

# "CREDERE E CURARE"

di Ignazio Marino  
(dal capitolo 4)

Eppure mai come ora la medicina appare attraversare una crisi di identità.

Una crisi che si manifesta palesemente anche nel modo in cui si è trasformato il rapporto tra il medico e il paziente. Quando un ammalato arriva in ambulatorio per una visita, solitamente porta con sé i risultati degli esami diagnostici, le radiografie, la TAC, la risonanza magnetica, in base alla gravità del suo problema. Quello che il medico vede e capisce dall'analisi dei referti e delle lastre è più che sufficiente per elaborare una diagnosi: praticamente non c'è quasi bisogno di una visita vera e propria e, difatti, il tempo che uno specialista dedica all'esame del corpo di un paziente è molto ridotto. In futuro si potrebbe addirittura immaginare di organizzare le visite via web, se non fosse per le poche informazioni che il paziente può ancora fornire di persona, ma che riguardano più gli aspetti psicologici collegati alla malattia rispetto a quelli strettamente fisici. Nonostante tutto, ancora oggi in pieno boom tecnologico, il paziente desidera che il medico lo tocchi, gli metta una mano sulla pancia, ascolti il cuore con lo stetoscopio e lo faccia tossire. Questi semplici gesti di ridotta utilità diagnostica rispetto ad una TAC, servono tuttavia a creare una particolare intimità tra il medico e il paziente, a rafforzare la fiducia, a spingere l'ammalato ad aprirsi e a raccontare i propri timori, non solo i propri sintomi. In questo modo si crea anche un legame umano tra chi cura e chi viene assistito e, sinceramente, credo che l'empatia tra due esseri umani non possa essere sostituita da nessun esame per quanto perfetto esso sia. Senza dimenticare che a volte proprio da quelle confidenze fatte dal paziente al medico quasi involontariamente, emerge l'elemento diagnostico più importante, la piccola tessera di un mosaico che neanche la tecnologia più moderna è in grado di evidenziare. Un rapporto impostato sulla collaborazione è sempre auspicabile se si condivide il principio che da una parte il medico fornisce il suo aiuto con la tecnologia e con i farmaci ma dall'altra è l'organismo del paziente che, autonomamente, utilizza questi strumenti per guarire e per ristabilire il suo equilibrio. Quando una persona si ammala di polmonite, ad esempio, il medico prescrive l'antibiotico più adatto e l'organismo del paziente utilizza quel farmaco, assieme alle difese del suo sistema immunitario, per lottare contro l'infezione e ritornare ad una condizione di salute. Il medico non può curare da solo,

come non possono farlo i farmaci, la collaborazione con il paziente e la capacità del suo organismo di reagire fanno parte di un unico processo verso la guarigione.

Lo scambio di opinioni dovrebbe peraltro rappresentare il momento più importante dell'incontro tra il medico e il paziente, anche perché le decisioni non vengono prese dall'uno ed eseguite dall'altro come succedeva fino ad una generazione fa.

Oggi accade addirittura il contrario. Il medico analizza la situazione del paziente e gli fornisce tutte le informazioni sulla sua malattia, sui rischi, sulle diverse terapie disponibili, sugli effetti collaterali, eccetera. Spesso le spiegazioni sono appropriate ma molto tecniche e sbrigative per cui, alla fine di una visita, il paziente si sente spaesato, con le idee confuse e in preda ad un senso di frustrazione. Oltretutto, sempre più spesso l'ammalato viene posto di fronte a differenti opzioni terapeutiche e si pretende che sia lui stesso a fare delle scelte anche se non

possiede le conoscenze tecniche per decidere. Ma l'ultima parola spetta a lui, anche per legge. Alcuni medici assecondano questa situazione con la quale evitano anche di assumersi la responsabilità della scelta finale. Questo provoca un inevitabile malessere in chi sta dall'altra parte: sino a situazioni come quella di una donna del Wisconsin affetta da un tumore per il quale si è dovuta districare da sola tra quattro differenti terapie che le venivano proposte. Provata dallo stress di questa esperienza nel 2001 ha deciso di fondare una associazione chiamata "Center for Patient Partnerships" allo scopo di creare una rete di supporto e di consiglio per aiutare i pazienti nelle scelte terapeutiche quando il medico non lo fa. Iniziative di questo tipo, per quanto comprensibili, non risolvono però il problema. Oggi il paziente è falsamente emancipato e spesso cerca autonomamente risposte che lo soddisfano. Si sviluppano in questo modo fenomeni come il medical shopping, si ricorre alla ricerca di informazioni su internet, dove è risaputo si trova qualunque cosa e il suo contrario. Viene da chiedersi se non sarebbe più semplice per un medico cercare di instaurare con il paziente un sereno rapporto di fiducia reciproca, semplicemente valutando la situazione come se fosse quella di un proprio familiare, condividendo i suoi timori e trattandolo con la stessa accuratezza con cui si tratterebbe la propria madre o il proprio figlio. Assumere questo comportamento e farlo percepire al paziente risolverebbe molte difficoltà. E invece abbiamo innescato un circolo vizioso. Di fronte all'aumento sconsiderato delle denunce a carico dei medici, questi ultimi tentano di tutelarsi avendo le "carte a posto", ovvero documentando sistematicamente ogni scelta, in modo che il giudizio clinico sia supportato dall'evidenza, nell'eventualità di dover rispondere prima o poi ad un giudice. La medicina assume atteggiamenti difensivi e più il medico sente il bisogno di tutelarsi, più ricorre a pareri di altri professionisti e di esami sempre più sofisticati.

Negli Stati Uniti si è ormai arrivati alla situazione paradossale per cui se una persona si presenta in pronto soccorso con una colica biliare, la diagnosi non viene fatta, come sarebbe logico, nel giro di cinque o dieci minuti con un semplice esame del paziente come ogni medico della mia generazione ha imparato a fare: qualche domanda sulle abitudini alimentari, su episodi simili nel passato, la ricerca di precisi segni e sintomi mentre si palpa l'addome del malato. Oggi, in qualunque pronto soccorso del Nord America, il medico di guardia innanzitutto prescrive una TAC o una risonanza magnetica e prima di azzardare una diagnosi e stabilire la terapia, attende i risultati degli esami. E anche se questi esami sofisticati vengono completati in poche ore, nessun farmaco viene somministrato sino a quando la diagnosi non è sostenuta da prove concrete, che non sono più le opinioni del medico ma le immagini prodotte da complessi macchinari. Così l'intervento terapeutico viene ritardato e quel paziente soffrirà più del dovuto. Viene inoltre fatto un ricorso improprio alle risorse tecnologiche che sono utilizzate sempre più spesso per il semplice fatto che esistono e sono disponibili e non perché siano realmente necessarie. Quante volte durante il giro di visita chiedo di cancellare la richiesta di un esame eccessivamente sofisticato che uno degli specializzandi, preparato e studioso, ha richiesto a conferma di un altro esame più antico ma in quel caso più che sufficiente per la diagnosi. E come è difficile spiegare che è comunque sbagliato usare tecnologie costose e risorse innovative se si può aiutare il malato semplicemente ascoltando il racconto dei suoi problemi per capirne la natura.

Non possiamo ignorare, infatti, che nei paesi industrializzati l'incremento dei costi della sanità va collegato in gran parte alle innovazioni tecnologiche e che questo implica una distribuzione sempre più iniqua delle risorse e dell'accesso alla sanità stessa. Si calcola che negli ultimi anni negli Stati Uniti l'aumento della spesa sanitaria legata a fattori tecnologici sia stato del 40-50% mentre in Europa, dove i costi ricadono in gran parte sui governi, l'incremento sia stato del 10-15%.

Le società occidentali sono ormai vittime di un paradosso difficile da risolvere: l'innalzamento del livello tecnologico delle prestazioni sanitarie porta all'aumento da una parte della spesa, dall'altra

delle aspettative dei malati che chiedono il ritrovato più nuovo, il farmaco più costoso, l'esame più sofisticato, anche quando tutto questo non è necessario. Così, anziché investire risorse sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie, ci si concentra sempre di più sulle innovazioni tecnologiche. Il risultato è che in Nord America accede alle cure più avanzate un numero sempre minore di persone, quelle più abbienti che possono contare su una copertura assicurativa di alto livello. In Europa, invece, aumenta il deficit della sanità degli stati che presto non sarà più sostenibile economicamente per i sistemi sanitari nazionali. Tutto questo accade mentre in altri emisferi non esistono nemmeno le cure di base, i vaccini, gli antibiotici, i farmaci contro malattie che in occidente sono state debellate da decenni.

Le distorsioni dovute all'eccesso di tecnologia vanno anche associate al cambiamento del concetto del tempo passato con il malato, che ha ormai assunto un connotato negativo, adesso legato all'idea di "perdita", rispetto a quando lo si considerava come un investimento e una risorsa.

Negli Stati Uniti e in misura minore anche in Europa, il lavoro del medico, o meglio la sua produttività, non viene calcolata in base alla qualità, ovvero al tasso di guarigione dei pazienti curati, bensì al numero di prestazioni eseguite tra visite, esami, interventi chirurgici. In questo calcolo, è evidente, vale di più il volume dell'attività rispetto alla qualità. Il rimborso all'ospedale da parte delle assicurazioni private, ma anche da parte dello Stato o della Regione, avviene sul tipo di prestazione eseguita e non sul tempo impiegato dal medico per assistere una persona. Più prestazioni uguale più guadagni, questa è la logica stringente. Un medico dal canto suo è libero di scegliere se usare una parte del proprio tempo per dialogare con i pazienti e stabilire quel legame e quell'empatia di cui abbiamo detto, un'attività gratificante e utile ma non remunerata. Però, se ci saranno dei contraccolpi sulla produttività, non è escluso che l'amministrazione senta il dovere di un richiamo all'ordine di quel professionista che invece di eseguire un intervento in più, "perde" tempo a parlare con i pazienti.

E' un principio che si sta radicando sempre più solidamente, al punto che quando un paio di anni fa mi lamentai con una mia giovane assistente del fatto che non parlava a sufficienza con i pazienti, rimasi sbigottito dalla sua risposta con la quale, serenamente, mi spiegò che non era stata formata per socializzare con i malati ma per operarli. Purtroppo è un modo di vedere le cose molto diffuso e molto lontano dalla visione di un rapporto tra medico e paziente improntato sulla collaborazione e che andrebbe rivisto alla luce del fatto che spesso il tempo investito nel dialogo può fare parte della terapia.

Ricordo una notte di quasi venticinque anni fa, quando facevo le prime guardie in ospedale, con tutta la mia inesperienza di giovane medico appena laureato. Da una stanza del reparto di chirurgia arrivavano i lamenti continui di un uomo anziano operato da poco, a cui erano state amputate le dita dei piedi a causa del diabete che lo aveva anche reso quasi completamente cieco. L'ansia per quell'intervento non gli permetteva di dormire, e così, passando davanti alla sua porta non potei fare a meno di fermarmi, fargli bere un bicchiere d'acqua e sedermi per un po' sul bordo del suo letto in attesa che l'infermiere portasse il sonnifero che avevo prescritto. L'uomo iniziò a raccontarmi che da giovane aveva fatto l'aviatore ed aveva combattuto durante la prima guerra mondiale, era stato pilota di uno Spad, uno dei migliori aerei dell'epoca.

Mi raccontò che quando si trovava nel mezzo di una battaglia aerea, la tattica per sfuggire al fuoco nemico era quella di lanciarsi in picchiata verso il basso per poi cabrare molto rapidamente, evitando in questo modo di farsi colpire. Ma solo i piloti più abili riuscivano a farlo senza perdere conoscenza nelle manovre di salita e discesa. Le capacità fisiologiche del pilota e l'abilità di rispondere agli sbalzi causati da repentini cambi di pressione potevano rappresentare la differenza tra la vita e la morte. Mi riferì di secondi lunghissimi in cui non si vedeva più nulla ma si doveva mantenere il controllo dell'aereo. Il racconto andò avanti per oltre un'ora ed io imparai molte cose che non avrei mai potuto apprendere da un libro di storia.

Mentre mi parlava ancora della guerra, come avrebbe potuto fare un nonno con suo nipote, poco alla volta la stanchezza prese il sopravvento e il paziente-aviatore si addormentò tranquillamente, senza più ansia e senza bisogno di sonnifero. Non era di una terapia farmacologica quello di cui aveva bisogno, ma di un po' di compagnia per riuscire a distrarre i pensieri dal chiodo fisso della sua malattia. Quella notte imparai molte cose e soprattutto una lezione importante: il tempo non è denaro, in medicina il tempo può essere anche una terapia.