

La proposta

Procreazione assistita Le Regioni: tetto a 43 anni

Milano. Quarantadue anni, 11 mesi e 29 giorni: è il limite d'età che le regioni vogliono porre come soglia di accesso per le donne che intendono sottoporsi a trattamenti di procreazione assistita rimborsati dal Servizio sanitario. Il tavolo tecnico interregionale sulla procreazione assistita ha elaborato un documento che va ora esaminato dalla commissione degli assessori regionali alla Salute. Un'iniziativa che arriva mentre si fanno sempre più accese le polemiche sulle «mamme-nonne», ma che suscita perplessità nei medici. «L'idea è di uniformare i criteri di accesso nelle regioni - spiega Stefano Marson, del coordinamento tecnico interregionale - alcune hanno posto limiti e altre no». Il Veneto, ad esempio, ha «esteso» la possibilità di fare pma a carico del Ssn alle donne fino a 50 anni e agli uomini fino a 65. Nel documento si riprendono alcuni criteri già nelle linee guida sulla legge 40, «come limitare l'accesso a donne anche più giovani ma con diabete e un indice di massa corporea eccessivo e troppo basso - continua -, cioè nè donne obese nè troppo magre, e a chi è diabetica».

Ma stabilire per legge l'età di accesso alla fecondazione assistita non trova tutti concordi nel mondo medico. «Le regioni vogliono mettere un limite all'età - commenta Luca Gianaroli, presidente Simer (Società italiana studi medicina della riproduzione) - per frenare la spesa ma l'accesso alla pma non dovrebbe essere deciso su un dato meramente anagrafico, bensì su alcuni parametri». Come il dosaggio ormonale di fsh e amh, la regolarità dei cicli mestruali, il peso della paziente e la sua storia clinica.



La proposta

Per la procreazione le Regioni studiano tetto fino a 43 anni

MILANO

■ ■ ■ Quarantadue anni, 11 mesi e 29 giorni: questo il limite d'età che le regioni vogliono porre come soglia d'accesso per le donne che vogliono sottoporsi a trattamenti di procreazione medicalmente assistita rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. Il tavolo tecnico interregionale sulla procreazione assistita ha elaborato un documento che ora dovrà essere esaminato dalla commissione degli assessori regionali alla Salute. «L'idea è uniformare i criteri d'accesso in tutte le regioni» spiega Stefano Marson, coordinamento tecnico interregionale della commissione Salute, «perché ora alcune hanno posto dei limiti e altre no». Ma stabilire per legge l'età di accesso alla fecondazione assistita non trova tutti i medici concordi. Se è vero che il codice deontologico degli ordini prevede il divieto d'attuare pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce, ci sono però altri fattori da prendere in considerazione. Almeno per gli specialisti di medicina della riproduzione.



ANCHE OBESITÀ E DIABETE FRA I CRITERI PER I RIMBORSI**Fecondazione, le Regioni vogliono il limite a 43 anni**

■ Un limite di età per la procreazione assistita. Per la precisione, entro i 43 anni (quindi tecnicamente fino a 42 anni, 11 mesi e 29 giorni): è questa la soglia massima di anzianità che le regioni vogliono imporre alle donne per i trattamenti rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. Il tavolo tecnico interregionale sulla procreazione assistita ha infatti elaborato un documento, che ora dovrà essere esaminato dalla commissione degli assessori regionali alla Salute. E questo proprio nei giorni in cui è forte la polemica sulle mamme-nonne, dopo la decisione dei giudici torinesi di dare in adozione la bimba nata da una madre di 58 anni. «L'idea è di uniformare i criteri di accesso in tutte le regioni - spiega Stefano Marson del coordinamento tecnico interregionale della commissione Salute - perché ora alcune hanno posto dei limiti e altre no». Per esempio il Veneto ha esteso i trattamenti a carico del Servizio sanitario alle donne fino a 50 anni. Nel documento si riprendono anche alcuni criteri già contenuti nelle linee guida sulla legge 40, «come limitare l'accesso a donne anche più giovani ma con diabete e un indice di massa corporea eccessivo e troppo basso».



Linee guida La discussione sul ricorso alla «Evidence based medicine»

Come si stabilisce se una terapia è efficace

Da almeno 20 anni si parla della medicina basata sulle prove di efficacia

Se c'è una cosa che piace a chi va dal medico è sentirsi preso in considerazione come caso specifico e individuale. Piace meno essere trattati secondo schemi prefissati. Negli ultimi venti anni si è sviluppata la cosiddetta *Evidence Based Medicine* (EBM), la Medicina basata sulle prove di efficacia, grazie alla quale per molti disturbi sono disponibili precise indicazioni provenienti dalla ricerca clinica su cosa è efficace e cosa non lo è.

È possibile che la disponibilità di linee guida cosiddette *evidence based* possa aver ridotto l'attenzione dei medici verso le aspettative del singolo paziente? Se lo sono chiesti Pamela Hartzband e Jerome Groopman dell'Harvard Medical School di Boston in un editoriale pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, nel quale affermano che ci sarebbero due "scuole" nel pensiero medico contemporaneo: il *medical humanism* che si focalizza sui valori personali e le preferenze del paziente; la pratica medica *evidence based* che avrebbe invece l'obiettivo della scientificità.

Dice in proposito il professor Roberto D'Alessandro re-

sponsabile del programma di Evidence Based Medicine - Medicina orientata al paziente del Policlinico S.Orsola Malpighi di Bologna: «Ascoltare il paziente, sì, anche se un medico troppo condiscendente non è augurabile. Si sa, ad esempio, che gli strumenti diagnostici tecnologici sono guardati favorevolmente dai pazienti, che magari chiedono di poter effettuare una Tomografia Computerizzata, la cosiddetta TAC, o una Risonanza Magnetica, per una migliore definizione diagnostica del loro mal di schiena. Ma le prove derivanti dall'EBM indicano che queste esplorazioni diagnostiche sono spesso inappropriate e possono portare a esiti peggiori in chi le fa che in chi non le fa. Infatti, dopo una TAC o una Risonanza Magnetica è più facile finire sotto i ferri del chirurgo anche per mal di schiena che dal chirurgo non sarebbero mai dovuti arrivare. In questi casi il medico dovrebbe avere la fermezza di dire al paziente che quel tipo di indagine diagnostica per il

suo caso non è indicata. Ma se il paziente insiste alla fine il medico cede». «In questi casi il medico deve essere sufficientemente autorevole per affrontare la questione sul piano dell'EBM — dice ancora il professor D'Alessandro — e deve spiegare al paziente che un esame non appropriato può generare più problemi che soluzioni. Tuttavia, sono molte le variabili che possono influire sulla risposta: il medico deve essere disponibile e rivedere il paziente in casi di evoluzione non favorevole, deve sentirsi sicuro delle proprie capacità cliniche, non deve essere troppo preoccupato degli aspetti medico legali. Talora è accettabile eseguire un esame solo per tranquillizzare il paziente, quando è chiaro che questi non starà mai bene fino a che l'esame non sarà stato eseguito. Comunque, come per le decisioni riguardanti la terapia, è cruciale il rapporto medico-paziente: capacità d'ascolto e autorevolezza del medico da una parte, fiducia e autonomia del paziente dall'altra».

Certamente più egualitaria

sta diventando la relazione tra medico di famiglia e paziente, ma quando si arriva in ospedale, la comunicazione tende a ridiventare diseguale. Fino a che punto questo possa accadere lo mostra Lucia Fontanella, autrice di un libro intitolato proprio «La comunicazione diseguale» (Il Pensiero Scientifico Ed.). Nel libro viene riportata l'esperienza di un ricovero ospedaliero dell'autrice, che è stata docente di filologia e linguistica all'Università di Torino. «Ero, come tutti i malati, in una situazione di grande svantaggio — dice Lucia Fontanella —. Questa è la comunicazione diseguale. Prendiamo l'ospedale. Alcuni ci lavorano, magari da tanto tempo, e più il tempo passa più pensano davvero che quel posto sia loro, che quella gente che arriva lì per essere curata



sarebbe anche una cosa bella che non arrivasse per niente: sono troppi, dei perfetti estranei, hanno i parenti, vogliono ciò che non si può o non si vuole fare. Ma il mondo dell'ospedale ha imparato a difendersi: il tempo te lo concede quando e come vuole, ti parla quando e come vuole».

Insomma, in ospedale gli operatori sanitari sono a casa loro, i malati no. Secondo Lucia Fontanella questo si vede soprattutto nell'espropriazione nei confronti del malato del suo spazio ("questo posto è mio, tu sei un intruso...") e del suo tempo ("tu vieni e vai quando lo dico io"), ma anche nel modo di comunicare tendenzialmente imperativo, come quando il medico di Pronto Soccorso, a lei che aveva timore di farsi visitare per il troppo dolore all'addome, ha detto: "Se non le va, poteva starsene a casa...".

Danilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Investimenti

13

Gli anni necessari per sviluppare un preparato ex novo

Servono in media 13 anni di lavoro e più di un miliardo di dollari per portare un farmaco sugli scaffali delle farmacie, dal momento dell'idea iniziale. «Questo anche perché nel 95% dei casi circa la sostanza che sembrava promettente finisce per rivelarsi inefficace o troppo tossica» ha dichiarato Francis Collins, direttore dei National Institutes of Health statunitensi. «Occorre quindi mettere in campo tutte le risorse disponibili per sfruttare al meglio i medicinali che già sono sul mercato o le molecole che hanno già superato i test di sicurezza e il cui sviluppo è stato poi per varie ragioni abbandonato».

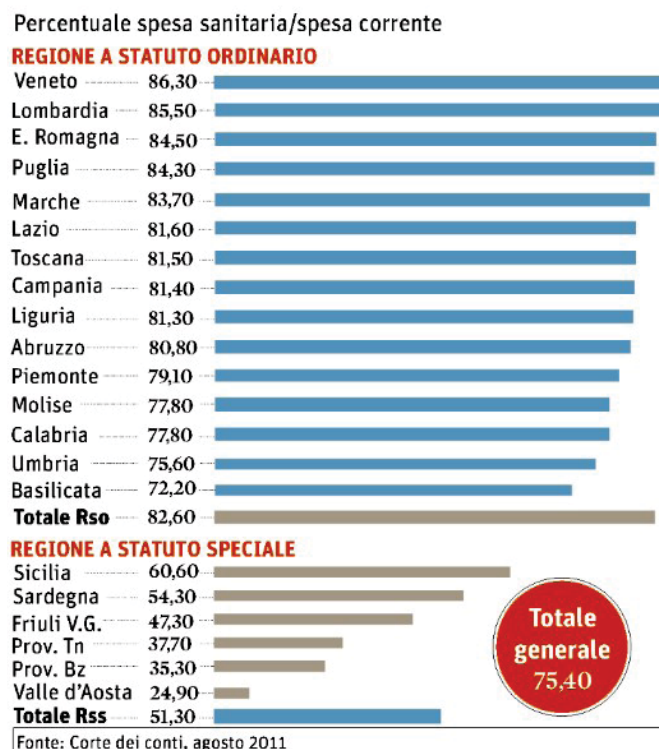
Altra cosa è invece la tentazione, in cui cadono talvolta le aziende farmaceutiche per rientrare del tempo e del denaro spesi per mettere a punto le sostanze, di "inventare" nuove malattie per vecchi farmaci, o amplificare l'importanza di disturbi comuni, per offrire un mercato a sostanze su cui si sono fatti investimenti che rischiano altrimenti di andare perduti. Questo fenomeno non è chiamato *drug repositioning*, ma *disease mongering*.



Scenari d'autunno. Fra le ipotesi l'attuazione nel 2012 di una parte degli 8 miliardi di riduzioni previste per il biennio successivo

Sanità, possibile anticipo per i tagli 2013

Il peso della sanità sui bilanci regionali



LE RICHIESTE DELLE REGIONI

I governatori chiedono un nuovo Patto della salute e il recupero degli 834 milioni per il superticket su visite e analisi

Roberto Turno
ROMA

Con la manovra bis è stata (apparentemente) risparmiata. Ma con la manovra ter d'autunno che ormai è considerata una certezza, anche la spesa sanitaria rischia in qualche modo di tornare a ballare sul filo del rasoio dei nuovi interventi allo studio del Governo per dare un'altra sforbiciata ai conti pubblici. Perché la sanità per il Governo resta sempre un'osservata speciale. «Non mi risultano ipotesi di nuovi ticket», ha frenato per il momento il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Ma i governatori - dopo lo scontro con palazzo Chigi per i nuovi tagli arrivati in agosto ai bilanci regionali - stanno in guardia e respingono al mittente qualsiasi altra nuova ipotesi di intervento sulla spesa e sui servizi sociali. Anzi, continuano a chiedere al Governo addirittura di fare marcia indietro e di re-

vocare i tagli della manovra di luglio. Una missione impossibile, hanno però già fatto sapere dal fortino di via XX Settembre dell'Economia. E così la tensione tra Governo e Regioni resta altissima. Anche perché sulla sanità i governatori si giocano il grosso dei loro bilanci: la Corte dei conti ha appena stimato che pesa in media il 75,4% sui conti locali.

La spesa di asl e ospedali torna sugli scudi. E rischia - se mai il Governo mettesse mano a interventi politicamente e socialmente dolorosi e impopolari - di dover anticipare già al 2012 almeno una parte di quella potatura decisa con la manovra di luglio che ha messo in allarme tutto l'universo sanitario: 2,5 miliardi in meno nel 2013 e altri 5,5 nel 2014. Otto miliardi di tagli contro i quali le Regioni hanno subito alzato le barricate, in attesa che si apra il confronto col Governo che entro aprile dell'anno prossimo dovrà portare a una intesa «forte» - «ma dev'essere un nuovo Patto», è l'imperativo dei governatori - per decidere insieme dove e come contenere la spesa sanitaria. Come distribuire quegli 8 miliardi di tagli insomma, anno

dopo anno. Senza scordare altri 2,63 miliardi di interventi che spunteranno le unghie alla spesa sanitaria già nel 2012: 600 milioni dalla farmaceutica, 1,2 miliardi dal personale, 834 milioni dalla rinascita (questa volta per tutto l'anno) del mancato finanziamento da parte dello Stato del superticket su visite e analisi specialistiche.

E così i governatori - come tutti gli operatori e le imprese interessate da un business sanitario che solo nel pubblico vale oltre 110 miliardi l'anno - rafforzano la trincea anti-tagli e si preparano a una nuova partita a scacchi. Da una parte sanno bene che il terremoto dei mercati e la tenuta sempre più a rischio dei conti pubblici richiederanno altre e anche più pesanti misure di contenimento del deficit. Dall'altra rilanciano e dicono: con nuovi interventi il default del Servizio sanitario nazionale sarà sicuro. Il federalismo è morto e il Welfare sanitario andrà a rotoli. Non a caso chiedono ancora di avere indietro gli 834 milioni del superticket nel 2012, invocano il ripristino dei fondi per gli investimenti che la Corte dei conti ha appena certificato essersi rivelati un



fallimento con 9,2 miliardi su 16 non spesi del programma di edilizia sanitaria del 1988, e lamentano altri 800 milioni negativi per la spesa sociale.

Ma le ombre lunghe della manovra ter d'autunno preoccupano sempre più le Regioni. Che sanno bene quanto pesante potrà essere la trattativa sui tagli da 8 miliardi in cantiere nel 2013-2014, quelli appunto che in qualche modo, e in entità tutta da valutare, potrebbero teoricamente essere anticipati già dal 2012. Su tutti pendono i nuovi ticket sui farmaci e su tutte le altre prestazioni sanitarie - dunque anche sui ricoveri - che scatterebbero dal 2014 e che dovrebbero produrre risparmi per più di 2 miliardi. Ma toccherà anche al taglio della spesa per i dispositivi medici, ai farmaci ospedalieri, agli acquisti di beni e servizi non sanitari. Un'onda d'urto che continuerà a investire il personale, la gestione degli ospedali e delle asl, tutti i servizi. E che nelle Regioni commissariate rischia pesantemente di compromettere i piani di rientro dal debito. Con un altro effetto ormai dato per certo: la riduzione dei Lea, i livelli essenziali delle prestazioni. Insomma, sempre meno sanità pubblica, sempre più salute a pagamento. «Il Governo ci metta la faccia», ripetono non a caso i governatori. Che intanto sono diventati esperti di mercati e di spread tra Btp e Bund tedeschi. E sanno bene che anche la salute a questo punto si gioca in Borsa.

Alimentazione

Anche la pasta può essere amica della linea

a pagina 60

Il confronto Indice glicemico più basso rispetto al pane bianco

Pasta amica della linea se si fa attenzione a dosi e condimento

Le differenze

	Proteine (g)	Grassi (g)	Carboidrati (g)	Energia (kcal)
 Pasta al pomodoro (penne g 80, pomodoro g 85, olio extravergine g 5, grana g 5)	11	8	66	363
 Pasta aglio olio e peperoncino (spaghetti g 80, olio extravergine g 25, aglio e peperoncino)	9	26	63	506
 Spaghetti alla carbonara (pasta g 80, pancetta g 25, 1/2 uovo, burro g 8, pecorino + grana g 20)	22	22	63	522
 Pasta al pesto (trenette g 80, pinoli g 10, grana e pecorino g 15, olio g 20)	17	30	64	578

D'ARCO

Conferme

Chi è diabetico o sovrappeso può non rinunciare al tipico «primo»

La possiamo considerare il nostro alimento tradizionale per eccellenza. Ed è anche la prova di quanto non sia vero che tutto quel che è buono "faccia male".

La pasta - come quella di semola di grano duro, la più usata - rappresenta una delle fonti migliori di carboidrati. Innanzitutto ne è ricca e contiene quasi solo amido, un carboidrato complesso, uno di quelli che devono prevalere sugli zuccheri semplici. Inoltre, a parità di contenuto di carboidrati, comporta un minore aumento della glicemia rispetto ad altre fonti come il pane bianco, il riso brillato o le patate. In altre parole, la pasta ha un Indice Glicemico più basso: è un pregio nella prevenzione di malattie croniche quali obesità e diabe-

te. Questo giudizio positivo presuppone però che la porzione e il tipo di preparazione siano appropriati. Le linee guida dell'Inran (Istituto nazionale per la ricerca per gli alimenti e la nutrizione) suggeriscono per la pastasciutta una porzione di 80 grammi (peso crudo). È facile, invece, eccedere, magari senza neppure rendersene conto. E lo conferma uno studio pubblicato dall'*American Journal of Clinical Nutrition*, nel quale ricercatori della Pennsylvania State University (USA) hanno proposto, in 4 giorni diversi, porzioni via via maggiori di pasta a una cinquantina di adulti. All'aumentare della porzione, aumentava del 30 per cento il numero di calorie, spesso però questo non veniva notato, neppure in termini di sazietà percepita.

Ma che cosa si può dire riguardo alla scelta del tipo di pasta? «Converrebbe dare più spazio alla pasta integrale — consiglia Francesca Scazzina, nutrizionista del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Parma — perché, anche se l'Indice Glicemico non varia rispetto alla pasta raffinata, si-

curamente è maggiore il contenuto di fibra. Inoltre, poiché i cereali integrali sono ricchi anche di sostanze nutritive come vitamine, sali minerali, acidi grassi essenziali e composti fenolici, bisognerebbe preferire paste preparate con farine integrali piuttosto che quelle a base di farine raffinate addizionate di crusca».

Quanto alla preparazione, vanno privilegiati gli ingredienti più salutari come le verdure e l'olio extravergine d'oliva. A questo proposito, un'interessante novità arriva da uno studio italiano, pubblicato dal *Journal of Medicinal Food*. Questa ricerca suggerisce che, per controllare la secrezione di insulina (l'ormone rilasciato quando aumenta il livello di glucosio in circolo e che favorisce il deposito di grasso) potrebbe essere utile "far saltare" velocemente in padella la pa-

sta dopo la preparazione. Nello studio, che ha preso in considerazione donne obese e normopeso, si è messo a confronto il consumo di pasta fatta saltare in padella con il consumo di pasta condita con olio crudo. Si è visto così che nelle donne obese che mangiavano la pasta "fatta saltare" la secrezione insulinica si riduceva. «Pensiamo — chiarisce Sara Farnetti, internista, nutrizionista dell'Università Cattolica di Roma e primo autore dello studio — che questo sia da imputare alla trasformazione cui vanno incontro gli zuccheri contenuti nella pasta quando vengono a contatto con l'olio caldo. Fra grassi e zuccheri si creano, infatti, dei legami che impediscono a una parte di questi ultimi di essere assorbiti».

C. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sfida della nuova medicina «condivisa»

Dottore perché devo decidere io?

Servizi di **DANILO DI DIODORO**
e **DANIELA NATALI** alle pagine 56-57

Nuovi rapporti Meno paternalismo e più attenzione per i valori personali

Medicina «condivisa» Il dottore propone il paziente decide

Ma il malato è contento di scegliere la sua cura?

Dal dottore che, perentorio, diceva: «questa è la malattia, questa è la cura», allo specialista che suggerisce: «data questa diagnosi, le propongo due strade terapeutiche e le illustro vantaggi e svantaggi di ognuna. A lei la scelta». Così si può sintetizzare il passaggio dalla medicina paternalistica a quella cosiddetta "di condivisione". Ma davvero può esistere un rapporto paritetico tra medico e paziente? E davvero vogliamo sentirci dire che le decisioni toccano a noi?

«Sicuramente, dalla fine degli anni Settanta, c'è stata una crescita culturale generale e sono nati diversi strumenti di tutela del malato: dal consenso informato, ai comitati etici "misti" degli ospedali nei quali sono presenti anche rappresentanti dei pazienti, fino ad arrivare a un monitoraggio della "customer satisfaction", il grado di soddisfazione dei

clienti-pazienti, impensabile anche solo un decennio fa» chiarisce Lucio Maturo, docente di Sociologia della salute all'Università di Bologna —. Oggi, poi, tutti siamo subissati di informazioni - si pensi a Internet -, ma anche questo non significa che si realizzi una vera parità col medico. Ai dati colti in rete manca una gerarchia e ciò è origine di fraintendimenti, tanto è vero che oggi il medico spesso deve "togliere" informazioni al paziente più che darne. Al di là di questo, il rapporto medico-paziente è costituzionalmente asimmetrico e per di più oggi tra i due, a complicare le cose, sta seduto l'avvocato».

«Il medico ha comunque un potere sul nostro corpo, sulla nostra vita (e sul nostro portafoglio) e questo lo rende forte — aggiunge Giuseppina Cersosimo, docente di Sociologia all'Università di Salerno — anche se rispetto a 10, 15 anni fa ha davanti un paziente molto

più consapevole ed esigente, che spesso vuole tutto e subito. D'altronde è ovvio che chi sta male voglia subito star bene. La parziale scomparsa della medicina paternalistica io la legherei però anche al fatto che tra le due parti in gioco si è inserita la tecnica. Tutto è cominciato con la lontana scoperta del fonendoscopio che è stato il primo strumento a frammettersi davvero tra il corpo di chi cura e di chi è curato, tenendo a battesimo la morte della clinica».

Siamo certi di tutta questa crisi di potere nei medici? Non assistiamo invece alla medicalizzazione di tutta la nostra vita? «Questo processo non credo sia partito dai medici: siamo noi ad aver bisogno di trasformare in malattia tutto quello che non ci piace di noi stessi, ossessionati come siamo dal mito della performance e della bellezza. Certo, questo alla fine si traduce anche in un potenziamento del ruolo

del medico» ribatte Giuseppina Cersosimo.

Ma allora che cosa è meglio: paternalismo o condivisione? «È forse una banalità da dire - ma non da realizzare -: bisogna dosare l'uno e l'altra. Tenere conto della specificità di ogni paziente e anche della sua famiglia. Come se non bastasse, bisogna sapersi tenere in equilibrio tra distacco e compartecipazione e, ovviamente, non farsi guidare dal timore di una causa. Il guaio è che nelle facoltà mediche quello che manca è proprio l'insegnamento e l'allenamento al-



l'ascolto e al colloquio con il malato» precisa Cersosimo.

Il paziente vuole davvero sentirsi dire "tutto"? «Ci sono casi in cui il medico deve dire la verità tutta la verità, indipendentemente dalla volontà del malato per mettere in guardia chi si potrebbe ammalare per contagio, pensiamo per esempio all'Aids e, in generale, a tutte le malattie infettive che son una questione sociale — puntualizza Giuseppina Cersosimo —. A parte questo, sappiamo dai nostri studi che più il paziente "sa", più aderisce alla terapia. Ma anche qui si tratta di "saper parlare" e "ascoltare", tenendo ben presente che una cosa è il segno, oggettivo, e un'altra il sintomo, soggettivo, che è ciò che corrisponde al vissuto del paziente rispetto al segno. Il che vuol dire che a un certa malattia, a un certo dolore, ognuno reagisce in modo diverso e non sa comunicare bene il medico che non ne tiene conto».

«Sempre dagli studi di sociologia sappiamo però anche un'altra cosa — riprende Maturo — e cioè che più il paziente

è acculturato, più vuole sapere. E visto che il livello culturale medio aumenta, saranno sempre di più le persone che vorranno giocare un ruolo attivo nella gestione della loro malattia».

«Questo nuovo atteggiamento è però proprio solo di una piccola parte della popolazione mondiale, il 10% circa: vecchia Europa, Stati Uniti, parte del Canada, Australia, Nuova Zelanda. Fuori da questo 10% calcolo anche un Paese ricco, come il Giappone, dove il rapporto totalizzante con le istituzioni costituisce un modello che vale anche nei confronti del medico. Detto ciò — sottolinea Costantino Cipolla, ordinario di sociologia all'Università di Bologna e direttore della rivista Salute e Società — vorrei riflettere sul fatto che sempre più la medicina del "bisogno" fa posto a una medicina voluttuaria, del "miglioramento". Mi riferisco alla chirurgia estetica, ma anche ai farmaci capaci di incidere sulle emozioni, non per curarci ma per farci sentire allegri, ai prodotti che migliorano le per-

formance sessuali, al doping. Qui la posizione del paziente, che per di più paga di tasca propria e pretende, è totalmente diversa. Mette a confronto medici che si fanno una guerra spietata attraverso la pubblicità (ora lecita), decide a chi rivolgersi, decide soprattutto che cosa vuole».

«Anche questo finisce col dare più spazio ai medici, — continua Cipolla — ma non più potere, tanto è vero che al paziente si fa firmare, più che un consenso informato, un "contratto", che prevede certi standard. Il medico sa di più, ma è il cliente-paziente a metterci i soldi e il rapporto si fa più paritario. Ci avete fatto caso: in questo ambito, tutto si fa gentile, carino, anzi tutto finisce in "ino", come "ritocchino". Qui la geisha è il medico. E non sto parlando di cose peregrine: si calcola che, sempre e solo per qual 10% del mondo, tra dieci, vent'anni, metà della medicina si occuperà di questo: farci morire più belli e in forma di come siano nati».

Daniela Natali

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In futuro

Il medico che ti viene a cercare

C'è un radicale cambiamento che si profila nel rapporto medico-paziente. È il passaggio dalla medicina di attesa (è il paziente ad andare dal medico, quando sente che qualcosa non va) alla cosiddetta «medicina d'iniziativa»: il medico sa che il suo paziente ha qualcosa che non va - per esempio, che è sovrappeso, o che fuma, o che ha la pressione troppo alta, o che ha il diabete non ben controllato... - e prende l'iniziativa per aiutarlo. È un vero e proprio capovolgimento, questo, del rapporto medico-paziente che però non tutti i dottori vedono di buon occhio, sia per l'aumento del carico di lavoro, sia - si sostiene - per la possibile deresponsabilizzazione del paziente, che potrebbe entrare in una condizione di passività rispetto alla salvaguardia e al mantenimento della propria salute.

Fallaci e Terzani

Due modi opposti di vivere la malattia



«Il medico — osserva Lucio Maturo, docente di sociologia della salute all'Università di Bologna — per comunicare con chi sta curando deve saper distinguere tra "illness" e "disease" e cioè tra la malattia secondo l'interpretazione che ne dà il malato, e la sua definizione secondo la scienza, perché è evidente che le due non coincidono. Ed è della "illness", cioè della narrazione che fa il paziente, che bisogna mettersi in ascolto. Non si tratta solo di un dovere etico: un malato fiducioso in chi lo cura segue meglio la terapia».

«Per fare due esempi — continua Maturo — che aiutino a comprendere meglio la differenza tra "illness" e "disease", basta pensare a Oriana Fallaci e Tiziano Terzani (nelle foto). Per lei il cancro era un alieno che abitava il suo corpo; per Terzani, la medesima malattia era un amico, addirittura una benedizione che lo aveva salvato dal cadere nella routine della vita».

D. N.

Che cosa chiedergli

Ecco alcune domande che, in un sistema di scelte condivise, il paziente dovrebbe fare al medico quando questi propone un trattamento *

- Mi spieghi in che cosa consiste il trattamento (*terapia, intervento*)
- Qual è il possibile beneficio della cura?
- Quali sono i possibili rischi?
- Quali i possibili effetti collaterali?
- Cosa dovrei fare se si manifestassero questi effetti?
- Quali conseguenze il trattamento potrebbe avere sui miei sintomi e sulla mia vita di tutti i giorni?
- Ci sono altri trattamenti eventualmente disponibili?
- Che tipo di supporto lei potrebbe offrirmi se dovessi decidere di non intraprendere alcun trattamento?

* Domande liberamente ispirate al documento del NICE, National Institute for Clinical Excellence, "You and your prescribed medicines: enabling and supporting patients to make informed decisions"

Che cosa deve dirti

Prova a confrontare le modalità di comportamento del tuo dottore con quelle considerate "ideali" in un sistema di scelte condivise *

- Il medico ti dà informazioni usando il meno possibile termini tecnici
- Se ci sono problemi di comunicazione, il tuo medico utilizza disegni o spiegazioni stampate facili da comprendere
- Il medico si preoccupa di capire qual è il livello di condivisione che preferisci
- Se non vuoi seguire il trattamento proposto, il tuo dottore è disponibile ad illustrarti i possibili rischi e benefici conseguenti alla tua scelta
- A intervalli regolari, il medico si preoccupa di controllare che esito ha il trattamento, se riesci a seguirlo senza problemi e se hai ulteriori dubbi

* Consigli liberamente ispirati alle linee guida NICE "Medicines adherence involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence 2009"

D'ARCO

Il numero

Addio carta per i certificati Solo online quelli di malattia

15 milioni

Sono i certificati medici trasmessi all'Inps per via telematica da aprile ad oggi. L'anno scorso il totale dei certificati su carta spediti all'Inps era stato di 12 milioni

I certificati in versione cartacea vanno in pensione una volta per tutte. Archivate le polemiche fra medici e ministero dell'Innovazione, è infatti scattata l'ultima fase della «rivoluzione digitale» che ha coinvolto prima i dipendenti dell'amministrazione pubblica. D'ora in avanti, non sarà più possibile utilizzare la carta per i certificati medici di malattia neppure dei dipendenti privati. Il datore di lavoro non potrà quindi più richiedere al proprio lavoratore l'invio della copia cartacea dell'attestazione di malattia (al massimo, il numero di protocollo identificativo del certificato inviato dal medico), ma dovrà prendere visione delle attestazioni di malattia dei propri dipendenti avvalendosi dei servizi resi disponibili dall'Inps. La nuova modalità di trasmissione coinvolge 17,5 milioni di lavoratori dipendenti sia pubblici sia privati, oltre 200 mila medici e circa 5 milioni di imprese. Per i lavoratori, c'è un vantaggio in più: non saranno più costretti a spendere circa 7,5 euro per spedire le due raccomandate al proprio datore di lavoro e all'Inps previste in precedenza.

