

UN NUOVO MEDICO IN UNA NUOVA SOCIETÀ

Il titolo di questo editoriale è di quelli che possono destare sentimenti diversi: di accoglienza verso i cambiamenti tecnologici e socio-sanitari in atto o di perplessità rispetto a quella che è la concezione del ruolo sanitario radicalmente inteso, fatto di semplice diagnosi e cura (un organo, una malattia, una soluzione al problema).

In realtà una visione così posta rischia ancora una volta di essere dicotomica e quindi poco utile alla discussione e al cambiamento, se si rende necessario. Cerchiamo di analizzare alcuni dei fenomeni dei tempi moderni e di porli in relazione a quello che siamo ora.

Lo sviluppo delle conoscenze rispecchia anche la rapidità con cui la scienza modifica la comprensione che ha di se stessa, le modalità interpretative con cui legge i fenomeni, l'attenzione che pone sia alle spinte che la inducono a usare nuove logiche sia alla complessità dei sistemi in cui è chiamata a muoversi¹. In un reparto o in un ambulatorio l'aggiornamento a volte si muove con l'uso dello *smartphone* (consultazione in tempo reale). Si dice che questo ha già un notevole impatto come strumento diagnostico (e terapeutico) in numerose aree specialistiche della medicina e che in alcuni contesti di cura è già largamente diffuso. Basta entrare in un reparto di Terapia Intensiva per osservare come viene fatto il monitoraggio dei pazienti e quali sono le possibili decisioni terapeutiche "automatiche" che ne conseguono. Questi cambiamenti (di vera conoscenza, ma anche di pseudo-conoscenza) hanno portato inevitabilmente alla soglia di una reale rivoluzione del rapporto tra medico e paziente. A volte non basta più riferire a voce i risultati degli esami o delle decisioni prese, ma questi vanno condivisi alla lettera (o al numero) perché la comunicazione rapida fatta di immagini, a cui siamo abituati, porta inevitabilmente a modificare il linguaggio, che si articola anche a distanza (tra medico e medico e tra paziente e medico) con *WhatsApp* e con la richiesta di decisioni rapide, senza necessariamente un dialogo "faccia a faccia". Il medico deve quindi confrontarsi con una forte domanda di nuova personalizzazione del rapporto medico-paziente (che diventa digitale), alla quale è a volte impreparato a rispondere, perché l'attuale impostazione (di vecchia, ma anche di nuova formazione) ci porta a concentrarci ancora sulla cura degli "organi malati" anziché su quella globale della persona, in completa carenza di un'educazione alla comunicazione e all'etica clinica e morale. Viene in qualche modo violato il principio (aristotelico) dell'*auctoritas* del ruolo del medico, che viene sublimato da una attenzione al "non farci sfuggire nulla della malattia" (con esami standard in qualsiasi accesso in Pronto Soccorso ad esempio) piuttosto che a inquadrare i problemi (a seconda, ovviamente, del tipo di patologie) in una dimensione più complessa e articolata, che va oltre il concetto stesso di malattia. Il rischio tangibile è che i medici continuino ad arroccarsi su posizioni difensive o su scelte alternative e cosmetiche pur di non vivere la complessità delle relazioni e che i pazienti (e i genitori dei bambini) trovino nella medicina "non ufficiale" (ma anche questa terminologia andrebbe rivista) la soluzione temporanea ai bisogni semplici o complessi che devono affrontare.

Al tempo stesso, il rapido aggiornamento tramite i siti reperibili con una semplice parola chiave dal cellulare rischia di non approfondire più alcuni concetti di malattia che sono fatti di condivisione, lettura e revisione sistematica (parola e metodologia in disuso) delle scelte. La scienza nel suo avanzamento ri-

schia di accumulare informazioni, di dare risposte a ogni costo e in linea con l'ultima novità scientifica, di produrre protocolli avanzati, ma senza più quella necessaria verifica di ricaduta in termini di benefici e rischi per il singolo e la comunità. Un esempio, per dare contenuto al significato di queste parole, può essere quello delle indagini di screening di fronte a un bambino con ritardo del neurosviluppo, che alla fine, come dimostrato recentemente (se ci si mette nella condizione di (ri)verificare quello che si fa), portano a pochissime modifiche in termini di diagnosi e di salute globale del bambino².

Si tratta in altre parole di porsi nella condizione di usare il progresso scientifico al servizio di una assistenza che sia utile nel rispetto anche dell'etica assistenziale e della stessa economicità del lavoro (termine poco gradito, che viene visto sempre come ostile all'autonomia del medico).

Un nuovo ruolo del medico in una società cambiata

In realtà da tempo non esiste un solo medico e le interpretazioni di questa antica professione sono ormai totalmente distanti l'una dall'altra. Basti pensare al clinico ospedaliero generalista, al clinico-ricercatore specialista, al medico (o pediatra) di base, a chi ha prevalenti incarichi organizzativi.

Ma la domanda se può esistere un nuovo medico in una società che rapidamente cambia sotto i nostri occhi non può essere ricondotta agli specifici ruoli e funzioni di ciascun professionista. Quello di cui c'è bisogno nel 2018, per rispondere al meglio al significato complessivo di salute, è un modello di professionista in grado di rileggere i significati di scienza, etica ed economia e di operare per trovare adeguate mediazioni fra queste istanze³. Se la medicina non sarà in grado di cogliere i cambiamenti in atto, come altre scienze hanno già fatto, corre il rischio di essere pericolosamente sfiduciata (come altri settori della società).

Di fatto le più rappresentative istituzioni mediche - Ordini, Sindacati, Società scientifiche, Università - mostrano poca sensibilità e voglia di mettersi in discussione (nel ruolo di *leader* formali e istituzionali che rivestono) per fare fronte alle complessità strutturali di questo tempo.

Il vecchio modo di intendere la professione da parte della sua classe dirigente fa riferimento ad abitudini e a limiti culturali intrinseci a una concezione tradizionale dei rapporti, secondo la quale la soluzione dei problemi passa attraverso le relazioni con le istituzioni della politica centrale e regionale. E la politica usa questi rapporti per favorire un consenso effimero e poco ragionato sui bisogni e sul reale cambiamento⁴. L'obiettivo per cui spesso si lavora è ancora quello di difendere e controllare in termini economici e normativi il ruolo del medico, mai di rinnovarlo, garantendo in questo modo il perpetuarsi di regressività, diseconomie e antieconomie¹. Questo *status quo* è a svantaggio stesso del singolo medico che può avere il desiderio di confrontarsi vivendo un ruolo professionale propulsivo e innovativo (anche rispetto ai bisogni emergenti di salute e alle discrepanze sociali evidenti), ma che si trova nella difficoltà di poterlo fare da solo. È a svantaggio di un processo culturale che si interroga su quali funzioni devono restare "mediche" e quali possono essere svolte (anche meglio) da altre figure professionali.

L'Università a sua volta (e con lodevoli eccezioni) rinuncia spesso alla sua missione di essere motore di innovazione (non solo tecnologica) e di garante una capillare e democratica informazione, nel profondo rispetto di chi deve formare favorendo un dialogo e un confronto circolare, senza conflitti di interesse. Al contrario, la logica (tutta politica) è quella di una spartizio-

ne delle egemonie interne all'Università (i fatti di cronaca parlano in alcuni casi da soli) e territoriali.

Quali possono essere le proposte di noi pediatri per favorire, nel nostro piccolo, il cambiamento? Più volte abbiamo richiamato la forza propulsiva di gruppi di lavoro (dal singolo ambulatorio, all'interfaccia territorio-ospedale e tra le diverse discipline non solo mediche, per arrivare alle stesse Società scientifiche e culturali) che si muovano in modo anticipatorio e intelligente rispetto a decisioni poco ragionate e riflessive che vengono prese in modo estemporaneo, nel rispetto interpretativo dei cambiamenti di cui abbiamo parlato. Lasciare alle istituzioni politiche ed economiche e a singoli amministratori egemonici⁵ la soluzione dei problemi, senza offrire soluzioni alternative, significa esporsi a una ridefinizione del ruolo medico da parte di chi non possiede competenze sanitarie, con la conseguente ricaduta non favorevole, sia sulla società sia sul ruolo stesso del medico⁴. Ma, prima ancora, occorre fare un piccolo passo indietro rispetto alla "vocazione del ruolo sanitario" così come storicamente concepito. Non si tratta di smitarsi, ma al contrario di vivere un ruolo innovativo in una società che ha bisogno di figure assistenziali che abbiano un cuore proiettato oltre gli ostacoli, fatti spesso di incultura, diseducazione e false sicurezze. Sarebbe anche doveroso nei confronti della nuova generazione di medici, pediatri e infermieri che sta crescendo e che questo cambiamento lo potrebbe realizzare come una vera e ragionata rivoluzione. Ma quanto siamo pronti a condividere, favorire e accompagnare questa prospettiva di cambiamento? E quanto siamo pronti a dare voce ai bisogni sanitari dei cittadini e al loro modo di concepire la Sanità attuale?

Un nuovo anno si apre e un confronto sereno, che affronti queste nuove istanze, sarebbe quanto mai opportuno per non dire necessario. Proviamoci.

PS. Ogni volta che si parla di una nuova progettualità che riguarda il sapere medico e i suoi nuovi ruoli, si rischia di dimenticare una verità assoluta e di sempre, molto semplice e "umana" della medicina, che è ben riportata nelle parole di Atul Gawande⁶: «Guardiamo alla medicina come a un campo ordinato di conoscenza e procedure. Ma non lo è. È una scienza imperfetta, una impresa fatta di conoscenze in costante cambiamento, di informazioni incerte, di individui fallibili, e allo stesso tempo di vite sul filo. C'è scienza in quello che facciamo, certamente, ma anche abitudine, intuizione e, a volte, semplice tirare a indovinare. C'è una lacuna tra quello che sappiamo e i nostri obiettivi. E questa lacuna complica ogni cosa che facciamo».

Bibliografia

1. Gristina GR, Bertolini G. Possiamo ancora immaginare un nuovo ruolo per i medici italiani? *Recenti Prog Med* 2016;107:213-7.
2. Hart AR, Sharma R, Atherton M, et al. Aetiological investigations in early developmental impairment: are they worth it? *Arch Dis Child* 2017;102(11):1004-13.
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
4. Marchetti F. Ma la televisione ha detto che il nuovo anno porterà a una trasformazione. *Medico e Bambino* 2017;36(2):75-7.
5. Tamburlini G. Psicopatologia del tempo presente. *Medico e Bambino* 2017;36(8):483-4.
6. Gawande A. Salvo complicazioni. Appunti di un chirurgo americano su una scienza imperfetta. Fusi Orari Editore, 2005.

Federico Marchetti

FAD news

Pediatria facile e difficile:

dalla dermatologia alla pneumo-allergologia, dalla prevenzione del dolore alle malattie rare

Il corso FAD **Pediatria facile e difficile: dalla dermatologia alla pneumo-allergologia, dalla prevenzione e terapia del dolore alle malattie rare** si propone di migliorare le conoscenze teoriche e pratico-applicative del pediatra per ottimizzare la cura e la gestione globale del bambino affetto da condizioni patologiche di diverso tipo. Si tratta di un'occasione di aggiornamento che riguarda sia una serie di problemi clinici di più comune riscontro, sia condizioni patologiche più rare e complesse che il pediatra dovrebbe essere preparato a riconoscere e a gestire assieme allo specialista, sia, infine, quelle condizioni che, per la loro complessità assistenziale, necessitano della conoscenza medica in senso stretto e della capacità di svolgere la propria parte in una rete assistenziale sostenuta dalla buona interazione con specialisti di diverse branche. Il corso si basa su articoli attinenti alle tematiche indicate pubblicati nel 2016 sulla rivista specialistica *Medico e Bambino*, selezionati per la loro qualità e attualità, ma anche per il valore didattico-pratico per gli aspetti specialistici di maggior importanza e utilità nel lavoro di ogni giorno. Il corso è diviso in 4 moduli ed è corredato dai quiz di apprendimento.

Durata del corso dal 15/12/2017 al 14/12/2018

Destinatari Medico Chirurgo (Pediatria, Pediatria di libera scelta)

ECM A questo corso saranno assegnati **37** crediti formativi ECM

Prezzo € 70,00 + IVA



PER ISCRIVERSI
www.quickline.it

