

Una follia a tre

Francesco Iodice

*Lasciami andare a vedere il sogno,
non fermarmi con uno sguardo triste,
questa notte lasciami vivere laggiù,
solo questa notte, poi tornerò.*

Alessandro Baricco, *T-shirt "Scrivere", 2007*

La professione di "dottore" raggiunse la punta numerica più alta negli anni '60 e '70: tutti (pure chi scrive) scelsero come facoltà universitaria quella di medicina (un collega confessò di aver esaminato una candidata che aveva trovato accesso alla facoltà con l'inverosimile diploma di *figurista commerciale*; e così ora abbiamo un poco invidiabile primato mondiale: 607 medici ogni 100.000 abitanti); il dottore diventò il sogno matrimoniale di ogni ragazza (un ricco proprietario terriero riuscì a far impalmare le sue cinque figliole da altrettanti medici; un portiere licenziò in malo modo il suo medico curante, appena le sue tre *daughters* si laurearono in medicina).

A distanza di 40 anni le conseguenze di questo afflusso scriteriato alla facoltà di medicina (furono gli anni del "grande parcheggio" nelle Università) ci appaiono in tutta la loro drammatica evidenza: oggi i medici in circolazione sono tanti – il numero chiuso produrrà i suoi effetti solo tra alcuni anni – che ad ognuno dovrebbero toccare come clienti i suoi parenti o condomini, sempre che nel fabbricato non ci siano le tre dottoresse del portiere! Dal punto di vista economico, nella maggior parte dei casi – escludendo alcuni luminari con superonorari – uno stipendio ospedaliero o dell'ASL può solo consentire di arrivare dignitosamente alla fine del mese. Se consideriamo poi l'aspetto psicologico della professione, sentiamo sempre più parlare di "infelicità",

frustrazione", "demotivazione". Certamente non tutti sono completamente infelici (e non lo sono sempre), ma quando i medici si riuniscono, la loro conversazione verte prima o poi sui disagi della professione medica e sulla voglia di pensionamento anticipato. In realtà le cause di insoddisfazione sono molteplici. Stipendio e carico di lavoro, questi i primi imputati chiamati in causa; turni ospedalieri – talvolta massacranti, specie nei reparti di terapia intensiva e di rianimazione – sono spesso al di sopra delle normali possibilità umane. Ma da soli non sono sufficienti a spiegare l'insoddisfazione, tanto è vero che sono comuni anche a sistemi sanitari a miglior retribuzione e che garantiscono più tempo al rapporto medico-paziente. La vera ragione è stata la tragica decisione di portare la medicina sotto il controllo gestionale ed economico di governi ed imprenditori, cioè di non-medici. Quando nel 1970 un magistrato divenne presidente del più grande ospedale del Mezzogiorno, il saggio e intuitivo primario sussurrò nell'orecchio di un suo collaboratore: *"Oggi i medici hanno perduto, e per sempre; in futuro, saremo sempre più subordinati. Non sarà più un primario a nominare altri primari, ma un fantoccio asservito a questo o a quel partito politico"*. Ipse dixit: parole profetiche. La perdita di autonomia della professione medica cominciò subito a manifestarsi e si aggravò sempre di più, fino al punto che oggi qualche direttore generale nega qualsiasi appuntamento al personale medico, asserendo che lui riceve solo "categorie" – per lo più, boriose e aggressive sigle sindacali – e non "persone singole", anche quando queste rappresentano le esigenze di un intero reparto. E così,

aumentano le linee-guida, i controlli, le ispezioni e molti vivono questo fatto come una perdita di stima e considerazione verso la propria vita professionale. Non mancano peraltro i benefici di questa situazione perché alcuni medici – i cosiddetti “aziendalismi” – sono molto soddisfatti ed il loro rapporto con i dirigenti *maxim*’ è decisamente migliorato, con conseguente aumento dell’efficienza della produttività.

Ma la condizione generale dei medici – ed è questo l’aspetto che in questa Sarabanda vogliamo considerare – si è notevolmente aggravata perché il rapporto con il paziente (ed i suoi familiari) è peggiorato, anche per colpa dei media che hanno fomentato un clima decisamente ostile, a seguito di casi di malasanità. Il punto principale è la crescente insostenibilità di una relazione fra soggetti (medico, paziente, familiare) che potremmo definire una “follia a tre”.

Il primo folle è il malato che, quando si rivolge al medico, crede di essere andato da Dio, per cui ha una irrealistica aspettativa sull’efficacia degli interventi; la seconda follia è quella del medico che ha paura – pena la perdita di potere e credibilità verso il malato – di ammettere che una parte importante di queste aspettative andrà delusa; il terzetto viene completato dai familiari che interferiscono, talvolta in modo pesante e disastroso, nel già precario rapporto medico-paziente con le loro ansie, le loro paure e la loro aggressività (specie quando sono loro a pagare l’onorario). Come esempio, si può citare il caso di quel il medico che, al capezzale di una malata, nel tentativo di familiarizzare e di stabilire comunque un approccio con lei, cominciò a raccontare che l’aveva conosciuta molti anni prima ad una riunione familiare (i famosi e mai tranto deprecati “balletti” di una volta!) e che bruscamente fu interrotto da un figlio nevrotico e angosciato con queste parole: *“Invece di perdere tempo in chiacchiere, fate quello che dovete fare e visitate mamma!”*; e, continuando con gli esempi, il medico ospedaliero prova ancora spavento quando pensa a quella terribile notte in cui, chiamato nel reparto X per un malato con

emoftoe, trovò tre mammasantissimi dei mazzoni del basso Volturno (quelli della mozzarella di bufala doc e della onorata società) intorno al letto e fu così apostrofato: *“Se papà muore, ti uccidiamo!”*.

Pertanto, da una parte c’è il medico che si rende conto dei limiti della medicina, della sua potenziale pericolosità, della difficoltà di accedere ad una informazione credibile, ma per lo più non lo dice. Dall’altra, il malato (ed i suoi familiari) che identifica – anche perché a ciò lo porta il continuo bombardamento dei media, qualche volta strumentalizzati – nella scienza medica (e quindi nel medico-persona) la soluzione di tutti i problemi della propria salute e ritiene che il medico sappia tutto quello che c’è da sapere e sia aggiornato sull’utilità e controindicazioni di test diagnostici e trattamenti.

Ma quali sono oggi le possibili soluzioni di queste gravi problematiche?

Innanzitutto, la medicina promette sempre nuovi rimedi e fa intravedere la possibilità di progressi illimitati; il mercato della salute d’altra parte ha bisogno di creare nuove malattie per assicurarsi margini di profittabilità. In questo scenario il medico non sempre è in grado di essere il broker delle conoscenze e delle informazioni per conto del paziente, anche perché non ha la necessaria indipendenza culturale in quanto, di fatto, è escluso dal processo di produzione della conoscenza e dal campo della ricerca di alcuni farmaci. Inoltre, il medico oggi vive alcuni conflitti di interesse tra cui uno *da rimozione* – che porta, come abbiamo già detto, a negare l’incertezza, massimizzando i benefici degli interventi e sottovalutandone i rischi – e un altro *da corporazione* – che lo spinge al rifiuto di accettare la pratica della multidisciplinarietà e della multi-professionalità. Infine, c’è il problema dell’*appropriatezza* (clinica, organizzativa, economica, etc.) che deve obbligare il medico a riconoscere i diversi punti di vista e confrontarsi cioè con quelli dei colleghi, del paziente e dei responsabili dell’amministrazione della sanità. Alcuni possibili e parziali rimedi potrebbero consistere, *sul piano culturale*, nel recupero della consapevolezza dei limiti della

Metti una sera a cena in barca a Stoccolma (ERS 2007) con Vivisol



medicina: questo dovrebbe divenire centrale per l'Università che forma gli operatori sanitari; la formazione di questi ultimi dovrebbe cambiare rotta: la creazione di corsi, master, etc., posti rigorosamente a lato dell'insegnamento ufficiale e destinati a far restare l'attività universitaria un business, non deve essere spacciata per un nuovo modo di fare informazione. Al centro dovrebbe andare la valutazione critica delle informazioni, ma soprattutto, la consapevolezza della loro parzialità. Sul *piano strutturale*, bisognerebbe adoperarsi per agire su formazione, ricerca e comunicazione tra mondo scientifico e rappresentanze dei cittadini/pazienti. Accanto alla ricerca, cosiddetta commerciale, andrebbe sviluppata la ricerca indipendente o no-profit, le cui priorità cioè vengono definite in ambiti interdisciplinari e multiprofessionali, a partire dai quesiti di reale interesse. In conclusione, "*sapere, sapere essere, saper fare*" sembrano essere i tre dogmi che sintetizzano le qualità che dovrebbe avere un medico del ventunesimo secolo, evitando di reinventarsi superspecialista con il rischio reale di considerare il paziente solo come patologia e non come persona, accettando il confronto intra- e interspecialistico, sforzandosi di migliorare i rapporti interpersonali con tutti i colleghi e, principalmente, mettendo da parte le beghe interne che, specie in epoca di dirigenza medica (tutti *uguali*, tutti "*partualli*" = fine dell'equipe medica!) fanno pensare a vicende che nulla hanno a che spartire con la vita del malato e delle sue necessità. La triplice follia potrebbe così lasciare il posto ad un confronto sereno tra il medico ed il paziente (più i suoi familiari); ne guadagnerebbero tutti: il medico, che sarebbe molto meno infelice e la cui autostima aumenterebbe; il paziente, che sarebbe curato meglio; i familiari, che vedrebbero svanire – quando possibile – le loro angosce. E soprattutto, i malati si affiderebbero di meno a maghi, guaritori e medicine alternative.