ognuno, dove chiunque poteva intervenire. Nel primo pomeriggio si passava, almeno fino alle 16-17, ai laboratori dove si imparavano le tecniche di laboratorio e si seguiva uno o più gruppi di ricerca.

Ciò comportava un significativo dispendio di tempo che riduceva i tempi disponibili allo studio, comportando spesso un ritardo con il calendario degli esami, ma arrecava dei significativi vantaggi: si arrivava alla Laurea già con

notevoli conoscenze tecnico-professionali e cliniche, si apprendeva sul campo e quindi si sapeva, si sapeva “fare” e si poteva scegliere un filone di interesse clinico e di ricerca che insegnava il metodo scientifico e indirizzava per la futura tesi. Si imparava con umiltà a rispettare tutti i Colleghi e la catena gerarchica (in senso buono, perché ho trovato sempre piena disponibilità al dialogo dai superiori), ad avere una capacità di relazione sia con il paziente che con tutti gli altri professionisti della sanità (caposala, infermieri, tecnici, fisioterapisti, biologi e farmacisti) ed a lavorare in equipe.

Lì ho appreso che si poteva imparare da tutti qualcosa di prezioso: i “trucchi del mestiere” venivano da qualsiasi persona dello staff e spesso le osservazioni più significative venivano da chi passava più tempo a contatto con il paziente in particolare infermieri e operatori sanitari addetti all’assistenza che spesso coglievano appieno la personalità dei pazienti, che a loro volta erano meno intimoriti e si confidavano più facilmente con loro oppure con noi giovani studenti piuttosto che con i medici “strutturati”.

Ulteriore fatto non trascurabile, ci si allenava a studiare anche la sera e la notte, tirocinio utile per sopportare i tanti turni notturni e festivi che ci avrebbero aspettato nella professione di medici ospedalieri.

Una volta laureati tutti dovevano eseguire un tirocinio obbligatorio di 6 mesi (suddiviso in 3 periodi di 2 mesi in area medica, chirurgica e ginecologica-ostetrica) per poter poi sostenere l’esame di Stato. L’esame non era una prova “a crocette”, all’epoca durava circa 1 mese perché si dovevano fare 7 cliniche (3 mediche, 3 chirurgiche ed 1 a scelta) ed in ognuna veniva affidato un paziente per anamnesi, visita, diagnosi e proposte terapeutiche con esame orale finale.

Una volta superate tutte queste prove iniziava la scelta del percorso: chi medico di medicina generale, chi ospedaliero, chi universitario. Non era necessaria la Specializzazione, si accedeva agli Ospedali/Università solo per concorso o bando pubblico e solo con la Laurea ed Abilitazione all’Esame di Stato: fortunatamente all’epoca, come oggi, si assisteva ad un ricambio generazionale dopo un prolungato periodo di non assunzioni. Pertanto risultava relativamente facile a chi era preparato piazzarsi bene ad un concorso e si poteva essere ragionevolmente certi di essere assunti o chiamati in tempi medio-brevi. Più lunga era l’attesa per la carriera universitaria, per la minore disponibilità di posti e per la necessità di numerose pubblicazioni.

La carriera da Medico Ospedaliero era allora sostanzialmente lineare con delle tappe progressive e ben delineate cui corrispondevano anche aumenti salariali: si era assunti come Assistente giovane, dopo circa 5 anni si diventava Assistente anziano e quindi si poteva partecipare ad un concorso per Aiuto. Se

lo si superava si otteneva l'idoneità ad Aiuto e quindi si poteva concorrere al primo posto disponibile. Dopo circa 10 anni si diventava Aiuto Anziano e poi Vice-Primario e comunque si poteva concorrere ad un concorso per Primario ottenendo, se non il posto, l'idoneità. Negli anni intorno al 1992-1995 i sindacati medici optarono per una rivoluzione del sistema appiattendolo la carriera in 2 soli step ovvero: tutti Dirigenti Medici fin dall'inizio di 1° livello, fascia che inglobava tutti gli assistenti ed aiuti, e quindi di 2° livello ovvero i Primari. Ovviamente il fine era quello di aumentare le retribuzioni che in effetti aumentarono, ma l'appiattimento dei ruoli significava scarsa progressione di carriera e di stipendio a meno di non diventare Primario o Direttore di UOC. Ma spesso molti meritevoli non progredivano e verosimilmente il vecchio sistema, permettendo un più graduale avanzamento, era più soddisfacente e concreto di quello attuale dove oltretutto tende a prevalere nei posti apicali l'aspetto gestionale-organizzativo piuttosto che quello professionale.

Nella mia esperienza la presenza di "maestri" nella professione era fondamentale e preziosa: trasmettevano l'arte ed il mestiere come antichi artigiani non gelosi di quello che avevano acquisito con l'esperienza e lo studio nel tempo. Per noi giovani erano l'aiuto più prezioso. Vi erano poi i maestri della conoscenza e della organizzazione gestionale e dei rapporti con le amministrazioni: un insieme di figure apicali universitarie ed ospedaliere che ci insegnavano la difficile arte di far comprendere a Direttori Generali, Sanitari e Politici nonché alle prime associazioni di pazienti ciò che stavamo tentando di fare e realizzare.

Ho avuto la fortuna di lavorare inizialmente in una Divisione Geriatrica per Acuti diretta dal Prof. Belloni nell'Ospedale Geriatrico di Padova dove rimasi per 5 anni, apprendendo la professione medica grazie agli insegnamenti dei bravissimi Aiuti che vi lavoravano cui devo molto ad uno in particolare il Dr. Tamellini, grande internista e forse il primo vero cardiologo geriatra. Quindi dal 1994 (anno di fondazione) fino al pensionamento ho sempre lavorato in Clinica Geriatrica, diretta dal Prof. Enzi, un reparto misto Ospedaliero-Universitario che si occupava della formazione dei medici specializzandi in Geriatria. In questo ambiente la libera iniziativa professionale veniva sempre incoraggiata e sostenuta: esaminato un progetto professionale e le competenze per poter iniziare una nuova attività ambulatoriale specialistica o di ricovero, i responsabili cercavano di reperire i fondi per attrezzature e gli spazi per le attività e quindi si dava il via all'iniziativa dando fiducia al singolo/equipe che ci si impegnava. Non si parlava di retribuzioni o di aumenti stipendiali, basandosi tutto sulla passione e sull'impegno sostanzialmente gratuito di chi, specializzandi compresi, si impegnava a portare avanti il progetto, pur rima-

nendo costante il carico di lavoro per tutte le attività istituzionali già in corso. Capisco che un percorso di questo tipo oggi sembra anacronistico, ma molte delle iniziative più prestigiose per le Aziende Ospedaliere e per le Università sono nate così. Se poi veniva un riconoscimento economico (in genere non significativo) o meglio una progressione di carriera era solo dopo anni di risultati e di impegno.

Nel frattempo si stava sviluppando il processo di passaggio dal sistema pubblico a quello aziendale-pubblico. Aver posto il nome “Azienda” di fronte a quello di Ospedale o Unità Locale Socio-Sanitaria (ULSS che diventavano ASL - Aziende Sanitarie Locali) ha portato ad un sovvertimento di alcuni paradigmi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Pubblico. Da un lato cessava il concetto di una spesa sanitaria crescente senza apparenti limiti, dall’altro si introduceva il concetto epocale che le risorse erano limitate e che bisognava far “quadrare” i conti ed il bilancio dello Stato ed a discendere delle Regioni e della singola Azienda pubblica. Quindi anche la Sanità doveva rendere conto di quanto spendeva e di quanto guadagnava offrendo servizi al paziente che diventava “utente”. Non voglio dilungarmi su questo aspetto epocale che dal 1998 in poi cambiò radicalmente l’approccio. Fu difficile per i medici adeguarsi a tale novità ma la maggior parte capì che il ragionamento di fondo era corretto e che indubbiamente c’erano degli “sprechi” inammissibili di risorse. Sostanzialmente per ogni Reparto (UOC) si trattava di fare un bilancio di entrate-uscite come si fa in una famiglia.

Per la prima volta dai Dirigenti di UOC a scendere fino ai singoli Dirigenti Medici dovevano rendere conto di quanto “producevano” e “guadagnavano” in termini di “ricavi” ovvero: numero di ricoveri, numero di visite Ambulatoriali di 1° livello e specialistiche di 2° e 3° livello, numero di prestazioni diagnostiche semplici o avanzate che ogni singola UOC con le sue diramazioni riusciva a realizzare nell’arco di 1 anno. Dall’altra parte c’erano le spese ovvero “dalla saponetta al primario” includendo stipendi del personale, attrezzature, diagnostici, medicazioni avanzate, farmaci e perfino IRAP e bollette di acqua, luce, gas e quindi tutto ciò che si può includere nel capitolo spese. Il conto finale dava indicazioni sull’attivo e sul passivo del Reparto. Inoltre permetteva in base alle risorse di programmare obiettivi condivisi con la Direzione Generale da raggiungere nel corso dell’anno (concetto di Gestione di Budget).

Questa era una Rivoluzione Copernicana dove i Medici tutti erano coinvolti e chiamati in causa assumendosi compiti cui NON erano preparati ... ma qualcuno oltre al Primario/Direttore doveva pur assumersi tale incarico. Pertanto i più avvezzi a gestire i computer e qualche foglio di Excel, i più preparati a capire il meccanismo del rimborso a prestazione dei DRG’s e ad af-

frontare a grandi linee un Bilancio ed un Budget furono costretti ad assumersi questo onere e venne creata la figura specifica del Referente Coadiutore di Budget ovvero referente dell'UOC, per una volta anche con (modestissima, 89 € lordi) remunerazione mensile per la specifica posizione. Apparirono subito evidenti a noi che eravamo costretti ad occuparci per primi di tali aspetti alcuni fatti.

Le ULSS allora e le ASL poi assunsero una serie di Ingegneri Gestionali, Statistici e qualche Economista (8 dipendenti "dirigenti" nell'allora ufficio dell'Ulss 21 di Padova poi diventata 16 e quindi 6 Euganea) che si aggiungevano ai Medici di Igiene e Sanità pubblica già in organico per poter compilare i Bilanci e la programmazione di Budget dell'Azienda e dei singoli reparti: queste professionalità, preparate dal punto di vista tecnico, non sapevano nulla del nostro lavoro e di cosa facessimo tutto il giorno. Capimmo subito che per loro era semplicissimo gestire una Mensa o una Farmacia Ospedaliera: lettura di codice a barre in ingresso dal fornitore ed in uscita ai reparti. Non sapevano però nulla di cosa facessimo noi medici, infermieri, personale sanitario durante il giorno e la notte. Quando spiegammo loro attività di corsia, orari, turni, emergenze ed urgenze, consulenze a reparti e Pronto Soccorso + attività ambulatoriali generiche e specialistiche + telefonate dei pazienti + accessi diretti degli stessi senza prenotazioni o impegnative perché in cerca di risposte più o meno urgenti ... passarono dalla incredulità allo sconforto più totale perché non erano attività facilmente misurabili.

Il risultato fu infatti memorabile nella 1<sup>a</sup> applicazione del Budget risalente per il nostro reparto al 1998. Noi non firmammo (merito del coraggio del prof. Enzi che si fidò dei nostri conti) il loro preventivo di Budget che prevedeva un costo globale del reparto di circa 4 miliardi/anno di vecchie Lire in perdita netta di 2 miliardi sui ricavi mentre noi prevedevamo un costo intorno ai 2 miliardi/anno con un ricavo netto ovvero un "utile" di circa 500 milioni/anno rispetto ai costi. Tanto che proponemmo, in pieno spirito di vera Gestione del Budget, tra incredulità, stupore e indignazione della controparte (che ci ha considerato degli eretici se non dei pericolosi pazzi sovversivi) di dividere i famosi 500 milioni di utile per l'assunzione di 2 infermieri, 1 medico e dando pure 100 milioni alla "cassa comune" dell'ULSS per pagare le perdite dei reparti che per scelta e necessità "devono" essere in perdita in un SSN (vedi PS, Rianimazioni, Trapianti ... etc.).

Ci avvallemmo allora di una legge che consentiva di ritardare la firma del Budget a consuntivo ed in tale occasione risultò che noi sbagliammo di soli 20 milioni di lire con un ricavo netto di 480 milioni e loro di "soli" 2 miliardi attribuiti a noi ed oltretutto in perdita. Devo dire che da quel momento, posti

di fronte all'evidenza dei fatti, digerirono il "rospo" e adottarono una strategia un po' più umile e rispettosa prestando attenzione e rispetto a quanto suggerivamo e confrontando i numeri con noi ogni anno prima di emettere bilanci e proposte. Certo è che abbiamo dovuto lottare per farci rispettare. Talvolta la sensazione era quella che fossimo diventati anche noi medici, così come i pazienti, dei "numeri" su un tabulato da trattare al computer in modo spersonalizzato.

Una difficoltà tra tutte fu quella di imporre una soluzione ai problemi delle liste di attesa contraendo la durata dei ricoveri e diminuendo i minuti a disposizione per ogni visita o intervento, metodologia che io all'epoca battezzai "delle marchette". Abbiamo cercato di far capire (con scarsi risultati) che in Ospedale ed a maggior ragione in una Azienda Ospedaliera (che rappresenta ad oggi un punto di riferimento Regionale, Nazionale ed Europeo) arrivano molti casi complessi che non si potevano risolvere né trattare sul territorio. Inoltre la presenza dei Medici specialisti in formazione, gli "specializzandi", da un lato dava un grande aiuto ma dall'altro richiedeva giustamente un periodo di tempo aggiuntivo durante o immediatamente dopo la visita/intervento per spiegare l'uso degli strumenti, le scelte dei percorsi diagnostici e terapeutici e delle strategie comunicative con il paziente/familiari. Ancora oggi molti dei circa 700 specializzati (nell'arco dei 30 anni di attività della Clinica Geriatrica) ora tutti di ruolo e spesso primari in tutti gli Ospedali del Triveneto e taluni anche in altre regioni ed all'estero, ci ricordano con affetto e ci chiamano ricordando e ringraziando per quanto abbiamo loro trasmesso e questa è una delle soddisfazioni più grandi oltre all'affetto dei pazienti.

Posso dire che la totalità del nostro personale medico e infermieristico non ha mai guardato molto l'orologio, accumulando così ore di straordinari non pagati e ferie non godute, prestandosi nei momenti più difficili di carenza di organico (assenze, malattie, periodo pandemico COVID) a turni di presenza, guardie e reperibilità notturne e festive ben al di là del nostro dovere, purtroppo senza un riconoscimento nemmeno formale di chi dirigeva le Aziende. Venivano però prontamente da noi quando avevano amici, familiari e parenti in difficoltà perché sapevano di avere un patrimonio scientifico e professionale pressoché unico a disposizione con esperti di ogni settore, anche per le forme di patologie rare. Oltretutto ci siamo sentiti "beffati" dal fatto che a Padova in AOUPD si venisse pagati meno che negli Ospedali più piccoli del Veneto (in modo significativo e non trascurabile con differenze anche di 500 € mensili in meno). Tanto che la Regione aveva istituito un fondo speciale per compensare la differenza e portare gli stipendi almeno al livello medio di quello di tutti gli Ospedali del Veneto. Devo dire che ancora oggi a 2 anni dal pensionamento

non mi risulta che tale fondo effettivamente stanziato sia stato distribuito a medici e infermieri.

Capisco perché oggi i Sindacati medici stiano combattendo questa battaglia su orari e tempo di lavoro/riposo per evitare queste situazioni e per costringere nel tempo ad assunzioni regolari per coprire le piante organiche. È impensabile che ogni 10 anni circa si verifichi questa situazione che impone assunzioni straordinarie: è meglio fare 1.000 assunzioni all'anno piuttosto che 10.000 ogni 10 anni. Il ricambio generazionale sarebbe fisiologico e non traumatico così come si eviterebbero dimissioni per logoramento e pensionamenti per blocchi di età che lasciano parzialmente sguarniti i servizi. Infine bisogna pagare adeguatamente e trattenere i giovani qui, dopo quanto abbiamo speso sia economicamente che professionalmente nella difficile arte di formare un medico.

Il rapporto medico-paziente è cambiato nel tempo in particolare dopo l'avvento dei mezzi informatici come computer, cellulari ed Internet. Dovrei dire però che il rapporto con i pazienti, soprattutto quelli geriatrici, era sempre una triade ovvero medico, paziente e familiari. L'unico illuminato parere dopo tanti anni è quello di avere pazienza infinita e soprattutto empatia in primis con il paziente e poi con i familiari, pertanto dedicavamo molto tempo ogni giorno al colloquio con i familiari ed alle spiegazioni al paziente. Solo il colloquio quotidiano con tutti negli ultimi anni permetteva l'instaurarsi di un clima progressivo di fiducia reciproca e distendeva gli animi. Ben diverso era agli inizi della carriera quando la figura del Medico era indiscutibilmente autorevole e pressoché mai messa in discussione. Ora bisogna saper combattere contro l'informazione superficiale e ignorante su Internet e sui social media.

Da dire che Internet con mail, video-chiamate, computer e telefoni ci hanno grandemente aiutato nell'epoca COVID permettendo i controlli ambulatoriali a distanza e selezionando solo i pochi casi veramente meritevoli di controllo in presenza. Comunque ci mancava molto il contatto fisico e la visita del paziente. Negli ultimi anni ho assistito anche alla digitalizzazione completa dell'Ospedale che ha eliminato sostanzialmente il cartaceo e trasferito mediante compilazione computerizzata su programmi applicativi aziendali tutta la cartella clinica comprensiva di terapia, diario clinico, anamnesi ed esami obiettivi, diagnostica per immagini, richieste di visite specialistiche, consulenze ambulatoriali. Questo ha creato la necessità di un nuovo spazio temporale che si inserisce nel lavoro tra medico e paziente, talvolta soprattutto in caso di urgenze o turni notturni con molti ricoveri non facilmente gestibile. I vantaggi sono però indiscutibili perché alla fine si ritrova tutta la storia di un paziente dopo il primo ricovero e questo facilita molto il lavoro.

In conclusione di una lunga storia professionale e di carriera non priva di soddisfazioni personali e riconoscimenti da parte di Colleghi e soprattutto dei tanti Pazienti conosciuti nel tempo, devo dire che mi sento orgoglioso di aver potuto lavorare in una realtà così ricca come quella dell'AOUPD dove ho potuto sempre ed ad ogni età imparare da tutti gli altri specialisti e dal personale. È stata una fortuna anche aver avuto la possibilità di insegnare ed imparare a contatto dei giovani Colleghi Specializzandi che hanno sempre dato significato e vivacità al nostro lavoro, spesso aiutandoci a svecchiare le nostre consolidate certezze ed abitudini e mantenendoci sempre “giovani” geriatri. Per questo spero che in futuro possano esserci ancora occasioni di incontro anche con i giovani medici, dove si possano scambiare opinioni e saperi sull'evoluzione del mondo sanitario e dei rapporti con i pazienti e le istituzioni.

## CURARE PRENDENDOSI CURA

*di Patrizia Longo*

Sono approdata alla Medicina Generale dopo aver preso la specialità in Allergologia. Ero da tempo nelle graduatorie per la Medicina Generale, ma nei miei progetti c'era l'idea di rimanere all'Università. L'occasione arrivò quando il medico che periodicamente sostituivo, andò in pensione lasciando un posto vacante con circa 2000 assistiti. Le prospettive dell'Università erano piuttosto vaghe, avevo già un figlio e l'idea di una sistemazione era troppo allettante. Fu così che nel torrido luglio del 1984 accettai l'incarico in convenzione in un paesino della bassa padovana e di colpo presi in carico 1800 assistiti in gran parte anziani e cronici.

Lo shock fu enorme. Avevo passato anni ad occuparmi dei meccanismi eziopatogenetici della Sindrome Orticaria - Angioedema e adesso mi sentivo invasa da una moltitudine di persone che ogni giorno affollavano il mio studio: alcune, dopo mesi di disturbi importanti, altre, alle prime avvisaglie di un sintomo; quasi tutte dopo aver fatto i più svariati tentativi di auto medicazione. Mi si era svelata la faccia nascosta della luna: fuori dall'ospedale c'erano persone che rispetto ai loro problemi di salute, avevano le loro convinzioni, credenze, paure, abitudini e progetti, che talvolta confliggevano con i miei.

Ben presto ho imparato che la malattia non aggredisce solo il corpo, ma rende vulnerabile anche l'identità personale, modificando il vissuto emotivo e relazionale di chi ne è colpito e gli equilibri di chi gli sta accanto. Al medico di Medicina Generale è richiesto di essere scientificamente rigoroso e un professionista accogliente in grado di ascoltare la sofferenza narrata dal paziente. È l'essenza del "*curare prendendosi cura*" che in concreto vuol dire: dare pari dignità alla voce della scienza e alla voce delle persone valorizzando i loro racconti, le loro percezioni. Il pensiero scientifico trova supporto nell'approccio bio-psico-sociale rendendo possibile una cura "sartoriale", su misura, che rispetta l'autonomia delle scelte e rende uniche e irripetibili le storie di ogni malato.

*Umberto 75 anni, viveva con la moglie Lucia e Rolf, l'amatissimo pastore tedesco. Ha sempre lavorato nell'edilizia, prima come manovale, poi come muratore ed infine come piccolo imprenditore edile: storia come tante*

*nel Nord Est. Pochi mesi dopo aver lasciato la conduzione della piccola impresa al figlio Giovanni, ha iniziato ad accusare una strana stanchezza, poca voglia di mangiare e una tosse fastidiosa. Sono iniziati gli accertamenti, al termine dei quali si è arrivati alla diagnosi: un tumore polmonare in fase molto avanzata.*

*Umberto era già stato messo sull'allerta da un cugino, tecnico di radiologia, che lo aveva accompagnato a fare la Tac e le varie visite specialistiche perciò quando è venuto nel mio studio con la moglie e il figlio per fare il punto della situazione, sapeva che la sua malattia era importante, ma non sembrava interessato a conoscere in dettaglio la diagnosi; piuttosto era interessato a capire bene quale fosse il programma delle cure. Insistenti invece erano le domande di Lucia che, senza giri di parole, voleva la conferma di quanto le aveva fatto capire l'oncologo (pochi mesi). Avevo anche io sentito l'oncologo che aveva parlato al massimo di 6-9 mesi.*

*Non ho mai comunicato ad Umberto (che non me l'aveva mai chiesto) e neanche alla moglie la prognosi di 6-9 mesi che l'oncologo aveva previsto con una certa sicurezza. Ho fatto capire loro la gravità della situazione e la "pesantezza delle cure" ma non ho quantificato il tempo che restava. Mi sembrava che dare quei numeri potesse far scattare un conto alla rovescia trasformando il tempo in una lunga attesa. Umberto ha vissuto altri 6 anni, con una qualità di vita discreta, attorniato dalla sua famiglia. Ha fatto in tempo a vedere nascere il terzo nipote e ad insegnarli ad andare in bicicletta. "Anni regalati" diceva Lucia, ma forse non erano regalati affatto: erano quelli che comunque gli spettavano a dispetto della statistica medica.*

Ho raccontato la storia di Umberto perché come quelle di tanti pazienti fanno parte della mia storia e perché mi dà l'occasione di introdurre un tema che ritengo particolarmente importante per tutti i professionisti della cura: saper comunicare in contesti di gravità. Questa competenza ancora oggi è trascurata dall'Università ma nessun medico può sottrarsi, tanto meno il MMG che funge da riferimento e si prende cura della persona continuativamente per molti anni. Quando si parla di salute tutte le persone hanno il pieno diritto etico e legale di ottenere le informazioni di cui hanno bisogno.

In un contesto di gravità, la questione quindi non è « dire o non dire » ma « come dire ». A supporto dei professionisti ci sono linee guida, testimonianze di medici stessi che si sono trovati « dall'altra parte », (Bartoccioni, Bonadonna, Sartori, 2006) c'è la possibilità di approfondire la conoscenza di sé e delle proprie emozioni. Il « come dire » può imboccare tre possibili strade:

1) una vecchia via, ancora troppo frequentata che prevede la « congiura del silenzio » nei confronti del malato e un atteggiamento reticente, o franca-

mente ingannevole da parte del medico che gestisce la situazione con la complicità dei familiari;

2) una via più impegnativa, forse ancora troppo poco percorsa, in cui il medico, attraverso una comunicazione attenta, ascolta cercando di capire quanto vuole sapere il malato concordando di volta in volta con lui e la famiglia un piano di cura condiviso e sostenibile;

3) una scorciatoia, purtroppo, piuttosto frequentata, rettilinea, veloce, rassicurante per il medico ma non per il paziente; questa via prevede che il professionista dica tutto, sempre, il prima possibile, senza curarsi di quanto vuole o può sopportare di sapere il malato. Questa malintesa informazione esaustiva, ha la connotazione della brutalità.

Le parole possono essere pietre, oppure, possono essere loro stesse, cura. In contesti di gravità le parole devono essere misurate, amorevoli e oneste. Al contrario del passato in cui si poteva fare il Medico di Medicina generale senza alcuna formazione specifica, oggi c'è una Scuola che può curare la formazione all'approccio bio-psico-sociale e alla comunicazione consapevole attraverso l'allenamento all'ascolto e all'autoriflessività. Ho scelto la Medicina Generale quasi per ripiego, ma ho capito subito di aver fatto la scelta giusta. Mi sono sentita parte di una comunità in cui c'era fiducia e rispetto reciproco, in cui l'etica era sostenuta dall'interesse per quello che facevo ogni giorno. Non c'è etica, se quello che fai non ti cattura portandoti a confrontarti con gli altri e adattarti costantemente.

In questi anni più che mai la Medicina Generale è chiamata a promuovere un grosso cambiamento: la rilevante presenza femminile impone maggiore flessibilità organizzativa e l'IA e i progressi tecnologici aprono nuovi scenari. La medicina generale che immagino e che vorrei per i prossimi anni densi di sfide tecnologiche, è comunque, incentrata sulla relazione, sulla capacità di salvaguardare lo spazio della narrazione – *si può davvero pensare di curare un fegato senza sapere cosa pensa, teme, spera il suo proprietario?* – sulla fiducia reciproca e la promozione dell'empowerment dei malati. Una persona in grado di gestire la propria malattia vive meglio la propria situazione, è più consapevole, utilizza con più criterio i servizi, interloquisce meglio con i professionisti che la curano, è meno attratta dal consumismo sanitario ed è più capace di resistere alla convinzione che *“fare di più voglia sempre dire fare meglio”*.

# SANITÀ PUBBLICA STRAVOLTA

*di Patrizia Magnanini*

Ho ancora perfettamente chiaro nella mia memoria il giorno in cui, per la prima volta ancora studentessa del V° anno, mi presentai nel Reparto del Policlinico Universitario dove avrei iniziato il mio percorso professionale. Mi chiamo Patrizia Magnanini e sono Medico Dietologo. Sottolineo il termine Medico perché rappresenta l'essenza clinica su cui si basa la mia formazione specialistica. Per approdare a quello che sarebbe stato per quasi 40 anni il mio ruolo di Specialista in Dietologia e Nutrizione Clinica ho svolto diverse attività che ai miei tempi costituivano l'unica fonte di reddito durante la frequenza della Scuola di Specialità.

Quindi operare come Medico di Guardia Medica o sostituire i Colleghi di Medicina Generale significava garantirsi quella remunerazione economica che dava la possibilità di frequentare gratuitamente il Reparto dove avveniva la formazione specialistica.

In questo percorso spesso gravoso in termini di impegno e stanchezza ho avuto però l'opportunità di venire a contatto non solo con una grande varietà di situazioni cliniche fondamentali per la mia crescita professionale, ma anche con diverse realtà di tipo amministrativo e proprio con esse sono quasi sempre riuscita a creare rapporti collaborativi finalizzati al miglioramento dell'assistenza al paziente.

Purtroppo questa lunga esperienza sostanzialmente positiva è stata ostacolata negli ultimi anni da un drastico cambiamento degli obiettivi nella gestione della Sanità Pubblica. L'aziendalizzazione delle Strutture Sanitarie sempre più spinta verso obiettivi prettamente economici ha comportato un progressivo deterioramento nei rapporti con le Amministrazioni, ad un peggioramento della qualità dell'attività professionale nonché ad uno snaturamento del rapporto medico/paziente che da sempre era basato sulla fiducia, sulla possibilità di ascolto, sul sentimento di generale rispetto reciproco. Nella mia esperienza personale l'apice di questo processo negativo si è manifestato nell'ennesima esasperata scelta, ottusamente aziendale, di trasformare la principale realtà ospedaliera del territorio di Padova in una succursale dell'Azienda Universitaria.

Tutto ciò ha comportato la scomparsa di numerosi Servizi e Strutture di altissimo livello fondamentali per un corretto rapporto tra Ospedale e Cittadinanza. Per me, e per certo per molti Colleghi, questo ha significato lo svilimento di un percorso professionale costruito negli anni e finalizzato a quello che da sempre ci ha guidato in questa professione e cioè la garanzia del Diritto alla Salute. Nella consapevolezza che nonostante sforzi personali non sarei riuscita a mantenere inalterata la dovuta qualità lavorativa fino ad allora raggiunta, con grande amarezza, ho anticipato il pensionamento.

# LA TERAPIA DELL'ASCOLTO

*di Andrea Mosconi*

Era il 20 febbraio del 1974 quando, giovane medico non ancora specializzato, sono entrato nell'Ospedale Psichiatrico di Padova. L'atmosfera della psichiatria italiana era in grande fermento ed io ero pronto ad entrarne a fare parte. Al di là della laurea in Medicina e dell'essere iscritto alla specializzazione in Psichiatria, ero fresco dei movimenti politici del 1968 nonché di un passato scoutistico che mi aveva abituato alla vita di gruppo vissuta come impegno coerente per i valori. La rivoluzione basagliana era iniziata alcuni anni prima e l'Ospedale Psichiatrico di Padova ne aveva sicuramente sentito gli effetti anche se con alcuni distinguo.

La Regione Veneto, di fede democratico cristiana aveva identificato proprio nella struttura padovana e nel suo direttore, il Prof. Massignan, il luogo e la persona adatti per avviare una rivoluzione psichiatrica "veneta", meno politicizzata a sinistra e più riformista. Già il precedente direttore, il prof. Barison, psichiatra di orientamento fenomenologico aveva iniziato una umanizzazione delle cure trasformando l'ospedale in una "piccola città della follia" dove i pazienti, appena potevano, venivano inseriti in attività di laboratorio, colonia agricola, officina, teatro, ecc. ... Inoltre, già da quattro o cinque anni, il direttore e gli infermieri non abitavano più in Ospedale. Si era iniziata anche una apertura al territorio secondo la "politica di settore" che prevedeva che i diversi reparti dell'ospedale facessero riferimento ad un "settore" del territorio della provincia, secondo il principio della "continuità terapeutica". Tutto sommato, quindi, mi trovavo inserito in un'esperienza di avanguardia. La cultura manicomiale persisteva, negli infermieri della vecchia guardia che, lo dico senza giudizio, in buona parte non erano stati coinvolti in questo cambiamento. La teoria più in voga era quella dei "quanti di follia". "Caro dottore" – mi dissero appena entrato in reparto – "qui i dottori ogni anno si prendono un quanto di follia così dopo un pò di anni ce ne sono pochi che si salvano". Io li ascoltavo sorridendo, convinto com'ero che il tutto piano piano sarebbe cambiato. Nei reparti erano molti i pazienti come "A." che, un pò debole mentale e di classe povera, era entrato in ospedale a 8 anni per disturbi del comportamento e non ne era più uscito. Vi era moltissimo da fare. E fu in questa atmosfera che nel settembre di quello stesso 1974 mi incon-

traì con una nuova ed emergente teoria riguardante l'origine del disagio mentale: l'Ottica Sistemica. Questa teoria mi forniva le basi scientifiche per capire come il disagio individuale si legasse alle difficoltà presenti nel contesto delle relazioni in cui la persona viveva. Mi convinsi ancor più che era indispensabile impegnarsi a creare per e con i pazienti sistemi di comunicazione sana per riattivare le funzioni mentali dismesse dalla vita dell'istituzione. La comunicazione aveva fatto ammalare... la comunicazione doveva curare!

Il camice non serviva più! Arrivavo la mattina in Ospedale e tutta la mia giornata era occupata in assemblee con i pazienti ed il personale infermieristico per parlarsi, mettere in comune, ricostruire le storie, ridare senso al tempo, costruire insieme le giornate e poi, appena possibile, via... fuori dall'istituzione con un pulmino FIAT 850 che avevo comprato all'uopo e chiamato "LIBERTÀ". La comunicazione aveva fatto ammalare... la comunicazione doveva curare! Questo avevo iniziato ad imparare.

Nel 1978 arrivò la Legge Basaglia. C'era la cornice per proseguire nella scelta e nelle riflessioni cui facevo cenno più sopra.

Da allora e per molti anni il mio impegno fu contribuire alla creazione dei Servizi Psichiatrici Territoriali. Aprimmo ambulatori in tutta la Provincia aiutati dall'aumentato numero delle assunzioni a tutti i livelli: infermieri, assistenti sociali, psicologi, medici. Continuità terapeutica e presa in carico erano le parole chiave. Sono stati gli anni del consolidamento delle conquiste della Psichiatria Sociale che rafforzava il legame tra disagio mentale e contesti relazionali. L'enfasi era messa soprattutto sulla emarginazione cui erano sottoposti i pazienti.

Vi fu, forse, in questo una eccessiva sovrapposizione tra gli effetti della istituzionalizzazione e la psicopatologia. La "sindrome istituzionale" che rendeva passive le persone ed ampliava tutte le sintomatologie, specie quelle psicotiche, venne identificata come causa unica della quasi totalità di esse. La liberazione dall'istituzione ed il reiserimento in un contesto sociale meno repressivo era già la terapia. Il sistema fa ammalare... il sistema può e deve curare. In questo senso la Psichiatria Sociale mostrava, anche, uno dei suoi limiti. Ma in fondo che importava! Era una rivoluzione necessaria per togliere il di più e capire più a fondo cosa restava.

Nel tempo iniziarono, tuttavia, le prime difficoltà nella realizzazione dei servizi e, forse, l'affievolirsi della spinta ideale degli inizi. La Società Italiana, con l'aumentato benessere, cominciava, forse, ad entrare in una fase di refluxo. I Servizi Territoriali in generale ed ancor più quelli psichiatrici e direi il Welfare in generale, cominciarono a venire considerati un costo eccessivo per la Società. Con il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 la parola chiave divenne "l'aziendalizzazione della sanità". Iniziava una concezione di assistenza pub-

blica in cui la spesa sociale e sanitaria doveva essere proporzionata alle entrate e non poteva più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni.

Ottima intenzione, ma che non poneva più al centro la popolazione ed un modello sociale di sanità, bensì il benessere dell'Azienda stessa. Il rischio era che la salute pubblica da "valore" divenisse un "costo/peso". Con l'obbiettivo apparentemente dichiarato di rendere più efficienti i servizi si iniziò a tagliare gli organici e contingentare i tempi di lavoro per rendere prevedibili i processi terapeutici. Questo se era già un problema per la medicina in generale, lo era ancora di più per la Psichiatria. Se uniamo, quindi, il minor tempo dedicato ai pazienti e il rallentamento della realizzazione dei servizi, si può ben capire come, successivamente, si è vista crescere la protesta delle associazioni dei familiari che si lamentavano di essere lasciate sole nella gestione dei loro familiari portatori di disagio. Ma non era colpa della riforma bensì della sua non realizzazione.

Si iniziò a tornare all'idea non di migliorare i contesti di vita ma del controllo sociale. Si corse e forse si corre ancora il serio rischio di una regressione verso la creazione di nuovi luoghi di esclusione. La mancanza di tempi per la relazione favorisce una gestione prevalentemente farmacologica che rischia di essere oggi solo una rete di gestione del controllo sociale e dell'emarginazione che nuovamente destoricizza e spersonalizza i pazienti psichiatrici. Potremmo chiamarlo "il nuovo Manicomio Territoriale". Tuttavia, come dicevo, a vedere il positivo, questa richiesta di efficacia dei metodi terapeutici ha sollecitato anche il bisogno di ulteriori approfondimenti scientifici e della validazione dei metodi di cura. Questo filone può oggi anche valersi delle nuove acquisizioni nel campo delle Neuroscienze che forniscono oggi una base per validare sia l'uso dei farmaci ma anche delle psicoterapie. Inoltre le ricerche sembrano dimostrare che se i farmaci danno un beneficio in tempi più brevi il loro effetto ha una durata minore e quindi nel tempo i risultati della psicoterapia sono più duraturi.

Speriamo che evidenze come queste aiutino la individuazione di protocolli terapeutici che permettano di integrare le terapie in modo armonico a vantaggio dei pazienti, delle loro famiglie e del contesto sociale. Per chi, come me, ha visto tutta questa evoluzione e l'ha vissuta in prima persona con la passione ed il cuore rivolti alla persona ed una incrollabile fiducia nella relazione come primo fattore di cura non può passare inosservato e senza preoccupazione la possibilità che i servizi psichiatrici vengano ulteriormente ridotti o affidati ad un privato che non ha radicamento nel territorio e quindi con i contesti di vita dei pazienti. Per chi sta male psicologicamente la prima cura sono due orecchie che ascoltano, due occhi che ti guardano ed una mente che sa dare significato a quanto il paziente dice e per tutto questo ci vuole... tempo. Se una società crede all'efficienza e per fare ciò distrugge i contesti di relazione... distrugge sé stessa.

# ONCOLOGIA TRA LUCI ED OMBRE

*di Maria Ornella Nicoletto*

Negli anni 70-80 l'oncologia medica è stata inserita tra le specialità sanitarie e dapprima nell'ambito di poche città italiane come Roma, Milano, Bologna, Padova e poi via via la rete si è estesa e direi "assottigliata" fino ad entrare anche nelle provincie. In quel periodo ci si riferiva generalmente alla neoplasia in fase metastatica e le cure oncologiche erano prettamente di tipo terapeutico con l'obiettivo di curare in primo luogo il tumore. Solo successivamente sono state ribaltate le posizioni e la persona è diventata primo soggetto rispetto allo stesso tumore.

Negli anni '80 prendevano piede le "sub-specializzazioni" dapprima l'oncologia toracica, poi l'oncologia senologica, ed in successione più lenta, la ginecologica, l'ematologica, la gastro-intestinale etc. E queste sub-specializzazioni venivano riconosciute in base al curriculum esibito, curriculum ora sempre più preciso e richiesto. Sempre in questi decenni prende avvio:

1) la terapia adiuvante per cui il tumore che per istologia e/o stadiazione risultava "aggressivo" anche se esciso completamente, in remissione patologica, eseguiva la chemioterapia "adjuvante" onde ridurre il rischio di recidiva;

2) la chemioterapia neoadiuvante cioè pre-operatoria, in quanto avrebbe dimostrato dai primi trials clinici la sua efficacia, consentendo un successivo trattamento chirurgico e/o radioterapico meno mutilante e/o meno tossico, basti pensare ai sarcomi degli arti che grazie alla terapia neoadjuvante, si è riusciti in alta percentuale salvare l'arto dall'amputazione, le neoplasie ano-rettali a mantenere la funzione anale, la neoplasia mammaria che con quadrantectomia e tumorectomia e linfonodo sentinella ha di fatto annullato il grave linfedema del braccio e salvato parzialmente il seno, diventando rarissima la mastectomia, in quanto si era dimostrato che per quanto radicale e mutilante fosse stata non impediva le metastasi.

Adirittura a donne aventi avuto precedente neoplasia mammaria ora è consentito l'allattamento al seno.

Ed anche la chemioterapia tradizionale è stata molto rielaborata e grazie alle innovazioni nel campo delle terapie di supporto, consente cure con minore tossicità ematologica, minore nausea e vomito e meno alopecia. Inizialmente

veniva descritto nel dettaglio l'esame obiettivo e non esisteva il consenso informato in cartella clinica, quest'ultimo invece attualmente è diventato fondamentale per qualsiasi trattamento oncologico. L'esame clinico dentro la cartella di oggi è molto sommario: In compenso sono aumentati enormemente per numero e frequenza esami diagnostici quali TAC, ecografie, Risonanze Magnetiche e PET/TC, sia perché indicati, perché richiesti durante le terapie, imposti dai trials clinici quando il paziente dovesse entrare in cura con farmaci sperimentali, che per una "consuetudine" nel follow-up specialistico. Inoltre i prelievi ematici negli anni '80 venivano eseguiti esclusivamente dal medico, poi è stato sostituito completamente dall'infermiere.

Le paracentesi e toracentesi dapprima regolarmente eseguite da medici internisti ed oncologi, poi interveniva il radiologo per i casi più complicati fino ad occupare ora completamente il ruolo. Radiologo sempre più interessato all'"interventistica", radiologo già abnormemente occupato dalla diagnostica e rendendo così più lunghi i tempi di attesa sia per la diagnostica che per l'interventistica delle paracentesi e toracentesi per le quali sono ora comparse liste d'attesa: evoluzione delle specialistiche? Tutto ciò migliorerà la qualità della prestazione?

La gestione multidisciplinare del paziente con tumore è stata iniziata nel 2000 in presenza del paziente e del familiare, adesso questi multidisciplinari si svolgono quasi esclusivamente tra specialisti escludendo la presenza del paziente.

Si definisce "guarigione" quando il paziente non presenta recidive a 5 anni dalla remissione, e grazie alle terapie con Inibitori PARP si ottengono "reali guarigioni" per la neoplasia metastatica con mutazione genetica BRCA a differenza del passato ove non si parlava mai di guarigione per queste neoplasie eredo-familiari. Inoltre con la progressiva conoscenza della genetica si è giunti a migliorare lo screening rendendolo più mirato ed approfondito per i soli soggetti suscettibili. La sopravvivenza globale è considerata end point fondamentale per i trials clinici atti ad immettere in commercio i nuovi farmaci, però ad ora ci si accontenta dell'aumento della disease free survival per poterli inserire nell'indicazione clinica della patologia, perché questo è quanto riesce ad offrire l'industria farmaceutica! E l'Università nel prossimo futuro dovrebbe affiancare la ricerca farmaceutica che ci si augura lo faccia quanto prima!

La pratica clinica in oncologia presenta continue novità sicuramente positive, però con beneficio evidente, in ancora pochi casi: la comparsa delle nuove terapie ha migliorato la sopravvivenza libera da recidiva più che la sopravvivenza globale. Enormemente dilatate invece appaiono le spese sanitarie che rispetto agli anni '90 dove la sola Oncologia rappresentava il 5% delle spesa

nazionale, attualmente la spesa farmaceutica ha superato tranquillamente il 70%. D'altra parte queste nuove terapie biologiche, molecolari ed immunoterapiche possono dare importanti remissioni cliniche e meno frequentemente aumentare la sopravvivenza nei casi di neoplasia solida dell'adulto.

Concludendo. In campo oncologico accanto ad un'evoluzione continua ed importante delle cure si assiste ad una progressiva burocratizzazione del trattamento: compilazione di registri, segnalazioni on line, richieste di nuove cure, compilazioni schede AIFA per pazienti in terapie innovative e costose ed ulteriori schede invece per i pazienti aventi fatto ingresso in trials clinici ove i farmaci vengono forniti gratuitamente dalle aziende farmaceutiche ma che in cambio pretendono tante compilazioni, impegnando il medico abnormemente al PC e sottraendolo al tempo dedicato al paziente! Spesso il pz si sente un numero proprio come viene chiamato dentro all'ambulatorio, digitando un numero, grazie alla legge sulla privacy che però poco c'entra nel campo sanitario!! La privacy è così impostata nella sanità che alla fine rende tutto più anonimo, riducendo anche il contatto tra le persone specie tra malati. Mentre trovo che il minor interventismo dell'oncologo e dell'internista possa andare a discapito del paziente senza aggiungere gran che alla qualità dell'interventistica semplice del passato espletata dall'internista e/o dall'oncologo.

Certo che a livello nazionale è ingiusto dire che la sanità è penalizzata nell'ambito delle programmazioni di economia nazionale: tutte le nuove terapie e tecnologie in qualsiasi campo sanitario si tratti, sono nettamente aumentate offrendo netta superiorità al servizio, ma anche elevati costi economici ed il malato sempre riceve le cure salvavita, cure costose ma aventi precisa indicazione. E qualora lo specialista dimostri la necessità di consulenze e cure praticabili unicamente all'estero, il nostro Stato lo consente. Certo che questa importante assistenza sanitaria viene offerta all'ammalato: e ciò va spiegato alle altre "persone fortunate perché in salute"!

# CAMBIARE LA GOVERNANCE

*di Giovanna Pisana*

Avevo otto anni, ero in terza elementare e la maestra ci propose il tema: Cosa farete da grandi. Io d'impulso scrissi che sarei diventata un medico e che avrei fatto la specialista in Anestesia e Rianimazione per coronare il mio sogno di lavorare in sala Operatoria.

Naturalmente la maestra una volta letto il tema mi chiese se sapessi realmente cosa significasse questa professione; e io le spiegai che avendo mia madre infermiera strumentista di sala operatoria e uno zio Anestesista sapevo bene di cosa parlassi. Avevo subito la "fascinazione" dell'ambiente chirurgico sin da piccola, le scialitiche, i carrelli d'acciaio, le ceste sterili, tutto aveva una luce magica.

In seguito nel tempo, il gruppo operatorio è diventato il posto in cui mi sentivo "a casa", a mio agio e felice di esserci.

Per oltre trent'anni ho vissuto le trasformazioni e l'evoluzione delle tecniche anestesilogiche e chirurgiche nei vari ambiti, è stata un'avventura sempre entusiasmante e assorbita con entusiasmo.

Laurea in Medicina con entusiasmo e senza stress, al quinto anno entro in Istituto di Anestesia come frequentatore e vengo assegnata alla dott. Piranesi e alla dott. Giusti (le mie maestre), e comincia la mia carriera. Il mio primo concorso durante il primo anno di specializzazione, subito vinto, presso un'ospedale periferico, mi produsse una "scomunica" da parte della Scuola, che aveva altri progetti per me.

Io desiderosa per carattere di autonomia e di fare esperienza non "teleguidata e sfruttata" com'era per tutti, (non c'erano diritti e borsa di studio) venni assunta e continuai il percorso di studi. Ricordo il mio primo primario che mi accolse con affetto (il figlio mio coetaneo era ancora studente di Medicina) mi diede sostegno e fiducia immediata (ero l'unica donna nel suo servizio).

In quegli anni c'era un rispetto vicendevole e un senso di appartenenza al proprio servizio e al proprio ospedale che oggi è solo un ricordo.

Altro concorso e approdo all'ospedale di Mestre (anni di cui conservo un buon ricordo), poi nel 2000 torno a Padova (ancora un concorso: se penso che oggi c'è chi non ne ha mai fatto uno!). Rientro da una gravidanza (neonata

di quattro mesi) per cui ero a tempo ridotto per l'allattamento: il "pacchetto di benvenuto" è stato di avere turni di lavoro che nel 100% dei casi per cattiva programmazione non hanno rispettato questo diritto (non parliamo della inesistente solidarietà tra colleghe). L'ambiente sanitario è maschilista e misogeno tranne per rare eccezioni.

Nella mia carriera ho visto una successione di direttori che hanno fatto crescere il gruppo numericamente, aumentato i letti di terapia intensiva, il numero di sale operatorie e di procedure di pertinenza, ma la qualità dei rapporti interpersonali, la conciliazione del tempo di lavoro e non lavoro, la qualità piegata al cronometro ... hanno risentito effetti negativi. I tempi per l'attività di ambulatorio sono ridotti al minimo, troppi pazienti in poco spazio adeguato e in poco tempo.

Gli utenti sono considerati meri numeri da sommare nei conteggi. L'esperienza del professionista più anziano viene azzerata a scapito della qualità, per essere considerati tutti allo stesso piano, per "fidelizzare" e gratificare il "decreto Calabria" e i nuovi assunti, che avendo tante offerte di lavoro si guardano attorno.

I pazienti a volte ne hanno la percezione, e sono quindi reattivi e aggressivi, il rapporto empatico basato sulla fiducia nei confronti del curante non esiste più, quindi si sentono avviliti e senza possibilità di affidamento e di continuità di assistenza.

I professionisti a loro volta hanno la percezione di essere delle pedine di un gioco e di essere assegnati a dei compiti che non seguono un disegno coerente e di continuità, ma per coprire "buchi" nell'organizzazione che richiede sempre più attività e velocità. La difficoltà che ne deriva demoralizza il medico che ha visto tempi migliori sia dal punto di vista economico sia della qualità dell'organizzazione sanitaria.

È urgente un cambiamento della "governance" del sistema sanitario, una migliore selezione delle figure apicali; l'aziendalizzazione è stata una conquista importante, ma i medici non producono macchine|oggetti bensì erogano salute: rispettiamoli e gratifichiamoli.

Resta il mestiere più bello al mondo... ma il mondo clinico ha perso la bussola.

## CENTRALE IL RAPPORTO CON LE FAMIGLIE

*di Franco Pisetta*

La Pediatria di Libera Scelta nasce con la Legge 833 del 23 dicembre 1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)”. Nel decennio precedente (anni '60, anni del boom economico) l'allora presidente della FIAT ing. Vittorio Valletta, intuì l'utilità economica della salvaguardia della salute dei lavoratori e dei loro figli, fornendo anche assistenza e cure. Nacque la Mutua Aziendale, sia per i lavoratori che per i loro figli e arrivarono i primi Pediatri in “Convenzione”. Altre Mutue aziendali seguirono poi in varie zone d'Italia. Nel settembre 1966 nasce anche il primo Sindacato dei Medici Pediatri di Torino e provincia. Nel 1971, dall'unione di varie altre piccole sigle sindacali autonomamente sviluppatesi localmente, nasce la prima sigla sindacale nazionale dei pediatri convenzionati con le Mutue aziendali: la FIMP “Federazione Italiana Medici Pediatri”.

La svolta epocale rappresentata dalla Istituzione del SSN (universale, equo e solidale) ha permesso all'Italia di raggiungere i primi posti fra i Sistemi assistenziali di tutte le Nazioni del mondo per efficienza ed efficacia in rapporto ai costi sostenuti. E la Pediatria di Libera Scelta è una conquista di civiltà assistenziale pediatrica in linea con la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia delle Nazioni Unite del 20 novembre 1989, ratificata dallo Stato italiano con Legge 176 del 1991. Di fatto, l'organizzazione su tutto il territorio nazionale dell'assistenza pediatrica secondo le indicazioni del SSN è partita da zero, sia dal punto di vista dell'instaurazione pratica, che delle competenze.

La formazione accademica, sia nella facoltà di Medicina che nella scuola di specializzazione in Pediatria, non forniva nessuna preparazione specifica per una nuova professione di approccio globale alla assistenza del bambino, basata sulla continuità del rapporto di fiducia conseguente alla libera scelta della famiglia: i due principi fondanti dell'assistenza nelle cure primarie. E da zero partivano anche i compensi (in quota capitaria) dei nuovi Pediatri di Libera Scelta (PLS), in attesa che le famiglie iscrivessero il bambino. Nella realtà veneta ci vorranno circa 10 anni perché la maggioranza dei PLS si avvicinasse o raggiungesse il massimale di scelte.

La formazione dei Pediatri di Libera Scelta è avvenuta sul campo. Chi ha intrapreso questa professione sono stati alcuni pediatri usciti dagli Ospedali, ma in maggioranza neospecialisti che nei primi anni '80 passavano direttamente dalla scuola di specializzazione alla nuova professione, senza attese, da soli nel proprio studio, ognuno con il suo approccio personale. Eravamo tutti pediatri giovani, entusiasti, con un grande voglia di costruire una professione che non esisteva. Ben presto le spontanee aggregazioni hanno consolidato una categoria. Dapprima, per orgoglio di appartenenza, la FIMP, il sindacato dei PLS, in cui tutti si sono riconosciuti e che ha avuto la sua forza, anche contrattuale, dalla rappresentatività totale di tutti i PLS. Poi, le Associazioni culturali, per le necessità culturali e scientifiche finalizzata alla formazione continua, ma funzionali alle necessità professionali e di conseguenza sindacali e contrattuali. Ogni provincia del Veneto aveva (ed ha) la sua sezione FIMP e la sua Associazione culturale alle quali aderiscono tutti i PLS, con un coordinamento regionale sia per l'una che per l'altra.

Questo connubio sindacale/culturale ha permesso l'evoluzione della professione, non semplice da strutturare vista la globale responsabilità assistenziale attribuita al PLS dal SSN: la prevenzione e l'educazione sanitaria, la diagnosi e la cura delle frequenti malattie dei bambini, la cronicità, gli aspetti sociali e psicosociali, le problematiche dello sviluppo e dell'apprendimento. Su tutti questi argomenti si sono autonomamente realizzati momenti di formazione e confronto che hanno permesso di uniformare uno standard assistenziale abbastanza omogeneo per l'intera Categoria.

Di estrema importanza è stata dai primi anni '90 la Formazione regionale obbligatoria. Per 20 anni, in condivisione con il Centro Regionale di Formazione per la Medicina Convenzionata, la categoria dei PLS ha gestito autonomamente la formazione, ogni anno su argomenti diversi, ma tutti correlati alle necessità professionali, con la partecipazione obbligata, ma consapevole e convinta, di tutti i PLS. La crescita qualitativa di quegli anni ha ancora un influsso positivo sui PLS di allora. Dal 2012 la Regione però devì i finanziamenti del Centro Regionale di Formazione per la Medicina Convenzionata alla neonata SSP (Scuola di Sanità Pubblica) e da allora la Medicina territoriale convenzionata non ha più avuto formazione obbligatoria regionale, seppure prevista dalle norme e dagli Accordi collettivi nazionali e regionali e nonostante le reiterate richieste di ripristino.

Col passare degli anni e con l'inizio del ricambio generazionale e l'arrivo di nuovi PLS, la mancanza della istituzionale formazione obbligatoria regionale manifesta sempre di più i suoi effetti deleteri sulla formazione professionale e sulla acquisizione delle competenze specifiche per l'attività dei nuovi PLS. Sono

rimaste le autonome iniziative di formazione locale, ma manca l'evento formativo condiviso con la Regione, partecipato da tutti i PLS del Veneto, per argomenti di interesse assistenziale e professionale comuni finalizzati ad un adeguato e uniforme standard assistenziale. È inaccettabile una carenza istituzionale così prolungata della Regione Veneto.

In questi 45 anni di vita, la Pediatria di Libera Scelta è sicuramente cambiata, anche in relazione ai cambiamenti dei contesti sociale, economico e specialmente informatico, quest'ultimo davvero stravolgente. Negli anni '80 la tipologia dell'assistenza era individuale, ogni PLS lavorava da solo nel proprio studio secondo le personali competenze. Le caratteristiche comuni erano: accesso libero, sale d'attesa strapiene, appunti o rudimentali schede sanitarie cartacee, visite domiciliari in quantità e per richieste ora inimmaginabili (probabile eredità della modalità di visite domiciliari "a notula" del medico di medicina generale ante SSN, con la differenza che il compenso ora era tutto compreso nella quota capitolaria).

Negli anni '90 e primi anni 2000 si sviluppò la prima rivoluzione informatica, caratterizzata dalla informatizzazione degli studi e dai primi collegamenti telematici. Importanti evoluzioni anche dagli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) con l'introduzione delle indennità (seppure per percentuali di PLS ancora basse) per le forme associative fra PLS, per il collaboratore di studio, per l'infermiere e, importantissima, la possibilità di Accordi Integrativi Regionali e Aziendali. Furono gli Accordi Regionali, insieme all'assetto codificato della formazione regionale obbligatoria, a dare una nuova dimensione all'assistenza pediatrica territoriale nella nostra Regione. Fu strutturata l'attività di prevenzione con l'ideazione del percorso "Salute Infanzia" caratterizzato da 10 visite filtro (Bilanci di Salute) finalizzate a verificare il raggiungimento delle tappe di crescita e sviluppo, a realizzare lo screening visivo e gli interventi di educazione sanitaria, tutti coerenti con le età del controllo. Dal punto di vista clinico il "Progetto Cure Primarie" codificò i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le più frequenti patologie dell'infanzia, introducendo l'uso degli ausili diagnostici ambulatoriali (self help diagnostico quali Proteina C reattiva, Tampone per Streptococco, Stick urine ecc.) per le singole patologie, che facilitò e migliorò in maniera enorme la gestione ambulatoriale delle malattie degli assistiti.

Dal punto di vista assistenziale furono specialmente gli Accordi Aziendali a definire le modalità locali per la continuità dell'assistenza diurna feriale, strutturata specialmente tramite le forme associative, e con iniziative di continuità assistenziale prefestiva e festiva tuttora in funzione. L'espandersi delle forme associative, di accordi di continuità assistenziale, del self help diagno-

stico, delle visite su appuntamento, dell'educazione sanitaria, hanno di fatto razionalizzato gli accessi allo studio degli assistiti (pur non riducendone il numero) e ridotto significativamente le visite domiciliari, riqualficate invece nelle ADI per pazienti cronici o fragili.

Gli ultimi 15/20 anni hanno visto l'evoluzione a regime delle iniziative precedenti, mantenute attuali dagli Accordi aziendali, visto lo stallo degli Accordi nazionali e quindi regionali, nonché del periodo pandemico che per 3 anni ha focalizzato tutte le necessità sanitarie e non solo. È iniziato ormai il ricambio generazionale che si concluderà completamente fra pochi anni con il pensionamento totale dei "giovani neospecialisti degli anni '80" che hanno iniziato la professione nel primo decennio di vita della Pediatria di Libera Scelta. Il contesto sociale è stravolto dalla rivoluzione informatica prima da internet e i PC poi con gli smartphone e dai conseguenti social. E adesso arriva l'Intelligenza artificiale. Poi la drammatica denatalità che sta sempre più assottigliando la fascia di età pediatrica. Dal 2008 al 2022 la popolazione pediatrica in Italia (1-14 anni) si è ridotta da 8.195.090 a 6.766.128: meno 1.428.962 bambini. E le previsioni ISTAT per i successivi 14 anni stimano una riduzione ulteriore fra 1.200.000 e 1.500.000 bambini.

Dal punto di vista economico si è passati da un aumento percentuale contrattato con il Ministero della Sanità su tutte le voci del compenso fino all'ACN 2000, ad un aumento fisso di quota capitaria uguale per tutti (dall'ACN 2005) determinato da una percentuale decisa dal Ministero dell'Economia sulla massa salariale definita dal Ministero stesso e non vi è più stata possibilità di contrattare l'entità degli aumenti. Le tariffe per le prestazioni, quali Prestazioni di Particolare Impegno Professionali (PIIP) e Bilanci di salute, sono tutt'ora quelle concordate in Lire e trasformate poi in Euro. La prospettiva futura, con l'inarrestabile denatalità e la conseguente riduzione del numero degli assistiti può mantenere un dignitoso equilibrio professionale solo con una graduale riduzione del numero dei PLS, contando sui pensionamenti della conclusiva fase del ricambio generazionale. In totale contraddizione con il bisogno reale, da 6 anni il numero di Contratti di formazione specialistica in Pediatria sono aumentati a dismisura, ben oltre le necessità dell'area pediatrica, sia ospedaliera che territoriale.

Il ruolo professionale del PLS (come quello del MMG) di tipo convenzionale basato sulla continuità del personale rapporto fiduciario medico-famiglia conseguente alla libera scelta della famiglia stessa, garantisce una risposta alle quotidiane necessità degli assistiti senza limiti predefiniti fino all'esaurimento delle richieste, modalità che, a differenza di ogni altro regime assistenziale, elimina di fatto ogni lista d'attesa. È sicuramente la continuità fiduciaria delle fa-

miglie nei confronti del proprio pediatra, che mitiga gli effetti deleteri dell'imbarbarimento sociale nei confronti di un SSN in piena crisi (specialmente per le lunghe liste d'attesa per esami e prestazioni), sicuramente sotto finanziato rispetto alle reali esigenze e probabilmente preda delle lusinghe privatistiche e della seduzione di affidare le soluzioni all'Intelligenza Artificiale.

Mediamente, infatti, i rapporti fra PLS e famiglie si mantengono buoni e la fiducia inalterata, pur nel cambiamento complessivo dei bisogni delle famiglie, che si caratterizza specialmente nella ricerca della soluzione immediata di ogni problema di salute, anche di lieve entità. I contatti delle famiglie con il proprio PLS sono quotidianamente decine e decine e al telefono si aggiungono ormai messaggistica ed e-mail, oltre alle visite ambulatoriali. Il personale di supporto, non solo segretariale, ma anche infermieristico, diventa essenziale per gestire razionalmente tramite triage l'assalto dell'"acuto banale" e per le prestazioni di self help diagnostico, permettendo al PLS di procedere per priorità e dedicare l'impegno anche alla attività di prevenzione, ai pazienti cronici, ad affrontare le situazioni di disagio psicosociale e scolastico sempre più frequenti e che vedono il proprio PLS come primo interlocutore.

Quando è nata la Pediatria di Libera Scelta la si è fatta crescere insieme, PLS con funzionari e dirigenti sia regionali che delle ULSS, in particolare il Dipartimento Regionale delle Cure Primarie e i Servizi ULSS delle Convenzioni. Insieme ci si confrontava sui nuovi ACN su un piano di vicendevole, onesta e continua collaborazione. Insieme sono stati elaborati e condivisi i primi Accordi Regionali e a seguire gli Accordi Aziendali, con l'obiettivo comune di migliorare sempre il livello assistenziale, in un clima che frequentemente sfociava nell'amicizia. Quella generazione di funzionari e dirigenti ormai si è perduta, come è quasi esaurita la generazione dei primi PLS. Oltre alle persone, sicuramente sono cambiati anche i contesti, e i rapporti fra medici e parte pubblica si sono ormai "formalizzati" in veri e propri "confronti fra controparti", come in qualsiasi altra "Azienda".

# UN PASSO INDIETRO PER UN PASSO AVANTI

*di Polamarasetti Thrinadha Rao*

Sono giunto a Padova dall'India, all'età di 20 anni, nei fine anni settanta per proseguire gli studi presso la facoltà di Medicina e chirurgia. Provenendo già con l'esperienza di studi universitari in India (Facoltà di Scienze Naturali), il primo impatto che ho avuto è stato il tipo di insegnamento, il metodo di seguire le lezioni ed impostazione degli esami, in prevalenza orali con tanta parzialità e arbitrarietà, naturalmente non da generalizzare. Il tutto diverso dal sistema anglosassone che ha richiesto un po' di tempo per l'adattamento, ed ero molto insoddisfatto durante il periodo degli anni accademici, che ha creato molti problemi sia nei rapporti personali con gli altri, che di integrazione, presato da frequenti domande che quasi mi ha fatto pensare di rinunciare gli studi e di rientrare a casa, in India.

Dopo il conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia, ho proseguito gli studi nella scuola di specializzazione in Anestesiologia e Rianimazione ed è qui, dovrei dire che tutto è andato in modo diverso e in meglio sia nella formazione professionale che nei rapporti con gli altri colleghi, con un miglior rapporto medico-paziente, anche avendo acquisito più esperienza e più capacità di capire meglio ciò che mi circondava. Mi sono state di aiuto varie partecipazioni e collaborazioni anche da dirigente, sia nel campo professionale che sociale. In seguito, entrando nel campo lavorativo come strutturato, sia nel settore privato che pubblico, da fine anni Ottanta, la situazione nel tempo si è modificata in peggio. Mi spiego: la volontà, la dedizione e i tempi di cura in relazione al paziente sono diventati sempre più complessi, causa eccessiva burocratizzazione, e criteri di limitazione dell'indipendenza nell'agire del medico nei confronti del paziente.

Questa tendenza ha aumentato i pregiudizi in generale, riducendo il dialogo reciproco e favorendo arrivismo, desiderio di guadagno economico, e aumento della prepotenza. Chi dedicava più tempo al paziente singolo, veniva considerato arretrato e non produttivo, mentre il medico più sbrigativo e informatizzato era giudicato più efficiente, e meritava la promozione e più spazio di potere nell'ambito professionale. Questo aspetto non significa che in generale le cose stiano così, ma rappresenta la tendenza per il futuro. Il medico di-

rigente viene considerato responsabile per quasi tutto l'operato nel campo sanitario, con tutte le problematiche connesse. Inoltre, un grosso problema è l'incomprensione da parte del paziente nei confronti del medico curante, che a tutti i costi deve produrre solo il risultato positivo, altrimenti viene ritenuto inefficiente e può essere denunciato, dal punto di vista legale e non solo e spesso può diventare capro espiatorio per misfatti degli altri, causa disorganizzazione, in generale.

Non sono soddisfacenti le impostazioni teoriche nel campo della umanizzazione delle cure e le condizioni medico-legali, se non applicate al meglio in pratica, nel campo in cui si opera; questo inevitabilmente e irreversibilmente porta alla medicina difensiva e al peggioramento dell'umanizzazione delle cure, nonché all'indebolimento del rapporto medico-paziente. È necessario un passo indietro, con una riflessione adeguata sulla situazione attuale, in particolare nel settore pubblico e anche in settore della sanità privata, per fare un passo in avanti per il miglior futuro della sanità pubblica.

# UN CIRCOLO VIZIOSO DA SPEZZARE

*di Andrea Spagna*

Già da studente di Medicina, la specializzazione in anestesia e rianimazione ha destato in me una forte attrazione: una disciplina che richiede una comprensione approfondita della fisiologia umana, della farmacologia e di tecniche terapeutiche complesse, che spesso hanno un impatto rapido e diretto sulle condizioni critiche dei pazienti. Ho frequentato quindi già da studente l'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Padova, proseguendo poi come specializzando e successivamente come dipendente, operando nelle terapie intensive e nelle sale operatorie sia del Presidio Ospedaliero di via Giustiniani, che dell'Ospedale S. Antonio.

Ben presto, come conseguenza della riforma sanitaria che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/78), emerse la necessità di dare un'organizzazione strutturata al sistema di soccorso sanitario extraospedaliero, che si concretizzò con un Decreto del Presidente della Repubblica Italiana del 27 marzo 1992 che istituì il sistema per l'assistenza sanitaria di emergenza, delineandone in modo preciso le caratteristiche alle quali dovevano attenersi tutte le Regioni. Con questo provvedimento non è stato solamente attivato un nuovo numero di telefono per le emergenze, ma sono state gettate le basi di un'organizzazione dedicata al soccorso sanitario, con strutture, mezzi e professionisti dedicati a svolgere questa delicata funzione. In altri termini, lo Stato si è preso in carico il compito di garantire l'attività di soccorso sanitario in tutto il Paese, attraverso le articolazioni regionali del SSN. Al centro del sistema si collocano le Centrali Operative, che non sono dei semplici call center, ma hanno compiti prima di tutto di progettazione dell'organizzazione, pianificazione delle risorse, anello di congiunzione tra la fase territoriale e quella ospedaliera dei soccorsi. Sempre secondo il D.P.R., la responsabilità medico-organizzativa di queste centrali operative è attribuita a un medico ospedaliero, preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza ed operante nell'area dell'emergenza. Per Padova, quindi, questa nuova disciplina si sviluppò nell'ambito dell'Istituto di Anestesia e Rianimazione (diretto allora dal Prof. Giampiero Giron), aprendo nuove prospettive professionali che destarono in me da subito un vivo interesse, portandomi ad occuparmene a tempo pieno.

In tale contesto ho contribuito alla progettazione del sistema e alla realizzazione della Centrale Operativa del SUEM 118 della Provincia di Padova, attivata il 19 ottobre 1996 presso l'Ospedale S. Antonio, della quale sono diventato formalmente Direttore di UOC nel 2005, carica mantenuta fino alla fine della mia carriera. Molte sono state le sfide affrontate in tutti questi anni, impegnative, ma anche ripagate dalla soddisfazione di vedere un sistema che progrediva giorno per giorno, grazie soprattutto a donne e uomini che ci hanno creduto e messo tanta passione e sacrifici personali.

Basti pensare che l'organizzazione dei sistemi di soccorso sanitario extraospedaliero dell'intero pianeta ha subito importanti mutamenti nel corso degli anni. Un secolo fa l'assenza di idonei mezzi di trasporto rendeva difficile un rapido trasporto in ospedale e pochi ne potevano beneficiare. Con la comparsa delle prime automobili e anche per necessità di soccorrere i feriti nei campi di battaglia, vennero progettate le prime autoambulanze: l'obiettivo del soccorso diventava quindi il trasporto in ospedale nel più breve tempo possibile. Ulteriori passi avanti, soprattutto nel campo delle apparecchiature sanitarie, ha consentito di progettare ambulanze attrezzate come piccoli ambulatori di pronto soccorso mobili e quindi si è incominciato a parlare di ospedale che veniva portato al paziente e non viceversa, dimezzando il tempo in cui il personale sanitario veniva a contatto con il paziente.

La disponibilità di personale sempre più specializzato, di mezzi sempre più sofisticati, compresi quelli aerei, ed una moderna concezione della medicina che comporta erogazione delle cure attraverso una rete di ospedali con diverso grado di specializzazione e tra loro integrati, hanno portato ad una ulteriore evoluzione delle modalità con cui viene svolto il soccorso extraospedaliero. L'obiettivo fondamentale diventa quindi portare il paziente nel posto non necessariamente più vicino, ma dove può essere curato in modo più appropriato rispetto alla patologia da cui è affetto, mettendo in atto percorsi condivisi tra tutti gli attori del sistema, dalla fase territoriale a quella ospedaliera. Infatti, le funzioni della Centrale Operativa non sono solo quelle di ricevere le richieste di soccorso dei cittadini, ma anche di supportare il mondo ospedaliero nella gestione dei pazienti critici: individuazione del luogo di ricovero più idoneo per pazienti affetti da patologie che richiedono trattamento medico di particolare complessità o specializzazione, reperimento di posti letto di terapia intensiva, gestione dei trasporti tra ospedali di pazienti critici, gestione dei trasporti connessi alle attività di trapianto.

L'elevata informatizzazione e sofisticati collegamenti telematici consentono il monitoraggio in tempo reale di tutte le attività ed i collegamenti non solo con i mezzi di soccorso, ma anche con tutti i reparti della cosiddetta "area

critica". Le risorse disponibili comprendono mezzi di soccorso diversificati per esigenze dettate anche dalle caratteristiche geografiche della zona di intervento e comprendono ambulanze, automediche, elicotteri, idroambulanze e moto. La moderna tecnologia ha consentito di attrezzare questi mezzi con apparecchiature portatili, ma efficienti, che consentono di iniziare un trattamento medico di emergenza già sul luogo dell'evento, dimezzando il tempo necessario per il primo contatto medico-paziente. Fondamentale, però, è la presenza a bordo di personale in grado di eseguire manovre di rianimazione che richiedono particolare addestramento e preparazione. Pertanto, nei casi più gravi, l'intervento è svolto da medici rianimatori o di pronto soccorso, in altri casi è sufficiente l'intervento di infermieri (che devono comunque possedere un adeguato addestramento), mentre le situazioni più semplici possono essere demandate a soccorritori volontari.

Proprio perché diverse sono le risorse disponibili e numerose le richieste di intervento, compito del personale della centrale operativa è quello di selezionare le richieste ed evaderle in base al grado di gravità e complessità, facendo riferimento ai protocolli predisposti dal direttore della centrale operativa sulla base delle evidenze scientifiche e delle disposizioni regionali in materia di soccorso sanitario. Per fare ciò il personale deve porre alcune semplici domande all'interlocutore: queste non sono una perdita di tempo, come alcuni pensano, ma servono per organizzare al meglio i soccorsi e dare ad ogni richiesta la risposta più appropriata ed efficace. La collaborazione dell'utente è quindi fondamentale ed anche un dovere civico. È importante che il chiamante risponda con calma alle domande rivolte dall'operatore e, inoltre, sia colui che vede cosa sta accadendo. L'infermiere della centrale potrà dare anche i consigli su cosa fare in attesa dell'arrivo dell'ambulanza.

Nel corso degli anni sono stati messe in atto procedure che consentono di velocizzare il percorso del paziente dalla richiesta di soccorso alle cure salvavita. Nel paziente colpito da infarto cardiaco è possibile eseguire un elettrocardiogramma a domicilio, trasmetterlo all'Unità Coronarica e, in caso di positività, accedere direttamente ad un centro di emodinamica per l'esecuzione dell'angioplastica, intervento che consente la riapertura dell'arteria coronaria ostruita. Analoghi percorsi sono stati predisposti, ad esempio, anche per i pazienti colpiti da ictus e neurolesione grave.

Anche la scelta dell'ospedale di destinazione compete, pertanto, alla centrale operativa, sulla base della patologia che affligge il paziente, della disponibilità di accoglienza degli ospedali, delle competenze territoriali, dei tempi di percorrenza dei mezzi e della loro disponibilità. Tale organizzazione del sistema diventa fondamentale anche nella gestione delle grandi emergenze, do-

vute ad eventi che si verificano sia per cause naturali che accidentali, che coinvolgono molte persone. In questi casi, spesso, vengono reclutate risorse anche da altre provincie ed i feriti distribuiti su più ospedali in base alle loro caratteristiche e alla ricettività.

Nel Veneto, tutto ciò è stato denominato “Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica” (S.U.E.M.). Ogni provincia ha una sua Centrale Operativa di Coordinamento e quella di Padova è una Unità Operativa dell’Azienda Ospedaliere Università di Padova. Riceve ogni giorno circa 500 telefonate e, a fronte di queste, gestisce circa 250 interventi di soccorso, dei quali il 14% circa per pazienti in gravi condizioni. La maggioranza delle richieste riguardano urgenze mediche (problemi cardiaci, respiratori, neurologici, ecc.), mentre gli incidenti stradali incidono per circa il 7% del totale. La dotazione dei mezzi di soccorso quotidianamente operativi nel territorio della Provincia di Padova, è costituita mediamente da un elicottero, 2 automediche e 25 ambulanze di soccorso, messe a disposizione in parte dalle ULSS della Provincia di Padova ed in parte dalle associazioni di volontariato (Croce Rossa Italiana, P.O. Croce Verde di Padova, SOS Alta Padovana), con proprio personale.

Particolarmente utile si è rilevato l’impiego dell’elicottero di soccorso sanitario che, oltre a permettere di far giungere rapidamente ove è necessario prestare soccorso un equipage esperta in tecniche di rianimazione, consente anche il rapido trasporto del paziente direttamente dal luogo dell’evento ad un Ospedale dotato di reparti di alta specializzazione. L’eliambulanza è impiegata inoltre per il rapido trasferimento da un ospedale ad un altro di pazienti in condizioni critiche, riducendo anche gli effetti dei traumatismi dovuti al trasporto con mezzi terrestri. L’equipaggio è costituito da un pilota ed un tecnico di volo, messi a disposizione dalla società di lavoro aereo che gestisce il velivolo e da un medico anestesista-rianimatore ed un infermiere del SUEM-118 di Padova. Da alcuni anni il personale sanitario è abilitato a svolgere anche operazioni con il verricello, anche in collaborazione con il Corpo nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS). L’elisoccorso di Padova contribuisce a dare completa copertura al territorio regionale, assieme alle altre tre basi della Regione Veneto situate rispettivamente a Pieve di Cadore (BL), Treviso e Verona e dal giorno della sua attivazione, 20 agosto 2001, ha svolto più di 8000 missioni.

Prima dell’attivazione del SUEM 118, a Padova ed hinterland il soccorso veniva svolto prevalentemente dalla Pia Opera Croce Verde, attiva nel territorio dal 1913. A questa si è affiancata in anni più recenti la Croce Rossa Italiana, mentre nel resto del territorio provinciale intervenivano le ambulanze degli ospedali. La popolazione padovana era abituata a chiamare direttamente i numeri di riferimento di questi Enti e molti videro l’attivazione del 118 con diffi-

denza, presente anche in una parte del volontariato, che vedeva sminuito il proprio ruolo.

Con il passare del tempo la popolazione cominciò ad apprezzare il cambiamento ed anzi a richiedere prestazioni anche non proprie di un sistema che dovrebbe occuparsi delle emergenze. Si accorse che dietro un numero di telefono facile da comporre e sempre attivo, vi era personale qualificato sempre pronto a dare una risposta. Pertanto, come da tempo avviene nei Pronto Soccorso, si è incominciato ad assistere al pervenire di richieste per interventi non di emergenza, come ad esempio semplici trasporti in ospedale di pazienti che potrebbero andarci tranquillamente con mezzi propri oppure richieste di soddisfare bisogni che potrebbero trovare soluzione dalla medicina del territorio, ma per i quali l'utente non riesce a trovare risposta. Il risultato è il rischio di togliere risorse indispensabili al soccorso di persone in pericolo di vita, perché impegnate a dare risposta a situazioni che poi si rivelano non di urgenza/emergenza.

Si è dovuto quindi cercare di porre rimedio al fenomeno cercando innanzitutto di educare la popolazione all'approccio a questo servizio, arrivando negli ultimi anni a dover anche emanare disposizioni da parte del Governo Regionale, volte a stabilire in quali casi l'intervento è dovuto e in quali no, prevedendo anche, nei casi identificati come non urgenti, il pagamento della prestazione da parte dell'utente.

Storicamente è anche da ricordare che il sistema 118 nasceva negli anni di Tangentopoli, durante i quali emersero molti sprechi di denaro anche in sanità e a questo seguì una progressiva contrazione delle risorse economiche disponibili per il SSN. Questo comportò notevoli difficoltà, dovendo costruire un sistema completamente rinnovato e che necessitava quindi di notevoli investimenti. Un sistema che fino a quel momento si era molto appoggiato alle Associazioni di volontariato, che ovviamente prestavano la loro opera a fronte di costi molto contenuti. Questo ha fatto sì che il mondo del volontariato sia rimasto ancora molto presente nel sistema dell'emergenza extra ospedaliera, affiancando il personale professionista e qualificato del SSN, per gli aspetti di rispettiva competenza.

Come dettato dal DPR 27 marzo 1992, "l'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del Servizio sanitario nazionale. Il Governo determina gli standard tipologici e di dotazione dei mezzi di soccorso ed i requisiti professionali del personale di bordo, di intesa con la Conferenza Stato-regioni" e "...le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria". Tali convenzioni sono a titolo oneroso e con

il tempo si è constatato che non sempre sono vantaggiose in termini di rapporto qualità/prezzo rispetto ad una gestione non esternalizzata.

Ulteriore problema accentuatosi in particolare negli ultimi anni e sempre più di attualità, è quello della carenza del personale medico ed infermieristico. Gli argomenti chiamati in causa per giustificare tale fenomeno sono ampiamente discussi: tra le possibili cause sono citati la carenza di programmazione nella formazione universitaria e la scarsa attrattività per una disciplina svolta in condizioni spesso difficili, sia per l'ambiente di lavoro extra ospedaliero (territorio, clima, spazi, ecc.), sia per il fenomeno crescente delle violenze nei confronti del personale sanitario. Tutto ciò a fronte di un'assenza di forme di incentivazione, anche dal punto di vista economico, che porta sempre più il personale a scegliere di lavorare nel privato, con remunerazioni e turni di lavoro molto più soddisfacenti. Questo accentua il disagio per chi rimane a lavorare all'interno del SSN, a causa dell'aumento dei carichi di lavoro dovuti alla necessità di coprire i vuoti di organico, generando di fatto un circolo vizioso dal quale appare difficile uscirne se non si intraprendono misure correttive drastiche ed incisive.

# ABBIAMO VISSUTO ANNI STRAORDINARI

*di Francesco Zaccaria*

Viene spontaneo, quando si sale una montagna, guardarsi indietro per rivedere il percorso compiuto: un sentiero in salita, spesso tortuoso e faticoso, a tratti nascosto nel bosco, a tratti più aperto, esposto e pericoloso, oppure tranquillo. Ora, che il mondo stia cambiando in modo estremamente rapido e tumultuoso è sotto gli occhi di tutti e non sarò certo io a sottolinearlo. Però, l'aver vissuto in prima persona i cambiamenti che sono avvenuti negli ultimi cinquant'anni è altra cosa.

Questo è stato per me un grande privilegio. Quando ho iniziato a lavorare non avevamo l'ecografia, tantomeno l'eco-doppler, avevamo una sola tac in regione, la risonanza magnetica era in fase embrionale all'estero; per avere un esame emocromo o un elettrocardiogramma di notte, nell'ospedale dove allora lavoravo, bisognava chiamare il reperibile a casa. I pronto soccorso erano, più o meno, un punto di smistamento, con un lettino ed un armadietto per le medicine, forse un Ambu ed un tubo endotracheale. Bisognava ascoltare e visitare il paziente, per poter veramente capire qualcosa del quadro clinico... non certo solo per il desiderio di mostrarsi solleciti nel completare la visita con un esame obiettivo di cortesia.

Poi tutto è cambiato con una progressione costante ed impressionante: dalla tecnologia, alla organizzazione sanitaria, ai cambiamenti della società, ai rapporti con i pazienti, alla definizione degli ambiti specialistici, alla farmacologia, alle analisi del DNA o alle tipizzazioni molecolari ed ancora molto, molto altro. In chirurgia l'avvento della laparoscopica e della robotica ha rivoluzionato la tecnica dell'immagine e della manualità strumentale, portando a risultati clinici impensabili, arrivando perfino ad aprire nuovi orizzonti nella sola descrizione dell'anatomia umana normale, riscoprendo i piani embriologici che divengono linee di progressione nell'atto chirurgico, recessi o rapporti anatomici che una volta erano una tediosa descrizione nei libri di testo e che ora diventano preziosi punti di repere per l'orientamento del chirurgo.

Poi, l'integrazione con le terapie oncologiche che ha dato speranza a pazienti affetti da neoplasie metastatiche o diffuse. E proprio l'oncologia ha dato

un incredibile nuovo impulso alla chirurgia. Una chirurgia che diventa precisa e minuziosa tesa a risparmiare tessuti e funzioni in vista di trattamenti lunghi e ripetuti. Ancora, lo sviluppo della chirurgia funzionale, che spesso risulta ancora più complessa e delicata di quella resettiva. Infine, l'esaurimento di interi capitoli di chirurgia, superata in molti campi, dai progressi farmacologici o dalla tecnologia endoscopica o di quella endovascolare, ma, al contempo, anche l'apertura di nuovi fronti come quello della chirurgia dell'obesità. Cambia la tecnica e cambia la società.

Un secondo grande privilegio fu per me incontrare, da medico, la generazione "della guerra". Gente estremamente solida, generosa, paziente, sostenuta da una saggezza antica. Un rapporto medico paziente basato sulla fiducia totale da parte del paziente nei confronti del medico, sentimento del tutto ricambiato dal medico. Naturalmente questi sono ricordi miei, del tutto personali, e potrebbero anche non essere condivisi.

Ma, camminando, si guarda avanti... dove mi porterà questo sentiero? Sarà una via agevole o difficile e rischiosa? Cosa ci riserverà il futuro? L'argomento di questa pubblicazione è "la crisi della medicina". Ma veramente esiste una crisi della medicina? Da osservatore "esterno", ormai da qualche tempo, mi sembra che i progressi tecnologici e la maturazione tecnica e scientifica delle giovani generazioni di chirurghi sia straordinaria e che non si possa che ben sperare. Che la medicina soffra di notevoli difficoltà lo leggiamo dai giornali, lo sentiamo da tutti i media e dalle esperienze personali, ma a me pare si tratti di una crisi politica o sociale più che della medicina stessa. Forse si tratta di un inevitabile transitorio disagio legato a tanti mutamenti e così radicali e rapidi?

Il problema politico o sociale è di pertinenza dei politici o sociologi, ma inevitabilmente i medici sono parte molto interessata negli sviluppi della società e dovrebbero avere un ruolo primario nel dibattito pubblico e nelle decisioni politiche. Io mi sono sempre occupato solo di medicina clinica (in fondo, sono anche contento che sia andata così) e non credo di avere titolo per analizzare in pubblico i motivi di una crisi così ampia e complessa e che sconfini ben oltre i confini nazionali.

Mi limito all'aspetto clinico. Avremo una medicina tecnicamente perfetta, frammentata in mille sotto-specializzazioni, ma fredda e tecnologica? O una medicina ancora solidale umana... anche disinteressata? L'idea mia è che abbiamo vissuto la coda di un tempo pionieristico e romantico della medicina. Mi perdoneranno i filosofi se mi arrischio in modo del tutto libero, a pensare che il romanticismo possa corrispondere ad un sentimento che nella storia si è ripresentato molte volte anche prima di quello che viene definito storica-

mente come vero periodo romantico, ogni volta che emergono nuovi ideali, per poi lasciare il passo al nuovo, al razionale, allo sviluppo inevitabile della storia e delle idee, per riemergere a tratti, quasi fiume carsico, come insopprimibile esigenza interiore.

Che cosa dobbiamo salvare di quello che io chiamo il mio periodo romantico? Ripeto, definizione del tutto personale. Forse il coraggio dei nostri padri chirurghi, la fantasia, le intuizioni, l'apertura mentale, la semplicità delle idee che furono embrione dello sviluppo della medicina moderna. Forse la curiosità giovanile a tratti quasi fanciullesca, come l'abbiamo vissuta ai tempi degli studi universitari, e che la nostra generazione ha vissuto ancora per molti anni almeno fin ai primi veri impegni di lavoro, ma anche oltre. Oltre al coraggio dei nostri padri, anche a solidarietà umana. Questa solidarietà è indispensabile per chi affronta terapie complesse lunghe e difficili come succede in oncologia. Potrebbe non essere così necessaria in altri ambiti, ma comunque arricchisce la figura del medico, sempre importante per la delicatezza del lavoro e l'importanza del ruolo sociale. Oggi, noi medici pensionati, possiamo proprio dirlo, di avere vissuto anni straordinari, forse più merito degli scienziati che non proprio direttamente nostro, ma cogliendo le opportunità che la tecnologia a mano a mano ci offriva, ci siamo immersi in questo nuovo mondo fantastico.

Si... si... Francesco tutto bello quello che dici, ma questo è quello che ci sta attorno; ma tu... tu sei stato contento? ...potrebbe chiedermi qualcuno. Beh questa è una domanda complessa e molto personale... non tirarmi per la giacchetta! E quali difficoltà hai trovato o cosa raccomanderesti a chi inizia la sua professione? È molto importante porsi degli obiettivi e sceglierli bene, cercando, almeno, di non sbagliare. Trovare gli spazi adeguati per la maturazione professionale è, per i più, un vero problema, ci vuole fortuna, molta fortuna. Studiare, è assolutamente indispensabile, ma trovarne il tempo, tra la routine assistenziale e gli impegni di famiglia, sia per gli uomini, ma di più per le donne, non è facile, se non c'è una organizzazione che ti sostiene. Consiglierei, per chi potrà, di rimanere il più possibile in un ambiente di ricerca in Italia o all'estero (fondamentale l'esperienza all'estero).

La ricerca ha fatto enormi progressi e parlare e capire il linguaggio della scienza, con le sue regole, ormai condivise in tutto il mondo, è diventata una assoluta necessità. La società è cambiata, cambiate sono le persone, cambiati forse anche noi stessi, ma di questo ne abbiamo parlato sopra. I rapporti con le amministrazioni e la parte politica non sono sempre facili, perché diverse sono le priorità, le sensibilità, gli obiettivi di carriera e le disponibilità alla collaborazione. Molto dipenderà dalla indipendenza delle Università e da quale

sarà la sorte del Servizio Sanitario Nazionale. Le libere Università ed il Servizio Sanitario Nazionale sono un patrimonio di inestimabile valore umano, tecnico, scientifico ed economico, direi forse unico al mondo, e dobbiamo proteggerlo in ogni modo... almeno così la penso io.

Ecco, in questo libretto, in grande sintesi, sono raccontate molte storie personali. Speriamo che i giovani possano trarne un'idea di quanto è successo a noi, in questi anni... poi saranno loro a decidere cosa salvare del passato o se relegarci come figurine sbiadite senza parola, in qualche album dei ricordi.

## AUTORI DEI RACCONTI

**Fabrizio Cardin**, gastroenterologo ed endoscopista. Nel corso della propria carriera ha lavorato nel SSN come Medico di Guardia Medica e di Medicina Generale. Specialista in un Poliambulatorio e Ospedaliero-Universitario si è occupato di Anziani e di terapie palliative.

**Antonella Bau**, Medico di Medicina Generale dal 1983 al 2022, Formata al counseling ad indirizzo sistemico presso l'istituto Change di Torino, ha conseguito un Master abilitante alla formazione ad indirizzo Sistemico e collabora come Tutor Mentore con la Scuola di Formazione alla Medicina Generale della Regione Veneto.

**Benito Ferraro**, specialista in Chirurgia generale. Ha lavorato in ambito chirurgico presso le strutture Ospedaliere e del Territorio di Padova. Attualmente in pensione, lavora come Libero Professionista presso poliambulatori privati

**Alessandro Franchin**, specialista in Geriatria e in Diabetologia e Malattie del Ricambio, PhD in Geriatria Clinica. Ha lavorato come Medico Ospedaliero nel SSN in 2<sup>a</sup> Divisione Geriatrica, poi in Clinica Geriatrica dell'AOUPD. Professore a contratto della Scuola di Specialità in Geriatria Unipd.

**Maria Assunta (detta Patrizia) Longo**, medica di Medicina Generale, counselor e formatrice sistemica. Ha lavorato come medica di Medicina Generale in un paese in provincia di Padova. Attualmente collabora con la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Veneto, si dedica al counselling sistemico e alla formazione in ambito sanitario. Fa parte di ISDE (medici per l'ambiente).

**Patrizia Magnanini**, ha lavorato negli ultimi 35 anni come Medico Dietologo, occupandosi anche di nutrizione artificiale, ospedaliera e territoriale. Attualmente felicemente pensionata.

**Andrea Mosconi**, psichiatra, psicoterapeuta, ha lavorato trent'anni nei Servizi Psichiatrici Pubblici successivamente si è dedicato alla psicoterapia ed attualmente è direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia.

**Maria Ornella Nicoletto**, specializzata in Oncologia e dipendente Iov, si è interessata alla patologia mammaria metastatica e ginecologica in maniera più elettiva sempre presso istituto oncologico Veneto; attualmente sono in pensione da 4 anni, si interessa alle cure di supporto in genere.

**Giovanna Pisana**, anestesista rianimatore, dall'89 in servizio presso il SSN, dal 2000 in Azienda Ospedaliera di Padova, attualmente in pensione, mi dedico a missioni in Africa e Protezione Civile.

**Franco Pisetta**, Pediatra Consultoriale. Dopo la laurea inizialmente ha lavorato nel Servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica), Pediatria Consultoriale e Medicina Scolastica. Dal 1985 Pediatra di Libera Scelta (Pediatra di Famiglia/Pediatra di base) per 40 anni.

**Polamarasetti Thrinadha Rao**, dirigente medico UOC Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliera di Padova e nel passato anche attività di anestesista rianimatore e dietologo e terapia antalgica nelle strutture private e convenzionate; da oltre due anni in pensione e attualmente libero professionista.

**Andrea Spagna**, specialista in Anestesia e Rianimazione. Già Direttore della UOC Centrale Operativa del SUEM 118 della Provincia di Padova.

**Francesco Zaccaria**, si è laureato nel 1978; ha conseguito le specializzazioni in chirurgia generale, toracica ed in gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Ha lavorato presso gli ospedali di Mestre, di Padova, in Azienda e presso l'Ospedale Sant'Antonio, e, per un breve periodo, presso l'Ospedale di Arzignano. Si è sempre occupato di chirurgia "open" ed endoscopica, prevalentemente in ambito gastroenterologico. Attualmente è in pensione.

**Francesco Jori**, l'unico presente in questa pubblicazione non da medico, ma ... da paziente. Giornalista, si occupa da mezzo secolo dei problemi della sanità.

*Si ringrazia il Dr. Salvatore de Franco  
per la collaborazione all'edizione*





**a cura di:  
Sezione FEDER.S.P.eV. di Padova**

**con il contributo della  
FEDER.S.P.eV. Nazionale**

**con il sostegno della  
FEDER.S.P.eV. Regionale**