

IL MESTIERE DI MEDICO: ISTRUZIONI PER L'USO

FRANCO PANIZON

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Nelle mie peregrinazioni ferroviarie, all'edicola della Stazione di Milano, ho adocchiato e comprato un libro (Laterza) dal titolo *Il nostro cervello. Come funziona e come usarlo* (il titolo originale, più serio, era *An introduction to psychology of the human brain and behaviour*, ma probabilmente l'editore pensava che non fosse un buon titolo per vendere).

Il motivo dell'acquisto era in realtà la mia recente, infantile, insensata e sfrenata passione per il funzionamento del cervello, non il desiderio di conoscerne le istruzioni d'uso, di cui magari avrei avuto bisogno troppo tempo fa. Ma la buffa proposta di associare queste istruzioni al nobile e gratuito esercizio dell'esplorazione della mente aveva squilibrato il mio asse, e mi costringeva ad annaspere per ritrovare l'equilibrio.

La faccenda era ambigua; bisognava cercare di darle un ordine.

L'idea di un manuale di istruzioni presuppone l'idea di uno strumento. E l'idea di uno strumento presuppone l'idea di uno scopo.

Il nostro cervello, come d'altronde tutto il nostro corpo, lo adoperiamo senza bisogno delle istruzioni. Per forza; siamo noi, noi stessi. Il mio cervello è il mio io, e il mio corpo è io. Possiamo davvero imparare a usarci? Possiamo considerarci strumento di noi stessi? Stranamente la risposta è sì, almeno per quel che riguarda il corpo: possiamo coltivare e sviluppare delle attività, mantenerle in esercizio, allenarci. E per la mente? Cioè per la parte più "nostra" di noi stessi? Qui sono meno sicuro: quale parte del cervello potrà comandare a quale altra parte di fare

qualcosa? Tuttavia, anche qui, il mio indifendibile pensiero è che qualcosa sia possibile: se non altro perché abbiamo due emisferi non perfettamente accordati tra di loro, e possiamo immaginare che una parte "volendo" (o senza volere?) comandi qualcosa a quell'altra.

Il problema mantiene la sua ambiguità se applicato alla vita. La vita è uno strumento (se sì, deve avere uno scopo: per testimoniare la gloria del Signore, oppure per essere di aiuto al resto dell'umanità), oppure ha in sé il suo fine? Più facilmente nel primo caso, più difficilmente nel secondo, si potrà pensare a istruzioni per l'uso.

Non vorrei, ma mi tocca parlare di medicina. La medicina, il nostro mestiere, è evidentemente uno strumento. Apparentemente il suo scopo è facile da identificare: produrre salute, guarire dalla malattia, prevenire le malattie. Ma non è il solo scopo. Uno scopo, non ignobile, è quello di dare un senso alla propria vita (vedi sopra). Un altro scopo, elementare, è, per il dottore, guadagnarsi da vivere. Qualche volta è anche guadagnare molto, magari troppo; oppure guadagnare potere (qui i confini tra il giusto e l'ingiusto sono incerti).

Tutto questo, beninteso, finché siamo noi a usare il *nostro* mestiere come *nostro* strumento. Ma il nostro mestiere (e noi con lui) è anche strumento di altri. Questi altri sono i pazienti, che ci adoperano per tenere in ordine la propria salute (e fin qui va bene), ma anche per utilizzare le proprie malattie (indennizzi) o le non malattie (certificati). Ma poi ci sono i signori della medicina (i "padroni del vapore") che ci usano per propri scopi, buoni o cattivi, che possono essere la politica della salute (che siano tutti sani) oppure la politica del profitto (che ci siano molti malati, o che molti si credano tali, e che vengano tutti nell'azienda, pubblica o privata, in cui lavoriamo; oppure che quel farmaco, o quel latte, o quel vaccino che quelle date case producono siano prescritti da più medici possibili a più soggetti possibili; e così via): le variabili sono molte e le istruzioni per l'uso non saranno identiche nei diversi casi.

Parleremo, però, per pudore, soltanto di noi; e di noi che usiamo il nostro mestiere (e noi stessi) per capire e curare le malattie, o per produrre salute; e, se volete, ancora di noi che cerchiamo di tenerci stretti al nostro mestiere e di non diventare (o non diventare troppo insopportabilmente) strumento in mano ad altri. Posso cercare, approfittando della mia età, di dare delle istruzioni molto generali, per l'uso; per questo uso specifico.

Come le istruzioni per vivere che il Signore ha dato a Mosè, per il suo popolo, sarebbe bene che

Robert Capa,
Sala operatoria,
Maiori (SA),
19 settembre
1943. Da:
Robert Capa,
Photographe,
Messinger ed.,
Parigi 1985.



anche queste non eccedessero le dieci. Ma io sono meno bravo del Signore, e per farne 10 ho dovuto fare un trucchetto (vedi oltre).

1. Non badare ad altro, se non al miglior uso delle risorse per la soluzione dei problemi dei pazienti. In questo primo precetto, apparentemente banale, è contenuta la mia cronica indignazione per alcuni diversi tipi di comportamento, frutto di alcuni morbi imparentati tra loro: il morbo aziendalistico (il più diffuso e il più grave di tutti), il morbo del sequestro di persona (il più abietto), il morbo della concorrenza meschina. Il primo tipo di comportamento è quello di chi, per obbedire alle prescrizioni deviate e devianti che derivano dal principio dell'aziendalismo, ricovera chi non deve essere ricoverato, cura in Day Hospital il bambino da ambulatorio, cura in reparto il bambino da Day Hospital. Il secondo è quello di chi trattiene, per sé o per il proprio Ospedale, il bambino che sarebbe ragionevole trasferire. Il terzo è quello di chi disapprova per abitudine il comportamento di altri e di chi invia lontano piuttosto che inviare vicino (è meglio mandare un paziente in Francia, o a Milano, o a Roma, piuttosto che all'Ospedale della tua città o al Centro di riferimento della tua Regione, che potrebbero comunque costituire confronto e concorrenza).

2. Fai per i tuoi pazienti le stesse scelte che faresti per i tuoi familiari. Questo vuol dire tante cose, ma prima di tutto vuol dire un dimezzamento dell'impiego di farmaci, di ospedalizzazione e di ogni altra prestazione. È stato infatti dimostrato che i familiari dei medici, in tutte le parti del mondo, subiscono circa la metà degli interventi medici o chirurgici che subiscono i comuni mortali.

3. Aggiornati, ma non troppo. Sebbene la curiosità, e qualche volta la noia, e qualche volta il bisogno di apparire, spingano a cercare o a seguire l'ultima novità, è quasi sempre meglio restare alla penultima. La maggior parte delle novità sono delle false novità, e non resisteranno al tempo. Nella costruzione della tua cultura, cerca di essere attivo, di sforzarti di non lasciare buchi e incertezze nelle conoscenze che riguardano i problemi di fronte ai quali ti trovi o ti puoi ragionevolmente trovare, e che costituiscono la trama del tuo sapere vero, piuttosto che accatastare notizie. È bene avere un occhio anche al di là del quotidiano, ma tieni in mente che non si può sapere tutto di tutto. E, naturalmente, non credere a tutto quello che ti raccontano. Chiunque ti racconti qualcosa, ha il suo interesse, magari (*magari!*) soltanto intellettuale.

4. Di fronte a un bambino e a un problema nuovo, scegli un approccio mirato per problemi. Non è sempre necessario informarsi di tutto (nefasta l'anamnesi secondo un questionario standard); è invece importante informarsi bene delle cose che hanno attinenza (o probabile, o possibile attinenza) col quesito da risolvere. L'anamnesi raccontata dai genitori va lasciata scorrere, va seguita con attenzione, e va "modificata" (integrata, precisata, ridimensionata) con le domande giuste. Per gli esami (vedi sotto), chiedi quelli mirati a risolvere i problemi, sulla base delle tue ipotesi diagnostiche (in genere 3 ipotesi - numero magico, come il 10- bastano, alme-

no in una prima battuta; e tante volte si fa fatica a metterle assieme).

4 bis (NB: è il trucchetto per restare nei 10). Usa pochi esami, scegli bene e conoscline a fondo il significato e le possibilità. È una conseguenza diretta del quarto comandamento, e ne fa parte (trucchetto). Usa gli esami che possono dare una risposta ai problemi che tu hai posto; dunque cerca di avere ben chiare le ipotesi diagnostiche. Nella pratica ambulatoriale ricorda che l'emocromo ("tutta l'ematologia nell'emocromo", "quasi tutta l'infettivologia nell'emocromo"), gli indici infiammatori (malattia/non malattia, tipo di malattia, entità della flogosi), l'esame delle urine ("tutta la nefrologia nell'esame delle urine"), le transaminasi ("tutte le lesioni d'organo nelle transaminasi"), e in più, per situazioni già particolari, gli ANA e gli EMA, dicono, da soli, quasi tutto quello che c'è da dire, nella grandissima maggioranza dei casi. Ancora in ambulatorio, cerca di non chiedere esami che non servono al malato (la ricerca virologica, il TAS, gli AGA, gli anticorpi anti-*Helicobacter pylori*, gli elettroliti, il complemento, le sottopopolazioni linfocitarie, i RAST, le IgE totali e anche le altre Ig, gli anticorpi anti-latte, la sideremia non servono praticamente mai).

5. Usa pochi farmaci e conoscli bene. È naturale che l'industria proponga diversi tipi di farmaci per le stesse condizioni (*me too*), ma questo confonde sia il medico che il paziente; farmaci con differenze di efficacia minime, ma con differenze consistenti di eccipienti, confezioni, costo. È anche naturale che l'industria proponga molecole nuove per risolvere problemi già risolti da molecole precedenti. È il caso della terapia antibiotica, che si trova forse di fronte ogni giorno a nuovi problemi veri per ciò che riguarda le infezioni contratte in strutture ospedaliere, ma anche a nuovi problemi finti per ciò che riguarda le infezioni contratte in comunità. Qui il meglio è nemico del bene; e certamente i nuovi antibiotici, in teoria non peggiori dei vecchi, ma molto più costosi e "forzati" nelle loro prestazioni per potersi presentare decentemente sul mercato (prescrizione monodose, fantasmi di resistenza), costituiscono un passo indietro.

6. Affidati ai protocolli. I protocolli sono di per sé delle "istruzioni per l'uso", e su questo aspetto ci fermeremo un po' di più. Anche questo è un problema di conoscenza. Ci sono protocolli che usi continuamente (e che in qualche modo devi avere introiettato), confrontandoti con protocolli che ti sono stati proposti, pronto a cambiare quando le conoscenze su quel problema saranno cambiate. Ci sono protocolli per problemi rari, e qui ti conviene affidarti all'esperienza di altri, oppure affidare direttamente il bambino.

Il nostro mestiere è quasi la nostra vita. Questo mestiere, abbiamo dovuto e dobbiamo impararlo. Prima di noi molti uomini si sono accaniti a trovare il significato dei sintomi e dei segni, l'efficacia e il pericolo dei farmaci, la diffusione delle malattie, le vie della circolazione del sangue, le leggi della moltiplicazione cellulare. Hanno scritto quello che avevano imparato; e noi ci siamo formati sui libri che avevano scritto. Poi abbiamo messo in atto quello che avevamo imparato, dapprima sotto tutela, poi sem-

pre più liberi. Tanto liberi, a volte, che ogni tanto ci sembra di non dover più ascoltare nessuno, che non ci siano regole a cui obbedire, che le regole siano impacci fastidiosi.

In realtà le regole ci sono sempre. Anche se non volessimo accettare le regole che altri (molti altri, sulla base di pensieri e poi di esperienze oggettive, collaborative, e continuamente testate) ci propongono, delle regole le seguiamo sempre.

Se uno ha la tonsillite, gli facciamo il tampone, e se il tampone è positivo, gli facciamo la penicillina.

Se uno ha febbre, confusione, proteina C aumentata e rigidità nucale, gli facciamo la lombare.

Se uno ha la diarrea, gli diamo da bere la soluzione glucosalina, e stiamo a vedere.

Se uno ha febbre senza altri segni, guardiamo le urine, e se ci sono leucociti, cerchiamo i batteri, e se li troviamo diamo un antibiotico, e alla fine di tutto, facciamo un'ecografia e una cistouretroscopia.

Queste regole, le chiamiamo protocolli; ma è una parola che dà fastidio, e allora li chiamiamo algoritmi, o più ipocritamente, linee-guida. Anche così, si sa bene che pochi seguono le linee-guida, perché le hanno scritte gli altri, e ciascuno vuole "pensare con la sua testa".

I protocolli sono le "istruzioni per l'uso" della quotidianità, ricette da cucina (così qualcuno li chiama con disprezzo), che contengono tutto il sapere che c'è su quella cosa, ridotto in poche righe, in pillole.

NB. Anche le ricette da cucina, l'espressione minimale delle "istruzioni per l'uso", con le quali non si sbaglia mai (o quasi), contengono un lunghissimo sapere dell'uomo, assai più lungo rispetto al sapere medico; degli uomini che assaggiavano i frutti, le bacche e i funghi per imparare se erano velenosi, che scoprivano i miracoli del fuoco, gli effetti della bollitura e della cottura allo spiedo, il seme, il sale, il miele, la fermentazione, la salvia, la frollatura, che imparavano a conservare, a insaporire, a correggere. E poi tutto lì una paginetta di istruzioni per l'uso che riassume diecimila anni di storia, e che nessun cuoco si sogna di disprezzare; al massimo di migliorare.

Queste regole cambiano in continuazione; e oggi più in fretta che mai, sia perché cambia il panorama delle malattie sia perché crescono le conoscenze. Le regole dunque sono vive; e seguirne l'evoluzione vuol dire mantenere in vita il nostro mestiere.

7. Usa te stesso e i tuoi stessi interventi, come strumenti per comprendere il malato e la malattia. Una volta che ti sei inserito nella storia della malattia, tu stesso ne fai parte. Detto più semplicemente, sappi usare le prescrizioni *anche* come *ex nocentibus* o *ex juvantibus*: una febbre che risponde perfettamente al paracetamolo è una febbre senza flogosi (virale); una tonsillite che non risponde alla penicillina non è streptococcica; un eczema del lattante, o un regurgito, che risponde alla dieta è da ipersensibilità al latte. Banalità; ma la storia potrebbe essere molto più lunga, articolata e complessa di questi miei poveri esempi.

8. Scrivi. Alla fine di una visita, o di un'anamnesi, o al momento della dimissione, cerca di scrivere qualcosa che somigli a una relazione clinica e, se appena ne vale la pena, la relazione clinica.

La scrittura è un modo di costringerti alla coerenza, cioè di costringerti a ragionare. Sullo scritto, ti puoi confrontare col malato: ho descritto bene i sintomi e la storia? Ho preso delle decisioni coerenti, accettabili, comprensibili? Un altro medico che leggesse la relazione che ho fatto potrebbe capire il mio iter mentale, anche se non lo dovesse condividere?

9. Quando sei entrato nella vita di un malato, non lasciarlo a se stesso; dagli sempre la tua disponibilità, anche (o specialmente) al telefono. Molti fallimenti del rapporto medico/paziente, ma anche della gestione di una malattia, breve o lunga, dipendono dalla sensazione di isolamento in cui si trova il paziente se le cose non vanno come pensavi che dovessero andare.

10. Cerca di modificare positivamente l'ambiente professionale nel quale operi. Questo è sempre possibile, un po' più o un po' meno, perché ciascuno ha in mano un pezzo di potere. Questa non è solo un'esigenza etica, o di civiltà, ma è anche un'esigenza professionale e anche esistenziale.

Questo precetto vuol dire tante cose: avviare rapporti di conoscenza reciproca e di collaborazione tra il medico di famiglia e l'ospedale territoriale; mantenere rapporti di collaborazione e di informazione tra l'ospedale territoriale e quello regionale e/o la sede universitaria. Sono tutte culture e funzioni che si completano a vicenda; sono strutture non in concorrenza ma di servizio. I protocolli hanno molto a che fare con questo: avere dei protocolli che tutti, in una certa Regione, seguono, vuol dire eliminare confusione, cattiva concorrenza, contestazioni. Costruire una fiducia reciproca (il PdF sappia che l'Ospedale lo potrà aiutare, con e senza ricovero, e che si rivolgerà a lui per informarlo, per essere informato, per collaborare; l'Ospedale sappia che il PdF non lo snobberà, mandando i suoi pazienti difficili in sedi lontane; l'Ospedale piccolo sappia che l'Ospedale grande non gli ruberà il malato; e così via).

PS. Ci sarebbe un'undicesima raccomandazione, l'undicesimo comandamento, che però è un corollario del decimo, e che vale per tutti gli uomini, ma specialmente per i medici e specialmente per i pediatri: guardare in là, quanto più in là possibile (ma non tanto in là da tradire il mestiere). Non pensare solo all'oggi del tuo paziente; pensa, quando puoi, al suo domani (educazione, dieta, scolarità, rinforzo delle buone abitudini e dei buoni sentimenti, prevenzione "vera" ma non ossessiva, nutrizione, attività, socialità); non pensare solo ai tuoi pazienti, ma pensa anche, senza farti accorgere, a tutti i pazienti (uso delle risorse, produzione di un pensiero collettivo); non pensare solo ai presenti, ma pensa anche ai lontani e ai futuri (inquinamento, disparità, prevaricazione, conflitti); ricorda che anche tu, come ciascuno (ma i dottori più di altri, e i pediatri forse più degli altri dottori), ha una minima, ma significativa responsabilità nello scrivere la cultura del nostro tempo e fa parte, quindi, della storia del mondo.

Questo è il compito "politico" del nostro mestiere: ma non è separato dal singolo atto diagnostico, terapeutico, di sostegno. Ne è parte, ma come *by-product*; ed è conseguenza e supporto della qualità del lavoro.