

STATI GENERALI DELLA PROFESSIONE MEDICA
Mercoledì 27 febbraio 2019

RELATORI

- | | | |
|---|---|--|
| 1) Dottor FILIPPO ANELLI
Presidente FNOMCeO | 10) Dott. GIOVANNI BRANDI
Oncologo | 19) Dott. PIER ROBERTO
DAL MONTE
Gastroenterologo |
| 2) Dottor RAFFAELE IANDOLO
Presidente della CAO
(commissione albo odontoiatri
nazionale) | Dott.ssa MARGHERITA
ARCIERI
11) Medico - Presidente
Associazione Italiana Donne
Medico - BO | 20) Dott. MAURIZIO BENATO
Ex vicepresidente FNOMCEO |
| 3) Prof. GIUSEPPE DE RITA
sociologo, presidente CENSIS | 12) Dott. GIOVANNI BRANDI
Direttore scuola
specializzazione di oncologia | 21) Dott. PIER ROBERTO
DAL MONTE |
| 4) Prof. GERARDO MARTINELLI
medico chirurgo | 13) Dott. STEFANO ZINGONI
Medicina Generale | 22) DR. FRANCESCO
GIALLOMBARDO
Odontoiatra |
| 5) Dott.ssa MIRKA
COCCONCELLI
medico chirurgo ortopedico | 14) Sig. LUCIANO MAGLI
Tribunale del malato - Bologna | 23) Dott.ssa GIUSEPPINA
BOVINA |
| 6) Ing. GIORGIO DE RITA
segretario generale del Censis | 15) Dott.ssa ANNA BALDINI
Presidente Cittadinanza Attiva | 24) Dott.ssa ORNELLA MANCINI
Consigliere Ordine Medici VE |
| 7) Dott. GIORGIO BERCHICCI
Medico Odontoiatra | 16) Dott. ROBERTO PIERALLI
Medico Emergenza - Urgenza
Revisore conti Ordine Medici
BO | 25) Dott. ANDREA VALERI
Omeopata Nutrizionista |
| 8) Dott. STEFANO BRILLANTI
Gastroenterologo, Epatologo | 17) Prof. LUIGI BOLONDI
Consigliere Ordine medici BO | 26) Dott. RAFFAELE GALANO
Consigliere Ordine Medici SA |
| 9) Dott. ANTONIO MAESTRI
Oncologo | 18) Dott. CORRADO BONDI
Odontoiatra | 27) Dott. IVAN CAVICCHI
FNOMCeO
Autore delle 100 TESI |

MODERATORE DEL CONVEGNO

Dott. GIANCARLO PIZZA
Presidente Ordine dei Medici e Odontoiatri di Bologna

Dott. Pizza:

Buongiorno a tutti. Grazie per essere qui, grazie soprattutto ai relatori che si presentano, e che vengono da lontano. L'iniziativa che voi vedete oggi nasce grazie all'impulso proveniente dal presidente del Comitato Centrale, il professor Filippo Anelli che ha deciso di lanciare i cosiddetti Stati Generali della Professione Medica.

Sarà lui a dire nell'introduzione del perché. Il lancio è stato fatto su tutti quanti gli ordini d'Italia, siamo 106. L'Ordine di Bologna è uno dei primi che decide di iniziare le discussioni. Le discussioni sono tra i medici di quest'Ordine con i cittadini di quest'Ordine, infatti abbiamo una rappresentanza di cittadini attiva con i pazienti di quest'Ordine. Abbiamo per esempio il Tribunale dei malati e quindi dobbiamo cercare di capire di che medico abbiamo bisogno in questa nuova contestualizzazione, che paziente abbiamo e come possiamo trovare una forma di relazione. Ma non vado oltre, mi limiterò a fare il coordinatore. Allora pregherei il dott. Anelli, Presidente del Comitato Centrale procedere con l'introduzione.

Dott. Anelli:

Buongiorno a tutti, un caro saluto ai colleghi, ai relatori che sono qui. Ringrazio il presidente Pizza dell'invito, essendo anche lui, come dire, uno dei promotori di questa discussione. Ricordo che un anno fa, nel corso del Consiglio Nazionale che mi proponeva come Presidente della Federazione, ho sostenuto la sua mozione che richiamava l'impegno del futuro Comitato Centrale a tener conto della questione medica. Un impegno che, devo dire, io ho mantenuto perché la questione medica rappresenta sostanzialmente il disagio della professione. Noi viviamo una condizione in cui il disagio è palpabile. Qualsiasi professionista con cui noi parliamo ci esprime una difficoltà nell'esercizio della professione. E questo è ineludibile, non si può negare. Quindi noi abbiamo pensato che una tra le prime cose da fare era ammettere una crisi. Una crisi del ruolo del medico oggi. Un medico che non è più quello di ieri e non sappiamo quale sarà quello di domani. Probabilmente riusciamo a fare una discussione insieme e a trovare, come dire, una nuova declinazione o, come dice Ivan Cavicchi, un nuovo paradigma per il medico proprio per provare a stare all'interno della società con una visione moderna dell'esercizio di questa straordinaria professione che ha tanti secoli alle spalle. E, dicevo il disagio è di una professione che sembra aver smarrito se stessa, perché oggi non solo ha perso il suo ruolo, ma anche ha difficoltà a trovare anche i suoi valori. Quali sono i fattori che hanno inciso profondamente in questa crisi della professione e che poi è stato racchiuso nel termine "questione medica". Beh, è cambiata la società, bisogna dire. Sono cambiati anche i valori di riferimento. Qui le analisi sociologiche dimostrano l'evoluzione e anche un modello di società completamente diverso da quello del passato. Mantenere una figura paternalistica del medico credo che sia assolutamente fuori luogo. Sono cresciuti i diritti dei cittadini la consapevolezza dei propri diritti. È cresciuta anche la consapevolezza da parte del medico, dei propri diritti. Sono due cose che dovrebbero andare insieme. È sempre più forte e rimane evidente oggi il conflitto fra autonomia della professione e prassi. E ciò significa che il medico è sempre più visto come un tecnico, come colui al quale si può dire di fare qualsiasi cosa. Le disposizioni vengono emanate costringendo il medico ad adeguarsi, addirittura abbiamo avuto situazioni in cui la magistratura è intervenuta dicendo al medico di intervenire, vedi il caso Stamina. Lo ricordate tutti quanti quanto è stata forte questa violazione dell'autonomia professionale quando un magistrato ha ordinato al medico di eseguire il trattamento perché questo era il diktat che veniva dalla magistratura. Credo che la violazione, il rapporto fra autonomia e professione sia veramente saltato, e questo pone in discussione anche il modello di esercizio alla professione, per esempio all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, e lo pongono sempre in maniera più forte. Il modello della dipendenza, oggi, ha ancora un valore per il medico e riesce ad equilibrare ed a rendere possibile l'equilibrio tra autonomia e l'esercizio la professione e nello stesso tempo il fatto di essere sottoposti a ordini di servizio che, comunque, impongono scelte spesso anche non condivise dai professionisti? Insomma, noi vogliamo ragionare su questo. Vogliamo ragionare anche sul modello di aziendalizzazione che ha trasformato il nostro Sistema Sanitario Nazionale in un modello che ha per grandi linee finalità di carattere economico. Sembra che gli obiettivi di salute siano persi,

si siano smarriti. A tutti i medici credo che venga chiesto di stare all'interno di un budget, di stare all'interno di regole economiche, al di là di quelle che sono le esigenze dei cittadini. E anche questo crea, sempre di più, perplessità nell'esercizio della professione. Credo che ai colleghi, sempre di più, le aziende forniscano il report della loro spesa. Non forniscono i report dei risultati di salute a cui dovrebbero essere tenuti e a cui naturalmente siamo vocati per storia, per predisposizione direi quasi genetica. È un aziendalismo che credo abbia consegnato tutto nelle mani e nella gestione di manager che, sì hanno raggiunto l'equilibrio di bilancio. Oggi il nostro sistema è un sistema in equilibrio, sostanzialmente, o presunto tale perché poi, come dire, noi non siamo ragionieri e quindi quello che ci viene raccontato, che ci viene presentato soprattutto dai manager è che oggi il sistema è sostanzialmente in equilibrio. Ma a quale prezzo è un equilibrio? È in equilibrio a prezzo molto spesso anche della professione. Oggi sempre di più noi lamentiamo la carenza del personale medico. Il blocco del turnover. Il blocco delle assunzioni. È stato stimato da un sindacato della dipendenza il numero di ore che i professionisti dirigenti medici oggi effettuano, nel Sistema Sanitario Nazionale, che non sono retribuite. Sono un milione e mezzo di ore, pari a mezzo miliardo di euro. Questa è la stima fatta da un sindacato. Mezzo miliardo di euro che ogni anno i professionisti della salute, i dirigenti medici, gli infermieri, i medici famiglia, e così via, regalano al Servizio Sanitario Nazionale. Come vedete la frattura è violenta. Un sistema in equilibrio, oggi, da un punto di vista economico, ha prodotto anche tante disuguaglianze. E le disuguaglianze oggi sono sinonimo di regionalismo. Ma io non vorrei parlare delle differenze tra nord e sud, vorrei, come dire, richiamare il fatto che la professione, l'esercizio di questa professione non può non tener conto del fatto che tutti i cittadini sono uguali davanti alla salute. È che noi ogni volta che ci sono violazioni nell'uguaglianza abbiamo una lacerazione nell'esercizio della professione. È inconcepibile oggi o non, come dire, non accettabile il fatto che in larghe aree del paese ci siano vistose disuguaglianze in termini di sopravvivenza. Pensate le differenze sull'aspettativa di vita tra chi vive in campagna e tra chi vive a Trento o a Bolzano. Sono in termini di 3, 2/3 anni di vita. E queste vanno sicuramente colmate. Ma le disuguaglianze sono anche tra centro e periferia, tra poveri e ricchi che non possono essere racchiusi all'interno di una divisione tra nord e sud, ma anche all'interno delle stesse città, all'interno delle stesse regioni. Quindi abbiamo bisogno di una visione, di una valutazione completamente diversa da quella del passato. Noi siamo quelli che oggi rappresentano i diritti e ne parleremo un attimo. Vorrei parlarvi delle ipocrisie della politica. Parlo di ipocrisia perché questa è una delle ferite aperte nella professione medica. Il definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale ha prodotto questo. Ha prodotto gli effetti di cui parlavamo prima. Noi oggi paghiamo uno scotto in termini di esercizio della professione limitata nell'autonomia. Proprio in virtù di un definanziamento, ma il definanziamento non è una questione di che viene per dettato divino o per qualsiasi altra ragione. È una scelta di carattere politico, è una scelta politica. Questo è un sistema che con i suoi 114 o 115 miliardi circa di euro è la prima azienda italiana. L'azienda che produce salute, il bene supremo delle persone. È un'azienda che ha un indotto straordinario. È un'azienda oggi che produce una uguaglianza perché tutti i cittadini possono accedere liberamente al Sistema. È un'azienda che mette in moto un principio fantastico di questo paese, racchiuso nell'articolo 2 della Costituzione, il principio della solidarietà, per cui di fronte al tavolo operatorio voi potete incontrare un disoccupato o un imprenditore che contribuiscono al Servizio Sanitario Nazionale in maniera totalmente in maniera totalmente diversa. L'imprenditore con migliaia di euro, il disoccupato con zero euro, eppure vengono trattati alla stessa maniera. La solidarietà diventa concreta, plastica, vivibile ogni giorno. Eppure sono state scaricate sul medico tutta una serie di limitazioni, e lo dico perché parlo di ipocrisia della politica. Pensate alla farmaceutica. Che cosa è successo nell'assistenza farmaceutica. Ci sono i neurologi che non possono prescrivere l'eritropoietina che invece possono prescrivere i nefrologi. Ci sono i medici famiglia che non possono prescrivere le incretine e le possono prescrivere diabetologi. È successo di tutto con, come dire, uno stravolgimento delle regole basilari della professione. A un medico non può essere impedito di prescrivere dei farmaci. L'erogazione e la limitazione, la compartecipazione attengono al sistema economico non all'esercizio della professione, perché un medico deve essere limitato per questioni economiche dello Stato nell'esercizio della sua

professione nel momento in cui crede che quel farmaco deve essere prescritto necessariamente. L'ipocrisia dello Stato ha scaricato sui medici le loro responsabilità di mantenere un equilibrio di bilancio violando l'autonomia della professione, mettendoci ogni giorno in difficoltà di fronte ai pazienti, ponendoci serie scelte di carattere etico, se lo dovevamo fare o non lo dovevamo fare. E chi lo faceva, chi si rifiutava che cosa sarebbe successo; dovrebbe dimettersi? Dovrebbe licenziarsi per essere coerente con la propria coscienza? Io credo che noi dovremmo rivendicare, questo è il motivo degli Stati Generali. Rivendicare un nuovo modo di essere medici, partendo dalla constatazione giornaliera di quello che avviene. Allora io vi parlo del task-shifting [*cioè al trasferimento delle competenze professionali dal medico ad altre figure sanitarie*] che è uno dei temi forse caro a Giancarlo Pizza, e che ha rappresentato un'altra delle ferite inferte alla professione. Il trasferimento di competenze, da chi le detiene oggi correttamente, in maniera certificata, ad altri in ragione e in virtù soltanto di un interesse di carattere economico. Task-shifting si attua nelle zone di guerra, nel terzo mondo dove non ci sono altri professionisti a cui affidarsi. Quindi si affidano mansioni e competenze che sono dei medici ad altri soggetti. Ma in questo paese parlare di task-shifting credo che sia veramente incredibile. Ha aperto una ferita con le altre professioni che stiamo cercando in qualche maniera di risanare. La ferita è quella di avere, come dire, una competizione fra noi e gli infermieri, per esempio. Una visione completamente distorta del rapporto tra le professioni sanitarie. Noi ci crediamo profondamente nelle competenze e le competenze infermieristiche noi le accettiamo tutti, ma crediamo anche che gli infermieri debbano smettere di pensare di essere dei piccoli medici, e devono pensare a fare bene il loro lavoro, perché ogni giorno con gli infermieri noi lavoriamo bene. Non lavoriamo male, lavoriamo benissimo. E allora metterci in competizione, sollecitare che un'altra classe professionale può occupare spazi e viceversa, costituisce veramente un'altra delle ferite aperte in questo paese. La manifestazione di sabato scorso al Teatro Argentina che ha visto tutte le professioni sanitarie insieme, credo che sia veramente un atto di speranza, di vedere da capo tutte le professioni unite, con l'impegno a rispettarci in maniera reciproca. Probabilmente riusciamo finalmente a risolvere anche il problema dell'assistenza nell'emergenza con un accordo fra le due professioni. Io spero tanto che insieme alla presidente Mangiacavalli si possa raggiungere questo obiettivo. È un obiettivo razionale, di grande lungimiranza provare a fare la strada insieme. C'è spazio per tutti, si può lavorare tanto insieme, si possono fare tante cose. Si possono sviluppare sinergie che oggi sono perse. Allora Ivan vi presenterà le sue 100 tesi. Abbiamo chiesto a Ivan di scriverle, di fare cioè una grande operazione culturale in questo paese. L'operazione è quella di discutere sul medico. Non è mai successo. Ivan dice che è una cosa straordinaria. Io non lo so se è straordinaria, Ivan, penso che sia una cosa necessaria oggi. Abbiamo chiesto a tutti, ho visto anche in alcune università che sono state avviate delle discussioni su quelle che sono le "provocazioni", tra virgolette, che Ivan ha scritto in quel suo volume delle 100 tesi a cui si sono aggiunti i contributi dell'intera Commissione Nazionale sugli Stati Generali che ringrazio per il lavoro straordinario che stanno facendo. Gli Stati Generali non sono un evento, non sono un momento, sono un periodo in cui noi vogliamo discutere. È iniziato il periodo in cui si discute negli Ordini. Questa è la dimostrazione plastica di quello che sta avvenendo in Italia. Gli ordini stanno avviando una discussione al loro interno, stanno producendo documenti, stiamo, come dire, avendo un ritorno importante. Da maggio in poi inizieranno le discussioni anche a livello nazionale, le faremo sulle sei macro-aree, discuteremo del rapporto con l'economia, con la scienza, discuteremo della questione medica, discuteremo del rapporto con le altre professioni, discuteremo della professione sempre più declinata a livello femminile. Oggi sotto i 40 anni il 70% dei professionisti è donna. È un modo diverso di fare la professione. Implica soluzioni di carattere sociale totalmente diverse. Non è più immaginabile, come una volta, fare il medico declinato a livello maschile, cambia. Noi dobbiamo essere pronti anche per questo. Qual è il mio auspicio. L'auspicio che noi diventiamo sempre di più il medico del cittadino. Io mi rifiuto di chiamarmi il medico dello Stato. Vogliamo essere il medico del cittadino. Ma perché vogliamo essere il medico del cittadino? Perché guardate, torniamo alla questione dei diritti, il diritto alla salute è un diritto in capo al cittadino riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione e dell'articolo 2 della Costituzione. È definito

all'articolo 32 un diritto fondamentale. Non fa parte dei diritti inviolabili dell'uomo così come lo riconosce l'articolo 2 della Costituzione. Dal primo gennaio del 1979 sostanzialmente, ma dopo la legge 833, approvata il 23 dicembre del '78, tutti gli italiani sono diventati uguali davanti alla Repubblica per quanto riguarda la tutela della salute. Il loro livello di tutela non era più legato alla contribuzione così come avveniva prima del '78 attraverso le mutue o attraverso le assicurazioni, ma diventavano titolari di un diritto. E in quanto persone avevano diritto ad accedere al Servizio Sanitario Nazionale. Servizio Sanitario Nazionale che, ricorda l'articolo 1 di quella legge, è definito come lo strumento per attuare il diritto alla salute. Lo strumento. I cittadini sono diventati uguali, hanno uguali prestazioni in tutta Italia. Devono avere uguali prestazioni in tutta Italia, e i medici sono coloro che tutelano quel diritto. Quindi i medici hanno una funzione fondamentale oggi. Io ho definito anche una funzione politica perché oggi sono coloro che garantiscono uno dei diritti fondamentali previsti dalla Repubblica e su cui si basa questa Repubblica. La nostra Repubblica si basa sui diritti inviolabili dell'uomo e se il medico oggi diventa il tutore di quei diritti diventa oggi il difensore della democrazia. Assume una valenza all'interno della società diversa da quella del passato quando noi intendevamo il medico dipendente dello Stato. No, no, non siamo dipendenti dello Stato. La Costituzione ci colloca come coloro che difendono il diritto del cittadino, siamo i medici del cittadino. Lo Stato ci deve dare gli strumenti per diventare oggi quelli che sono i veri attuatori di quel diritto. Noi dobbiamo pretendere gli strumenti perché il diritto è una pretesa, non è una concessione. Nel passato era una concessione, oggi è una pretesa da parte del cittadino. E allora nell'ambito di questa definizione di diritti non si può non considerare anche che un medico deve trovare un equilibrio tra i diritti del cittadino e diritti del medico. Noi ci impegniamo a rispettare i diritti del cittadino, per fare un percorso insieme con lui, nell'autodeterminazione di quelle che sono le sue scelte. Non abbiamo difficoltà su questo. Diventando noi tutori, suoi tutori del diritto alla salute.

Ci sarebbero tante cose da dire, ma finisco soltanto con due parole sulla professione. Guardate, un'altra delle questioni che si è aperta è che cosa significa oggi professione. Sapete o no che c'è sempre di più la voglia di superare i corpi intermedi, di correlarsi direttamente con il cittadino. Lo Stato che supera tutti, una partecipazione diretta e così via. La scienza non può essere interpretata da tutti. La scienza che è, come dire, garantita dagli articoli della Costituzione prevede che essa sia interpretata dai professionisti, cioè le conoscenze sono in mano ai professionisti e Stato certifica queste competenze, queste conoscenze e le affida agli Ordini. Allora è un passaggio fondamentale questo perché i professionisti siano riconosciuti per il valore intrinseco che hanno, proprio per le competenze che possiedono e queste competenze devono essere sempre comunque tutelate. Attraverso che cosa? Attraverso percorsi formativi, ovviamente. Le conoscenze non vengono, come dire, per opera dello Spirito Santo. Vengono perché un professionista fa un lungo percorso di studi, ed è quello che succede a noi. Noi facciamo dai 9 agli 11 anni di formazione universitaria a cui si aggiunge la formazione continua, anno dopo anno, mese dopo mese. I professionisti quindi rappresentano oggi il sapere, la conoscenza. A loro va garantito il diritto di poter esercitare, dice la legge, dice il codice civile, in autonomia. Che significa autonomia? Significa che il prodotto del loro ragionamento è legato esclusivamente alle scelte che il professionista decide di fare per arrivare quel prodotto. Nel ragionamento che fa per produrre la sua attività professionale c'è anche la responsabilità. Quindi l'intero sistema si mantiene, da una parte sulle scelte che un professionista fa e dall'altro sulla responsabilità di quelle scelte nel momento in cui producono un effetto determinato. E allora che cosa viene fuori. Viene fuori anche che l'autonomia diventa una caratteristica della professione che va tutelata così come la legge prevede e non può essere in ogni caso violata. E dall'altra parte viene fuori che questi professionisti non possono esercitare (l'autonomia) liberamente la loro attività ma devono essere necessariamente iscritti a degli Albi professionali. Che cosa determina questo, l'assunzione di una responsabilità anche sul piano etico. Io credo che questo sia una delle cose più straordinarie che gli ordini oggi riescono a produrre in questo paese. Il fatto che l'esercizio di una professione è mediata, passata e, come dire, filtrata attraverso delle norme etiche a cui il professionista deve necessariamente attenersi. E questo rappresenta uno strumento di sussidiarietà enorme,

perché quelle norme etiche non ce le dà nessuno, ce le diamo noi. Certo rappresentano il bagaglio di millenni di esercizio professionale ma sono le norme che noi ci diamo ogni giorno. E io dico che quelle norme che da sempre hanno caratterizzato la professione, sono diventate patrimonio di questa società. Sono diventate, come dire, un mezzo per far progredire anche questa società. Noi ci sentiamo orgogliosi di aver contribuito all'evoluzione, al progresso della nostra società e quelle frasi che noi ogni volta che leggiamo il giuramento di Ippocrate declamiamo, che faremo nessuna distinzione per sesso, per razza, per religione, per credo religioso, per censo, per opinione, per lingua, sono esattamente le stesse parole che voi trovate all'articolo 2 della Costituzione, dove finiscono i cittadini uguali davanti alla Repubblica. Io credo, quindi, che questa sia la cosa più bella che la professione abbia fatto in questo periodo. Grazie.

Dott. Pizza:

Grazie Filippo prima di dare la parola al Dottor Raffaele Iandolo, presidente della CAO (commissione albo odontoiatri nazionale) devo dare lettura di una breve nota che ci ha mandato il ministro della Salute. "Gentile Presidente la ringrazio per il gradito invito a partecipare all'incontro per iniziare la discussione sulla 100 tesi per discutere il medico del futuro, che si terrà il prossimo 27 febbraio. Sarei intervenuta con grande piacere al dibattito purtroppo non mi sarà possibile. Desidero comunque esprimermi il più sincero apprezzamento per l'iniziativa che sono certa costituirà un'occasione preziosa per confrontarsi su una tematica tanto ricca di spunti e di riflessione quanto centrale nell'ambito dell'intero Sistema Sanitario. Cordiali saluti che io estendo a tutti".

Ho una nota anche del sottosegretario Coletto che aveva detto che avrebbe tentato di partecipare. Purtroppo si scusa, anche lui non riesce. C'è anche una nota della dottoressa Rossana Boldi, l'onorevole Boldi, vicepresidente della commissione dodicesima della sanità, del Senato, che ringrazia ma ha commissione oggi e non riesce a intervenire. Raffaele.

Dott. Iandolo:

Grazie e buongiorno. Comincio dal titolo, come spesso capita. Stati Generali della professione medica. Voi sapete che nel codice deontologico si parla di medico intendendo medico odontoiatra.

Nel termine "medico" quindi riuniamo il termine di medico e di odontoiatra. Medico e odontoiatra che oggi sono due professioni abbastanza diverse. Filippo ha brillantemente come al solito esposto le criticità del medico oggi, e solo una parte di queste criticità possono essere accomunate alla professione odontoiatrica perché oggi la professione odontoiatrica è essenzialmente una libera professione. Cioè in Italia più del 90% delle prestazioni odontoiatriche vengono svolte in regime di libera professione. Quindi noi dobbiamo sicuramente valutare oggi le criticità che io cercherò di esporvi nell'ambito delle criticità più rilevanti, secondo me di questo momento. Soprattutto per quanto riguarda la libera professione ma dando uno sguardo a quello che va sviluppato. E sicuramente una odontoiatria sociale, tra virgolette, in Italia è tutta da rifondare. Abbiamo festeggiato i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale, devo dire per la componente odontoiatrica i 40 anni nel Servizio Sanitario Nazionale tutto sommato si chiudono come un'occasione mancata. Nel senso che non c'è stato, almeno in campo odontoiatrico, quello sprint che ci saremmo aspettati da un servizio sanitario pubblico. Ma veniamo all'argomento di oggi. Il titolo della mia relazione è la questione odontoiatrica. Noi abbiamo cercato in quest'ambito, per esporvi la questione odontoiatrica nella giornata di oggi, approfittando dello spazio e della rappresentanza di altissimo livello qualitativo che c'è oggi qui, presso l'Ordine di Bologna, abbiamo cercato di formare una squadra composta da me e da altri quattro colleghi che si occuperanno di varie parti della questione odontoiatrica. In particolare Giorgio Berchicci presidente della commissione albo odontoiatri di Isernia, si occuperà di quello che sarà, cercheremo di prevedere nel prossimo futuro e anche il futuro non prossimo, dove andrà a parare la professione odontoiatrica. Corrado Bondi, presidente della commissione odontoiatrica di Bologna si occuperà della situazione e di esporvi la situazione attuale. Quindi un panorama più completo possibile della situazione

attuale dell'odontoiatria in Italia e Teresa Galoppi presidente di Pisa e Albino Pagnoni presidente di Ascoli Piceno si occuperanno poi trarre le conclusioni rispetto alla discussione di oggi e rispetto a quanto emerso durante il convegno di stamattina. Sicuramente l'organizzazione di questo convegno, della quale ringrazio chiaramente Giancarlo, ci dà la possibilità di proporre in quest'ambito un panorama il più completo possibile. Io darò solamente degli spunti di discussione cercando di attenermi rigorosamente al tempo, anzi cercando anche di risparmiare qualcosa. Vi porto il saluto del resto della mia commissione odontoiatrica, degli altri quattro componenti della commissione odontoiatrica. Noi siamo abbastanza giovani di nomina, io ormai ho fatto il primo anno di commissione odontoiatrica. Da gennaio del 2018 c'è una nuova commissione odontoiatrica rinnovata quasi totalmente e insieme ad un esecutivo della federazione che è stato di fatto rinnovato totalmente.

Cominciamo dalla formazione. Quindi vi darò degli spunti per quanto riguarda la formazione, sia pre che post laurea, quindi universitaria ma anche post-universitaria. E su questo sicuramente voglio proporre una serie di criticità. Saluto affettuosamente il caro amico prof. Checchi, che ho visto nell'ultima fila. A proposito di Università, Siamo stati due settimane fa in Commissione Cultura alla Camera e abbiamo parlato di numero chiuso o programmato. Perché ho messo un punto interrogativo? Perché noi abbiamo forti dubbi che in Italia ci sia mai stato un numero programmato. Credo che il numero sia stato solamente fissato all'inizio in base, almeno per quanto ci riguarda come strutture odontoiatriche, quindi come sedi di Università odontoiatrica, in base al numero di riuniti e in base alla, come dire, valutazione quantitativa delle attrezzature presenti nei vari corsi di laurea. Credo che ancora oggi si stenti a fare una programmazione seria perché mentre in medicina è più facile fare la programmazione perché si tratta quasi esclusivamente di dipendenza o di convenzionamento, nella libera professione è più complicato. Oggi siamo arrivati grossomodo a un fabbisogno complessivo che, orientativamente è di 80 odontoiatri ogni 100.000 abitanti, quindi complessivamente nella popolazione italiana è stato, diciamo, quantificato un fabbisogno di circa 48.000 dentisti. Oggi iscritti all'albo sono 62.000, di questi però abbiamo circa 47.000 partite IVA. Significa che, più o meno, siamo nei numeri grosso modo aderenti al fabbisogno. Anno per anno però è successo qualcosa che nessuno fino ad oggi ha mai segnalato, cioè che circa il 40% degli iscritti ai nostri Albi, all'albo degli odontoiatri dei vari ordini, provengono da università straniere. Cioè oggi in Italia si forma circa il 60% degli iscritti. E questo che significa, che il fabbisogno viene vicariato da università straniere piuttosto che da Università italiane e c'è l'interrogativo che gli anglosassoni hanno risolto brillantemente riducendo la formazione, all'interno dei loro confini, di quanto debba formare l'Italia, l'Università italiana tenendo conto di questo dato, cioè che in effetti la strutturazione dal punto di vista degli accessi in Italia produce un numero di laureati all'estero che poi rientrano in Italia ogni anno. Per darvi l'idea del fenomeno, perché altrimenti nessuno lo conosce, nel 2017, 453 iscritti ai nostri Albi, in tutta Italia, provengono da università straniere. Quindi su 1200-1300 circa, adesso non ricordo il numero preciso, 453 sono provenienti da università straniere. Quindi anche di questo bisogna tenere conto quando si parla di numero chiuso, numero programmato e fabbisogno complessivo. Però vi darò degli spunti rapidi.

Orientamento. Questo potrebbe essere il futuro e Filippo Anelli è stato uno dei promotori di questo. Cioè l'orientamento a partire dalla scuola superiore nell'indirizzare i nostri giovani verso gli studi universitari più consoni alle loro attitudini. Questo potrebbe essere magari il futuro, piuttosto che il numero chiuso, quindi il superamento del numero chiuso, anche perché tutti quelli che hanno superato il numero chiuso, l'hanno superato come viene fatto oggi, però l'hanno riportato o dopo un anno dopo due anni di università. Quindi rimane chiuso però nessuno lo dice. Nessuno lo vuole dire. Cioè deve rimanere chiuso perché altrimenti le università – e il mio amico prof. Checchi sarà d'accordo con me - non hanno assolutamente la capacità di formare degli odontoiatri preparati e quindi, necessariamente, rispetto alle capacità formative dell'Università un limite bisogna metterlo. Quelli che dicono superiamo il numero chiuso di oggi non superano il numero chiuso ma lo mettono dopo un anno, dopo due anni. Questa di fatto è la proposta. Perché altrimenti il numero aperto impedirebbe una formazione corretta. Questo è il nostro parere. Non è necessariamente un parere, come dire, ipse dixit.

C'è il numero delle sedi di corso di laurea, oggi in Italia ci sono 35 posti di laurea, ci sono delle pratiche in corso per un 36esimo, lascio solo giudicare a voi che in Germania con una popolazione di più di 90 milioni di abitanti ci sono circa la metà dei corsi di laurea italiani. Ci sono dei corsi di laurea obiettivamente con una "forza lavoro", tra virgolette, senz'altro, come dire, diciamo difettosa per dirla con un eufemismo. Sono corsi di laurea con un professore ordinario, con pochissimi professori ordinari e oggi, sicuramente, in tema di sprechi, questo è un argomento. È un argomento non nostro, è un argomento degli universitari, cioè nel senso che tra gli stessi universitari si ha la consapevolezza che molti corsi d'aula potrebbero essere accorpati. Ovviamente l'unico problema è che sarebbero sacrificate alcune cattedre. Però questo è un problema che prima o poi bisogna prendere in considerazione. Vi segnalo le criticità. Il tempo che mi è concesso non mi consente di entrare nei particolari. Il sesto anno è stato introdotto qualche anno fa, esclusivamente pratico, noi diciamo in maniera abbastanza artigianale. Abbiamo fatto una verifica nelle varie sedi. Ci sono delle sedi che funzionano benissimo e ci sono le sedi che non funzionano proprio, dal mio punto di vista. In alcune sedi stato utilissimo, sicuramente serve a far fare pratiche di tirocinio ai ragazzi, in alcune sedi, invece, non è servito proprio a nulla. Cioè nel senso che è un'area di parcheggio, semplicemente un anno in più in cui i ragazzi perdono tempo, di fatto, in attesa di laurearsi. Scusatemi se sono immediato nelle mie cose ma preferisco esserlo piuttosto che girarci intorno. Anche perché sono a casa di Giancarlo che solitamente fa la stessa cosa. L'esame di abilitazione. Mentre l'esame di abilitazione per i medici è stato riformato due volte, negli ultimi 10 anni direi, il nostro è fermo alla 409, cioè alla istituzione della professione di odontoiatra. Non serve a nulla, come tutti sanno, ha una percentuale di riuscita vicino al 100%, direi che a questo punto bisogna prendere una decisione. Credo che se c'è un Ministero dell'Università deve battere un colpo, se c'è, e darci un suggerimento su questo. Metterci d'accordo col Ministero della Salute e capire che vogliamo farne dell'esame di abilitazione.

Specializzazione Odontoiatrica. Oggi le specializzazioni odontoiatriche sono classificate come specializzazioni non mediche. Mi hanno detto al Ministero della Salute che servono solamente per le richieste del Servizio Sanitario Nazionale. Mi sfuggono spesso le richieste quali siano, però mi dicono che ci sono solo tre specializzazioni, perché solo in quei tre campi cioè ortodonzia, chirurgia odontostomatologica e odontoiatria pediatrica ci sarebbe richiesta del Servizio Sanitario Nazionale. Oggi come sapete è necessaria la specializzazione per accedere in campo odontoiatrico nel Servizio Sanitario Nazionale. Noi siamo nettamente contrari a questa visione però, proprio per il fatto che non si può applicare all'odontoiatria la stessa procedura che si applica ai medici in quanto nel nostro campo ci sono solo tre specializzazioni mentre invece in medicina ne esistono molte di più e poi la nostra laurea è una laurea estremamente specialistica che obbliga ovviamente tutti coloro che si laureano in odontoiatria a fare che cosa, immaginate un po'.

Master Universitari. Esistono master universitari di tutti i generi, universitari e non universitari, avrei dovuto scrivere, perché ormai chiunque, spesso qualsiasi soggetto che si alza la mattina fa un master. Sicuramente ci sono dei master di grandissima qualità ma ci sono anche dei master in cui, tutto sommato, almeno per quanto riguarda il nostro campo, spesso vengono precettati dei laureati post-laurea, che magari durante il corso di laurea non sono stati messi in condizioni di approfondire determinate conoscenze, e spesso questi Master servono per approfondire le conoscenze che non sono state approfondite durante il corso di laurea.

L'ECM. Qua invece ci sono problematiche comuni e anche abbastanza estese. Sapete che per il triennio precedente è stata allungata la possibilità di recuperare il 2017-2018 e 2019 per colmare quello che non si è fatto nel triennio precedente, questo è sicuro però, come si dice, quando si parlava di pace fiscale, adesso se ne parla un po' di meno, però da questo momento in poi non ci saranno più scuse per nessuno. Allora aspettiamo che arrivi il 31 dicembre 2019 poi vedremo se ci sarà quello che è sicuro, che c'è un 50%, credo mediamente, di colleghi che non assolvono l'obbligo formativo.

Intervento di Filippo Anelli: È sicuro che ci saranno problemi, dopo, da ottemperare e, come dire, bisogna tenerne conto. Abbiamo trovato una soluzione, perché il numero dei

professionisti della salute era largamente inadempiente. Questa soluzione prevede che entro il 31 dicembre 2019 si possono recuperare anche i crediti del triennio precedente, senza limiti e senza alcun tipo di vincoli, quindi questo lo faremo. Però sulla formazione continua c'è una norma di legge che verrà rispettata, e difficilmente riusciremo a trovare altre soluzioni. Quindi l'invito ai colleghi ad essere un po' più aderenti alle norme. Tenete conto che la Federazione mette a disposizione di tutti, sul portale, una piattaforma FAD che risponde all'intero fabbisogno dei crediti formativi, e anche oltre.

dott. Iandolo:

Quindi le difficoltà diciamo di assolvere a questo obbligo non ci sono di fatto, però c'è una difficoltà oggettiva dei colleghi perché, ripeto, circa il 50%, in alcuni Ordini anche di più rispetto al panorama generale. Abbiamo chiaramente un obbligo soprattutto deontologico e quindi anche una questione che riguarda direttamente gli Ordini Provinciali nel senso che sono loro poi deputati a verificare l'assolvimento dell'obbligo. Abbiamo una questione di accreditamento di società scientifiche che ormai è eterna. Oggi abbiamo delle società scientifiche veramente farlocche e in giro diffondono spesso anche informazioni che scientifiche non sono, ed anche su questo dovremmo intervenire. La questione di scienza e politica ve la risparmio ma ha accennato a questa cosa Filippo e sicuramente il nostro parere è uniforme a quello che ha spiegato Filippo per il rapporto tra scienza e politica. C'è poi una riflessione che dovremmo fare anche sulla verifica periodica delle competenze che in un po' di paesi europei viene fatta. L'abusivismo. Questa è la legge che è stata approvata adesso, legge Lorenzin. Nell'ambito della "Lorenzin" l'abusivismo che prima veniva praticamente punito in maniera del tutto teorica oggi viene punito con reclusione da 3 a 6 anni. Vado molto veloce, e soprattutto con la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere reato e quindi questo è un aspetto particolarmente rilevante. Speriamo che questo riduca tutti gli abusivismi, anche gli abusivismi per i quali è colpevole un nostro collega che spesso e volentieri favorisce i fenomeni di abusivismo.

Forma societaria. Noi siamo del parere che il mercato non debba prevalere sulla salute e sicuramente c'è un problema di autonomia da parte dei professionisti. Ne ha parlato bene Filippo Anelli, quindi sorvolo, però noi sosteniamo la tesi e ci adoperiamo per aver un disposto di legge in questo senso, che le società devono essere società tra professionisti perché le società tra professionisti prevedono due terzi di capitali in capo ai professionisti e comunque prevedono un obbligo di iscrizione agli ordini professionali. Questo chiaramente con la possibilità di verificare e di controllare. Cosa che non esiste adesso per alcune società esclusivamente di capitale. Poi parliamo di codice del consumo che viene controllato dall'autorità per la concorrenza ma noi preferiamo privilegiare la salute. Nell'ambito di questo noi dobbiamo ringraziare come promotrice proprio l'onorevole Boldi, la vicepresidente della commissione della Camera, di cui parlava prima Giancarlo, che ha promosso questa norma che dal primo gennaio è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, e che prevede questo: ve la leggo, quindi, Legge di Bilancio, norma di fatto dettata da noi come federazione, quindi sottoscritta a noi, ma insieme anche ai sindacati, insieme alle altre componenti sia mediche che odontoiatriche che prevede, e ve la riassumo qua, vado avanti, prevede anche...fa un riferimento anche alla legge Bersani, confermando che questo è quello che si può scrivere nell'ambito della informazione sanitaria, dice che tutte le normazioni devono essere funzionali a garantire la sicurezza e trattamenti sanitari, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo. Riguarda, questa norma, qualsiasi forma giuridica nell'ambito dell'attività professionale, quindi sia quella societaria che quella individuale o associata, esclude qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo. Questa, ripeto, è legge dello Stato nell'ambito della legge di bilancio, affida agli Ordini Professionali l'aspetto disciplinare nei confronti di professionisti e di società, ovviamente di società in questo caso iscritte all'ordine, dice che nell'eventualità che queste società non siano iscritte all'Ordine, come qualche volta oggi capita, essendo la società di capitale non iscritta all'Ordine, possiamo segnalare tale violazione all'autorità per la garanzia delle comunicazioni e non più all'autorità garante della concorrenza. Quindi il detersivo viene separato dalla prestazione sanitaria, per

intenderci. Oggi, fino a ieri, il detergente stava insieme alla prestazione sanitaria, lo yogurt stava insieme alla prestazione sanitaria, per essere chiari. E l'ultima cosa che devo dire, per gli Ordini, è che il direttore sanitario di strutture di questo genere, quindi di strutture di cura, non di ricovero ma di cura, deve essere iscritto all'albo degli odontoiatri della provincia dove svolge il suo ruolo. Questo è importante perché riconduce la figura del direttore sanitario, prima di tutto secondo me ne valorizza il ruolo e poi riconduce sotto l'albero dell'Ordine Provinciale il direttore sanitario, consentendo quindi una verifica migliore.

Dott. Pizza:

Grazie Presidente. Giuseppe De Rita, non credo che abbia bisogno di presentazioni lo conoscete tutti, presidente della fondazione Censis. Ovviamente siamo enormemente interessati a sapere dal professor De Rita che cosa ne pensa dei problemi che ci riguardano.

Dott. De Rita:

Nella realtà italiana d'oggi il problema della professione medica ha due risvolti, un risvolto organizzativo di collocazione all'interno del mercato, del sistema, della Costituzione e un secondo aspetto, una dimensione etica che in fondo già il presidente Anelli ha indicato come un problema di etica della responsabilità. La responsabilità come primato dell'etica. Quando parliamo di etica noi abbiamo una lunga storia. La storia che l'etica era l'etica delle buone intenzioni. Chi aveva buone intenzioni era etico, voleva bene ai poveri, chi gestiva nelle missioni, chi gestiva nelle periferie urbane era etico perché aveva buone intenzioni, e il medico aveva buone intenzioni di guarire. Non bastava magari, però erano le pure intenzioni. L'etica delle buone intenzioni. Un'etica che ha distrutto quasi un secolo di società moderna, perché tutto il 900 è stato governato da gente che pensava di avere una dimensione etica superiore. La buona intenzione di fare lo Stato, la buona intenzione di affermare una ideologia, la buona intenzione di fare la realtà comunista, una realtà del bene comune cattolico. Ognuno c'ha una buona intenzione. Le buone intenzioni portano malvagità e quindi è meglio non averle. Lo aveva capito molto bene il pastore protestante Dietrich Bonhoeffer che in prigione nel '43, era perseguitato dai nazisti, il pastore protestante disse che basta con l'etica delle buone intenzioni. Le buone intenzioni, lo diceva da prigioniero dei nazisti, portano poi alla dittatura, portano alle dittature ideologiche, portano alle dittature del potere. Bisogna pensare ad un'etica diversa. E l'etica nuova è l'etica della responsabilità, per tutti noi. Anch'io sono pieno di buone intenzioni ma poi mi rendo conto che il mio rigore etico sta solo quando mi prendo le mie responsabilità familiari, aziendali, sociali, ed era talmente chiaro in Bonhoeffer questo, che come tutti sapete, lui partecipò con i servizi segreti tedeschi all'attentato a Hitler. Ma il 9 aprile '45. fu condannato a morte e impiccato due giorni prima che arrivassero gli americani nel carcere di Flossenbürg. E lui ha sempre detto che di fronte alla responsabilità di prendersi carico, di far fuori Hitler non c'erano altre etiche da vedere. C'era solo la responsabilità su quell'argomento, per quell'argomento, per quel tipo di realtà. Perché dico questo? Perché gran parte della società moderna è piena di etica. Ma di etica delle buone intenzioni. Abbiamo oggi una tracimazione dell'etica un po' dappertutto: l'etica della politica, l'etica degli affari, l'etica dell'industria, l'etica dell'automobile, l'etica della guida sicura, l'etica della cardiocirurgia, l'etica dell'ortopedia. Tutti ormai parliamo di etica. Pensate solo ad un argomento che credo lo conosciate tutti, la politica. Sono anni che stiamo dicendo che ci vuole l'etica della politica. Che la politica senza etica è fatta da mascalzoni, delinquenti, ladri, farabutti e non so cos'altro. Ci vuole etica. Etica nella politica, è stata una tragedia perché nessuno ha assorbito l'etica della responsabilità. Tutti hanno assorbito un'etica generica, di buona volontà. L'etica è entrata nella politica come moralismo. Oggi siamo fregati dal moralismo, e non si può girare le spalle che già ti accusano di essere qualcosa, perché il moralismo è diventato il modo di fare politica. L'etica diventa uno strumento della politica attraverso il moralismo. Il moralismo con tutto quello che accade, lo sputtanamento, le denunce, le indagini. Però è un'etica che diventa strumento della politica. Ancora peggio quando si va in alto, la polizia pensa all'etica e fa lo Stato etico. Adesso non siamo più a livello di Stato etico fascista, nazista, comunista, però vedete la produzione legislativa degli ultimi tempi e c'è una etica dello Stato. Il decreto spazza

corrotti o il decreto dignità significa una strumentalizzazione dell'etica per fare un'operazione politica che è un'operazione di accentramento del potere, di accentramento delle decisioni del potere. Mai, mai quindi ripetere questo errore, di attribuire alla parola etica una disciplina. L'etica della medicina o l'etica della cardiocirurgia o l'etica degli affari o l'etica dell'automobile, non c'è. L'etica è delle persone, non è per le discipline. L'etica è dei singoli, l'etica dei comportamenti, non è di una disciplina astratta, e fra l'altro altra dalla dimensione personale. L'etica è etica dei comportamenti. E quindi l'etica della medicina è etica è dei comportamenti, non è di una disciplina astratta e tra l'altro altra dalla dimensione personale. L'etica è etica dei comportamenti. E quindi l'etica della medicina è etica dei comportamenti degli operatori della medicina, non altro. E questa che sembra una banale verità crea una complicazione enorme perché l'etica del comportamento del singolo operatore, del medico o dell'infermiere o del professore universitario di una determinata disciplina diventa una cosa complicatissima, perché il sistema non è più regolato in maniera antica. Non ha più regole certe. L'etica della responsabilità in campo medico è un'etica del caso per caso. Una volta c'era un rapporto, se volete, banale, rapporto diretto tra medico e paziente, più banale di così, più diretto di così, e l'etica stava dentro questo comportamento. Glielo dico, non glielo dico, io questa medicina non gliela do, aspetto che mi indichi qualche possibilità diversa, faccio un altro esperimento. Ma era bilaterale, semplice. La dimensione etica s'imponeva immediatamente. Quando è arrivato, 40 anni fa, il Sistema Sanitario Nazionale o è arrivata la logica della copertura pubblica dei bisogni sanitari dalla culla alla tomba, ricorderete lord William Beveridge del '43, è allora il problema è diverso, il comportamento etico dell'operatore non era più nel rapporto bilaterale ma nell'appartenenza a un sistema che si era preso lui la responsabilità di garantire dalla culla alla tomba e tutti i bisogni sanitari. E quindi il rapporto di responsabilità era verso il sistema, non più verso il singolo e neppure, si può dire, verso se stesso, perché l'appartenenza al sistema poneva dei problemi. Anelli ne ha già indicati alcuni particolarmente delicati e difficili. Problemi di coscienza, problemi di tecnologia, problemi di quadratura del cerchio dei bilanci. Ma quello è stato il cambiamento. Ma adesso c'è un cambiamento ancora più difficile da controllare. In cui il singolo medico si ritrova a dover dire: ma io di che cosa sono responsabile? Dove esercito la mia responsabilità? Non più attraverso un rapporto diretto col paziente, non più in rapporto a una Agenzia Nazionale che fa tutto e decide tutto anche se posso prescrivere dei medicinali o no. E adesso invece è diverso perché quello che era un sistema sanitario è diventato, uso un termine un po' al Censis, è diventato un ecosistema. Un ecosistema di soggetti, di poteri, di azioni diverse, di interessi diversi. Pensate un pochettino cos'è il mondo della medicina oggi. C'è un mondo privato e un mondo pubblico. Nel mondo pubblico c'è ancora una parte di Sistema Sanitario che si articola, si controarticola, fa i discorsi, controlla i costi, non li controlla, controlla il bilancio, non controlla i singoli costi. Metto in azione il *cost benefit analysis* per vedere se mi conviene o non mi conviene. Una complessità che sfugge fa sfuggire la responsabilità dell'operatore. Ma c'è un mondo privato, ancora più nuovo e diverso, il mondo delle polizze assicurative, il mondo della spesa Out of Pocket della spesa privata, noi abbiamo 40 miliardi di spesa privata all'anno. La gente spende da sola e in qualche modo decide il da farsi. Decide se andare in una clinica privata o se andare all'estero, o se curarsi a casa, o se chiedere al medico un protocollo particolare, è il singolo. Il pubblico privato oggi diventa il rapporto con il sistema il rapporto con il mercato, perché il privato fa mercato, che significa due cose diverse per il medico. Essere responsabilità in un sistema pubblico, dove la responsabilità viene assorbita e emanata dall'alto con il discorso della copertura pubblica e dall'altra parte il rapporto con il mercato. Rapporto con il mercato che diventa, fra l'altro, non facile da gestire. C'è un problema di diversità strutturale di tipo territoriale. Certo, nord e sud, ne ha già parlato Anelli però tutti noi sappiamo che oggi la dimensione territoriale non è solo nord e sud. Un medico sa che cosa è una periferia urbana romana o napoletana. Sa qual è il tipo di mondo in cui va. Se un mondo governato dall'eroina o un mondo governato dai volontari di don Ciotti. È tutto un mondo diverso, con malattie professionali particolari diverse. Nel nord e nel sud ormai è uno stilema importante, per me che ho fatto tanti anni di meridionalismo assolutamente decisivo, ma è l'articolazione territoriale è diversa. È diverso il rapporto pubblico-privato, è diverso il rapporto con il territorio, è diverso il rapporto con la dimensione

comunicativa. Una buona parte dei medici oggi, specialmente gli specialisti vivono in rete. Hanno le informazioni che gli vengono, sulla stessa malattia che stanno curando, da tutte le università straniere, ragionano, danno informazioni e ne ricevono. In pratica sono responsabili di questa rete, ma non del singolo argomento, perché loro mettono la loro responsabilità dentro alla responsabilità di rete. A capire che significa avere una responsabilità nella rete? È in parte un aumento di potenza di responsabilità, in parte una scissione di responsabilità. Intanto a Edimburgo, mi hanno detto, stanno facendo così, faccio anch'io così. È un problema. Allora c'è un sistema, un ecosistema che è fatto di pubblico e di privato. Un ecosistema è fatto di città e di periferie, un ecosistema che è fatto di gente assicurata o vincente, disperata e nera, come si dice oggi con cattiveria. C'è una professione che si fa singolarmente e si fa in rete. E c'è un altro problema fondamentale quella rete della comunicazione che non è soltanto una rete riservata per cui partecipo ai 50 istituti che al mondo seguono quel tipo di malattie. No, c'è una rete molto più fetente, che è la rete di comunicazione in cui, in pratica, ti ritrovi con fake news, con annunci stratosferici di novità medico-sanitarie, con pubblicità più o meno cavalcate male e via via con una cultura progressiva di attacco alla sanità. La malasanià è uno degli elementi fondamentali della comunicazione di massa italiana degli ultimi 50 anni. E allora si capisce perché il medico invece di esercitare la responsabilità in proprio o insieme agli altri, come dirò alla fine, si rifugiano nella diagnosi difensiva, nella chirurgia difensiva, si rifugiano nella polizza assicurativa. Certo, è una irresponsabilità dire che si rifugia, ma si rifugia. Perché il sistema della comunicazione di massa lo rende solo, e allora a quel punto, se devo stare solo cerco la protezione. La protezione non è un avviso di garanzia qualsiasi, non è un articolo di giornale che mi sputtana e di non dover spendere dei soldi se qualcuno mi denuncia. E qui sta, come vedete, nella logica complessiva, la tragedia del medico moderno, che è solo, maledettamente solo. Una responsabilità individuale che è solitaria, perché nel rapporto tradizionale con il paziente, faccia a faccia, la responsabilità è la sua con la sua coscienza, con le sue conoscenze, la sua competenza. Nel sistema sanitario era, tutto sommato, legata a un rapporto più o meno conflittuale con il potere e con il potere finanziario. In questo ecosistema di soggetti diversi, di problemi diversi, di responsabilità diverse il singolo medico resta solo. Resta solo rispetto alla massa, alla disperazione di andare in ospedale e di trovare che quella analisi non si può fare, quella TAC non si può fare, quello costa troppo. O fai così. Resta solo di fronte a un mercato il più indifferenziato possibile perché ognuno, specialmente i 40 miliardi che pagano di tasca propria decidono molto spesso anche contro il medico perché sentono sirene diverse. Resta solo di fronte a una realtà territoriale che non è il nord-sud ma è la periferia urbana o le aree interne povere, senza presidio sanitario. Resta solo di fronte al sistema di rete in cui lui esercita il mestiere, resta solo di fronte alla dimensione mediatica e in qualche modo aumenta la possibilità per il paziente di pensare a cose meravigliose, a cure meravigliose ma, diminuisce la possibilità del medico di esercitare una responsabilità se non quella di difendersi. Questo è il punto. Oggi la trasformazione del rapporto medico-paziente, del rapporto bilaterale al rapporto sistemico, dentro il sistema sanitario pubblico, ha un rapporto molto molto più largo, molto più erratico. Il rapporto in un ecosistema fatto da migliaia, forse milioni di protagonisti, e rende il singolo che deve fare una riflessione, deve decidere come comportarsi in questa realtà. Lo dico anche nel mio mestiere, che è il mestiere di fare l'interprete del sociale, fare il ricercatore sociale. Una volta fare il ricercatore sociale era facile. A volte c'erano anche delle tavole, come si facevano le tabelle, come si facevano i questionari. Oggi, se io devo fare il ricercatore devo andare in giro a vedere nell'ecosistema i singoli soggetti come si muovono, e quali sono i motivi che fanno muovere una clinica privata, un laboratorio privato, una clinica odontoiatrica, un grande Istituto pubblico, un istituto di ricerca avanzata. Devo andarmi a vedere le singole cose. Dico io con una frase in cui sono preso in giro perfino dal Presidente della Repubblica, non è più un mestiere da teologico, in cui la verità già c'è, va solo scoperta. Oggi il mestiere dell'interprete è un mestiere talmudico. Bisogna studiare e ristudiare i singoli casi. Stare sulle singole cose, un pragmatismo continuato. Ma il pragmatismo continuato significa, per chi fa una professione da ricercatore, come del medico, significa una presenza costante di responsabilità. Sei molto più responsabile di prima, perché anche se una volta il servizio sanitario ti indicava quello da fare o non fare,

oggi invece ti taglia i fondi e la tua responsabile è quella di litigare con il Direttore Generale dell'ASL, ma lo vuoi fare? Quando invece c'è un ecosistema di tanti soggetti devi, in qualche modo, fare da solo. E questa è la risorsa fine. L'etica della responsabilità che è quella vincente oggi, è quella che supera la buona volontà di fare del bene, di guarire il malato, di far funzionare il proprio istituto, di sperimentare quella medicina che forse fa bene, e invece è un soggetto di un ecosistema molto complicato. E finisco con una notazione, se resta solo non ce la fa, se resta solo finisce per regredire alla protezione, a fare chirurgia difensiva, a fare diagnosi difensiva, al limite a fare la polizza assicurativa. Tutto quello che c'è in una situazione così aggregata, così diversificata ma così delicata è quella di poter aggregare le responsabilità. C'è una responsabilità collettiva che è quella degli Ordini che naturalmente deve, in qualche modo, non sostituirsi ma aiutare l'etica della responsabilità singola. C'è un'etica della responsabilità che è del soggetto associativo, che non è il vecchio ente intermedio, il sindacato, la Provincia, no, è un qualcosa che nasce dal basso anch'esso, perché io iscritto a un Ordine chiedo che la mia responsabilità sia gestita anche con gli altri, nel rapporto dialettico vertenziale con il potere pubblico, nel rapporto dialettico vertenziale con la finanza sanitaria, con il potere dialettico vertenziale con il mondo privato, con la comunicazione di massa ecc. Questa è la dimensione su cui stiamo andando. Anch'io con il mio mestiere, lo faccio da 55 anni, l'ho vista cambiare moltissimo ma oggi la vedo cambiare proprio perché non ho più le sicurezze teologiche, dico io, di riconoscere se è già tardi. Me le devo andare a cercare da solo. Come i lettori del Talmud rileggo 70 volte lo stesso brano per tentare di capirne il significato perché non c'è la tavola della sicurezza dietro le spalle. Questo è un problema, una sfida, a mio avviso, per il mio mestiere. Capisco che per i medici può essere più difficile, più faticosa perché non è un lavoro di interpretazione. Ma lì ci mettono sangue, vita e vita del paziente però questa è la situazione e la sfida tutto sommato non è così banale come si dice, Grazie.

Dott. Pizza:

Grazie al prof. De Rita. Adesso c'è il prof Gerardo Martinelli, un docente della nostra Università che, come me, è andato in quiescenza da qualche tempo, che ci dirà che cosa pensa della situazione attuale e come pensa di dare qualche suggerimento su quello che sta accadendo.

Prof. Martinelli:

Buongiorno cari amici e colleghi ho letto queste 300 pagine del ponderoso lavoro di Ivan Cavicchi che per due volte mi sono trovato alla fine a innamorarmi di tutte queste 300 pagine però, ieri proprio, dico ma ci vado a dire io domani, preso così da una situazione un pochino particolare. Allora mi sono detto, ma adesso scrivo qualcosa, anche per stare nei limiti di tempo, perché se non avessi scritto qualcosa che adesso vi propongo avrei preso il microfono, avrei detto non so che cosa e alla fine sarebbe stato tolto il microfono da Pizza senza aver detto grandi cose. Ma non vi aspettate che io dico delle grandi cose anche se leggerò questi appunti che ho fatto a mano quindi neanche battuti a macchina per cui non me li può sequestrare alla fine del mio intervento, l'amico Pizza. Ma perché io sono qui. Io mi sono laureato nel '63, 57 anni orsono e sono qui per devinare la figura del nuovo medico, da me anziano. Perché tutti quanti noi presenti abbiamo l'obbligo morale di dare il proprio contributo di idee e di esperienze passate per pensare al nuovo medico. Poi perché il presidente Pizza mi ha costretto e coinvolto ad essere qui a seguito di un breve scambio di idee, che abbiamo avuto pochissimo tempo fa, in ordine a un articolo che avevo scritto sulla rivista "Arel", una rivista semestrale fondata da Nino Andreatta, monotematica e nel 2009 parlava della crisi economico-finanziaria, ebbi lo sbuzzo di scrivere questo articolo "Due mondi sensibili alla crisi, l'Università e la Sanità". Dove intravedevo già nel 2008/2009 una crisi strisciante sulla nostra professione. Crisi che da strisciante è diventata crisi attuale, lo ha detto il nostro presidente prima. Riconoscere che c'è una crisi è una cosa grossissima che ha fatto la nostra società, perché addirittura Cavicchi la chiama, a pagina 13, delle sue 100 tesi, una crisi epocale. A lui ho inviato quell'articoletto che ho scritto nel 2008 sul riverbero della crisi economico-finanziaria sul Sistema Sanitario Nazionale e, avevo definito strisciante quella crisi, e adesso questa attuale ed è una cosa grossa già averne preso atto. Allora ho voluto leggere due volte questo

ponderoso lavoro sul quale Cavicchi ci chiede proposte, suggerimenti, critica costruttiva e condivisioni sulla nuova figura del medico e una interpretazione nuova della medicina, proprio quale conseguenza dei grandi e complessi cambiamenti e trasformazioni radicali che si è avuto nella nostra società. Quale conseguenza degli stessi progressi, specie tecnologici della medicina, che ha determinato delle aspettative della popolazione che chiede, sempre di più, in maniera quali-quantitativa e sovente a prendere quell'aforisma del medico invincibile e paziente immortale. È bello, oggi qui che a 40 anni dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ci sia da identificare una cosa importante. Per 40 anni questo sistema è stato mantenuto e sostenuto con grosso sforzo, dai medici. Una prima considerazione dopo il perché sono qui. Proprio sulla dizione di paziente, questo mi ha colpito. Dobbiamo abituarci a sforzarci, sarà una banalità quello che sto dicendo, di non parlare più di paziente, come per tanti anni si è fatto da parte del medico, con quella figura paternalistica che adesso non c'è più. Bisogna abituarsi a del malato, ovvero di una persona che ha preso coscienza di non essere più sano che chiede e ne ha diritto – lo ha detto Anelli- un coinvolgimento più diretto nel processo diagnostico e terapeutico al quale chiede più attenzione, empatia e più tempo da dedicargli, il cosiddetto tempo di cura. E non quello contingentato dalla deprecata medicina amministrata. Quindi malato, non più paziente. Tempo di cura, medicina amministrata sono tre specificazioni che più mi hanno colpito tu nella lettura di queste 100 tesi che trovano peraltro riscontro in un articolo sul “Corriere della Salute” di domenica scorsa, che dice: Dottore ascoltami e parla con me”. È sostanzialmente un grido che viene fatto dal Corriere della Salute di domenica scorsa, in cui questo articolo dice che una ricerca ha dimostrato i cambiamenti che si verificano nel cervello in base al tipo di relazione che si instaura tra medico e malato. Una opportunità da cogliere ma anche un problema da affrontare, visti i tempi sempre più stretti che possono essere dedicati alle visite e ai colloqui nella pratica clinica. Tempi stretti imposti appunto da quella medicina amministrata che ha lesionato la stessa autonomia del medico. Di questa mia prima considerazione vi è piena al riconoscimento della crisi epocale, come dice Cavicchi, crisi che da strisciante come avevo intravvisto nel 2008, è diventata attuale. Sicché è stato proclamato lo Stato Generale della professione medica proprio nell'intento specifico che l'attuale crisi non abbia a cronicizzarsi, sul medico che diventi quindi irreversibile, con intuibili e gravi ripercussioni negative sulla medicina, sul malato, sulla stessa società. Appunto in quell'articolo del 2008 scrivevo che le crisi hanno accompagnato l'uomo e l'umanità fin dall'inizio dei tempi e ad esse crisi si è sopravvissuti. Perché è l'uomo che provoca le crisi ed è agli stesso che vi pone rimedio. Si è detto anche che ogni crisi, come quella attuale, nasconde e ha in sé una opportunità perché per uscirne si è costretti a pensare nuovi modelli, innovazioni, progettualità, evitando ovviamente gli errori del passato e del presente. Ed è ciò che ci spinge a fare l'iniziativa degli Ordini dei Medici. 300 tesi di Cavicchi con un personale suggerimento ottimistico per cui la crisi ci deve preoccupare ma senza averne paura, e senza sfiducia, riconoscendola, prendendone atto e affrontandola con spirito costruttivo. Una seconda considerazione, che mi sia consentito, dopo aver letto tante volte il libro di Cavicchi. Al di là della personale piena convergenza su quanto scritto, non ho voluto e potuto addentrarmi e sperdermi nei capitoli e negli argomenti proposti, sui quali non avrei saputo aggiungere qualcosa di importante, e allora mi limito a riportare solo tre sinossi, le chiama lui, sulle quali ho focalizzato la mia attenzione e riguardano il genere e la professione medica. Mi è piaciuto molto. Lo stesso presidente Anelli ha parlato sulla femminilizzazione del mondo medico. È stato posto in evidenza il fenomeno della crescita del numero delle donne, delle donne medico, alle quali viene riconosciuta e attribuita una maggiore apertura nella relazione con il malato. Ecco l'articolo che vi ho fatto vedere prima. Ma non solo, allora le donne medico, le colleghe vengono considerate come un valore aggiunto, nella questione medica, ma di certo è da respingere l'attuale situazione penalizzante per il medico donna. Certo il suo impegno sempre più massiccio, e la difficoltà ad adire a ruoli di responsabilità superiore, ancora appannaggio del genere maschile. Mi fermo qui su questo delicato argomento, portando solo una mia testimonianza personale, perché per tanti anni sono stato responsabile del servizio di anestesia e rianimazione al Sant'Orsola, con 100 e passa anestesisti di cui il 65% erano femmine, che hanno portato, e ne ho apprezzato il valore aggiunto, e mi sono speso a che

diverse di loro ad un certo punto hanno adito a una promozione, a un avanzamento della carriera. L'altra sinossi che mi ha un pochino preso l'attenzione è il rapporto conflittuale con le altre professioni, a pagina 95. Anelli lo ha già detto. Il rapporto medico-infermieri che deve basarsi sulle competenze avanzate. Normate da un'intesa interprofessionale dei rispettivi ruoli senza ingerenze politico-amministrativo, ed attuando un rimodellamento dei rispettivi ruoli professionali. Sull'ultima sinossi, quello degli errori ed insuccessi in medicina. Ho focalizzato la mia attenzione affermando che, anche il nuovo medico non potrà essere infallibile ed assicurare al paziente l'immortalità come viene richiesto adesso. Naturalmente i medici devono sbagliare il meno possibile, perché i loro errori rischiano di danneggiare il malato, per il quale il danno ricevuto diventa intollerabile, e concordo quindi sulla necessità di un aggiornamento del codice deontologico sulla tematica dell'errore in medicina; alla luce del decreto Balduzzi e della più recente legge Gelli, rigettando ovviamente la deresponsabilità e la medicina difensiva. E da anni ho riposto la mia esperienza a difesa dei colleghi, raggiunti da avvisi di garanzia per colpa professionale, e ne sono fiero perché mi sento, non considero, sempre medico, vicino ai colleghi in attività che non hanno perso, in un certo qual modo, la serenità, perché l'avviso di garanzia è sempre in agguato. Dopo le sue esposte considerazioni personali derivanti dalla lettura e rilettura delle 100 tesi, vorrei ora portare un piccolo contributo con un tassello a quel mosaico di pagina 4, mosaico che Cavicchi vede costruire per la figura del nuovo medico. È un tassello personale che è un po' delle 100 tesi e che è frutto di un'ultima considerazione appena accennata da Anelli: quella sull'età del medico di oggi che si laurea, si specializza, ed entra nel mondo del lavoro a 29 30 anni. È da questa considerazione che sorge una proposta concreta che, anche se non condivisa e rigettata, rende, spero, non inutile il mio intervento in questo consesso. Com'era per quanto riguarda l'addio alla professione il ritardo è di 3 anni. Ora, dopo 13 anni di studio primario e secondario, all'inizio dei 18 anni ci si iscrive al corso di laurea che dura 6 anni e prosegue con una specialità, mediamente di 5/6 anni. Si termina appunto a 29/30 anni. Per contenere quello che ho messo tra virgolette il "ritardo" rispetto ad altri paesi, si dovrebbe ripensare a un risparmio, e lo dico, di un anno di scuola alle primarie o secondarie, di un anno nel corso di laurea, e di un anno nella specialità. E questo si può fare. Il risparmio di 3 anni prevede un profondo ripensamento ed una attenta riorganizzazione degli studi; attraverso una rivisitazione dei contenuti degli insegnamenti da impartire, del loro numero, e della riqualificazione della docenza. Il risparmio di 3 anni oltre ad agevolare un precoce inserimento nel mondo del lavoro, potrebbe ridurre il calo dei laureati che, insieme agli abbandoni in itinere, pone il nostro paese al penultimo posto in Europa. Si potrebbe anche contenere, alla prossima carenza di personale medico, prevista per 75.000 medici nei prossimi 10 anni. Si può anche ridurre la già esigua spesa dell'insegnamento e della ricerca che grava solo per 1,3 % del PIL. Questa proposta può sembrare presuntuosa, pretestuosa e invadente, ma deriva da una sorta di rivalse e di rabbia personale nei confronti della politica che, proprio nei confronti dell'istruzione ha prodotto scarsi risultati, con la "riforma della buona scuola". Non ha saputo e voluto affrontare una vera riforma strutturale dell'istruzione superiore, specie di quella universitaria, per la quale non c'è stato, negli ultimi 60 anni, nessuna riforma strutturale. Almeno, nel Sistema Sanitario Nazionale ci sono state tre riforme successive. Sono stati destinate risorse all'educazione, vero motore, cuore e anima della società. Educazione considerata sempre come una ruota di scorta. Tant'è che un ministro dell'economia ebbe a dire "ma con la cultura non si mangia". Ma io dico, si cresce, come dimostrato dalla spinta a studiare dei nostri genitori nel dopoguerra, che è fondamentale come valore morale e dovere civico, che produsse nel dimenticato boom economico la ripresa del nostro paese ed un vero progresso per tutta la società. Ora termino con due suggerimenti. Il primo riguarda la necessità che la comunità medica si allei con la società civile, a che lo Stato prenda atto che la valenza della medicina, nei confronti della salute pubblica, e riconosca e consideri entrambi come bene primario, peraltro descritto nella carta costituzionale. Un tale riconoscimento comporta un totale cambiamento in ambito culturale, sociale, politico, auspicando che i due ministeri, dell'istruzione e della salute non vengano più considerati dicasteri di serie B, sovente affidati a ministri con insufficiente competenza e conoscenza dei rispettivi campi. Un secondo e ultimo suggerimento è che, a consuntivo degli Stati Generali

della professione medica, sto toccando Anelli, non sia data ampia diffusione ai cittadini, e ci si faccia promotori di attivare un tavolo sul quale riversare i contenuti della discussione sul medico del futuro e sulla nuova medicina alla presenza dell'Università in atto invitato di pietra e di un alto rappresentante del mondo civile e un alto rappresentante dello Stato. Bastano quattro persone attorno a un tavolo per studiare quello che sarà il frutto di quello che si sta dibattendo. Per miopia auspicando, che si accelerino i tempi per rendere concreti, attuali e attuabili i risultati degli Stati Generali, per evitare che la crisi in atto diventi irreversibile, a danno del nostro paese, e perché siamo quasi in emergenza, e bisogna farlo senza paura. La crisi affrontiamola insieme e superiamola senza alcun pessimismo, ma con determinatezza e con il coraggio dell'esperienza, dell'immaginazione e della creatività propositiva. Grazie.

Dott. Pizza: adesso invito la dottoressa Cocconcelli. Grazie.

Dott.ssa Cocconcelli:

Intanto saluto a tutti e grazie per l'ampia partecipazione. Grazie al professor Cavicchi, grazie al Presidente Anelli, grazie al dottor Pizza. Mi sono scritta, solitamente vado a braccio, ma mi sono scritta le poche righe, non sono poche, sono molte. Spero di non tediarvi perché vengo da medico di trincea. Non nascondiamoci dietro un dito colleghi, perché bisogna avere il coraggio e l'onestà intellettuale di ripensare il ruolo del medico del XXI secolo, non solo sul piano puramente scientifico ma anche soprattutto da un punto di vista clinico professionale. Non dico etico, dopo quello che ha detto il dottor De Rita. La crisi del medico, a mio avviso, non è una crisi della medicina settoriale ma una crisi strutturale. E lo sfascio è iniziato nel 1992 quando gli ospedali vennero trasformati in aziende. Aziende che dovevano produrre profitti. (*applausi dei presenti*) No, non voglio applausi perché ne ho da dire, ragazzi, che vorrei star qui delle ore. Dovevano produrre profitti. Profitti mentre la *mission* del Sistema Sanitario era quella di produrre qualità delle cure, produrre salute. È necessario che anche la sottoscritta faccia un mea culpa, perché abbiamo tollerato, tutti quanti, che la medicina venisse volgarizzata come semplice merce di consumo da acquistare liberamente nei supermarket della salute. Oggi, il nostro lavoro, il lavoro dei medici, è considerato un disvalore, un costo da abbattere. E anche noi siamo corresponsabili di questo progressivo declino. Mi permetta, presidente professor Cavicchi che ha permesso una proletarizzazione dell'intera categoria. Abbiamo assistito catatonici, in uno stato di catalessi generale, come se fossimo stati punti della mosca tze-tze, ad una legittima sostituzione dei medici con altri professionisti, al costo unitario più basso. Un medico costa come due IP (*infermieri professionali*), sacrificati quindi sulla logica del pareggio di bilancio del più bieco aziendalismo. Questo grande bluff dell'aziendalizzazione è sotto gli occhi di tutti e fatevelo dire da un medico di trincea. L'ars medica che comprende tutto quindi si è trasformata, mio avviso, in una subdola medicina amministrata da tecnocrati e, cito un suo termine che non ha il copyright, professor Cavicchi, da "lineaguidari" di cui io aborro, che ben poco hanno a che fare col miglioramento della qualità di cura. La realtà desolante, a mio avviso, è che abbiamo perso ogni potere negoziale, presidente. Siamo subordinati a vertici aziendali e vertici regionali. Il futuro che ci prospettano, a mio avviso, è un mare tempestoso. Ma l'onda o si serfa o se ne viene travolti. Anneghiamo. Per cui bisogna combattere. È arrivato il tempo di una santa alleanza, a mio avviso, tra professionisti della salute e malati. Perché noi siamo il Sistema Sanitario Nazionale. Noi abbiamo garantito un adeguato standard di salute, nonostante tutto, a tutti i cittadini. Nonostante i blocchi del turnover, che abbiamo subito, i turni massacranti, i contratti co.co.co. le campagne mediatiche che ci dipingevano alla stregua di serial killer in servizio permanente effettivo. Vittime spesso innocenti di liti temerariamente intraprese da loschi individui che speculavano sulla nostra professione, e ci hanno anche guadagnato sulla nostra professione. Io non sono abituata a piangermi addosso. Io mi chiedo, e vi chiedo, però, quale azienda con 653.352 dipendenti, ognuno di noi è stato ospedaliero e abbiamo anche condiviso parecchie campagne, professor Martinelli, e la ringrazio per essere presente, quale azienda, dicevo, agisce per anni solo sui costi generali e non si interessa alle nostre condizioni di lavoro e alla soddisfazione dei propri dipendenti. Non è solo un problema economico. No. La politica

dovrebbe capire che è prioritario incentivare il capitale professionale sanitario, mentre, attualmente, mi demotiva. Ci demotiva con stipendi bloccati, con peggioramento delle condizioni [lavorative, con una emorragia nelle dotazioni organiche e con medici-infermieri affetti dal burnout [*il burnout è una sindrome patologica che colpisce in modo particolare chi lavora nelle professioni di aiuto ed è il risultato del sommarsi di fattori di stress emotivo ed organizzativo che determinano l'esaurimento del lavoratore*]. Ora basta. Siamo stanchi di metterci quotidianamente la faccia a fronte di cronici disservizi da noi non voluti ma subiti. Eh sì, eh beh permettetemi la passionalità perché dopo 30 anni di soprusi io ne ho abbastanza. È indispensabile far risorgere una professione che è stata umiliata. Sì, è stata umiliata per troppi decenni da pseudo esperti Illuminati e dai lineaguidari. Potrei fare nomi e cognomi dei lineaguidari che un malato l'hanno visto solamente dipinto, che mi insegnano come si deve curare un malato. Prioritario non è il paziente al centro del sistema, ce la menano ad ogni convegno. Il paziente al centro col piffero. È la relazione medico paziente che deve essere al centro della sanità. È giunto il tempo di migliorare un rapporto non etico, ma empatico. Tim Cook, il CEO di Apple, in un suo intervento che tutti voi conoscete, al MIT affermava: «*Io non ho paura delle macchine che pensano come l'uomo ma degli uomini che si riducono pensare come automi trascurando valori e compassione*». Quindi è indispensabile che il nostro mondo, che il mio mondo medico ritrovi l'orgoglio di agire e di appartenere a una categoria, e sono convinta che si debba rilanciare con forza la cultura e il concetto del tempo clinico. Io voglio riappropriarmi di tutto il mio tempo, per instaurare un rapporto di fiducia tra la persona che ha un problema di salute, e quella che la deve curare, cioè la sottoscritta. Basta con i tempari decisi a tavolino dall'amministrativo di turno, che mi obbligano ad eseguire una visita ortopedica in 15 minuti. Un paziente ortopedico ci mette 10 minuti solo per approdare al lettino dalla porta. Siamo solo noi a decidere quanto tempo dobbiamo impiegare per la valutazione clinica di un malato, perché il numero di visite erogabili in un'ora lo decido io, in funzione del tipo e della complessità del paziente che ho di fronte. Voglio ripartire dalla mia professionalità. Voglio riprendermi il mio tempo, dottor Pizza, da dedicare al paziente poi il resto sono chiacchiere e distintivo, come diceva qualcuno. [*Sei solo chiacchiere e distintivo" è una frase tratta dal film Gli intoccabili di Brian De Palma, è diventata una frase nel linguaggio comune per indicare personaggi bravissimi a pontificare e fare chiacchiere ma pessimi quando si tratta di mettere in pratica le cose di cui parlano*] Io non sono mai stata un medico centometrista, sono un medico fondista, sono un maratoneta della salute. E allora.... non mi interessa quanti pazienti faccio, ma come li faccio. La qualità al posto della quantità. Ce lo siamo detto tante volte. Poi all'atto pratico non lo facciamo mai perché la medicina è una cosa seria, non è una catena di montaggio. Il malato non è un bullone, ce lo diciamo tante tante volte. È una persona che va considerata come tale, per questo devo restituire la sanità ai medici e i medici alla sanità. La relazione medico paziente è fatta anche di disposizione all'ascolto, di comunicazione efficace comprensiva, e invece adesso c'è economicismo, burocrazia, che si stanno sostituendo al tempo di cura. Sono chiacchiere? No, non sono chiacchiere. Nel rapporto medico-paziente io non voglio essere cronometrata. Non voglio avere l'ansia da prestazione. Non voglio avere l'ansia da prestazione con 100 pazienti che mi premono dentro il pronto soccorso e io sono l'unico ortopedico che visita su quattro ambulatori. E paziente si scarica su di me. Non funziona così. Voglio una sanità in cui ai medici venga riconosciuto il posto che meritano. Basta con il dogma di una medicina irragionevolmente onnipotente con l'idea che la malattia sia un'ingiustizia gratuita che il medico debba debellare comunque. Nel 2019 si nasce, si vive, ci si ammala e si muore. È indispensabile che le nostre associazioni, presidente, ritornino a mettere al centro dell'agenda la qualità di cura, il valore intrinseco del nostro atto professionale, il senso di sicurezza sociale che caratterizza l'Ars Medica. Quando si parla di salute, noi medici siamo i professionisti dell'assistenza. Siamo i portatori di un bagaglio enorme di competenze, vero professor Martinelli? ed esperienze che devono essere utilizzate per una rinnovata governance. Il quaderno del cambiamento, a mio avviso, quindi spetta a noi. È ora di finirla con leggi e regolamenti fatti senza interpellarci. Quindi il medico deve tornare protagonista del cambiamento, ma per affrontare queste sfide è indispensabile avere una tattica e una strategia, ed è fondamentale sapere e conoscere quali sono le criticità.

Io ho notato 10 criticità. Io rivendico, presidente Anelli e professor Cavicchi, di non essere un medico m.p.m., medico proceduralmente modificato. Sono anni che tutti sono autorizzati a insegnarmi come devo curare. Sono preda di inadeguati lineaguidari che mi limitano fortemente nella mia autonomia professionale, sacrificandola sull'altare di una inadeguata propriexxxx che danneggiano non solo il malato ma ingabbia me medico. I lineaguidari mi stanno soffocando. Odio la medicina amministrata con una tirannia delle linee guida al servizio di un economicismo esasperato che cozza con il soddisfacimento terapeutico del medico e delle necessità cliniche del malato. Linee guida che sono redatte, primo da pseudoassociazioni, autoproclamate autorevoli, che non hanno mai visto un malato nemmeno dipinto. E in competizione spesso con la mia società scientifica, non considerando il fatto che le linee guida si applicano ex-ante, non rispettando l'unicità del caso clinico. È ora di capire se è il medico che dipende dalle linee guida, o sono le linee guida che dipendono dal medico. Io credo nella mia autonomia professionale, odio l'autoritarismo dei lineaguidari, sapendo che le linee guida non possono comprendere le multiformi situazioni cliniche in cui, io chirurgo, io ortopedico mi vengo a trovare. Colleghe, nel DNA umano sono presenti 20/25.000 geni, con 10 milioni di poliformismi presenti. Io vi chiedo se io possa standardizzare il tutto. No. ogni paziente è un unico e recenti sentenze della Corte di Cassazione ridimensionano fortunatamente le linee guida. Corte di Cassazione sentenza del 2018: una condotta può essere diligente anche se non si attiene alle linee guida. A ciò aggiungo che il procuratore generale della Corte dei Conti, Alberto Avoli, alla cerimonia inaugurale di febbraio 2019 dell'anno giudiziario, ha affermato, testuali parole: «l'azione terapeutica per la sua complessità è difficilmente riconducibile alla rigidità di schemi cogenti quali linee guida bollinate» Era ora che qualcuno ci desse una mano. Altro che Legge 24, Legge Gelli. Mi oppongo fermamente all'idea che i lineaguidari diventino i miei amministratori di sostegno, relegandomi a mero esecutore di atti imposti da altri in virtù di un'assurda idea di una medicina autoritaria che il malato, ripeto, non l'ha mai visto nemmeno dipinto. Io rivendico di avere la possibilità di curare il malato secondo scienza, coscienza, buon senso, esperienza, evidenza, metodo, risorse alla vecchia maniera ippocratica, come mi è stato insegnato dai miei maestri. Professor Martinelli, tra un medico lineaguidato e un medico amministrato io scelgo il medico, mi permetta professor Cavicchi, neo-ippocratico pro-eretico. Io sono il nuovo Savonarola, il nuovo Giordano Bruno, come lo definisce lei professor Cavicchi, neo-ippocratico nel senso di colui che sceglie, colui che sceglie ciò che è il meglio per il malato, ciò che è giusto nell'esclusivo interesse del malato.

Punto 2 Seconda criticità. Sono decenni che parliamo di aumento spropositato - permettetemi che noi ortopedici siamo sotto la ghigliottina dei contenziosi giudiziari - aumento esponenziale ovviamente dei premi assicurativi della medicina difensiva, che ha ottenuto una carenza di specialisti nelle branche chirurgiche. La cultura della perenne ricerca del colpevole non porterà da nessuna parte, anzi a una parte l'ha portata. Le scuole di specialità in ortopedia e chirurgia generale stanno andando vuote. Condizioni lavorative usuranti per quei pochi che sono rimasti, che ti conducono in errore. Facile, colleghe, a giudicare a mente fredda ex-post l'operato di un collega senza peraltro aver preso mai in mano un bisturi. È altrettanto facile prendere delle decisioni al caldo di uno studio con tutto il tempo, tutta la bibliografia a disposizione senza l'assillo di far presto, perché decidere in urgenza in pronto soccorso, a noi ortopedici, è stato insegnato fin dai tempi delle specialità, e ci viene richiesto quotidianamente e spesso lo scopri solo dopo, se hai agito per il meglio. Io, purtroppo, nel 2017 le spese legali da contenzioso ammontavano a 175 milioni di euro, 480.000 euro al giorno. Certo, voi mi eccepite, ma se il chirurgo è innocente qual è il problema? Lo proverai in sede di giudizio. Sì, colleghe, ma niente sarà più come prima. Ci sarà un modus operandi assolutamente diverso. E chi paga il prezium doloris del chirurgo ingiustamente accusato? Certo i chirurghi sono terrorizzati da cause legali, non lo dico io, lo dice Pierluigi Marini, presidente della COI il quale afferma, testuali parole: «quest'anno al concorso per la specializzazione a fronte di 16.000 medici laureati in medicina, meno di 90 hanno indicato chirurgia generale come prima scelta». Il mio presidente Michele Saccomanno, presidente della Nuova ASCOTI, sindacato degli ortopedici e traumatologi italiani, ha dichiarato: «gli ortopedici saranno una razza in via

d'estinzione. L'ortopedia sparirà per denunce». L'ortopedia fa paura. Fa paura per colpa dello stress da denunce facili e su 7.000 professionisti in azione su tutto il paese, prendono 2.000 denunce. Allora, o ci siamo tutti, scusatemi il termine volgarissimo, ci siamo rincoglioniti? Siamo tutti imperiti, imprudenti, negligenti? O c'è una patologia. Negli ultimi 15 anni i contenziosi medico-legali sono cresciuti del 255%, e ogni anno vengono depositati in tutto il paese 18.000 cause di responsabilità professionale. Non è una questione medica. Non vedo quale possa essere nonostante l'80% delle accuse finisca per decadere. La professione del chirurgo è diventata una professione pericolosa e in vent'anni di carriera 4 medici su 5 devono fronteggiare una denuncia e finiscono per trascorrere un quinto del loro tempo a barcamenarsi fra carte bollate e processi, e non nella cura del paziente. Le Unità Operative con più richieste di risarcimento danni sono: Ortopedia Traumatologia in primis, Ostetricia Ginecologia, Chirurgia Generale e Pronto Soccorso. Guarda caso, tutte le branche chirurgiche. Non sono dati che ho preso di mia iniziativa, ma sono tutti testati fonte ANSA. Quindi la tendenza alle denunce facili è il segno anche di un momento di crisi, di difficile rapporto medico-paziente perché abbiamo fatto credere, questo è anche colpa nostra, una medicina miracolistica onnipotente che non esiste. E a questa problematica deve dar conto anche la Federazione, perché il diritto sacrosanto alla salute non rientra nel diritto all'immortalità. Mi permetta, per i pazienti l'opinione pubblica non può ritenere che alla base di qualsiasi imprevisto ci sia sempre e comunque una colpa sanitaria. E deve passare il concetto che nel 2019 si nasce, ci si ammala e si muore. Fanno parte integrante del percorso di vita. Un dato eclatante riguarda il Register Implantology Report, il registro implantologico protesico dell'Emilia Romagna che analizza le protesi d'anca dal 2000 al 2012. Su 74.161 protesi, parliamo di dati pragmatici, evidenti, si sono verificate 154 paralisi di sciatico, 843 ematomi, pari allo 0,2% e all'1,2% di complicanze locali. Non necessariamente vi sono stati 154 ortopedici, imperiti, negligenti, imprudenti che hanno lesionato il nervo sciatico. La complicanza è prevedibile ma imprevedibile. Non vogliamo complicanze? Bene, chiudiamo le sale operatorie, azzeriamo gli interventi chirurgici. Non conosco interventi chirurgici che non abbiano complicanze. Il mio maestro professor Boccanera mi diceva: «Il chirurgo migliore è quello che sbaglia meno». Su un totale di tre milioni di prestazioni ortopediche a Roma, dal 2008 al 2011, sono stati riconosciuti colpevoli di errore 69 ortopedici. Tiziana Siciliano, che è il procuratore aggiunto del Tribunale di Milano ha affermato, testuali parole sue: «Negli uffici dei PM milanesi arrivano troppe denunce nei confronti dei medici. In pratica 300 fascicoli nel 2017. Ogni giorno c'è, praticamente, una causa penale a carico di un medico», lei dice: «è un segnale di una patologia». Bene, io dico. Vi siete svegliati finalmente. È la sindrome, che chiamo io, d'indennizzo. Mi chiedo e vi chiedo, se questa non è una questione medica, quale altra sia.

Punto 3. Sono anni che affermiamo che gli specialisti sono la razza in via di estinzione. Nulla abbiamo fatto per contrastare la fuga di 45.000 medici 14 milioni di cittadini rimarranno nei prossimi 8 anni privati del medico di medicina generale. L'ANAO ha lanciato l'allarme. Tra le regioni più colpite ci sono le regioni del nord. Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Veneto, e il fenomeno sta assumendo dimensioni preoccupanti. Le unità operative di emergenza-urgenza meno 4.180 persone. Pediatria meno 3.323 persone. Anestesia e Rianimazione meno 1.395. Ortopedia 400 persone in meno dal 2018 al 2025. In Emilia Romagna mancheranno 700 medici, 145 cardiologi, 238 internisti, e poi non vi tedio con tutti gli altri. Nicolini, il direttore generale dell'Asl di Reggio Emilia, vice presidente della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie, ha denunciato l'assenza di 10 ortopedici presso l'ospedale Santa Maria Nuova e al Maggiore di Bologna abbiamo richiamato un primario in pensione di ortopedia. Adesso mi vengono a dire che anche a voler assumere gli specialisti, non ci sono, per una programmazione sbagliata. 16 marzo 2018 Paolo Scollo, direttore della ginecologia dell'ospedale Cannizzaro di Catania, past-president della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, ha dichiarato che la Sicco è stata contattata dalla regione Emilia Romagna per sapere se c'erano specialisti disposti ad andare al nord, perché c'era una carenza. A questo ci aggiungo anche la carenza di vocazioni testimoniata dal recente censimento della ALS, Associazione Liberi Specializzandi. È un dato drammatico, da tali dati emerge come alcune specialità chirurgiche siano risultate scarsamente appetibili. Chirurgia generale, Chirurgia

toracica, scusate assegnato il 15,1% di borse. Chirurgia generale, assegnato il 31% di borse. Chirurgia ortopedica, assegnato il 47% delle borse. Vuol dire che non si sono presentati. I nostri ragazzi non vogliono più fare questi mestieri, fuggono all'estero. Ci sarebbe tanto da dire colleghi. L'ULS di Treviso, pensate, tramite la Camera di Commercio ha cercato in Romania, Polonia e Ungheria medici disponibili a lavorare in Veneto. I medici dell'est hanno risposto picche, andiamo piuttosto in Francia dove ci assumono con 5.000 euro più vitto e alloggio pagati. arriviamo anche a questo.

Punto 4. Sono anni che parliamo dei contratti bloccati nella pubblica amministrazione, risultato, la nascita di cooperative che schiavizzano i giovani medici e li precarizzano. Abbiamo un caporalato 4.0. Fuggono giovani specialisti all'estero quando per formare un medico lo Stato spende 200.000 euro, il costo di una Ferrari. Bene se ne stanno andando tante Ferrari. I figli dell'Erasmus scelgono di abbandonare un paese che li sottopaga, li sfrutta, li coinvolge nel quotidiano tritacarne mediatico delle denunce.

Punto 5. Sono anni che parliamo di adeguata formazione, ne hanno parlato anche i colleghi e ne ha parlato il professore. Bene, a mio avviso l'attuale formazione specialistica è inadeguata rispetto ad altri paesi europei, ed è necessario e indispensabile apportare modifiche all'impianto legislativo del decreto legge 368 del '99, in cui risulti evidente un coinvolgimento Eco tra università e ospedali, perché anche gli ospedali devono rientrare nella rete dello specializzando per formarlo. Io ho imparato al CTO Centro Traumatologico Ortopedico che era un ospedale. Io ho operato e imparato al Policlinico Sant'Orsola che era un ospedale. E poi chapeau, per carità, al Rizzoli e i miei maestri: prof. Armando Giunti e prof. Luciano Boccanera.

Punto 6. Sono anni che parliamo di burocratizzazione eccessiva della professione medica che ha ridotto il medico al Monsù Travet. Questo tipo di politica gestionale ha portato a dequalificare il personale dell'equipe sanitaria, altamente specializzato, che deve farsi carico anche di mansioni che non sono delle nostre qualifiche, impoverendo il tempo dedicato alla cura, creando frustrazioni, demotivazioni.

Punto 7. Sono anni che i medici ospedalieri firmano un assegno da 500 milioni di euro che rappresenta il valore, l'avete già specificato bene voi, di 15 milioni di ore di straordinario non pagati. A questo punto io mi dico, è possibile andare avanti così? Sono anni che denunciavamo i turni massacranti dei pochi medici rimasti, costretti a lavorare contravvenendo alle norme di sicurezza sui luoghi di lavoro e sul mancato rispetto del riposo compensativo. Ogni turno di lavoro dovrebbe rispettare il riposo giornaliero, difficilmente viene fatto il riposo settimanale. Cos'è questa chimera mai vista. Mi chiedo quando mai ci si attiene a queste direttive, e in aggiunta, da giugno 2008 per la sola dirigenza sanitaria del sistema sanitario nazionale è possibile, anche per il medico, derogare alla durata massima di 48 ore dell'orario di lavoro settimanale. E queste xxxxx sono state inserite sia dai governi di centro-sinistra Prodi, sia di centro-destra Berlusconi e sono servite ad evitare soluzioni amministrative legate ai sempre più scarni organici delle aziende sanitarie. Ma io mi chiedo perché la mia classe, la classe medica, soprattutto i chirurghi devono massacrarsi oltre le 48 ore settimanali a fronte di sicure denunce e nessuna gratificazione da un punto di vista professionale ed economico.

Punto 10. Ed è l'ultimo. Sono anni che ci chiediamo che venga riconosciuta l'attività usurante al chirurgo, considerato che affrontiamo analoghi rischi e difficoltà delle professioni infermieristiche ed ostetriche che sono già incluse nel decreto ministeriale del 5 febbraio 2018 e che individua 15 categorie di lavoratori che svolgono un'attività gravosa. Guarda caso non è presente il medico, è un'indecenza. Riconoscimento dell'attività usurante, una questione medica gravissima che va risolta. Ci sono innumerevoli studi scientifici che motivano l'ampliamento del riconoscimento del lavoro gravoso anche ai medici turnisti, anche ai medici dell'emergenza d'urgenza. Non è un caso se un medico su due è colpito dalla sindrome di Burnout da stress per stanchezza, da ansia, da depressione. In uno studio della consulta interassociativa della prevenzione, viene precisato che i medici con turni di guardia lunghi, hanno una riduzione della memoria una riduzione della capacità di concentrazione, un incremento all'errore. James Reason, un grande economista, scriveva gli uomini sono fallaci, gli errori si verificano nelle migliori organizzazioni. L'errore non può essere azzerato, non

esiste, ma non potendo cambiare la condizione umana io posso cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano. Non dimentichiamoci poi che tutti i lavoratori della sanità, oltre ai rischi collegati alla sindrome del turnista, sono sottoposti a... e tutti i colleghi lo sanno, umiliazioni, aggressioni fisiche e verbali, omicidi e stupri, perché ci sono stati anche quelli nella nostra professione. Il datore di lavoro però, secondo leggi nazionali, è tenuto a valutare i rischi, a cui è sottoposto il personale sanitario nell'espletamento delle proprie mansioni, e adottare le misure di sicurezza idonee a garantirne una integrità psichica e fisica attraverso una valutazione anche dei carichi di lavoro. Concludo. Con uno studio di due ricercatori americani della Harvard Business University, Bob Caplan e Robert Haas, che hanno stilato un vero e proprio vademecum quattro errori - professor Cavicchi - che vengono commessi da manager e amministratori nel tentativo di contenere la spesa sanitaria. Ascolti presidente Anelli. L'indagine dei due ricercatori di Harvard è stata condotta in collaborazione con 50 strutture ospedaliere, tra le più qualificate negli Stati Uniti, oltre alla collaborazione con professionisti sanitari europei.

Primo errore da non fare. Tagli al personale e blocco degli stipendi. L'abbiamo fatto.

Secondo errore. Disinvestire nello spazio, nelle attrezzature ospedaliere, con chiusura dei reparti, anche di quegli ospedali di periferia che sono un vero e proprio presidio sanitario nei piccoli paesini. E l'abbiamo fatto.

Terzo errore. Stretta sugli appalti e sui prezzi. Prezzo migliore spesso non rappresenta la soluzione migliore in termini di qualità e di soddisfazione del paziente ma soprattutto del medico stesso. È vero che a noi ci hanno comprato i bisturi a costo minore. Sì, ma per arrivare alla fascia, dottor Vincenzo Giannoccaro, quanto ci dobbiamo impiegare per arrivare a una fascia.

Quarto errore. Massimizzare il numero dei pazienti, l'errore più grave. Gli autori affermano che non può essere applicato il target quantitativo della produttività industriale alle prestazioni sanitarie, è tutta un'altra cosa. Ribadiscono che la produttività di un medico non è valutata in base al numero di persone visitate, ma in base alla qualità di cure. In quelle 100 pagine c'è scritto 100 volte questo concetto, ma finché ce lo meniamo e ce lo diciamo fra noi non conta niente. Bisogna andare a sbattere i pugni a livello ministeriale e i nostri politici e i nostri amministratori questi quattro errori li hanno commessi tutti. Quindi, per risolvere il problema della questione medica è indispensabile, a mio avviso continuare a combattere per far valere le nostre idee e i nostri diritti, perché se è vero che quelli che combattono non sempre vincono ma è altrettanto vero che quelli che vincono sono sempre quelli che combattono. Grazie

Dott. Pizza:

E' il momento questo del dell'ingegnere Giorgio De Rita, segretario della fondazione Censis che io ho uncinato spesso per iniziative qui negli ultimi anni. Ha lavorato anche a Bologna, NOMISMA mi pare e quindi conosce bene la nostra realtà. Conosce bene anche l'Ordine perché è venuto più volte a fare le iniziative presso di noi.

Ing. Giorgio De Rita:

Sì grazie. Cercherò di stare nei 10 minuti che mi sono stati assegnati. Grazie all'Ordine dei Medici, grazie al professor Cavicchi per questo ponderoso lavoro di non facile lettura ma sicuramente ricchissimo di spunti. Lui scrive in una delle prime tesi, la sesta o la settima, siamo di fronte a un cambio di paradigma e, in linea generale, il cambio di paradigma è cosa buona e giusta, e ha sostanzialmente basi sociali. Non ha basi tecniche, non ha basi politiche, è il cambiamento della società che impone alla medicina, al medico, in generale alle professioni, questo cambiamento profondo che tutti quanti noi vediamo. Diceva il professor Anelli all'inizio, il Sistema Sanitario Nazionale ha garantito negli ultimi 40 anni un processo di inclusione sociale straordinario. Ha garantito la possibilità di accesso alle cure a tutti, senza distinzione di reddito, di censo, di cittadinanza. Il medico di fronte al paziente non si poneva la domanda se era un clandestino o un ricco imprenditore. Ha garantito anche un processo di avvicinamento territoriale, di adeguamento dei livelli di assistenza e di cura. È stato un motore,

dal punto di vista sociale, straordinario. Oggi però, come anche Cavicchi sottolinea in diversi passaggi, il mondo è cambiato. Pochissimi numeri anche per non tediare. Consideriamo che oggi la popolazione italiana che ha più di 80 anni e circa il 6% della popolazione complessiva, 20 anni fa era poco più del 3,5%, fra 20 anni sarà il 9,5%. La popolazione invecchia. Ringraziamo il cielo, l'età anagrafica cresce perché cresce l'aspettativa di vita. Come sapete l'Italia è il paese insieme al Giappone che a una aspettativa di vita più alta in tutto il mondo. Segno anche, come dire, dei buoni risultati che il Sistema Sanitario Nazionale è riuscito a garantire. Però il numero di persone anziane è inevitabilmente in fortissima crescita. Contemporaneamente diminuisce anche il numero delle persone che hanno un'età compresa tra i 15 e i 50 anni che nei prossimi vent'anni diminuiranno del 15% circa. Questo significa che andiamo verso una società che avrà una domanda di cure di assistenza sanitaria e di assistenza sociale sicuramente crescente. Dall'altro lato, per ragioni che conosco tutti, cresce il numero delle persone definite non autosufficienti. Oggi sono poco meno del 6% della popolazione italiana, tra vent'anni sfioreranno il 10%. Le persone non autosufficienti sono quelle che hanno un'età superiore ai 6 anni, e che non sono in grado di svolgere le normali funzioni quotidiane: vestirsi, mangiare e badare a loro stessi esattamente come è in grado di fare un bambino che ha compiuto i sei anni di vita. A fronte di questa crescente domanda di cura, di salute, di prestazione di attenzione, di uguaglianza sociale, la spesa sanitaria in Italia negli ultimi 5 anni è diminuita, spesa sanitaria pro-capite naturalmente, è diminuita di quasi il 9%, l'8,8%. In Francia è cresciuta del 6%, in Germania è cresciuta dell'11%. Ad eccezione della Grecia l'Italia è il paese che ha visto una crescita sanitaria pro-capite, pubblica e privata, diminuire e continuare a diminuire nel corso degli anni. Oggi, se andiamo a guardare la composizione della spesa i 140 e 150 miliardi di euro, che ricordava il presidente Anelli stamattina, vediamo che il 25% circa è sostenuto direttamente dal privato. Il 90% di questo 25% è sostenuto direttamente dalle famiglie. Quindi abbiamo assistito, e per le ragioni che dicevo prima continueremo ad assistere nei prossimi anni, a una crescita della spesa sanitaria privata. L'aumento della spesa sanitaria degli ultimi cinque anni è stato, in qualche modo, sostenuto al 95% esclusivamente dalle famiglie italiane. Questo significa che di fronte a un aumento della spesa sanitaria sostenuta dal privato, e sostenuta nel 95% dei casi dalle famiglie, in qualche modo quel processo, quel motore di inclusione sociale, di garanzia di uguaglianza, di ricomposizione delle diversità territoriali, ha invertito la direzione di spinta. Oggi l'aumento della spesa privata determina un aumento delle disuguaglianze e, dentro l'aumento delle disuguaglianze, aumenta anche, quello che il CENSIS ha chiamato il rancore sociale nei confronti non soltanto del sistema sanitario ma dello Stato, delle amministrazioni, delle istituzioni, di tutti i servizi fondamentali che vengono erogati in favore dei cittadini italiani e non italiani. Questo rancore sociale, naturalmente, diventa poi la base per alimentare ulteriore disuguaglianza, alimentare ulteriori difficoltà. Perché? ma per ragioni credo che siano ovvie. E' chiaro che di fronte a una società che ha redditi sostanzialmente congelati, che ha una crescita economica che vale qualche zero virgola del PIL che, come dice qualcuno, ha perduto un decennio di economia, perché siamo oggi nelle situazioni in cui eravamo 10 11 12 anni fa. Questa crescita della spesa privata si scarica sostanzialmente sui più deboli. Si scarica sui più deboli perché l'incidenza della spesa, laddove i redditi sono bassi è ovviamente pesante, ma si scarica sui più deboli perché le famiglie che hanno minori capacità di reddito non riescono a trovare delle formule di copertura assicurativa o di copertura, diciamo extra Sistema Sanitario Nazionale che in qualche modo le possano garantire. Se guardiamo alla media delle famiglie, il cui capofamiglia è un operaio, la crescita media della spesa privata per sanità è stata, negli ultimi quattro anni di 86 euro, per una famiglia con un capofamiglia imprenditore o libero professionista è stata di 80 euro. Quindi ci sono due elementi, da un lato incide su redditi più bassi, dall'altro ha un volume complessivo più alto. Quindi, ricapitolando, vediamo una base sociale che sta vedendo crescere la propria domanda di cura e di prestazioni, che sta vedendo aumentare la disuguaglianza a sfavore naturalmente delle famiglie più deboli, delle famiglie più fragili, dei soggetti più deboli i quali cominciano a far crescere un rancore, una insoddisfazione, un risentimento profondo nei confronti del Sistema Sanitario e quindi anche nei confronti dei medici. Come si affronta tutto questo. Naturalmente quello che diceva prima

il presidente De Rita, e quello che il CENSIS chiama il passaggio da un sistema a un ecosistema, da una struttura ordinata a una struttura, invece, che cresce in maniera disordinata. Un ambiente, qualcuno dice una giungla, in cui ciascuno cerca il tuo spazio, in cui le assicurazioni private, le famiglie, lo Stato cercano di trovare un modo per sopravvivere o per trovare degli spazi di mercato in cui cambia il paradigma anche delle regole che governano il Sistema Sanitario, che governano il Servizio Sanitario. Allora la soluzione, la via che in qualche modo i medici, ma anche tutti i professionisti sanitari, devono intraprendere è quello di ripensare al profondo il modo della rappresentanza, il modo di gestire le regole, il modo di far crescere in misura meno disordinata, meno caotica, meno confusa, i rapporti fra tanti soggetti che popolano questo ecosistema, che popolano questo ambiente. Questa rottura di paradigma, che Cavicchi giustamente ripercorre e sottolinea, oggi è un po' alla base anche delle opportunità di ripensamento della professione medica ma, soprattutto, di ripensamento della dimensione organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale e dell'esercizio della professione medica all'interno del nostro sistema. Tenete conto che aumenta il numero di persone che rinunciano alle prestazioni sanitarie o che rinunciano alle cure, credo che sia esperienza di tutti andare in un centro di prenotazione assistere alla persona anziana o la persona più fragile che dice, questo quanto costa, questo quanto costa, no questo lo faccio la prossima volta, con una lista che il medico gli ha preparato e che quindi gli ha, come dire, prescritto delle analisi o delle prestazioni e lui va a scegliere sulla base del costo. Il CENSIS ha fatto uno studio e ha detto che in Italia nello scorso anno hanno rinunciato a prestazioni sanitarie, nella loro accezione più larga, circa 12 milioni di persone. L'ISTAT con un altro studio, lo scorso anno, ha detto che sono circa 6 milioni coloro i quali hanno rinunciato a cure mediche in senso stretto. La differenza Naturalmente sta nell'oggetto della domanda. Il Censis ha chiesto prestazioni sanitarie, quindi esami specialistici, prestazioni odontoiatriche prestazioni fisioterapeutiche, la domanda invece dell'ISTAT è cure mediche in senso stretto. Questi numeri però ci dicono che oggi ci troviamo di fronte a una platea numerosa e crescente di persone che si stanno allontanando dalla prestazione sanitaria e che si stanno allontanando dalla cura medica, per ragioni prevalentemente di natura economica, ma non solo di natura economica, perché convivono anche la sfiducia nei confronti del Sistema Sanitario convive anche l'allungamento delle liste d'attesa in un circuito che però diventa a questo punto pericoloso. Tanto più o sfiducia tanto più cresce il rancore, tanto più sono riconosciuto come un soggetto che ha diritto a quella formula di uguaglianza, garantita dalla costituzione, ma che oggi vediamo sempre più sfumare, sempre più allontanarsi. Grazie.

Dott. Pizza:

Bravissimo Giorgio. È stato l'unico che ha rispettato il tempo come era previsto. Adesso invito il dottor Giorgio Berchicci a fare la sua presentazione.

Dott. Berchicci:

Buongiorno a tutti. Innanzitutto i ringraziamenti d'obbligo per me al dottor Giancarlo Pizza che ha avuto la bontà d'animo di invitare me è il gruppo di odontoiatri di riferimento sugli Stati Generali costituito dalla dottoressa Teresa Galoppi da Albino Pagnoni, da me e da Corrado Bondi con la supervisione del presidente Iandolo. Grazie al presidente Iandolo per questo invito, grazie a Ivan Cavicchi per l'enorme lavoro che ha fatto è che è uno stimolo culturale e intellettuale per tutti noi. Terminati i ringraziamenti d'obbligo io adesso devo ringraziare personalmente, per il suo intervento, il professor De Rita il quale ha parlato dell'etica della responsabilità. Il sociologo professor De Rita, elettivamente da me scelto come mio interlocutore privilegiato ma, ovviamente, il mio povero parlare è rivolto a tutti. Io vorrei dire che noi siamo i primi abitanti della terra a saper leggere il proprio libretto di istruzioni. In pratica questo lo dobbiamo, se vogliamo andare col tempo, alla cultura della tecnica e della tecnologia. Lo dobbiamo appunto alla tecnologia che ha invaso tutto il nostro sapere, tutta la nostra civiltà. Noi non siamo più una civiltà ideologizzata, non siamo più una civiltà di riferimento culturale

come quella di cui ha parlato il professor De Rita, e questo per fortuna. Ma non siamo più neanche una società liberale. Oggi noi siamo una società in continua evoluzione, tecnologizzata. Ognuno di noi è un dipendente dalla tecnologia che, come giustamente aveva sottolineato Emanuele Severino, ormai da 40 anni, ha pervaso completamente la nostra vita. Dice con una frase molto simpatica Emanuele Severino che la tecnica da serva diventa padrona. Ma questo lo avevano già intuito Karl Jaspers, Martin Heidegger e Hans Jonas che di Heidegger è stato allievo e che è stato, insieme con Max Weber, uno di quelli che ci ha parlato più di tutti dell'etica della responsabilità e del suo rapporto con la tecnica. Questo, quindi, condiziona notevolmente il nostro essere, la nostra vita. Quindi è la tecnica ad essere oggetto di un'indagine etica. Noi invece abbiamo l'obbligo, soprattutto noi odontoiatri, di guardare al futuro e se cerchiamo presuntuosamente di interpretare questo ruolo che è assolutamente ingrato, perché guardare al futuro significa fare solo brutte figure, le previsioni sono sempre destinate a fallire come tutti fanno. Io qui a Bologna in questo momento, perdonatemi la boutade, ma mi sento un po' in obbligo nei confronti di Mago Zurli, il quale doveva anche interpretare le voglie e i desideri dei bambini dell'Antoniano. Io non posso fare altro che pensare al futuro dell'odontoiatria come ad un futuro estremamente tecnologizzato. Proprio oggi guardando su uno strumento che tutti possediamo, e che vi invito a controllare, e cioè, c'è una "Odontoiatria33", c'è un post nel quale si dice che al Midwest meeting di Chicago è stata presentata per la prima volta una macchina robotica per l'odontoiatria. Neanche a farlo apposta, molto presuntuosamente, circa sei mesi fa, e di questo me ne sono testimoni alcuni amici, io avevo cominciato a scrivere il testo, così per un uso personale pubblico dicendo, e se fosse un robot a curare i nostri denti? Questo dobbiamo pensarlo, cioè dobbiamo pensare che la medicina diventa sempre più tecnologia, e quindi nel momento in cui diventa sempre più tecnologia, la figura del medico al quale noi tutti siamo abituati, sarà destinata a fallire, sarà destinata a scomparire. Cambieremo completamente, come pure cambieranno le figure professionali che attualmente rappresentano e aiutano l'universo della sanità mondiale, e che però non hanno più un senso, perché la tecnologia invaderà ogni cosa e cambierà ogni cosa. Quindi, presuntuosamente, ho pensato di dare una definizione di una cosa che non c'è, attualmente, nella nostra capacità, come dire, di vita sociale. E cioè una definizione di atto odontoiatrico. Perché l'atto odontoiatrico, perché come voi tutti sapete, noi odontoiatri non sappiamo più che cosa fare, nel senso che, sostanzialmente, siamo invasi dai centri low-cost, da igienisti, dagli odontoiatri, dalle assistenti di studio. Cioè nella bocca del paziente circolano una marea di figure professionali per cui non si capisce più chi fa cosa. Allora una definizione di atto odontoiatrico sarebbe opportuna perlomeno per capire quali sono le competenze dell'odontoiatra e quali sono le cose che gli altri non devono fare, perché sono di competenza odontoiatrica. Siccome il dottor Pizza mi ha fatto segno che mi manca un minuto, io accenno solo brevemente a quello che volevo ancora dire e cioè che sarebbe opportuno, per il prossimo futuro, cambiare anche l'ordinamento degli studi per l'odontoiatria ed allargarlo, perché ci sono delle materie come la genetica, l'immunologia, l'oncologia medica, e chirurgica che interessano sicuramente anche l'odontoiatra, e che stanno muovendo e vedendo degli sviluppi inaspettati e inconsueti.

«L'atto medico odontoiatrico è quell'insieme di passaggi conseguenti che caratterizzano la professione odontoiatrica. La visita del cavo orale, dei tessuti periorali, dei denti, eseguita al fine di giungere ad una diagnosi che è il vero elemento di qualificazione non delegabile agli altri, e poi ad una terapia, solo se necessaria, e deve essere condotto esclusivamente dall'odontoiatra. Sarà egli a prescrivere farmaci, consigli e terapie svolte anche da ausiliari che abbiano conseguito il titolo specifico, e che opereranno solo sotto la diretta responsabilità dell'odontoiatra che li ha incaricati. Anche l'illustrazione del percorso di cure e la relazione del rapporto fiduciario rientrano nell'atto odontoiatrico».

Questa è una definizione che io ho scritto ma che non significa che non debba essere modificata e siccome sono venuto qui, io questa definizione la lascio a voi, in modo tale che voi possiate collaborare, se lo desiderate, a cambiare, a migliorare ad emendare, come si dice oggi, in modo tale da giungere ad una definizione, soprattutto condivisa. Grazie.

Dott. Pizza:

Il professor Brillanti, per piacere, si porti al podio.

Prof. Brillanti:

Ringrazio innanzitutto l'amico Giancarlo Pizza per l'invito e devo dire che io le ho lette, anche perché se siamo chiamati a discutere..... però, ovviamente, l'argomento è un argomento affrontato dal professor Cavicchi a 360° e io mi sono focalizzato soprattutto a cercare di capire, di sottolineare alcuni punti evidenziati dal professor Cavicchi che, secondo me, sono la risposta ideale alla passionaria Cocconcelli che prima ci ha presentato delle istanze, credo ineludibili, e quindi vediamo cosa insieme al professor Cavicchi possiamo guardare. Allora, il medico del futuro - *mettiamo in estesa che non lo è* - allora giustamente dice no...credo che, proviamo a seguire i punti che sono molto logici è molto importanti, per cui anche per chi li ha letti, forse, vanno ripensati un secondo. Ovverossia che se non vogliamo ridefinire il medico non possiamo definire uno che fa un qualcosa se non abbiamo prima definito il qualcosa che lui fa o deve fare. Quindi la ridefinizione del medico passa necessariamente attraverso la ridefinizione della medicina. Ma la medicina non è un qualcosa di etereo, staccato dal reale, è in funzione del malato. E quindi non si può ridefinire la medicina se non ridefiniamo il malato. E vedremo insieme a Cavicchi che la ridefinizione del malato porta ad una medicina che non è più una medicina del *cookbook*, come dicono gli americani, cioè io prendo le ricette e le applico. Ma è una medicina della scelta, e qui già stamattina si è parlato di scelte di responsabilità, e forse tutta questa cascata ci può portare a ridefinire il medico e a ridefinire gli sforzi che dobbiamo fare per rifare questo medico, che non è rifare solo il medico nuovo, ma è come possiamo rifarci noi, perché io non ho voglia di essere rottamato, ancora. Quindi vorrei essere ancora utile per i prossimi anni nella società medica. Quindi bisognerà che mi svegli anch'io, perché ci svegliamo tutti se non vogliamo la rottamazione. Quindi ridefinizione della medicina, punto 2, ridefinizione del malato, medicina della scelta, ridefinizione del medico. Allora, sicuramente non tutti siamo figli di una medicina che è positivista e scienziata. Lo abbiamo studiato, sappiamo il positivismo ci ha creato per secoli, almeno dall'illuminismo in avanti, e quello che dice Cavicchi su cui vorrei che chiamarvi a riflettere dice, passare da una medicina positivista scienziata ad una medicina "*scienza dei fatti e degli eventi dell'uomo malato*". È un salto da poco, eh. E poi ci aggiunge un'altra parola, che spesso per noi ha un valore negativo, "*conveniente*". Ciò che è conveniente se non lo associamo spesso alla razionalizzazione, e ciò che è conveniente, sempre visto in maniera negativa. Non puoi, non deve essere così. Cioè conveniente qualunque mio atto, qualunque mio gesto deve essere comunque, deve avere comunque una dimensione di convenienza. Ovviamente deve essere conveniente rispetto a un insieme di presupposizioni e di postulati. Quindi una medicina che è più difficile di quella che abbiamo studiato a scuola in patologia medica, perché è una medicina che dovrebbe riuscire a fare una sintesi tra le verità scientifiche, i modi di usarle e interpretarle, ma non in maniera astratta, ma nei confronti di un malato individuale che però non è il solo, quello che è seduto lì nel tuo ambulatorio, ma è quello che è seduto lì, nel tuo nel tuo ambulatorio, e porta con sé il ruolo di persona e di cittadino. Oh! c'è da prendersi paura eh. Vedremo come la responsabilità diventa una responsabilità.... non è solo il dargli l'invitare della pompa protonica perché ha un po' di dispepsia, è forse qualcosa di più complesso. Quindi, ma non può essere segmentata la medicina. Il sapere medico deve essere un sapere unico, che però riconosce la complessità intrinseca del suo essere, della sua interfaccia. Che non è più interfaccia amorfa o che subisce, ma un'interfaccia che condiziona convenientemente il tuo operato. Poi ci potremmo anche mettere a ridiscutere il carattere metafisico delle conoscenze della medicina, ma questo ci porterebbe forse un po' più lontano. Ma l'altra cosa è che l'atto medico non è un atto istintivo, spontaneo, che viene di getto. A volte nell'urgenza dovrà venire anche di getto, ma mediamente è un atto che deve essere un atto riflessivo, che deve dare sia una spiegazione scientifica della malattia, sia però una spiegazione sociale al malato. Sono quello che diceva De Rita prima, è inutile. Se noi non diamo una spiegazione sociale al malato, del suo del suo malessere, è inutile che gli diamo una spiegazione scientifica. L'unica

spiegazione scientifica, se non la traduciamo in una spiegazione sociale che gli migliori la qualità della vita, è inutile che lui venga da noi. Ed è inutile che noi mettiamo fuori la targhetta di specialisti perché di specialisti così ne trova finché vuole. E non è il medico che lui forse vuole trovare davanti. Anche in passato la figura del medico non è mica sempre stata vista bene. È stato ridicolizzato, è stato oggetto di.....in tutta la storia medica è stato oggetto di tante vignette, perché è vero, perché il medico che arriva sapientone e dice so tutto io. Ma su che base, sulla base delle necessità del malato. Non sulla base delle necessità delle società scientifiche, o delle aziendalizzazione o di tutto quello che abbiamo sentito stamattina. Quindi, la ridefinizione della medicina non può che passare attraverso lo stakeholder [*portatori di interesse*] della medicina principale, che è il malato. Quindi una ridefinizione del malato e delle sue necessità. Quindi ridefinizione del malato. Che cos'è il malato, chi è il malato, che cos'è il malato, innanzitutto un essere. Un essere, nella dizione anche filosofica greca, dell'ente e quindi è una complessità. Chi viene e si porta con sé la complessità di tutta la sua vita. Non è che viene e si presenta con la malattia, lui si presenta come essere con la sua complessità, Siamo noi in grado di affrontare la sua complessità? Non lo so. Questa è la domanda. Noi spesso gli diamo una spiegazione scientifica della malattia. La Balduzzi ci dice che se poi gliela diamo seguendo le linee guida di chi ha il bollino, siamo ancora più bravi. Ma lui può anche non fregarsene un bel niente, della spiegazione della malattia che noi gli diamo. E probabilmente la spiegazione scientifica della malattia non è più sufficiente, non è più in accordo - concetto di accordo di prima - con le necessità che lui ha e che ci esprime. E allora da quel punto di vista lì noi dobbiamo fare un salto avanti, ed è il salto della relazione di cura col malato. Quell'accordo sociale, scientifico, umano che non è il consenso informato. Se c'è una relazione di cura c'è un affidamento e una presa in carico e in cura di quel malato da parte del medico. Sarebbe come dire che il genitore che vuol bene al figlio, deve chiedere al figlio il consenso informato per fargli qualcosa che gli va bene, gli fa del bene. Quindi il consenso informato non è la base della relazione della cura, ci sta dentro, ma la relazione di cura è qualcosa che l'ha ben oltre il consenso informato. E quindi è possibile solo all'interno di una medicina della scelta, che una scelta è reciproca, sia del malato, sia del medico. E che cos'è questa medicina della scelta? Attenzione che scegliere è sempre qualcosa di difficile, perché è vero che non stiamo maledicendo, in tanti contesti, le linee guida, ma molti di noi sono contenti che ci siano le linee guida, perché perlomeno sono una tutela legale del tuo operato. Credo che qui dentro molti non siano d'accordo. Io sono il primo a non essere d'accordo. Però, molti sono contenti che non è quello il problema, perché la medicina della scelta è molto più rischiosa e importante, perché la medicina della scelta è una medicina molto complessa, una medicina scientifica e razionale, ma è anche una medicina ragionevole e relazionale. E certe parole che non si usano più, come il buon senso, il raziocinio, il consenso, vanno recuperate nella relazione di cura. Non tutto ciò che è possibile può essere fatto. Deve essere fatto ciò che è conveniente a tutti gli attori che sono in quel momento sul palco. E' una scelta che va fatta insieme al paziente. E insieme al paziente, spiegando e comprendendo le sue necessità, quindi individuare ciò che sia maggiormente adeguato alla cura sulla base di valori. Però i valori bisogna che li recuperiamo. Non possiamo vivere di linee guida se non abbiamo dei valori di riferimento. I valori di riferimento ci vogliono, e per fortuna che abbiamo anche gli Ordini che ce lo ricordano. Valori che siano condivisibili e condivisi con il paziente e, ovviamente, la scelta riguarda il bene possibile, che è difficile da spiegare, soprattutto ai nuovi medici. Quando ti chiamano alle due di notte che sei di guardia, e ti dicono guarda che quel paziente di 92 anni plurimetastatico non respira, vai giù e trovi uno specializzando che lo rianima, quello non ha capito un tubo. Nel senso che, ciò che scegli deve essere adeguato, deve essere il bene possibile. In quel momento rianimare quel malato non ha nessun senso, per il bene di tutti, del malato compreso. Quindi il bene possibile non necessariamente è il bene fattibile, è bene, possibile ma non è che perché è una cosa si può fare, la si deve fare necessariamente. Deve essere ragionevolmente adeguata alla situazione, ai contesti, e ai suoi limiti. Quindi la medicina della scelta non si basa su ragionamenti pre-pensati e neanche su linee guida preimpostate, ma sulle possibilità offerte al medico dal paziente per effettuare scelte adeguate alle ragionevoli possibilità. Il concetto di ragionevole possibilità va spiegato

anche ai nostri amministratori che da un lato, acquistano la nuova macchina da 3 milioni di euro per far vedere che il Centro ha questa nuova possibilità, ed è chiaro che poi ti arriva la domanda che non sempre ha senso farla con la macchina nuova. Quindi saper anche dire di no. Quindi le ragionevoli possibilità può anche non coincidere con i concetti convenzionali di adeguatezza, tuttavia la scelta deve essere necessariamente ragionevole e conveniente. La medicina della scelta richiede la condivisione, e purtroppo per noi, aumenta la responsabilità e l'autonomia del medico. Ma non si può aumentare la responsabilità e l'autonomia se non si entra nell'ambito decisionale. Non può solo subire decisioni prese da altri, perché se tu hai una responsabilità della scelta e rivendichi un'autonomia devi, in un contesto multiplo, comunque avere una voce in capitolo. E quindi mi auguro che ridefiniamo quindi il medico come un uomo o una donna in grado di decidere e di scegliere secondo la medicina della scelta. Un medico quindi autore, autonomo e responsabile. Ci riteniamo noi autore autonomi responsabile mi ha detto proprio di no. Si sente assolutamente, lei si sente fortemente invece, autore autonomo e responsabile, ma si sente non in grado di esprimere la sua autorità e autorevolezza, la sua autonomia, la sua responsabilità. Però nessuno ti dà l'autonomia e la responsabilità gratis, quindi l'autonomia necessaria per governare la complessità, per la scienza, la coscienza, la convenienza, perché regolare la complessità della scienza è molto più semplice che regolare la complessità della scienza, coscienza e convenienza, da un bel po'. E la scelta del medico si deve basare su quello che lui crede sia giusto fare in quel momento, in quelle condizioni, di fronte a quel malato, per raggiungere lo scopo nell'ambito della relazione di cura. Ma per riacquistare questa autonomia e responsabilità e autorità, che autore e autorità hanno la stessa matrice, deve avere un ruolo nelle scelte. Il medico della medicina della scelta deve necessariamente avere un ruolo nelle scelte decisionali della salute, della sanità e nel governo clinico. Ma allora bisogna che l'Università e l'ECM ripensino la formazione, perché non mi possono venire a dire che io devo scalare l'Himlaya se non mi danno gli strumenti per scalare l'Himalaya. Perché a questo punto non siamo di fronte a dover scalare l'Himalaya o giù di lì. Ed è pericolosissimo scalare l'Himalaya se non hai la strumentazione giusta. Quindi bisognerà anche ripensare, e lo dico da universitario, i curriculum di formazione del medico. Ma anche, e qui il dottor Anelli stamattina parlava di ECM, dio mio, mettiamo lì anche questi argomenti nelle FAD. Cioè, fare sempre FAD sul piede diabetico, per prendere 5 crediti, è bello è utile, ma alla fine non te ne frega niente, se tu fai l'oftalmologo e per avere 5 crediti ti fai la FAD sul piede diabetico, io non so che formazione che cosa centri tutto questo, perché il sistema sta andando avanti così, che uno prende crediti di qualunque tipo, anche se non gli servono un tubo nella pratica clinica. Forse, vedere di preparare delle FAD che rimettono in discussione anche il ruolo del medico, non sarebbe sbagliato. Perché la grande sfida, la formazione di un nuovo medico adeguato. Vorrei solo ricordarvi, comunque, che non è solo il medico che è in crisi, ma anche la medicina scientifica da almeno vent'anni sta cercando un suo un suo paradigma di riferimento. Non dimentichiamo che negli ultimi vent'anni, che sono veramente pochi, noi abbiamo passato quattro ridefinizioni, tentativi di ridefinizione di medicina scientifica. Nel '92 la Evidence Based Medicine sembrava che da quel momento lì, in avanti, esistesse solo la medicina basata sull'evidenza quindi procedure esplicite ed oggettive per valutare l'evidenza, ricavata da trials clinici e metanalisi, in favore o contro i provvedimenti clinici. Qui a Bologna abbiamo fatto anche delle pseudocattedre a contratto sulla Evidence Based Medicine (EBM) [*letteralmente "Medicina fondata sulle prove di efficacia"*] la gente che poteva fare dell'altro che era meglio, ma a parte questo, poi 10 anni dopo nasce la Translation Medicine [*medicina traslazionale che trasforma i risultati di ricerca di base della biologia medica in teoria pratica, tecnologia e metodi*]. Cos'è la Translational Medicine? Attenzione che la MDS Medicine basandosi solo sui mega trials, sulle mediane, e dimenticava il lavoro della ricerca e lo sviluppo. Allora ritorniamo indietro, quindi focus sulla ricerca, scoperta e sviluppo di nuove procedure mediche. Non sono crisi da poco che la medicina ha attraversato negli ultimi vent'anni, tentativi. Quindi linee guida, le mediane, i grandi studi. Sono la fase applicativa ma il malato che io davanti è una cosa diversa. Allora? Qui la convenienza spesso ce l'ha chi propone questi nuovi paradigmi, perché qui c'erano investimenti milionari e miliardari americani, sulle nuove tecniche genetiche, e quindi nasce la Personalized Medicine, utilizzo

le informazioni genetiche e molecolari per predire la risposta clinica nei singoli pazienti, quindi le DN si basava su valori medi e assemblati dei pazienti rispettosi della diversità biologica degli individui. Quindi no alla One size fits all o Cookbook Wake Beautix e andiamo in una personalized Live Medicine. Poi si è visto che la parola personalized veniva mal interpretata perché sembrava che dovesse esserci un rapporto di personale. E allora oggi non si chiama più Personalized Medicine. Offrire specifici trattamenti per singoli sottogruppi di pazienti, guardare la variabilità individuale, disegnare interventi sulla base delle differenze. Però se siamo nell'epoca della Precision Medicine stiamo ripassando dal generale al particolare. Può essere anche un momento importante per inserirsi noi, perché se sono particolari i pazienti, sono particolari anche i medici, e bisogna sostenerli. Chiudo dicendo che già il codice di deontologia medica, è l'ultimo del 2007, all'articolo 6, poi non era così indietro, quando diceva che nella qualità professionale gestionale, il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure, nel rispetto dell'autonomia della persona, tenendo conto dell'uso proprio delle risorse. Non è brutto questo articolo. Io da alcuni mesi non lavoro più a Bologna, lavoro a Siena e se voi andate a Santa Maria della Scala che è il vecchio ospedale di Siena, che attualmente è museale, di fronte proprio alla scalinata del Duomo di Siena, nel pellegrinaio di questa grande sala lunga, c'è questa figura di Domenico Di Bartolo, questo affresco murario del 1440, che guardate, nel 1440 la chiamava "Governo e Cura degli Infermi". Se noi riuscissimo a riappropriarci del governo e della cura degli infermi forse potremmo ritornare al 1440 e a fare qualcosa di utile. Grazie.

Dott.Pizza:

Grazie Stefano sei il collega che ha sfondato meno di tutti, tre minuti soltanto. Adesso chiediamo al dottor Antonio Maestri oncologo a Imola, primario, di raccontarci quello che pensa delle novità, bravissimo, ottimo.

Dott.Maestri:

Buongiorno a tutti. Io vado a braccio e faccio qualche considerazione perché io facendo l'oncologo credo di aver subito in questi vent'anni, tra le prime specialità del tipo internistico, la profonda crisi economica e sociale che si è verificata soprattutto in Italia. Questo perché? Perché l'oncologia a fronte di un progresso della biologia molecolare, quindi della messa nella pratica clinica di farmaci sempre più costosi, con efficacia evidente ma parcellare, è stata una delle prime banche dove il Governo Clinico degli economisti e dei nostri gestori ha posto la mano, e quindi ha utilizzato, in modo secondo me non del tutto corretto, il procedimento scientifico della dimostrazione delle evidenze in medicina per limitare l'uso della pratica oncologica e quindi avere un governo economico, e ci ha trasformati in una classe, non più di scienziati ma, permettetemi il termine, di non direi neanche di gestori economici, ma quasi di talebani di una religione fondamentalista. Era quella l'evidenza scientifica. Concordo col professor Brillanti che l'evidenza scientifica è qualcosa di fallace perché dipende dalla bontà dei lavori su cui noi ci riferiamo. Quindi c'è tutto un discorso, poi di quanto sia forte un'evidenza scientifica. Un'altra, abbiamo dei grossi campi della nostra scienza dove non possiamo dettare forti verità, perché non abbiamo grosse evidenze scientifiche. Questo ci ha portato oltre, che quindi ad una crisi col sistema gestionale delle nostre aziende, anche ad una crisi sociale, perché siamo stati visti come quelli esperti, a volte con interessi anche di tipo economico, nei confronti di chi produce business in medicina, a volte come quelli che non facciamo la parte dell'Azienda dello Stato e quindi facevano finta di non poter somministrare farmaci di dubbio valore. E quindi siamo entrati in crisi con la società, e abbiamo dato spazio alla nascita di una nuova figura sociale che secondo me è il ciarlatano moderno. Chi è il ciarlatano moderno? Vi racconto un episodio, un minuto, che mi è capitato personalmente una settimana fa, mentre ero in vacanza ai Caraibi. Eravamo ormeggiati, si ferma un motoscafo con un rasta sopra, si mette in piedi a prua e inizia a farmi una lezione di nutrizione e dice, io dopo un'esperienza di malattia ho studiato, e ti insegno che per non ammalare devi mangiare una dieta alcalina. Al che io gli dico che sono un medico, lo lascio parlare, lui sciorina e mi fa capire anche il grado

di informazione che può avere, che ogni informazione è dogmatica e doxa, cioè di opinione personale fondata su, come dire, una capacità di raccolta della verità limitata, rispetto a un tecnico. E nel momento in cui gli ho detto, guarda che io sono un medico, quindi, voglio dire, attenzione a fare certe affermazioni, lui assolutamente ha mantenuto la parola dicendo, ma anch'io ho studiato come te. A quel punto lì tu non hai tanto spazio di manovra, e quindi ho capito che i nuovi ciarlatani sono persone che difficilmente convinci, l'abbiamo visto anche in altri campi oltre quello del oncologia, che, vuol dire, ci fanno parlare molto anche sulla stampa. E noi quindi dobbiamo recuperare questo. Dobbiamo recuperare questo diventando sinceri fautori dell'epistemologia scientifica, cioè di portare i dati evidenti e di avere la capacità, facendo una cosa che abbiamo sempre fatto poco, diciamo, che è l'educazione sanitaria. Siamo stati forse troppo impegnati e troppo chiusi nelle nostre roccaforti ospedaliere, a parlare solo con i malati, ma bisogna parlare anche con i sani, e spiegare che cosa può succedere nella vita e quali sono le possibilità reali che la scienza ci mette a disposizione. Quindi educare le persone. Come vedi il nostro ruolo nel futuro? Un ruolo difficile, perché la tecnologia sta forse sorpassando l'uomo. Oramai, tra pochi anni, Immagino chirurghi che opereranno senza più sporcarsi le mani. Lo stanno già facendo, non stanno neanche più accanto al malato. Ma vedo anche nell'ambito internistico robot, educati dalla realtà virtuale, a fare diagnosi sbagliando molto meno di noi. E quindi che ruolo potremmo avere noi, ancora medici uomini. Quello di prendere, l come dire, un ruolo di essere chi accompagna la società, quindi sia sani che malati, ad avere una chiara presa di coscienza di quello che è la salute di quello che è la malattia, e di spiegare anche quali siano i reali limiti della scienza in quel momento. E quindi i possibili risultati che si possono ottenere. E questo è quello che potrebbe essere anche la maniera più corretta per risparmiare le risorse, che sicuramente non sono infinite, che possiamo utilizzare in sanità perché ridurremmo le richieste. Oggi ci troviamo di fronte a persone che ti chiedono di fare la PET se hanno starnutito. Perché l'informazione ciarlatana e che quella è colpa di tutto. Vagli tu a spiegare che non è così, perché come dicevano stamattina, dobbiamo anche difenderci oggi, perché rischi poi, che se quello che ha starnutito dopo due anni muore di un tumore, e non c'era nessuna correlazione tra queste due cose, qualcuno ti porti in un'aula di tribunale, e ci sia qualcuno che dica no in effetti tu potevi sapere che lui già il tumore ce l'aveva e quindi, non sarà facile difendersi. Comunque ripeto, il ruolo futuro del medico in un ambiente molto tecnologizzato e dove la società vorrà autonomia decisionale perché sarà molto più informata rispetto prima di quello che è la scienza medica, penso che sia quello di essere una guida sulle necessità di salute di tutti, e di davvero di prendersi cura delle persone, sane e malate. Grazie.

Dott. Pizza:

Grazie Antonio. E adesso seguirà un altro oncologo, il dottor Giovanni Brandi.

Dott. Brandi:

Allora mi presento semplicemente, ho un ruolo nella formazione avanzata, essendo direttore di scuola di specializzazione di oncologia, direttore del master e l'altra cosa che mi interessa è dire che sono membro, da un paio d'anni, del Comitato Etico, perché essere in un comitato etico vuol dire avere la conoscenza di molti aspetti della medicina. Infatti quando entro nel comitato etico dico, tolgo il camice, mi metto il saio, perché lì si fa veramente, se lo vuoi fare, solo ed esclusivamente nell'interesse del paziente, in quel momento lì, se fai il tuo lavoro. Prima di iniziare a dire di cosa penso dell'oncologia, quella che è, quella che potrebbe essere nel futuro, volevo fare una piccola digressione che riguarda il ruolo di direttore della scuola di oncologia che riguarda appunto alla grave carenza di medici e specialisti. Sappiamo la carenza di medici per errata stima del numero degli accessi a medicina e, come dice qualcuno, io lo penso da tempo. Non è possibile che una classe dirigente abbia sbagliato così grossolanamente dei calcoli. Uno studente di ragioneria il primo anno poteva farlo tranquillamente. Allora se si è sbagliato questo calcolo in maniera così grossolana, il numero di medici e di specialisti, forse si voleva sbagliare, da anni si voleva sbagliare. Perché questa è una propensione, è una necessità per svuotare il sistema pubblico. Io la vedo così

perlomeno. Ma c'è una piccola cosa che non solo perché riguarda gli specialisti, non solo l'insufficiente numero di borse ma, ancora più grave, questa è veramente una cosa che si potrebbe sanare in una in una giornata, che è questa, è l'abbandono delle scuole di specializzazione. Io ho avuto tre specializzandi quest'anno, tre specializzandi che hanno abbandonato la scuola di specialità, semplicemente perché la normativa che si è messa in cantiere due anni fa è demenziale - già i francesi l'hanno sperimentata come fallimentare - perché già dei posti riservati agli specializzandi vanno deserti all'inizio e poi, siccome uno non ha possibilità di scegliere la scuola che vuol fare il luogo che vuol fare, ma è costretto a fare un'altra scuola, perché in quella graduatoria nazionale, fatta così demenzialmente, deve fare invece che l'oncologo, deve fare il chirurgo a Messina, alla prima curva accetta il primo anno, cambia e rifà e quindi salta un anno. Questo è veramente una perdita che oscilla dal 10 al 12%. Io ho scritto al Ministro, l'altro giorno, per questa cosa che si può sanare veramente con un mini decreto legge, semplicemente dicendo che mettendo un anno di washout se ti iscrivi ad una scuola, per un anno non puoi fare il concorso per la scuola successiva. Credo che questo sarebbe un sacco di problematiche. Le ipotesi minacciose di pseudo soluzione a questa grave difficoltà, soprattutto queste sulla destra, addirittura c'è una Università qui dell'Emilia-Romagna che vorrebbe forzare il numero chiuso, l'Università di Ferrara, in qualche modo voi l'avete già sentito. Oppure semplicemente questo, il tentativo di creare scuole di specialità autonoma e su base regionale, riconosciute dall'Unione Europea, è quello che sta tentando di fare il Friuli avendo un riconoscimento, in quanto tale, dalla Slovenia. Se questo avvenisse una Regione Autonoma sarebbe in grado di fondare una scuola di specialità su base regionale. Voi capite che quando si parla di autonomie regionali, piacerebbe avere mano libera in questi settori, sostanzialmente. E queste due vecchie immagini, che ogni tanto presento, mi fanno vedere come ci siamo trasformati negli anni. Com'era la medicina. un medico maschio di una certa età, di fronte alla pletora dei suoi malati chiedendosi com'era la nostra medicina, quale trattamento può dare maggior beneficio al mio paziente. E vedete come ci siamo trasformati sulla destra, con un medico che è una donna, proprio il cambio di paradigma, medico donna attorniato da una medicina amministrativa. Quale trattamento ottimizza l'uso delle nostre risorse e produce l'utente, non è più neanche la persona, l'utente. È proprio come uno che va a comprare la macchina, soddisfatto. Proprio questi due quadri, adesso non ricordo chi era il pittore, ci dicono molto. E com'è, che cos'è l'oncologia secondo me, adesso io non voglio fare una lezione frontale però, disciplina del cancro e disciplina del malato di cancro sono due cose apparentemente molto diverse. Allora molto si spinge se noi guardassimo da molte parti a riconoscere la disciplina del cancro, invece che disciplina del malato di cancro. Ma il cancro è, nel contempo come disse quel bellissimo libro, l'imperatore di tutte le malattie, l'immortale che porta la morte. È una malattia d'organo di cellula del genoma, manca una malattia dell'organismo e una malattia della società. Si è passati dal paradigma che noi tutti abbiamo studiato 30-40 anni fa, quello che era, da malattia di organo da Morgagni Wirkoff, tumore del polmone diverso dal tumore del colon, diverso dal melanoma trattato con chemioterapia, più o meno relativamente inefficace, alle conoscenze attuali in cui c'è il tumore visto indipendentemente cioè come un cambiamento del genoma, un assetto mutazionale indipendentemente dall'organo cellula di provenienza. Con il corollario necessario, come diceva prima Stefano, lo sviluppo della precision medici che però vedrete nel corso della mia reazione, che non è così precision medici, tutt'altro, è actionable medici, che è una cosa diversa. La precision medicines è qualche cosa che si pretende di adattare al paziente per ottenere il 100% della risposta, questo è impossibile. È impossibile, un conto è l'actionable medici, quello che economicamente tu puoi usare come strumento, è anche positivo non necessariamente, la precision medici, le norme di interessi economici. Un paziente può costare anche oltre 200.000 euro all'anno semplicemente di trattamento. Qual è il vero rischio? il vero rischio è che considerare i pazienti come una mutazione con, ancillarmente, un corpo attorno. Questo è il vero problema che in molti settori della medicina industriale, e l'oncologia è il settore di punta della medicina, perché affronta quotidianamente diuturnamente la problematica di un di una malattia mortale. Quindi questo è il vero rischio, e dall'altro abbiamo l'eterogeneità tumorale che causa, tempo, correlata, che si oppone che dà anche un vantaggio

ma il tumore siccome è essere estremamente intelligente, è l'unico che ha raggiunto immortalità, si oppone costantemente a questi cambiamenti. Malattia dell'organismo le comorbilità, paziente tutt'uno all'esordio, indotte in corso di malattia. Fattori extra tumorali prognostici e predittivi di risposta e vi dico solo questo, le nuove terapie, l'immunoterapia, tutti abbiamo sentito parlare, hanno una risposta legata quasi esclusivamente, gran parte legata a inutili batteri intestinali. Se tu hai un certo pattern di batteri intestinali, quasi - lavori sperimentali pubblicati anche recentemente su Science – hai maggior risposta di altri e addirittura - in lavori sperimentali - avere certi tipi di batteri ti garantisce lo stesso tipo di controllo di malattia della immunoterapia. Non so se mi spiego. E infine questo enorme buco nero. il cancro modifica il resto dell'organismo? È possibile che un immortale che porta la morte non provochi nulla sul resto dell'organismo? È un buco nero della ricerca. Zero, zero, zero ricerche in questo settore. Adesso ho messo su un progetto su questa cosa ma questo è poco interessante. Malattia della società, incidenza nel mondo dal 2000 nel mondo siamo passati da 14 a 24 milioni di cancro. In Italia 1.000 al giorno. 3 milioni di prevalenza cioè tre persone con cancro attivo o pregresso. Con la nostra immortalità che, nell'uomo è esattamente uguale a quello delle malattie cardiovascolari 34% con mortalità in Italia, questo è interessante per quanto riguarda gli esiti, noi diciamo così dell'efficacia del Sanitario Nazionale che è inferiore, in quasi tutte le neoplasie, rispetto a quello che c'è nel resto d'Europa. Cause ambientali. Faccio solo un esempio, guardate se non è una malattia sociale. Parliamo solo delle pm10 ad esempio. Ogni 10 punti in più passare da 25 a 35 il 35 a 45 aumenta il rischio di cancro del polmone del 22% e del 51% dell'adenocarcinoma. Anche quello che noi vediamo, gente che non ha mai fumato, molto molto giovane troviamo dei cancri dei polmoni che prima erano sconosciuti. I costi. Costa in Italia circa 36 38 miliardi all'anno di cui solo 6 - 8 sono di costi attivi dei trattamenti, il resto sono costi sociali, perdita di reddito, assistenza domiciliare, il follow-up. I pazienti che sono usciti dal cancro e fanno i controlli, ogni volta che fanno un controllo perdono 4 giorni di lavoro per tutte queste cose, per intenderci. E la tossicità finanziaria del cancro, questo è fantastico, cioè si vede che la tossicità finanziaria con l'aumento delle difficoltà economiche, aumenta la mortalità. Ma non c'è solo negli USA dove c'è un regime di tipo assicurativo, ma anche in Italia. Molto meno che negli USA dove riguarda l'80% delle persone. In Italia però il 20% e con difficoltà economiche cioè hanno tossicità finanziaria del cancro. Il cancro che è una malattia cronica sui generis con spike di attività di acuzie che richiedono quindi una gestione complessiva ospedalocentrica, ormai centrata da noi, di tutto questo trattamento, attivo, cronico e acuto è chiaro che tutta questa parte, l'esposizione fattori di rischio, completamente sconosciuta, e anche nella formazione oncologiche è completamente dimenticata, invece è straordinariamente importante e quindi riguarda classicamente la malattia della società. Alla fine cosa succede, che un malato di cancro se se la cava ha comunque, come dire, io direi così, fine pena mai. Un paziente di cancro fine pena mai cioè, comincia ad avere problematiche e si apporta tossicità tardive, che possono essere fisiche, comunque psicologico-finanziarie e c'è una insufficiente inadeguata presa in carico dell'oncologia di questo settore. Anche la fase terminale, nonostante la nostra legge fatta ormai nel 2010 ha una accessi è una caratterizzazione veramente a macchie di leopardo, insufficiente molto differenziate in tutta Italia. E l'oncologo come si è strutturato negli anni, come è, questa è la classica tipologia di studi, ne è stato accennato anche prima, in oncologia. Studi di fase, dalla fase zero alla fase 3, in cui si valutano l'efficacia di trattamenti, ma tutti segmentati in qualche modo. E tutto ciò comporta molto tempo e molti soldi perché una completa valutazione di un trattamento di efficacia comporta, attualmente, dal miliardo al miliardo e mezzo di dollari o di euro per un singolo trattamento. Quindi capito il costo che si riflette successivamente sull'evento finale. Ancora più complicata in maniera più complessa è quello che sta succedendo nell'attualità, e noi lo vediamo nel Comitato Etico con proposte di studi con metodologia adattativa o studi di fase continua, di fase 1, 2 e 3 in cui c'è, sono veramente un incubo metodologico, statistico, etico ed organizzativo, perché il cambiamento del protocollo del cambiamento è costante, e il paziente è esposto è veramente esposto, nonostante tutte le caratteristiche che gli si può star dietro, anche dal punto di vista etico del comitato etico, ha dei rischi supplementari e ha dei problemi etici perché le decisioni di snodo finale, di cambiamento di un settore con

acquisizione di tutti i dati precedenti, sono basati su pochissimi o, al meglio, pochi casi. Pochi casi è una delle finalità appunto questa che c'è la tendenza... bisogna ridurre i costi. Se lo sviluppo di un farmaco costa un miliardo e mezzo di euro, un miliardo è una cifra enorme, anche per un per una Company, si cerca di ridurre il campione il più possibile con artifici, diciamo statistici con tryler paradigmatici e tuttavia, a ciò deve essere aggiunto in maniera assoluta quelli che sono gli studi complementari spontanei che l'industria non farebbe mai perché c'è una competitività un conflitto tra le aspettative economiche giuste, di un'industria e di una Company e quelle del guadagno clinico. E quindi solo le strutture pubbliche, alcuni studi possono fare da noi. Io parto adesso uno studio spontaneo nostro, è stato drammatico con l'AIFA. Io se dovessi rifarlo, mai più. cioè perché in Italia uno studio spontaneo è talmente complicato, sottofinanziato, carico di burocrazia che è quasi impossibile portarlo avanti fino in fondo in una maniera normale, non dico particolare. Detto ciò la precisione, la forza dell'evidenza, devo ricordare che solamente, anche quelli dei pazienti che entrano negli studi di fase 1, solamente una piccola percentuale di pazienti avrà un beneficio clinico, e questo gli oncologi, gli sperimentatori, devono saperlo con assoluta precisione, perché c'è tutta la ricerca degli studi di fase 1 dei pazienti più culturalmente avanzati in fase terminale e vedremo. Adesso è tutta la problematica dei Cartier che è l'immunoterapia trattativa. Una volta che abbiamo conseguito tutte queste strutture cosa si fa, facciamo una specie di metabolizzazione di tutti questi dati per arrivare alla pratica clinica e al miglioramento. Però, attenzione, la metabolizzazione non avviene da una macchina esterna, viene da un gruppo comunque, di persone di esperti. Di esperti che rivalutano tutta la l'evidenza, la forza di questi studi clinici e, in maniera soggettiva, sottolineo soggettiva, consigliano in maniera semi-qualitativa che cosa dovresti fare. Forte, evidenza forte, evidenza media, quindi le linee guida sono linee guida, non sono scolpite nella pietra, voglio dire, non è il Vangelo. Manco il Vangelo, che secondo alcuni aveva qualche problema. Guardate come evaporano le evidenze e le conoscenze Evidence Based. L'aspirina. Anch'io prima di leggere questo articolo qua ero completamente sicuro che l'aspirina andava presa. Aveva già comprato una scatola. L'aspirina ha attività evidenti di efficacia per eventi cardiovascolari, aterosclerosi ipertensione, tumore in metastasi, ok. Allora questo articolo prospettico appena pubblicato sul New England Journal Medicine in cui su 20.000 persone negli Stati Uniti e in Australia, hanno dimostrato che se prendi l'Aspirina la tua mortalità aumenta. Cioè dite che se non evapora, una cosa che eravamo sicuri, neanche a livello medico, ormai a livello di conoscenza generale. Ecco, guardate di là invece quello che riguarda più l'oncologia. Vedo Bolondi, lui lo sa di cosa parlo, il benbrolizma una immunoterapia potente nell' epatocarcinoma. Eravamo sicuri di questa cosa qua, ha provato con Fast-track dall'FDI, HCC in seconda linea, approvato, siamo a posto. Studio confermatario dopo due mesi, fallito. Cioè ha fallito questa potentissima nuova terapia nei confronti del placebo. Quindi l'Evidence Based bisogna essere relativi, come in oncologia, cerco sempre di insegnare, bisogna essere la medicina della relatività, mi piace. Guardate questo, ad esempio, *(intervento: è il contrario della verità)* esatto, assolutamente, vedi. Dalla Precision Medicine al Principio di Indeterminazione di Heisenberg. Questo è il cancro del colon. Un cancro del colon quando si ha di fronte un paziente, noi dobbiamo decidere se questo paziente possiamo innanzitutto tentare di guarirlo, oppure di prolungargli la sopravvivenza. Detto ciò abbiamo almeno 15 trattamenti possibili, 4-5-6 linee di terapia possibile, cioè il confronto di strategie, che tutto quello che abbiamo mostrato prima non compendia è impossibile, perché l'impossibilità di confronto fra strategie terapeutiche siamo a 2 alla sedicesima. Cioè capite che noi siamo nella precisione dell'imprecisione. E questo bisogna che noi lo sappiamo bene, ecco di questa cosa qua. Infatti la malattia, il cancro, è un processo caotico di estrema complessità ad esito imprevedibile. Tu lo puoi studiare come vuoi, nel singolo caso, ma io sono d'accordo con te. Infatti quando mi provocano dico tu cosa devi fare, io ne ho parlato anche all'AIAM quando mi hanno chiesto ma lei come sceglierebbe questo, ma io ho detto, quando imparerai a fare il medico e e e, è la roba fondamentale. Non si finisce mai certamente, ma bisogna almeno cominciare, capito. Non è possibile prevedere l'effetto di una terapia su base di considerazioni fisiopatologiche, l'effetto di un intervento può essere descritto solo in termini probabilistici, anche quando c'è il massimo della precisione. È il Principio di Indeterminazione

di Heisenberg, siamo lì. Vediamo, siamo arrivati a questa, noi e il medico. Allora, 20 anni fa c'era questo bellissimo editoriale sul British Journal Council che dice, il rapporto medico-paziente è speso una follia a due, in cui il paziente pensa, io sono incerto ma lui medico è certo. Il medico pensa, io sono incerto ma lui non lo sa. Allora nel mondo dell'oncologo si è passata che ha acquisito la certezza relativa, che però sta di nuovo perdendo, perché dice, qualche tempo fa, nel 2000, dominavo tutto il quadro, oggi troppi dati perché la gestione della fase attiva è alta tecnicità è bassa emozionalità, diciamo così. Con la Mission Impossible della dominazione della Precisione Medicine, nell'anno scorso sono entrati in indicazioni terapeutiche in oncematologia 60 nuove molecole per centinaia di xx. Impossibile. Io ho deciso che ci si affidi alla meta-conoscenza. L'oncologia in senso lato, mandi di qua mandi a destra mandi a sinistra ecc. Il burnout, fare e poi la gestione di fase terminale bassa tecnicità, alta emozionalità. Il burnout qui possiamo fare immediatamente qualcosa. È facilissimo fare qualcosa perché l'alto impatto tecnico emozionale, relazioni con leader del gruppo e carico burocratico. Carico burocratico. L'università del Colorado ha dimostrato incontrovertibilmente, allora se tu devi vedi un paziente e devi perdere l'80% del tuo tempo legato al computer, innanzitutto il paziente è scontento, ovviamente, tu sei scontento, ma questo è risolvibile in maniera semplicissima. Han fatto vedere come si fa, a costo limitato, è il Burnout è sceso dal 50% al 13% semplicemente mettendo assieme al medico che ha parlato con la persona, che quindi ha reinstaurato il suo rapporto e ha fatto il suo lavoro di medico, ma il resto lo fa un infermiere oppure una segretaria, e il paziente che cosa è, dal lato biunivoco, drammatico cambiamento biunivoco del paradigma. Il paziente io so che lui non sa tutto quello che mi serve. A questo siamo arrivati. Perché è ormai in un ambiente, come diceva anche Antonio prima, ricco di dati ec on il peso di conoscenze sociali equiparabili a quelle mediche, con perdita della licenza medica, c'è dubbio. Le aspettative del paziente sono anche in disaccordo con l'esperienza del medico. Ricerca di una seconda opinione. In Italia è frequentissimo in oncologia, e guardate che questo è interessante dal punto di vista sociologico, perché negli altri paesi, io parlavo l'altro giorno a Francoforte, questa ricerca della seconda opinione è molto più rara. Evidentemente c'è il rapporto diverso sociale paziente-medico in Austria, in Francia, rispetto a quello che si ha da noi. La richiesta di terapia alternative, come diceva prima, o di cambiamenti nutrizionali, oltre il 60% dei pazienti oncologici ne fanno uso. E questo, guardate, drammatiche, malattia avanzata, la ricerca di fase sperimentale di fase 1. So se avete sentito in questi giorni quello che diceva, quello che c'è scritto su tutti i giornali e soprattutto riguarda la nostra città, la problematica che si fanno delle questue per mandare questi giovani persone a fare delle terapie con i cartini degli Stati Uniti, si cerca 500.000 euro, no. Guardate, queste è cartini. Questi l'ho riportata apposta, le cartini era un caso di tumore del colon che abbiamo ricoverato nel nostro reparto, tra l'altro, è una casa di una professoressa dell'università di Bologna molto giovane poverina, tumore della mammella. Bene, mentre per l'immunoterapia adattativa c'ha una capacità di efficacia estremamente importante, nei tumori ematologici non c'è alcuna evidenza. Allora c'è un business piratesco accademico internazionale su questo punto, perché altrimenti dice, guardi lei non prende in considerazione questa cosa, capito. Tanto vale allora che, questo è un paziente che io casualmente, lui è guarito per conto suo. Ma con una terapia di 17 euro al mese questo enorme tumore del fegato, enorme, 18 cm, completamente guarito. Anch'io posso vendere queste cose allora, a questo punto. Finirei con quest'ultima diapositiva di un grande oncologo, che è il padre della terapia adiuvante, inventore di tanti protocolli chiave che, a un certo punto dice, no ai Protocol Doctor. Guardate perché. Anzi alle volte il medico, nell'interesse del suo paziente, deve disapplicare i protocolli, non, può, deve disapplicare protocolli nell'interesse del suo paziente. Si può sempre curare anche quando non si riesce a guarire, capito. Non abbiamo bisogno di prestazioni mediche miracolose ma solo un'attenzione ai bisogni di chi soffre. E questo io quando parlo sempre la medicina è, come dire, industriale, catena di montaggio cui molti vogliono portare, soprattutto l'oncologia che è la punta di lancia della medicina per vari aspetti e quello che noi dobbiamo conseguire avendo la conoscenza di tutto quello che vi ho detto, di tutta la relatività che ve l'ho detto, alta artigianalità.

Dott. Pizza:

Allora direi che a questo punto possiamo sentire la dottoressa Arcieri e poi il dott. Zingoni poi ci fermiamo e mangiamo qualcosa. Qui mi scuso con Luciano Magli che parlerà dopo Margherita, presidente donne medico, geriatra andiamo avanti

Dott.ssa Arcieri:

Buongiorno a tutti, ringrazio il dottor Anelli presidente della FNOMCEO per aver proclamato gli Stati Generali della professione medica, che sicuramente porteranno ad un cambiamento della medicina. Un evento storico molto importante e ringrazio il dottor Pizza di avermi invitato. Come presidente dell'Associazione Donne Medico relazionerò su quella che è la condizione della professione medica al femminile. Farò un excursus rapido su quelle che sono le difficoltà che la donna medico incontra nell'ambito del suo percorso lavorativo ma mi soffermerò di più su quelle che sono delle proposte per attuare dei modelli, e per attuare un cambiamento dei modelli organizzativi, di modo che la donna possa incontrare minori ostacoli lungo il suo percorso. È noto a tutti che c'è una percentuale netta in aumento delle donne medico, e secondo i dati statistici, riportati dal quotidiano Sanità, che si riferiscono al 30 agosto del 2018, la percentuale delle donne medico nei paesi OCSE è andata progressivamente aumentando dal 1990 in cui la percentuale era del 29% fino ad arrivare al 2015 la percentuale è salita al 46%, e nel 2016 in Italia vi è una percentuale del 40%. Quindi si sta raggiungendo in pratica una percentuale di parità con l'altro genere. Secondo i dati della FNOMCEO le donne medico che hanno un'età superiore a 55 anni costituiscono il 31% del totale e nelle fasce d'età fra i 50 e 54 anni costituiscono il 50%. Nell'età inferiore a 50 anni sono il 60%, e questo fa capire come c'è un aumento appunto delle giovani donne medico. Perché le donne medico hanno degli ostacoli a raggiungere tanti obiettivi? Il primo obiettivo è quello del mancato raggiungimento di posizione apicale, questo perché si sono creati attorno alla figura della donna medico, vari stereotipi di genere che hanno influito negativamente sul percorso lavorativo. La donna medico viene spesso accusata di maternage nel rapporto medico-paziente e viene spesso considerata come manodopera. Quindi come forza lavoro senza, diciamo, valorizzare quelle che sono le sue capacità, quelli che sono i suoi meriti e il potenziale innovativo che potrebbe portare nell'ambito della medicina. Secondo i dati ANAO ASSOMED-GIOVANI del 2016, in un campione di 1.027 medici di cui il 80,6% erano donne, nella fascia di età compresa tra i 51 e i 60 anni, l'80% delle donne hanno subito discriminazione nell'accesso a ruoli apicali, e questo si è verificato principalmente nell'ambito delle specialità chirurgiche, dove ha raggiunto il 90% contro invece l'80% nelle specialità mediche. E questo è stato detto stamattina anche da altri colleghi che, appunto, le specialità chirurgiche sono di completo appannaggio, quasi completa appannaggio degli uomini. L'89% delle donne, di età inferiore a 31 anni, ha subito delle discriminazioni sul posto di lavoro, quindi non sono solo le donne in quel campione di donne in età compresa tra i 51 e i 61 anni, ma le discriminazioni si sono verificate anche in quelle di età inferiore a 31 anni. Il 43% delle donne, che hanno partecipato a dei concorsi, hanno subito delle discriminazioni di genere pur essendoci una parità di numero di figli, pur essendo provenienti da aree geografiche uguali, e pure avendo uguale specialità. La donna medico è spesso costretta a procrastinare o rinunciare alla maternità, e vedremo poi il perché. Secondo i dati ANAO ASSOMED GIOVANI sempre del 2016, il 55,6% delle donne che ha avuto figli è stata influenzata nel percorso di carriera, il 15,3% delle donne con un figlio non ha ottenuto il rinnovo del contratto, se questo contratto era a tempo determinato o, addirittura, se era un contratto precario, non è stata assolutamente rinnovata a causa della gravidanza. Fare figli accudirli ed educarli non è responsabilità esclusiva del genere femminile ma di tutta la società se vuole crescere e progredire. La gravidanza e la maternità quindi è stata procrastinata oppure si è rinunciato a causa di situazioni di mobbing che si sono create sia prima che dopo la maternità. Il 60% delle donne ha subito mobbing e sempre qui, in ambito chirurgico, la prevalenza è maggiore rispetto a quella in ambito medico costituendo il 74% rispetto al 66% in ambito medico. Spesso alle donne medico sono stati assegnati, e hanno svolto, dei compiti e delle mansioni che non erano confacenti e idonee con la gravidanza. C'è stato un

congelamento dei contratti di assunzione e c'è stata una interruzione dei contratti, soprattutto se si trattava di libere professioniste. Inoltre si è verificata anche una mancata concessione di congedi parentali che, in qualche modo, avrebbero potuto aiutare la donna ad affrontare queste problematiche. Questa percentuale del 60% è sicuramente molto più elevata, e quindi non è una percentuale realistica, perché la paura di perdere il posto di lavoro evita le denunce quindi, di conseguenza, il fenomeno non emerge per quello che è in realtà. Le donne medico subiscono, purtroppo, anche una retribuzione inferiore, rispetto al genere maschile. Porto qui i dati della dottoressa Annamaria Calcagno, del consiglio di amministrazione dell'ente, che l'anno scorso abbiamo avuto qui il 19 maggio quando c'è stata, appunto, la giornata sulla questione medica al femminile, da cui si evince che il reddito medio femminile è più basso del 27% rispetto ai colleghi maschi, che non dipende soltanto dalla possibilità di fare carriera, dipende anche dalla provenienza dell'area geografica, perché al sud ci sono degli stipendi che sono nettamente inferiori rispetto al Nord. Gli specialisti ambulatoriali, invece, hanno un guadagno uguale nei due generi, quindi non vi è differenza di retribuzione. È la libera professione, invece, più penalizzante, perché ovviamente si capisce che la donna medico riesce a dedicare meno tempo alla libera professione. Inoltre non dobbiamo dimenticare che la donna medico e le donne in particolare, le donne in generale, la donna medico in particolare, possono essere, diciamo, caregiver di pazienti o di parenti disabili e, secondo i dati rilevati da ASSOMED GIOVANI, sempre questo, diciamo, accudire i parenti disabili e quindi avere un ruolo del caregiver porta ad una assenza dal lavoro per motivi familiari, quindi in misura maggiore nelle fasce d'età più elevate, in misura minore nelle fasce d'età più basse. Questo perché, ovviamente, le donne medico più giovani hanno evidentemente genitori che sono anche più giovani, quindi che hanno minori problemi di disabilità. Un altro dato importante è quello della carenza di sicurezza sul posto di lavoro. Direi che è un dato importantissimo questo, che non investe soltanto le donne medico, ma investe tutti gli operatori sanitari perché le violenze, sia fisiche che psichiche, sono all'ordine del giorno, e tutti i giorni sentiamo notizie del genere. Ma le donne più degli uomini subiscono questi tipi di aggressione. Aggressioni nelle donne costituiscono il 70%, si verificano in tutte le strutture sanitarie, in particolare, è stato visto, che c'è un ordine di prevalenza. Si svolgono prevalentemente nei servizi di emergenza-urgenza, nei dipartimenti di salute mentale e dipendenze psicologiche patologiche, nei luoghi di attesa, nei servizi di geriatria e nei servizi di continuità assistenziale. Vado veloce perché il tempo è tiranno e non voglio anch'io allungare i tempi. Parliamo di proposte di cambiamento al femminile. Quali possono essere queste proposte per migliorare la condizione della donna medico, e far sì che venga valorizzato il suo ruolo nell'ambito della medicina? Innanzitutto ci sono delle proposte, che riguardano il percorso lavorativo, cioè bisogna favorire il raggiungimento di posizione apicale non soltanto sul piano scientifico e quindi sul piano professionale, ma anche nell'attività ordinistica e manageriale dell'azienda sanitaria, dove si vedono pochissime donne medico. Valorizzare il lavoro della donna medico anche con una retribuzione adeguata, cioè che ci sia una retribuzione che sia pari al genere maschile, perché questo è indice di qualità e di efficienza del lavoro che, appunto, è uguale qualitativamente rispetto a quello degli uomini. Le proposte di cambiamento che riguardano la maternità possono essere: l'accesso ad orari flessibili, cioè consentire alla donna medico la possibilità di iniziare il lavoro e di terminarlo ad orari che siano confacenti alla sua posizione di madre. Questa che cosa porta, porta ad una conciliazione tra lavoro e famiglia. Questo tipo di conciliazione, a sua volta, porta ad una maggiore serenità, a un maggiore benessere, ed è stato visto che la maggiore serenità e il maggiore benessere provocano una ottimizzazione dei tempi di lavoro e quindi una maggiore produttività a vantaggio, chiaramente, sia della donna medico stesso che dell'azienda. Un'altra soluzione potrebbe essere l'accesso al part-time, che può essere di tipo orizzontale o verticale. Sappiamo tutti cosa vuol dire di tipo orizzontale o verticale, oppure misto, ma alla donna, successivamente al periodo di accesso al part-time deve essere consentito, appena le sue condizioni familiari e le sue condizioni organizzative lo consentono, di ritornare a tempo pieno. Smart working. La legge di bilancio 2019 e si è occupata di questo aspetto e in pratica le richieste di Smart Working Smart Working sono stato diciamo valutate che possono essere applicate nei nei tre anni successivi alla periodo di

congedo per maternità oppure alle donne che hanno dei figli disabili. Quella che io lancio è un'ipotesi di Smart Working per le donne medico, e il tipo di lavoro lo sappiamo tutti che si può fare a domicilio che, diciamo, si può ipotizzare, perché le donne medico potrebbero essere impegnate in quei tre anni dal congedo della maternità, in lavori di redazione di progetti aziendali, lavori di gestione del rischio clinico, quindi lavorare sulla sicurezza, sul Risk Management e quindi sul incident reporting, sulla formazione del personale e anche redigere le procedure e istruzioni operative aziendali quindi occuparsi di quello che è il sistema qualità. Ovviamente questo cosa comporta? Comporta l'allontanamento della donna medico dal reparto, quindi l'allontanamento dalla relazione con il paziente, però è una valutazione che si potrebbe ipotizzare per favorirla durante il periodo della maternità. L'altra cosa importante è l'assunzione di personale medico. C'è il blocco delle assunzioni ma le assunzioni devono essere fatte non solo per facilitare la donna medico ma le assunzioni - se n'è parlato anche stamattina - devono essere fatte perché necessita più personale. E per quanto riguarda la donna medico, l'assunzione potrebbe evitare che sia sottoposta a delle reperibilità continue e a delle guardie mediche di 24 ore. Stamattina infatti si è parlato di come la stanchezza possa giocare un ruolo negativo, molte volte, a fare dei turni molto lunghi. L'assunzione deve essere fatta anche per ottenere la sostituzione delle assenze per maternità, perché nel frattempo che la donna è assente per la maternità gli altri suoi colleghi non possono sopperire alla mancanza della collega, e quindi lavorare di più perché la collega manca, per ottenere dei congedi parentali portandoli a 10 giorni al mese per gli uomini. E questa è una legge che si sta discutendo in Parlamento Europeo. Allora, inoltre per la maternità cosa possiamo fare? La creazione di asili nido, di materna aziendale, di centri ludici estivi. Chiaramente, se la donna medico sa che il figlio gode di un certo benessere in un ambiente protetto, vive con serenità e il vivere con serenità porta senz'altro ad una migliore efficienza sul campo del lavoro. Come devono essere strutturati questi asili aziendali? Devono essere degli spazi all'interno delle aziende, oppure nelle immediate vicinanze delle aziende. Devono accogliere dei bambini dai 3 ai 36 mesi di età, devono avere degli orari flessibili, ovviamente confacenti anche a combinazioni diverse, per aiutare queste persone a poter vivere la maternità. E costi non elevati, che devono essere in linea con quelle degli asili comunali e, chiaramente, non devono neanche superare quelli degli asili privati. L'assicurazione sul posto di lavoro. È un altro tema molto importante che non riguarda soltanto la donna medico, ma come abbiamo detto prima riguarda un po' tutti gli operatori sanitari. Bisogna che vengano effettuate delle azioni di prevenzione e delle azioni di intervento. Per le azioni di prevenzione bisogna identificare i fattori di rischio che possono determinare una mancata sicurezza del personale. Bisogna analizzare tutti i servizi e vedere come sono organizzati e in che condizioni operative lavorano i medici. Bisogna effettuare una revisione analitica di tutti gli episodi di violenza segnalati in precedenza, perché dalla revisione analitica si possono trarre poi degli spunti per migliorare appunto le azioni di prevenzione. Adottare delle strategie degli interventi di prevenzione e di controllo per ridurre il rischio. Interventi che devono essere effettuati. Bisogna innanzitutto avere sempre un programma aziendale di gestione del rischio. Quindi nell'ambito clinico è assolutamente importante gestire il rischio è mediante un monitoraggio degli eventi sentinella, perché monitorando gli eventi sentinella e con l'analisi della revisione critica di questi eventi, si possono trovare degli spunti per azioni di miglioramento per ridurre il rischio e, in generale, adottare delle misure di miglioramento di tutto il sistema. Bisogna adottare anche dei provvedimenti strutturali analizzando i contesti lavorativi, e tutte le condizioni a maggior rischio lavorativo che possono essere i luoghi isolati, i luoghi poco illuminati, controllando le aree di accesso per vedere se le dette aree sono poco sicure e dotarsi di mezzi di comunicazione, di sistemi d'allarme, quindi instaurare delle misure tecnologiche che possono essere validi impianti di illuminazione all'interno e all'esterno, i telefoni cellulari, sistemi di allarme, pulsanti antipánico, impianti video circuito chiuso. Ovviamente per tutte queste apparecchiature e attrezzature deve essere effettuata la manutenzione perché nel momento della necessità e del bisogno del loro utilizzo, devono essere perfettamente funzionanti. Sistemi di pronto intervento. Nel caso in cui è scattato l'allarme devono essere attivati sistemi di pronto intervento, altrimenti se non ci sono i sistemi di pronto intervento è innescare l'allarme. Avere

delle sale d'attesa confacenti ad attese prolungate, con degli operatori che devono fornire continue informazioni sui tempi di attesa. La comunicazione, importantissima durante questi tempi di attesa. E quindi ci devono essere degli operatori adeguati che sappiano dare informazioni in questo senso. Provvedimenti organizzativi. Bisogna formare e addestrare il personale sanitario ad affrontare queste situazioni di emergenza e di rischio. C'è la necessità di avere un rappresentante delle forze dell'ordine, oppure un addetto alla vigilanza, in guardia medica, nei dipartimenti di psichiatria, nei pronto soccorso, che sono i tre ambienti più fortemente a rischio. Un rappresentante delle forze dell'ordine, qui lancio un messaggio molto forte, che segue il medico di guardia nelle visite domiciliari in zone isolate. Non possiamo lasciare dei colleghi che vanno a fare delle visite a domicilio, durante il turno di guardia medica, in case isolate in montagna dove, diciamo, il rischio che si corre è veramente elevato. Presenza contemporanea di due figure professionali in ogni contesto. E qui riprendiamo sempre il discorso dell'assunzione, bisogna assumere più personale per poter sopperire a queste necessità. Provvedimenti personali. Bisogna evitare i cartellini identificativi, i monili che possono dare possibilità di strangolamento e chiarezza nella comunicazione. Dare delle informazioni, comunicare con i pazienti, è importantissimo per evitare poi delle situazioni di irritabilità che i potrebbero poi sfociare in azioni aggressive. Gli episodi di violenza portano delle conseguenze sulla salute fisica e psichica degli operatori sanitari, quindi comportano una diminuzione dell'efficacia operativa, una diminuzione della quantità e della qualità del lavoro. Gli operatori vanno in Burnout. Quindi andando in Burnout si assentano dal lavoro. Questo ha delle ricadute economiche e chiaramente crea disorganizzazione sanitaria. Ma la disorganizzazione sanitaria a sua volta crea episodi di violenza. Chiudo con una frase di Papa Francesco che mi piace, la donna deve esserci là dove si decide come donna.

Dott. Pizza:

Il dottor Stefano Zingoni è un medico di medicina generale che vive a Bologna, è andato in quiescenza poco tempo fa ed è presidente della FIMMG, Federazione dei Medici di Medicina Generale. È qui però a titolo personale perché è stato invitato a dire che cosa pensa delle 100 tesi che Ivan Cavicchi ha scritto su indicazione del Comitato Centrale, Stefano tocca a te.

Dott. Zingoni:

Grazie innanzitutto, grazie dell'invito, attualmente sono presidente onorario, ho finito il mio mandato attivo, quindi ringrazio Giancarlo naturalmente dell'invito. È evidente che io tra le 100 tesi proposte cercherò di dare qualche contributo sulla tesi inerente la medicina generale e convenzionata, questo lo vuole il mio DNA lo vuole la storia di 42 anni di attività di medico di medicina generale, anche se, ovviamente, leggendo il lavoro ponderoso proposto, verrebbe alla mente tanti spunti da potere affrontare con la modestia semplicemente di un ragionamento e di un contributo da stemperare nell'ambito di contributi più vasti e anche più dotti, rispetto al mio su certi temi. Però io ho scelto quello della medicina generale. Tuttavia prima di affrontarlo specificamente con poche considerazioni sintetiche che spero non abbiano il difetto della sintesi cioè della scarsa chiarezza, delle volte, non vorrei sottolineare il percorso che noi stiamo vivendo, cioè sappiamo che attraverso due mozioni di due Consigli Nazionali della FNOMCeO, uno del 13 gennaio e uno del 24 marzo è stato dato il nome di Questione Medica a quell'insieme di inadeguatezza che si è ritenuto responsabili della sofferenza della professione. E si è sentita la necessità di indire gli Stati Generali per l'elaborazione di una proposta condivisa dalla categoria, sostanzialmente sul modo nostro di intendere la professione e, la cosa più importante ancora, direi, sulle condizioni permissive per poter espletare quelle che sono le scelte condivise durante questo percorso. Lasciatemi dire però che la cosa più meritoria di tutto questo, non è soltanto l'idea iniziale, ma il fatto che sia stato individuato un metodo, si sia dato luogo a un percorso realizzativo della proposta iniziale ma, soprattutto la coerenza e il rispetto programmatico. Che siccome sono merce abbastanza rara, nel mondo in cui viviamo, di per sé secondo me, presidente Anelli, questi sono un cambio di passo, in quanto merce rara. Però così ti devi anche contestualizzare un attimo quello che stiamo facendo. Il fatto che siamo costretti ad affrontare in maniera quasi autoreferenziale la

questione medica, perché sono i medici che dicono che c'è una questione medica, mentre l'intero corpo sociale, non solo i medici, avrebbe già dovuto da tempo parlare di questione salute in Italia, e se c'è una questione medica non ci può non essere una questione di salute, e se c'è una questione di salute non può essere una questione medica soltanto, dimostra tutto sommato la marginalità alla quale i decisori pubblici hanno relegato i temi sanitari. Tutto questo, e anche qui dobbiamo essere sinceri nell'affrontarlo, non sarebbe potuto avvenire senza che l'opinione pubblica non l'avesse assecondato. Ne dobbiamo essere consapevoli perché l'opinione pubblica si è dimostrata, nei fatti, incapace di trasferire in un contesto generale pubblico la priorità che ciascuno individualmente dà alla sanità. Quando si è trattato di mettere in ordine i grandi problemi della nazione, quando avete letto i programmi politici dei partiti che si sono presentati alle elezioni, ma voi avete notato che ci sia una questione medica, una questione sanità? No, quindi la triste consapevolezza è quella della marginalizzazione delle politiche per la salute, in un sistema paese - tra l'altro - in profonda crisi di risorse con la necessità di dare urgenti risposte a macigni come l'occupazione, la recessione, il debito, quindi tutto questo deve essere ben presente, non per scoraggiare la categoria nel suo intento innovativo o propositivo, ma forse per meglio orientarci, anche nella nostra buona volontà. E quindi arriviamo alla macroarea: "il medico ed il lavoro", tesi: "Il medico e la medicina convenzionata, medicina di base e specialistica ambulatoriale". Innanzitutto una preghiera, non parliamo di medicina di base, parliamo di medicina generale. Ci sono milioni di ragioni per le quali preferisco che si parli e prego che si parli di medicina generale ma, visto che siamo nella macroarea del medico e del lavoro ne cito soltanto una: la medicina di base non è una dizione contrattuale, la dizione contrattuale è Medicina Generale. quindi parliamo di medicina generale. Richiamato, una volta per tutte, anche per evitare il ritornello ad ogni piè sospinto, il fatto che un servizio sanitario è un corpo unico e come tale necessita di approcci integrati e coordinati, sottolineato che sarebbe oltremodo strano che una branca della medicina come quella generale, che trova una delle principali ragioni della sua importanza in un approccio olistico, nei riguardi della malattia, non fosse coerente con la propria natura e quindi, consapevole di tutto questo anche in tema di politica sanitaria, forse verrebbe utile, sul piano rappresentativo, rifarsi ad una vecchia immagine del Servizio Sanitario Nazionale, che lo voleva come un sistema di vasi comunicanti. Però non limitandola come allora e come in origine alla sfera economico-finanziaria, ma allargandola a quella assistenziale, professionale e organizzativa. Non c'è dubbio che dalla stenosi serrata, quindi patologica, dei canali di comunicazione tra questi vasi, derivino sacche di inefficienza, di inadeguatezza, e che la degenerazione del sistema in uno diverso, completamente diverso, cioè in uno a canne d'organo, possa rispondere ad esigenze clientelari della politica, che meglio convivono con un rapporto di lavoro piuttosto che con un altro, o anche a strategie di finanziamento più facilmente perseguibili in un contesto di procurata inefficienza ma siamo sinceri, fino in fondo, ma tutto questo, questa degenerazione, debba anche essere ascritto ad una insensibilità, indifferenza ed errata selezione delle priorità da parte nostra, da parte delle categorie professionali. E quindi ben venga un tentativo di recuperare, prima tra di noi e poi proporre all'esterno, qualche cosa di diverso. Il sottofinanziamento dell'area della medicina generale: ci accorgiamo di avere delle, purtroppo, delle pecche, dei difetti comuni che ci hanno imposto gli altri, intendiamoci, uno di questi è appunto il definanziamento per tutta la medicina, quindi anche per la medicina generale. C'è però una differenza nella medicina generale, che qui le spese di produzione del reddito gravano totalmente sul professionista, ma oggettivamente, nel contesto complessivo del paese, come ho fatto cenno, non ci sono grandi speranze di aumento del fondo sanitario nazionale, siamo sinceri. Tuttavia in concomitanza con un rinnovamento contrattuale organizzativo e professionale sembrano doverosamente esplorabili fonti integrative di finanziamento, provenienti dall'area delle incentivazioni alla creazione di posti di lavoro correlati, e da quella del welfare integrativo. Perché una cosa io ho imparato in tanti anni di rappresentanza, e qui parlo a titolo personale comunque, non titolo rappresentativo lo sottolineo, che se si vuole cambiare, se si vuole riformare, non basta fare l'analisi delle spese e migliorare il modo con cui si spende, occorre anche investire, e se non ci sono risorse da investire non si progredisce, si ristagna o si ritorna indietro. E allora un po' di finanza creativa,

anche da parte nostra da proporre ai decisori pubblici, forse, non farebbe male. In questo contesto la medicina generale convenzionata soffre particolarmente, presta il fianco ad accuse di inefficienza ingenerose, non documentate, a volte strumentali. Ormai non passa giorno senza che un qualche gestore, a qualsiasi livello e, purtroppo, ai livelli più periferici, anche ormai, non autorizzati pubblicamente, a volte non applichi, sotto l'ipocrita mantello della sperimentazione, indicazioni su quello che deve fare la medicina generale convenzionata, spesso senza neppure porsi il problema di cosa può fare o potrebbe fare in presenza di una corretta strategia assistenziale complessiva. Strategia che però non pretendesse di ottenere risposte attraverso la riproposizione di modelli propri del lavoro dipendente, peraltro anche lì rivelatisi da tempo inadeguati per i professionisti, perché questo ci viene riproposto in continuazione, e le sperimentazioni spesso in questo senso vanno. Allora, se tutto questo è lontanamente vicino al vero, sul piano normativo e contrattuale, la medicina generale convenzionata necessita di un approccio anche organizzativo che la liberi da una serie di sovrastrutture, in quanto siamo in comune con tutti gli altri e tutte le altre aree della medicina. Sovrastrutture che si sono affastellate sulle sue spalle a causa di una pioggia normativa senza senso, sottraendo al professionista tempo medico, per obbligarlo a compiti diversi. A questo proposito e lo dico essendo in Emilia Romagna giova mettere in guardia dalla panacea informatica come risposta alle continue problematiche di questo tipo. La medicina generale non solo è stata la prima di informatizzarsi, ma lo ha fatto anche con una diffusione totale, tuttavia, quando lo strumento da ausilio diventa mezzo per obbligare ed orientare la professione, occorre recuperare un senso critico. Non è che ci possono mettere sulle spalle qualsiasi cosa perché tanto c'è un'app o c'è un programma informatico che, guarda caso, lo affronta, perché in queste app, in questi programmi informatici, eccetera, ci sono dei netti orientamenti alle scelte professionali, almeno per quanto riguarda la nostra area, non so nelle altre. Conseguentemente è meglio tagliare i problemi a monte non prestare il fianco allo strumento che insinua un ulteriore danno, un vulnus per la categoria, fatta salva la irrinunciabile caratterizzazione della scelta della continuità, della personalizzazione, della capillarità che sono tipiche della medicina generale. Occorre pensare a un rapporto di lavoro che lasci le pastoie della vecchia definizione della parasubordinazione e affermi piuttosto una categoria se, quella per paradosso della para-libera professione, concretizzandola nei compiti, nei diritti e nei doveri. Voglio significare che devono essere sottolineati gli aspetti dell'autonomia piuttosto che quelli della subordinazione, orientando l'agire del medico verso traguardi professionali ed assistenziali, verso un'autonoma organizzazione, verso strumenti incentivanti e remunerativi coerenti, ovviamente, all'interno di una programmazione pubblica, condivisa. Resta chiaro che tutto questo è in perfetta sintonia con un ruolo pubblico della medicina generale convenzionata che semmai va rafforzato, ribadendo la esclusività del terzo pagante, pubblico, indipendentemente dalla provenienza delle risorse siano esse pubbliche o private, parimenti da indirizzare al locale e rendicontare. Non sfugge che un medico di medicina generale stimolato a intraprendere, necessita di un percorso formativo e di aggiornamento conforme, che rende ancora più urgente una riorganizzazione dello stesso nella speranza di evitare, con soluzioni ragionate e strutturali, interventi tampone e sanatorie che, in costanza di abissali difetti di programmazione dei decisori politici, se, sul piano individuale suscitano piena solidarietà tuttavia hanno il difetto di tutte le deroghe normative, sia sul piano del contenzioso sia su quello delle tutele complessive. Un medico di medicina generale libero professionista, convenzionato con servizio sanitario nazionale che, in autonomia professionale e organizzativa, che concorre al conseguimento di obiettivi di salute di interesse pubblico selezionati, adeguati e verificabili, necessita anche di una rivisitazione del sistema premiale remunerativo, che faccia da ulteriore stimolo al miglioramento della crescita culturale professionale ed organizzativa, e che progressivamente risulti preponderante rispetto a quello totalizzante della quota capitaria, favorendo, attraverso l'impulso ad un percorso costante di qualificazione individuale, un miglioramento complessivo del servizio. E sono stato molto incerto se lasciarvi con questo pensiero oppure no. Poi mi sono detto, ma se non ce lo diciamo tra noi tra chi lo diciamo. Certo dicevo, vanno esattamente in senso opposto provvedimenti legislativi recenti come la flat-tax per le partite IVA con tetto. Viene introdotto così una specie

di reddito di cittadinanza autoprodotta per lavoratori autonomi, che determina convenienza non a progredire, ma galleggiare entro determinate fasce di reddito e quindi di attività, auto limitandosi o magari sforando, ma rigorosamente in nero. Allora, tutto questo trasportato in un processo di riorganizzazione della medicina generale convenzionata, come quello appena sunteggiato e appena accennato, potrebbe rappresentare un freno, e non da poco, specie nell'età che dovrebbero essere più vocate a intraprendere, a cambiare a produrre salute, cioè a quelle in quell'età sulle quali dovremmo puntare. Vi saluto e vi ringrazio.

Dott. Pizza:

volevo ringraziare Stefano per questo intervento ma lo volevo ringraziare anche per il suo impegno di una vita a sostegno di una professione, qual è quella della medicina generale. È stato per tantissimo tempo, fino a ieri praticamente, un punto di riferimento della medicina generale oltre che per i propri pazienti. Io lo ringrazio a nome di tutti, a testimonianza di una vita spesa per gli altri, siano essi i cittadini pazienti ed i diritti alla cura che per l'impegno sociale in favore della professione e nella rappresentanza dei colleghi.

Si parla di relazione medico paziente, si parla di complessità. Adesso tocca alle persone alle quali ci dedichiamo, dedichiamo il nostro lavoro, cioè ai pazienti e alle associazioni dei malati. Qui abbiamo il signor Magli, che è stato Presidente del Tribunale del Malato ed attualmente è nella associazione e fondazione Achille Ardigò e parla anche a nome del professor Moruzzi che non è potuto intervenire.

Sig. Magli:

Il dibattito di oggi comporta parecchie riflessioni che adesso cercherò in qualche misura di commentare. Intanto ricordiamo che sono 40 anni che è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale che sembrava essere la riforma delle riforme in modo che il paese potesse svilupparsi con salute e con un'assistenza sanitaria e sociale, perché il sanitario spesso confina con il sociale e viceversa, e quindi dare speranza di vita e di qualità di vita importanti per la nazione. Achille Ardigò è stato un fondatore della Sociologia sanitaria a livello nazionale quindi è stato l'ideatore di una riflessione sul modo di fare la sanità e quindi cercare anche di trovare delle risposte rispetto a quelle che oggi, come servizio sanitario nazionale è carente, e continua una regressione importante, già ripresa anche in altri interventi, per cui come associazione, aderendo a questo progetto, l'anno 2017/2018 con l'Università di Bologna si è costituita la Scuola dei Diritti e, l'anno 2018/2019, Nuovo welfare e diritti dei cittadini. Tra l'altro per quanto riguarda la sanità, l'8 maggio, e invito il presidente Pizza ad essere presente, alle 15:30 nella sala del Risorgimento dell'Archiginnasio c'è proprio una lezione da parte del dottor Federico Totti sul welfare sanitario. Detto questo posso dire che il dibattito di oggi è stato una concitata riflessione sul ruolo importante del medico e il rapporto col paziente, col malato, che oggi voglio dire per tutta una serie di situazioni è carente, perché i professionisti debbono rispondere a tali situazioni per cui diventa estremamente difficile, come annunciato anche dalla dottoressa Cocconcelli, di avere il tempo di parlare col paziente. E questo è, diciamo così, il rapporto medico-paziente fondamentale, per il paziente, per il medico, ma per la società. È indubbio che l'aziendalizzazione che io, anche da presidente del centro per i diritti del malato, all'interno dei comitati consultivi misti, ho cercato, abbiamo cercato come associazione di frenare un determinato tipo di indirizzo, sia a livello di assessorati sia a livello di dirigenza sanitaria. Il problema vero è che ruolo di questi comitati misti non dovevano essere all'interno dell'azienda le rappresentanze delle associazioni, ma all'interno delle istituzioni. Perché all'interno delle aziende non servono assolutamente niente. Non è il ruolo di partecipazione al modo di applicare l'organizzazione sanitaria. Nel 2012 siamo usciti dai comitati consultivi misti, ritengo che sia stata, diciamo così, politicamente, un'azione importante della quale tutti non si sono accorti perché tanto non mancava una voce che era contraria a determinate situazioni. Non è cambiato molto di quello che so, nel senso che anche i cosiddetti reclami sono fotocopia di una discrezionalità finalizzata semplicemente a salvare l'immagine dell'azienda. Viene risolto, eventualmente, quel problema quando quel problema è strutturale e quindi non viene cambiato assolutamente niente. Credo anche che per quanto riguarda il comparto medico, per

il dibattito che c'è stato oggi, sfatiamo l'accusa di corporativismo perché le riflessioni degli interventi che oggi si sono espressi in questa aula, dimostrano che c'è molta attenzione a quanto succede nel loro rapporto con il paziente. Quindi dare, da parte del professionista delle garanzie di assistenza non condizionati, come del resto anche il vostro giuramento di Ippocrate cita, la cura non può essere sottoposta a input che arrivano dall'alto per mancanze economiche o perché c'è una cattiva organizzazione. Come diceva già qualcuno, per quanto riguarda la sanità da anni ormai, assistiamo ad un balbettio istituzionale. Cioè, tanti sono gli argomenti, ma per quanto riguarda la sanità non se ne parla. Ancora frequento l'ambito ospedaliero, vedo una grande moltiplicazione dei professionisti e non c'è nessuna intenzione, a quanto pare. Ci interessiamo di trasporti, ci interessiamo di immigrazione, tanti sono i temi che la politica oggi affronta ma da anni non si affronta il nodo della sanità. E questo è molto preoccupante perché vediamo comunque una regressione, come posso dire, veloce di quelle che sono le possibilità di assistenza nei confronti dei cittadini, lo rimarca anche il fatto che molti o non si curano o vanno a pagamento. E questo voglio dire non è quello che la riforma ci ha tramandato ma è essenzialmente un problema economico che non dovrebbe invadere la sfera della sanità. Concordo sostanzialmente con il primo intervento del dottor Anelli. Per lo spessore culturale e di politica sociale perché ha elencato tutta quella serie di situazioni che permettono di identificare chi è il nemico, in qualche misura. Perché se non identifichiamo dove andare a ricercare una risposta e individuare i responsabili che non la danno faremmo sicuramente un buco nell'acqua. La dottoressa Coconcelli come dicevo prima, ha fatto un intervento concitato, ma siccome ci conosciamo, fa parte, diciamo così, del nostro modo di essere perché ci siamo confrontati anche in maniera concitata, ma al fine di cercare delle risposte, non per noi ma per coloro che rappresentano una risorsa dal un punto di vista sanitario. Il dottor Martinelli parlava di medicina amministrata, è così. Andate a vedere un po' quello che succede dentro gli ospedali oppure quando andate dal medico curante, che ti dice, ma aspettiamo, intanto ti do questa medicina e poi, dopo quella medicina bisogna andare..... cioè è un rincorrere continuamente una risposta clinica per avere anche una adeguata terapia. Molto spesso viene il dubbio, al cittadino, anche a me, che questo modo di sottintendere un premio, chi fa meno esami, chi da meno terapie, eccetera, eccetera. Il farmaco generico di cui molti sono dubbiosi, preferiscono pagare il ticket ma prendere i griffati perché hanno la sicurezza, comunque, che quantomeno, visto che ogni tanto appaiono sui media, che arrivano dalla Cina i principi attivi, con dentro anche tutto il contorno per assimilarli, non siano stati adeguatamente confrontati come minimo dallo stato, sulla loro efficacia. Io credo che, come dicevo prima, tutti gli interventi sono stati altamente profondi nella disanima di quelli che sono le problematiche. Io vorrei solo sollecitare ancora che il medico faccia il medico e non l'economista. Che faccia il bene del paziente del malato e continui ad assisterlo come deve essere assistito, non perché viene tolto al medico il tempo dell'assistenza.

Dott. Pizza:

Grazie signor Magni. Adesso abbiamo la dottoressa Anna Baldini, presidente di "Cittadinanza Attiva" della Regione Emilia-Romagna.

Ing. De Rita:

Allora nelle more di dare la parola alla dottoressa Baldini, vi volevo soltanto comunicare l'esito di una indagine del Censis. Faccio riferimento all'ultimo intervento, fatto fare per la giornata dei 40 anni che abbiamo celebrato a Roma, sulle liste d'attesa. I cittadini hanno risposto in questa maniera: i medici devono essere liberi di poter effettuare, come dire, in accordo con i cittadini, le terapie che ritengono più giuste, e le linee guida devono essere invece esclusivamente di ausilio e non possono obbligare il medico. Questo dicono i cittadini, come dire, con una indagine fatta in maniera assolutamente indipendente dal Censis. Quindi, riprendendo l'ultimo intervento mi permetto di condividere l'auspicio che faceva nel dire che il medico faccia il medico e lasci stare tutto il resto

Dott.ssa Anna Baldini:

Il dottor Pizza mi conosce, io non sono medico, sono per professione lontanissima dai medici, sono architetto, quindi, come dire, l'affronto veramente da cittadina. Sono stata molto attenta a tutte le relazioni che mi hanno affascinato, come mi ha affascinato leggere le tesi, perché le ho lette, è più di una volta qualcuna. Perché mi davano un quadro su un mondo che io sentivo che dovesse essere in evoluzione, ma come paziente e come persona che è la prima ad usufruire del Sistema Sanitario. E vedevo che anche gli altri attorno a me percepivano in questa maniera, ma non capivo dove potesse essere, come dire, lo snodo per fare questo cambiamento. Il medico nella figura di noi pazienti è sempre una persona sacra, è una persona intoccabile. Nella storia il medico, il prete, l'insegnante sono le figure di riferimento che ci hanno accompagnato da una vita e che nella nostra cultura sono ancora valide. A parte ciò, diciamo, le ho lette le tesi le ho lette poi le dico quale su quale interverrò ma mi sembra che sia anche scontato e anch'io le ho dovute leggere più volte, però è stata una lettura appassionata e perché un movimento come noi, di attivismo civico, in che modo può dare il contributo, dato per scontato che ormai sono passati i tempi delle, io non ci credo, delle, come dire, delle azioni legali, delle rivendicazioni. Sono cose giuste quando hanno a che fare con problemi specifici oggettivamente dimostrabili, ma nella gran parte dei casi io credo che il dialogo, e questa questa immagine lo dimostra, il dialogo, la voce dei cittadini che arrivano alle istituzioni crea quel legame per risolvere gran parte delle problematiche che oggi affliggono, comunque, il nostro sistema sanitario. E questo è il ruolo di un'associazione, secondo me di un movimento di attivismo civico. Non andiamo a cercare lo scandalo a tutti i costi, non serve. Sono 41 anni che il tribunale dei diritti del malato che, ripeto, è preciso è la parte di sanità di cittadinanza attiva che si occupa di salute, di tutela della salute, lavora. Lavora negli ospedali. Con la Federazione i miei del Nazionale lavorano costantemente. Siamo a tavoli insieme lo so, vi seguo insomma. Il presidente Anelli lo conosco, lo conosco per le dichiarazioni che fa, per le posizioni congiunte che abbiamo preso su tanti argomenti. Quindi io proprio in quest'ottica voglio portare il mio contributo al ragionamento in questa giornata. Alla riflessione portando la voce di quei cittadini che abbiamo intercettato. Scusatemi vado avanti. Questa è la tesi dove io credo che necessariamente ci possiamo mettere, cioè nella macroarea "il medico e la società". È il rapporto tra medico e paziente quello che noi possiamo indagare. Queste sono le parole che io ho preso dalla sinossi è sono le parole nelle quali io posso racchiudere il mio contributo. Un mio contributo che parte dall'analisi del medico, del rapporto tra il medico il paziente. La mia riflessione riguarda il medico che i cittadini vorrebbero, perché penso, insomma, che è quello che posso fare non altro. Allora il rapporto del medico come lo abbiamo? il rapporto con il medico dov'è? Come abbiamo ricevuto questi dati? Da dove li abbiamo presi? Dal rapporto che Cittadinanza Attiva Nazionale ha con le associazioni nazionali dei malati cronici. Sono 16 anni che parliamo con loro per capire quali sono le loro problematiche, e sono altre le azioni con le quali ci confrontiamo continuamente. Da questo rapporto viene fuori che il 78% riscontra di aver avuto poco tempo dedicato all'ascolto. È quello che si diceva prima, è quello che professionisti dicevano. Ma non sono vittime di questa cosa solo i cittadini, ma anche il medico stesso che si vede chiaramente costretto a operare in condizioni di ristrettezza. Il 44% dice di aver visto sottovalutati i sintomi, il 42% la poca reperibilità e il 26% la scarsa empatia. Anche a livello regionale abbiamo fatto questo tipo di indagine. Siamo più piccolini, sono solo due anni che la facciamo, però come si può vedere le problematiche sono le stesse. Le percentuali chiaramente variano perché noi abbiamo un numero minore di associazioni di malati cronici che abbiamo indagato, però comunque siamo a una trentina, quindi pure noi non ci possiamo lamentare. Il 59% viene sottovalutatissimo, il 32% poco tempo dedicato all'ascolto è scarsa empatia. Cioè questo problema dell'empatia, del cercare questo legame profondo con il medico, ritorna, ed è quello di cui si parlava nella sinossi. Cioè cambiato il rapporto. È un rapporto che si basa sul coinvolgimento, su degli aspetti globali della vita che non sono solamente quelli della malattia. E le persone lo percepiscono, lo manifestano, lo cercano, la poca reperibilità va bene. le persone che si rivolgono ai nostri punti d'ascolto e che ci raccontano le loro problematiche questo è a livello nazionale. Il 15% dei cittadini segnala difficoltà nell'assistenza primaria di base, ossia, quella

erogata dai medici di famiglia, pediatri e guardie mediche. Poi quali sono le specificità è chiaro, rifiuto delle prescrizioni, inadeguatezza degli orari, sottostima del problema segnalato dal paziente. È chiaro che poi qui c'è tutta una dose di soggettività, dovuta al rapporto tra medico paziente, è chiaro che quei dati non vanno presi come sono, perché magari poi le persone non comprendono il linguaggio e le persone sono emotivamente coinvolte. Però, comunque, c'è un malcontento che viene fuori. Anche a livello regionale abbiamo fatto la nostra piccola indagine, siamo su 12 punti d'ascolto su tutto il territorio regionale. Il 17% dei cittadini segnala difficoltà dell'assistenza primaria, rifiuto delle prescrizioni, sottostima del problema e poco tempo dedicato all'ascolto. Sono delle problematiche che i nostri punti d'ascolto sentiamo spesso, le persone si lamentano, "sono andato dal dottore e mi ha visitato col computer". È il medico che è costretto a dover scrivere quelle cose sul computer, non è che lo fa perché gli piace, ma non perde quel tempo necessario poi alla relazione col paziente. E qui è la difficoltà poi della relazione che si instaura. Ma da questo poi ho fatto una astrazione personale, come è il medico è oggi, come lo vedono, come lo vorrebbero? Che caratteristiche dovrebbe avere? L'empatia sicuramente. Cioè deve scattare il feeling? per usare un termine che è poco medico ma che dà bene l'idea di come deve essere il rapporto. Che ascolta le persone. Le persone hanno necessità di raccontare. Voi non sapete quanta gente ci telefona e passa le ore a raccontarci le cose dopodiché ci dice grazie senza chiedere cosa voleva da noi. Cioè aveva soltanto voglia di raccontarci una sua problematica. Attenzione, attenzione ai sintomi, attenzione a quello che le persone dicono. Appropriately, umanizzazione. Naturalmente dato per scontato che il medico sia competente, ma quello lo diamo per definizione. Quindi visto che il cittadino è più esigente e più consapevole in cerca di un rapporto di fiducia con il medico di riferimento, il cittadino è protagonista del proprio percorso di cura che vuole costituire insieme al medico. Il cittadino deve essere consapevole però, e questo è un compito che tocca a noi, associazioni di riferimento, fare, portare avanti, che ha dei doveri nei confronti del medico, e non soltanto delle pretese. E allora mi viene da dare una suggestione che è un punto di partenza, un'attività che noi abbiamo fatto insieme alla Federazione, che quello che noi chiamiamo cura di coppia. Ed è un decalogo, 10 doveri, no come erano, 5 doveri del medico e 5 doveri del cittadino, 10 diritti del medico e 10 diritti del cittadino. È un punto di partenza su cui secondo me si può continuare, si può cominciare a lavorare perché anche le associazioni dei pazienti portino il loro contributo a questa discussione, ma che sia un punto di partenza per poi poter arrivare tutti insieme ad una definizione di un nuovo rapporto tra il medico e il paziente. Grazie

Dott. Pizza:

Il dottor Pieralli, medico di emergenza e urgenza ha i suoi 15 minuti.

Dott. Pieralli:

Allora buongiorno a tutti io affronterò, nei miei 15 minuti che spero anche di trattare con una velocità superiore, un tema del quale mi sto occupando negli ultimi tempi che è una problematica direi trasversale diciamo a tutto quello che accade nell'ambito italiano, che sia il Servizio Sanitario Nazionale, che sia la libera professione, che sia in qualche modo il mondo medico. E ho deciso di iniziare con questa citazione perché in realtà alle problematiche che noi stiamo vivendo, e che continuano a essere perennemente denunciate in questa sede, come in altre, in realtà, credo, si debbano risolvere in una frase: è poi colpa nostra. Nel senso che siamo vittime di regole che non ci sono state imposte da terzi, nel senso che si, sono state discusse, ma sono in realtà state concordate negli anni, in momenti in cui servizio sanitario era diverso, in cui la formazione era diversa e il momento socio-economico era diverso. E quindi oggi ci troviamo in realtà a pagare le conseguenze di alcune scelte che non siamo stati in grado, come categoria professionale, di superare, di modificare, perché c'è sempre stata, io penso insomma, la sensazione di non doversi mai mettere in discussione rispetto delle scelte dei percorsi che erano coerenti in un tempo, ma che non lo sono più stati nel corso degli anni. Con questa diapositiva vorrei solamente sintetizzare i passaggi che oggi noi abbiamo formalmente obbligati per un medico, sul quale noi investiamo in Italia. Articoli in tutti i

quotidiani hanno parlato del costo di formazione per i cittadini, perché noi paghiamo con le tasse dei contribuenti, quindi col nostro IRPEF eccetera, la formazione dei medici. E, partendo dalla laurea, ammesso che si possa entrare nel numero programmato e quanto ne deriva, noi abbiamo tempi morti infiniti. Adesso tra la laurea e la sessione degli esami di stato, e poi tra gli esami di stato altri tempi morti per arrivare ai concorsi delle scuole di specializzazione mediche, che sono l'altro grande tema alla ribalta negli ultimi anni, o della formazione specifica in medicina generale. Tempi che vanno spesso dai sei mesi ad alcuni anni, nei casi peggiori, perché bisogna sempre sperare di azzeccare al primo colpo, che ci sia il momento economico nel quale il numero di posti di formazione post laurea è leggermente superiore e aumenta le mie possibilità di entrare a parità di punteggi. E poi che altre norme, delle quali paghiamo le conseguenze, ci siamo fatti. Ci siamo creati incompatibilità di ogni genere, in ogni punto. Incompatibilità che esistono essenzialmente solo nel nostro paese. Paese che fa parte di una comunità molto più ampia come quella europea, ma ancora di più se vogliamo ragionare anche oltre la Comunità Europea. Noi ci siamo bloccati la possibilità di formarci e lavorare contemporaneamente, esistono incompatibilità, e le abbiamo inserite non solo nelle leggi ma in tutti gli accordi di lavoro. Sentivo prima l'accordo della medicina generale, ha più incompatibilità non solo con lo studio ma anche con le altre attività. Cioè avete pagine di accordi su incompatibilità che ci siamo scritti fondamentalmente noi in questo paese. Tra formazione e formazione, abbiamo reso incompatibili i dottorati di ricerca con le scuole di specializzazione sino all'ultimo anno, con la formazione specifica in medicina generale. Incompatibilità che nessun altro cittadino comunitario che si laurea medicina e chirurgia vive. Per cui il dottorando di ricerca che ha anche il secondo titolo francese non ha il problema che a quello italiano che lo deve fare successione, quindi aumentando i tempi di formazione. E poi non abbiamo i riconoscimenti reciproci dei percorsi. Se qualcuno decidesse mai di passare dalla medicina di famiglia alla medicina interna, non vedrebbe riconosciuto praticamente nulla del percorso, così come lo specialista in medicina interna che volesse legittimamente un domani fare medicina generale non si vedrebbe riconoscere, a normativa vigente, nessun tipo di percorso. Questo è quello che stiamo vivendo. Mentre, al contrario di questo, guardate le professioni sanitarie delle quali tanto ci lamentiamo perché cercano di arrivare a gamba tesa in alcune funzioni mediche. Cioè dai cinque passaggi di prima, loro in realtà hanno la laurea abilitante, quindi escono che sono abilitati, possono fare i concorsi dalla mattina dopo, possono lavorare come liberi professionisti, e se hanno intenzione di specializzarsi o di fare comunque percorso formativo post laurea non vivono nessuno di questi problemi. Quindi è chiaro che questa roba qua ce la siamo inventata noi, e quindi noi oggi ci stiamo lamentando che la competitività del medico nel panorama lavorativo pubblico-privato è inferiore, ma per forza perché non stiamo mica concorrendo ad armi pari, stiamo concorrendo a darci assolutamente impari. Noi abbiamo la 500 e le altre professioni, che sono nate probabilmente con una logica temporale anche diversa hanno la Ferrari, da un punto di vista di velocità. E quindi, come dire, su questo, secondo me, dobbiamo fare mea culpa. Cioè siamo talmente tanto impegnati a tirare la carriola che non ci rendiamo conto che finché non cambiamo le regole del gioco questa carriola è come il Titanic, c'è una falla che supera le quattro paratie, e così per forza l'acqua ha già superato l'ultima delle paratie. E lo vediamo dai dati pubblici che riguardano una medicina convenzionata, che riguardano la dirigenza medica del Servizio Sanitario Nazionale, dove tutti si lamentano che siamo zeppi di concorsi che vanno deserti, zeppi di strutture ospedaliere nelle quali sono di necessità incaricate le cooperative dei medici, medici stranieri, personale medico non specializzato. Noi ci lamentiamo ma in realtà, fino ad ora, non siamo ancora riusciti a fare nulla di specifico per la modifica delle regole. E quindi vedete, il filo spinato finché non lo cominciamo a tagliare, cominciamo a fare un passo indietro tutti, di tutte le categorie, perché queste regole, voglio dire, erano anche condivisibili in un periodo storico nel quale c'era la pleora medica, oggi vanno necessariamente riviste. Se non lo facciamo non ne usciamo. Avevamo delle regole, qui ho preso un pezzo di un decreto ministeriale che – e sentivo prima parlare il collega di programmazione - come dire, che è stata devastante, è stata sbagliata, è vero che è stata sbagliata, ma se la prendiamo da un punto di vista normativo, da un punto di vista di quello che abbiamo scritto nelle regole, è perfetta. Era perfetta. Nel senso

che questo era per esempio la medicina convenzionata, avremmo dovuto fare calcoli assolutamente precisi sulla base delle persone in graduatoria, sulla base del numero di medici informati, sulla base di tutte queste persone, in realtà però siamo davanti a una situazione di fallimento di questo sistema. Perché io questa la chiamo l'illusione di avere il controllo di una situazione. Cioè quando abbiamo scritto queste regole, nel passato, dove abbiamo detto che i calcoli dei fabbisogni li facciamo sulla base delle persone in graduatoria, in realtà abbiamo fatto delle previsioni sulla base di scelte che non dipendono da noi, ma che dipendono dalla singola persona che può decidere di esserci, di non esserci, di trasferirsi, di andare a vivere da un'altra parte o di cambiare lavoro. E quindi è ovvio che tutto questo oggi lo paghiamo pesantemente e cominciamo anche ad allarmarci perché ovviamente noi questo patrimonio che oggi conta già 16mila professionisti, che tentano di fare la formazione post-laurea, ma che non trovano un posto all'interno dei percorsi formativi e, attenzione, i 16mila sono quelli che noi abbiamo, come dato, perché ancora tentano un concorso. Perché ci sono anche tutti quelli che hanno smesso, che nessuno riesce più a quantificare con esattezza, quindi sono molti di più questi professionisti. Perché? Perché in realtà poi tutti lavorano. Perché ovviamente nel sistema italico siamo riusciti poi a trovare diverse soluzioni. Una è questa perché ovviamente il resto del mondo, come dire, se ne frega dei limiti nostri. Tanto è vero che da quando c'è Ryanair e con 15 euro puoi andare a Londra, ovviamente, siccome il problema della carenza medici non è solo limitato alla penisola italiana, ma è un problema che per varie ragioni, diversi meccanismi, è comunque presente in gran parte dei paesi, ovviamente i nostri ragazzi che cosa fanno? Prendono e vanno. E qua qualcuno dirà vanno via i migliori, vanno via, no non necessariamente vero, va via chi è in grado di mettersi in gioco, che non necessariamente è più bravo, che non necessariamente è più cattivo, sono quelli che si mettono in gioco. Il problema è che sono tanti. Noi abbiamo avuto gli esami di stato pochissimi giorni fa, qui a Bologna, sono oltre 400 studenti, la sera questi studenti quando sono usciti, solo ascoltandoli nel corridoio c'erano molti che dicevano io neanche mi registro in Italia perché tanto so già il posto chiamato da un'altra parte, quindi neanche faccio la registrazione all'Ordine perché tanto faccio direttamente domanda fuori. E ovviamente, insomma, secondo la mia personale visione è che noi abbiamo bisogno di elaborare questo lutto. Perché questo era un sistema che io condivido concettuale, del sistema di formazione che avevamo, è un sistema che era utile ma come tutti i sistemi collettivi, come Sistema Sanitario Nazionale, come il sistema di educazione pubblica, sono sistemi da maneggiare con cura e purtroppo siamo arrivati fuori tempo massimo per maneggiarli. Per cui qui siamo fuori tempo. Da calcolo matematico quindi, non da impressioni, da calcoli matematici, se anche noi oggi avessimo l'ipotetico fondo, che evidentemente non c'è, per mettere 20.000 borse di formazione, ammesso che si voglia continuare con le borse, comunque avremo interruzione dei servizi da tutte le parti. Perché il paradosso della normativa vigente se noi oggi permettessimo a tutti i medici che ci rimangono di entrare in formazione, essendo incompatibili col lavoro, poi ti smetterebbero di lavorare nei servizi pubblici essenziali, dove stanno nei fatti lavorando, dentro percorsi formativi. Quindi, come dire, nonostante la rabbia eccetera io preso quelle cinque fasi dell'elaborazione del lutto perché mi piacevano. Ho preso alcuni articoli di stampa che me le ricordavano. Questo articolo è del 22 Marzo 2018, articolo dato da un dirigente della Regione Emilia Romagna che scriveva sul quotidiano "Sanità". "Noi in Emilia-Romagna il problema della carenza dei medici non ce l'abbiamo. Invece non c'è il problema. Abbiamo quasi 70 posti pubblicati di medicina di famiglia, più 350 di continuità assistenziale, più 100 e rotti che erano quelli dell'emergenza completamente privi di candidati formati. Quindi andati deserti, coperti da medici che non hanno avuto accesso alla formazione post-laurea e che sono in servizio. Questo non era il 2002, questo era il 2018 marzo. Quindi questa è ancora la negazione del problema. Siamo arrivati a campagne ovviamente di protesta, e giustamente continuano anche le resistenze al cambiamento. Questo era su un articolo che c'era ieri sul quotidiano "Sanità" dove c'è attenzione per l'accesso agli specializzandi alla carriera del Servizio Sanitario Nazionale potrebbe minare la dirigenza medica. Signori, come categoria professionale dobbiamo fare un bagno di consapevolezza, confrontarci con la realtà è capire che questo sistema, con queste regole, non regge. Da qualunque parte la si giri non regge più. Non regge più per vari motivi,

perché fino ad oggi questi sono un po' i sistemi che si sono usati le Aziende Sanitarie del paese pubbliche e private. Hanno trovato chi la scorciatoia, chi ha bucato il muro, chi ha fatto la sanatoria. Abbiamo, scusate il francesismo, un casino nella penisola che varia da regione a regione. I problemi non sono gli stessi nelle regioni del sud e non sono gli stessi in regioni del nord, in termini di contingenti di quantità di personale che manca, ma sono problemi che sono presenti ovunque. Ok, sono allarmi che le categorie per 10 anni, 15 anni hanno lamentato, perché i primi articoli uscivano dal 2008 2009 che dicevano, signori abbiamo dei problemi. Però come al solito la situazione è sempre quella. Sono tanti che criticano, sono moltissimi quelli che parlano, ma poi alla fine a combinare qualcosa son pochi. però è ovvio che in un sistema così creato, che era un sistema molto molto ben organizzato, molto rigido, che purtroppo però ha fallito nel monitoraggio, perché non abbiamo avuto una situazione di questo tipo, come abbiamo oggi, in tre giorni, ce l'abbiamo avuta in 10 anni. Il problema è che ce ne preoccupiamo oggi quando ormai i buoi sono scappati dal recinto, ok. E quindi arriviamo al punto. Che cosa dobbiamo fare? Perché siamo riusciti In molti casi a dividere e a mettere su piani, secondo me anche concettualmente errati, i titoli e le competenze. Cioè noi in questo momento, nel Servizio Sanitario Nazionale abbiamo con accesso per titoli. Non conta nulla. Facciamo l'esempio di un medico che volesse accedere a un concorso pubblico ok, magari, facciamo l'esempio classico del Pronto Soccorso che è uno dei punti che ha le più grosse criticità, abbiamo 42 specializzazioni che possono fare quel concorso, dall'allergologo all'internista, al geriatra medico d'emergenza. Poi abbiamo delle follie, perché chiediamo di avere una specializzazione in quella disciplina però, se sei scelto per corso di medicina di emergenza deve aver fatto una scuola di 5 anni, però lo stesso concorso e lo stesso tipo di accesso lo fai con geriatria che ne dura 4 o con allergologia che ne dura 3 o 4, adesso non ricordo. Chi non ammettiamo è l'anestesista rianimatore che gli diamo un calcio perché quello al pronto soccorso è un imbecille e non ci può stare. Vi sembra una cosa accettabile? Ecco bene, non conta nemmeno quando tu questo titolo lo hai preso, perché tu potresti aver preso questo titolo 30 anni fa, poi aver fatto il panettiere per vent'anni, perché ti eri rotto le scatole di fare medico, però in ragione del fatto che hai il bollino, a quel punto tu puoi confrontarti con la pubblica selezione. Ma oggi abbiamo addirittura avuto la polemica sindacale, nella dirigenza medica, per fare accedere medici che nei fatti il servizio pubblico ha incaricato, magari per 10 anni, di pronto soccorso che quei medici ci lavorano già, dicendo non sono specialisti. Non è che nelle proposte che ci sono state in questi mesi si diceva a questi medici, signori li saniamo. No, gli si dice fai un esame, se sei in grado di essere verificato all'esame concorsuale e sei in grado di superarlo evidentemente le conoscenze le hai. Questa almeno la teoria, poi sappiamo tutti che i limiti dei concorsi ci sono su tutti i livelli. Però il paradosso è questo, che se sei stato allergologo 30 anni fa e poi non hai più fatto un giorno di medicina, puoi comunque avere il diritto di confrontarti. Abbiamo avuto report infiniti di ginecologi specializzandi in ginecologia che al terzo anno dicono: ma io ho fatto due cesarei, ma io ho fatto tre parti. Abbiamo avuto scuole accreditate che dovevano essere di medicina d'emergenza che nella rete formativa non risultavano avere un pronto soccorso. Cioè sono successe queste cose. Allora noi probabilmente come categoria dovremmo cominciare a dire tra medici, facciamo in modo che a determinate competenze, veramente acquisite, corrisponda poi il titolo. E il percorso e la verifica da parte dell'Università chiaramente può essere utile e necessaria e anche, a mio modo di vedere, assolutamente essenziale. Però cominciamo a parlare di sostanza e non solo di forma, perché se no continuiamo tirarci la zappa sui piedi come categoria. E qualunque nostra organizzazione rappresentativa si trova nella difficoltà di dover gestire una miriade di persone non correttamente inquadrati, non correttamente inserite in percorsi formativi e quindi con tutto quello che ne deriva è il termine della riforma. Non vi tedio sulla medicina generale e sulla formazione specialistica dove abbiamo diverse tipologie di problemi. Mi fermo su questo, sulla parte della formazione specialistica. Facciamo una riflessione signori miei, sul fatto che nel resto praticamente del mondo, dal residente statunitense allo specializzando europeo, quasi tutti lavorano, quasi tutti hanno il versamento contributivo pieno. Noi abbiamo ancora il concetto della borsa di studio con la gestione separata INPS al 16% di un lordo annuo, con tutte le incompatibilità a fare qualunque altra cosa, è un contributo al 16%. Cioè non siamo più

nel sistema retributivo che diceva a fine carriera prendi l'80% dell'ultimo stipendio. Se a questi medici che già studiano sei anni, gli aumentiamo altri 5 anni, essenzialmente di buco contributivo perché versano nulla per altri 5, questi, a parte che non arriveranno alla pensione, però comunque si troveranno in uno stato di estremo imbarazzo alla fine. Poi ci chiediamo oddio, come mai questi vanno in Inghilterra vanno in Germania dove li pagano 4.000 euro da specializzandi. È ovvio che il problema è che pagare 4.000 euro mantenendo la incompatibilità con l'attività lavorativa è una cosa che l'azienda sanitaria fa fatica. O cominciamo a dire che sono tutti medici professionisti che iniziano a lavorare e contemporaneamente si formano, o diventa un problema. E quindi io credo che i principali temi da risolvere, entro brevissimo tempo, sia una laurea veramente abilitante. Quindi sei anni un percorso competitivo, che ti garantisca l'esame, accessi tanto alla medicina generale, tanto alle scuole di specializzazione da parte di un professionista in formazione, non di uno studente legato alla borsa e vincolato alle incompatibilità. Perché non sono sostenibili, non sono neanche competitive ormai sul mercato, appunto di Ryanair, che ti porta nel resto d'Europa con 15 euro. E ovviamente questo, probabilmente, ci potrebbe far leggermente cambiare la prospettiva. Sentivo prima parlare il dottor Zingoni sul tema dell'informatica come punto. L'informatica noi la usiamo probabilmente male. Le più grandi università del mondo, adesso qui ne ho citato una pagina ce ne sono 27 di quelle che si sono messe su EDX, quelle italiane non ce n'è neanche una da quello che ho visto nell'elenco, iniziano già da anni ormai a dare Master, corsi di formazione anche avanzati, ovviamente sono solitamente post laurea e a diffondere conoscenze tramite portali come questo, certificati con esami magari in sede. Noi siamo ancora indietro su questa cosa. Se vogliamo recuperare con i numeri che abbiamo, abbiamo la necessità di cominciare a ragionare anche sui nuovi modi di veicolare almeno le conoscenze nozionistiche, perché poi il confronto tra i professionisti e la didattica interattiva tra professionisti il confronto è, per il nostro, ovviamente fondamentale. E qui senza instupidirvi con i dati che sono questi, sono dati, proiezioni, tabelle, queste sono pensionamenti di un settore, non ci sono pensionamenti di medici di famiglia, dopo se volete instupidirlo con i i dati però devono far riflettere. Devono far riflettere perché abbiamo, qui facevamo alcuni dati per esempio continuità assistenziale, all'anno scorso 31 dicembre 2017, scusate il primo dicembre 2017 erano 7.605 i medici precari in servizio, non erano 100, come invece erano dell'assistenza primaria dove erano 164, questi sono i dati della SISA, quindi dell'ente nazionale. E poi abbiamo situazioni dove, quelle in giallo sono le regioni che per stato di necessità sull'emergenza hanno sanato secche, quindi siamo pieni di medici sanati, che non sono una cosa assolutamente utile, perché la sanatoria molto spesso è svincolata da un percorso di formazione, di acquisizione nella formazione, cosa che invece sarebbe interesse in primis per il professionista acquisire.

Dott. Pizza:

Grazie dottor Pieralli. Adesso abbiamo un professore universitario che è andato in pensione e recentissimamente. È consigliere del nostro Ordine, è stato anche Preside della Facoltà di Medicina e quindi può darci qualche indizio

Prof. Luigi Bolondi:

Bene, grazie Giancarlo per l'invito. Spero di farvi recuperare un po' di tempo perché faccio qualche breve considerazione partendo dalla mia esperienza. Certo parlare del futuro della professione medica poi di fronte a esperti epistemologi della professione come Ivan Cavicchi è anche imbarazzante. Però un po' di esperienza sul campo io l'ho fatta sia come clinico, con oltre 40 anni di professione, che come presidente della Scuola di Medicina, coordinatore del corso di laurea, eccetera, eccetera, direttore di Scuola di Specializzazione, per cui nel campo della formazione ho esperienza sul campo. E poi qualche riferimento internazionale che secondo me spesso ci manca nel fare le nostre considerazioni e le proiezioni sul futuro. Perché non possiamo parlarci addosso fra di noi, preconizzando un certo futuro oppure stabilendo che cosa il medico deve fare, senza capire invece come si muove la professione medica in un contesto internazionale. Mi riferisco essenzialmente all'Unione Europea, ivi compresa ancora la Gran Bretagna, il Regno Unito meglio dire così, che fra l'altro è la metà di molti medici, che

ha citato Pieralli, come sede privilegiata per emigrare. A Londra credo ci siano 20, 30.000 medici italiani. Faccio una piccola digressione, la formazione che uno dei punti su cui volevo parlare. Avendo frequentazioni assidue del Regno Unito sia per motivi familiari che per motivi di colleganza, so per certo perché i colleghi professori universitari inglesi me l'hanno ribadito più volte, anche i professori italiani che insegnano nelle università inglesi, che gli inglesi, pratici come sono, hanno scientemente stabilito di formare molti meno medici di quelli che servirebbero al loro Servizio Sanitario Nazionale. Perché molto pratici? Hanno detto la formazione di un medico è un costo enorme. Visto che ci sono altri paesi europei che li formano non male, e visto che noi siamo un paese che tutto sommato attrae perché la qualità di vita e buona, siamo gente pratica che risolve i problemi e così via, Londra e altre città inglesi sono una méta privilegiata, verranno da altre parti e ci vanno, domandiamoci perché non vengono in Italia, invece, medici inglesi o tedeschi o francesi. Questa è una domanda che non compete solo a noi medici, probabilmente non vengono non perché il sistema sanitario italiano non è gradito agli altri, forse l'aspetto remunerativo sicuramente non è gradito perché non è competitivo, ma è probabilmente il sistema Italia che non piace. Sistema Italia con tutte le sue complicazioni, ivi compresa la burocrazia estenuante. Faccio un passo indietro allora. Che considerazione volevo fare sulla formazione. Formazione finalizzata a quello che sarà il futuro della professione medica. L'ha detto anche Pieralli *en passant* nel suo intervento, che fra l'altro condivido al 100% su tutti i temi che ha toccato, soprattutto i punti critici. Ecco la nostra formazione purtroppo è legata a schemi passati. Dicevo prima a Pieralli, io su questo mi sono battuto. C'è qui il professor Martinelli che era professore ai tempi in cui io ero presidente del corso di laurea. Il corso di laurea in Medicina e Chirurgia è poco diverso, se qualcuno si diletta di storia della medicina lo va a vedere, poco diverso da com'era ai tempi della riforma Napoleonica. Tre anni preclinica e tre anni clinica. Dopo 200 anni ci troviamo ancora in questa situazione. Tu sai come mi sono battuto per provare a intaccare il triennio pre-clinico spostando un po' indietro l'inizio della formazione clinica, ma, perché in Italia tutto è difficile ? Perché ci siamo noi, ci sono gli italiani, ci sono i professori che poi non sono molto diversi dai cittadini italiani. Ognuno difende i suoi interessi, il professore della materia preclinica difende col coltello fra i denti i crediti della sua materia perché su quelli misura la sua importanza, il suo prestigio eccetera eccetera. Allora, formazione che è vecchia e non riusciamo a svecchiare. A fianco di questo però c'è un altro problema, che non so se è stato considerato, chiedo scusa a Giancarlo e voi tutti se non stato presente tutta la mattinata, che è il problema della formazione delle professioni sanitarie. Cosa relativamente nuova, perché una volta c'erano i vecchi diplomi, poi erano pochi l'infermiere, l'ostetrica, il tecnico di radiologia. Allora con l'introduzione, questo problema che ho toccato con mano come presidente della Scuola di Medicina e mi sono reso conto delle incongruenze che sono alla base, forse, di tante conflittualità con le quali oggi noi ci confrontiamo. Queste lauree triennali delle professioni sanitarie, tanto per cominciare sono lauree, per cui già questo instilla nella mente di chi le acquisisce delle velleità che probabilmente prima non aveva. C'è poi tutto l'aspetto, che ha sottolineato Pieralli, della facilitazione dell'accesso al mondo del lavoro e della rapidità con cui questi possono accedere al mondo del lavoro, però il problema non è tutto lì. Il problema è il contenuto della formazione di queste lauree triennali e come questo contenuto viene declinato, e chi fornisce questo insegnamento. Allora se andiamo a guardare sarebbe un'operazione utile, che secondo me gli Ordini dei medici dovrebbero fare. Andiamo a guardare quali sono gli esami, quali sono le pratiche professionalizzanti che nel corso dei tre anni in questi corsi di laurea vengono svolti, ci renderemo conto che lì nasce il problema della conflittualità tra le competenze. Competenze dell'atto medico rispetto alle competenze di tante professioni sanitarie. Su questo punto poi c'è l'altra cosa che avevo accennato all'inizio, il contesto internazionale. Il contesto internazionale in questo caso ci confonde ancora di più, perché in effetti, mi riferisco soprattutto all'esperienza inglese, però anche in Germania, per non parlare degli Stati Uniti. Queste figure professionali, non mediche, hanno competenze che noi in Italia non ci sogniamo neanche di concedere loro. Cito soltanto un esempio che conosco bene di persone, chi mi conosce sa che in questo caso ho la massima competenza possibile, quello dell'ecografia. Allora, voi sapete che ecografia, in campo ecografico, nei paesi di scuola anglosassone, soprattutto

Inghilterra, Stati Uniti, Canada, Australia, Nuova Zelanda e così via, l'ecografia non viene fatta dal medico, viene fatta dal sonographer, per i quali hanno delle scuole particolari. Il medico cosa fa, guarda le immagini che il sonographer gli fornisce, alla stregua di quello che viene fatto in radiologia, dove le macchine vengono manovrati dal tecnico e il radiologo interpreta, senza tener conto peraltro che l'ecografia è completamente diversa, è operatore dipendente. Ma adesso non voglio dire che questo sistema sia del tutto errato, per fortuna nei paesi latini e in gran parte dei paesi del mondo, Asia compresa, Giappone, Cina, questo non viene accettato e l'ecografia viene eseguita dal medico. Però per sottolineare come anche l'ambito d'azione delle professioni sanitarie può essere quanto mai diverso da paese a paese. Però torno sul punto della formazione, lì nasce il problema perché, a queste figure professionali, viene dato un insegnamento che li induce a esorbitare da quella che dovrebbe essere la loro sfera di azione propriamente detta, che dovrebbe trovare un confine nella definizione dell'atto medico. E perché succede questo? Cari amici, succede questo perché a insegnare in questi corsi, e a instillare queste idee, siamo noi medici, perché più della metà dei docenti dei corsi delle professioni sanitarie sono medici, che vanno lì a raccontare le loro cose, e questi poveri ragazzi che fanno chi l'infermiere, chi il fisioterapista, chi l'ostetrica e così via, sentono dei medici che gli raccontano facciamo così, facciamo la, gli insegnano le malattie, gli insegnano la diagnosi, e allora siamo capaci anche noi. Allora facciamo una rimeditazione su come deve essere fatto questo insegnamento, e come devono essere definite le competenze. Questo è il primo passo. Però cerchiamo di guardare un attimo anche al futuro cercando di capire com'è il contesto internazionale, perché non possiamo arroccarci sempre su posizioni difensive. Ci sono certe cose che possono essere logiche, e che nulla tolgono alla professionalità del medico, altre cose che sono inaccettabili. Ultimo punto sul futuro. Se n'è già parlato, però ci tengo a sottolinearlo perché anche nella mia ultima lezione quando mi è stato chiesto ma quale pensi che sarà la più grande innovazione del futuro, mi sembra che sia ovvio per tutti noi, non è il nuovo farmaco miracoloso per il cancro o non so che cosa, è l'intelligenza artificiale. È un fenomeno che sta entrando silenziosamente nella pratica medica, non si farà una rivoluzione da un giorno all'altro, ma si infiltra piano piano e diventa ineludibile ineluttabile. L'intelligenza artificiale sia dal punto di vista diagnostico, che nel suo versante pratico che poi è la robotica, cambia sicuramente l'atto medico, perché il processo di diagnosi può essere facilitato o supportato, come si dice. L'atto chirurgico, qualunque pratica manuale può essere facilitata o guidata, e anche questo può indurre, in altre figure professionali, questa facilitazione può indurre il desiderio di esorbitare dal proprio campo. Allora secondo me, signori, la grande sfida del futuro è che i medici sappiano governare questa conquista incredibile che è l'intelligenza artificiale e la robotica. Non è facile, perché poi su questo versante c'è da temere anche che queste stesse tecnologie poi dopo ci superino, e ci prendano la mano. Questi sono aspetti che alcuni visionari del futuro già profetizzano. Però governare queste nuove tecnologie ed essere i primi a governarle è la sfida del futuro, è questo il punto fondamentale con cui io vedo la professione del futuro. Tenendo conto che noi abbiamo, anche su questo versante, e queste sono le due cose più importanti che stamattina sono state dette, su cui il medico può continuare a contare, per tenere il coltello dalla parte del manico, la responsabilità e l'empatia. Allora, alla fine dei conti, ci potrà essere il Dottor Watson o il dottor Google che fanno la diagnosi. Però non può essere qualcosa di impersonale che fa la diagnosi, può essere il dottor Google o il dottor Watson, o gli altri sistemi, però alla fine ci vuole sempre una persona che si assume la responsabilità, nel bene e nel male, di fronte alla legge di fronte ai cittadini, di fronte alla morale, di fronte alla religione e tutto quanto. E questo non può essere che il medico. Le altre figure professionali hanno più timore nell'assumersi queste responsabilità. Il discorso dell'empatia, che ovviamente non può essere sviluppato con i sistemi di intelligenza artificiale o con la robotica, è un'altra cosa su cui il medico deve contare, però attenzione, sul problema dell'empatia le professioni sanitarie possono giocare delle carte importanti. Vi lascio con queste due meditazioni da fare. Grazie.

Dott. Pizza:

Grazie a te. c'è l'ultimo intervento quello del dottor Bondi che è medico odontoiatra, presidente della commissione CAO del nostro Ordine, che ci racconterà quello che vuole sugli argomenti che sono in discussione. Poi comincia la discussione. Quindi abbiamo tempo, per cui alla fine, guardando il programma la discussione doveva cominciare alle 16:50 siamo alle 16:15, siamo ampiamente in tempo e avremo possibilità di ascoltare poi le conclusioni, che non saranno le mie, ma saranno del presidente Anelli e, soprattutto, di Ivan Cavicchi.

Dott. Bondi:

Grazie Giancarlo della parola. Innanzitutto mi voglio scusare con voi. Oggi sono febbricitante, dirò qualche stupidaggine e la voce è quella che è. Di buono c'è però che cercherò di essere breve, più breve possibile. Parliamo di medico del futuro e anche di odontoiatria del futuro, e voglio presentarvi, anzitutto per avere la possibilità di cominciare a discutere su alcune cose, il settore odontoiatrico. Quindi che cos'è il nostro settore. La moderna professione odontoiatrica nasce nel 1980 con decreto del Presidente della Repubblica che ha istituito il corso di laurea di odontoiatria e protesi dentaria. Alcuni anni dopo, cinque anni dopo, la legge 409 che istituisce la nostra professione, ha creato in seno all'Ordine dei Medici Chirurghi il nuovo albo che in quel momento è diventato albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Com'è composta, com'è fatta la professione nostra degli odontoiatri. Innanzitutto sono più di 62mila iscritti agli Ordini ma è una professione vecchia. Un 53% ha più di 55 anni, 11mila sono gli over 65. I giovani, under 35, sono pochi 13%. Cresce il numero dei camici rosa. Le odontoiatre fino a 34 anni sono il 43%. Calano ovviamente i doppi iscritti. La cosa particolare è che chi lascia la professione in questo momento, il numero di quelli che lasciano la professione più o meno è compatibile con quelli che, invece, rientrano in Italia. Perché sono circa il 40% dei laureati all'estero, cioè i laureati all'estero, gli italiani che si laureano all'estero, in odontoiatria sono il 40% circa di quelli che rientrano e che s'iscrivono al nostro albo. Se guardiamo la proiezione dei pensionandi nei prossimi anni, vediamo che nel 2024, adesso vi risparmio le cifre, c'è una gobba interessante, 2024-2026 c'è il massimo degli iscritti all'Enpam e vi dico che la pensione media, che la quota B in questo momento eroga, è attorno ai 1.000 euro. Quindi significa che molti sono sotto i 1.000 euro. Come sono distribuiti i professionisti rispetto alla popolazione in Italia. Se guardate il grafico è a metà classifica. 78 professionisti per 100.000 abitanti. Peggio di noi sta la Germania, ad esempio, che ne ha 86, però meglio di noi stanno Spagna, Francia e Inghilterra. Una notizia buona, abbiamo anche notizie buone. Ad esempio se valutiamo il livello delle pubblicazioni scientifiche internazionali, vediamo che gli italiani sono molto apprezzati e sono presenti in graduatoria ai primi posti. E infatti l'odontoiatria italiana è riconosciuta in tutto il mondo come un'eccellenza, e questo è un aspetto positivo che dobbiamo sottolineare. Come sono distribuite le prestazioni odontoiatriche. Quali sono i dati più importanti. Ve ne citerò pochi. 3 milioni e mezzo di nostri concittadini non hanno accesso alle cure odontoiatriche, è un dato impressionante. Per problemi soprattutto economici non si fanno curare. Il 90% delle prestazioni sanitarie odontoiatriche è offerto da privati, il 5% da strutture pubbliche in una popolazione che sta diventando sempre più vecchia. I nostri pazienti stanno diventando sempre più vecchi, con quello che significa avere situazioni molto complesse da gestire, situazioni che sono multidisciplinari per patologie e, per esempio, posologie farmacologiche molto complesse anche da valutare. Un altro grafico interessante e abbastanza soddisfacente ci dice che, siamo ben posizionati, meno del 2% dei bambini sotto i 16 anni non ha potuto soddisfare bisogni di cure odontoiatriche. Quindi questo grafico è discreto. Qua invece abbiamo un grafico che ci dice che siamo posizionati male perché il 39% di italiani hanno difficoltà economiche e, comunque, non riescono ad accedere regolarmente alle cure odontoiatriche. Se sommiamo questi ai 3 milioni e mezzo, 3 milioni e seicentomila che non hanno per nulla accesso alle cure odontoiatriche, il quadro non è lusinghiero. Quindi in un'ottica di valutare il futuro della nostra professione, vediamo adesso come sta cambiando, come è già cambiata la nostra professione in questi anni. L'evoluzione delle conoscenze, delle tecnologie, il cambiamento disordinato di aspetti legislativi e amministrativi eccetera, la liberalizzazione delle professioni, l'incidenza della crisi economica ha aperto il nostro settore

a logiche che sono puramente finanziarie, e cioè alla gestione diretta di un'attività protetta da parte di Società di Servizi e di Società Finanziarie. Vediamo in questo grafico quanto aumentino, aumentano del 22-25 fino al 30% l'anno. Però dobbiamo tenere presente che nel nord e nel centro Italia ci sono capitali di lecita provenienza così come si dice l'EURES, ad esempio ndrangheta, società commerciale di servizi. Quindi, abbiamo detto, esercitano la nostra professione con le stesse prerogative che sono riservate per legge agli odontoiatri pur non essendo sottoposti a sorveglianza ordinistica, sono costituite sotto forma di scatole cinesi, esportano all'estero nei paradisi fiscali la parte attiva di quello che producono. Quindi le attività fungono da schermo per esercizi abusivi. Molto facile oggi fare un srl, un abusivo la può fare in 5 minuti dal commercialista. Fatturano prestazioni sanitarie direttamente al paziente come se fossero un medico, e non applicano l'IVA ai servizi che offrono. E anche questa è una cosa particolarmente strana. Siamo inseriti in una situazione dove medici non esercitano la professione in maniera diretta, ma lo fanno, e dove ci sono regole della concorrenza e regole di mercato e di tasse che vengono ovviamente, in un qualche modo, aggirate o eluse. Come fanno a fare questa cosa? Semplice, apro una srl in 5 minuti dal commercialista, si fanno autorizzare. Quindi l'autorizzazione sanitaria regionale viene scambiata per l'abilitazione. Molto semplice, né più né meno, eppure abbiamo visto che la riforma Lorenzin è entrata a rimaneggiare e riformare le professioni sanitarie, dicendo che gli Ordini non solo sono enti pubblici non economici e sussidiari dello Stato, ma che devono tutelare gli interessi pubblici garantiti dall'ordinamento e connessi all'esercizio della professione. E ora devono vigilare e verificare la legittimità, lo svolgimento e la legalità delle attività connesse all'esercizio della professione, ivi comprese quelle in forma societaria e tutti i soggetti giuridici che fatturano direttamente al paziente devono essere iscritti all'albo. Ma questo non avviene. E gli Ordini non hanno neppure la facoltà, la possibilità di vigilare attentamente o di indagare questi fenomeni. E ora vi presento, dal punto di vista economico, che cos'è, che cosa conta il settore odontoiatrico. Possiamo contare in questo settore 190.000 addetti che, considerando le attività indotte diventano 250.000. Il fatturato supera i 10 miliardi di euro e sull'intero sistema economico vale 25-26 miliardi di euro. Stiamo parlando quindi di un settore importante, anche dei numeri economici, che tutti gli anni sforna. Ma è un settore che ha dei problemi, ed è un settore che va ripensato va ripensato come tutta la medicina. È un settore che ha bisogno estremo di nuove regole e intanto dobbiamo pensare di mettere mano di nuovo, di riformare la legge istitutiva, la 409 dell'85 che vi ho detto prima. E dobbiamo cercare, attraverso questa, di stabilire intanto quali sono le competenze dell'odontoiatra e facendo riferimento anche a quello che diranno gli Stati Generali, e cosa sarà quindi la definizione di atto medico, piuttosto che atto odontoiatrico e attraverso un disegno di legge abbiamo bisogno estremo di ridisegnare tutto questo settore. I punti che dovremmo toccare sono semplici' sono anche pochi e però sono sempre gli stessi, sono sempre gli stessi anche i medici, percorsi formativi pre-laurea e post-laurea perché diventeranno sempre più importanti i percorsi formativi post laurea. Dicono che la medicina si rifonda nei propri dati ogni 10 anni, cioè ogni 10 anni è come se partisse da zero. Poi abbiamo bisogno, come ho detto, di un contesto normativo che sia coerente, funzionale. Abbiamo bisogno estremo di cose che funzionino e queste cose devono funzionare soprattutto rispetto all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. La sostenibilità di queste prestazioni sanitarie che abbiamo visto, sono date dal privato. Sono date dal privato al 95%, ma pensate quanto risparmia lo Stato, perché lo Stato sta risparmiando un sacco di soldi, perché non fornisce queste prestazioni, che dovrebbe fornire, e che sono extra LEA (Livelli Essenziali Assistenza). C'è chi si interessa di *megatrend* e di capire come sarà il futuro del mondo. E quindi rispetto a un orizzonte sociale nel quale si indicano 30/50 anni come limite per cambiare i concetti stessi della società. La medicina invece cambierà con un orizzonte di 10/30 anni. E 10/30 anni non so se è un orizzonte, perché 10 anni sono molto molto vicini, molto vicini. Il *Longevity Escape Velocity* dice che ad ogni anno di vita, la scienza sarà in grado di prolungare la vita di oltre un anno e che ci sarà il sopravvento della biotecnologia sulla medicina. Allora se questo avviene tra 10 anni, Ivan, ci dobbiamo spicciare. Dobbiamo ragionare con una logica molto veloce perché i 30/50 anni sarebbero un orizzonte adatto a pensare, ripensare, confrontarci, ma i 10 anni e 30 anni sono dietro l'angolo, sono qui che

arrivano. Quindi come sarà, credo, a mio parere, il medico odontoiatra del futuro. Innanzitutto dovrà privilegiare l'interdisciplinarietà. Negli ultimi anni abbiamo visto che questo aspetto sta in un qualche modo diventando preponderante, l'odontoiatra non sarà più quello che si occupa di curare il dente, ma sarà quello che alla fine dovrà occuparsi di fare diagnosi anche di diabete o anche di Alzheimer, e facendolo come? Ad esempio controllando la placca batterica, in un modo molto semplice, molto veloce, poco costoso. Poco costoso? Dovrà avere altissima specializzazione e ovviamente l'evoluzione tecnologica, l'intelligenza artificiale che il professor Bolondi m'ha detto prima, non è la digitalizzazione quella che ci farà cambiare la nostra vita, sarà l'intelligenza artificiale. Cioè le macchine anche che imparano da sole e che in modo subdolo, come descriveva Lui prima, si affiancheranno al nostro lavoro quotidiano e lo cambieranno completamente. Le competenze cliniche dovranno essere per forza sommate alle competenze extra-cliniche. Non potremo fare a meno di capire che ci sono anche situazioni extra cliniche che vanno governate. Vanno governate dal medico, non vanno governate da personale amministrativo. E poi teamwork, quindi abituarci a lavorare molto di più in team. Come possiamo fare per governare questi cambiamenti, io credo Ivan che dobbiamo ritornare al futuro. Ritornare al futuro, vedete la macchina di un famoso film, pensando che la struttura sanitaria, gli standard clinici non potranno garantire da soli la salute. Cosa voglio dire, non sarà l'ospedale a garantire la salute, come non sarà il tribunale a garantire la giustizia, ma sarà il medico a garantire la salute, attraverso l'etica rinnovata della professione, la centralità del rapporto medico-paziente, alla definizione dell'opus dell'atto medico. E perché no, anche all'innovazione della Costituzione rispetto questi principi che abbiamo detto, visto che l'articolo 32 obbliga uno Stato alla tutela della salute pubblica quindi un ritorno al futuro, forse, forse perché no. E nell'ultima slide vi faccio vedere, lo dicevo prima a Ivan, lo paragonerò a un noto filosofo dei tempi moderni, Tex Willer. Beh, il medico del futuro non potrà essere più solo una brava persona e un buon medico, dovrà essere molto di più, ma dovremmo farlo molto in fretta, Ivan, molto molto in fretta. Diamoci una mossa. Grazie.

Dott. Pizza:

Grazie Corrado. Si apre la discussione. Alzi la mano chi vuole intervenire. Interviene il professor Pier Roberto Dal Monte, gastroenterologo in quiescenza, ed attuale presidente del Comitato Scientifico dell'UNIPOL

Prof. Dal Monte:

Siccome si è parlato molto di medicina pubblica, ritengo che a questo punto, considerando che in Italia almeno un quarto della popolazione è assistita, solo UniSalute ha 8 milioni di assistiti, poi ci sono le RBM, la Generali e via dicendo. Quindi c'è un numero molto elevato anche se molti hanno delle polizze collettive non particolarmente brillanti e via dicendo. Quello che io vorrei esternare è che bisogna fare una partnership tra pubblico e privato, questo per avere dei risparmi per avere una diversa valutazione fra rapporto pubblico e privato anche nella normale attività professionale, perché molti sono convenzionati con le assicurazioni, e questo porterebbe a un risparmio notevolissimo della sanità pubblica stessa, considerando che circa 40 miliardi di euro vengono spesi per l'attività privata. E quindi ritengo che questo deve essere approfondito, deve essere ben studiato, non escludendo l'eventualità di fare delle società in cui il Fascicolo Sanitario diventa non soltanto un Fascicolo Sanitario pubblico ma anche un Fascicolo Sanitario privato.

La laurea effettivamente è una laurea che è vecchia come ha già dimostrato il prof. Bolondi e io ritengo che malgrado si critichi spesso che il medico di medicina generale tende a liberarsi del malato, mandarlo a fare esame, quindi utilizzare soprattutto la tecnica, penso che questo dipende dagli studi di medicina, perché, ritengo, che almeno tre anni si dovrebbero dedicare alla pura medicina. Quindi alle basi della semiotica, della fisiopatologia ed altre cose, e poi si entri subito nella possibilità di fare una specialità. Chi vuole fare il gastroenterologo entra, per almeno un anno, nella gastroenterologia e fa le gastroscopie, chi vuole fare l'ecografista entra in un giro ecografico perché, quello che insegna la mia esperienza di endoscopista, dopo aver fatto migliaia e migliaia di indagini endoscopiche, vi è anche una capacità di collegare il reperto,

che ho visto sempre nella mia vita, a dato clinico e questo mi ha facilitato moltissimo nella attività. Salvo anche il fatto che avendo ormai le possibilità di fotografare e di registrare si possa rivedere con il paziente è consultandosi eventualmente col collega che ha fatto l'esame manualmente, portare avanti il discorso. Grazie

Dott. Pizza:

Grazie. Prosegue la discussione il dottor Maurizio Benato che è stato vicepresidente del Comitato centrale della FNOMCeO per nove anni, presidente dell'Ordine dei Medici di Padova.

Dott. Benato:

le tesi di Ivan Cavicchi, 100. Almeno le prime 30 ripetono un mantra costante. Dice che è una critica all'epistemologia positiva, diremo, della medicina e in pratica più volte naturalmente lui ritorna dicendo che, qui me lo sono scritto, che agli occhi di un medico rispetto a un malato è scientificamente vero solo quello che dipende da come si conosce un malato, da chi conosce questo malato, dal contesto in cui si conosce. Quindi la critica a questo canone positivista che regge ancora la conoscenza. E qui bisognerebbe però, a un certo punto, non cercare di buttare via il bambino con l'acqua sporca, perché il canone positivo è, diremo, alla base come dire della Conoscenza scientifica. E quindi quando parliamo di conoscenza dobbiamo essere un po' didascalici, dividere la conoscenza legata al metodo positivo, al metodo scientifico, dalla conoscenza clinica. Un conto è la conoscenza scientifica che evidentemente obbedisce a una determinata legge, pesca naturalmente nelle scienze biologiche, e un conto naturalmente è la medicina clinica, cioè il contesto in cui queste nozioni, diciamo prodotte dalla Conoscenza scientifica poi vengono applicate al malato. Se non siamo chiari su quest'aspetto evidentemente facciamo grande grande confusione e tra l'altro volevo ricordare, sempre al professor Cavicchi, che è la stessa medicina scientifica che per prima ha definito diciamo la complessità della materia su cui naturalmente noi medici lavoriamo. Le Scienze post-genomiche naturalmente ci danno l'idea, la trascrittomica la metabolomica, ci danno l'idea naturalmente che ognuno di noi è un'unità irripetibile. Si è parlato di precision medicine cioè, in pratica, ho un tumore sì, è una leucemia linfatica e leucemia linfatica in quel determinato paziente, con quella determinata evoluzione, per cui occorrerebbe, come dire, una modifica continua tra l'altro della terapia focalizzata su questo paziente. Quindi cerchiamo di suddividere bene naturalmente le cose, non mischiare le due entità, conoscenza clinica e conoscenza medica, e questo sicuramente richiama allora un concetto di formazione, perché nell'ambito della formazione medica, io vorrei naturalmente qui chiedere ai miei colleghi, non dico più anziani perché anch'io ormai appartengo a questa categoria, vi siete mai chiesti concetti come, fatto, oggettività, ipotesi, teoria, legge, prova, controprova, verifica, conferma, falsificazione, osservazione, probabilità, a quanti di voi è stato dato un significato di tutti questi termini, eppure rappresentano l'ossatura del modo di pensare di un medico, è l'ossatura che probabilmente l'Università non ha dato in passato, né sta dando in questo momento. E se la desse evidentemente arriveremo quindi a delle conclusioni che probabilmente sarebbero diverse da quelle che a un certo punto ci troviamo di fronte tutti i giorni.

Dott. Pizza:

Grazie al dottor Benato. Qualche altro intervento? Prego, Pier Paolo Dal Monte,

Dott. Pier Paolo Dal Monte:

Ci conosciamo bene e la pensiamo in modo straordinariamente simile con Ivan Cavicchi, e ho apprezzato particolarmente lo schema in cui sono state scritte, secondo il quale sono state scritte, queste tesi, perché, diciamo, lo trovo uno schema aristotelico. Ecco, per meditare su quale sia lo statuto della medicina secondo me dobbiamo tornare alle categorie aristoteliche, ossia, quello che è sempre stato pensato ed è molto evidente nel dibattito sulla scienza, di questi ultimi mesi, è che la medicina sia una *téchne* (τέχνη) o *ars* in latino che è ciò che è applicato alla *poiesis* (ποίησις) ovvero l'arte di costruzione ovvero noi, considerando la medicina una *téchne* (τέχνη) consideriamo il paziente un materiale su cui agire. Essendo

invece, come Ivan ha più volte scritto non solo nelle tesi ma anche su altri scritti, una meta-conoscenza diciamo, non è possibile applicare a una meta conoscenza una tecnica. Mi spiego meglio. La medicina è un assieme di scienze che va dalle scienze di base come la fisica e la chimica o la biologia o la biochimica, fino a la pratica clinica che è la semeiotica. Quindi una questione di semantica. Tornando ad Aristotele non è possibile considerare la medicina una tecné ma una praxis. Una praxis è l'attività relazionale degli uomini, quello che si svolgeva nella Polis, la medicina come metà conoscenza è molto più simile all'attività relazionale degli uomini ed è molto più simile all'attività delle Scienze quando vengono calate nella politica. Cioè vi sono delle branche attuali che si chiamano "post normal science" che studiano l'applicazione delle leggi nel contesto politico. Diciamo la medicina per quale motivo è così dipendente dalla politica? Perché abbiamo un Servizio Sanitario Nazionale. Se la medicina fosse completamente privatistica sarebbe una questione di patto. Non sarebbe una questione pattizia, il patto fra il paziente e il medico. Essendo inserita in un Sistema Sanitario Nazionale è soggetto ad alcune norme politiche che sono state molto evidenziate, cioè il dover, ad esempio, tener conto dei costi. Ecco, un'altra cosa che è meno evidente ma, so benissimo che Cavicchi l'ha pensata, e perché è stata scritta in altri articoli, è la metafora alla quale noi ci riferiamo. Il dibattito un po' ridicolo sulla scienza, che c'è stato e c'è negli ultimi mesi, è una questione anche di considerare una metafora. Cioè la scienza, diciamo la scienza cartesiana è semplicemente una metafora per definire la nostra conoscenza, e qual è la metafora adottata nella medicina cartesiana? È la metafora bellica. Ovvero certi agenti aggrediscono una condizione di salute che diventa una condizione di malattia. La metafora, ad esempio, invece adottata nelle cosiddette medicine non convenzionali è la metafora dell'equilibrio disequilibrio, ed è quella che il paziente avverte maggiormente, perché il paziente non avverte l'aggressione dei batteri o delle cellule cancerose, il paziente avverte un disagio e una malattia, quindi un disordine, per cui noi dobbiamo stare particolarmente attenti a vivere e a modificare la medicina proprio in questo senso, di mettere a conoscenza, malamente a conoscenza, diventa giocoforza un fenomeno relazionale. Negli ultimi anni si tende sempre più a considerare il tempo del colloquio col paziente come tempo di cura. Perché il paziente, non dimentichiamoci, non è solo un pezzo di carne sul quale noi dobbiamo agire. È un essere complesso che ha anche delle determinanti psichiche, delle determinanti emotive, delle determinanti di valore, per cui secondo me è necessario, e sono molto contento che queste tesi siano state così esaustive, così puntiformemente precisate, perché secondo me è proprio necessario rivedere tutta la nostra professione, anche per non divenire schiavi di alcuni dettami politici. Io sono stato recentemente a una audizione del Senato sul Ddl 770, ho detto sì, dico mi sta bene che certe decisioni siano demandate ai tecnici, ma non dimentichiamo che una decisione di sanità pubblica è meramente politica. Così non dimentichiamo che noi potremmo trovarci a un certo punto nel dover rispondere, e con le linee guida siamo già molto a quel livello, dover rispondere ad una scienza che è stata così definita politicamente. Grazie.

Dott. Pizza:

Prego, allora il dottor Francesco Giallombardo, medico odontoiatra, poi c'è la dottoressa Bovina, 5 minuti a testa, mi raccomando.

Dott. Giallombardo:

Come odontoiatra credevo che la nostra professione fosse in crisi, mi sono reso conto che la medicina lo è molto di più. Noi siamo stati abituati, come liberi professionisti - io sono libero professionista puro per scelta - siamo stati abituati a fare i conti e anche questo deve essere fatto nella medicina. Io oggi ho sentito parlare tanto di maggior tempo da dedicare al paziente, e tante di quelle motivazioni che portano a salvare il rapporto medico-paziente che è sacro, però bisogna fare i conti, e in questo entrerà la politica. Questo vuol dire scegliere se cambiare le luci nella strada o investire di più nella sanità. Ed è questo il messaggio che deve uscire. Noi manchiamo di comunicazione. Dicono tutti che la sanità la cosa più importante, ma nessuno dice che la sanità costa. Si pensa tutti che la sanità sia un fatto gratuito, non è così, costa e tanto e dobbiamo essere coscienti di questo, Quindi dobbiamo essere dei buoni

comunicatori, dobbiamo spiegare queste cose. Altro punto secondo me molto importante. Io ho studiato medicina, e conosciuto proprio il professor Dal Monte, mi è venuto in mente prima che mi ha dato un libro che ho ancora, suo, firmato da lui quando ero studente. Noi dobbiamo accompagnare il paziente durante tutta la sua vita, che parte dalla nascita e finisce con la morte. Noi dobbiamo parlare di morte. Dobbiamo parlare che cos'è l'eutanasia. Questi sono problemi che velatamente vengono, così, accennati, ma non vengono affrontati. Questo sarà una delle problematiche del futuro. Noi con le cure, le possibilità che abbiamo di cure, a chi facciamo scegliere fino a dove si deve spingere una cura, sono problematiche secondo me estremamente importanti. Le linee guida. Altro problema, sì e che ci dà molto fastidio, in parte ci tutelano, il più delle volte ci creano delle problematiche, almeno personalmente, perché non mi permettono di fare quello che ritengo giusto col paziente. E io ho tenuto il servizio di odontoiatria per una casa di cura, non a Bologna, per vari anni e l'ho abbandonato quando mi sono scontrato con il nuovo direttore sanitario e amministrativo che imponevano delle regole mercantili, di mercato. Dobbiamo difenderci da questo, dobbiamo sapere che noi non vendiamo dei prodotti. Questo è un problema odontoiatrico molto grande. Vedete tutti le pubblicità che vengono fatte e come la scienza della comunicazione venga usata invece come scienza della manipolazione. Viene manipolato l'individuo più debole, quello che ha meno cultura per cui verrà imbrogliato da centri, centri *low cost* e odontoiatria all'estero. Questa è una serie di problemi che abbiamo visto. I miei cinque minuti sono finiti e ritengo anche, questa è sempre stata una mia affermazione, che la facoltà di medicina, prima di tutto, deve essere una facoltà che prepara la persona dal punto di vista umanistico. Se non comunichi non curi. È inutile che ci giriamo intorno. Poi abbiamo l'obbligo anche di una grossa componente scientifica.

Dott.ssa Bovina:

Grazie dottor Cavicchi perché ho sempre la sensazione che lei faccia sgranchiare il cervello. Ho sentito molti interventi oggi di grande importanza e spessore. Io lavoro soprattutto con i pazienti privatamente, lavoro molto sulla clinica, ho lavorato come medico di famiglia che era la mia vocazione, poi sono entrata nel privato per un discorso che ho sentito dire anche oggi, cioè è molto difficile fare il medico in un contesto pubblico, seppur convenzionato, quando ti vengono a dire il tempo che devi stare con un paziente. Io mi sono sempre chiesta dove comincia il rapporto di fiducia con un medico. Noi siamo abituati avere pazienti che si affidano a noi. A me è capitata l'esperienza personale di fare io il paziente. Allora noi ci poniamo sempre come medici con i colleghi, quindi siamo sempre coinvolti nelle scelte, ma ho capito che non andava bene. Alla fine ho scelto un medico che ha visto tutti gli esami, non ha parlato molto eh, però ho capito che lui stava esaminando attentamente quella che era la mia situazione. E io ho sentito in quel momento che lui avrebbe fatto il meglio per me. Ve lo dico come medico, perché fare il paziente è un privilegio, cioè affidarsi completamente a qualcuno vuol dire fai di me quello che vuoi, so che farai bene. Ho fatto un intervento che non pensavo che si potesse fare. Rompo il segreto professionale, mi sono fatta fare due anche, tutte e due insieme.....quindi importava che la persona ha bisogno di sentirsi ascoltata in quello che è il suo problema, poi se c'è una parola in più va bene. Però il fatto che questo aumenta quella che poi si dice la *compliance* del paziente, diciamo semplicemente questo, che quando noi ascoltiamo un paziente, il paziente sente che l'ascoltiamo, noi possiamo anche pensare, e il paziente non pensa che siamo incerti, pensa semplicemente che il suo caso è effettivamente unico, come ogni paziente è unico. Ecco io ho semplicemente voluto portare la mia esperienza di paziente perché è questo che mi ha aperto gli occhi sulla fiducia.

Dott. Pizza:

Ornella Mancini consigliere dell'Ordine dei Medici di Venezia

Dott.ssa Ornella Mancin:

Grazie dottor Pizza per avermi permesso di essere qui presente oggi e grazie al nostro presidente Anelli che finalmente ha fatto partire questi Stati Generali e ha messo al primo piano

la questione medica. E grazie al professor Cavicchi che ci ha donato queste tesi su cui noi possiamo discutere. Ecco quello che volevo presentare oggi qui è solo l'esperienza che stiamo facendo a Venezia. Allora, a Venezia l'Ordine dei Medici è da una fondazione che è la fondazione Ars Medica che rappresenta un po' il braccio operativo diciamo, del Consiglio dell'Ordine e la fondazione Ars Medica da diversi anni ha cominciato un progetto di lavoro insieme al Dipartimento di Filosofia di Ca' Foscari. Siccome la nostra professione è una professione che è partita da lì, dalle radici diciamo un po' più umanistiche, noi ormai da diversi anni abbiamo pensato che lì dovevamo ritrovare un po' di radici della nostra scelta, della nostra vocazione, del nostro essere medico. Perché questo tema della questione medica che adesso è diventato così, momento importante per tutti, noi abbiamo cominciato ad affrontarlo ormai da quattro o cinque anni insieme ai filosofi e abbiamo già fatto un percorso che ha toccato alcune delle macro-aree che ci ha presentato il professor Cavicchi, per esempio quella della comunicazione, quello del rapporto della medicina con il potere economico e quello della tecnica. Abbiamo avuto alcuni eventi in dottorati come "medicina meccanica". La nostra modalità, allora noi abbiamo capito che in questo momento che si parla di questioni mediche, sono partiti gli Stati Generali al momento in cui con i filosofi dovevamo affrontare queste tesi insieme. Per avere anche uno sguardo esterno, uno sguardo di chi ci guarda, guarda il medico con una modalità diversa da come siamo abituati a guardare noi alla professione, e che ci può aiutare a cogliere alcuni aspetti della professione stessa. Com'è che avviene questo percorso con il quale noi vogliamo anche dare un contributo, spero positivo, agli Stati Generali? Noi abbiamo organizzato un percorso attualmente di quattro tappe che poi, se riusciamo, ripeteremo dopo l'estate altre quattro che abbiamo chiamato "i mercoledì filosofici", e abbiamo costituito un gruppo di lavoro. Il gruppo di lavoro è fatto da medici, ovviamente medici disposti a leggere le tesi del prof. Cavicchi ed eventualmente anche di consultare i testi che noi abbiamo come atti dei convegni che abbiamo già fatto, con cui abbiamo affrontato alcune delle tematiche. Praticamente in questi quattro mercoledì filosofici affrontiamo alcune delle macroaree. Noi abbiamo diviso praticamente i mercoledì filosofici in quattro parti con questi quattro titoli. La prima è dedicata all'analisi epistemologica, quindi praticamente alla revisione del pensiero del paradigma positivista. La seconda è dedicata alla comunicazione, quindi alla relazione medico-paziente, medico-medico, i nuovi linguaggi comunicativi, il consenso informato. La terza dedicata all'orientamento, quindi la nuova figura del medico, alla medicina della scelta, l'autore, l'esigente, il medico, la tecnologia. La quarta al condizionamento. Clinica e cultura, il medico e la sostenibilità, il medico e l'azienda. Al termine di questo percorso, all'interno di questi gruppi dei mercoledì filosofici, ovviamente la discussione è fatta tra medici e filosofi. Abbiamo due professori universitari di Ca' Foscari, il professor Luigi Tarca e il prof. Fabrizio Turoldo che ci seguono e poi altri giovani filosofi dottorandi, che frequentano, che vengono nel gruppo, e poi un gruppo di medici motivati. Abbiamo cercato anche di introdurre giovani medici, e al termine noi vorremmo arrivare a un convegno in cui quello che abbiamo discusso verrà portato poi alla disposizione anche degli altri, cioè aperto praticamente a tutti i medici che vorranno essere presenti al convegno. Speriamo che questo lavoro di questo percorso possa dare un contributo positivo, diciamo, ecco, agli Stati Generali. Se riusciamo poi, e il tempo ce lo permette, faremo una nuova edizione, praticamente a settembre per portare poi altre riflessioni. Grazie

Dott. Pizza:

Grazie dottoressa Mancin. C'erano altri due interventi di 5 minuti l'uno. Prego. Puoi dire come ti chiami al pubblico.

Dott. Valeri:

Sono il dottor Valeri, sono un medico nutrizionista e sono anche un omeopata. Allora alcune osservazioni di vario tipo, anzi esperto di miopatie. Sul problema dell'economicismo, parliamo di amministratori di varie aziende, quelli che si chiamano "ammazza aziende", che è molto semplice come tecnica. Loro sono, diciamo, assunti in media per tre anni, ottengono dei risultati economici brillanti, per esempio fanno risparmiare molti soldi. In base al fatto che

ottengono risultati brillanti come bilancio, hanno delle ottime credenziali quindi, per esempio, dopo cambiano settore, vanno, no so, in un altro settore e dopo pochi anni l'azienda in cui sono occupati fallisce per il semplice motivo che hanno fatto dei risparmi talmente elevati che l'azienda non può più andare avanti. Quindi bisognerebbe, sostanzialmente quando si parla di risparmio in sanità mettere, come in oncologia, facciamo la metafora a 10 anni. Cioè tu qualsiasi cosa che tu dici, invece che scopriamo di situazioni croniche, malattie croniche, ecc., dopo 10 anni devi avere dei risultati positivi. Se invece riproduci semplicemente dopo 2/3 anni, sono irrilevanti. Guardate che molto spesso in medicina, facciamo un esempio clinico, l'utilità dei bifosfonati. Gli studi ci dicono dopo due anni, che si riduce il 50% delle fratture, ma dopo 5 anni lo scenario cambia completamente. Quindi introduciamo la variabile "tempo" nella valutazione dei risparmi economici, e quindi secondo me sembra estremamente interessante. Prima riflessione. Secondo punto. La ridefinizione del paziente. A me è piaciuto molto quando Cavicchi dice esigente. Si sono esigenti vogliono sapere più, vogliono avere di più. Paziente impaziente. Allora io ho provato a pensare, proprio come idea, un nuovo concetto di paziente. E a me è venuto in mente in inglese, ma perché in italiano non viene bene, *helpsecurity* cioè una persona che cerca la salute. E la cerca veramente, non solo come tempo fa che si chiedeva ai parenti, agli amici, quello è un medico bravo, non bravo, adesso vanno su internet e cercano. E quando trovano fanno anche da soli, anche in maniera sbagliata, e quando non trovano a questo punto vanno anche dal medico e il medico potrebbe, a questo punto, aiutare la loro ricerca, non vedere la ricerca come un nemico. Io per esempio ai miei pazienti, un po' sgaggi come li chiamo io, cioè quelli che hanno scuola media superiore e masticano un po' di inglese, e mi dicono che ha cercato una certa cosa, gli dico ha fatto bene, ma guarda vieni qua, ti faccio vedere FarMed, mettiamo assieme qualche parola, ti faccio vedere come puoi fare una ricerca, per te utile, su FarMed, e a questo punto si rende immediatamente conto che, se le statine fanno bene o fanno male, si apre un mondo e alcune riviste dicono che fanno benissimo, altre sono un po' incerte, e altre dicono fanno anche male. E quindi l'idea che c'è una scienza unica, e che tutta la scienza dica esattamente la stessa cosa viene immediatamente, diciamo, eliminata. Quindi cerchiamo di avere anche una nuova idea di pazienti, una nuova definizione in cui anche l'uso delle banche dati, sia visto come risorsa e non come minaccia dal medico, secondo me è possibile. Infine sul discorso dell'efficacia. Efficacia è una parola che è stata iperdominante nel dibattito medico almeno gli ultimi 10/15 anni, dopo l'introduzione dell'*Evidence Based Medicine*. Adesso qua però si parla di empatia. Io avrei una proposta di efficacia dell'intervento sanitario. Che quello concretamente che fa il medico per modificare se possibile il decorso di una malattia. Fatti di due parti, da una parte l'efficacia della terapia, che è valutata una maniera tradizionale, ma però d'altra parte l'efficacia dell'empatia. Perché se non c'è empatia non c'è neanche efficacia della terapia. E noi dobbiamo quindi avere dei parametri per vedere se in un rapporto medico-paziente si è stabilita l'empatia o no, e cominciare a definire come può essere. E su questo c'è qualche studio iniziale, per esempio comincia a essere dimostrato che ove c'è empatia a vari livelli, anche dipartimento di emergenza, fra medico e paziente e personale sanitario magicamente il numero del diciamo del contenzioso medico-legale anche di violenza di vario tipo diminuisce. Quindi non possiamo continuare a parlare di efficacia del farmaco, e basta, e slegarlo completamente sempre da una valutazione dell'efficacia rapporto medico paziente che non è una cosa così, ma deve essere imparata, sperimentata e anche professionalizzata. Grazie.

Dott. Pizza:

Grazie dottor Valeri. Dottor Raffaele Galano, consigliere dell'Ordine dei Medici di Salerno, prego, 5 minuti.

Dottor Galano:

Un doveroso ringraziamento come Ordine di Salerno per l'invito, ringraziamento anche da parte del nostro presidente che non è potuto intervenire e anche da parte del dottor Ravera che purtroppo è dovuto andare via. Sono tanti gli spunti in questo convegno interessantissimo. Qualche breve riferimento a quella che è stata la carrellata, almeno su quello che adesso mi

ricordo. Uno degli aspetti fondamentali è il discorso della relazione. Su questo penso che, continuando anche sull'intervento del collega precedente, forse noi medici non siamo tanto preparati. Anche i nostri studi, sicuramente i miei non lo erano, ma penso che ancora oggi non siamo ancora indirizzati e ci sono tante cose che dovremmo imparare proprio dal punto di vista tecnico, oltre che, forse, e soprattutto questo riguarda noi un po' più anziani, passarci una mano sulla coscienza perché devo dire la verità, nessuno di noi ha fatto un po' di autocritica. Da parte di tutti i colleghi vedo che tutti si sentono preparati a quello che è il rapporto con il paziente. Però poi abbiamo visto che da "Cittadinanza attiva" l'empatia, l'ascolto, e siamo sempre lì. È il discorso della relazione, un po' è dovuta a questi tempi che ci hanno costretto a dover utilizzare, e secondo me dobbiamo riappropriarci di questo. Non voglio fare un passaggio per quanto riguarda il SUMAI (sindacato unico medicina ambulatoriale italiana), ma quello che ha ottenuto il SUMAI del Lazio, la dove ha messo un punto fermo ha detto che il medico deve poter gestire e dire qual è il tempo e non l'amministrazione regionale e ha fatto ritirare il tempario. Mi sembra la strada da percorrere. E su questo bisogna dare atto al nostro nuovo presidente che con gli Stati Generali penso, questo dobbiamo fare. E sul discorso però della relazione io penso che dobbiamo fare un passo avanti, per quanto riguarda, oltre che al tempo, all'attenzione a sviluppare le tecniche per poter entrare in rapporto con il paziente. E questo devo dire anche per quanto riguarda il consenso informato. Io sono medico legale, su questo quindi sono particolarmente attento, anche negli interventi dei colleghi oncologi, in particolare del professore Maestri, che ha fatto un bellissimo intervento, però anche lui ha mostrato un tipo di fastidio quando ha parlato del consenso informato, come qualche cosa che si subisce. Ma se entriamo nell'ottica della relazione, in cui noi cerchiamo un rapporto nuovo con un paziente, che sarà anche esigente ma non sempre è esigente, perché anche la collega ha detto ci sta anche quello che si vuole affidare, però la disponibilità a darla, non bisogna subirla perché il medico non vuole dire niente, è tecnicamente bravo e io mi affido. Perché poi dopo, alla fine, se il risultato non è positivo, comunque poi può darsi che ci sta la rivalsa. Nel mentre invece noi abbiamo ottenuto il rapporto e abbiamo dato questa possibilità di scegliere, consapevolmente, al paziente che si vedrà posto in una posizione quasi da pari, dovremo poi ottenere, anche perché questa responsabilità viene un po' spalmata, cioè il medico diminuisce la quota di responsabilità perché la dovrebbe condividere con il paziente, nel momento in cui il consenso informato non è quell'atto formale. Per quanto riguarda le linee guida, facciamo attenzione, perché le linee guida, è vero che ci sono delle sentenze molto interessanti. Ne ho parlato in un convegno, però molto spesso i giudici stanno aspettando queste linee guida perché capitemi un poco prima erano affidati ai medici legali o ai cosiddetti consulenti, perché a volte non erano nemmeno medico legali. È molto interessante il fatto dell'associazionismo, dell'associazione col medico specialista, però la linea guida può essere negativa se il giudice si affida a quella e non c'è nessun tecnico che gli dice guarda in questo caso non andava applicata, mentre invece ci stanno i giudici che vi diranno, vabbè hai usato la linea guida ma non ti esime, perché ci sta il discorso del caso concreto. Quindi non ci assicurerà nulla di più secondo me. Grazie.

Dott. Pizza:

professor Cavicchi per le conclusioni.

Prof. Ivan Cavicchi:

Allora eravamo io e Filippo Anelli molto curiosi di fare questo convegno, perché è il primo che abbiamo fatto per provare un po' l'impatto delle tesi, il dibattito e ci interessava capire un po' la tendenza e ci siamo scambiati delle idee. Ed entrambi ci dichiariamo molto soddisfatti. Un dibattito del genere è difficile trovarlo da qualche parte, lo devi provocare così. Dibattiti come questi non sono mai stati fatti. Questo è indicativo diciamo di un cambiamento. Ci interessavano soprattutto due cose, capire se le nostre tesi erano, come dire, interpreti di una realtà, e dopo l'intervento di MirKa io credo che la risposta sia affermativa, abbiamo descritto esattamente la realtà che tu hai descritto insieme ad altri colleghi, e questo è già importante. L'altra cosa era capire se le proposte, le famose tesi, come dire, erano legittime erano

plausibili, perché tu puoi sparare alto, basso, ma poi.... e da quello che abbiamo capito dai vostri interventi, sono plausibili. Nel senso che i vostri interventi hanno confermato la necessità di produrre un pensiero, sostanzialmente. Vorrei semplicemente dirvi che l'impresa nella quale ci siamo tutti messi non è un'impresa semplicissima. Cioè ripensare il medico, ripensare una professione, non è che tu fermi le macchine, il gioco, e dici aspetta che adesso ripenso il medico e poi torno a curarti. È una di quelle imprese che la devi fare in corso d'opera, un po' come quella metafora di qualcuno che diceva che la barca la ripari mentre navighi, non puoi tirarla in secco. E già questa è una difficoltà. È una difficoltà che ci fa fare una valutazione sui tempi, noi non ragioniamo con tempi brevi, noi non ragioniamo rispetto ai cambiamenti che auspichiamo, noi ragioniamo con dei tempi addirittura transgenerazionali, nel senso che, io credo, che noi che siamo qui sicuramente abbiamo il dovere di fare la nostra parte, ma per quanto faremo la nostra parte ci dovrà essere qualcun altro che dopo la continua, tira avanti, perché sono ripensamenti, quelli dei paradigmi, complessi, molto impegnativi insomma, non lo fai in pochi anni, sono transizioni complesse, ecco. E credo che questa idea insomma debba un po' farci capire, io la sento molto, emotivamente la sento molto l'importanza di questo momento storico, cioè quando ci penso sopra mi viene in mente che, grosso modo, molto grosso modo, si sta ripetendo a un secolo poco più di distanza, quello che è accaduto un secolo poco più, l'ultimo secolo. Cosa è successo l'ultimo secolo, che abbiamo fatto un cambiamento paradigmatico, cioè siamo diventati una medicina scientifica. Ma per diventare una medicina scientifica eravamo un'altra medicina, e più di un secolo fa abbiamo cambiato paradigma. Ma questo cambiamento paradigmatico non è avvenuto in 24 ore, o in 10 anni. Io mi sono fatto un po' di calcoli dall'inizio del pensiero positivista, alla pratica positivista, passarono quasi 50 anni, cioè nessun cambiamento è semplice. Però è un cambiamento che da senso un po' al mio impegno professionale, cioè nella mia generazione il mio contributo non è tanto reinventare una medicina, ma è fare gli Stati Generali insieme a Filippo, e fare una discussione insieme a voi, e tentare di trovare delle soluzioni il più possibile, come dire, efficaci perché, fatemelo dire in termini filosofici, le cose vanno male, il principio di realtà è che le cose vanno male. Cioè la descrizione che è stata fatta della crisi della professione, che è anche crisi della medicina, è una situazione dove noi stiamo perdendo delle caratteristiche, prima di tutto. Cioè il primo problema è che perdiamo delle caratteristiche, insomma uno dei principi ippocratici, che ovviamente devono essere riconfermati, è molto semplice, ed è quello di curare il malato secondo i suoi bisogni, le sue necessità. Ebbene questo banale principio ippocratico è quello più difficile oggi, spesso noi non siamo in condizioni di curare i malati secondo i loro bisogni. Io addirittura estremizzo il paradosso e dico, sul piano deontologico, in ragione di tanti casini, come veniva detto, spesso il medico non è in condizioni di espletare i suoi doveri professionali, addirittura. C'è un problema addirittura deontologico, cioè noi siamo gelosi dei nostri doveri professionali, perché qui siamo in casa di un Ordine, perché è il dovere professionale che è la prima grande garanzia per il diritto del cittadino. Se un medico fa il medico come si deve, è la prima garanzia per il cittadino, non c'è nient'altro. Ma se il medico non fa più il medico, se lo fa perché è ridotto come una *travel machine* o perché dominato dal proceduralismo, eccetera, il primo che ci rimette è il cittadino. Quindi questo deve essere molto chiaro, cioè fatemi esagerare un po', cioè dobbiamo un po' sentirla, sentire il senso dell'impresa intellettuale storica, che stiamo tentando, stiamo tentando con le nostre possibilità. Ora noi parliamo, non abbiamo molto chiarito questo, come se tutti i processi venissero fuori dalla mattina alla sera, è sbagliato, questi sono processi lunghi. Forse abbiamo un problema di ritardi rispetto a questi processi, cioè il cambiamento del paziente il mio esigente, non avvenuto una settimana fa. Sono processi culturali profondi, lunghi. Il cambiamento della domani di salute è un processo lungo, io lo dico sempre perché è lui [Filippo Anelli] l'autore di tutta questa roba. Abbiamo per esempio festeggiato il quarantennale della riforma sanitaria, e ho fatto anch'io tanti convegni, e ho sentito dire la solita la solita cosa, c'è l'invecchiamento della popolazione, è cambiata la domanda, c'è la cronicità, c'è l'ingresso di tecnologia, eccetera, però vi assicuro, Zingoni che è pratico come me di queste cose, lo confermerà, vi assicuro che se voi andate a leggere i documenti che hanno istruito la riforma del 78 erano tutti contenuti. Già allora sapevamo che saremmo invecchiati, già allora sapevamo che ci sarebbe stato un

cambiamento della domanda, un cambiamento culturale del paziente, già allora sapevamo che avremmo avuto una grande immissione di tecnologia. Erano tutte robe prevedibili, solo che sono passati 40 anni, per cui dovremmo interrogarci se siamo stati bravi o non bravi, io ho dei dubbi, insomma, su queste cose. Allora, quindi positiva, grazie Giancarlo che l'hai organizzata, opportuna, ci ha dato anche molte dritte, insomma, Noi vi ascoltiamo anche per imparare, per correggere il tiro se necessario, quindi vi siamo estremamente grati, ecco. Una cosa che mi ha colpito che coloro, non tutti devo dire, che hanno letto le tesi, hanno usato l'aggettivo ponderoso. Vi assicuro che io non mi sento in colpa di aver scritto una cosa ponderosa, però voglio spiegarvela perché è venuta fuori una cosa ponderosa, perché dietro al discorso di ponderoso c'è una scelta, che è stata fatta. Quando noi parliamo di questione medica, intendiamo una congerie di problemi che non sono distinguibili, cioè noi con la scelta della questione medica abbiamo detto no al riduzionismo, cioè noi non siamo più d'accordo a dire la crisi del medico non è niente altro che colpa delle aziende, oppure, non è niente altro che colpa dell'Università. La crisi della professione non è una roba così semplice, banale, è codeterminata da un mucchio di cose, questo è, e se tu vuoi studiare un mucchio di cose, per forza tiri fuori una roba ponderosa. Se tu vuoi semplificare, ridurre, sintetizzare, ma scrivi 20 fogli e hai finito. Però il nostro interesse, qui dovete capire la funzione della tesi, la funzione della tesi è molto semplice, noi vogliamo governarlo il dibattito, perché se non lo governiamo, e se non lo provochiamo va per conto suo, ma non perché siamo degli idioti, ma perché ognuno di noi è affezionato al suo problema. Zingoni parla della medicina generale, quell'altro parla dell'emergenza, ma noi dobbiamo parlare di tutto questo, e anche di altro. Per cui la necessità era di servirci delle tesi di orientamento, chiaro. Ci siamo sforzati di esporre in maniera più semplice possibile, ogni parola strana abbiamo spiegato il significato e abbiamo usato la sinossi, poi abbiamo usato le cose, poi le aporie, poi le sintesi, e poi i quesiti, perché io parto da un presupposto, che mi trova molto in disaccordo con un mio amico che si chiama Antonio Panti. Lui ha un'immagine del medico un po', come dire, un po' critica, ecco. Se io non scommetto sui medici, con tutti i problemi che costoro hanno, io non ce la faccio, io devo scommettere sulla risorsa. Cioè lo so che i medici studiano poco, leggono poco, parlo dei medici mediamente, lo so che lavorano, non hanno tempo, e lo so, ma io devo parlare a loro, non è che devo parlare ad altri, e se parto all'inizio dicendo che non mi fido dei medici, ma va cambio gioco, non è possibile. E allora i medici mi faranno il piacere di leggersi un volume ponderoso, perché va a letto, va studiato, perché in ballo è, come dire, la sopravvivenza di una professione. Cioè è una cosa davvero, davvero importante e io devo dire, anche per i lavori che stanno facendo, sentivo adesso Ornella Mancin, loro stanno battendo il terreno da anni, come ha detto, cioè sono anche occasioni anche per ripristinare dei rapporti interrotti tra gli Ordini e i medici, perché sono ancora troppo pochi medici che vanno a votare negli Ordini, o Giancarlo, mi sbaglio. Allora questo è un modo anche di recuperare un rapporto, di recuperare un dialogo, di coinvolgere i giovani, di farli lavorare insieme ai senior, insomma. È un'occasione importante e devo dire che quando riescono queste cose, come dire, ci si appassiona perfino, perché è interessante, ecco, questo non arrendersi alla decadenza, perché qui siamo di fronte ad un vero e proprio decadimento della professione, Sta perdendo proprio i suoi connotati ontologici. È un problema di decadimento causato da tante cose. Causato da cose vecchie e da cose nuove. Per esempio una cosa relativamente nuova è la convivenza con il limite economico. C'era lui che diceva io faccio i conti. Ha ragione fare i conti, anch'io li faccio i conti, anche se non faccio il dentista di libera professione. Perché faccio i conti ? Perché io so che girala come vuoi, la spesa sanitaria ha una natura incrementale, cioè è destinata a crescere non a calare. E se io non faccio i conti con questa storia, e non uso, e non mi invento un medico in grado di governare la variabile economica, io ho perso la partita. Cioè la mia idea di autore, stamattina qualcuno l'ha accennata, autonomia in cambio di responsabilità, adesso De Rita non c'è ma gli vorrei dire, a De Rita che non puoi definire la responsabilità indipendentemente dall'autonomia, cioè la responsabilità che cos'è, è il grado di coscienza nell'uso di una libertà. Ma non mi puoi definire una coscienza senza la libertà, capito? E importante. Il discorso dei medici di medicina generale Zingoni lo sa, perfettamente. È un discorso paradigmatico, perché se io dovessi immaginare un medico del futuro tu lo sai perché

abbiamo battagliato sul quotidiano "Sanità" più di una volta, il mio paradigma di partenza non è il medico dipendente, il medico ospedaliero, ma il medico medicina generale, perché, perché il medico di medicina generale a una quota di autonomia che per me è preziosa, nell'esercizio della professione. Per cui la vecchia storia, diventiamo tutti convenzionati o tutti dipendenti, io propongo una terza strada, cioè facciamo evolvere l'idea di un medico di questo tipo, perché ? Qualcuno stamattina ha detto una cosa che mi è piaciuta moltissimo, ha detto, un rappresentante dei cittadini, non è una discussione corporativa, ha ragione, non è, qui non c'entra il corporativismo. Cioè quando noi invochiamo la necessità dell'autonomia, io lo spiego ai miei studenti in maniera quasi ossessiva, non è perché vogliamo fare quello che ci pare, perché non è possibile un *laissez faire* nel nostro mestiere, perché l'autonomia è l'unica condizione che possiamo avere per governare la complessità. Siccome la complessità non è pre-pensabile in uno standard ovviamente noi avremo gli standard, avremo le linee guida, avremo gli algoritmi, eccetera, eccetera, ma quando questi non funzionano e c'è uno scarto, ci deve essere uno che recupera lo scarto, e per recuperare lo scarto ci vuole autonomia. Cioè tu devi avere la libertà di interpretare il tuo malato in una situazione, in una circostanza, in un contesto. Quello che diceva Mirka, quando diceva io rifiuti temporari, ma certo che devi rifiutare i temporari, perché i temporari non sono dedotti dal bisogno del malato, sono dedotti dal bisogno dell'amministratore. Mi ha quasi commosso perché, insomma, non solo ha letto le tesi, e questo fa sempre piacere, ma le ha anche interpretate, a mio modo, in modo molto corretto, e cosa ci ha spiegato, ci ha spiegato che non è che tu definisci il medico dicendo, il medico prima era verde e adesso è rosso, non è così. Per ridefinire un medico, che è un mondo a molti mondi per definizione, tu devi ridefinire un mucchio di roba che gli girano intorno, devi ridefinire i mondi che lo definiscono, e quindi l'Università, e quindi l'organizzazione del lavoro, e quindi questo, e quindi il profilo giuridico, e quindi i contratti. Anche i contratti hanno un ruolo di definizione della professione. Per esempio il fatto di non fare contratti, per me, a parte che è una violazione di un diritto fondamentale, ma è anche la rinuncia ad uno strumento per definire un lavoro, per definire una pratica. E io invece ho bisogno di definirla, hai capito! Cioè la ridefinizione di una cosa così complessa è davvero, come dire, il tuffarti dentro la complessità, tentando di non annegare. Questo è, cioè tentando di interconnettere le variabili principali, perché non sei l'occhio di Dio, quindi non è che governi tutto cercando di metterle insieme, e davvero. Si dice, il modello di formazione è vecchio, bisogna svecchiarlo. Ho capito, ho capito cosa vuol dire svecchiare la formazione del medico. Questo è una cosa che, sulle quali ci dobbiamo cimentare. Ma che vuol dire svecchiare, vuol dire che mettiamo qualche insegnamento in più? Probabilmente sì, in termini di cose, ma forse vuol dire che dobbiamo ripensare gli insegnamenti che facciamo fino adesso. Allora, lui è preoccupato che gli leggo il positivismo, ma io non glielo voglio levare il positivismo, voglio ripensare il positivismo all'interno di una complessità. Il concetto di fatto, oggi, è completamente diverso dal concetto che aveva con Bernardi, il fatto. Il concetto di evento è completamente diverso, questo è. Quando io dico, uso la teoria della congiunzione, cioè la "e", no, lui è stanco e..... felice, la "e". Questo è il processo che dobbiamo fare, io devo usare delle "e", devo aggiungere delle cose che mancano. Noi curiamo la malattia "e" il malato. Noi curiamo questo "e" quell'altro. Noi abbiamo bisogno di tutti i dati biometrici che abbiamo "e" della relazione. Quando tu usi la "e" complessifichi, non fai niente altro che un'azione di complessificazione. Quindi noi abbiamo ereditato una tradizione, è una tradizione positivista. Adesso è facile parlare male del positivismo, ne parlavamo prima io e te, è facile parlar male del positivismo, ma voi non potete immaginare la carica di innovazione che ha avuto il positivismo, quando è nato, rispetto alla medicina, enorme. Noi siamo passati da ciarlatani davvero. Allora non bisogna essere superficiali e liquidare tutto, ci saranno parti del positivismo che faremo bene a tutelare gelosamente, a ricontestualizzare, altre parti che dovremo aggiungere, questo vuol dire svecchiare. La relazione, voi sapete come la penso, insomma, io sono sempre stato molto critico, insomma, insofferente perché lo considero un po' banale, sull'umanizzazione della medicina, tutte ste cose dell'umanizzazione come se fossimo disumani, eccetera. Non è così, è che ai tempi della medicina scientifica l'umanità coincideva con una certa idea di scienza. Per essere umani dovevamo parlare solo di malattia, di organi, di cellule, di altro. Oggi è

cambiato il concetto di umanità, per cui aggiorno la mia idea di umanità. Mi davano fastidio queste cose un po' banali, no, l'umanesimo, eccetera, eccetera. La relazione non è semplicemente una teoria del Bon Ton, cioè la relazione, per me che faccio l'epistemologo è un modo diverso di conoscere la malattia è il malato, punto. Al mio grande, nostro grande maestro Murri, delle relazioni con il malato non gliene fregava niente, ma perché? Perché per lui l'idea di scienza coincideva con la pura osservazione del sintomo. Anzi diceva ai suoi studenti, non vi inventate niente, non fate congetture, guardate, la verità è lì, è nel sintomo, è lì dentro la verità, la dovete semplicemente estrarre. Adesso non è più possibile ragionare così. Io vi devo dire sul concetto di empatia ho qualche difficoltà, ma perché considero l'empatia una cosa molto impegnativa, e con tutti i casini che hanno i medici addirittura metterli lì a dirgli devi essere perfino empatico, mi sembra un po' troppo. Mi accontenterei di buone relazioni dialogiche. Nelle relazioni dialogiche, le evidenze scientifiche del mio amico Stefano si incontrano con le opinioni personali del malato, e le opinioni personali del malato non sono null'altro che le verità personali del malato. Il problema è di vedere come le sue evidenze scientifiche vanno d'accordo con le opinioni personali. In questo modo noi recupereremo una cosa di cui non abbiamo parlato per niente oggi, e che invece per me è una cosa importante, che è il problema della sfiducia. Noi non possiamo pensare di fare questo mestiere in un regime di sfiducia sociale, noi dobbiamo recuperarla la fiducia, dobbiamo recuperare un patto con il cittadino, dobbiamo recuperarlo e dobbiamo arruolarlo, e l'esigente funziona bene come slogan, ma se sei l'esigente vieni qui e collabori con me. Lei ha fatto una cosa che mi è piaciuta moltissimo, ha proiettato una slide, non mi ricordo come si chiama, dove ha messo, udite, udite, i diritti del cittadino accanto ai doveri del cittadino. Questa è la svolta, non sei più paziente bene, sei esigente bene, allora c'hai dei diritti e dei doveri. Quindi, noi le nostre deontologie si devono commisurare con le deontologie sociali. A Trento stiamo per sperimentare una cosa proprio sulla deontologia sociale. A Trento abbiamo fatto un lavoro sulla deontologia, questa è la nuova frontiera. Tu ci devi aiutare a curarti, tu ci devi dire cosa sai, io ti racconto quello che so io, ci mettiamo d'accordo, vediamo, eccetera, eccetera. Quindi questo è il punto vero. Siamo dentro una crisi, abbiamo detto, allora fatemelo dire, perché sembra tutto normale, automatico. Guardate che per la FNOMCeO, per colpa di questo signore che ha presentato una mozione, veniva citato stamattina, la crisi della professione finalmente è stata formalizzata. Ma fino ad allora non è mai stata formalizzata. Se io non formalizzo una crisi, prendete la politica, la crisi di governo, io devo dichiarare la crisi, e una volta dichiarata la crisi avvio un processo di ricerca. Ma se io non la dichiaro mai, la crisi, io la ricerca per risolverla non la farò mai. E in questi anni, decenni ultimi, non si è mai parlato di questione medica, non sei mai parlato di crisi, non si è mai parlato di crisi della medicina. Addirittura mi capitava spesso di discutere con dei colleghi che mi dicevano, ma guarda c'è la genomica, c'è la farmacogenomica, dov'è la crisi? Allora quelle sono sviluppi di conoscenze scientifiche. Nella nostra Università, Stefano, non so se tu convieni con me, noi abbiamo la nostra Università ovviamente è scientificamente aggiornata, perché noi studiamo, leggiamo la letteratura internazionale e trasmettiamo quello che impariamo ai nostri studenti, ma il modello di formazione è molto invariante. Allora il paradosso è che io sviluppo delle conoscenze dentro un modello culturale che non varia. Allora io devo intervenire sul modello culturale, no. L'altro giorno ho fatto un convegno con uno che mi diceva, no il paradigma è cambiato, è la genomica che ci dice che è cambiato. Non è così. Infatti c'è una grande differenza tra il concetto di complessità, mi riferisco ancora a Maurizio Benato, il concetto di complicità è il concetto di complicazione. La complessità vera non è il malato complesso, il malato complesso è, per noi filosofi, un malato complicato, perché è vecchio, è cronico e polipatologico. La complessità vera ce l'hai quando c'hai sto scassone qui, vecchio e, in più che c'ha 300 euro di pensione, vive solo, vive in una città senza servizi, non ha famiglia, queste sono le complessità. Queste complessità sono soverchianti, rispetto al lavoro che facciamo. Quindi, il concetto di crisi, credetemi, non è stato semplice, è stato un travaglio dentro la FNOMCeO, c'è stata una discussione, abbiamo dovuto cambiare un gruppo dirigente, è cambiato un gruppo dirigente. Cioè questa svolta che io ho definito in un articolo, il cambio di passo, ha significato, come dire, riaggiornare l'analisi, ammettere i problemi, rileggerli in un modo diverso, prendersi delle

responsabilità. Fatemelo ricordare, adesso mi dispiace che è andato via, perché si vive anche di soddisfazioni, e ogni tanto un complimento fa pure piacere. Ma insomma, se non c'era questo signore che si chiama Filippo Anelli, sabato scorso non avremmo fatto questa grande assemblea con tutte le professioni. Ragazzi, è l'unica risposta contro il regionalismo differenziato che abbiamo messo in campo, e l'ha messo in campo la FNOMCeO. Ma quando mai la FNOMCeO ha fatto ste cose. Cioè quindi voglio dire, lo dico per apprezzare il cambiamento, capito. Quindi ci sono delle cose di questo tipo. Allora, io dico che, un nuovo medico, questo nuovo medico adesso vediamo perché c'è un aspetto che a me preme molto, anzi mi preme al punto tale che sto diventando proprio ansioso. Vedete la difficoltà, lo dico perché ho scritto le tesi, sapete qual è la difficoltà più grande per scrivere le tesi, non è scrivere 100 tesi, è ricordarsi che se tu fai una critica ad un modo di pensare, ad un modo di ragionare, ad una logica che riguarda una professione come la tua, tu se fai la critica, hai il dovere di rimpiazzarla, perché lui continua a curarlo il malato non lo può mollare, questa è la difficoltà. Allora la difficoltà vera, e credetemi vi ringrazio sinceramente per tutti i suggerimenti, gli stimoli, le cose che avete detto, per me è un successo pieno questa cosa qui, è la traduzione di un'analisi critica in pratica, in robe pratiche. Gli Stati Generali saranno tali se tireranno fuori delle piattaforme, una delle quali io vado da lui e gli dico, amico mio adesso d'ora in avanti il medico comincia a formarlo così, così, così, e comincio a contare sulle nuove generazioni. Però poi andrò da un altro e dico, guarda la definizione giuridica della professione non la facciamo più alla vecchia maniera, la cambiamo. E intanto cominci ad avviare, a recuperare quota, a riprendere il ruolo perduto, perché il decadimento della professione coincide, non ve lo dimenticate mai, anche con il decadimento di chi rappresenta la professione. Ma com'è possibile tollerare 10 anni di assenza contrattuale, ma siamo matti, capito. Ma perché? Perché si permettono di decapitalizzare il lavoro medico. Perché si permettono di bloccare, si parlava di aziende, le assunzioni, il blocco del turnover. Perché c'è un disvalore che viene esteso a tutto un sistema, e in questo sistema fa parte anche la rappresentanza della professione. Quindi la posta in gioco è una posta alta. Il mio medico del futuro, lo diceva lui, prima di tutto è un medico che deve essere più bravo rispetto al vecchio medico, perché ha a che fare con gradi di complessità che il vecchio medico non aveva. Deve essere più bravo. Deve avere più autonomie, non di meno, più autonomie. Nel lavoro che abbiamo fatto a Trento, sulla deontologia, noi abbiamo accettato il confronto con il limite economico, ma abbiamo detto, chi dice la parola finale? Lo dice l'economista o lo dice il medico. Noi non possiamo accettare di subordinare la deontologia all'economia, per cui noi diciamo, la parola finale la dice il medico che però, perché proprio dice la parola finale, è formato alla responsabilità, all'autonomia eccetera, ma la deve dire il medico. Chi è che dice che tu devi prendere il generico oppure no, è il medico che lo deve dire, questo è il cambio. Allora il medico del futuro è un medico più bravo, sarà formato ad essere più bravo, e dovrà dare risposte multiple. Tutta sta storia della sostenibilità, ma signori miei, ma la sfida della sostenibilità noi la vinciamo anche con nuove professioni, con nuovi impegni professionali, con nuove autonomie, con nuove figure. Parliamo di competenze come se non fosse cambiato niente, io ormai ho cambiato il mio lessico personale, io parlo di impegni professionali, quali competenze. Competenze è la descrizione di una cosa, ho chiesto a Giovanni di spiegarmi: bene che cos'è l'atto odontoiatrico e lui cosa ha detto? È un insieme diha detto così. Per cui troverete nelle tesi la proposta di definire non più l'atto in quanto tale, ma l'opera del medico. Se è un insieme di..... non può essere ridotta l'opera ad un atto, tu non fai il dentista perché fai una otturazione, tu fai il dentista perché fai il dentista, capisci cosa voglio dire. Quindi questo è il cambio di prospettiva, cioè cambiare anche lessico, cambiare concetti, l'idea della compossibilità per superare l'idea della compatibilità. Ecco, insomma, tutta sta roba in gioco. Oggi noi abbiamo impiegato il nostro tempo per discutere di tutte queste cose, quindi io vorrei ringraziare il mio amico Giancarlo, perché è stato il primo ad avere l'idea di organizzare questa discussione. Mi fa piacere che sia stato lui, mi fa piacere, posso dire, che sia avvenuto a Bologna, perché Bologna dal punto di vista medico non è l'ultimo paesotto del Paese. Cioè voglio dire la Facoltà di Medicina di Bologna, le professioni di Bologna, i servizi di Bologna, non sono secondari, ecco, in un ragionamento, quindi ha un valore simbolico molto, molto forte. Ora il nostro auspicio è di fare

questa discussione in tutti gli Ordini. Non è mai avvenuto, cerchiamo di capire i valori in gioco, non è mai avvenuto. Parlavamo prima, durante la pausa del caffè dicevo, ma, in fin dei conti chi segue la letteratura internazionale, sono anni che parliamo dalla crisi del medico, in America. In America poi non ne parliamo, cioè per noi è acqua fresca, ecco. Loro hanno addirittura problemi molto più accentuati, perché hanno un sistema molto diverso dal nostro. Però sono anni, voglio dire, gli editoriali del Dr Smith del Bridge Medical Center li abbiamo letti tutti, ecco. Però sono anni che parliamo della crisi del medico, ma a nessuno è venuto in mente di andare a pensare al paradigma. Cioè si pensava, questa era l'illusione, che si potesse affrontare la crisi di una professione, così strategica, indipendentemente dalla medicina. Non è possibile, non è possibile. Quando parliamo di atti, per un filosofo l'atto non è definibile a prescindere dalla gente, è la gente che definisce l'atto. Quindi tu oggi hai un problema d'identità della gente, oggi il medico non sa più chi è. Lo stanno, come dire, riducendo ad un tecnocrate, ma neanche tanto, ad un burocrate. Insomma, i medici di Medicina Generale ne sanno qualcosa, hai notato? Medici di medicina generale, rigorosamente, ma nelle tesi troverai medico di medicina generale sempre. La lezione l'ho imparata da un bel po', ecco, vincoli, limiti, limiti di tutti i tipi. Allora ecco, quando il presidente Anelli fa un'affermazione addirittura proditoria, stamattina, lui ha detto noi vogliamo essere non più i medici dello Stato ma i Medici del cittadino, suo malgrado, come se volesse contrapporre lo Stato al cittadino, ma c'è una ragione, per cui allora se lo Stato non ha più fiducia nel medico, perché di questo si tratta, cioè la sfiducia non parte solo dal cittadino ma parte dallo Stato, uno Stato che non ti fai i contratti, non ti fa lavorare come Dio comanda, queste sono le cose. Allora questa idea dei cittadini è un'idea importante.

Il medico bravo per me è uno che sa ragionare bene. Poi è chiaro è uno che sa usare bene le mani se fare quello che fa, ma deve saper ragionare. Guardate che alla radice della parola giustizia e della parola medicina, parlo del sanscrito, c'è una radice comune, perché sia il giudice che il medico giudicano, usano i giudizi, fanno dei giudizi per poter fare il loro mestiere. Allora immaginate se l'ἀρχή (archè) di riferimento è il vecchio paziente, se l'arké di riferimento è la malattia come è stato fino adesso. Se è così il ragionamento che faremo sarà di un tipo, ma se questo ἀρχή (archè) viene sostituito e al posto della malattia mettiamo il malato e al posto dell'organo mettiamo la persona, il ragionamento si deve adeguare. Questo è il mutamento epistemologico. Chiudo accennando solo ad una roba che è questo, un paradigma detto così, vuol dire tutto non vuol dire niente. Io sono stato costretto, nelle tesi, per cercare di infilarci dentro, è inutile dirvi che non è che è stato un percorso semplice, cioè tu non scrivi 100 tesi così eh, cioè dietro ci sono anni di lavoro, anni credetemi, ho preferito scomporre il paradigma, cioè di farlo a pezzi per tentare di governarlo meglio. Per cui dentro al paradigma c'è la deontologia, c'è l'epistemologia, c'è la metodologia. Allora quando tu dici, ripensiamo il paradigma, significa ripensare queste cose che la FNOMCeO sta tentando di mettere in campo. Ha già convocato una consulta per la deontologia. Quindi, voglio dire, sono in atto molte cose, l'ultima riguarda le linee guida perché ne abbiamo parlato molto. Guardate, la faccenda è molto semplice, questo, Maurizio, è un mutamento rispetto al positivismo. Il positivismo dice che la verità scientifica è garantita dal metodo, questo dice il positivismo. Noi nella nostra esperienza sappiamo che a volte, anche se una verità è conforme al metodo, non va bene, abbiamo qualcuno che le chiamava "le fallacie", abbiamo la disconferma, eccetera, che faccio? Butto via il metodo? No io voglio restare scientifico e per restare scientifico un metodo devo averlo. La famosa verificabilità o la deducibilità come la chiama qualcuno, però faccio qualcosa di più, e dico poi in maniera positiva, fino adesso il metodo garantiva la verità però, siccome non funziona sempre perché hai le singolarità, le specificità, eccetera tu continui a fare il metodo, però ti do dei gradi di libertà nell'usarlo. Quindi la nuova idea non è non avere il metodo, essere liberi dal metodo perché non ce lo possiamo permettere. La nuova frontiera è essere liberi nel metodo, e tu lo usi con libertà a partire dalla necessità del malato. Questo è un modo per mediare, rimane un po' positivista ma nello stesso tempo innovi. Alla fine viene fuori una cosa che con il positivismo non c'entra niente, perché per il positivismo, parlo di filosofia, tra l'altro è bene che sappiate che non è che la medicina alla fine dell'ottocento ha scritto il proprio paradigma, non è stato così, la medicina alla fine dell'800 si è iscritta, come

tutte le scienze e tutte le discipline, al partito positivista, come l'economia. Guardate che noi non ragioniamo in modo diverso dagli economisti, come i fisici, eccetera. Oggi stiamo tentando per la prima volta, noi, di costruirci un paradigma. Allora noi a questo punto dobbiamo mediare, ecco, mediare le necessità. Io userò il metodo, quando non funziona ne farò a meno, perché, scusate, ma nella vostra pratica ordinaria ma quante volte siete costretti a navigare a vista, Zingone. Sempre, sempre, e perché io questo non lo devo proteggere e non lo devo valorizzare, come quell'altro che scrive nella legge, le linee guida, parlo della Legge Gelli, e dice però salvo casi particolari, ma i casi particolari sono tutti i giorni. Capito. Allora questo è, comunque voglio dire, noi adesso abbiamo ereditato una tradizione. Adesso noi dovremmo decidere di questa tradizione cosa dobbiamo conservare perché io non butto via niente, per carità. E cosa dobbiamo cambiare, è come dire rimettere tutto insieme, dargli una organicità e, insisto, soprattutto trasformare una analisi, qualunque essa sia, in una in una proposta, perché noi al più presto dobbiamo avere delle controparti, alle quali andare a dire, noi siamo disponibili ad un cambiamento, così non si può andare avanti, però riteniamo che sia necessario fare questo, fare questo, fare questo. E piano piano, perché ci vuole un po' di tempo, recupereremo anche i gradi di sfiducia sociale che abbiamo accumulato. Insomma non è possibile che ci giriamo dall'altra parte, ma chi mai ha pensato che ci avrebbero messo le mani addosso i malati. Lei prima parlava, diceva la figura del medico, era la figura del medico, la figura classica del benefattore. Oggi la figura del benefattore il cittadino non la riconosce più, questo è il punto. Allora dietro questa cosa c'è il venir meno di un tabù, c'è qualcosa che è crollato. Allora noi dobbiamo reagire. Grazie, grazie, grazie.

Dot. Pizza:

Non crederete che io voglia aggiungere qualche cosa.
Soltanto grazie a voi tutti come ha detto Ivan Cavicchi.