

IL MESTIERE DI MEDICO: UNA IDENTITA' IN EVOLUZIONE

GIORGIO COSMACINI

Professore di Storia della Medicina e della Salute

Università Vita-Salute dell'Ospedale San Raffaele di Milano

Sul finire degli anni Cinquanta del Novecento, quando il nostro paese entrava nel prospero quinquennio del "miracolo economico" inaugurante la cosiddetta "rivoluzione del benessere", un diffuso malessere incominciava a serpeggiare tra i ranghi della professione medica. La medicina appariva travagliata da una crisi che riguardava i suoi aspetti strutturali – scientifici, tecnici, etici, pratici – e che si manifestava nei suoi modi d'essere relazionali: con la società, la cultura, le istituzioni, lo Stato e, beninteso, anzitutto con il paziente.

Dall'ormai lontano quinquennio fino ai giorni nostri, due processi di trasformazione tanto vasti quanto complessi hanno investito la professione medica. Da un lato la *socializzazione della medicina* ha portato la relazione "privata" tra medico e paziente nell'ampio campo della dimensione "pubblica", inserendo come terza persona – colletttrice della domanda ed erogatrice dell'offerta di salute – la società civile e lo Stato. D'altro lato la *tecnologizzazione della medicina* ha reso più complessa la struttura tecnopratica della medicina stessa inserendo tra medico e paziente – anche qui *tertium datur* – l'apparato scientifico-tecnico dell'interventistica, della strumentazione, della specializzazione e superspecializzazione.

Il duplice processo è stato anche un doppio progresso. La "socializzazione della medicina", ispirata a principi di equità sociale o quanto meno di uguaglianza dei cittadini di fronte alla malattia, ha portato o mirato alla promozione della salute per tutti, sopra tutti dei più deboli socialmente e più aventi bisogno. La "tecnologizzazione della medicina", ispirata a criteri di scientificità o quanto meno di applicazione rigorosa della scienza alla tecnica e di questa alla pratica, ha portato o mirato alla promozione di quest'ultima dall'empirismo ed eclettismo a una tecnoprassi uniformata nel modo più preciso ed efficace possibile.

Il processo di socializzazione è approdato, dopo una espansione progressiva della mutualità, all'instaurazione del servizio sanitario pubblico e agli aggiustamenti ulteriori delle norme che lo regolano. Il processo di tecnologizzazione, dal canto suo, dopo un'evoluzione progressiva secondo proporzione prima aritmetica e poi esponenziale, culminata nella "rivoluzione tecnologica", è approdato a un'approssimazione il più possibile approfondita, dal punto di vista sia diagnostico che terapeutico, alla realtà fisiopatologica dell'individuo.

Il duplice approdo non è stato privo d'incidenti di rotta e non è privo d'inconvenienti attuali. Da un lato la salute, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità concepita come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" e promessa come "salute per tutti nell'anno Duemila", fa i conti con un rilevante residuo di malessere sanitario. D'altro lato la medicina fa i conti con un *feedback* negativo per cui a una crescente aderenza alla realtà fisiopatologia dell'individuo corrisponde un crescente distanziamento dalla realtà antropologica, umana, dell'individuo medesimo.

Oggi la professione medica fa i conti più che mai con una crisi interna, intrinseca al rapporto medico-paziente, un rapporto entrato in crisi da quando il medico ha incominciato a vedere nel paziente non tanto una *totalità* – un organismo complesso, un'unità psicosomatica, un soggetto umano implicato in situazioni di vita patogene – quanto piuttosto una *somma* oggettuale di organi, dei quali alcuni malati e altri no; e da quando, in speculare simmetria, il paziente ha incominciato a vedere nel medico non tanto un punto di riferimento “generale” per i suoi problemi di salute quanto piuttosto un punto di smistamento verso questo o quell'esperto “speciale”, come appunto gli specialisti d'organo (cardiologi), d'apparato (urologi), di sistema (neurologi), di metodo (radiologi), di patologia (oncologi).

La *medicina generale*, esercitata dal medico “generalista” – così detto per distinguerlo dal medico “specialista” e non svalutarlo a “generico” -, è una medicina fondamentale: chi l'ha professata in passato è appartenuto alle categorie benemerite del “medico di condotta” e del “medico di famiglia”. Oggi questa professione, esercitata sul territorio negli ambulatori o a domicilio, comprende atti medici che non hanno grande rilevanza tecnologica e che non sono delegabili alla specialistica. Sono atti consistenti in prestazioni che hanno un connotato saliente: quello di corrispondere ai bisogni e ai diritti dell'assistito, gli uni e gli altri appartenenti alla “civiltà dell'uomo”, a cui la “civiltà della tecnica” dev'essere finalizzata.

Laddove tale finalità sia carente, il rapporto interpersonale che sta alla base della “medicina generale” risulta impoverito quanto quello che nella “medicina specialistica” tende a essere depauperato da un apparato tecnico a volte così complesso da mutarsi, anziché in un tramite diagnostico-terapeutico, in un impedimento relazionale. Nell'uno e nell'altro caso è importante, come e più che in passato, la figura di un medico che sappia essere mediatore unificante tra la macchina e l'uomo, senza mai interrompere il rapporto interumano allentato o interrotto dalla macchina ed evitando che i segnali (dati di laboratorio, bioimmagini) da questa prodotti diventino simulacri, poveri o vuoti di umana realtà. Solo una costante afferenza al “medico della persona”, generalista o specialista che egli sia, può preservare la professione dal rischio che una tecnologia positivamente applicata favorisca un'antropologia negativamente gestita.

Un approccio medico prevalentemente o esclusivamente riservato alla realtà fisiopatologica – biologica, biochimica, biomolecolare – dell'individuo porta a privilegiarne le componenti somatiche, organiche, chimico-fisiche a scapito di quelle personali psicologiche e antropologiche. La rinuncia a essere anche psicologo riduce il medico a stomatologo e riduce la professione a tecnica del corpo scisso; la rinuncia ad approfondire la condizione antropologico-sociale dei propri assistiti comporta l'ipertrofia degli aspetti professionali tecnici rispetto a quelli relazionali. In tali casi, quasi a colmare i vuoti aperti da un crescente *nichilismo curativo*, caratterizzato da una carenza di ascolto e di dialogo, si iperespande un *interventismo terapeutico* tanto fitto di esami quanto zeppo di farmaci.

Nell'Ottocento, Joseph Škoda (1805-1881), caposcuola di clinica medica a Vienna, propagatore delle tecniche di auscultazione e di percussione, teorizzò un vero e proprio *nichilismo terapeutico*, secondo cui il clinico, fatta la diagnosi, doveva ritenere esaurito il proprio compito e astenersi dal prescrivere rimedi. Egli asseriva che “quanto di meglio si può fare in medicina è il non far nulla”. Questo suo *astensionismo salutare* fece sì che non pochi medici si disinteressassero della terapia, considerata cosa non scientifica, e guardassero alla guarigione come a un fine secondario.

Oggi il paziente è spesso portato a credere negli esami e a confidare nei farmaci che il medico prescrive più che nelle visite e nelle cure che il medico effettua. Talora le cure del medico si riducono alle terapie

assecondanti “il desiderio di assumere medicinali”, il che “è una caratteristica che distingue l’uomo dagli animali”: lo affermò con ironia nel 1913 il grande clinico statunitense William Osler (1849-1919), che prevedendo con largo anticipo l’odierno consumismo farmaceutico ritenne di dover aggiungere che “è proprio questo uno dei maggiori ostacoli contro cui dobbiamo lottare”. Nelle sue parole appare presagita l’ambiguità oggi esistente tra il farmaco come efficace e a volte insostituibile presidio terapeutico e il farmaco come prodotto industriale, soggiacente alle dure leggi del mercato e del profitto economico.

Il consumismo odierno coinvolge non solo i farmaci, ma anche gli esami di laboratorio e radiologici, contribuendo a dilatare ulteriormente la spesa sanitaria. Contro di esso, preconizzando il destino *Dei medici futuri* in un “discorso” pubblicato sulla rivista “Il Policlinico” nel 1920, metteva in guardia il grande clinico Augusto Murri (1841-1932); e a lui faceva eco nel 1955 l’altro grande clinico Cesare Frugoni (1881-1978) stigmatizzando il fatto “che il malato venga a noi recando sulle braccia montagne di radiografie e di reperti di laboratorio”. Il rischio era che “tra la coscienza e sensibilità del medico e quella del paziente si interpone il fattore inanimato di innumerevoli strumenti che, mentre sono di immensa utilità pratica agli aspetti della diagnosi, diminuiscono i contatti fra curanti e pazienti”.

Il paziente di oggi, diversamente dal suo simile di mezzo secolo fa, sa che la medicina mette a sua disposizione grandi risorse, che egli carica di attese e anche di pretese, fondate le une sul bisogno, le altre sul diritto. Egli spesso ritiene che i bisogni e i diritti possano e debbano essere esauditi all’interno di una tecnologia medica d’alto livello; al contrario, non poche attese e pretese potrebbero e dovrebbero trovare soddisfazione all’interno di un’antropologia relazionale di livello altrettanto elevato, cioè all’interno che viceversa, come già detto, si è impoverita.

Il depauperamento appare tanto maggiore quanto più si è arricchita la consapevolezza, da parte del paziente, del diritto di sapere e di porre, attraverso il consenso informato, nuove regole e nuovi limiti all’atto medico. Il punto chiave del rapporto è il grande rilievo assunto, nei confronti della passata benevolenza o empatia del medico, dall’attuale autonomia del paziente: un valore che è anche un fattore mutante.

C’è peraltro da dire che la popolazione degli assistiti, come è proprio degli insiemi multipli e complessi, non è omogenea. Accanto ad assistiti che pretendono un’informazione approfondita, associata all’esigenza di partecipazione decisionale, esistono assistiti che propendono per una decisione completamente autonoma, dopo adeguata informazione, ed esistono assistiti che all’informazione attribuiscono un’importanza del tutto marginale, preferendo dare al medico la delega di decidere per il meglio.

Ogni medico d’ambulatorio e di territorio sa quel che domandano gli assistiti: taluni vogliono capire, sapere; talaltri vogliono invece non sapere, ignorare; taluni pazienti cercano il medico, talaltri lo fuggono; taluni vogliono essere riconosciuti malati, anche se forse propriamente non lo sono, talaltri invece rifiutano, anche ostinatamente, di riconoscere e accettare la propria fragilità; c’è chi è esigente, “impaziente”, e chi, invece, si fa scrupolo di non disturbare il dottore, proprio come qualche “paziente” di cinquant’anni fa o di ancor più antica memoria.

È questo l’universo dei “pazienti” e degli “impazienti” con cui si confronta quotidianamente, sul campo, la professione medica. È un universo composito dove domina, consapevole o inconscia, svelata o celata, l’esigenza umana di non essere lasciati soli in quei momenti cruciali dell’esistenza che sono le malattie, le disabilità, le fragilità, le paure. In tali momenti la figura di riferimento non può essere in alcun modo solo quella di un tecnico, ma dev’essere necessariamente anche quella di un professionista capace non soltanto di sapere e di fare, ma pure di comprendere e di condividere.