

Monica Simeoni

Un medico condotto in Italia, il passato presente

Un'analisi qualitativa

LABORATORIO SOCIOLOGICO

IS

FRANCOANGELI

Sociologia e Storia



Laboratorio Sociologico (attiva dal 1992) intende mettere a fuoco temi e problemi di ordine teorico, epistemologico e sostantivo della sociologia come disciplina scientifica. La Collana individua nel tentativo di contribuire alla *riduzione della diseguaglianza fra gli uomini e nel principio universalistico della tolleranza* i propri cardini costitutivi e fornitori di senso. Dentro una *logica generale di rete*, alcuni principi epistemologici assolvono ad una funzione di “filo sottile e tenace”, che lega le cose e di fatto le contiene. Tali principi possono in estrema sintesi essere così accennati:

- a) *adduzione*: combinazione creativa ed integratrice fra induzione e deduzione, fra osservazione che azzera le proprie credenze e conoscenza che muove dalle proprie ipotesi;
- b) *laicità critica*: distanziamento, almeno parziale e ipotetico, da ogni specifica teoria globale e consolidata o, detto altrimenti, distacco da ogni forma di “beatificazione” epistemologica;
- c) *referenzialità storico-geografica*: riconduzione della sociologia a scienza della società, che trova un suo posto epistemologico circoscritto (razionale-empirico) nel flusso spaziale e temporale della vita;
- d) *connessione*: scoperta e valorizzazione dei fili e dei nessi che legano fra loro le cose, senza che queste scompaiano o siano da quelli assorbite;
- e) *eco-analisi*: superamento di ogni forma di riduzionismo, per un approccio globale che isoli e valorizzi il tema di studio e nel contempo lo ricomprenda nel tutto (possibile) di riferimento;
- f) *pluralismo*: legittimazione a monte della variabilità e pre-condizione quasi naturale di ogni epistemologia e di ogni ipotesi di natura ricompositiva;
- g) *integrazione*: opzione per una conoscenza che si fonda e migliora col contributo reciprocamente funzionale di più metodi e tecniche, dando per scontato che anche questa è una scelta parziale, contingente e che esclude comunque qualche aspetto o pratica non compatibile o fruibile;
- h) *concorsualità*: orientamento epistemologico verso un “reale” da agire e produrre, che prevede più accessi alle cose in concorrenza fra loro sia sul versante della somma sia su quello della sottrazione;
- i) *verità*: concetto da intendersi con la “v” minuscola, ma che non può essere lasciato annegare nelle onde del relativismo e della comunicazione. Verità come “inter” fra “auto” ed “etero”, come concorrenza e contribuzione collettiva sulle cose (limite dell’“auto” e dell’“etero”);
- l) *empatia*: vedere l’altro dalla sua prospettiva; osservare il mondo ponendosi dal suo versante; cogliere l’alterità a partire dalle sue categorie “altre”.

Coerentemente con tale impostazione, Laboratorio Sociologico articola la sua pubblicistica in quattro sezioni: *Teoria, Epistemologia, Metodo - Ricerca empirica ed Intervento sociale - Manualistica, Didattica, Divulgazione - Sociologia e Storia*.

Ogni sezione della Collana nel suo complesso prevede per ciascun testo la valutazione anticipata di due referee anonimi, esperti nel campo tematico affrontato dal volume.

Laboratorio Sociologico

Direttore: Costantino Cipolla (Bologna)

Comitato Scientifico: Natale Ammaturo (Salerno); Massimo Ampola (Pisa); Ugo Ascoli (Ancona); Claudio Baraldi (Modena e Reggio Emilia); Maurizio Esposito (Cassino); Leonardo Benvenuti, Ezio Sciarra (Chieti); Giovanni Bertin (Venezia); Danila Bertasio (Parma); Annamaria Campanini (Milano Bicocca); Gianpaolo Catelli (Catania); Bernardo Cattarinussi (Udine); Roberto Cipriani (Roma III); Ivo Colozzi, Stefano Martelli (Bologna); Celestino Colucci (Pavia); Raffele De Giorgi (Lecce); Roberto De Vita (Siena); Paola De Nicola (Verona); Antonio Fadda (Sassari); Pietro Fantozzi (Cosenza); Maria Caterina Federici (Perugia); Franco Garelli (Torino); Guido Giarelli (Catanzaro); Guido Gili (Campobasso); Antonio La Spina (Palermo); Clemente Lanzetti (Cattolica, Milano); Giuseppe Mastroeni (Messina); Rosanna Memoli (La Sapienza, Roma); Everardo Minardi (Teramo); Bernardo Valli (Urbino); Giacomo Mulè (Enna); Giorgio Osti (Trieste); Mauro Palumbo (Genova); Jacinta Paroni Rumi (Brescia); Antonio Scaglia (Trento); Silvio Scanagatta (Padova); Francesco Sidoti (Bari); Francesco Vespasiano (Benevento); Angela Zanotti (Ferrara).

Corrispondenti internazionali: Coordinatore: Antonio Maturo (Università di Bologna).

Roland J. Campiche (Università di Losanna, Svizzera); Christine Castelain Meunier (Casa delle Scienze Umane, Parigi, Francia); Maria Cecília de Souza Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasile); Jorge Gonzales (Università di Colima, Messico); Douglas A. Harper (Duquesne University, Pittsburgh, USA); Juergen Kaube (Accademia Brandeburghese delle Scienze, Berlino, Germania); Andrè Kieserling (Università di Bielefeld, Germania); Michael King (University of Reading, Regno Unito); Donald N. Levine (Università di Chicago, USA); Everardo Duarte Nunes (Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasile); Furio Radin (Università di Zagabria, Croazia); Joseph Wu (Università di Taiwan, Taipei, Taiwan).

Sezione Teoria, Epistemologia, Metodo (attiva dal 1992).

Responsabile Editoriale: Agnese Accorsi.

Comitato editoriale: Gianmarco Cifaldi; Francesca Cremonini; Davide Galesi; Ivo Germano; Maura Gobbi; Francesca Guarino; Silvia Lolli jr.; Emmanuele Morandi; Anna Desimio (FrancoAngeli).

Sezione Ricerca empirica ed Intervento sociale (attiva dal 1992).

Responsabile Editoriale: Alice Ricchini.

Comitato Editoriale: Sara Capizzi; Laura Farneti; Carlo Antonio Gobbato; Ilaria Iseppato; Paolo Poletini; Elisa Porcu; Francesca Rossetti; Francesca Graziina (FrancoAngeli).

Sezione Manualistica, Didattica, Divulgazione (attiva dal 1995).

Responsabile Editoriale: Veronica Agnoletti.

Comitato Editoriale: Alessia Bertolazzi; Barbara Calderone; Silvia Lolli sr.; Laura Gemini; Linda Lombi; Ilaria Milandri; Annamaria Perino; Fabio Piccoli; Anna Buccinotti (FrancoAngeli).

Sezione Sociologia e Storia (attiva dal 2008).

Coordinatore Scientifico: Carlo Prandi (Fondazione Kessler – Istituto Trentino di Cultura).

Consiglio Scientifico: Alessandro Bosi, Giuseppe Papagno (Parma); Camillo Brezzi (Arezzo); Luciano Cavalli, Pietro De Marco, Paolo Vanni (Firenze); Sergio Onger (Brescia); Adriano Prosperi (Scuola Normale Superiore di Pisa); Renata Salvarani (Cattolica, Milano); Paul-André Turcotte (Institut Catholique de Paris).

Responsabile Editoriale: Matteo Bertaiola.

Comitato Editoriale: Barbara Baccarini; Roberto Battilana; Elena Bittasi; Stefania Bonatti; Alessandro Fabbri; Nicoletta Iannino; Anna Scansani; Paola Sposetti; Barbara Ciotola (FrancoAngeli).

Monica Simeoni

**Un medico condotto
in Italia, il passato presente
Un'analisi qualitativa**

LABORATORIO SOCIOLOGICO

FRANCOANGELI

Sociologia e Storia



La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Angelo Romeo.

In copertina: Jan Steen, *La visita del medico* (1661-1662), olio su tela, Londra, Wellington Museum (particolare)

Pittore fiammingo, nato a Leida, Olanda, ricevette la sua educazione artistica da Nicolaus Knupfer, pittore tedesco noto per i suoi quadri a sfondo storico o narrativo. Introspezione psicologica, ironia e abbondanza di colore contraddistinguono lo stile di Jan Steen. Nel dipinto si rappresenta la visita del medico in una casa il cui interno è disegnato con una cura dei particolari tipica della pittura fiamminga. L'uso del colore e la scelta dei soggetti riproducono un piccolo microcosmo della vita dell'epoca.

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate nel sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Roberto Cipriani</i>	pag.	13
Introduzione , di <i>Monica Simeoni</i>	»	17
Parte prima – Il Friuli tra la guerra e il terremoto. La figura del medico condotto. Le riforme sanitarie nel Friuli Venezia - Giulia		
1. Il Friuli Venezia-Giulia tra la guerra e il terremoto , di <i>Raimondo Strassoldo</i>	»	27
1.1. Cenni di storia del Friuli	»	27
1.2. Le trasformazioni della vita quotidiana nel dopoguerra	»	29
1.3. I numeri del Friuli nei trent'anni dopo la guerra	»	35
1.4. Altri aspetti strutturali del Friuli	»	44
Conclusioni	»	46
2. Evoluzione del sistema sanitario regionale del Friuli Venezia - Giulia negli anni novanta , di <i>Michele Ceiutti</i>	»	47
2.1. Normativa regionale di riferimento	»	47
2.2. Agenzia Regionale alla Sanità e Centro Servizi Condivisi: due strutture sovraziendali	»	49
2.3. Rete ospedaliera	»	51
2.4. Partecipazione degli Enti Locali	»	53
2.5. Il finanziamento del sistema sanitario regionale della Regione Friuli Venezia - Giulia	»	54
2.6. Un nuovo modello di finanziamento	»	55
2.7. Tra "Patti" ed incognite	»	58

3. Il medico condotto: l'appropriatezza e la buona pratica, di <i>Giuseppe Bax, Umberto Grandis</i>	pag.	65
3.1. Breve storia della sanità in Italia	»	66
3.2. Appropriatezza e buona pratica nella prestazione sanitaria	»	69
3.3. Intervista al dottor Benedetto Avventi, già medico condotto	»	71
4. Il medico, un professionista capace non soltanto di sapere e di fare, ma pure di comprendere e di condividere. Intervista a Giorgio Cosmacini, di <i>Monica Simeoni</i>	»	74

**Parte seconda – La professione del medico
nell'analisi sociologica. Analisi qualitativa a Gonars (Ud)**

1. La medicina e la salute: un percorso in evoluzione, di <i>Monica Simeoni</i>	»	81
1.1. Dalla medicina alla salute: l'evoluzione nella professionalità medica	»	81
1.2. Il paradigma fenomenologico e interazionista. Oltre la dominanza medica: il paradigma correlazionale	»	101
Conclusioni	»	112
2. Analisi quantitativa e qualitativa: l'integrazione di due paradigmi, di <i>Monica Simeoni</i>	»	116
2.1. Quantità e qualità nella storia della sociologia	»	116
2.2. La necessità, nella metodologia della ricerca sociale, dell'intreccio quantitativo e qualitativo. La <i>Grounded Theory</i>	»	126
Conclusioni	»	142
3. Professionalità e competenza nella vocazione del medico condotto, di <i>Monica Simeoni</i>	»	146
4. L'impegno civile e sociale del medico condotto, di <i>Monica Simeoni</i>	»	161
Conclusioni, di <i>Monica Simeoni</i>	»	177

Appendice metodologica e documentaria

Considerazioni in merito alla fase di raccolta dei racconti di vita, di <i>Francesca Cappel</i>	pag.	187
Oggetto dell'indagine: il campione	»	188
La raccolta delle interviste	»	189
Intervista I.	»	192
Intervista M.	»	196
Un centro epidemico di febbre Q in Friuli	»	201
Convegno sulle malattie del lavoro	»	209
Riferimenti bibliografici	»	213
Gli autori	»	217

A mio padre

*Un uomo non è mai morto finché un altro uomo
pronuncia il suo nome
o qualcuno racconta la sua storia*

Proverbio del Burkina Faso

*Vorrei rafforzarla nel suo dolore, affinché lei lo
esperisca in tutta la sua esperienza di una nuova intensità esso è una
grande esperienza di vita, e riconduce alla vita, come tutto ciò che
raggiunge un certo grado di forza estrema. Tutte le nostre relazioni
vere, tutte le nostre esperienze dominanti occupano il tutto, Sidie, la
vita e la morte, dobbiamo vivere in entrambe le cose, in entrambe le cose
essere intimamente di casa.*

Epistolario, Rainer Maria Rilke

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento al Comune di Gonars, all'amministrazione comunale e al Sindaco senza i quali questa ricerca non sarebbe stata possibile.

Un grazie di cuore alla popolazione che si è resa disponibile, con le interviste, alla realizzazione della ricerca. Inoltre un ringraziamento particolare ai proff. Roberto Cipriani e Costantino Cipolla per i loro suggerimenti e consigli nella progettazione e nella realizzazione di questa analisi qualitativa; al prof. Giorgio Cosmacini che si è reso disponibile a rispondere ad alcune domande su medicina e sanità nel nostro Paese.

Prefazione

di *Roberto Cipriani*

Alle origini di quella che si può considerare forse la più rilevante innovazione metodologica degli ultimi decenni, la *Grounded Theory*, ovvero la teoria fondata sui dati, c'è un'esperienza empirica maturata in ambiente medico. In effetti Anselm Strauss e Barney Glaser (*Awareness of Dying*, Aldine de Gruyter, Chicago, 1965) hanno dato vita alla loro proposta di fare a meno delle ipotesi di lavoro e di procedere direttamente alla raccolta dei dati, per poi trarne indicazioni per la costruzione della teoria, proprio a partire da protocolli di ricerca concernenti i percorsi biografici ovvero autobiografici di soggetti malati terminali e perciò consapevoli di una loro morte prossima. Come ricorda Massimiliano Tarozzi (*Che cos'è la grounded theory*, Carocci, Roma, 2008, pag. 26), quella indagine "apparve innovativa per il contenuto, per il metodo e per le creative connessioni fra i due. Era innovativo, nella sociologia medica, affrontare il tema dell'esperienza del morire in ospedale nelle sue implicazioni sociali, psicologiche ed esistenziali. Inoltre, data la natura del tema, i consolidati metodi nella ricerca sociologica, come l'inchiesta (*survey*), difficilmente avrebbero potuto intercettare l'intensità, la profondità e la drammaticità di un'esperienza del genere, peraltro socialmente occultata e tendenzialmente rimossa dalle pratiche quotidiane. Per elaborare i processi che il morire innescava in contesti ospedalieri, occorre andare sul campo per raccogliere dati densi, ricchi, profondi. Quindi l'opzione per un approccio qualitativo sul campo rappresentava una scelta innovativa, ma al tempo stesso necessaria per affrontare adeguatamente il tema della morte in ospedale. Il gruppo di ricerca guidato da Glaser e Strauss condusse una serie di osservazioni in vari reparti di molti ospedali principalmente della California (ma alcune osservazioni furono condotte anche in ospedali all'estero), dove le dinamiche della consapevolezza del morire erano evidenti, e condussero interviste in profondità e lunghi colloqui informali sulle modalità, i tempi, le circostanze in cui lo staff medico e i pazienti terminali comunicavano la notizia della morte imminente e come questa veniva gestita o occultata dal personale infermieristico, dai pazienti e dalle famiglie. Ne ricavarono una teoria originale che dava conto sistematicamente dell'organizzazione sociale e della strutturazione temporale

innescate dai processi del morire e degli scambi comunicativi e le omissioni su questo tema che avvenivano fra medico, infermiere e paziente”.

In quest’ottica, seppure non totalmente, si muove la ricerca di Monica Simeoni sull’attività di un medico condotto in un paese del Friuli per alcuni decenni. Anche in questo caso l’analisi è qualitativa e l’inchiesta è nuova giacché almeno in Italia non risultano esserci studi precedenti sulla medesima professione. I dati raccolti testimoniano di un’esperienza singolare ma probabilmente comune a quella di tanti altri medici condotti operanti nella miriade di comuni italiani. Lo spaccato che se ne ricava riguarda anche il contesto di riferimento, la sua stratificazione sociale, le sue problematiche di lavoro, le sue dinamiche interne. Su tutto ciò si staglia la figura del medico-studioso che si accorge dell’esistenza di una patologia non abituale e che mette in guardia i suoi pazienti sull’uso dei collanti impiegati nella manifattura calzaturiera. Da qui il carattere (debitamente intercettato dall’inchiesta) de “l’intensità, la profondità e la drammaticità di un’esperienza del genere”.

L’approccio qualitativo consente alla Simeoni di mettere insieme elementi sociologici “densi, ricchi, profondi” e di elaborarli al fine di ottenere un quadro complesso, pregno di suggestioni significative, di percorsi ermeneutici convincenti, di rilievi sociologici intriganti, per cui “nelle interviste fatte a Gonars emerge con chiarezza la figura del medico condotto come referente non solo istituzionale e professionale nel territorio ma anche amicale e personale, in un paese che si avviava, come, forse, in molte altre realtà del nostro paese, a uno sviluppo anche troppo repentino, ad una trasformazione non solo economica ma anche culturale della società” (pag. 108).

Ma è soprattutto nel rapporto tra medico condotto e paziente che si colloca lo snodo essenziale di tutto lo studio. La consuetudine, la familiarità, la presa in carico (I care) e la comunicazione interpersonale profonda – nonostante le apparenze – sono tutti indicatori fondanti di un’esperienza comunitaria che va al di là del mero legame di dipendenza conoscitiva (io so tu non sai/io non so tu sai).

La stessa riservatezza del medico condotto di Gonars, in provincia di Udine, appare funzionale ad un nesso che si basa sul sapere scientifico ma agisce pure sul piano di un rispetto straordinario per la persona del paziente-cliente, il cui bene non è solo nelle mani del terapeuta. Insomma nel caso in esame il potere medico viene diluito in una umanità a tutta prova ed anzi dà il meglio di sé nel segnalare, senza reticenze e timori, una situazione patologica non più accettabile perché indotta dall’esterno (e da altri soggetti senza alcuno scrupolo sulle conseguenze di una condizione di lavoro patogena).

C’è da chiedersi se vi sia del “paternalismo medico” nel comportamento del dottor Amelio Simeoni, medico condotto dal 1943 al 1985, prima ad AIELLO, poi a RUDA ed infine a GONARS dal 1953, sempre in provincia di Udine. Il medico inglese Thomas Percival (XIX secolo) definiva il medico come *minister of the sick*. Questa ministerialità del medico verso l’ammalato, questo es-

sere al suo servizio, non è però un dato scontato, giacché sono necessarie una forte intenzionalità, un'adeguata conoscenza non tanto o almeno non solo sanitaria quanto interpersonale, una capacità di non lasciarsi irretire in un ruolo di superiorità condizionante e manipolante (basti citare la "fortuna" che può arridere ad un medico che si candidi in politica). Sullo sfondo vi è pure una concezione contrattualista che prevede un patto tacito fra paziente-cliente e medico-operatore, per cui la continuità del contratto dipende dalla *customer satisfaction*, insomma dal gradimento dell'ammalato per l'opera svolta dal curante (cfr. in proposito Salvino Leone, "Quale equilibrio tra medico e paziente?", in Ignazio Sanna, a cura di, *Dignità umana e dibattito bioetico*, Studium, Roma, 2009, pp. 125-138). La soluzione della cosiddetta alleanza terapeutica sembra essere stata l'opzione preferita dal Simeoni, piuttosto propenso ad una certa empatia con i suoi interlocutori-persone.

Il libro non ruota esclusivamente attorno a questi temi ma propone anche letture dettagliate relative al territorio friulano (grazie a Raimondo Strassoldo), al sistema sanitario regionale (a cura di Michele Coiutti), al ruolo del medico condotto (visto da Giuseppe Bax ed Umberto Grandis), alla sua competenza e professionalità nell'assistenza e cura dei pazienti (intervista a Giorgio Cosmacini), agli aspetti metodologici del lavoro sul campo (condotto da Francesca Cappel). Ma i materiali più preziosi restano i testi delle interviste.

Introduzione

di *Monica Simeoni*

Salute, medicina, sanità: tre parole che indicano un complesso rapporto tra realtà differenti ma collegate tra loro, pur nella diversità dei loro ambiti. La salute riguarda la persona nella sua integrità, fisica e mentale; la medicina e la sua storia raccontano la complessità di una scienza che diventa pratica quotidiana nella vita delle persone, la sanità rappresenta la sua applicazione istituzionale, pubblica e privata. In molte situazioni ne determina anche l'indirizzo, ne suggerisce comportamenti e stili di vita.

Scopo di questo lavoro è segnalare, e non solo ai medici di oggi che, forse, in parte, non ne conoscono a sufficienza la realtà, l'importanza (nella storia della medicina pubblica), dell'istituzione della condotta medica. La Costituzione sostiene che “la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività”.

La tutela della salute non è, quindi, solo interesse personale ma anche comunitario. Ogni vivente è un individuo, ma la persona diventa tale nel rapporto con l'altro, stabilendo legami di reciprocità e di relazionalità.

La cura della salute ad opera della sanità pubblica, nel nostro Paese, inizia ancor prima dell'Unità d'Italia, con la legge Crispi-Pagliani del 1888. Così scrive P. Trecca, medico condotto: “fu, quella di Pagliani, la prima legge di riforma sanitaria italiana di igiene e sanità pubblica, tendente a fornire un'impostazione generale dell'organizzazione sanitaria, alla quale seguì il regolamento, approvato con Regio decreto n. 6442 del 9/10/1889, per l'applicazione delle norme e l'esecuzione delle singole materie”.¹

La condotta medica può, quindi, essere considerata, a grandi linee, l'origine della medicina sociale. Ha cercato, con l'aiuto delle autorità costituite, di tutelare la salute pubblica, prevenendo contagi, pestilenze e, negli anni del Dopoguerra del Novecento, situazioni nocive per le persone, soprattutto per le più bisognose.

¹ Trecca P. (2005), *Noi condotti: trent'anni di storia in presa diretta*, Palmisano, Foggia p. 3.

All'inizio degli anni Cinquanta il sociologo inglese T. H. Marshall aveva definito, nella specificazione dei diritti di cittadinanza, l'universalismo delle cure sanitarie parte integrante dei "diritti sociali". Lo Stato poteva così assicurare condizioni di vita uguali per tutti i cittadini.²

La Prima Parte di questo testo, divisa in quattro capitoli, racconta, a grandi linee, la storia del Friuli Venezia-Giulia, regione del Nord-Est dove si trova il paese di Gonars (Ud), in cui è stata svolta l'analisi qualitativa sul medico condotto.

Il capitolo iniziale del sociologo Strassoldo, studioso della realtà economica e sociale di quel territorio, si sofferma soprattutto sui cambiamenti economici, culturali e demografici della realtà friulana. Vi sono alcuni cenni anche a Gonars. Un paese prevalentemente agricolo, ma che negli anni ha visto evolvere la sua struttura con la nascita di industrie, soprattutto calzaturiere.

Il rapido sviluppo industriale ha determinato, con la stessa velocità, un cambiamento dei valori di riferimento per la comunità, un passaggio dalla solidarietà meccanica a quella organica. Adeguarsi, per la popolazione, non è stato facile.

La crescente ricchezza economica, ha, in alcuni casi, trascurato tutele e attenzioni alla salute delle persone. La macchina veloce si sostituisce alla bicicletta, con difficoltà si comprende come lo studio e la competenza professionale svolgano anch'esse un ruolo importante nello sviluppo di un sistema sociale e di una comunità.

Realtà, queste, che emergono con chiarezza nelle parole degli intervistati di Gonars, nell'analisi qualitativa, e anche nelle due interviste pubblicate nell'Appendice metodologica.

La realtà di Gonars, molto probabilmente, non si discosta molto da quella di altri territori vicini. È, anche in questo caso, l'idealtipo di una piccola comunità che ha trasformato la sua struttura, tra luci e ombre, con la nascita e l'emergere di problematiche complesse, riuscendo però anche a superarle, con l'aiuto di tutte le sue componenti, istituzionali e sociali, e della sua comunità.

Il secondo capitolo approfondisce l'evoluzione del Sistema Sanitario Regionale del Friuli Venezia-Giulia. La sanità è stato il primo passo verso un decentramento di servizi pubblici gestiti dalle regioni, considerando che il Friuli è anche regione a statuto autonomo. Nella ricostruzione, anche legislativa, dei vari passaggi seguiti dal sistema sanitario regionale, si è giunti, nella difficile condivisione di scelte prioritarie, ad un consenso e una legittimazione politica che, all'inizio del percorso burocratico, sembravano difficili da ottenere.

Uno dei maggiori problemi, per la Sanità pubblica, è riuscire a contemperare bilanci regionali sempre più in difficoltà, spese assistenziali in aumento, causate dall'allungamento della vita media.

² Ardigò A. (1997), *Società e salute*, FrancoAngeli, Milano, p. 12.

Inoltre: “i medici si sentono schiacciati dalla burocrazia”, scrive G. Bonadonna. “Devono compilare molte più carte rispetto a dieci o cent’anni fa. Negli ospedali l’esercito dei burocrati si è ampliato, e si alimenta di circolari, relazioni, rapporti scritti. Questo rito forzato riduce il tempo che il medico dedica al paziente”.³

Le riflessioni del noto oncologo, colpito da ictus, e, passato così, dal ruolo di medico a quello di paziente, ci introducono al terzo capitolo della Prima Parte, scritto dai medici Bax e Grandis sull’appropriatezza e la buona pratica del medico condotto, con un’intervista al dottor B. Avventi, già medico condotto, ereditandone il mestiere, (la vocazione), dal padre.

I due medici, in una breve ricostruzione della Sanità pubblica nel nostro Paese, evidenziano come l’attenzione e la cura alle persone, nella storia della medicina, partano da lontano, si riscontrino già nell’antica Roma, con la costruzione di opere urbanistiche e idrauliche, per ridurre malattie e mortalità.

Nel prosieguo dei secoli il medico affina la sua professionalità e competenza che, scrive il medico e filosofo G. Cosmacini, “si acquisisce all’Università, ma deve essere sviluppata lungo tutto l’arco della vita professionale con un percorso di formazione continuativa che non riguarda solo la conoscenza tecnico-scientifica (poiché il problema non è soltanto una questione di scienza e di tecnica), ma anche di saggezza, riguardando la capacità di formulare giudizi, spesso in condizioni non facili, e, di prendere decisioni, spesso in condizioni difficili”.⁴

Il medico condotto, negli anni passati, era l’unico referente della comunità. Tutto il suo tempo, anche molto di quello privato (questo elemento emerge con chiarezza dall’analisi qualitativa e anche dalle parole del dottor Avventi), era speso nella cura e nell’assistenza dei suoi pazienti.

Il medico accorreva in ogni situazione, spesso non c’era nemmeno il tempo per approfondimenti diagnostici ed analisi di laboratorio che, in alcuni casi, nemmeno erano state scoperte.

L’esperienza, la cura continuativa della persona, la conoscenza e l’anamnesi familiare sopperivano alla scarsa tecnologia: i risultati erano molto apprezzati dai pazienti. Il medico assurgeva quasi a una sorta di taumaturgo, riusciva, spesso, a risolvere situazioni quasi disperate. Nei racconti degli intervistati di Gonars ne vengono segnalate alcune.

Ma non si devono rimpiangere realtà del passato ormai scomparse. “Non ho mai creduto alla retorica della nostalgia, non è vero che si stava meglio quando si stava peggio”, scrive sempre Bonadonna, “quando ho incominciato a sfogliare i libri di anatomia molti professori erano freddi, arroganti, trattavano malati e collaboratori dall’alto in basso. Il medico contemporaneo possiede

³ Basadonna G.; Schiavi G. (2008), *Medici umani, pazienti guerrieri*, Baldini Castoldi Delai editore, Milano, p. 94.

⁴ Cosmacini G. (2005), *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari, p. 560.