

Riflessioni numero trentotto

16 maggio 2022

CURARE LA CURA?

La Repubblica

**tutela la salute a pagamento
come fondamentale diritto dell'individuo e
interesse della collettività e garantisce
cure gratuite agli indigenti.**

Articolo 32 della Costituzione Italiana - **riparato**

Dettagli zerouno - video

FUGA DALLA CURA?

Corriere della Sera Domenica 8 Maggio 2022

Il caso

di Carlo D'Elia

LODI «Perché mi sono dimessa? Perché non ce la facevo più. I mesi più duri del Covid sono stati terribili. Da febbraio 2020, tra turni impossibili e ritmi infernali, ho gestito il primo reparto di sub intensiva in Europa, curando pazienti che per complessità sono inferiori solo alla rianimazione. Non è stato facile». Sabrina Iachetti era caposala, un'infermiera esperta. Ha scelto di lasciare il lavoro a 55 anni. Ha sempre lavorato all'ospedale Maggiore di Lodi ma, dopo 36 anni di servizio, di cui quasi due nella trincea



Ospedale

● Sabrina Iachetti, 55 anni, ha lasciato il suo lavoro da caposala all'ospedale Maggiore di Lodi dopo 36 anni di servizio

● Iachetti è stata in prima linea nella lotta contro il Covid, guidando un reparto diventato una delle terapie subintensive più grandi d'Europa durante l'emergenza

● Il 27 gennaio scorso si è dimessa dal suo incarico ed è passata alla gestione amministrativa dell'azienda di fotovoltaico di proprietà dei suoi fratelli a Cavenago d'Adda, appena fuori Lodi. «Mi metto in gioco — dice — e imparo un nuovo lavoro. Era impossibile proseguire»

L'infermiera della trincea Covid «Addio corsia, faccio l'impiegata»

Guidava la subintensiva a Lodi: siamo stressati e malpagati, impossibile continuare

del Covid, ha fatto una scelta di vita. Il 27 gennaio scorso ha deciso di dimettersi, lasciando i «suoi» Infermieri e la passione di una vita, e ha scelto un lavoro dietro a una scrivania. Oggi si occupa della gestione amministrativa dell'azienda di fotovoltaico di proprietà dei suoi fratelli, appena fuori Lodi. «A cinque

Caposala
Sabrina Iachetti, 55 anni, nell'azienda in cui ora lavora (Ribolini)

l'ex caposala a dover tirare la corda più del dovuto. Fino alla decisione di lasciare il lavoro della sua vita, per sempre. «I cambiamenti non mi hanno mai spaventata. Devo ammettere che mi trovo bene nel nuovo lavoro. A giovare è sicuramente la qualità della mia vita, che è migliorata ri-

spetto agli ultimi anni. Sono sempre stata abituata a lavorare tanto, facendo sacrifici enormi. Ora mi sono rimessa in gioco, cercando con tutte le mie forze di imparare un nuovo impiego. Cosa mi manca dell'ospedale? Sicuramente i colleghi, l'ambiente, l'interazione anche con i pazienti. Ma

sono convinta di aver fatto la scelta giusta. Con la nuova sanità è sempre più complicato essere un buon infermiere: l'organizzazione spesso manca. Serve una gestione diversa anche delle persone che nella sanità ci lavorano ogni giorno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

anni dalla pensione ho dovuto cambiare vita per poter andare avanti», spiega. L'emergenza sanitaria, tra turni insostenibili e le difficoltà enormi che ha vissuto tutto il personale nelle settimane più disperate della pandemia, hanno portato Iachetti allo stremo. Tanto che le è stata diagnosticata la Pandemic fatigue: una stanchezza insidiosa che porta giorno dopo giorno alla perdita della fiducia, della speranza e alla rabbia. «Ho deciso di prendermi una pausa, in questo momento sono nauseata dalla sanità e di come è cambiata — dice —. L'infermiere è sottopagato e stressato. Non è facile andare avanti e capisco anche i tanti colleghi che hanno deciso di lasciare. Per me non è stato facile dopo 36 anni di lavoro cambiare vita, ma ho dovuto farlo per poter andare avanti». Iachetti, che ancora oggi è referente regionale Irc (Italian resuscitation council, associazione che riunisce operatori impegnati nella rianimazione cardiopolmonare), ricorda: «Quello che abbiamo vissuto all'ospedale di Lodi nei primi giorni del Covid non lo dimenticherò mai. La paura, i pazienti che arrivavano, l'incertezza. Per 40 giorni consecutivi, in pratica fino a Pasqua 2020, sono rimasta in corsia. Turni lunghi, senza mai un giorno di riposo. Ma la seconda ondata, iniziata a ottobre 2020, è stata per certi aspetti ancora più violenta. Tutto il personale si è trovato a gestire i malati Covid, che aumentavano costantemente, trasformando interi reparti in aree dedicati ai pazienti con il virus, ma nel frattempo dovevamo anche cercare di recuperare le liste d'attesa per le visite ambulatoriali. E gli infermieri per l'area Covid erano sempre meno». Una continua tensione, che ha portato



“infermiere è chi infermiere fa”



Luca SANCRIcca

Progettista del Metaverso | Connected Healthcare Specialist | Digital Innovator

Parla di [#formazione](#), [#simulation](#), [#smartworking](#), [#digitalhealth](#) e [#realtàaugmentata](#)

Milano, Lombardia, Italia

 iGoOver srl

 Scienze dell'informazione - UNIMI

Le statistiche dicono che una delle conseguenze della [#pandemia](#) sono i licenziamenti volontari e che il 40% delle persone voglia cambiare lavoro. Questo succede anche tra gli operatori della sanità come nel caso di Sabina Iachetti. Per fortuna un caso e non un fenomeno così diffuso, come invece i burnout conseguenza di aver vissuto il [#covid](#) in prima linea. Si parla tanto di [#PNRR](#) per la [#sanità](#) ma forse il primo passo necessario è quello di pensare alla carenza di professionisti sia [#medici](#) che [#infermieri](#). La tecnologia applicata alla medicina e l'[#ehealth](#) possono aiutare ad arrivare a realizzare un sistema sanitario più funzionale e adatto alla società che cambia, ma ciò non può prescindere dalla disponibilità di personale sanitario formato e con esperienza. Bisogna tornare a rendere attrattive queste professioni magari rinnovando le modalità di insegnamento in università e togliendo anacronistici sbarramenti per una professione come quella del medico che richiede delle caratteristiche umane e personali non valutabili con il test di ammissione alle facoltà di [#medicina](#).

FUGA DALLA CURA?

la Repubblica Martedì, 10 maggio 2022

DA NORD A SUD ATTESE INFINITE E PAZIENTI IN BARELLA

Il virus cala, i pronto soccorso scoppiano la fuga dei medici scatena l'emergenza

di Michele Bocci

Le lettere di dimissioni, come quelle dei 25 camici bianchi del Cardarelli di Napoli, stanno partendo ovunque. A Bologna, a Firenze, a Roma, a Torino i medici cercano di lasciare il pronto soccorso. Chi può, partecipa a concorsi per cambiare specialità, mentre chi avrebbe la possibilità di entrare non lo fa, con posti nelle scuole di specializzazione che restano vuoti (come a Napoli). Il Covid è in fase calante ma i pronto soccorso italiani sono in crisi. La grande domanda spinge circa 100 professionisti a lasciare ogni mese, mentre quasi uno su tre vorrebbe cambiare lavoro entro un anno.

E più aumenta il numero di coloro che vanno via, peggiore diventa la situazione per chi resta. Turni sempre più duri e notti pesantissime provocano «un disagio esistenziale drammatico. A stare al pronto soccorso non hai più vita familiare e sociale. O sei al lavoro o sei a casa a riposarti». Nessun altro settore della sanità italiana sconvolta dal Covid è in difficoltà quanto l'emergenza.

«Il momento è difficilissimo», conferma Fabio De Iaco, che presiede Simeu, la società scientifica dell'emergenza

urgenza. Sui pronto soccorso si scarica un bel pezzo della richiesta sanitaria. Succede sempre così, quando il sistema pubblico è in difficoltà e aumentano le liste di attesa della specialistica, quando i medici di famiglia non riescono a stare die-

Il caso del Cardarelli non è unico. "Cento al mese i camici bianchi che vanno altrove"

tro alle richieste di tutti i loro assistiti, i cittadini si riversano sull'emergenza, che va in crisi. Del resto è l'unico servizio sempre aperto, disponibile, dove comunque, magari aspettando ore, tutti vengono visti, fanno gli esami, sono rimandati a ca-

sa con una diagnosi. In mezzo a tantissimi pazienti non gravi che si lamentano per le attese arrivano le emergenze vere. Poi ci sono le persone che devono essere ricoverate. E qui nasce un altro problema. «Spesso i reparti non hanno posto e dobbiamo occuparci per giorni di chi aspetta il ricovero. Anche se magari ha problemi per i quali non siamo preparati», dice De Iaco.

Secondo Simeu, che questa settimana celebra il congresso, già l'anno scorso si calcolava che nelle strutture dell'emergenza (dove sono accolte almeno 21 milioni di persone all'anno) mancasero 4.200 medici. Alla fine di quest'anno se ne potrebbero perdere, al ritmo di 100 al mese, altri 1.200. «È come se ogni 30 giorni - dice De Iaco - scomparissero 4 o 5 pronto soccorso. A questo ritmo non possiamo reggere». Il ministro alla Salute Roberto Speranza l'anno scorso ha stanziato soldi per dare un aumento a chi lavora nell'emergenza. «A parte che devono ancora arrivare, per la vita che facciamo, anche con 7 o 8 notti al mese, l'incremento è troppo basso, da 80 euro netti a busta paga. La valorizzazione economica deve essere molto superiore se si vuole evitare questo esodo».



▲ In attesa i pazienti nel pronto soccorso del San Camillo di Roma: i lettini sistemati anche nei corridoi

Roma I disagi al San Camillo

Prigionieri da giorni sui lettini ammassati

di Arianna Di Cori

ROMA - Un girone infernale. Pazienti ammassati, uno accanto all'altro: barelle su barelle, tra malati in attesa - fino a 4-5 giorni per un posto letto nei reparti specialistici - e nuovi arrivi, che sono la quotidianità per chi lavora nei reparti di urgenza, e che con la fine dell'emergenza Covid hanno cominciato a moltiplicarsi. Il pronto soccorso dell'ospedale San Camillo di Roma non è diverso dal Cardarelli di Napoli, Regione che va, disagio che trovi.

«Sono quattro giorni che devo essere trasferito in gastroenterologia - spiega Dodaj, cinquantenne costretto in una lettiga da 96 ore nel corridoio del pronto soccorso, tra i più trafficati della capitale - Sono arrivato venerdì ma il posto letto per ricoverarmi non è ancora disponibile». E così, non resta altro che attendere, in sale gremite, dove il distanziamento (figurarsi il Covid) sembra solo un lontano ricordo.

La fine dell'emergenza ha segnato l'inizio di un'altra emergenza, stavolta molto, ma molto più vecchia. Già nel 2009 i medici della Simeu (Società medica di urgenza emergenza) denunciavano gli stessi, identici problemi. All'epoca i "parcheggiati" in attesa di ricovero nel Lazio erano una media di 100 al giorno. Oggi sono diventati 6 volte tanti. «Ogni giorno negli ospedali della regione abbiamo tra i 600 e i 900 pazienti in attesa di posto letto in altri reparti,

che gravano sul nostro personale, sotto organico almeno del 35%», spiega Giulio Maria Ricciuto, presidente di Simeu Lazio.

E se i medici sono pochi, e i pazienti troppi, i tempi di attesa si dilatacono, altri danno in escandescenze. Ieri al San Camillo, in un lunedì nero che alle 18 segnava la presenza in contemporanea di 103 pazienti nel reparto di urgenza, di cui 41 in attesa di ricovero da oltre 24 ore, una donna, che doveva ancora essere visitata ha iniziato a litigare con gli operatori, colpendo la porta d'ingresso dell'area di arrivo delle ambulanze. Per fermarla sono intervenute le forze dell'ordine. «Sono giorni difficili, anche a causa dei lavori in corso nell'ospedale», spiega il direttore generale del San Camillo, Narciso Mostarda, che promette di porre fine al sovraffollamento grazie alla creazione di «nuovi spazi, dove far restare i pazienti destinati ad altri reparti, a carico dei medici di quelle divisioni». Misure drastiche: le condizioni sono ormai insostenibili. E mentre all'interno i pazienti vivono esperienze da girone dantesco, all'esterno i parenti restano nel limbo, senza avere nemmeno la possibilità di contattare i propri cari. «Mia figlia, di 21 anni, mi ha chiamata dicendomi che non ci vede più da un'ora», dice Daniela, madre di una giovane ricoverata al San Camillo. «Ma non è stata ancora in grado di parlare con un medico».

Torino Ogni turno costa 800 euro

Personale in affitto per salvare il reparto

di Sara Strippoli

TORINO - Arrivano con la valigia in mano. Fanno un turno di dodici ore, forse due, e ripartono. Da qualche settimana nei pronto soccorso degli ospedali di Chieri e Carmagnola, alle porte di Torino, sono comparsi i medici reclutati dalla società lombarda Med-right. Per un turno di notte in pronto soccorso guadagnano 800 euro lordi, una cifra che scende a 750 se si lavora di giorno. Per ogni ora di servizio l'azienda paga però 99 euro, quando per un medico interno che si offre di fare prestazioni aggiuntive il costo per le aziende piemontesi è di 60 euro all'ora, circa 40 euro netti per il medico.

La Med-right non chiede la specializzazione in medicina d'urgenza. Assicura soltanto che i sanitari candidati per lavorare in pronto soccorso siano di area medica o chirurgica. La scelta è stata inevitabile, racconta Angelo Pescarmona, il direttore generale dell'Asl di cui fa parte il presidio di Chieri: «Non c'era alternativa. Durante il periodo Covid eravamo stati costretti a chiudere il pronto soccorso di Carmagnola. Ai bandi da molto tempo si presentano pochissimi medici, in numero assai inferiore a quanti sarebbero necessari. Due medici se n'erano andati e ci sono stati dei pensionamenti. Così

abbiamo pubblicato un avviso e l'unica società che ha fatto una proposta è stata la Med-right».

La soluzione ha permesso di riaprire il pronto soccorso di Carmagnola e dare respiro a quello di Chieri. «La cifra è in linea con quanto ci permette di pagare la Regione dalla fine dello scorso anno - chiarisce ancora il direttore - Considerato l'allarme per la carenza di medici, se per il pronto soccorso prendiamo professionisti da altre Asl si può arrivare a una tariffa di 100 euro».

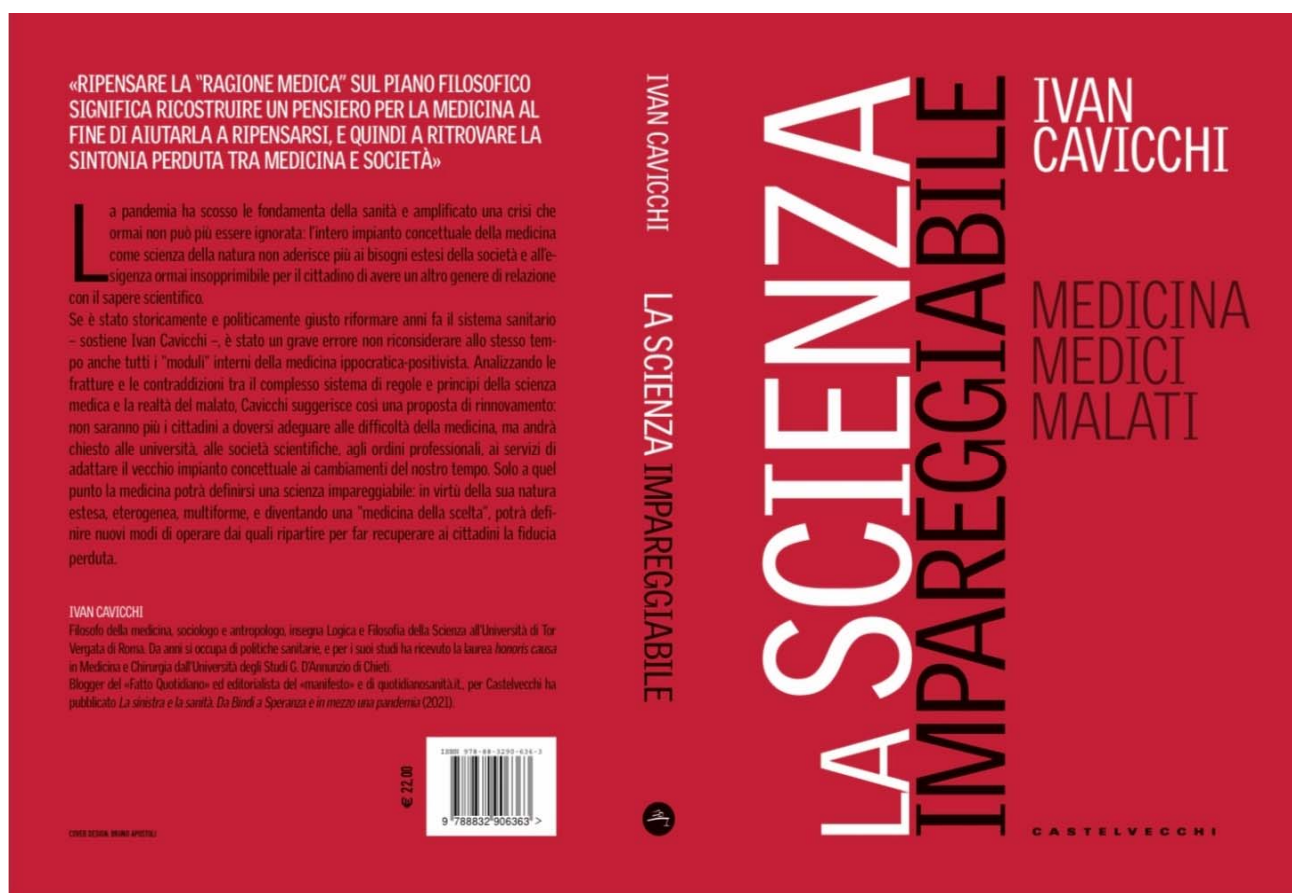
Ricorrere alle cooperative non è più un'eccezione in Piemonte e la fuga dei sanitari della sanità fotografata da un sondaggio dell'Anao-Assomed ha numeri inquietanti: 331 (179 donne) su 9.186 attivi hanno presentato dimissioni volontarie nel 2021. La stragrande maggioranza sono urgentisti. Anche all'ospedale di Alessandria sono entrati i medici con la valigia. Non è bastato: per i turni in pronto soccorso sono stati cooptati anche oncologi, ematologi, chirurghi, vascolari.

Il sindacato medici Anao da tempo lancia l'allarme sui rischi: «Questi casi - dice la segretaria regionale Chiara Rivetti - dimostrano l'ulteriore peggioramento di una situazione già drammatica. L'utilizzo di sanitari non specializzati in urgenza peggiora chiaramente la qualità del servizio».

La scienza impareggiabile Ecco perché è indispensabile un ripensamento della medicina

Ivan Cavicchi - quotidianosanità.it 28 febbraio 2022

«La scienza impareggiabile, medicina medici malati», è il titolo del mio nuovo libro appena uscito in libreria. Il libro pone prima di tutto due questioni politiche fondamentali. Da quando abbiamo fatto la riforma nel '78 abbiamo rigorosamente separato, fino a strutturare una vera e propria dicotomia, la sanità dalla medicina facendo sostanzialmente una riforma del sistema sanitario, a medicina invariante, delegando la sanità alla politica alla medicina alla scienza. La politica sino ad ora di medicina non si è mai sostanzialmente interessata



È in distribuzione nelle librerie e in internet il mio nuovo libro “La scienza impareggiabile, medicina medici malati” (Castelvecchi editore)

Per me un lavoro lungo oneroso non facile che va avanti su una strada in salita e piena di ostacoli e che agli occhi di molti onesti “sanitaristi” appare, molto poco attraente, ma solo perché diciamoci la verità, a costoro pone seri problemi di cambiamento. Continuo a credere, soprattutto dopo le leggi di controriforma degli

anni '90 e dopo il PNRR, che noi della sanità ormai siamo diventati un popolo di ex-riformatori e di contro-riformatori. Un gigantesco esercito di solerti funzionari dello status quo. Il libro pone prima di tutto due questioni politiche fondamentali. Da quando abbiamo fatto la riforma nel '78 abbiamo rigorosamente separato, fino a strutturare una vera e propria dicotomia, la sanità dalla medicina facendo sostanzialmente una riforma del sistema sanitario, a medicina invariante, delegando la sanità alla politica alla medicina alla scienza. La politica sino ad ora di medicina non si è mai sostanzialmente interessata. Oggi con tutto quello che è accaduto e sta accadendo in questa società, come è possibile tenere separati i problemi della sanità da quelli della medicina? Oggi come è possibile ridurre quindi semplificare le complessità enormi che ha la medicina scientifica nel nostro tempo, a problemi solo sanitari? Oggi dopo la pandemia, come è possibile che la scienza sia solo un problema solo della scienza? Oggi le professioni mediche sanitarie proprio a causa della medicina che non cambia mai, sono in crisi. Come è possibile affrontare queste crisi senza affrontare il nodo strategico della medicina, dei suoi modi di far e della riforma delle prassi? Bisogna essere ciechi o disonesti per non vedere che oggi la nostra società non chiede più solo sanità quindi solo "il servizio" la "prestazione", ma chiede, soprattutto, un'altra medicina, altre modalità, altre relazioni, un altro genere di pratica medica, una idea più moderna di scienza e rispetto alle complessità del bisogno chiedono altre euristiche e ovviamente ben altre università. Come è possibile che, ancora oggi, la questione di una medicina adeguata alle complessità dei malati non alle complicazioni della malattia, non sia ancora nell'orizzonte riformatore della politica? a nostra medicina scientifica dietro la vetrina luccicante della scienza ha enormi questioni irrisolte e un mucchio di scheletri nell'armadio. Per certi versi ancora oggi siamo fermi a Cartesio cioè a vecchi modi di ragionare. Abbiamo a chiacchiere sostituito "malattia" con il "malato" ma di fatto il nostro malato resta più che mai una sostanza organica e per giunta relativa ad una idea di natura ampiamente superata prima di tutto proprio dalla scienza moderna. A tutt'oggi siamo complessità per definizione ma una vera medicina della complessità non esiste. E poi ci meravigliamo se i pazienti sono diventati esigenti e gli esigenti sono diventati esitanti e se il fenomeno del disincanto nei confronti della scienza, in questa società, continua a crescere. Possibile mai che ancora non abbiamo capito che l'uso della scienza oggi in medicina è diventato un enorme problema

politico? Ormai la nostra preziosa scienza è evidente che nella società dei diritti ha perduto la sua storica dogmaticità. Il libro fa una operazione che nessuno ha mai fatto prima e che però senza la quale non andiamo da nessuna parte. La domanda da cui sono partito è semplice: come faccio a dire che la medicina è in crisi o ha dei problemi o deve essere cambiata se prima non definisco cosa è effettivamente la medicina. Per alcuni la medicina è una disciplina scientifica, per altri è una tecnica, per altri è addirittura un'arte, per altri ancora è solo clinica, per altri è l'azienda in cui si lavora ecc. In realtà, dico io, la medicina è una scienza impareggiabile cioè una scienza che dal punto di vista epistemico non ha pari, fatta da diversi generi specie tipi e forme di conoscenza (quella principale è quella scientifica) con un grado di complessità epistemica soprattutto oggi tra i più alti e che si regge su un antico impianto concettuale fatto da un paradigma al quale nel tempo si è aggiunta una dottrina, quindi una disciplina e infine una prassi. Il libro dimostra due cose: • che nell'impianto concettuale della nostra medicina ufficiale oggi esistono grosse aporie e rilevanti contraddizioni quindi rilevanti problemi di coerenza interna; • che tra l'impianto concettuale della medicina e la società nel suo complesso, esistono significativi bias che ci spiegano un mucchio di fenomeni negativi noti (che non cito). Da questa doppia analisi se ne ricava l'unica cosa sensata che secondo me si possa fare e cioè rimboccarsi le maniche per rimuovere i bias, le aporie e le contraddizioni. Cioè per ripensare l'impianto perché è inutile nasconderci le difficoltà e far finta di niente oggi il problema vero non sono i dettagli ma è l'impianto. Quello che abbiamo, per tante ragioni intuibili, non funziona più come prima. Ed è questa la vera ragione per la quale sostengo con convinzione che oggi la medicina molto prima della sanità è la vera questione politica. Infine, il libro avanza una proposta di riforma che a mio parere da sola risolverebbe gran parte dei problemi dei medici, delle professioni, delle prassi, dei servizi. Anche in questo caso io parto da un paio di ragionamenti semplici: • se la medicina è una scienza impareggiabile, lo è perché il suo alto grado di complessità ci obbliga ad usare le verità scientifiche (i famosi a priori) integrando, caso per caso, tali verità con le conoscenze empiriche, relazionali, contestuali in possesso del medico e del malato; • se la medicina è una scienza impareggiabile lo è principalmente perché la complessità di cui parliamo da sola non può stare in un apriori, cioè essa è più grande dell'a priori, ma questo vuol dire che per la prima volta l'apriori deve fare spazio all'autonomia intellettuale del medico cioè

deve fare spazio ad un pensiero di tipo discrezionale. Oggi il medico o l'operatore che dir si voglia per ragioni di complessità e soprattutto per il bene del malato (per essere maggiormente adeguato non appropriato al malato) deve integrare l'apriori che usa, con una conoscenza aggiuntiva che solo lui sul posto può garantire. Ma se questo è vero allora io dico che se la medicina è una scienza impareggiabile allora gli operatori della medicina per ragioni prima di tutto epistemiche e solo epistemiche sia chiaro, devono avere uno statuto giuridico impareggiabile. Questo statuto giuridico deve certo prescrivere al medico, come ha sempre fatto per secoli, cosa "deve fare" ma deve nello stesso tempo riconoscergli cosa "può fare", in certe circostanze e in certi casi naturalmente con le necessarie garanzie, perché nella vera complessità si naviga normalmente a vista. Per fare questo ci serve un medico formato alla complessità che ragionevolmente e responsabilmente sappia usare il pensiero discrezionale di cui il governo della complessità, necessita. Oggi l'unico che a certe condizioni può garantire il governo della complessità in medicina è il medico. Mi dispiace per i proceduralisti (EBM), ma sfido chiunque a definirmi una procedura impareggiabile. Una procedura impareggiabile non esiste. Questo vuol dire semplicemente accettare il principio che la complessità non si governa solo con gli a priori ma si governa prima di tutto con i medici. Cioè la complessità si governa solo con la complessità. Ma siccome leggo a volte su questo giornale proposte di riconoscere alla professione medica uno statuto giuridico non impareggiabile ma "speciale" (vecchia proposta dei medici ospedalieri che anni fa chiedevano di essere parificati ai magistrati) vorrei chiarire a scampo di equivoci che per me lo statuto dei medici (e non solo) dovrebbe essere: • impareggiabile (non speciale) • i medici e gli altri, per prima cosa per essere giuridicamente impareggiabili dovrebbero garantire a questa società e ai suoi cittadini una scienza impareggiabile. La sfida politica, quindi è La scienza impareggiabile, la vera sfida del nostro tempo. Se la medicina non si impegna nei confronti di questa società ad essere impareggiabile cosa ci guadagna il malato? Mi auguro quindi che leggiate il mio libro e che mi diate man forte in questa difficile certo ma necessaria battaglia riformatrice

Pochi medici? Pagateli di più!

Dr. Giuseppe Belleri - MMG in pensione e animatore SIMG

quotidianosanità.it 20 aprile 2022

Gentile Direttore, nell'ultimo mese in Lombardia si sono sviluppate due iniziative pubbliche parallele sulla carenza di MMG in alcune zone della regione, dove molti cittadini sono privi di assistenza primaria. Da un lato la Lega Nord ha montato 500 gazebo nelle piazze per raccogliere le firme su una petizione che accusa il governo di incapacità a risolvere il problema; dall'altro contemporaneamente un partito concorrente a livello locale ma alleato a Roma, vale a dire il PD lombardo, ha promosso un'analogha iniziativa on line con un intento speculare, ovvero di "dare la colpa" della situazione critica alla giunta regionale.

La proposta del partito di Matteo Salvini segnala una svolta radicale rispetto alle posizioni precedenti. Era la fine di agosto 2019 quando durante un incontro pubblico di fine estate l'onorevole Giorgetti, allora ministro del primo governo Conte, aveva avanzato la sua "diagnosi": "Nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base, senza offesa per i professionisti qui presenti? Nel mio piccolo paese vanno a farsi fare la ricetta medica, ma chi ha almeno 50 anni va su internet e cerca lo specialista. Il mondo in cui ci si fidava del medico è finito".

Ruvida opinione personale, sfuggita alla tradizionale diplomazia della politica, o impietosa analisi della situazione? A distanza di 30 mesi, dopo due governi, una pandemia ed ora una guerra che promette un impatto non meno perturbante, per una curiosa legge del contrappasso l'orientamento verso la MG è radicalmente cambiato di segno: dalla squalifica alla promozione di un'intera categoria professionale.

Le cause della diffusa carenza di medici sul territorio sono note da più di un lustro e si sono aggravate per i ritardi accumulati dagli ACN, a livello nazionale e locale: il blocco del ricambio generazionale per il mancato adeguamento delle borse per il Corso di Formazione specifica, il pensionamento anticipato per il logoramento dei medici del baby boom, il disinteresse dimostrato dai decisori pubblici verso la medicina del territorio emerso con evidenza durante la pandemia, un malessere diffuso per la burocratizzazione della professione e per le tensioni con assistiti

dovute a contraddizioni per le quali il medico fa da parafulmine, essendo per giunta bollato come fannullone ed accusato di “scarsa produttività”.

La sommaria analisi dell’On. Giorgetti provocò a suo tempo reazioni risentite da parte di molti osservatori e fu archiviata come un’uscita infelice, ma dopo gli eventi del 2020-2021 può essere letta in modo più articolato. Proviamo a decodificare il discorso per evidenziarne il senso programmatico. L’opinione del ministro può essere interpretata in chiave cognitivo-comportamentale, in quanto parte da constatazioni di fatto per arrivare ad una conclusione generale, che è nel contempo una dichiarazione di intenti e una proposta di soluzione del problema.

Il dato comportamentale è evidente: la gente by-passa il primo livello perché non trova sul territorio una risposta alle sue esigenze, ovvero una soluzione tecnologia e specialistica ad un problema emergente. Per questo si rivolge in prima battuta al dott. Google, che propone ciò che non viene garantito dalla medicina di I livello. Così la consultazione medica si rivela un vuoto rito burocratico e, proprio per questo, il professionista ha perso la credibilità d’un tempo e la fiducia della gente. Tanto vale procedere di propria iniziativa, in nome dell’autonomia e dell’empowerment del paziente che i medici stessi promuovono a parole.

Conclusione: stando così le cose la paventata carenza di medici di MG non è poi grave ed impellente come viene rappresentata.

Questa descrizione del problema rientra in un frame economico, preludio alla sua conseguente soluzione “razionale”: esiste un evidente squilibrio tra domanda ed offerta organizzativa, cioè tra bisogni soggettivi dei pazienti e volumi di prestazioni erogabili dal sistema, che esita nella “defezione” delle gente dal I livello verso le strutture che possono compensare tale gap, sia private accreditate che libero professionali; a causa delle infinite liste d’attesa e di ticket salati la gente decide autonomamente di rivolgersi in prima battuta ad uno specialista, saltando un inutile passaggio dal MMG. Insomma, il cronico dislivello tra domanda e offerta può essere colmato da una sana competizione tra pubblico e privato.

L’analisi economica si applica a bisogni insoddisfatti, percepiti come urgenti o oggettivamente tali, che il blocco delle prestazioni durante la pandemia ha aggravato. Tuttavia, esiste un’altra categoria di frequentatori degli studi medici

alle prese con lo stesso problema, ovvero quel 30-40% di cronici che consuma i $\frac{3}{4}$ delle risorse economiche e di tempo clinico-assistenziale. A questa popolazione si rivolgeva proprio in quei mesi la riforma lombarda della Presa in Carico (PiC) della cronicità e fragilità, a partire da una soluzione di mercato non dissimile da quella avanzata per i fatti acuti.

La PiC ha riproposto il frame esplicativo della riforma dei CReG, una sorta di DRG della cronicità risalente al 2012, la cui premessa recitava: «la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale».

La soluzione dalla PiC era ancor più radicale, nel segno del quasi mercato interno: spostare il baricentro della cura della cronicità da un territorio inaffidabile, sul piano clinico ed organizzativo, al contesto ospedaliero, con il passaggio dei pazienti dal generalista al clinical manager specialistico in grado di sopperire ai deficit delle cure primarie. Quali sono stati gli esiti dell'operazione è una questione ormai archiviata, a causa del combinato disposto tra limiti concettuali di una riforma destinata a rompere l'equilibrio sistemico e l'impatto della pandemia; la PiC non ha superato questa doppia prova empirica e si è arenata definitivamente sulle secche del disinteresse delle strutture private.

Insomma, il quasi mercato a concorrenza verticale tra I e II livello non ha mantenuto le promesse di rimediare alle carenze della MG, anzi a posteriori ne ha rivalutato paradossalmente il ruolo, tanto enfatizzato come centrale quanto contraddetto da policy ventennali all'insegna dell'incuria fino all'attuale crisi sistemica. Ora per di più il mercato, impropriamente coinvolto nella PiC, si è preso una sorta di rivincita con la cronica carenza di medici di MG, che può essere ricondotta al dislivello tra la domanda di generalisti e l'offerta sul mercato del lavoro.

Due sono le principali concause: il deficit di borse per la Formazione specifica e soprattutto e lo scarso appeal della professione per un gap tra trattamento economico e normativo dei Corsisti di serie B verso gli specializzandi di serie A. Il presidente Biden ha suggerito in modo sbrigativo e diretto la ricetta per compensare il disallineamento tra domanda e offerta: "Gli imprenditori dicono che non riescono a trovare dipendenti? Io vi dico, pagateli di più".

Pagare i medici ancora di più?



Davide Stagno

Infermiere Servizio Elisoccorso 118 Piemonte

Con due indennità fanno lo stipendio di un infermiere...e noi ancora a filosofeggiare sulle "pontificazioni" di politica, sindacati e OPI.

Angeli...Eroi... Miseri morti di fame! Incapaci di reagire sappiamo solo piangerci addosso!



Dott. Mirco Magri

Laurea Magistrale scienze infermieristiche ed ostetriche

L'esclusività del rapporto di lavoro è un obbligo solo per il personale di comparto, verso il quale pende la scure dell'azione disciplinare e del licenziamento qualora non venga rispettato...

QUESTO E' IRRICIVIBILE E VERGOGNOSO !!!

Dico da anni della vergognosa discriminazione che esiste nella contrattazione in ambito sanitario e che peggiora sempre di più.

Norme assolutamente discriminatorie, immorali e classiste, che permettono ad alcune categorie (quelli con una retribuzione maggiore) di svolgere la libera professione e di percepire, nel caso in cui decidano per l'esclusività del rapporto di lavoro, un' indennità di esclusività che arriva fino ad oltre 1000€ al mese oltrechè un'indennità specifica professionale di ben oltre 700€...(Vedi Foto Sotto Allegata).

Questo è assolutamente inaccettabile se si pensa che solo le due indennità equivalgono allo stipendio percepito da un infermiere.

Il fallimento dei sindacati è palese...

M.G.I

PROFILLO : DIRIGENTE MEDICO [REDACTED] A TEMPO INDETERMINATO ED A RAPPORTO ESCLUSIVO - INCARICO DI DIREZIONE [REDACTED]

VOCI RETRIBUTIVE	TOTALE RETR. MENSILE PERCEPITA COMPRENSIVA RATEO 13*	TOTALE RETR. MENSILE CON INCARICO USOD COMPRENSIVA RATEO 13*	DIFFERENZA	CONTO ECONOMICO
STIPENDIO TABELLARE	€ 3.771,73	€ 3.771,73	€ -	
IRPEA	€ -	€ -	€ -	
INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE 2019	€ 26,40	€ 26,40	€ -	5.05.01.01.01
INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE 2022	€ 11,31	€ 11,31	€ -	
INDENNITA' ESCLUSIVITA'	€ 1.076,11	€ 1.076,11	€ -	
INDENNITA' SPECIFICITA' MEDICA	€ 708,37	€ 708,37	€ -	
RETRIBUZIONE POSIZIONE FISSA	€ 458,34	€ 1.041,67	€ 583,33	5.05.01.01.02
RETRIBUZIONE POSIZIONE VAR LE AZIENDALE*	€ 267,93	€ -	€ 267,93	
TOTALI	€ 6.318,18	€ 6.633,59	€ 315,40	
ONERI RIFLESSI A CARICO AZIENDA SU VOCI STIPENDIALI TRANNE POSIZIONE VARIABILE AZ LE 28.68%	€ 1.735,21	€ 1.902,51	€ 167,30	5.05.01.01.05
ONERI RIFLESSI A CARICO AZIENDA SU VOCE STIPENDIALE "POSIZIONE VARIABILE AZ LE" 23.80%	€ 63,77	€ -	€ 63,77	
INAIL 0,862% su massimale mensile di € 2.700,43	€ 25,22	€ 25,22	€ -	
IRAP 8,50%	€ 537,05	€ 563,85	€ 26,81	9.01.01.01.03
TOTALE COMPLESSIVO MENSILE	€ 8.679,43	€ 9.125,17	€ 445,74	

FUGA DALLA CURA?

**Dalla cura reale
al racconto della cura
dove tutto diventa
virtuale ed etereo
appassionante e magico**



FUGA DALLA CURA?

Super oss in Veneto, “Necessario per colmare la carenza di infermieri”



Lo ha dichiarato Francesca Zottis, vicepresidente del Consiglio regionale.

“Le associazioni datoriali dei servizi per anziani pubblici e privati hanno ribadito la necessità di portare a casa la delibera per una carenza oggettiva di infermieri e hanno ribadito la necessità di fare un percorso di revisione dell’aspetto formativo e di inquadramento dei vari profili professionali per incentivare comunque l’adesione al percorso degli oss. Perché c’è una carenza anche di oss, dovuta a un percorso a volte poco stimolante in termini di carriera”.

Una cura dal passato



Ciao Luciano, il tempo e la cura mi hanno stimolato ricordi...ho rispolverato un mio vecchio articolo del 2004, che credo contenga qualche riflessione ancora utile. Nives Piccin

Articolo pubblicato nella primavera 2004 sulla rivista
La parola e la cura
Comunicazione e counsel(l)ing in ambito sanitario
Per gentile concessione dell'editore

La comunicazione del rischio: il tempo per comprendere

Nives Piccin

Infermiera addetta al controllo delle infezioni
Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista – Torino

Spesso si parte dal presupposto che fornire informazioni corrette è necessario perché le persone percepiscano la consistenza del rischio e mettano in atto comportamenti preventivi.

L'esperienza delle campagne antidroga, tra le altre, sembra aver dimostrato la scarsa utilità della semplice informazione nell'impedire l'azione che si vuole evitare, con effetti talvolta opposti a quelli desiderati: può infatti accadere che vietando un comportamento e mostrandone le drammatiche conseguenze si finisca per stimolare l'interesse in senso trasgressivo in quanto il messaggio positivo viene inteso come restrittivo della propria libertà di decisione¹.

L'informazione rappresenta comunque una condizione imprescindibile per affrontare il rischio, e l'ambito professionale sanitario non fa eccezione. Quello che si considera in misura minore è l'elaborazione soggettiva che l'individuo-professionista compie nei confronti dell'informazione ricevuta, per cui non sempre al "sapere" corrisponde il "fare" (SCENA 1).

Scena 1

Medico: Devo fare un prelievo a una paziente con delle brutte vene. Posso avere un ago a farfalla con il resto che serve?

Infermiera: Ho messo tutto nel vassoio. Tenga.

Medico: (dopo aver guardato nel vassoio): Ma non c'è la camicia (NdA: accessorio previsto nei sistemi di prelievo sottovuoto per evitare di pungersi accidentalmente con l'ago che buca la membrana della provetta).

Infermiera: Io non la uso mai, tanto è la stessa cosa.

La percezione del rischio

Una delle prime nozioni che accompagnano la formazione di un professionista sanitario riguarda necessariamente l'esigenza, fondamentale per chi lavora in questo campo, di essere consapevoli dei rischi di carattere biologico che si possono incontrare scegliendo questa professione. Si tratta quindi di rielaborare, attraverso la conoscenza dei meccanismi di trasmissione delle infezioni, una serie di concetti e pregiudizi che ci accompagnano fin dall'infanzia, secondo i quali le malattie infettive sono genericamente inserite in un unico "pentolone" e può bastare una semplice stretta di mano o uno starnuto per esserne colpiti.

Ma non bastano evidentemente le conoscenze accumulate nel periodo formativo, ne quelle ricevute in seguito a titolo di aggiornamento, se ancora adesso l'atteggiamento prevalente è mediato dalla paura più che dalla prevenzione, passando dal quasi nulla ad un uso eccessivo di protezioni quando si scatena la notizia di una malattia infettiva che può rappresentare un rischio: ed ecco comparire visiere e doppi guanti per operare il paziente sieropositivo, ecco gli operatori di un intero reparto precipitare nel panico per essere stati a contatto con un malato di tubercolosi in fase contagiosa (quando i sintomi erano ben chiari fin dal momento del ricovero ma a nessuno era venuto il sospetto) ecco dializzare in una stanzetta a parte (lavandola poi inutilmente a fondo fino ai muri) il tossicodipendente per il sospetto che possa essere portatore di una qualche forma di epatite, malattia che non trova certo nei muri il suo veicolo di trasmissione e che, nel caso specifico, è stata prontamente smentita dagli esami effettuati nel frattempo. La conoscenza ci insegna che le malattie infettive non sono trasmesse tutte allo stesso modo, e in base a "come" avviene il contagio per quella malattia sappiamo quali mezzi di prevenzione adottare in maniera mirata ed efficace. Un grosso limite di questo approccio consiste nel rischio potenziale che, non essendo a conoscenza della malattia di cui una persona è portatrice, vengano omesse alcune norme elementari di igiene e di prevenzione che sono di fondamentale utilità in ogni caso. La comparsa dell'AIDS ha rivoluzionato pesantemente l'approccio dei sanitari alla prevenzione del rischio, obbligandoli, nel senso cogente delle norme, ad attuare per tutte le persone una serie di comportamenti che vanno sotto il nome di "Precauzioni Universali" 2-5; tali indicazioni sono state successivamente integrate con quelle previste per altri tipi di malattie, dando luogo a un set di comportamenti "standard". da applicare a tutte le persone assistite, a cui si aggiungono per alcune patologie, anche solo

sospette, altre precauzioni basate sulle modalità di trasmissione (per via aerea, attraverso goccioline e per contatto)6.

Questi strumenti, che dovrebbero essere parte integrante del bagaglio culturale del personale sanitario, sono spesso sottovalutati, dimenticati, fraintesi o usati in maniera impropria, trascurando il loro ruolo fondamentale nel fornire gli elementi necessari per prevenire e/o per gestire le situazioni di incertezza in cui ci si viene a trovare. Il modello emotivo/irrazionale appare spesso ancora prevalente nella reazione di fronte alla comunicazione di una malattia infettiva (SCENA 2).

Scena 2

L'infermiera in turno nel reparto X telefona in Direzione Sanitaria per un dubbio che la preoccupa. Rientrata in servizio dopo due giorni di riposo, ha trovato uno dei ricoverati in isolamento da contatto per un'infezione da Stafilococco aureo meticillina resistente (MRSA). È un giorno di festa e chi è di guardia mi chiama a casa per chiedermi di dare, in quanto "esperta" dell'argomento, una risposta più completa al dubbio specifico di questa persona, visto che non sembra abbastanza rassicurata dalla risposta già ricevuta. Dopo un po' squilla il telefono.

Infermiera: Mi scusi se la disturbo, ma io ho un bambino piccolo e volevo sapere se corro il rischio di portargli a casa questa infezione.

(Superata la prima tentazione di rispondere che se si lavora correttamente queste infezioni non le si porta a casa, penso che una bella frase di rassicurazione potrebbe essere sufficiente e risolvere il dubbio)

Esperto: Non c'è questo pericolo, se adotta le precauzioni che si devono usare in questo caso.

(Nel frattempo penso: ma se questa persona si è presa il mal di pancia di chiamare la Direzione e, nonostante quello, di cercare una risposta più esauriente, vuol dire che c'è qualcosa che la preoccupa davvero tanto, chissà se ha ben chiaro il reale rischio della malattia in questione)

Infermiera: Questo me l'ha già detto la sua collega, abbiamo tutte le indicazioni in reparto ma io non sono tanto convinta che non ci sia proprio nessun rischio, mica per me, ma se c'è, io piuttosto non entro in quella stanza.

(Penso che se adesso le dico che le sue sono preoccupazioni inutili è come se la trattassi da fissata e non risolverei nulla, anzi potrei accentuare la convinzione che il suo dubbio sia fondato; decido di non mettermi sulla difensiva solo perché lei sta mettendo in dubbio quello che dico, per non cadere nella stessa trappola)

Esperto: Certo che non bisogna sottovalutare alcun rischio. Bisogna vedere come vi siete organizzati per gestire questo malato...

(questo per far parlare un po' lei)

Infermiera: C'è tutto il monouso che serve e si tolgono guanti e camice prima di uscire e poi si lavano le mani ma ... non so se basta questo.

Esperto: Certo, bisogna lavarsi le mani con un antisettico tutte le volte e lasciare nella stanza quello che si usa per il paziente, la padella, lo sfigmomanometro, il laccio emostatico, per esempio... Pensa che queste attenzioni non servano?

Infermiera: Forse qualcosa può non funzionare.

Esperto: Per esempio...?

Infermiera: Ci sono tante cose che potrebbero non funzionare.

Esperto: Ma c'è qualcosa che la riguarda in particolare?

Infermiera: No, io ci metterei tutta l'attenzione, ma basta poco perché qualcuno si dimentichi di un pezzo e poi io tocco le stesse cose e mi porto a casa l'infezione.

Esperto: Cerchiamo di capire. Se lavora qui magari ha già avuto contatto con questo germe, sicuramente anche con altri magari più pericolosi, senza saperlo. Ci sarà qualcosa che fa di solito per evitare di contaminarsi...

Infermiera: Ma sì, uso i guanti, mi lavo spesso le mani, le solite cose...

Esperto: E oltre alle solite cosa farebbe di più in questo caso, sapendo di che microrganismo si tratta?

Infermiera: Questo è resistente a tutto, ci sono pochi antibiotici che funzionano... e mio figlio ha una malattia per cui prende già spesso antibiotici, ci mancherebbe solo che si beccasse qualcosa di peggio!

(Penso: ecco perché si preoccupava tanto!)

Esperto: Già, ma non è detto che se un microrganismo è resistente agli antibiotici lo sia anche agli antisettici. Quelli per il lavaggio delle mani ad esempio, basta metterne un flacone sul lavandino della stanza o del bagno del malato.

Infermiera: Lì c'è già, ma poi per uscire si tocca in giro. Bisognerebbe metterne anche uno in medicheria e nel bagno del personale, oltre al detergente, non crede?

Esperto: Per lavarsi le mani prima di andare a casa, ad esempio...

(Parliamo un po' di altri dettagli "tecnici", prima di salutarci)

L'aver fornito indicazioni sulla presenza di un'infezione, con il necessario corollario di comportamenti per evitare di diffonderla ad altri pazienti, può essere letto in maniera allarmata attraverso gli occhi di una mamma-infermiera che si preoccupa per il rischio che può correre il proprio bambino. Allo stesso modo può essere spiegato il persistere di atteggiamenti stigmatizzanti (guanti per assistere un paziente sieropositivo anche se non si tocca sangue) o la ricerca di false sicurezze (test HIV per tutti gli operati, ben sapendo che può essere fatto solo con il consenso della persona e nel suo interesse, e che può fornire risultati falsamente negativi), tutti comportamenti non supportati sul piano scientifico ma che evidentemente, trovano buon terreno su un terreno non razionale.

DISCUSSIONE

L'esempio riportato, anche se in forma ristretta e in base alla sola ricostruzione mnemonica, permette di evidenziare una "quasi perdita di controllo della situazione" da parte di un professionista che possiede evidentemente le informazioni per agire, ma in quel momento non riesce a razionalizzarne lo scopo, anzi lo mette in dubbio. L'intervento di qualcosa di diverso nella propria routine (questo microrganismo resistente a molti antibiotici) è stato l'elemento scatenante di un atteggiamento di paura per le conseguenze di una possibile infezione al figlio che, come emerge in seguito, è affetto da una malattia cronica che lo rende facilmente aggredibile da germi anche banali.

Il rischio biologico fa parte del lavoro sanitario, ma ciò che è nuovo o diverso tende spesso a far emergere l'aspetto irrazionale che ci portiamo dentro, così come quello che è noto e routinario, ad esempio il rischio di bucarsi usando male un dispositivo per il prelievo, rientra in un rischio calcolato che si tende a sottovalutare. Con questo non credo si possano generalizzare o appiattire reazioni e comportamenti, quanto piuttosto enfatizzare le possibili diversità che accompagnano il vissuto di ciascuno, e che non sempre è facile comprendere o anche solo ammettere che esistano. Se avessi ricevuto questa stessa telefonata in un momento diverso, magari nel bel mezzo di un lavoro urgente o di una riunione, non è detto che avrei cercato di scavare nelle preoccupazioni

dell'interlocutrice, e mi sarei limitata più probabilmente a rassicurare e a ribadire una serie di raccomandazioni tecniche in maniera sbrigativa.

L'elemento "tempo" ha quindi una parte non indifferente nella gestione della comunicazione, in quanto si tende a privilegiare le proprie convinzioni e aspettative, anziché cercare di capire quello che l'altro cerca di dirci.

E questo accade sia nel rapporto con il malato che in quello con il collega, con il risultato di non capire il problema o di creare incomprensioni.

Questo è sicuramente un aspetto da sviluppare, nel nostro ambiente di lavoro, ma non va dimenticato il ruolo di una corretta informazione. Infatti, è solo rendendo "normali" le misure di profilassi che si può fare prevenzione in modo efficace: in altre parole, la prevenzione deve entrare a far parte dello stile di lavoro, unitamente a una maggior attenzione nei confronti dell'altro.

Bibliografia

1. Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS. Linee guida per gli interventi di educazione alla salute e di prevenzione delle infezioni da HIV nella scuola. Rapporti ISTISAN, Roma:1992.
2. Ministero della Sanità. 6 aprile 1989. Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV.
3. Ministero della Sanità. Decreto 28 settembre 1990. Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private.
4. Centers for Disease Control. Recommendations for preventing transmission of infection with human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus during invasive procedures. MMWR 1985;34: 681-686, 691-695.
5. Centers for Disease Control. Update: universal precaution for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and other bloodborne pathogens in health care settings MMWR 1988;33:377-382, 387-388.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for isolation precautions in hospital. Am J Infect Control 1996;1:4-52. Disponibile in italiano su: Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere 1997;4(3):121-151.

Maria Luisa Busi

Il coraggio di far sentire la propria voce

"Un giornalista ha un unico strumento per difendere le proprie convinzioni professionali: levare al pezzo la propria firma. Una conduttrice può soltanto levare la propria faccia"

Era il 20 maggio del 2010 quando la conduttrice del TG1 diede le sue dimissioni dall'incarico che ricopriva da tempo. Non una scelta avventata, ma ponderata, ragionata e professionale – quasi obbligata – come la stessa Maria Luisa Busi ammise. La situazione era evidente a tutti, insofferente a molti: il direttore di allora, Augusti Minzolini, in seguito parlamentare di Berlusconi, aveva allontanato dalla redazione alcuni giornalisti che operavano in nome della deontologia professionale, e non del politico di turno.

Il clima era diventato irrespirabile. Così, Maria Luisa Busi, prese quella decisione, inviando una lettera al direttore e al Cdr che è diventata il simbolo audace della lotta al conformismo professionale. Ma chi è questa donna che ha avuto il coraggio di far sentire la propria voce?

Maria Luisa Busi nasce il 24 marzo 1964 a Milano, ma cresce a Cagliari con la sua famiglia. Si appassiona alla scrittura e al giornalismo e, dopo la laurea, ottiene il tesserino di giornalista professionista. Entra in Rai dopo aver lavorato nell'emittente cagliaritano Sardegna Uno, conducendo il programma televisivo Unomattina, per poi ricoprire l'incarico nell'edizione principale della sera. Nel 2004 convola a nozze con il giornalista Riccardo Chartroux, dal matrimonio nasceranno due figlie: Beatrice e Luce.

La sua carriera professionale prosegue a gonfie vele e, il 12 ottobre del 2006, su idea del direttore Gianni Riotta, inaugura l'editoriale da studio. Ma nel marzo del 2010 cambia tutto: il direttore Augusto Minzolini allontana i giornalisti Tiziana Ferrario, Paolo Di Giannantonio, Piero Damosso e Massimo De Strobel.

La Busi si schiera dalla loro parte parlando di rappresaglia e clima insostenibile. Rilascia interviste in qualità di sindacalista – è consigliera nazionale della Federazione Nazionale della Stampa Italiana – ma Minzolini non ci sta e apre un procedimento disciplinare nei suoi confronti.

Poche settimane dopo, la giornalista affiggerà nella bacheca della redazione del telegiornale una lettera di professionalità, coerenza e coraggio che è passata alla storia, affermando di non voler essere più il volto del TG1. Nel novembre del 2010 pubblicherà il libro *Brutte Notizie* per raccontare la sua esperienza in Rai e di come la politica abbia influenzato il giornalismo italiano. Tornerà poi al TG1 su incarico del nuovo direttore Mario Orfeo.

Il testo della lettera di Maria Luisa Busi

“Caro direttore

ti chiedo di essere sollevata dalla mansione di conduttrice dell’edizione delle 20 del Tg1, essendosi determinata una situazione che non mi consente di svolgere questo compito senza pregiudizio per le mie convinzioni professionali. Questa è per me una scelta difficile, ma obbligata. Considero la linea editoriale che hai voluto imprimere al giornale una sorta di dirottamento, a causa del quale il Tg1 rischia di schiantarsi contro una definitiva perdita di credibilità nei confronti dei telespettatori.

Amo questo giornale, dove lavoro da 21 anni. Perché è un grande giornale. È stato il giornale di Vespa, Frajese, Longhi, Morrione, Fava, Giuntella. Il giornale delle culture diverse, delle idee diverse. Le conteneva tutte, era questa la sua ricchezza. Era il loro giornale, il nostro giornale. Anche dei colleghi che hai rimosso dai loro incarichi e di molti altri qui dentro che sono stati emarginati. Questo è il giornale che ha sempre parlato a tutto il Paese. Il giornale degli italiani. Il giornale che ha dato voce a tutte le voci. Non è mai stato il giornale di una voce sola. Oggi l’informazione del Tg1 è un’informazione parziale e di parte. Dov’è il Paese reale? Dove sono le donne della vita reale? Quelle che devono aspettare mesi per una mammografia, se non possono pagarla? Quelle coi salari peggiori d’Europa, quelle che fanno fatica ogni giorno ad andare avanti perché negli asili nido non c’è posto per tutti i nostri figli? Devono farsi levare il sangue e morire per avere l’onore di un nostro titolo.

E dove sono le donne e gli uomini che hanno perso il lavoro? Un milione di persone, dietro alle quali ci sono le loro famiglie. Dove sono i giovani, per la prima volta con un futuro peggiore dei padri? E i quarantenni ancora precari, a 800 euro

al mese, che non possono comprare neanche un divano, figuriamoci mettere al mondo un figlio? E dove sono i cassintegrati dell'Alitalia? Che fine hanno fatto? E le centinaia di aziende che chiudono e gli imprenditori del nord est che si tolgono la vita perché falliti? Dov'è questa Italia che abbiamo il dovere di raccontare? Quell'Italia esiste. Ma il tg1 l'ha eliminata. Anche io compro la carta igienica per mia figlia che frequenta la prima elementare in una scuola pubblica. Ma la sera, nel Tg1 delle 20, diamo spazio solo ai ministri Gelmini e Brunetta che presentano il nuovo grande progetto per la digitalizzazione della scuola, compreso di lavagna interattiva multimediale.

L'Italia che vive una drammatica crisi sociale è finita nel binario morto della nostra indifferenza. Schiacciata tra un'informazione di parte – un editoriale sulla giustizia, uno contro i pentiti di mafia, un altro sull'inchiesta di Trani nel quale hai affermato di non essere indagato, smentito dai fatti il giorno dopo – e l'infotainment quotidiano: da quante volte occorre lavarsi le mani ogni giorno, alla caccia al coccodrillo nel lago, alle mutande antiscippo. Una scelta editoriale con la quale stiamo arricchendo le sceneggiature dei programmi di satira e impoverendo la nostra reputazione di primo giornale del servizio pubblico della più importante azienda culturale del Paese. Oltre che i cittadini, ne fanno le spese tanti bravi colleghi che potrebbero dedicarsi con maggiore soddisfazione a ben altre inchieste di più alto profilo e interesse generale”.

Un giornalista ha un unico strumento per difendere le proprie convinzioni professionali: levare al pezzo la propria firma. Un conduttore, una conduttrice, può soltanto levare la propria faccia, a questo punto. Nell'affidamento dei telespettatori è infatti al conduttore che viene ricollegata la notizia. È lui che ricopre primariamente il ruolo di garante del rapporto di fiducia che sussiste con i telespettatori. Caro direttore, credo che occorra maggiore rispetto.

Per le notizie, per il pubblico, per la verità. Quello che nutro per la storia del Tg1, per la mia azienda, mi porta a questa decisione. Il rispetto per i telespettatori, nostri unici referenti. Dovremmo ricordarlo sempre.

Anche tu ne avresti il dovere.

«Vedo che le persone soffrono e, quando le ascolto, mi dicono tutte la stessa cosa: si percepiscono come funzionari di apparato».

Intervista a Umberto Galimberti in occasione dei suoi 80 anni

Simonetta Sciandivasci - La Stampa 1° maggio 2022

«Capiscono che la loro responsabilità non è in quello che fanno ma è nell'osservanza perfetta degli oneri imposti loro dall'apparato. È una responsabilità esclusivamente verticale, ed è quella inaugurata dal nazismo. Quando Gitta Sereny chiese a Franz Stangl, capo del campo di Treblinka, in Polonia, cosa avesse provato, lui non rispose, e lei glielo chiese decine di volte, finché lui non disse: non ero incaricato di provare qualcosa, ma di far funzionare il sistema. Era un perfetto funzionario. Come noi, che infatti veniamo continuamente sondati da algoritmi che non ci dicono chi siamo, ma a cosa serviamo. Guardiamo gli altri e noi stessi solo sotto il profilo dell'utilità, ed è così che l'uomo scompare».

**IL LAVORATORE HA DIRITTO AD UNA
RETRIBUZIONE PROPORZIONATA
ALLA QUANTITÀ E QUALITÀ DEL
SUO LAVORO E IN OGNI CASO
SUFFICIENTE AD ASSICURARE A
SÉ E ALLA FAMIGLIA UN'ESISTENZA
LIBERA E DIGNITOSA.**

ART. 36 DELLA COSTITUZIONE ITALIANA

È PROPRIO VERO?