

PRONTO SOCCORSO

privato e pubblico

UNO

La prima cosa che mi colpisce guardando il verbale è il numero di medici del reparto, elencati nel frontespizio, fossimo anche solo un quarto da noi andrebbe benone. Poi le solite sigle di stadiazione, le immunoterapie sperimentali dai nomi esotici, i protocolli di terapia eroici. Alzo lo sguardo e Armando boccheggia, è semiosciente, pallido, sudato ipoteso, tachicardico, soffocato dalle secrezioni. Non ci vuole un clinico esperto per capire come finirà, quando e dove, cioè qui a breve. Quando è la fine capita spesso che ci siamo NOI, perché secondo la struttura mirabolante e di eccellenza piena di colleghi eccellenti (mica come noi straccioni) Armando aveva un day hospital programmato per un altro ciclo di chemioterapia tra un mese.

Stento a crederci. Invece noi ci siamo ora, alla fine. Ed è qui e ora che serve. C'è da andarne orgogliosi comunque. Siamo un pronto soccorso pubblico: scarso appeal, pessime recensioni, caos, disordine, siamo vestiti male, brutti perfino (e parlo per me). Iniziamo a dare una mano, bronco aspiriamo, prepariamo una palliazione per controllare il dolore, le secrezioni eccessive, la mancanza di fiato. Anche se non l'abbiamo ancora allestiamo una "stanza del sollievo", più tranquilla, silenziosa, riparata. Silenziamo gli allarmi e cerchiamo di dar meno fastidio possibile ad Armando e a Lia, la moglie che lo accompagna e gli tiene la mano. Ci prepariamo con lei all'inevitabile nei pochi minuti in cui incrociamo le loro vite che si separano. Quando Armando se ne va, Lia ci ringrazia.

DUE

Lo hanno dimesso dal pronto soccorso della struttura privata con due impegnative per due visite di controllo da fare da noi naturalmente che siamo Pubblico. Da fare quando? Hanno sentito parlare delle liste d'attesa? e chi ce lo porta a queste benedette visite? Intuisco che la risposta sia stata "ma chisseneffrega". Lui è indigente, è in pessime condizioni generali: è diabetico con le ulcere ai piedi e una bella sepsi. L'assistente sociale che lo segue a casa mi chiede se lo ricovereremo, certo che sì che altro dovremmo fare? Eppure quelli sono accreditati con il Servizio sanitario nazionale (ricevono fondi pubblici forse più di noi da queste parti) ma i casi sociali NO, loro non li ricoverano, gli mettono in mano due impegnative e li mandano a casa. Tanto che le ambulanze di solito neanche glieli portano, fanno selezione in anticipo. Poi qualcuno parlava di concorrenza pubblico/privato. Ma che razza di concorrenza è? Sleale è la parola giusta? Giuseppe in reparto mi dice che siamo pieni di casi sociali, difficili da dimettere, li chiamano "bed blocker" perché

l'inglese è sempre più figo quando si parla di management. Io lo immagino come un vecchietto che si lega alle spondine da solo per non farsi dimettere. Questo genera il *boarding* di pronto soccorso (teloqui che torna l'inglese) che adesso è diventato nemico pubblico numero uno, ma poi, sono sicuro, passerà di moda. Comunque, ora va combattuto con tutti i mezzi disponibili. Ma come? Ci hanno ridotto i letti per acuti, vogliono la piena occupazione dei letti, quindi vogliono che li facciamo ruotare molto velocemente come un tempo volevano drg remunerativi (i drg, *diagnosis related group*, sono uno strumento su cui si basa la remunerazione delle prestazioni ospedaliere, ndr). Se non si raggiungono gli obiettivi di budget minacciano ulteriori chiusure, accorpamenti, smembramenti, fallimenti fino al sacrificio umano. Siamo continuamente sotto ricatto di direttive di management che negli anni hanno prodotto solo evidenti peggioramenti. Noi contiamo nulla, siamo *working class* senza potere e pure senza coscienza di classe. Peggio di così.



Vittorio Fontana,
medico geriatra,
lavora al Pronto
soccorso dell'Ospedale
Bassini di Cinisello
Balsamo. È autore
del libro "Di verità
solo l'ombra. Storie di
sanità pubblica".