

TESTATA	TITOLO	Data	Pag.
La Repubblica	Il catalogo dei medici: quello che i pazienti non osano dire ai medici	18/12/2007	29



VLADIMIRO POLCHI

ROMA

Cardiologi? In abbondanza. Gastroenterologi? Certo non mancano. Radiologi? In sofferenza. Anestesiisti? Beato chi l'ha visti. Quella delle specializzazioni mediche sul territorio nazionale è una fotografia sfocata e slegata dal fabbisogno dei cittadini. Un vestito d'Alektchino: tante pezze colorate sparse casualmente per il Paese. E in futuro potrebbe andare anche peggio: camici bianchi importati in massa dall'estero. A lanciare l'allarme è Arneodo Bianco, presidente l'omonimo: «Oggi dagli ospedali italiani esce il doppio dei medici di quanti entrano in servizio».

La "Federazione nazionale degli ordini dei medici" offre una panoramica verosimile degli iscritti agli ordini provinciali (aggiornata a marzo 2007). Premesso che i medici non hanno l'obbligo di comunicare la propria specializzazione e che alcuni di essi ne hanno più di una, quello che senz'altro emerge è una distribuzione territoriale fortemente disomogenea. Qualche esempio: i gastroenterologi sono 670 in Lombardia (con una popolazione di oltre 9 milioni di abitanti), 383 in Campania (su circa 6 milioni di residenti) e ben 1.141 nel Lazio (per poco più di 5 milioni di abitanti).

SEGUE NELLE PAGINE SUCCESSIVE

PAOLO CORNAELIA FERRARIS

Le facoltà di Medicina delle università italiane non possono programmare se stesse a prescindere dalle esigenze del servizio sanitario pubblico. Siamo d'accordo? Sembra proprio di sì.

Ne discende, per conseguenza logica, che insegnamento e ricerca, specializzazioni e cattedre, procedure didattiche, aggiornamento continuo ecc. non possono che far riferimento a bisogni reali. Di chi? Ma di una società che evolve rapidamente non solo (e non tanto) per tecnologie, ma anche e soprattutto per caratteristiche sociali. La medicina di oggi, infatti, affronta i problemi di persone più anziane e con malattie croniche, di più immigrati e disabili, più depressi e obesi, insomma di un mondo molto diverso da quello di soli dieci anni fa.

Le facoltà di Medicina, è ovvio, non hanno perciò diritto d'arroccarsi nel dorato limbo delle cattedre giocate tra le "scuole" e dei posti di specializzazione negoziati tra i "potenti", perché ne beneficino per primi figli e nipoti destinati a radiosi successi professionali. Devono, invece, far riferimento ai bisogni reali del contesto sociale che ne supporta i salari (tutti pubblici, pagati col nostro danaro). E allora?

SEGUE NELLE PAGINE SUCCESSIVE

(segue dalla copertina)

VLADIMIRO POLCHI

E ancora: i radiologi sono 770 in Lombardia, 735 in Campania e raggiungono il loro record (916) sempre nel Lazio. Non solo. Il Lazio batte tutti anche in ginecologia e ostetricia (con 300 specializzati in più della Lombardia).

Perché tali anomalie? «L'accesso alle specializzazioni - spiega Amédeo Bianco - avviene in base a due determinanti: la vocazione personale dell'aspirante medico e le capacità delle singole università». Insomma, oggi se uno vuole fare il cardiologo deve solo sperare di trovare un posto libero in facoltà e poi il gioco è fatto. «Il problema - ammette Bianco - è che questa dinamica rimane scollegata dal fabbisogno reale di medici sul territorio. Non permette le specializzazioni sono più numerosi, là dove ci sono gli atenei più grandi, e non dove ce n'è davvero bisogno. Accade così che «oggi sono in sofferenza i radiologi e gli anestesisti (i più gravati da turni faticosi e da rischi alla salute, ndr), mentre certo non mancano gli specializzati in gastroenterologia». Il problema ha un nome: "Modello organizzativo". «Se per esempio - prosegue Bianco - si innalza l'età pediatrica fino a 16 o 18 anni, è chiaro che il numero di pediatri risulterebbe insufficiente; così come se si decidesse che ogni ambulanza deve avere a bordo un anestesista».

Ma uscire dalla «logica frammentata» non basta: occorre anche una programmazione a lungo termine dei fabbisogni del Servizio sanitario nazionale. «Se serve un radiologo in più - spiega Bianco - lo devo preventivare con almeno sette anni d'anticipo, tenendo conto dei tempi della sua formazione». Insomma, senza programmazione non si va lontano. «Questo porta a situazioni assurde - conferma Aldo Santese della Cgil-Medici - con specializzazioni troppo scelte e dunque a rischio disoccupazione ed altre invece con carenze d'organico». Qual? Sempre le stesse: «Radiologia e, soprattutto, anestesia: le meno ambite perché rischiose e sottoposte a turni massacranti. Urgente diventa allora una politica di seria programmazione dei fabbisogni».

«Va dunque razionalizzato il modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, altrimenti il sistema rimarrà sempre a macchia di leopardo».

Ma uscire dalla «logica frammentata» non basta: occorre anche una programmazione a lungo termine dei fabbisogni del Servizio sanitario nazionale.

«Se serve un radiologo in più - spiega Bianco - lo devo preventivare con almeno sette anni d'anticipo, tenendo conto dei tempi della sua formazione». Insomma, senza programmazione non si va lontano. «Questo porta a situazioni assurde - conferma Aldo Santese della Cgil-Medici - con specializzazioni troppo scelte e dunque a rischio disoccupazione ed altre invece con carenze d'organico». Qual? Sempre le stesse: «Radiologia e, soprattutto, anestesia: le meno ambite perché rischiose e sottoposte a turni massacranti. Urgente diventa allora una politica di seria programmazione dei fabbisogni».

«Va dunque razionalizzato il modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, altrimenti il sistema rimarrà sempre a macchia di leopardo».

L'intervento

I camici bianchi che ci servono

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

(segue dalla copertina)

Vinto che il modello dei servizi sanitari ha virato nettamente verso il territorio, liberando gli ospedali da ricoveri inutili e terapie inappropriate, prima cosa da fare è dotare il territorio delle capacità di affrontare l'unghia incarnata, certo, ma anche la terapia domiciliare di un anziano o di un bambino. Gli specialisti della medicina di base, dalla pediatria alla riabilitazione, vanno formati, ripensati, aggiornati, rimotivati, pungolati. Con energia e a prescindere dalle solite rivendicazioni salariali. La proposta di inserire, per esempio, nell'ultimo anno di specializzazione, un tirocinio obbligato accanto al medico di base o al pediatra di famiglia, potrebbe sembrare una buona idea.

Il sospetto, tuttavia, è che chi lavora sul territorio sia terrorizzato all'idea d'essere chiamato per una visita

domiciliare molto di più di quanto oggi accada. Uno specializzando ricattabile potrebbe far loro comodo. Così come oggi fa comodo ai direttori di policlinici che, stretti d'organico oppure incapaci di far lavorare i propri medici anche il pomeriggio, sfruttano gli specializzandi come mano d'opera sotto pagata. Provate ad entrare nella radiologia di Torvergata a Roma, alle ore 14: sembra la Nasa (nulla di meglio per attrezzature d'avanguardia) vuota: un solo specializzando di turno.

Una battaglia, quella delle scuole di specialità, con molte facce nascoste, che è bene siano svelate senza ipocrisia se si vuole che la programmazione dei futuri specialisti risponda ai bisogni della gente. Se davvero si vuole che gli assistiti imparino a votare, alle prossime elezioni, per chi tra i politici ha saputo interpretare i suoi bisogni ed a questi ha saputo rispondere.



Le tabelle sul sito

Le tabelle complete della mappa degli specialisti italiani realizzata dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici, sono consultabili stamani sul sito Repubblica.it. Ai problemi della sanità, tra cattiva organizzazione e scarso ascolto dei pazienti, sarà dedicata anche la diretta di oggi su Repubblica Tv. Inizio alle ore 11. Interverranno Domenico Iscaro (presidente Associazione medici dirigenti), Serafino Zucchelli (sottosegretario ministero Salute), Amédeo Bianco (Federazione degli ordini dei medici), Paolo Cornaglia Ferraris, Germano Calvi e Vladimiro Polchi

gni. «Bisogna uscire dalla logica autoreferenziale - sostiene Santese - decidendo in anticipo le specializzazioni da incentivare».

E in tal senso sembrano finalmente muoversi i ministri dell'Università e della Salute, con il decreto (emanato lo scorso settembre) di determinazione del numero dei medici da formare nelle Scuole di specializzazione nell'anno accademico 2007/08. Quanti? In totale 7.460, con le maggiori richieste proprio tra gli anestesisti (880 posti) e i radiologi (700).

Peraltro, uscire dalla «politica cieca delle specializzazioni» è ormai una necessità: in futuro infatti potremmo essere costretti a dover importare in massa camici bianchi dall'estero. «Se oggi guardiamo all'andamento delle iscrizioni alle facoltà di Medicina (28.077 matricole l'anno scorso, ndr) e lo confrontiamo con quella dei pensionamenti - avverte Bianco, presidente Fpmco - arriveremo a breve a una carenza di medici in Italia. Nei prossimi anni, infatti, ne usciranno il doppio di quanti ne entreranno, portando il nostro Paese nella situazione di Spagna e Gran Bretagna, che già oggi devono fare "compagnia acquisti" all'estero».



Il caso

Un sito e un libro sull'incomunicabilità

Quello che i pazienti non osano dire ai medici

ROMA

L'ospedale come un supermarket, il paziente ridotto a un numero, il medico chiuso nella sua «atteggiamento di superiorità» e ormai incapace di ascoltare. I malati italiani hanno voglia di parlare, raccontarsi, sfogarsi. Il progetto "Care!", della Fondazione Giancarlo Quarta di Milano, si preoccupa di raccogliere e dare voce alle loro confessioni, con un sito internet (www.care.it) e un libro ("Quello che i medici non sanno", di Germano Calvi). Ne emergono storie di malattia e del dolore che essa produce. La sofferenza però non è mai la protagonista. Sono i pazienti a esserlo, i loro sfoci, i tentativi e le cadute che costellano una storia di malattia. Esaurito, la difficile, a volte drammatica, relazione fra medico e paziente: in una parola, l'incomunicabilità.

«Credo che nei rapporti con i pazienti i medici non siano persone intelligenti - confessa un rianimatore anestesista, colpito da un infarto - normalmente infatti il medico non ha quell'atteggiamento di tipo affettivo che predispone un rapporto su basi fiduciarie con il paziente, paritetico, sullo stesso piano. Il rapporto fiduciaro non nasce perché normalmente il medico ha un atteggiamento di superiorità e quindi il paziente è un po' il fantozzi, che davanti al ragioniere capocade sulla sedia. Si sta assolutamente perdendo quello che è il rapporto classico fra medico e paziente. Si sta andando in-

contro ad un'attività da supermarket: si va, si compra, si torna a casa. L'attività medica è diventata talmente meccanica, che non c'è più spazio per il resto. Il paziente è diventato solo un numero di un sistema».

Aspro lo sfogo di una donna contro il suo ginecologo: «Vedi che ti chiedo aiuto, cerco di incrociare il tuo sguardo, cerco di avere un contatto umano, e tu? Tu sei una macchina. In non sono niente per te, è come se io parlassi con un computer che dà delle risposte, che io comunque continuo a non capire. Perché parli in un linguaggio che io non posso capire, non ci riesco, non è il mio. E allora che cosa facciamo? Io cerco di venire incontro a te, ma tu aiutami, che cosa devo fare?».

«Faccio la dialisi tre volte la settimana ed è una cosa molto pesante, che cambia la vita - scrive una paziente ammalata sin dal '95 - Qualcosa che, secondo me, può tranquillizzare un dializzato, come tutti gli altri malati, è l'essere ascoltato, l'essere tranquillizzato. Questo è molto importante. Soprattutto da parte dei dottori. Purtroppo i medici sono tutti super impegnati: sono presenti solo quando si attacca e quando si stacca il macchinario. Nelle quattro ore di dialisi non si vedono molto. Non è cattiva volontà, perché questi poveri medici si fanno in quattro, ma non hanno tempo. Anche per questo, il paziente con tutte le sue paure si sente un abbandonato».

«La diagnosi me l'ha comunicata mia sorella - racconta un'altra donna - Ero ricoverata all'ospedale, è venuta mentre facevo gli esami di routine e mi ha detto: "Guarda Luisa, per tua fortuna non hai un tumore al cervello". Però hai una sclerosi multipla". Ora col mio neurologo ho un rapporto soltanto di malattia: io espongo i miei sintomi e la dottoressa mi espone la sua diagnosi e terapia. Finisce lì, non ho altri rapporti. Cosa che lavoro con la mia psicologa. Insomma con i miei neurologi ho soltanto un rapporto malattia-paziente. Peccato».

(1/4 p. 1)

TESTATA	TITOLO	Data	Pag.
La Repubblica	Il catalogo dei medici: quello che i pazienti non osano dire ai medici	18/12/2007	31

Il caso

Un sito e un libro sull'incomunicabilità

Quello che i pazienti non osano dire ai medici

ROMA

L'ospedale come un supermarket, il paziente ridotto a un numero, il medico chiuso nella sua «atteggiamento di superiorità» e ormai incapace di ascoltare. I malati italiani hanno voglia di parlare, raccontarsi, sfogarsi. Il progetto "Care-4", della Fondazione Giancarlo Quarta di Milano, si preoccupa di raccogliere e dare voce alle loro confessioni, con un sito internet (www.care4.it) e un libro ("Quello che i medici non sanno", di Germano Calvi). Ne emergono storie di malattia e del dolore che essa produce. La sofferenza però non è mai la protagonista. Sono i pazienti a esserlo, i loro sforzi, i tentativi e le cadute che costellano una storia di malattia. È su tutto, la difficile, a volte drammatica, relazione fra medico e paziente: in una parola, l'incomunicabilità.

«Credo che nei rapporti con i pazienti i medici non siano persone intelligenti», confessa un rianimatore anestesista, colpito da un infarto - normalmente infatti il medico non ha quell'atteggiamento di tipo affettivo che predispone un rapporto su basi fiduciarie con il paziente, paritetico, sullo stesso piano. Il rapporto fiduciario non nasce perché normalmente il medico ha un atteggiamento di superiorità e quindi il paziente è un po' il Pantofo, che davanti al ragioniere capo cade sulla sedia. Si sta assolutamente perdendo quello che è il rapporto classico fra medico e paziente. Si sta andando in-

contro ad un'attività da supermarket: si va, si compra, si torna a casa. L'attività medica è diventata talmente mercantile, che non c'è più spazio per il resto. Il paziente è diventato solo un numero di un sistema».

Aspro lo sfogo di una donna contro il suo ginecologo: «Vedi che ti chiedo aiuto, cerco di incrociare il tuo sguardo, cerco di avere un contatto umano, e tu? Tu sei una macchina! Io non sono niente per te, è come se lo parlassi con un computer che dà delle risposte, che lo comunque continuo a non capire. Perché parli in un linguaggio che io non posso capire, non ci riesco, non è il mio. E allora che cosa facciamo? Io cerco di venire incontro a te, ma tu aiutami, che cosa devo fare?».

«Faccio la dialisi tre volte la settimana ed è una cosa molto pesante, che cambia la vita», scrive una paziente ammalata nel '89 - Qualcosa che, secondo me, può tranquillizzare un dializzato, come tutti gli altri malati, è l'essere ascoltato, l'essere tranquillizzato. Questo è molto importante. Soprattutto da parte dei dottori. Purtroppo i medici sono tutti super impegnati: sono presenti solo quando si attacca e quando si stacca il macchinario. Nelle quattro ore di dialisi non si vedono molto. Non è cattiva volontà, perché questi poveri medici si fanno in quattro, ma non hanno tempo. Anche per questo, il paziente con tutte le sue paure si sente un abbandonato».

«La diagnosi me l'ha comunicata mia sorella», racconta un'altra donna - Ero ricoverata all'ospedale, è venuta mentre facevo gli esami di routine e mi ha detto: "Guarda Luisa, per tua fortuna non hai un tumore al cervello. Però hai una sclerosi multipla". Ora col mio neurologo ho un rapporto soltanto di malattia: lo espongo i miei sintomi e la dottoressa mi espone la sua diagnosi e terapia. Finisce lì, non ho altri rapporti. Cosa che invece ho con la mia psicologa. Insomma con i miei neurologi ho soltanto un rapporto malattia-paziente. Peccato».

(in p. 3)