

**NUOVO APPROCCIO COL PAZIENTE:  
NON IL «MALATO», MA L' «ORGANO» AMMALATO  
e BASTA COLLA MEDICINA MERCIFICATA**

**pubblicato sul n.1/2017 di Azione Sanitaria - Organo di informazione della Feder.S.P.eV.  
a cura di Marco Perelli Ercolini**

Negli anni ottanta ebbi in cura un avvocato americano e mi colpì, allora, una sua frase: *“la medicina italiana è meravigliosa: prendete in considerazione tutto il malato, da noi, in America, si smonta l'individuo e ciascun specialista prende in considerazione il suo organo; nella vostra medicina c'è molta umanità, da noi solo commercio”*.

Sono in pensione da diversi anni e ho abbandonato la medicina attiva, ma in questi ultimi tempi per vicende familiari, mi sono dovuto rituffare e riaffrontare questo mondo con gran rammarico e stupore...il modello americano sta prendendo piede anche da noi e, dopo oltre 40 anni di vita attiva professionale ospedaliera, guardo sbigottito e amareggiato questo nuovo modo di essere medico.

Il vecchio clinico prof.Villa, il suo allievo Dioguardi, il prof.Rugarli hanno sempre detto ai loro allievi: *“quando sarete medici di fronte al vostro ammalato calatevi nella sua realtà, immedesimatevi nel paziente e ascoltate ciò che vi dice, il più delle volte con parole semplici sarà lui stesso a darvi la diagnosi della sua malattia e guardatelo, soprattutto, nella sua globalità, non è una macchina da smontare nei suoi pezzi, è un essere umano con varie interfunzioni ... fate una medicina umana, la medicina è una missione ...”*. Parole profonde, un tempo un simbolo e dogmatiche per il medico, ma ora mi sembra però tutto cambiato. Addio alla medicina come missione umanitaria, ora tutto nel consumismo, tutto rivolto verso il «soldo», verso una commercializzazione.

Di fronte a lunghe liste di attesa troppo spesso il paziente, veramente ammalato, è costretto rivolgersi al privato per avere la prestazione, meccanismo salta lista a pagamento, e spesso non per avere questo o quel medico, ma solo per appagare nell'immediato il bisogno di cure. E' lo stesso medico, per il quale avrebbe dovuto aspettare un mese, due mesi e più ... ma se hai bisogno, anche solo psicologico per affrontare la paura del male, il paziente corre e paga ... un medico contrattualizzato dell'azienda a prestazioni più immediate, ma temporalizzate .... il paziente si siede, se pure va bene, oppure rimane in piedi davanti al medico, non ha tempo di esporre tutta la sua storia, uno sguardo del medico, due o tre imposizioni di mani e via ... *“dottore non riesco più a stare seduto, mi fa male”* .... *“Sì, sì, va bene .. ho capito”* ed ecco un foglio in mano scritto al computer ... sei entrato con dolori al sacro, al fianco, alla coscia .... *“cosa ho?”* diagnosi: «dolori di ndd .... »

E' la nuova macchina dell'assistenza sanitaria ...

In un recente articolo su CorriereSalute, Alberto Scanni, già primario oncologo e consigliere ordinistico, sottolinea: *“... in alcuni ospedali milanesi, e non solo, il tempo medio di visita deve essere di 20 minuti a paziente. Bisogna essere veloci, attenersi all'orologio, sinergici agli obiettivi delle direzioni generali. Essere in pratica le cinghie di trasmissione della produzione aziendale. Nessun direttore generale, se interrogato in proposito, dirà mai che la regola è tassativa, sta di fatto, però, che se il medico sfora i tempi, lui e/o il suo reparto verranno penalizzati. E le attenuanti saranno veramente poche!”*

Purtroppo anche il medico è entrato in questa macchina catena di montaggio sia per i compiti di istituto sia per quelli da libera professione intramuraria o aziendale. Anche il medico di famiglia lesina le prestazioni e le indagini diagnostiche specialistiche ... anche se con criteri meno rigorosi e con imposizioni meno imperative è portato a rispondere ... di fronte a tanti sprechi, è sconcertante vedere come si lesina sulla tutela della salute!

A proposito di liste di attesa ricordiamo che il DLgs 124/1998 al comma 10 dell'articolo 3 sancisce che le Regioni sono tenute a disciplinare i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere devono determinare i tempi massimi che possono intercorrere tra la data in cui una prestazione viene richiesta e quella in cui la stessa è erogata. Tale termine non solo dovrebbe soggiacere a un'adeguata pubblicità, ma andrebbe anche comunicato all'assistito al momento in cui questi presenta la domanda della prestazione, così che eventualmente, come previsto dall'articolo 3, possa provvedere alla prestazione in regime libero-professionale con onere a carico del servizio sanitario nazionale con tempestiva comunicazione in merito e, in caso di difetto, con prestazione effettuata privatamente con successiva richiesta di rimborso a carico dell'azienda inadempiente. E attenzione: di fronte all'illegittimo escamotage di bloccare le liste d'attesa, non accettando le prenotazioni dei cittadini che vengono posti nella condizione di "attesa di entrare nella lista di attesa" è chiaro che si è davanti ad una situazione in cui l'azienda sanitaria non è in grado di ottemperare al suo dovere di garantire un'adeguata tempestività delle prestazioni da rendere.

Ma pochi lo fanno o hanno timore di rivalse e lungaggini burocratiche ...

**Decreto Legislativo n. 124 del 29 aprile 1994 - Articolo 3**

**10.** Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere.

**12.** Le regioni disciplinano, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare all'assistito la effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacità di offerta delle aziende eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto già previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati;

b) prevedere, anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e controllo di cui all'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10;

c) imputare gli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria alle risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato;

d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo come definito nei commi 3 e 4 secondo i criteri desumibili dal comma 13.

**13.** Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.

Già coi DRG si era constatata una certa mercificazione della medicina, ora anche con l'attività ambulatoriale e la connessa attività libero professionale sta diventando una realtà commerciale.

Dunque «medicina non più come missione», ma «medicina commercializzata» e inoltre «parcellizzata» dal concetto superspecialistico (io curo il cuore perché sono cardiologo, ma non il polmone perché non sono pneumologo, vai da lui e ... quindi altra fatturazione) che però fa perdere il concetto del «malato come essere unitario» bisognevole di diagnosi e cure nella sua globalità e, inoltre, di tanta umanità.

Siamo, dunque, passati dalla «umanizzazione» alla «commercializzazione» dell'atto medico.

Da ultimo: la salute non ha prezzo, ma, l'amministratore ribatte: *“ha dei costi ... e la spesa continua ad aumentare!”* ... ma è anche logico che negli anni sia aumentata: tecnologie più sofisticate e costose, aumento della vita con maggior invecchiamento della popolazione e conseguenti maggior casi di disabilità e bisogni di cure, cure e diagnostiche di patologie rare ... insomma più cure e con veri successi. Più costi sì, è vero, ma anche maggiore e migliore tutela del bene salute!

Si tira la corda sulla tutela salute, ma quanto si sperpera o si spende e spande alle spalle della parola «sanità», ma che di tutela salute ha ben poco? e attenzione: razionalizzare, non significa nè deve essere razionare .... Puntare, dunque, a una migliore organizzazione competente dei bisogni, delle esigenze del malato e della comunità, puntare a meno burocrazia, a meno amministrativi, a più sanitari .... e a tanto altro che tralasciamo di dire.

Infine due dati per i nostri politici e amministratori (fonte: Corriere della sera del 27 dicembre 2016):

- percentuale del PIL destinata alla spesa pubblica nel 2013: Italia 8,8%, Francia 10,9%, Germania 11%, media Ocse 8,9;
- spesa medica pro-capite (in euro): Italia 2.600, Francia 3.500, Germania 3.700.  
Sempre secondo il Corriere della sera: .... *“molti cittadini, pur di non aspettare (per le lungaggini delle liste di attesa) pagano, e così spendono di tasca loro in tutto 30 miliardi di euro all'anno dopo aver già pagato la tassa della salute”*;
- numero medici per ogni 1.000 abitanti: Italia 3,990, Germania 4,050, Svizzera 4,040, Francia 3,330, media Ocse 3,270.

E dunque?...dunque cosa desidera, cosa chiede, cosa vuole, cosa deve pretendere il malato? Deve chiedere, deve volere, deve pretendere una medicina efficiente, efficace, umana, umana anche secondo i suoi bisogni, ma soprattutto non essere oggetto di mercificazione e speculazioni sulla sua salute.

Medicina, attenzione, che non è gratuita, ma indirettamente pagata dai cittadini ... conglobata nelle trattenute fiscali.