

Il n. 43 di Cercasi un Fine sul tema della salute e della cura dell'altro, ora in distribuzione, per ragioni di spazio, non ha potuto ospitare i seguenti contributi, che siamo lieti di ospitare di seguito ...

1. meditando di Natale Pepe: essere sani, stare bene
2. meditando di Giuliano Ciociola: una mattina in un reparto ospedaliero
3. meditando di Savino Lattanzio: la guarigione
4. meditando di Maria Caputo: accompagnare i bisogni
5. regionando di Franco Ferrara: la sanità al collasso

1. meditando di Natale Pepe: essere sani, stare bene

Riccardo, 80 anni lo scorso 25 aprile, e Andreina, 75 anni il prossimo 2 agosto, vivono ad Andria non lontano da piazza Catuma. Da casa loro si sentono le grida che giungono dal vicino mercato rionale e le campane della Cattedrale.

Sono sposati da molti anni e hanno due figli che vivono e lavorano a Sassuolo. Riccardo è un uomo ancora attivo che ogni giorno fa la spesa al mercato portando a casa le buste con frutta e verdura appese al manubrio della sua bicicletta. Andreina tiene in ordine la casa e cucina una straordinaria parmigiana di melanzane. Due anziani in buona salute, autosufficienti, vivono una vita normale.

Due settimane fa Riccardo è caduto. Una brutta caduta al ritorno dal mercato: frattura del femore; ricovero in ospedale, intervento chirurgico (per fortuna riuscito), degenza ospedaliera e poi ... il ritorno a casa.

Andreina ed i figli gli fanno coraggio, ce la farà a riprendersi. Ma le paure sono tante ed i problemi anche. Chi laverà Riccardo e chi gli farà le medicazioni e la fisioterapia e chi andrà in farmacia a comprare le medicine e poi la spesa e poi ... tutte queste spese.

I figli non potranno rimanere ancora per molto e Andreina ha paura di non farcela. Andreina non usa il termine integrazione socio-sanitaria, ma è proprio di questo che ha bisogno: servizi sociali e sanitari insieme.

Sì, i nostri ed i suoi bisogni non sono organizzati secondo le strutture "separate" dei servizi sanitari e di quelli socio-assistenziali. Il grande sforzo che le politiche regionali stanno facendo in questi ultimi anni è esattamente questo: adeguare strutture e prassi all'indivisibilità dei bisogni di salute.

Andreina non conosce la definizione di salute come bene relazionale e tanto meno sa cosa sia il "Quadrilatero" di Ardigò ma sa benissimo che star bene non significa solo non essere infermi ("non stare malati" direbbe lei), ma anche andare a fare la spesa al mercato, lavarsi e vestirsi da soli, andare a messa la domenica e farsi poi una passeggiata con il marito a viale Regina Margherita.

L'integrazione socio-sanitaria è una realtà acquisita in Puglia? Andreina può stare tranquilla?

Certamente è un processo che da alcuni anni, tra mille difficoltà, è stato avviato. Alcuni servizi esistono e molte cose si fanno. Ma a che punto è questo percorso che vede insieme Aziende Sanitarie Locali e Comuni (Ambiti di Zona)? Come svilupparlo pienamente? Alcune risposte o meglio piste di lavoro ci vengono offerte da un testo pubblicato a fine 2008 dal Formez nell'ambito del progetto Governance della Regione Puglia: il titolo è "La Governance per la Programmazione Sociosanitaria in Puglia" (si può richiedere all'Ufficio Stampa ed Editoria del Formez, e-mail: editoria@formez.it).

E' particolarmente interessante il capitolo dedicato al ruolo della programmazione come "motore" dell'integrazione socio-sanitaria.

In Puglia il processo di programmazione integrata è ormai avviato sia in termini normativi che di programmazione regionale.

Comuni e ASL sono consapevoli di dover lavorare insieme e sono impegnati nel trovare soluzioni ai problemi che l'integrazione pone. Ma le difficoltà non mancano.

Esaminiamone alcune indicate dalla pubblicazione del Formez.

Una prima questione riguarda il tema della fiducia. Chi partecipa ai tavoli di programmazione congiunta lo fa con quale mandato decisionale? Sarà banale, ma a volte questo elemento di mancata chiarificazione ed esplicitazione di ruoli e mandati diventa fonte di equivoci,

incomprensioni e sfiducia reciproca.

Per i Comuni, inoltre, appare difficile capire quanto le ASL spendano realmente per realizzare servizi socio-sanitari in comune con loro. Le Aziende Sanitarie Locali a volte hanno una reale difficoltà a definire precisamente quanto della propria spesa riguarda le prestazioni socio-sanitarie oggetto dell'Accordo di Programma con i Comuni. Questa difficoltà a definire esattamente ciò che si spende, quali sono le risorse messe a disposizione, chi sono i destinatari delle risorse, è un ostacolo importante che si frappone ad una efficace programmazione comune. Come costruire una "casa comune" non sapendo esattamente ciò che si spende e con quali materiali la si costruisce?

La rintracciabilità nei rispettivi bilanci delle risorse che Comuni e ASL utilizzano per gli interventi di natura socio-sanitaria comune è un elemento essenziale per sviluppare la programmazione integrata.

In conclusione, la pubblicazione del Formez mostra chiaramente come l'integrazione socio-sanitaria contiene elementi relazionali, organizzativi e tecnico-contabili strettamente intrecciati e che la sua piena realizzazione chiede che essi siano affrontati congiuntamente.

La salute di Riccardo dipende anche da questo.

[sociologo della salute, Andria, Bari]

2. meditando di Giuliano Ciociola: una mattina in un reparto ospedaliero

ore 8,30: breve briefing informale di verifica dell'organizzazione del lavoro del giorno.

Gli infermieri sono già "ai posti di combattimento" dalle ore 6 del mattino e chiedono qualche minuto per un caffè ristoratore che viene generosamente concesso dal responsabile di turno.

Cominciano a fioccare le telefonate dai reparti nelle quali si richiedono prestazioni più o meno urgenti o rimandate dal giorno precedente.

Animate discussione fra i Medici su chi deve effettuare talune consulenze che alterano la già stabilita divisione del lavoro.

Ore 9: dopo un faticoso accordo si inizia l'attività di reparto: visita, prestazioni ambulatoriali, delicate indagini e procedure invasive; il tutto è spesso interrotto da chiamate dal Pronto Soccorso o dai Reparti cui si deve la necessaria precedenza e attenzione.

Giunge improvvisa la comunicazione che il computer dedicato alla trasmissione dei dati è bloccato e non si possono effettuare i ricoveri e l'inserimento dei dati per gli esami di laboratorio. Invano si cerca di rintracciare gli addetti del centro Elaborazione Dati impegnati per analoghi problemi in altri reparti. Il laboratorio tempesta di telefonate perché il lavoro non può partire.

Ore 10: intanto pazienti (utenti secondo il desiderio della Bindi) stazionano in piedi ed in poltroncina in attesa di essere ricoverati, accompagnati dai parenti (a volte in 2-3), ansiosi di vedere il loro caro sistemato a letto insieme al proprio bagaglio (spesso di dimensioni ragguardevoli, con vestiario e biancheria paragonabili a quelli di un emigrante).

Un Medico giunge trafelato da un paese distante, giustificando il ritardo con il mancato avvio della propria vettura; essendo un recidivo il Direttore gli consiglia di cambiare automobile o cambiare meccanico.

Programmate le dimissioni, il planning viene alterato da un ricovero urgente dal PS (Pronto Soccorso) e da un trasferimento dalla Rianimazione. Nel frattempo uno dei pazienti da dimettere accusa un malore che controindica il ritorno a casa. La caposala sollecita pertanto ulteriori dimissioni suscitando le proteste dei Medici.

Prime avvisaglie di lamentela da parte dei pazienti (e parenti) in attesa di ricovero. Invano li si invita a rilassarsi guardando la TV (è attivo solo canale 5 con il Grande Fratello!) o a comprare un giornale nella ben fornita edicola al piano 0.

Ore 10,30: per un errore del CUP (centro unico di prenotazione) sono state effettuate doppie prenotazioni di un esame ambulatoriale. Per evitare disagi ai pazienti, tutti anziani e accompagnati da figli o nipoti, il solerte collega porta a termine il doppio lavoro rimandando però altri esami programmati.

Ore 11: uno spettro si aggira per il reparto: un contadino 75enne, all'ennesimo ricovero per patologie gravi pluridistrettuali – ma ancora arzillo ed efficiente –, ferma nel corridoio ogni medico o infermiere che incontra chiedendo a gran voce se può usare il VIAGRA. Finalmente un infermiere,

esperto in “*agri-erotismo*” lo rassicura e gli da giusti consigli: moderazione e partner abituale. Diffusasi la voce, una suora e una zitella, entrambe ottantenni, si chiudono a chiave in camera.

Ore 11,30: un paziente che ha eseguito una delicata indagine invasiva deve essere trasferito di urgenza al Policlinico di Bari. La prima ambulanza attrezzata, già fuori sede per un'altra urgenza, è rimasta bloccata (con l'infermiere di turno) durante il rientro a causa di un incidente stradale. La caposala attiva la seconda ambulanza ed è costretta a distaccare un infermiere del reparto, che rimane così parzialmente sguarnito (anche per lo spostamento del Medico che deve sorvegliare il paziente).

Ore 11,45: una 93enne che deve essere sottoposta ad intervento da segni di insofferenza e di disorientamento temporo-spaziale, ostacolando il lavoro degli infermieri. L'intervento non può essere eseguito senza il consenso, almeno telefonico, dei parenti, i quali lo rifiutano e intendono verificare di persona la situazione. Pertanto la seduta operatoria va a vuoto, allungando così l'attesa di altri ricoverati.

Ore 12,15: giunge una telefonata dalla Direzione: il prozio di un giudice deve partire nel pomeriggio per fare i fanghi a Salsomaggiore ed ha dimenticato di effettuare degli esami preliminari: la collega addetta sbuffa adirata perché è già la quarta, analoga richiesta che giunge dal mattino. Con fatica l'amica-collega del cuore riesce a superare la giusta rimostranza della dottoressa – in verità sempre scrupolosa e disponibile – ricordandole il grado di parentela dell'utente “portoghese” con l'alto rappresentante della giustizia (sperando nella sua comprensione in qualche caso – non infrequente – di presunta malasania).

Ore 12,45: come una marea montante, sale l'ira di un paziente in attesa che non riesce a star seduto per via di fastidiose emorroidi: il posto letto a lui destinato non può essere liberato perché il vecchietto in uscita non è autonomo e il figlio che deve prelevarlo, raggiunto telefonicamente dalla efficiente caposala, è in campagna a raccogliere ciliegie e non si libera prima delle ore 17.

Ore 13: voci concitate provengono dalla sala medica per una richiesta aggiuntiva di esami da eseguirsi in tempo reale perché il Chirurgo andrà in ferie e dovrà operare nel pomeriggio. Dopo aver calmato gli animi, si decide di effettuare la prestazione nel primo pomeriggio.

Ore 13,15: dalla terapia intensiva giungono, durante l'orario di visita, strani rumori ed un olezzo asfissiante: la paziente di 150 chilogrammi (dopo una settimana di “blocco”) è finalmente riuscita a “liberarsi”, ma l'aria è irrespirabile e le finestre sono bloccate. Si sgombera la sala dai parenti e si effettuano turni brevi di “sopravvivenza”.

Ore 13,45: inaspettatamente si libera un posto letto perché un utente preferisce rimandare l'intervento (non urgente) a Settembre giacché tra 15 giorni festeggerà le nozze d'oro ed è previsto l'arrivo di alcuni parenti dall'America. Ricovero sprecato e doppia spesa per il Servizio Sanitario Nazionale.

Si ricovera finalmente il paziente in attesa che è costretto a rimanere a digiuno perché il nonnino in uscita si rifiuta di cedere il pasto. Con buon cuore la caposala fa giungere dal bar cornetto e cappuccino.

Nel frattempo un'altra tegola si abbatte sul reparto: uno dei medici del pomeriggio e un infermiere non si presenteranno perché ammalati. A malincuore i reperibili si fermeranno per 3-4 ore.

Alle 14,15 il lavoro in sala operatoria non è ancora terminato; nel frattempo giunge un'urgenza indifferibile che costringerà i colleghi a rimanere ancora in piena attività dopo una mattinata intensa e faticosa.

Ore 14,30: il TG regionale annuncia l'ennesima inchiesta sull'allegra gestione della Sanità Regionale. Poco dopo i Sindacati, reduci da un incontro con l'Amministratore Delegato dell'ospedale, portano a conoscenza degli allibiti dipendenti che saranno riviste le voci aggiuntive dello stipendio (buoni pasto, indennità di presenza, congedi straordinari). Non sarà uno scherzo da prete?

Per fortuna il Direttore comunica la data del party serale di fine d'anno. Questa volta però sarà solo pizza e birra. Colpa della crisi...

Prima di scrivere articoli di malasania o di emettere sentenze affrettate, i giornalisti sono disponibili a passare una giornata con noi?

[medico cardiologo, Acquaviva, Bari]

3. meditando di Savino Lattanzio: la guarigione

Il cancro è un difetto di comunicazione: è una tra le intuizioni più significative che il convegno del 9 maggio u.s., presso la Scuola media "N. Andria" di Massafra, ha inciso nella memoria dei numerosi partecipanti.

In tanti, convenuti per ricordare i dieci anni dalla Pasqua di mio cognato, Ludovico De Luca, si sono ritrovati di fronte ad una relazione scientifica diversa, fuori dagli schemi, talvolta troppo tecnica nel linguaggio, ma capace di lasciare un messaggio: esiste un modo più dolce per affrontare il problema cancro.

Il dott. Pantellini, il chimico fiorentino che aveva scoperto e approfondito le proprietà antitumorali e antidegenerative del sale ascorbato di potassio, dopo vent'anni di studi, decise di pubblicare le sue ipotesi sulle cause dei tumori e sui benefici che un organismo poteva trarne da un giusto riequilibrio del potassio intracellulare.

La sua teoria (di una cellula cancerosa che avesse perso la capacità di dialogare con l'ambiente extracellulare e che questa comunicazione poteva essere ripristinata con un trattamento dolce, non invasivo, basato sul riequilibrio della concentrazione intracellulare di potassio, attraverso l'ascorbato e una dieta idonea) non fu presa in considerazione.

Il mondo scientifico preferì, come ha fatto per tante altre malattie (AIDS, epatiti, aviaria, febbre suina, ecc.), diffondere l'idea che il tumore fosse una malattia bestiale e, come tale, andasse attaccata con le armi più potenti (e costose) a disposizione: una vera e propria guerra invasiva, che, all'occasione, poteva trasformarsi in guerra preventiva.

È l'ennesima storia di una informazione condizionante, di un'informazione che terrorizza per guidare le menti e per costringere tutti a pensare allo stesso modo.

Chi di noi non associa pensieri infausti e mostruosi alla parola cancro?

Chi di noi non affiderebbe il proprio corpo al sistema sanitario per curare tale male?

A chi di noi viene data la libertà di scegliere tra varie possibilità di cura per affrontare un tumore?

Chi di noi si è accorto che dopo decenni di guerra, con miliardi di euro spesi, le vittime del cancro sono sempre in aumento?

Chi di noi ha la mente ed il cuore tanto liberi da non farsi prendere dal panico, fermarsi e capire?

Mi viene in mente la storia del gobbo di Notre Dame e del suo tutore Frollo, i cui insegnamenti e la cui autorità, abbinati all'isolamento, avrebbero dovuto essere la migliore cura per la mostruosità che Quasimodo rappresentava; invece conosciamo gli effetti disastrosi e bestiali di quella "terapia", tanto che viene facile porci la domanda "chi è il vero mostro" della storia?

La mia risposta è netta: la vera bestialità è il tipo di terapia applicata!

E così è per il cancro ...

Siamo un corpo e un'emozione straordinari, con meccanismi di interazione, tra ogni cellula e ogni sensazione, così perfetti che oserei definire "divini". Quando, per varie cause, ci capita un problema, una malattia, il corpo e la mente andrebbero aiutati a reagire, andrebbero stimolati a rendere attivo il naturale processo di guarigione: questo dovrebbe essere lo scopo della terapia di elezione, delle cure di prima scelta, sempre.

Nella maggior parte dei casi di tumore si intraprende una battaglia cruenta: si parte con dosi massicce di cortisonici, che sono immunosoppressori, si continua con cicli di chemioterapici e/o bombardamenti radioterapici, che, senza distinguere tra cellule buone e cattive, agiscono come citostatici e citotossici (alcuni farmaci, per esempio, vengono classificati come mostarde azotate, agenti alchilanti simili ai gas mostarda usati come armi chimiche vescicanti, durante vari eventi di guerra!!!).

Tanto altro si potrebbe scrivere sui danni e sui drammi, provocati da una comunicazione assente o soffocata o unidirezionale e, in effetti, tanti approfondimenti si trovano in rete, visitando i siti più opportuni per una visione libera e trasparente.

Io termino con un dubbio, il dubbio di Luigi De Marchi, psicologo clinico e sociale, autore di numerosi saggi, il quale, dopo una vita passata ad osservare ed interrogare il mondo scientifico, scrisse: "... e se la tanto conclamata diffusione delle patologie cancerose negli ultimi decenni, in tutto l'Occidente avanzato, fosse solo un'illusione ottica, prodotta dalla diffusione della diagnosi precoce di tumori che un tempo passavano inosservati e regredivano naturalmente? E se il tanto conclamato incremento di mortalità da cancro fosse solo il risultato sia dell'angoscia di morte prodotta dalla diagnosi precoce e dal clima ospedaliero, sia della debilitazione e intossicazione del

paziente prodotte dalle terapie invasive, traumatizzanti e tossiche della medicina ufficiale? – Un giorno, parlando sull'utilità della diagnosi e delle terapie antitumorali, un amico medico, anatomo-patologo, mi disse: "Sì, anch'io ho molti dubbi. Sapessi quante volte, nelle autopsie sui cadaveri di vecchi contadini delle nostre valli più sperdute, ho trovato tumori regrediti e neutralizzati naturalmente dall'organismo: era tutta gente che era guarita da sola del suo tumore ed era poi morta per altre cause ..."

[farmacista collaboratore, Massafra, Taranto]

4. meditando di Maria Caputo: accompagnare i bisogni

L'Arte del "prendersi cura": l'esperienza di solidarietà nell'attività infermieristica

La salute è un bene invisibile e comune è la responsabilità delle scelte che possano influenzarla. La massima partecipazione della cittadinanza a tali scelte è un diritto sancito in numerosi vertici internazionali e promuoverla è un preciso dovere. Spetta alla comunità scientifica affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita umana ed è forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle conoscenze.

Conoscenza ed esperienza riconosciute a livello internazionale, motivazione e disponibilità a impegnarsi nel lavoro concreto di ricerca ed elaborazione saranno gli unici criteri di una selezione che sarà imparziale e rigorosa.

Assistere significa fare: La COSA migliore, nel LUOGO migliore, nel MOMENTO migliore, nel MODO migliore.

.....Naturalmente in funzione di quanto abbiamo a disposizione

.....il che presuppone che per assistere si debba PENSARE LA COSA MIGLIORE.

Quali persone che assistono, mettiamo in atto una serie di meccanismi che, ad un certo punto, determinano un'AZIONE da parte nostra.

Il termine "azione" viene utilizzato impropriamente poiché in realtà si tratta di una REAZIONE, di una RISPOSTA ad uno stimolo, ad un BISOGNO.

Quest'Ultimo può essere manifesto o spresso chiaramente, ma sappiamo bene che ci sono molte situazioni nelle quali questi presupposti sono da considerare un "lusso".

Come riuscire, dunque, a recepire questa DOMANDA o individuare una NECESSITA'?

Abbiamo per questo, nel nostro bagaglio di esseri umani, uno strumento veramente straordinario: la facoltà di OSSERVARE.

Tutti noi, nella vita di tutti i giorni, osserviamo. Ma l'utilizzo di questa facoltà è quantomeno personale.

L'OSSERVAZIONE è il punto cardine attorno al quale deve ruotare il nostro approccio affinché la nostra risposta sia adeguata al bisogno.

Per OSSERVARE abbiamo in dotazione genetica una serie di validi strumenti: i CINQUE SENSI.

Si tratta unicamente di imparare ad usarli in maniera efficace, di ascoltarli.

Il presupposto essenziale, dunque, è quello di porci di fronte all'altro; pronti a recepire tutto quanto viene emesso.

IL LUOGO, IL MOMENTO E IL MODO MIGLIORI

La fase successiva all'osservazione, e quindi alla captazione del bisogno, è quella dell'INTERVENTO ATTIVO da parte nostra.

Ciò può avvenire su una base puramente ISTINTIVA (che non sciupi ed è sinonimo di efficace), oppure in modo RAGIONATO E ORGANIZZATO, vale a dire tenendo in considerazione tutti gli aspetti significativi legati alla situazione, preparandoci in funzione di tre aree ben precise, che determineranno la QUALITA' del nostro agire.

I presupposti, dunque, sono

LA CONOSCENZA dell'UTENTE:

- delle abitudini
- dei ritmi

- delle risorse (grado di autonomia)
- delle particolarità della situazione (patologia, medicinali,)

LA CONOSCENZA dell'IO OPERATORE: fondamentale PRENDERSI IL TEMPO PER.....

- consapevolezza dei propri limiti in funzione della situazione
- prevedere la collaborazione da parte di terzi se necessario

LA CONOSCENZA dell'AMBIENTE

- risorse a disposizione
- luogo adatto
- materiale occorrente a disposizione.

SALUTE, come diceva Gadamer, è anche un "ESSERCI", un "PROGETTARSI NEL MONDO", una capacità di autodeterminazione e di potenziamento di sé.

"LAVORARE PER LA SALUTE" significa potenziare relazioni e situazioni che permettano alle persone di sviluppare emozioni positive, migliorare la qualità del rapporto con se stessi, creare relazioni positive con gli altri, capacità per far fronte alle diverse situazioni difficili, come la malattia.

Educare alla salute significa aiutare l'altro ad avere un progetto "progetto nel mondo" riconoscendo:

- a) la naturale asimmetria che caratterizza la relazione educativa e terapeutica anche in educazione sanitaria;
- b) la problematicità della questione del "chi decide sul da farsi": capire che non è possibile prevedere e prevenire tutte le richieste, ma è necessario ascoltare il bisogno dell'altro;
- c) la necessaria riflessione sugli stili educativi da adottare e sui vincoli da superare (resistenze dell'altro e soprattutto le nostre resistenze ai temi che l'educazione alla salute ci propone);
- d) la singolare finalità dell'educazione alla salute che è quella di dare potere all'altro (empowerment) affinché la persona prenda "in mano" la qualità della sua vita in rapporto all'ambiente e al contesto di appartenenza.

Questioni rilevanti per il nursing sulle quali è importante riflettere prima di tutto come persone: "in che modo posso lavorare sulla e per la salute se non ho messo a fuoco le resistenze che alcuni stili di comportamento generano in me? Cos'è per me la salute e la malattia? Che cosa significa per me educare alla salute?"

All'interno di un progetto per lo sviluppo della salute o di presa in carico di una persona malata, il nursing si "PRENDE CURA" di qualcosa o qualcuno. La "cura" diventa condivisione con l'altro all'interno della sua storia, così come viene raccontata dal paziente che, esprimendola, vuole condividere qualcosa di più nascosto e intimo dai soli segni e sintomi.

Gli infermieri, ascoltando la storia dell'altro, conoscono la persona per rendersi conto della sua esperienza e dei suoi vissuti; una vicenda umana che a loro volta interpretano non solo tramite i saperi professionali, ma anche attraverso la loro storia personale passata e le proprie attese sul futuro.

Ogni gesto di cura che attivano è quindi anche occasione per formarsi, lavorare non solo per il progetto dell'altro, ma anche sul proprio "disegno di futuro": curare è formazione non solo per/nell'altro, ma anche in chi cura.

E' questa una consapevolezza che non si può trasmettere frontalmente, ma che va guadagnata attraverso percorsi esperienziali e riflessivi, attraverso cioè "una cura di sé che sviluppa la nostra capacità di aver "cura degli altri".

La prospettiva che introduce la clinica della formazione legge i processi di cura e di assistenza dal punto di vista di sé-infermiere e dell'altro- utente; tiene insieme queste due dimensioni

valorizzando, accanto a elementi scientifici, razionali, operativi, anche tutte le dimensioni emotive, affettive, rappresentazionali che sono parte della storia dell'incontro tra due persone posizionate nella relazione di aiuto.

E' una prospettiva culturale interessante che arricchisce la dimensione del nursing, ci aiuta a riconoscere linguaggi e modelli interpretativi che completano i saperi "duri " come quelli riproducibili delle evidenze scientifiche, che si affermano (a ragione) con sempre maggiore prepotenza nella nostra quotidianità.

Il tema della malattia, affrontato nelle sue sole dimensioni "fisiopatologiche", non risolve tutto il sapere necessario nella pratica infermieristica, che ha bisogno di essere completato con approcci che valorizzino la storia di malattia. In linea con il contributo delle MEDICAL HUMANITIES, ormai diffusissime anche nei corsi di studi infermieristici, la clinica della formazione rappresenta la possibilità di sviluppare capacità interpretative, fondamentali nella comprensione della storia della malattia del paziente, attraverso approcci esperienziali e narrativi.

Oggi è ancora utile rivolgersi ad un linguaggio che presenta, una tradizione professionale ben più robusta in materia il NURSING e che distingue bene proprio in campo sanitario il CURE dal CARE, agganciando di fatto il primo al medico o alla terapia tecnica del percorso di guarigione ed il secondo al lavoro infermieristico, al "prendersi cura" integrato del malato nel suo stato di "infermità", all'accudire l'altro in situazione di bisogno specifico e generale, all'erogazione di un servizio alla persona a forte valenza socio-sanitaria.

Il NURSING CARE trattando di uomini e donne, essendo un servizio alla persona, non può non fondarsi su valori sociali condivisi e sedimentati o codificati in un Codice di tipo deontologico. In tal senso, il nursing care è responsabilità che muove da principi professionali al solo scopo del bene del malato. Esso è un patto fiduciario fra infermiere e cittadino, una condivisione dei bisogni, uno "starti, vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano".

La neutralità affettiva, la competenza tecnica, il diverso ruolo rispetto alla malattia non possono essere mai cancellati dall'identità professionale dell'infermiere. L'umanizzazione e la personalizzazione delle cure socio-sanitarie non significano e non potranno mai significare il venir meno delle componenti tecnico-scientifiche della professione sanitaria di infermiere. Anzi, è dal bilanciamento fra queste due opzioni o modi di agire che deriva un modello relazionale di qualità, peculiare dell'intervento infermieristico. Non siamo né sul facile, né, tanto meno, sul codificato, ma questa, comunque, sembra essere l'unica strada per un NURSING CARE che non voglia perdersi, da un lato, nella prassi compassionevole e senza rigore e, dall'altro, in una serie di atti freddamente tecnici e senza calore umano.

Il ciclo metodologico del NURSING CARE non può muoversi secondo una prospettiva di coordinamento sequenziale e di integrazione collaterale fra sociale e sanitario. La sequenza in questione, ineludibile e vincolante nella sua logica a cascata, presuppone una prima e decisiva fase di ACCOGLIENZA, una seconda fase di CONOSCENZA TERAPEUTICA ed UMANA, una terza fase PROGETTUALE, una quarta fase di PERMANENZA corrente e di relazionalità quotidiana, una quinta fase di DIMISSIONE-SEPARAZIONE, un'ultima fase che possiamo definire di CONTINUITA'-REVISIONE.

In una società sempre più multiculturale, oltre che multi-etnica, che ne è della professione in oggetto? Può questa non prendere in esame un mutamento sociale così radicale e pieno di implicazioni e derivazioni per tutti i servizi alla persona? Può il Nursing Care ignorare la transculturalità di lontana e recente memoria?

La relazione infermiere-paziente contenga forme di adattamento, sia socialmente condizionata e lo sia ancor di più culturalmente.

Il nursing Care non può non essere fondato su un preciso concetto di Care a valenza tendenzialmente universale ed universalistica, nel cui ambito la professione infermieristica viene ad essere o ad acquisire valore per tutta l'umanità. Nel rispetto possibile e sempre problematico dell'altro, il Nursing Care non può che farsi, per questa via, tolleranza, comprensione, empatia, "messa tra parentesi" delle proprie cognizioni per una "resa" cognitiva e pratica che comporta un "abbraccio" conseguente ed una spendibilità da ciò indirizzata.

Senza assolutizzare nulla neppure l'empatia o la transculturalità resta il fatto che il Nursing Care non può avere confini. Esso riguarda o dovrebbe riguardare tutta l'umanità.

Assistere e prendersi cura hanno molte assonanze con l'accompagnare. Ma si può accompagnare in tanti modi.

“ Mi piacerebbe condurti fino al punto in cui si smette di capire, si smette di immaginare; vorrei condurti dove si comincia a sentire” D. Del Giudice

5. meditando di Daniele Chiarulli: Il sistema sanitario : le tappe di una storia

Ad oltre un trentennio dall' attivazione dell' attuale sistema sanitario, varato con la Legge n. 833/978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, una attenta riflessione sul modello organizzativo nella stessa delineato appare utile e opportuna, onde verificarne la rispondenza alle finalità che il legislatore si proponeva e la coerenza con il dettato in materia delle disposizioni costituzionali, tenendo conto, all' uopo, anche delle successive modifiche (alcune di rilevanza notevole, sia per la dimensione istituzionale che per l' aspetto gestionale), che tuttavia non ne hanno sostanzialmente alterato l' originario impianto.

La legge n. 833, infatti, giungeva dopo un ultradecennale elaborato travaglio dell' assetto organizzativo del sistema sanitario, considerato nella sua variegata globalità, le cui tappe più significative erano rappresentate :

- dalla Legge n.6972/890, che unificava nelle I.P.A.B. una variegata molteplicità di enti, sorti per lo più come fondazioni private, e stabiliva per le stesse una disciplina organica molto minuziosa e articolata, cui dovevano adeguarsi i rispettivi statuti e regolamenti interni ;
- dall' istituzione negli anni '20 dello scorso secolo degli E.C.A. ;
- dal T.U. delle Leggi Sanitarie, nell' ormai lontano 1926, con cui si provvedeva a un effettivo coordinamento delle tante diverse disposizioni legislative e regolamentari in materia : in tale provvedimento, tuttavia, erano contenute alcune significative novità, quali ad es. un primo organico corpo di norme in materia di igiene pubblica, la necessaria presenza in ogni Comune di alcuni servizi sanitari (condotte mediche e ufficio sanitario), il riconoscimento del carattere “ sociale “ di particolari malattie (cui il regime politico del tempo annetteva specifica importanza, prima tra le quali la tubercolosi all' epoca molto diffusa), ecc. ;
- dal R.D. n. 1631/938 con cui veniva disposto il riassetto dell' ordinamento interno dei servizi ospedalieri (tale provvedimento, tra l' altro, prevedeva l' individuazione dei servizi, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, in corrispondenza alle branche medico-specialistiche che l' evoluzione delle conoscenze mediche aveva definito (secondo le quali, peraltro, era dimensionato il corso di laurea in medicina e chirurgia) ; i servizi ospedalieri con posti letto erano strutturati in divisioni e sezioni, e il personale medico preposto era qualificato secondo una organizzazione piramidale su tre livelli (primari, aiuti e assistenti) ; veniva infine individuata nel Direttore sanitario una particolare figura professionale cui erano attribuite, in uno con la responsabilità del corretto funzionamento dei servizi ospedalieri, competenze di coordinamento, vigilanza e controllo degli stessi ;
- dalla Legge n. 132/968 (riforma ospedaliera), con la quale venivano istituiti gli enti ospedalieri : la rete ospedaliera, nella sanità italiana, rappresentava all'epoca l' articolazione meglio strutturata del sistema sanitario, e annoverava, specie nelle regioni del centro-nord, tante prestigiose realtà istituzionali con una storia gloriosa ; essa tuttavia necessitava di una incisiva azione di riordino, di programmazione e di redistribuzione dei servizi ospedalieri sul territorio, soprattutto in funzione di una maggiore vicinanza ai bisogni e alle attese della popolazione assistibile ; veniva anche definito un diverso criterio di classificazione delle strutture. Tale legge, inoltre, si proponeva una più funzionale ed efficace azione di raccordo con le strutture ospedaliere facenti capo al sistema dell' istruzione universitaria (i policlinici) ;
- dalla Legge n. 386/974 che individuava un regime transitorio in vista dell' organico riordino di tutto il sistema sanitario, ormai in fase di avanzata elaborazione.

La costituzione repubblicana del 1948, con l' art. 32 che riconosceva nella tutela della salute un diritto fondamentale dell' individuo che lo Stato deve garantire, consacrò la caratterizzazione determinante del sistema sanitario, che cessava di essere, come nel precedente ordinamento, una mera articolazione dell' organizzazione amministrativa dello Stato ; tuttavia, per una sua più organica e compiuta attuazione, si dovette attendere l' istituzione delle regioni a statuto ordinario, alle quali la Costituzione, come è noto, attribuiva funzioni e competenze in materia oltre che amministrative anche legislative, individuando nelle comunità locali i soggetti istituzionali per l' attivazione dei relativi servizi. In tale contesto andavano individuate le caratteristiche del sistema e i presupposti sui quali la imminente legge di riforma doveva basarsi e articolarsi.

Con la legge n. 833/978 si provvedeva dunque a inquadrare nel nuovo sistema sanitario, pur nel rispetto della riserva all' amministrazione centrale delle competenze di coordinamento e alta vigilanza del funzionamento del sistema stesso, specie in funzione della garanzia di condizioni di sostanziale effettiva uguaglianza fra tutti i cittadini nella fruizione dei relativi servizi, la miriade di attività sanitarie suddivise tra soggetti inquadrati in branche diverse della pubblica amministrazione ; veniva stabilito il principio della gratuità delle prestazioni ; si sopprimevano gli enti mutualistici ; gli ospedali perdevano (tranne gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) l' autonomia istituzionale, e, pur conservando una notevole autonomia gestionale, tornavano ad essere strutture del sistema.

Al momento deve riconoscersi che la legge di cui ci occupiamo, nella sostanza, non è venuta meno alle attese, e, dopo un trentennio, pur tenendo conto di rilevanti modificazioni nel frattempo intervenute con il D.L.vo n. 502/992, dimostra una sostanziale tenuta e ancora attuale efficiente rispondenza ai bisogni assistenziali dell' utenza : il sistema sanitario nella stessa individuato evidenzia infatti ancora oggi chiaramente tutte le qualità necessarie per durare nel tempo, e dare risposte adeguate, idonee a garantire la salute dei suoi assistiti.

Il tema è davvero vasto e complesso e meriterebbe una trattazione ben più ampia di un testo giornalistico ; mi limiterò pertanto, in questa occasione, ad alcuni essenziali cenni e a evidenziarne alcune particolarità che più di altre mi appaiono significative, in quanto riferibili alle specificità del sistema sanitario.

Infatti, l' architettura organizzativa del sistema, costruita nel rispetto di alcuni principi e in funzione del perseguimento di finalità e obiettivi positivamente indicati nel capo I della 833, corrispondeva a un disegno ideale abbastanza coerente, pur continuando ad essere articolata sui tre tradizionali livelli (centrale, regionale, locale) ; appare tuttavia evidente che il livello locale rappresentava, per gli aspetti di cui si sta trattando, l' articolazione più significativa che si identificava nelle strutture di base dell' intero sistema : le Unità sanitarie locali (U.S.L.), in seguito trasformate in " aziende " e denominate A.S.L. (Aziende sanitarie locali).

Ciascuna Regione, in un primo momento, avrebbe dovuto definire la costituzione di tali strutture in base a un duplice criterio che, nelle sue linee essenziali, avrebbe dovuto essere rispettato : a) un *criterio territoriale*, consistente nel definire " zone omogenee " del territorio di ciascuna regione, tenendo conto di un insieme di fattori socio-ambientali, e dell' esistenza di strutture e presidi sanitari idonei a individuare " bacini di utenza " per la fruizione dei servizi di cui il sistema doveva dotarsi (significativa in tale prospettiva, per la identificazione delle zone omogenee, le Comunità montane ove esistenti) ; b) un *criterio demografico*, consistente nella definizione di un parametro numerico, " 50.000 – 100.000 abitanti ".

Veniva delineato, come appare evidente, di un disegno - in astratto - perfettamente coerente con i principi costituzionali, specie sotto l' aspetto della attivazione di un " servizio alla persona " ; si trattava tuttavia di criteri abbastanza elastici, che si prestavano facilmente ad ambiti di manovra molto ampi e in teoria anche arbitrari, specie per gli ovvi inevitabili risvolti " politici ". La soluzione, in definitiva, risultò abbastanza variegata da regione a regione, in alcuni casi con aspetti paradossali : in Puglia vennero istituite ben 55 U.S.L. e

riconosciuta autonomia giuridico-istituzionale a n. 7 ospedali (fra i quali quelli ubicati nei capoluoghi di provincia, cui erano da aggiungere ben tre importanti strutture ospedaliere private), e si verificò anche il caso di alcune U.S.L. nelle quali il fattore demografico risultava ben al di sotto del minimo ; peraltro il disegno ideale tracciato dal legislatore veniva in molti casi a scontrarsi con una realtà non scevra da gelosie istituzionali, da campanilismi, ma soprattutto dal “ peso della politica “, che in alcuni casi non consentì l’adozione delle soluzioni più idonee e ragionevoli (si pensi, per la nostra realtà regionale, solo per fare un esempio, alla materiale impossibilità di sopprimere alcune strutture di ricovero che non possedevano il benché minimo requisito per essere ritenute “ ospedali “, per lo più dislocate a pochissima distanza da realtà meglio strutturate e pienamente funzionanti).

Si trattava tuttavia di uno stato di fatto destinato ad avere vita breve ; infatti, allorché superiori esigenze di maggiore efficienza nella gestione delle strutture con criteri aziendalistici e di contenimento della relativa spesa richiesero drastici interventi di modifica della situazione preesistente, il numero delle A.S.L. si ridusse notevolmente ; in Puglia, con due successivi interventi, tale numero si ridusse del 90%, e oggi le A.S.L. (penalizzando la territorialità) sono solamente 5. Inoltre, scomparivano i Comitati di gestione e il Presidente, entrambi sostituiti dall’ unica figura del Direttore generale, nominato direttamente dalla Regione, col che veniva a mancare anche un’ altra caratteristica di quel modello ideale, ossia l’ unico raccordo istituzionale con i Comuni di riferimento : oggi la connotazione della “ strumentalità “ per tali strutture, nella sua forma più ampia, attiene esclusivamente al rapporto con l’ Ente di riferimento, la Regione.

Ma ben altri più rilevanti adeguamenti relativi alla funzionalità ed efficienza del sistema e all’ efficacia dell’ azione sanitaria delle sue articolazioni andavano maturando, e che poi di fatto vennero attuati negli ultimi anni dello scorso secolo ; voglio accennare soltanto ad alcuni che a me appaiono più qualificanti, ossia :

- all’ introduzione di un nuovo sistema di contabilità, più aderente a quello delle aziende private, che si discostava notevolmente dal tradizionale modello “ finanziario “, tipico delle amministrazioni pubbliche ;

- all’ adozione di un nuovo meccanismo di remunerazione delle prestazioni ospedaliere rese in regime di ricovero, che sostituiva l’ ormai superato meccanismo articolato sulla retta giornaliera di degenza, di cui si palesavano alcune inadeguatezze e, in qualche caso, evidenti abusi : tale criterio, mutuato dal sistema statunitense, consta di un articolato e analitico elenco di tariffe predeterminate per ogni specifico intervento medico-chirurgico effettuato in regime di ricovero (D.R.G.) ;

- all’ esigenza di valutare, con criteri analoghi a quelli adottati dalle le aziende private - compatibili con le strutture del sistema sanitario, particolarmente per le strutture ospedaliere - la “ qualità “ dei servizi e delle prestazioni rese all’ utenza ;

- all’ adozione delle “ carte dei servizi “, peraltro disposte da disposizioni dal governo per ogni articolazione dell’ amministrazione pubblica.

Vorrei anche accennare ad alcuni altri aspetti della problematica che stiamo affrontando, che talvolta evidenziano alcune criticità in alcuni casi davvero significative ; intendo riferirmi :

- anzitutto alla programmazione sanitaria, la cui previsione era confermata nella legge di riforma, pur con alcune significative modifiche rispetto al precedente modello, che tentavano di svincolarla da procedure burocratiche e meccanismi abbastanza rigidi ; al qual riguardo è da rilevare che, pur trattandosi di una esigenza fondamentale e ineludibile dell’ intero sistema, e, pur se attuata onde rispettare le vincolanti disposizioni in materia anche con provvedimenti analitici e articolati, incontra qualche difficoltà nel divenire, specie in alcune realtà regionali, efficiente strumento di governo del sistema, testimoniata da una certa ricorrente discrasia tra atti programmatori e governo della spesa ;

- in secondo luogo al problema tra l’ integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, già prevista, pur se in termini abbastanza generici, nella legge di riforma ; peraltro l’ assenza di una legge-quadro in materia di servizi sociali, spinse alcune regioni ad anticipare i tempi e a emanare specifiche disposizioni in tale prospettiva. La legge-quadro venne alla luce dopo due decenni (Legge n. 328/2000), stabilendo i principi generali in tale sì rilevante e complessa

materia : è da dire tuttavia che una integrazione reale ed efficiente, articolata in azioni ed interventi coordinati in funzione di un vero “ servizio alla persona “, in generale, stenta ad avere concreta attuazione, in quanto, a mio modesto parere, appaiono necessarie norme operative di coordinamento delle competenze dei comuni e degli altri soggetti istituzionali cui le stesse sono attribuite, e quelle delle strutture del sistema sanitario (le A.S.L.), specie con riguardo al problema dell' attribuzione dei relativi costi. E' tuttavia da segnalare, lodevolmente, con specifico riferimento alla realtà pugliese, l' approfondimento di tale problematica e la ricerca di fattibili progetti per l' attuazione dell' integrazione, condotte da alcuni centri di ricerca (Centro Studi Erasmo, Ass. Meeters, ecc.) ;

- mi sembra anche utile accennare alla scomparsa nell' organizzazione ospedaliera, soprattutto per effetto della contrattazione collettiva, della tradizionale suddivisione del personale medico in primari, aiuti, assistenti : il personale medico oggi è tutto inquadrato in due livelli dirigenziali, ai più alto dei quali sono attribuite le competenze di direzione dei servizi ;

- da ultimo, per il settore ospedaliero, vorrei accennare ai dipartimenti, strutture organizzative alquanto inusuali rispetto ai consueti modelli burocratico-amministrativi della realtà italiana, purtuttavia previsti dalla legislazione di riforma sanitaria. L' introduzione di strutture dipartimentali in tale delicato e complesso settore del sistema sanitario era stata salutata con favore ed entusiasmo dalla dottrina più evoluta, che in esso scorgeva la concreta possibilità di innovative modalità organizzative nei tradizionali modelli amministrativi costruiti nella nostra realtà ospedaliera, sulla base della separazione specialistica delle competenze mediche e di una gerarchia su più livelli. Inoltre, per altro aspetto, l' introduzione del dipartimento nell' organizzazione ospedaliera veniva vista come concreta possibilità di integrazione di diverse competenze specialistiche in funzione dell' attivazione di azioni sanitarie organiche ed efficaci per una adeguata risposta ai reali bisogni della popolazione utente. Nella realtà, invero, tale particolare modalità di organizzazione dei servizi ospedalieri, è stata attivata in pochi specifici casi, e non ha trovato ampia diffusione.

Una domanda, alla fine di questo excursus, si impone : il modello di organizzazione dei servizi delineato nella Legge di riforma del sistema sanitario è da ritenere ancora valido ? Non ho alcuna esitazione nel rispondere affermativamente.

[già dirigente dell'Ospedale Miulli, Acquaviva, Bari]

5. regionando di Franco Ferrara: la sanità al collasso

La sanità pugliese è di nuovo sotto inchiesta giudiziaria. I reati contestati agli appaltatori e dirigente del Servizio Sanitario sono correlati alla “corruzione” e “turbativa d'asta”. Sono i reati compiuti nei confronti della Pubblica Amministrazione. Le 4 inchieste sono finite per direttissima nel sistema politico regionale e nazionale, coinvolgendo indirettamente la vita privata del Presidente del Consiglio. Qualche mese prima abbiamo avuto il “caso” dell'assessore regionale alla sanità, il quale ha rassegnato le dimissioni dalla Giunta ed è finito nel Parlamento.

La corruzione nel sistema degli appalti pubblici, viene da lontano e ha diverse declinazioni nella classificazione dei reati previsti dal Codice Penale. Come si rileva dalla Relazione del Procuratore Generale della Corte dei Conti, la tassa immorale della corruzione nel 2008 ha toccato la cifra di 60 miliardi. La cifra immonda può essere uguagliata all'intero ammontare del debito delle ASL e degli Ospedali. I crediti vantati dai fornitori del Ssn sono infatti di ben 33,7 miliardi un valore che sulla base di un anno ha raggiunto l'incremento del 15,6%.

Le ultime vicende giudiziarie pugliesi salite agli onori della cronaca mondiale, possono essere assunte come indicatori per comprendere la “maledizione” che attraversa la sanità pugliese. Continua l'assenza della “bonifica etica” per innestare processi di autoriforma, capaci di eliminare alla radice il sistema della corruzione. Il Ssn è da diversi anni al centro di attenzione della magistratura: le iscrizioni alla Facoltà di medicina, la gestione delle Aziende Ospedaliere, la dipendenza dal mercato farmaceutico. Nel mese di marzo scorso il neo-assessore, il medico Tommaso Fiore ha fornito la situazione della Sanità in Puglia. In quella Relazione viene sostenuto che *“la situazione economica della Sanità in Puglia è critica ma non drammatica e che i Settori più rilevanti della spesa sanitaria regionale sono stati messi sotto controllo”*. Ma è ancora possibile

salvare il Ssn? Senza modificare il sistema degli appalti la corruzione resterà annidata e quindi si potrà avere il crollo dello stesso. Il collasso si avrà nonostante il "federalismo fiscale" della spesa pubblica, in quanto il passaggio dal "costo storico" al "costo standard" segnerà un'altra tappa dello svuotamento della riforma del 1978. La riforma della fine degli anni '70 permise di sanare i deficit delle Mutue e collegava il Ssn italiano ai Servizi Sanitari Europei. Il Ssn collasserà anche a motivo del tramonto della professione medica. Il medico è la più antica professione del mondo, la ritroviamo presso tutti i popoli: egiziano, greco, persiano, ebreo, cinese, latino-americano. Viene esercitata in Occidente ed è legata a Ippocrate di Cos (370 a.C.?) attraverso il "grande giuramento" con il quale il medico si impegna a *"esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento"*. Un giuramento che ha vincolato e vincola miriadi di generazioni di medici. Un giuramento che prescrive al medico che *"oltre la diagnosi e la prognosi della singola malattia e del singolo malato anche l'osservazione e l'analisi di tutti i fattori ambientali (geografici, climatici, igienici e sociali) che influiscono sul malato medesimo"*. Nonostante la traduzione del giuramento in chiave moderna, riscontriamo la sua rimozione. Il primato, la fedeltà del giuramento ippocratico è stato vanificato dal processo di mercificazione del bene salute. La riforma introdotta nel 1978 è stata l'ultima occasione per salvare la figura medica dal primato assoluto del mercato. I pilastri sui quali poggiava la riforma erano: *"prevenzione, cura e riabilitazione"*; il contesto di vita assumeva un ruolo determinante.

Allo stato attuale sono chiari i termini della situazione critica del Ssn. La vittima principale è stato il carattere universale del Servizio il quale è stato consegnato alla dipendenza del sistema degli appalti. *La Relazione del Procuratore Generale della Corte dei Conti del 2008* ha documentato ampiamente l'"istigazione alla corruzione", questa è ripartita per regioni: *Sicilia (13,7); Campania (11,46); Puglia (9,44) Lombardia (9,39); Calabria (8,19)*. Istigare a perseguire la corruzione non può trovare giustificazione alcuna e quindi richiede un rafforzamento del potere giudiziario e non il suo indebolimento.

Diffondere la responsabilità a tutti i livelli sia ospedalieri che territoriali permetterebbe l'affermazione del controllo reciproco a differenza di quello accentrato. L'azzeramento dell'istigazione alla corruzione può avvenire cambiando integralmente il sistema degli appalti. Le tre funzioni: affidamento, gestione e collaudo, non possono essere accentrate ma ripartite su tre livelli in modo che la funzione di controllo non coincide con le stesse figure.

Nella storia del pensiero troviamo il prezioso contributo rimasto isolato di Ivan Illich, *La nemesi medica*. Questo grande pensatore del '900 ha svelato le radici dei limiti della medicina occidentale, sottoposta alla grande manipolazione operata dalle multinazionali farmaceutiche che con la complicità dei poteri politici mirano ad escludere del tutto la *"prevenzione alle malattie e ad annullare la libertà di scelta terapeutica"*. Illich, sosteneva che *"la medicina cura una malattia ma toglie la salute"*.

Il testo di I. Illich è uscito in Italia nel 1979, nell'anno in cui entrava in vigore la nuova riforma. Il ministro della Sanità Donat Cattin disse: *"per attuare la riforma si rende necessario inviare medici e infermieri in Africa a svolgere un biennio di professionalizzazione, il contatto diretto con la povertà li avrebbe liberati dalle tentazioni della salute merce"*. D'allora in Africa ci sono andati medici e infermieri come scelta personale, attraverso il mondo della cooperazione e missionario. Si tratta di scelte singolari, minoritarie. I neo laureati in medicina iniziano l'attività con la supplenza negli ospedali per perseguire la specializzazione, oppure sostituendo il medico di base, lo troviamo cioè nell'area del precariato. La ricerca della *stabilitas* è la strada obbligata per salvare il Ssn dal collasso.

[presidente Centro Erasmo, Gioia, Bari]