

Giuseppe Remuzzi, Antonio Maturò

# Ci curano o ci curiamo?

Il malato tra crisi economica  
e responsabilità individuale

Contributi di M. Bobbio, G. Corbellini,  
G. Costa, G. Fattori, S. Garattini,  
M. Giacca, F. Mandelli, F. Provera, G. Testa

RICERCA  
SPENDIBILITÀ



**S**alute e  
società

FrancoAngeli

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* (attiva dal 2002) si inserisce in una rete di natura vasta e plurale in cui molteplici iniziative concorrono, pariteticamente, nel definirne l'identità epistemologica e metodologica. L'approccio di riferimento risulta co-istituito secondo uno studio della salute che non è né strettamente medico, né di stampo puramente economico-sanitario. Le tematiche che ruotano attorno al rapporto fra salute e società, con particolare riguardo alle nuove "culture della salute", al ritorno a forme di pluralismo sanitario come conseguenza della diffusione delle medicine alternative, fanno emergere stili inediti di partecipazione dei cittadini al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, ai percorsi di umanizzazione e personalizzazione delle cure. Tale prospettiva rimane inoltre aperta ed attenta ai processi di riforma dei sistemi sanitari attualmente in atto, soprattutto nelle società industriali avanzate, nel contesto del più generale processo di globalizzazione operante anche in campo sanitario.

La Collana *Salute e Società* contempla, all'interno della sua rete di riferimento, le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione* (organo fondamentale di coordinamento e di raccordo tra le varie strutture):

- Andrea Antonilli, Susanna Vezzadini (Un. di Bologna), Laurea Magistrale in *Scienze criminologiche per l'investigazione e la sicurezza*;
- Antonio Maturo (Un. di Bologna e Brown University), Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito in italiano e in inglese (online) da FrancoAngeli;
- Roberto Vignera (Un. di Catania), Delegato AIS, *sezione di sociologia della salute e della medicina*; Tullia Saccheri (Un. di Salerno), Delegato SISS, *Società Italiana di Sociologia della Salute*;
- Leonardo Altieri (Un. di Bologna), Master Universitario di I livello in *e-Health e qualità dei servizi socio-sanitari*;
- Cleto Corposanto (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), *Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.);
- Sebastiano Porcu (Un. di Macerata), Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salutesalute*;
- Veronica Agnoletti (Un. di Bologna), Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S);
- Anna Coluccia (Un. di Siena), Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*;
- Paolo Vanni (Un. di Firenze), Storico per la *Croce Rossa Internazionale*;
- Guido Giarelli (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), Membro dell'Executive Council R.C. 15, "Sociology of Health" dell'International Sociology Association (ISA).

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *e-Health, fascicolo sanitario elettronico e reti sociali* (Università di Bologna): Tutor Alberto Ardisson, [alberto.ardisson@unimi.it](mailto:alberto.ardisson@unimi.it);
- Corso di Alta Formazione in *Promozione della salute nella società interculturale paradigmi, sistemi e professioni sanitarie*: Tutor Alessandro Stievano, [astievano@tiscali.it](mailto:astievano@tiscali.it);
- Corso di Alta Formazione in *Dalla programmazione alla progettazione sociale*: Tutor Evarardo Minardi, [eminardi@unite.it](mailto:eminardi@unite.it).

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale. La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

La Collana si articola in tre sezioni:

#### *Confronti*

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica ed epistemologica il senso della propria elaborazione. L'obiettivo prioritario è valorizzare alcuni principi cardine come: tolleranza, pluralismo competitivo e co-produzione del sapere. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

#### *Teoria e metodologia*

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

#### *Ricerca e spendibilità*

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabili redazionali: Alessia Manca, [alessia.manca@unibo.it](mailto:alessia.manca@unibo.it); Arianna Scanu, [arianna.scanu@gmail.com](mailto:arianna.scanu@gmail.com)

Giuseppe Remuzzi, Antonio Maturò

# **Ci curano o ci curiamo?**

Il malato tra crisi economica  
e responsabilità individuale

Contributi di M. Bobbio, G. Corbellini,  
G. Costa, G. Fattori, S. Garattini,  
M. Giacca, F. Mandelli, F. Provera, G. Testa

FrancoAngeli

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Letizia Pieri.

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	11
<b>1. Medici e pazienti, di <i>Giuseppe Remuzzi</i></b>	»	15
Questi pazienti superinformati: sono finiti i tempi di Tolstoj	»	15
Medici di base e spesa pubblica	»	17
Un patto tra medici e malati	»	18
Curare i malati, di qualsiasi Paese	»	19
Medici e pazienti: le decisioni si prendono insieme	»	20
Tutti noi vorremmo avere un Medico di Famiglia come Ted Steinman	»	21
Giovani medici: cosa cambiare nella sanità	»	22
Medici e pazienti: un colloquio con Marco Bobbio, di <i>Antonio Maturo</i>	»	23
I porosi confini del rapporto tra medico e malato, di <i>Antonio Maturo</i>	»	27
Riferimenti bibliografici	»	31
<b>2. Bioetica, responsabilità dei medici e confini della vita, di <i>Giuseppe Remuzzi</i></b>	»	33
Aborto chimico e ricovero coatto: una scelta politica non sanitaria	»	33
Il privilegio dei paesi ricchi	»	34
La responsabilità dei medici	»	34
Papilloma e vaccinazione: perché dico no	»	36
Affidarsi ai medici per Eluana	»	38
Le risposte sui confini della vita	»	39
Quando è la scienza a risolvere i problemi etici	»	41

Ma l'accanimento della medicina è anche positivo	pag.	43
Bioetica, responsabilità dei medici e confini della vita: un colloquio con Gilberto Corbellini, di <i>Antonio Maturo</i>	»	44
Conquiste della medicina e invecchiamento, di <i>Antonio Maturo</i>	»	47
Riferimenti bibliografici	»	50
<b>3. Infermieri e pazienti</b> , di <i>Giuseppe Remuzzi</i>	»	51
Stipendi e nuove mansioni. La “gabbia” per gli infermieri	»	51
L'alleanza in corsia	»	52
La polemica sugli infermieri	»	53
Infermieri, una laurea non sempre indispensabile	»	53
Prestazioni, turni pesanti e cure. Un lavoro prezioso nell'ombra	»	55
Buon senso e rispetto del malato	»	56
Fermare la fuga degli infermieri	»	57
Il futuro della sanità	»	58
Medici e infermieri: un colloquio con Franco Mandelli, di <i>Antonio Maturo</i>	»	59
L'infermiere come “specialista dell'intimità”, di <i>Antonio Maturo</i>	»	63
Riferimenti bibliografici	»	66
<b>4. Medicina rigenerativa ed embrioni</b> , di <i>Giuseppe Remuzzi</i>	»	67
La scoperta nello stadio embrionale. I battiti del cuore producono sangue	»	67
La lunga caccia alle staminali etiche	»	68
Embrione selezionato: non avrà il cancro	»	69
Cellule staminali da embrioni “morti”	»	70
Date tempo alla scienza	»	71
Se impareremo a far ricrescere gli organi	»	73
Medicina rigenerativa ed embrioni: un colloquio con Giuseppe Testa, di <i>Antonio Maturo</i>	»	74
Naturale, normale e normativo: sovrapposizioni ed equivoci semantici di <i>Antonio Maturo</i>	»	82
Riferimenti bibliografici	»	86

<b>5. L'organizzazione sanitaria ai tempi del razionamento</b> , di <i>Giuseppe Remuzzi</i>	pag.	87
I chirurghi come i piloti: con la check list meno errori. I controlli indispensabili prima di ogni intervento	»	87
Tagli alla Sanità: la lezione americana	»	88
Errori medici: ora serve una svolta	»	90
Ma troppa privacy può bloccare il lavoro in corsia	»	90
Come battere l'assenteismo negli ospedali	»	91
Una moderna sanità e le assenze. Le malattie negli ospedali	»	92
Concorsi per tutti	»	93
Informatica e medicina	»	94
Organizzazione sanitaria, politica e professione medica: un colloquio con Franco Provera, di <i>Antonio Maturo</i>	»	95
La Managed Care è manageriale?, di <i>Antonio Maturo</i>	»	98
Riferimenti bibliografici	»	102
<b>6. Promozione e prevenzione della salute</b> , di <i>Giuseppe Remuzzi</i>	»	103
Serve più prevenzione. Facciamo Tutti il Test	»	103
Chi fa più attività fisica studia meglio. Più movimento, più BDNF, una proteina che arricchisce il cervello	»	104
Fede e malattia. Quando pregare aiuta a guarire	»	105
Più rischi cardiaci per chi vive solo. Città dei single e prevenzione	»	107
Ricerca di tre università USA: la ricchezza è fonte di ansia	»	108
«Troppe ore davanti alla tv? Si creano studenti distratti»	»	109
Infarto, i rischi del lunedì: si muore 20 volte di più	»	111
Mangiare piano. E a 50 anni si pesa come a 20	»	112
Promozione e prevenzione della salute: un colloquio con Giuseppe Costa, di <i>Antonio Maturo</i>	»	113
Promozione e prevenzione della salute: il peso della disegualianza sociale, di <i>Antonio Maturo</i>	»	116
Riferimenti bibliografici	»	120
<b>7. Farmaci e ricerca</b> , di <i>Giuseppe Remuzzi</i>	»	121
La scommessa dell'India: più ricerca contro la povertà	»	121

È sbagliato che Comune, Regione e farmacie educino i ragazzi ai vantaggi della “medicina dolce”	pag.	122
Epo: pericolosa nello sport è un problema enorme	»	123
Con la cocaina danni irreparabili al cervello	»	124
Come difendersi dagli “effetti” indesiderati. Farmaci e salute	»	125
Rischi di abuso degli antidepressivi. I giovani e i farmaci	»	126
I vincoli e la ricerca	»	127
I rischi dei nuovi sistemi di cura. I ragazzi e la droga	»	128
Farmaci e vita quotidiana: un colloquio con Silvio Garattini, di <i>Antonio Maturo</i>	»	129
Quando l’infelicità viene considerata come una malattia, di <i>Antonio Maturo</i>	»	133
Riferimenti bibliografici	»	135
<b>8. Comunicare la salute</b> , di <i>Giuseppe Remuzzi</i>	»	137
Storie di Natale. La testimonianza e la richiesta: non dimettetemi	»	137
La salute e le statistiche	»	138
Il silenzio (apparente) che copre l’allarme influenza aviaria	»	139
Gli antivirali? Non usateli per l’influenza di stagione	»	140
I nuovi consumi e la pubblicità	»	141
A Milano il record dei malati di Aids. Il primato negativo	»	142
Comunicazione della salute in situazioni di emergenza: un colloquio con Giuseppe Fattori, di <i>Antonio Maturo</i>	»	143
Gente pesante: obesità, comunicazione e stili di vita, di <i>Antonio Maturo</i>	»	147
Riferimenti bibliografici	»	149
<b>9. Genetica e futuro</b> , di <i>Giuseppe Remuzzi</i>	»	151
Così la cultura modifica i geni	»	151
Profumo di champagne. Perché lo sentiamo	»	153
L’uomo discende anche dai virus	»	154
Facciamo sesso quasi per caso...	»	155
E anche l’arte si accorse di Darwin	»	156
L’intelligenza allunga la vita	»	158

Uomo-scimmia: la proteina “sapiens”	pag.	160
Il nostro cervello diventa digitale	»	162
Il gene dell’omosessualità servirà a migliorare l’uomo	»	163
Altruismo, la chiave dell’evoluzione	»	165
La genetica del futuro e il futuro della genetica: un colloquio con Mauro Giacca, di <i>Antonio Maturo</i>	»	166
Genetica, responsabilità degli scienziati e giustizia sociale, di <i>Antonio Maturo</i>	»	174
Riferimenti bibliografici	»	178
<b>Riferimenti articoli</b>	»	181



## Introduzione

Sono passati quasi 10 anni dall'uscita del nostro volume *Tra Igea e Panacea*. In quel libro dimostrammo come medicina e scienze sociali potessero dialogare proficuamente. Ora ci riproviamo, ma alzando un po' la posta. Qui infatti gli invitati sono molto più numerosi. Epistemologi, bioetici, genetisti, farmacologi, clinici, massmediologi ed epidemiologi ci fanno compagnia in questo cenobio<sup>1</sup> scientifico allo scopo di descrivere e analizzare lo stato di salute della medicina oggi.

La struttura del volume è presto descritta. Nove capitoli su temi di profonda importanza per la medicina di oggi e per i suoi malati: il rapporto medico-malato; la bioetica; gli infermieri; la medicina rigenerativa; l'organizzazione sanitaria; la prevenzione e promozione della salute; i farmaci e la ricerca; la comunicazione della salute; la genetica e il futuro. Ogni capitolo è composto di tre dimensioni integrate tra loro: alcuni articoli di Giuseppe Remuzzi dedicati alla tematica, un dialogo di Antonio Mauro con uno studioso e un commento finale (sempre di Antonio Mauro). Gli studiosi sono persone che hanno svolto ricerche, riflessioni e analisi rispetto al tema degli articoli di Giuseppe Remuzzi e che nell'intervista esplorano in maniera approfondita criticità e prospettive dello specifico argomento.

Per essere più precisi, di medici e malati abbiamo parlato con Marco Bobbio, raro esempio di clinico umanista e apprezzatissimo saggista; di bioetica abbiamo discusso con Gilberto Corbellini, epistemologo e storico della medicina apprezzato anche per le sue doti divulgative; della funzione dell'infermiere nella medicina di oggi ha discusso Franco Mandelli, Professore emerito di Ematologia a La Sapienza e Presidente dell'Associazione Italiana contro le Leucemie; le possibilità dischiuse dalla medicina rigene-

---

<sup>1</sup> Sull'impresa scientifica come grande cenobio abbiamo preso spunto dalla voce "Cenobio" in Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 3.200 pp., 5 voll., FrancoAngeli, Milano.

rativa ci sono state invece descritte da Giuseppe Testa, Direttore del Laboratorio di epigenetica delle cellule staminali dell'Istituto Europeo di Oncologia; sull'organizzazione sanitaria e la crisi economica è stato Franco Provera, storica figura della sanità lombarda apprezzata anche all'estero, a fornire idee e suggerimenti per possibili interventi istituzionali; Giuseppe Costa, senz'altro il più autorevole epidemiologo sociale italiano, ci ha invece illustrato le complesse problematiche inerenti alla promozione della salute e alla prevenzione con specifico riferimento alle disuguaglianze sociali; sui farmaci e la ricerca gli *insight* provengono da Silvio Garattini, fondatore e Direttore dell'Istituto Mario Negri e farmacologo tra i più importanti al mondo; Giuseppe Fattori, instancabile “evinrude” del marketing sociale, mostra invece le principali forze e debolezze della comunicazione sanitaria oggi; ultimo, ma primo: Mauro Giacca, Direttore dell'*International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology* e prominente biologo molecolare, ci porta invece nel futuro della genetica.

Se la parola *health*, “salute” in inglese, deriva dal greco antico *holos*, “tutto”, ecco spiegato perché abbiamo cercato di ascoltare più voci per cercare di capire come stia la medicina oggi. La medicina-malato deve essere analizzata, ascoltata e scrutata da più punti di vista, non solo quello medico. Del resto, sempre più assistiamo a una crescita della complessità della scienza medica. In primis, la biologia diviene un campo di ricerca così connesso alla pratica medica che le due discipline si “confondono” e si “riflettono” vicendevolmente. In specifico, la genetica va assumendo un ruolo di primo piano – non solo in ambito diagnostico, ma anche di intervento – dentro alla pratica della medicina. Certo, i progressi in questo campo sono spesso amplificati e trattati in modo semplicistico dai media e perciò non di rado alimentano false speranze, ma indubbiamente molti passi in avanti sono stati fatti e il futuro è nell’immensamente piccolo. Di converso, la chimica, e la farmacologia in specifico, possono intervenire in modo molto più focalizzato, realizzando quella terapia personalizzata che solo qualche decina di anni fa sembrava fantascienza e “viaggio allucinante” – come recitava il titolo di uno splendido film di fantascienza degli anni sessanta che raccontava il viaggio dentro il corpo umano di un gruppo di scienziati miniaturizzati in un sommergibile. Come per i genetisti, vale tuttavia anche qui, per i farmacologi, il principio di cautela.

La salute, tuttavia, non si cura solo “dentro”. C'è anche un “fuori” che incide e condiziona pesantemente l'epidemiologia di una società. L'ambiente e le condizioni lavorative sappiamo essere direttamente connesse alla qualità e la quantità di vita delle persone. Altre determinanti sono però allo stesso modo cruciali. Lo status socio-economico, ovvero il livello

di istruzione e reddito, sono invero le variabili che più predicono l'aspettativa di vita. Infatti, gli stili di vita sono pesantemente condizionati da quanto abbiamo studiato, dal lavoro che facciamo, da chi e se, scegliamo come compagno/a. In più, vanno calcolati e pesati altri fattori come il grado di coesione sociale, il tipo di reti sociali di cui una persona può godere fino ad arrivare a fattori un tempo totalmente ignorati come lo stress. Ovviamente, tra corpo umano e società ci sono anche le organizzazioni. E l'accesso alle cure del sistema sanitario, così come la sua efficienza, sono dimensioni che generano o diminuiscono salute. Così come prevenzione e promozione della salute acquisiscono sempre più importanza in uno scenario epidemiologico dominato da malattie cronic-degenerative. Il tutto, non dimentichiamolo, in un ambiente socio-tecnico di *e-health* e telemedicina, con il web che diviene la fonte primaria a cui si affidano i malati per avere informazioni sanitarie (ancora, nel bene e nel male).

Dunque, la medicina nella società contemporanea ha incrementato la sua importanza al di là della sua dimensione di *techné*. I successi della medicina portano con sé dilemmi. Scelte etiche che chiamano in causa religione, politica e dimensione economica. Con questa ultima che diviene sempre più importante. In questo scenario, quali sono le competenze che possono aiutare a operare delle scelte? Forse non c'è una figura professionale specifica che può avere l'ultima parola. Si tratta probabilmente di ascoltare molte voci, cambiare la prospettiva di analisi a seconda del contesto, utilizzare molteplici paradigmi interpretativi.

Un po' come noi abbiamo fatto in questo volume.



## 1. Medici e pazienti

### **Questi pazienti superinformati: sono finiti i tempi di Tolstoj**

---

Chi stabilisce cosa sia meglio per l'ammalato? Il dottore, chi se no? E il dottore di un tempo era come quello di Lev N. Tolstoj in *La morte di Ivan Il'ič* "Vedete, questo indica che nei vostri visceri accade qualcosa, ma se l'esame della tale e tal'altra cosa non lo confermasse, bisognerebbe sopporre allora questo e quest'altro. E se si suppone questo e quest'altro, in tal caso si potrà fare così... A Ivan Il'ič importava una sola cosa: il suo stato era grave sì o no? Una domanda quanto mai assurda. Ditemi, dottore, in generale questa malattia è grave oppure no? Il medico lo fissò severamente con un solo occhio, attraverso gli occhiali, come a voler dire: accusato, se non state al vostro posto, sarò costretto a farvi allontanare dall'aula. Vi ho già detto, signore, tutto quello che ritenevo utile e ragionevole che sapeste, rispose il dottore". Oggi è diverso. Capita che la mamma di un ragazzo di 18 anni scriva così... "mio figlio ha avuto una diagnosi di ipertensione polmonare e soffre di reni. Ho letto tanto, e mi pare di aver capito che ci potrebbe essere un legame tra queste due malattie. Lo hanno curato con un beta bloccante, warfarina e l-arginina, la pressione nell'arteria polmonare è tornata normale, è stato fortunato perché mi pare, da quello che ho letto, che una risposta così favorevole a questi farmaci sia insolita. Adesso però sta di nuovo male, fatica un po' a respirare. So che ci sono farmaci nuovi. Lei pensa si possa usare la prostaciclina per bocca? L'ultima spiaggia per il mio ragazzo potrebbe essere un antagonista di tipo A del recettore dell'endotelina. Pensa che possa servire al mio ragazzo o farà male? Sono anche preoccupata per mia figlia, ha 16 anni, è sempre stata bene, studia all'Università di Oxford. Se prendesse la pillola, si ammalerebbe anche lei di reni? E se decidesse di avere dei figli, in gravidanza, potrebbe avere l'ipertensione polmonare? Forse potremmo incontrarci e parlarne". Non è uno scherzo, una lettera così chi scrive l'ha ricevuta davvero.

Oggi tanti ammalati vanno dal dottore dopo aver passato ore in Internet a leggere tutto quello che c'è sulla loro malattia. Sanno già quali sono i centri migliori, i medici più preparati, le terapie più moderne. Sbagliato? Niente affatto, anzi i medici dovrebbero incoraggiare chi lo desidera a farlo. Due studi pubblicati su un giornale americano di medicina interna, hanno fatto vedere che ammalati che leggevano di medicina, stavano meglio – e morivano meno – di chi non si teneva informato. Fra l'altro, più gli ammalati sono informati, più è facile fare il dottore, ed è specialmente vero per ammalati di malattie gravi o quando non ci sono abbastanza dati per sapere davvero qual è la cosa giusta da fare. Al supermercato è il cliente che comanda, dal dottore no. Il cliente ammalato però, è un cliente speciale. È un po' come dal barbiere (è irriverente, ma rende l'idea). Quasi nessuno di quelli che ci vanno si siede e dice “faccia lei”. I più vogliono i capelli così, la messa in piega così, la barba più lunga o più corta. Il barbiere consiglia, ma si decide insieme. E non dovrebbe essere così anche negli ospedali? Certo, ma se gli ammalati sanno di medicina o se hanno passato abbastanza tempo in Internet da saperne più del dottore allora bisogna saperci parlare. Ed è un problema perché all'Università non si impara a parlare con i malati. Quanti medici sono capaci di dire quello che nessuno vorrebbe sentirsi dire? Pochissimi secondo un'indagine fatta l'anno scorso negli Stati Uniti. Eppure hanno calcolato che nella sua carriera, ad un oncologo capita almeno ventimila volte di dover dare brutte notizie. Qualcuno pensa addirittura che la virtù di parlare agli ammalati non si insegna, chi ce l'ha, l'ha dentro. Un po' è vero, chi è troppo introverso o troppo scontroso o è troppo facile a seccarsi è bene che non ci provi neanche a fare il medico. Con gli ammalati non si dovrebbe parlare troppo, ma nemmeno troppo poco o peggio ancora in troppe persone. Quando si parla in troppi, quasi sempre si dicono cose diverse, anche senza volerlo. Il medico ha pochi minuti per parlare con l'ammalato, l'ammalato ha tutto il giorno per pensarci, e se persone diverse gli hanno detto cose diverse, ha tutto il tempo per interrogarsi sulle inconsistenze (che magari sono solo formali).

Oggi si fa un gran parlare di consenso informato: è un foglio che l'ammalato firma prima di certe cure o certe procedure per saperne di più e decidere se farsi fare quella certa cura o quell'intervento chirurgico. Ma guai a sentirsi a posto perché l'ammalato “ha firmato”. Più che il consenso informato vale che ci sia fra l'ammalato ed il suo dottore un patto non scritto, fatto di decisioni prese insieme, giorno per giorno, e di responsabilità da condividere. Una volta si diceva “lei faccia l'ammalato, il medico sono io”.

Dopo, con enciclopedie, inserti di salute dei giornali, la radio e la televisione non lo si è potuto fare più. E Internet ha scardinato tutto. Con due pericoli:

1. che l'ammalato riduca il medico a uno che prende ordini e basta,
2. che un po' alla volta il medico finisca per sottrarsi alla sua parte di responsabilità.

Il dottore di Ivan Il'ič certamente sbagliava. Questo sarebbe l'eccesso opposto, altrettanto sbagliato.

## **Medici di base e spesa pubblica**

---

Un miliardo e 900 milioni di euro solo per i farmaci solo in Lombardia, sono troppi. Ci vorrebbero più controlli sulle prescrizioni. “Ma i farmaci che costano tanto sono quelli che prescrivono gli specialisti, noi li trascriviamo e basta” dicono i medici di famiglia. È vero, e in Regione vorrebbero mettere in mano il “ricettario rosso” agli specialisti. I farmaci costosi li prescriveranno direttamente loro. Così, però responsabilità e prestigio del medico di famiglia vengono meno. Peccato, il medico di famiglia dovrebbe essere il protagonista (insieme a noi) del nostro benessere e occuparsi di tutti i nostri problemi di salute, dalla prevenzione ai farmaci, inclusi quelli più nuovi e più costosi. E lo dovrebbe fare a maggior ragione nei momenti difficili. Se però uno ha bisogno di uno specialista o dell'ospedale il medico di famiglia esce di scena. È giusto escludere dalle decisioni più importanti proprio chi è stato più vicino all'ammalato fino a quel momento? E che il medico di famiglia sappia poco o nulla di quanto si fa in ospedale quando poi il paziente lo deve curare lui? Al momento delle dimissioni c'è quasi sempre una lettera (raramente fatta davvero bene) e tutto finisce lì. I medici di famiglia la leggeranno quella lettera? Forse no visto che non rispondono quasi mai ed è molto raro che si prendano la briga di telefonare per chiedere informazioni. Lo so i medici dell'ospedale al telefono non li si trova mai, ma oggi ci si potrebbero scambiare informazioni per email (lo si fa in tanti altri campi perché non fra medici di famiglia e ospedale?) Se il medico di famiglia partecipa ai programmi dell'ospedale, dopo sarà più attento ai farmaci che prescrive e a usarli solo se servono davvero e fra quelli efficaci a scegliere quelli che costano di meno. Ma come si fa a sapere tutte queste cose? Basterebbe leggere tutte le settimane il *New England Journal of Medicine*, e il *Lancet*, e il *British Medical Journal*, ma non credo che i medici di famiglia abbiano il tempo di farlo. L'idea giusta l'aveva avuta Carlo Borsani qualche anno fa. Voleva che il medico di famiglia se-

guisse il suo ammalato anche in ospedale. Non se ne è fatto nulla. Ci si dovrebbe ripensare: un mese all'anno di frequenza in ospedale, per esempio, per tutti i medici di famiglia. Sarebbe formazione permanente davvero, per i medici di famiglia e anche per quelli dell'ospedale. Si ridurrebbero indagini ridondanti e prescrizioni inutili e gli ammalati ne avrebbero grandi vantaggi.

## **Un patto tra medici e malati**

---

La medicina fino al rinascimento parlava italiano grazie alle scuole di Salerno, Bologna e Padova (Harvey, quello che ha scoperto che il sangue circola, era inglese ma ha studiato a Padova). Poi hanno fatto tutto in Inghilterra: *Jenner* (la vaccinazione), *Nightingale* (la scienza degli infermieri), *Fleming* (la penicillina), *Crick* (il DNA), compreso il sistema sanitario nazionale (è del 1948 e l'hanno rivisto nel 2005). L'ultima integrazione è di questi giorni e stabilisce una sorta di contratto fra medici e ammalati. Per gli ammalati c'è il diritto a essere informati, a scegliersi il medico di famiglia, ad avere garantite le cure (ma solo quelle per cui c'è evidenza di efficacia) e ci sono dei doveri. Non si può scegliere un medico e poi cambiarlo, per lo meno non troppo spesso, e si devono informare i familiari del fatto che si desidera o meno donare gli organi dopo la morte. L'ammalato può rifiutare le cure e il medico ha il dovere di rispettare le sue decisioni, tutte.

E altro ancora, cose di buon senso.

C'era bisogno di un patto così? E che fosse per legge? Forse sì, anche solo perché medici, infermieri e ammalati, si ricordino che c'è. Lo si dovrebbe fare anche da noi. Una sorta di contratto basato su competenza e integrità (del medico) e fatto di un articolo solo: che l'interesse dell'ammalato venga prima di quello dei dottori e degli infermieri. Con la consapevolezza che il cliente ammalato è un cliente molto speciale, partecipa lui stesso a generare il prodotto, la sua salute, di cui sarà il primo e il solo a beneficiare. Il patto del governo inglese chiede ai medici di trattare gli ammalati con cortesia, saperli ascoltare e informarli sulle loro condizioni di salute. In Italia, per i medici, essere gentili con gli ammalati è ancora considerato un obiettivo da raggiungere. Da noi si fanno i convegni sull'umanizzazione (che brutta parola per parlare di ammalati e dei loro medici), non se ne dovrebbero fare più di convegni così. Piuttosto andrebbero cambiate le regole, un po' come hanno fatto in Inghilterra. Ci sono dei requisiti minimi per fare il dottore. Chi è troppo introverso o troppo scontroso o è troppo facile a seccarsi è bene che non ci provi nemmeno. Con gli

ammalati è sbagliato parlare troppo poco, ma anche troppo o parlargli in troppi. Il medico ha pochi minuti per parlare con l'ammalato, l'ammalato ha tutto il giorno per pensare a quello che gli è stato detto, e se persone diverse gli hanno detto cose diverse, ha tutto il tempo per interrogarsi sulle incongruenze. In spregio a tutte le leggi sulla riservatezza pochissimi resistono alla tentazione di parlare di malati e di malattie nei corridoi, in mensa, negli ascensori, nei cortili degli ospedali. O di parlare male dei colleghi (“ma chi le ha dato questo farmaco?” “vorrei proprio sapere chi ha prescritto questo esame e perché”). La conflittualità fra ammalati e medici non dipende solo dal fatto che si sbaglia, dipende ancora di più da come si parla o non si parla agli ammalati. E dal vezzo tutto italiano di commentare sempre su quello che fanno, o peggio che hanno fatto, gli altri medici.

### **Curare i malati, di qualsiasi Paese**

---

Ferdinando Palasciano – ufficiale medico dell'esercito borbonico durante i moti di Messina del 1848 – prestava soccorso a tutti i feriti che gli capitava di incontrare inclusi i ribelli siciliani, incurante degli ordini del generale Filangieri. Avrebbero voluto fucilarlo, ma il giovane chirurgo era amico del re Ferdinando. La condanna a morte venne tramutata in un anno di carcere a Reggio Calabria, ma anche lì Palasciano continuava a curare quelli che stavano dall'altra parte. C'è voluta la convenzione di Ginevra perché medici e infermieri in guerra possano occuparsi degli ammalati, tutti, compresi quelli che stanno dall'altra parte.

In Italia per legge “l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme di soggiorno non può comportare nessun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto”. Ma c'è chi vorrebbe obbligare il medico a segnalare se un certo ammalato è clandestino (“nome e cognome e di che nazione sarà, a che negozio viene, se ha seco armi, quanto tempo ha di fermarsi in questa città”, come avrebbe voluto da Renzo l'oste nei Promessi Sposi) perché possa essere espulso. Sarebbe un errore. Nel nostro paese un immigrato sa che se si ammalata potrà rivolgersi al pronto soccorso di qualunque ospedale e sa che verrà curato. Se l'articolo 35 del testo unico sull'immigrazione fosse abrogato gli immigrati che non sono in regola al pronto soccorso non ci andranno più, saranno curati in qualche modo e questi possono essere fonte di contagio per tanti. AIDS, TBC e meningite per fare solo qualche esempio, oggi si curano bene ma bisogna saperlo fare e farlo per tempo. Una norma così fra l'altro viola la Costituzione che garantisce a chi vive e lavora nel nostro