

TECNICI O MEDICI? RIFLESSIONI SULLA PROFESSIONE MEDICA OGGI

V. Silvestri¹, N. Silvestri²¹ Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Tor Vergata, Roma² Direttore Sanitario, AUSL BAT, Andria (BA)**Doctor or technician? Reflections on the medical profession today**

Medicine is an outstanding example of an empirical science in theory and practice. In every stage of his work a doctor should be ready to pick up signs of possible scientific progress. Being constantly attentive and able to see anything new occurring, however difficult it may be to discern, should remain the basis of any professional commitment that takes care not to become sterile and thereby less effective in treating disease. A doctor is an experimenter par excellence, one who constantly applies experimental methods based on his own "historical" knowledge, experience, and capacity to comprehend even the tiniest signals that reach him from the real world. On the other hand, although the indiscriminate acceptance of results obtained by clinical trials and the increasing recourse to technology could herald the end of clinical freedom, we believe that such recourse to technology is, in fact, desirable. The reason for this belief is that a lack of innovation leads to loss of enthusiasm and loss of interest in specific clinical problems; it also results in a cultural attitude that refutes the notion of experimental logic being inherent in any treatment because of the changeability of individual conditions on a biological, clinical, and psycho-relational level. (G Ital Nefrol 2007; 24: (Suppl. S40) S37-41)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:Clinical freedom,
Medical
profession,
Technology**PAROLE CHIAVE:**Libertà clinica,
Professione
medica,
Tecnologia✉ **Indirizzo degli Autori:**

Prof. Nicola Silvestri

Direttore Sanitario

AUSL BAT

Via Fornaci, 201

70031 Andria (BA)

e-mail: n.silvestri@neomedia.it

L'epopea eroica delle arti sanitarie ci riporta quasi automaticamente alla memoria i salassi, i decotti e la "mitica" cartina al tornasole. In piena epoca di globalizzazione e di tecnologizzazione spinta, tali procedure oggi ci fanno sorridere: la medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) si è sostituita all'empirismo, le nitide immagini della risonanza magnetica nucleare alle tanto suggestive, quanto fantasiose, ipotesi diagnostiche degli albori della radiodiagnostica. Inevitabilmente, la tecnica in medicina ha, ed avrà sempre di più, un ruolo di primaria importanza, suggellando in un certo senso l'esaltazione baconiana della scienza.

In funzione di questo primato, garantito anche dalle più moderne tecniche informatiche, si pone una prima importante questione: la tendenza della medicina dell'evidenza a fare del medico un "accessorio" della razionalità tecnica.

Il rischio è evidente, a tal punto che già nel lontano anno 1983, in un editoriale pubblicato sul *British Medical Journal*, Hampton (1) si chiedeva se l'adozione pedissequa dei risultati ottenuti dai trial clinici,

nonché, aggiungiamo noi, il ricorso sempre più spinto e pervasivo alla tecnologia, appannaggio di molte discipline mediche, decretasse di fatto la fine della libertà clinica, implicitamente paventando la progressiva perdita di quell'ethos umanitario che è caratteristica irrinunciabile della professione medica. "La libertà clinica è morta e nessuno ne sta rimpiangendo la fine. La libertà clinica era il diritto dei medici, da alcuni considerato divino, di fare qualsiasi cosa ritenessero, a loro esclusivo giudizio, il meglio per i loro pazienti. Nei giorni in cui la diagnostica era di fatto inesistente e gli interventi terapeutici poveri ed inefficaci, il giudizio del medico era tutto ciò di cui si disponeva, ma adesso quel giudizio non basta. Se non abbiamo sufficienti risorse per fare tutto ciò che tecnicamente è possibile, allora la cura deve limitarsi a ciò che è dimostrato essere realmente efficace e la personale valutazione dovrà essere messa da parte" (2).

Ove si volesse estremizzare questa logica, l'uomo, oggettivato agli occhi della scienza, reso corpo dall'intervento medico, serializzato dall'organizzazione

sanitaria, non esisterebbe in quanto soggetto delle proprie esperienze, né in quanto soggetto della storia collettiva: il rapporto uomo-malattia ed i processi storici che producono malattia tenderebbero, pertanto, viepiù ad essere recisi e la medicina, che non può che occuparsi dell'uomo, lo identificherebbe unicamente in una malattia che non può che essere trattata come fenomeno naturale.

Ai giorni nostri il processo di appropriazione delle conoscenze tende dunque ad essere un processo storico che, nel caso della medicina, sembra paradossalmente fondarsi sull'eliminazione della storia dell'uomo, oggetto di conoscenza, e sulla sua riduzione a pura inerzia e corporeità: un mero dato naturale.

La stessa salute, che una moderna concezione impone come valore assoluto, senza il quale non c'è vita, è un altro elemento atto a creare la dipendenza dell'uomo dal potere medico, e quindi l'invasione della medicina in settori sempre più vasti e sempre più generalizzati. Perciò, se la medicina deve ordinariamente rispondere ad ogni tipo di disagio dell'uomo che si esprime attraverso la sofferenza fisica o psichica, nel momento in cui la salute diventa un valore astratto, presentato come possibile e realizzabile, l'uomo non è più disposto ad accettare il minimo disagio senza cercare un rimedio. Si innesca in tal modo una spirale che allo stato non sembra trovare soluzione.

Il clamore in nome di una migliore assistenza medica e di una maggiore disponibilità di servizi sanitari rende chiaro che oggi, come nel passato, viviamo in una società con un pesante carico di malattia. È opportuno, però, rilevare che l'aumento dei bisogni medici non implica necessariamente un parallelo aumento nell'incidenza e nella prevalenza delle malattie. In certa misura ciò deriva dal fatto che noi esigiamo di più di quanto non facessero i nostri antenati in materia di salute e, soprattutto, siamo meno disposti ad accettare passivamente imperfezioni fisiche e fisiologiche.

In tal senso si esprime l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per cui *"i progressi nel campo della salute sono dovuti meno alle conquiste della scienza medica che ai cambiamenti nell'ambiente esterno e a una tendenza favorevole nel tenore di vita. Noi siamo più sani dei nostri antenati non per quanto ci accade, quando siamo malati, ma perché non ci ammaliamo; e non ci ammaliamo non perché esistono specifiche terapie protettive, ma perché viviamo in un ambiente più sano. Nel suo prevalente interesse per le minuzie della diagnosi e della patogenesi delle malattie, la medicina corre il rischio di dimenticare quella che finora si è dimostrata la sua più grande risorsa, la manipolazione dell'ambiente esterno"* (3).

È altrettanto vero, invece, che i moderni stili di vita stanno determinando forme morbose che non esisteva-

no alcuni decenni fa o che sono ora molto più diffuse che nel passato.

La stessa profonda revisione in atto, nella società moderna, di criteri, costumi ed istituti tradizionali, conseguente alle rapide ed imponenti trasformazioni dell'ambiente socioeconomico e culturale, si riflette pesantemente sull'esercizio della professione medica. Le cause della crisi della medicina, resa ancor più acuta dal lento processo di trasformazione, non ancora concluso, della organizzazione sanitaria, sono evidentemente molteplici.

Si assiste, come detto, innanzitutto ad un progressivo affievolirsi nell'opinione pubblica del significato etico e del carattere spirituale dell'arte medica tradizionalmente intesa, con il relativo declassamento del prestigio e della figura del medico, che corre parallelamente al passaggio da un'attività sanitaria eminentemente fondata sul rapporto personale, fiduciario, privatistico, propria del passato, ad un rapporto medico/paziente più marcata-mente contrattuale e pubblicitario, tipico di sistemi di protezione sanitaria di vasta portata sociale. Nondimeno, l'evoluzione della medicina, rendendo più difficile e specializzato l'esercizio della professione e richiedendo l'indispensabile apporto di costose tecnologie per la diagnosi e la terapia delle malattie, difficilmente accessibili alle limitate possibilità economiche di molti cittadini, spinge ineluttabilmente l'organizzazione sanitaria verso una concezione ed una impostazione di "servizio pubblico" sempre più anonimo e spersonalizzato.

Ne deriva una generale sensazione di disagio, sia tra i medici che fra gli assistiti, un'atmosfera talora di sospetto e di diffidenza che avvolge le strutture sanitarie e che determina un incremento del contenzioso in tema di responsabilità professionale.

La crisi della medicina ha, invero, anche altre più complesse e profonde radici. Una di queste è costituita dal maggiore risalto che viene oggi riconosciuto alla fondazione biologica della medicina stessa, che tende sempre più ad essere scienza biomedica. I rapidi progressi compiuti negli ultimi anni, infatti, fanno sì che la medicina, da "riproduttiva" di condizioni naturali alterate che necessitano di essere ristabilite, quale è sempre stata in ossequio ai canoni ippocratici, stia volgendo ora, in breve, a divenire "predittiva", progettuale. Dalla manipolazione del mondo si sta passando, cioè, alla possibilità di manipolare lo stesso uomo attraverso la biologia molecolare, la quale apre ulteriori ed inaspettati spazi di conoscenza e di intervento.

Questo nuovo ed immenso potere suscita naturalmente l'interesse del potere politico ed economico, a tal punto che esso tende ad includere *"tra i suoi strumenti ideologici e pratici la medicina come scienza e come professione, pretendendo di interpretarne contenuti e fini, e di volgerli secondo i suoi scopi facendo leva sulla classe medica, con mezzi seducenti e ricattatori, e dal-*

l'altro sulle giuste illusioni ed attese delle popolazioni. In questa azione, però, può accadere che il potere politico, che si ammanta di proposito, agli occhi della collettività, di toni umanitari e protettivi, non si limiti a svolgere quell'azione organizzativa e promozionale - della prevenzione e della cura - che lo fa naturale ed obbligato alleato della medicina; ma che, invece, sconfini nel terreno stesso della medicina come scienza, tentando di stravolgerne i principi e di mutarne le finalità fino a toccare le zone più cruciali della libertà personale del medico e, comunque, riproponendo ancora una volta il dominio frenante della medicina ideologica" (4).

Oggi è saldamente radicata tra i pazienti, l'idea che la buona salute sia sempre a portata di mano. Quella che la buona salute sia una merce acquistabile e vendibile come tutte le altre è una convinzione che fa affidamento su una visione del futuro propria degli stessi produttori di tecnologie. Questa visione tende ad emarginare l'aspetto umano della professione di medico - con tutta la sua familiare saggezza, conforto ed incoraggiamento - promuovendo, invece, l'aspetto tecnico, sul quale l'industria esercita un controllo maggiore. Le capacità intuitive del medico, raffinate nel corso di anni di pratica, svaniscono naturalmente man mano che l'arte di curare lascia il posto alla certezza della scienza, come dimostrano i vari protocolli da seguire durante la diagnosi e la cura. La tecnologia offre questa certezza!

La moderna medicina scientifica, benché si avvalga di un vastissimo patrimonio di conoscenze di base, dell'impiego di medicinali, tecniche e strumenti realmente efficaci e di protocolli diagnostici e terapeutici che sono il frutto di esperienze plurime - condotte rigorosamente da un gran numero di medici esperti che le trasmettono attraverso riviste scientifiche severamente controllate - è pur sempre un'attività che opera in un contesto di sperimentazione continua e, quindi, si serve del metodo empirico, nella sua autentica accezione, e con tutti i suoi limiti. È l'esperienza, poi, che fornisce l'idea dell'uniformità dei fenomeni naturali e giustifica l'estensione universale delle conoscenze particolari confermando la validità, peraltro in qualche misura sempre provvisoria, delle leggi e dei concetti scientifici.

Il ricorso al metodo scientifico, modellato e incessantemente rimodellato sulla base empirica dell'esperienza, non è dunque altro se non l'essenza dell'attività scientifica e pratica della medicina.

Purtuttavia, gli studi clinici attraverso cui si valuta l'efficacia delle tecnologie, non sono in grado di prendere in considerazione la ricchezza del sentimento umano che di solito accompagna uno stato patologico e la stessa reazione empatica del medico impegnato nella cura del paziente.

La modalità stessa di produzione delle conoscenze determinate dagli studi clinici controllati non si esime

dal rischio che essi rispondano a strategie di sviluppo e promozione di farmaci e/o di tecnologie, e che possano essere oggetto di ingenti investimenti, aderendo così a logiche economiche e, comunque, estranee a quelle scientifiche.

Per questo motivo noi siamo fermamente convinti che la medicina sia una scienza del tutto particolare e che il clinico non possa lasciarsi recludere in principi e regole diagnostiche e terapeutiche troppo angusti. Nell'attività clinica, infatti, accanto alla scienza naturale che spiega, vi è un pensiero che interpreta le cose, un pensiero che cerca di dare un senso a ciò che accade nel mondo. Ne discende che il clinico, in senso stretto, non è, né può essere, uno scienziato il quale si illude quando crede di poter rendere interamente scientifica un'attività che è un'arte nel senso artigianale del termine: e soltanto l'artigiano che compie l'opera conosce le difficoltà ed i limiti del proprio operare.

Convincimento che, nella sua estrema sintesi, intende indicare l'individualità della prestazione medica sui singoli malati nei quali le malattie, per la loro diversa natura, per il grado di sviluppo in cui giungono all'osservazione, e per i connotati individuali che assumono in ogni paziente, impongono, accanto a condotte ispirate a criteri generali, anche altre scelte, caso per caso e momento per momento. Questo connotato fisiologico fondamentale della medicina è da ritenere immutabile oggi e domani, qualunque sia lo sviluppo ulteriore della professione medica.

La stessa moderna tecnologia - uno dei motori centrali anche del progresso medico - presenta notoriamente nel suo insieme, in uno con rilevanti vantaggi, anche molti risvolti negativi, che si manifestano in gran parte delle sue odierne espressioni. Ne è tipico esempio il problema ecologico, che sempre più è all'attenzione preoccupata della popolazione, o quantomeno della parte più sensibile e responsabile di essa. Inoltre, gli indubbi benefici che il progresso tecnologico produce sono per ora fruibili prevalentemente dai Paesi più avanzati e molto meno nel cosiddetto "terzo mondo", ma comportano anche crescenti costi umani ed economici, contro i quali si studiano rimedi, non senza conflitti e divergenze di vedute, oltre che di interessi, veri o presunti.

Un aspetto non meno rilevante è dato dalla considerazione già ricordata che la tecnologia muove dalla scienza sperimentale. Il sapere sperimentale è un sapere esatto, ma non è un sapere totale, poiché manca dell'aspetto qualitativo, ontologico, finalistico e, in definitiva, etico. Ebbene, i grossi cambiamenti in atto nella medicina connessi all'aumentata complessità degli interventi in sanità, a sua volta determinata da un sempre più spinto ricorso alla tecnologia, comportano anche nuovi e fondamentali aspetti dell'etica medica.

Innanzitutto, vi è lo spostamento dei livelli decisiona-

li, i quali si posizionano sempre più spesso dal medico al paziente. Nel passaggio, infatti, da una vetusta concezione paternalistica della medicina ad una più moderna ed equilibrata medicina collaborativa, l'oscillazione del pendolo decisionale fra i due attori della tanto enfatizzata ed equilibrata alleanza terapeutica rischia oggi di essere troppo sbilanciata sul versante del paziente, non sempre specificamente "competente". Secondariamente, sono poi da considerarsi gli aspetti economici che spesso condizionano pesantemente le scelte dei decisori in sanità.

Occorre, in definitiva, che sia riconosciuta la centralità della dignità della persona in condizione di malattia. La stessa aziendalizzazione, nata per meglio governare il sistema sanitario, non deve sostituire la centralità della persona con la centralità dell'organizzazione o delle risorse economiche o, perfino, di una eccessiva politicizzazione. Si tratta, per dirla con Sergio Pintor, di *"impegnarsi per una ripersonalizzazione della medicina, che favorisca l'instaurarsi di un rapporto dalle dimensioni umane rispettoso della dignità del malato. L'attenzione e il servizio alla persona malata deve aprirsi a un più ampio prendersi cura della persona"* (5), che veda coinvolti tutti gli operatori di salute.

Le moderne politiche sanitarie devono puntare ad implementare modelli che evitino il rischio dell'abbandono terapeutico e al tempo stesso dell'accanimento terapeutico. La presa in carico dei pazienti fragili, termine nel quale sono da ricomprendersi a pieno titolo i soggetti affetti da insufficienza renale cronica in terapia emodialitica, deve diventare parte integrante di programmi assistenziali in un modello di continuità di cure tra ospedale e territorio in una ottica di rete, dipartimentale o aziendale, che opera in modo sinergico con i servizi distrettuali e con la rete di solidarietà sociale del territorio ed integrata in *setting* di cure ad *hoc*, estese dall'assistenza ambulatoriale a quella domiciliare integrata, sino a quella specialistica ed al ricovero ospedaliero o in *day hospital*.

In questa prospettiva, la nefrologia medica deve, a nostro giudizio, superare il mero tecnicismo e riappropriarsi del malato critico e della patologia renale pura, puntando all'integrazione ospedale-territorio, mediante interventi di prevenzione. Prevenzione da intendersi nel suo significato più ampio, attuata, cioè, in tutti e tre i suoi livelli di intervento (etiologica, patogenetica, riabilitativa). Una siffatta modalità può rappresentare davvero una soluzione decisiva per i nuovi problemi che affliggeranno la medicina del futuro. Se, infatti, alla base del crollo di fiducia verso il concetto stesso di sanità pubblica c'è una crisi dei sistemi pubblici di assistenza sanitaria sostanzialmente economica, è proprio a questo scenario che si rivolge il progetto di una medicina futura in cui la prevenzione, principalmente attraverso lo strumento della educazione alla salute, riesca

a svolgere un ruolo fondamentale di identificazione dei bisogni sanitari reali, di contrazione della domanda e, conseguentemente, di razionalizzazione della gestione delle risorse.

Dati alla mano, numerosi studi internazionali dimostrano al riguardo come l'investimento di risorse economiche nella sanificazione dell'ambiente, nell'informazione sui comportamenti a rischio e nella diagnosi precoce, consente di realizzare notevoli risparmi non solo in termini di sofferenze risparmiate ma anche sotto il profilo economico.

Dal versante del paziente, questi deve avvertire il passaggio dal *"cure"* al *"care"*, cioè dall'attenzione rivolta alla cura della malattia in sé, all'attenzione rivolta ad ottenere un impatto positivo sulla qualità di vita, attraverso un'assistenza completa del soggetto malato, come un atto unico svolto da tutte le figure professionali operanti nella rete nefrologica, che devono lavorare in modo coordinato per garantire all'ammalato e ai suoi familiari un atteggiamento comune sia sul piano clinico che, soprattutto, su quello comunicativo. L'obiettivo, poi, non può limitarsi esclusivamente, o principalmente, ad ottenere un risultato quantitativo, ma deve tendere a ricercare anche i risultati qualitativi in termini di esito clinico complessivo.

La nefrologia medica deve, quindi, ormai essere concepita come una branca transmuraria comprendente variegate attività: di prevenzione, di educazione alla salute, di trattamenti terapeutici.

Occorre, nondimeno, recuperare il medico di medicina generale, il quale è, per definizione, il medico della persona, prima che della malattia, per la relazione non occasionale ma duratura con il paziente, di cui conosce la storia, non solo sanitaria, ma anche personale, come anche l'ambiente familiare e le relazioni.

Ciò reclama l'esigenza indifferibile del recupero di una prospettiva di democratizzazione della medicina che è una delle più valide garanzie, oltre che di autentica umanizzazione della medicina stessa, anche di un sistema sanitario pubblico in grado di proporsi non solo come intrinsecamente equo, ma anche, al tempo stesso, efficace ed efficiente.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

RIASSUNTO

La medicina si fonda sul ricorso al metodo scientifico, modellato sulla base empirica dell'esperienza. In ogni tappa del proprio lavoro il medico deve essere prepa-

rato a cogliere i segni di un possibile progresso, che potrà o meno essere formalizzato. La capacità di attenzione e di comprensione del nuovo, anche quando difficile da cogliere, deve restare come fondamento per qualsiasi impegno professionale che non voglia sterilirsi, e quindi perdere efficacia nella cura. Il medico è per definizione uno sperimentatore diffuso, che applica continuamente il metodo sperimentale, fondato sulle sue conoscenze "storiche", sull'esperienza e sulla capacità di capire i pur piccoli segnali che derivano dal mondo reale. D'altro canto, benché l'acritica adozione dei risul-

tati ottenuti dai trial clinici ed il ricorso sempre più spinto e pervasivo alla tecnologia rischi di decretare la fine della libertà clinica, è auspicabile un ricorso sempre più spinto alla tecnologia. Ciò perché la mancanza di innovazione induce una perdita di entusiasmo ed una riduzione dell'interesse verso lo specifico problema clinico, ma soprattutto un atteggiamento culturale che nega la logica della sperimentality come intrinseca ad ogni atto di cura, conseguenza della mutevolezza delle condizioni individuali sul piano biologico, clinico e psico-relazionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Hampton JR. The end of clinical freedom. Br Med J 1983; 287: 1237-8.
2. Ibidem
3. OMS, Promotion et développement de la médecine traditionnelle, rapporto tecnico n. 622. Genève 1978: 450.
4. Fiori A. Medicina ippocratica, medicina ideologica, obiezione di coscienza. Medicina e Morale 1977; 1/2: 167.
5. Pintor S. Centralità della persona e salute. Tendenze Nuove 2006; 2: 7-13.