



La professione medica: ricerca di senso e bisogno di cura

Sabato 15 giugno 2013 - ore 8.30-13.30

*Sala Girardi – PIME
Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

*Crediti n. 5
Evento n. 1834-66130*

La professione medica: ricerca di senso e bisogno di cura

Aperto alle associazioni di volontariato e familiari di pazienti

Sabato 15 giugno 2013 ore 8.30-13.30

Sala Girardi – PIME

Via Mosè Bianchi 94 – Milano

Coordinatori

Dott. Alberto Cozzi

MMG a Milano

Responsabile Nazionale Medici OFTAL

Consigliere AMCI Milano

Dott. Alberto Scanni

Primario Emerito di Oncologia – A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano

Consigliere Ordine dei Medici di Milano

Programma

- 8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.15 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano
o di altro Consigliere da lui delegato

Modratore

Dott. Francesco Ognibene

Giornalista di "Avvenire"

- 9.15-9.45 *Prof. Daniele Bruzzone*
Docente di Scienze della Formazione – Università Cattolica di Milano
Presidente Associazione di Logoterapia e Analisi Esistenziale Frankliana
Tecnici della vita o esperti di umanità?
- 9.45-10.15 *Prof. Giorgio Lambertenghi Delilieri*
Ematologo – Università degli Studi di Milano
Past President AMCI Milano
"Prendersi cura": il medico fra competenza e sensibilità

- 10.15-10.45 *Dott.ssa Francesca Manera*
Consulente – Chirurgia Endocrino-senologica A.O. San Paolo – Milano
Medico OFTAL Milano
L'esperienza di una "buona medicina": il pellegrinaggio a Lourdes con i malati
- 10.45-11.00 *Intervallo*
- 11.00-11.30 *Suor Annamaria Villa*
Responsabile Poliambulatorio Opera San Francesco – Milano
Un poliambulatorio a servizio degli ultimi
- 11.30-12.00 *Dott. Angelo Mantovani*
Coordinatore Scientifico progetto DAMA
Accanto al malato nelle corsie dell'ospedale
- 12.00-12.30 *Dott. Alberto Cozzi*
La Medicina Generale: da cura primaria a osservatorio privilegiato dell'uomo
- 12.30-13.00 *Dibattito*
- 13.00-13.30 *Compilazione schede di valutazione e di verifica*

Tecnici della vita o esperti di umanità?*

Prof. Daniele Bruzzone

Docente di Scienze della Formazione – Università Cattolica di Milano
Presidente Associazione di Logoterapia e Analisi Esistenziale Frankliana

Iatrós philosophos isótheos¹
(Ippocrate)

La cura medica e sanitaria è originariamente ispirata e strettamente connessa ad una più vasta intenzionalità umanistica tesa a promuovere globalmente la salute, il benessere e la “vita buona” della persona e perfino – indirettamente – a garantire il bene della società². Come osserva Warren T. Reich, il nostro tempo registra invece un profondo mutamento: “Il fragile legame tra prendersi cura e *techné* medica è certamente minacciato nella medicina odierna. Nel mondo dell’antica medicina greca esisteva un interesse finalizzato a prendere in considerazione questo legame tra *philanthropia* e *philotechnia*.”

Dobbiamo intensificare lo studio di questo legame e raccomandare vie che rinsaldino questo vincolo, sia nella prassi medica sia nella formazione di medici e infermieri”³.

L’istanza di riavvicinamento delle ragioni del curare (*curing*) alle istanze del prendersi cura (*caring*), sostenuta negli ultimi decenni dallo sviluppo delle *medical humanities* e della medicina narrativa⁴, riflette in fondo il disagio (dei destinatari ma anche di una parte significativa dei professionisti della cura) a fronte dei paradossi e delle

* Stralcio del testo pubblicato in D. Bruzzone, E. Musi (a cura di), *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*, Guerini, Milano, 2007, pp. 143-158.

¹ “Il medico che si fa filosofo diventa pari a un dio”. Ippocrate definisce così la sua concezione del medico, di colui cioè che, lungi dal considerarsi onnipotente grazie al sapere scientifico, al pari del filosofo deve coltivare le domande relative al senso dell’esistenza, della salute e della malattia, e la consapevolezza dei limiti della natura umana e del proprio operare: la sua “divinità” è dunque umile, è adesione alle leggi che regolano la vita.

² Cfr. P. Carrick, *Medical Ethics in the Ancient World*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2001.

³ W.T. Reich, “L’idea di simpatia: la sua importanza per la pratica e l’etica della medicina”, in M. Gensabella Furnari (a cura di), *Il paziente, il medico e l’arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005, p. 31.

⁴ Cfr. M. Little, J.M. Little, *Human Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 2005.

discrepanze causate dal dilagare di una mentalità ancora per certi versi positivista nell'ambito non solo della ricerca medica, ma anche della pratica terapeutica.

1. *L'agire professionale fra scienza ed esistenza*

Lo sviluppo delle conoscenze scientifiche in età moderna e l'affinamento delle competenze tecniche si è accompagnato ad un processo di oggettivazione (la medicina come scienza delle patologie organiche e non delle persone ammalate) e di specializzazione disciplinare (il medico come esperto di una singola parte dell'organismo e non come il "guaritore ferito"⁵ di un'esistenza che soffre) che, in ultima analisi, sono andate a detrimento dell'anima stessa della cura: quel rapporto tra operatore della salute e paziente che, una volta esposto alle logiche anaffettive di una "tecnica della vita" priva delle scomode implicazioni emotive, psicologiche ed etiche che il rapporto interumano comporta, stenta a ritrovare la sua vocazione originaria di accompagnamento dell'*homo patiens* nelle situazioni limite del dolore, della malattia e della morte⁶.

La relazione medico-paziente, così, si è evoluta nella direzione di un rapporto contrattualistico basato sulla logica della prestazione (*Leistung*)⁷, secondo il principio economico e funzionalistico dello scambio: il medico allora diventa il professionista della salute, la cura una merce di scambio, il servizio sanitario un'industria del consumo, il soggetto vulnerabile un cliente neutrale e un utente passivo⁸.

In questo contesto, il vissuto esperienziale di chi si affida a un sistema prevalentemente consegnato alle logiche impersonali dell'efficienza e dell'eccellenza tecnologica appare spesso connotato da un disagio latente e nondimeno diffuso: "Il malato vede se stesso in un mondo di apparecchiature che lo analizzano senza che egli comprenda il senso di

5 "The wounded healer", secondo l'archetipo individuato da Jung nei suoi studi sullo sciamanismo e poi applicati alla tematica controtransfert nella relazione analitica: solo chi conosce la "ferita" del paziente può aiutarlo a guarire. Il principio non era sfuggito agli antichi, che avevano legato l'origine dell'arte medica al mito del centauro Chirone, maestro di Esculapio e portatore di una ferita incurabile.

6 Cfr. V.E. Frankl, *Homo patiens. Soffrire con dignità*, Queriniana, Brescia 2001.

7 Cfr. R. Dell'Oro, "Il rapporto paziente-medico e i fini della medicina", in M. Gensabella Furnari (a cura di), *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, cit., pp. 33-51.

8 Si vedano in proposito le riflessioni provocatorie, ma in gran parte ancora attuali, di I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Bruno Mondadori, Milano 2004, che in certo senso estendono l'intuizione di Martin Heidegger, secondo cui esiste un prendersi cura inautentico che consiste nell'"intramettersi" al posto degli altri per sostituirli e dominarli, e un prendersi cura autentico che si traduce nel "presupporre" gli altri nella loro possibilità aiutandoli a "divenire consapevoli e liberi per la propria cura" (cfr. M. Heidegger, *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 2006, p. 355).

procedure che passano sopra la sua testa. Si vede di fronte a medici nessuno dei quali è il *suo* medico. Anche il medico sembra allora diventato un tecnico”⁹.

Dinanzi alla graduale spersonalizzazione del rapporto terapeutico, oggi i professionisti della salute si trovano a dover affrontare le aporie di una cura che, se a lungo ha cullato l’illusione (scientifica) di poter/dover fare a meno della soggettività del paziente, sempre più ormai deve fare i conti con l’esigenza (etica) di chiamarne in causa la consapevolezza e la responsabilità¹⁰: chi è curato non può più essere ridotto a semplice destinatario delle decisioni protocollari e dei gesti standardizzati di chi cura, sulla base di una fiducia in certo qual modo “cieca” e data per scontata, ma rivendica in misura sempre maggiore il bisogno di capire, di essere informato, di rapportarsi e interloquire, di essere assistito anche nei suoi bisogni emotivi e relazionali e, non ultimo, nella sua possibilità – anche estrema – di scegliere.

Il medico, pertanto, è richiamato, da motivazioni intrinseche o da ragioni esterne, alla fonte dell’autentico sapere della cura, che (prima di ogni separazione dicotomica tra mente e corpo, tra soggetto e oggetto, tra “scientifico” e “umanistico”, ecc.) nasce dall’incontro con un’esistenza singolare e irripetibile che chiede di essere aiutata: non come l’ennesimo esemplare di una sindrome patologica, né come un “caso” da studiare e da risolvere, ma nella complessità dei suoi bisogni di persona che soffre, senza peraltro che la sua vulnerabilità e la sua dipendenza ne scalfiscano la dignità.

Il personale sanitario, insomma, è ancora una volta richiamato a rapportarsi a un “chi”, oltre che a un “che cosa”¹¹, pena la perdita di significato del suo stesso agire professionale.

9 K. Jaspers, *Il medico nell’età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano 1991, p. 51.

10 “La penetrazione della tecnica si ripercuote nella relazione terapeutica modificandola in due modi che appaiono contraddittori: riducendo il paziente sempre più ad oggetto, e al tempo stesso promuovendone l’autonomia. Per un verso l’avanzare della tecnologia nell’arte medica produce un’ipertrofia del momento dell’oggettivazione, mettendo a rischio, a volte quasi azzerando, la dimensione intersoggettiva-empatica, costitutiva di un’autentica relazione di cura. Per l’altro il dilatarsi del potere della medicina ne rimette in discussione i fini e apre la prassi medica a delle scelte di valore in cui il paziente non può non essere coinvolto” (M. Gensabella Furnari, “Il paziente e il medico nell’età della tecnica”, in *Id.*, a cura di, *Il paziente, il medico e l’arte della cura*, cit., p. 148).

11 Cfr. O. Sacks, *L’uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano 2004. Sulla coesistenza, nel rapporto terapeutico, del momento interpersonale e del momento oggettivante, si veda anche P. Lain Entralgo, *Antropologia medica*, Paoline, Cinisello Balsamo 1988, pp. 263-264.

2. *L'organismo e la persona: un approccio fenomenologico*

La pratica della cura (in tutte le sue forme), quale espressione eminente di una più complessa attenzione al valore dell'*umanità* incarnata in ciascun individuo, non può dunque fare a meno di prestare ascolto, al di là delle mansioni e delle procedure, alla dimensione fenomenologica del *sentire* e del *sentirsi* come costitutiva del progetto-dimondo¹² in cui il singolo percepisce la sua esistenza. Si tratta, qui, di uno sguardo sollecito e intelligente, capace di cogliere – anche nella pluralità dei suoi codici impliciti e non verbali – i *significati* che l'individuo attribuisce alla sua concreta situazione, non come qualcosa di estraneo o ininfluenza nella determinazione della sua condizione, né come alcunché di estrinseco e in qualche modo “aggiunto” ai dati oggettivi in cui essa viene nosograficamente descritta, bensì come componente costitutiva del *modo* in cui egli la vive e la affronta.

In effetti, la scienza moderna si è prevalentemente sviluppata come disciplina descrittiva e non comprensiva, ovvero come “scienza di fatti” e non di significati¹³, e ciò si è tradotto, nell'ambito della medicina scientifica, nell'esclusione euristica della dimensione soggettiva o – peggio – nella sua riconduzione alla sfera oggettiva del funzionamento organico. Accade allora che si verifichi quel pericoloso spostamento (peraltro emblematico nella scienza moderna) dal soggetto al problema, dal paziente che soffre al processo patologico in atto: “Paradossalmente, il paziente non è, rispetto a ciò che soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi”¹⁴.

I significati, però, trascendono le mere situazioni “di fatto”, le includono in un'intenzionalità che conferisce loro un *senso*. Così, comprendere il modo di essere di un soggetto in una certa situazione di malattia non equivale a spiegarne l'eziologia o a descriverne oggettivamente il profilo clinico. Un conto è la mera disfunzione organica (*disease*), altro è la percezione soggettiva della malattia (*illness*)¹⁵: le due dimensioni, però, non sono separate e giustapposte estrinsecamente, ma rappresentano i volti ambivalenti di un medesimo fenomeno.

12 Cfr. L. Binswanger, *Essere nel mondo*, Astrolabio, Roma 1973.

13 Cfr. E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il Saggiatore, Milano 1987.

14 M. Foucault, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino 1969, p. 21.

15 Cfr. P. Benner, J. Wrubel, *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*, Addison-Wesley, Menlo Park 1989.

Ora, come è stato opportunamente osservato, “rifiutare di risolvere l’ordine dei significati nell’ordine dei fatti significa rifiutare di identificare la corporeità che l’esistenza vive con l’organismo che la scienza descrive”¹⁶.

Ciò comporta l’impossibilità di *curare* una malattia “nei fatti” senza *prendersi cura* dei significati (esistenziali ed emotivi) che essa riveste per chi la vive¹⁷: mentre adopera lo stetoscopio per *auscultare* l’organismo, insomma, il medico non può fare a meno di tendere l’orecchio e il cuore per *ascoltare* la voce del suo paziente¹⁸.

Con ragione, allora, Gadamer ribadisce che, nella formazione del medico e del professionista della salute, va attentamente educata, accanto alle irrinunciabili dimensioni del “sapere” e del “fare”, la qualità dell’“essere”.¹⁹ Questo richiamo fenomenologico consente, peraltro, di rivalutare l’autentico significato della competenza tecnica, che, lungi dal significare semplicemente un insieme di procedure codificate e di risposte standardizzate, si esprime non solo nell’“uso di *ciò-che-si-sa*” (o di ciò che si *ha*), ma anche e soprattutto nell’uso di “*ciò-che-si-è*”²⁰.

La pratica terapeutica efficace, quindi, necessita di una particolare inclinazione personale: la disponibilità cognitiva ed emotiva a comprendere *l’esperienza vissuta* dell’altro, ovvero “l’accadere nel quale si sperimenta un significato”²¹. E per fare ciò, evidentemente, non basta una competenza tecnica e scientifica; sono necessarie altre disposizioni che consentano di valorizzare un sapere della cura non asettico e distaccato, ma vicino alla fragilità dell’esistenza: prima fra tutte la capacità di sospendere l’agire per ascoltare, in maniera recettiva e responsiva, gli effettivi bisogni dell’altro – non solo quelli fisici e forse neppure soltanto quelli manifesti²².

16 U. Galimberti, “Introduzione”, in K. Jaspers, *Il medico nell’età della tecnica*, cit., p. x. Per una più ampia ricognizione sul tema della corporeità, si rinvia a U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 1983. Su corporeità ed esistenza si veda inoltre V. Iori, “Dal corpo-cosa al corpo-progetto”, in L. Balduzzi (a cura di), *Voci del corpo*, RCS Libri, Milano 2002, pp. 3-16.

17 Sulla rilevanza terapeutica dell’umanità e dell’affettività nei luoghi della cura cfr. anche U. Veronesi, M. Pappagallo, *Una carezza per guarire*, Sperling & Kupfer, Milano 2004.

18 Cfr. R. Baron, “An Introduction to Medical Phenomenology: I can’t Hear While I’m Listening”, *Annals of Internal Medicine*, 103, 1985, pp. 606-611.

19 H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994, pp. 10-11.

20 Cfr. V. Iori, *Nei sentieri dell’esistere. Spazio, tempo, corpo nei processi formativi*, Erickson, Trento 2006, pp. 48-52.

21 K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964, p. 377.

22 Per una fenomenologia dei tratti essenziali della buona pratica di cura, cfr. L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, cit., pp. 111-152. Nella terapia medica o psicologica va pertanto ravvisata, accanto all’ineliminabile dimensione clinica (deputata al riconoscimento della patologia a livello psico-fisico e alla ricerca della guarigione), anche una non meno essenziale connotazione educativa (capace, cioè, di rapportarsi alla dimensione spirituale e di promuovere una ricerca di senso, anche laddove la guarigione è impossibile). Si rinvia a questo proposito a D. Bruzzone, *Ricerca di senso e cura dell’esistenza. Il contributo di Viktor E. Frankl a una pedagogia*

È forse questo il punto d'origine di un' *etica* professionale che stabilisca un confine tra il “prendersi cura *incurante*” (Heidegger) e l'autentico aver cura che dovrebbe ispirare le molteplici espressioni del servizio alla persona.

L'affettività, infatti, è la “struttura portante della cura”, in cui sono “intensamente implicate le emozioni di chi cura e quelle di chi è curato”²³. La competenza affettiva, per lungo tempo relegata allo status minoritario di inclinazione personale “spontanea” o “innata” (e quindi non suscettibile di formazione), si apprende invece e si affina con l'esperienza e l'esercizio della riflessività. Essa, infatti, costituisce l'asse portante di quella “tecnica dell'umanità” che forse – come ricorda un illustre medico e filosofo – “può tutelarci dall'inumanità della tecnica, che si sta affermando sempre più anche nell'ambito di una medicina ormai tecnicizzata”²⁴.

[...]

Per approfondire:

- V. Iori (a cura di), *Il sapere dei sentimenti. Fenomenologia e senso dell'esperienza*, FrancoAngeli, Milano, 2009
- V. Iori (a cura di), *Quaderno della vita emotiva. Strumenti per il lavoro di cura*, FrancoAngeli, Milano, 2009
- V. Iori, A. Augelli, D. Bruzzone, E. Musi, *Ripartire dall'esperienza. Direzioni di senso nel lavoro sociale*, FrancoAngeli, Milano, 2010
- D. Bruzzone, *Ricerca di senso e cura dell'esistenza*, Erickson, Trento, 2007
- D. Bruzzone, *Viktor Frankl. Fondamenti psicopedagogici dell'analisi esistenziale*, Carocci, Roma, 2012

www.fenomenologiaformazione.it

www.logoterapiaonline.it

fenomenologico-esistenziale, Erickson, Trento 2007 (in particolare il cap. VIII: “La cura educativa non ha mai fine: logoterapia dell'esistenza ferita”).

23 E. Borgna, *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano 2004, p. 187.

24 V.E. Frankl, *Logoterapia medicina dell'anima*, Gribaudi, Milano 2001, p. 121. Su questo punto si rinvia a D. Bruzzone, *Viktor Frankl. Fondamenti psicopedagogici dell'analisi esistenziale*, Carocci, Roma, 2012

L'esperienza di una "buona" medicina: pellegrinaggio a Lourdes con i malati

Dott.ssa Francesca Manera

Consulente – Chirurgia Endocrino-senologica A.O. San Paolo – Milano
Medico OFTAL Milano

Che cosa significa buona medicina?

È una domanda che mi sono fatta spesso. Non credo che esista una buona medicina in astratto, esiste invece il buon medico.

Ma chi è il buon medico?

Il famoso professore che appena vede il paziente velocemente diagnostica la malattia e ancor più velocemente imposta la terapia, soddisfatto della sua bravura e della sua competenza? Peccato che dopo dieci minuti non ricorda più il nome e cognome del paziente e, ancor peggio, non ricorda neppure il suo viso.

E' importante la conoscenza scientifica, l'aggiornamento professionale continuo, è importante essere qualificati, ma è fondamentale dare tutto l'ascolto e l'attenzione possibili senza essere sbrigativi e lontani.

Il buon medico guarda il paziente negli occhi e si prende carico delle sue ansie, delle sue paure e delle sue insicurezze. E' quello che cura sì la malattia, ma soprattutto il malato, la persona; usa tutta la sua competenza, ma mette in gioco il cuore. E' quello che conosce non solo la cartella clinica, ma la storia, la famiglia del malato. Esercita la sua professione come missione, non come un semplice lavoro. Il buon medico è come il buon samaritano che scende da cavallo e si china sul ferito e non ha paura di sporcarsi le mani per aiutarlo.

Mi piace citare il messaggio del Santo Padre Benedetto XVI per la XXI giornata mondiale del malato (11 febbraio 2013): “... con le parole conclusive della parabola del Buon Samaritano, «Va' e anche tu fa' lo stesso» (Lc 10,37), il Signore indica qual è l'atteggiamento che deve avere ogni suo discepolo verso gli altri, particolarmente se bisognosi di cura. Si tratta quindi di attingere dall'amore infinito di Dio ...la forza di vivere quotidianamente un'attenzione concreta, come il Buon Samaritano, nei confronti di chi è ferito nel corpo e nello spirito, di chi chiede aiuto, anche se sconosciuto e privo di risorse”.

Il buon medico deve rendersi conto che il malato si affida completamente a lui e vuole essere contraccambiato e non subire tradimenti; il più delle volte deve anche essere psicologo e saper leggere tra le righe, captare le emozioni, cogliere lo stato d'animo ed aiutarlo ad aiutarsi. In quel preciso momento il malato ha la necessità di non essere abbandonato e di mantenere l'autostima e la sua dignità...

Non si tratta di regole che vengono insegnate nel corso di studi universitario, ma si imparano sul campo nel corso degli anni con la maturazione professionale e con il progredire dell'esperienza nell'approccio con le persone malate, con l'empatia e la condivisione, non ragionando per categorie (i malati di tumore, l'handicappato, etc.) ma pensando all'individuo, a quel malato in particolare.

A questo punto ci si può chiedere per quale motivo un medico senta il bisogno di andare a Lourdes con i malati, quando ci vive tutti i giorni a contatto. Andrà per se stesso o per gli altri? Forse per ambedue.

Perché a Lourdes quello che ho detto avviene con più facilità: i malati sono al centro di tutto, si vive per sei giorni con loro, si fa tutto per loro e così si instaura tra medico e malato un rapporto particolare di fiducia e di amicizia, di compartecipazione.

Spesso i malati che vengono a Lourdes provengono da case di riposo, alcuni non hanno mai avuto una famiglia, alcuni soffrono di handicap molto gravi, molti altri sono malati terminali per cui a noi medici viene richiesta una grande sensibilità e attenzione. Bisogna stare molto attenti a non illuderli con promesse che poi non potremo mantenere, ma bisogna essere capaci di dare speranza.

Essere volontari, a disposizione degli altri totalmente nei giorni del pellegrinaggio è compiere un percorso, è la ricerca di un senso anche di fronte al mistero della sofferenza e della morte, è mettersi in gioco, in discussione, vivendo una esperienza di condivisione. Ci si guarda allo specchio, si recuperano le vere motivazioni del vivere cristiano e ne deriva un beneficio e un arricchimento per chi è curato ma anche per chi cura.

Ecco che non solo il rapporto con i malati, ma anche con i colleghi, va visto in questa prospettiva: con questi compagni di un viaggio, fisico e reale (spesso pesante), ma soprattutto spirituale, non si sgomita certo per la carriera, ma ci si aiuta con la convinzione di fare qualcosa di utile e bello.

Un poliambulatorio a servizio degli ultimi

Suor Annamaria Villa

Responsabile Poliambulatorio Opera San Francesco – Milano

Se il primo servizio a nascere in OSF è stata la mensa ci si rese presto conto che la dignità umana passa anche attraverso la promozione del diritto alla sanità.

Il Poliambulatorio è una struttura destinata ai poveri e agli emarginati che hanno difficoltà ad accedere alle prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Se l'ambulatorio ha iniziato la sua attività in un piccolo spazio presso il servizio docce ha avuto in seguito uno sviluppo peculiare e una fisionomia particolare all'interno del territorio, sempre, però, in ottemperanza al carisma originario.. Nel carisma infatti si trovano le ragioni anche dell'ultima trasformazione, organizzativa prima e infine, per motivi logistici, di struttura.

Nel 1997 veniva inaugurata in via Nino Bixio una struttura polifunzionale che quadruplicava lo spazio precedentemente disposizione, offrendo la possibilità di rispondere ai bisogni sanitari di un crescente numero di persone.

Negli anni successivi si è evidenziata l'esigenza di una nuova sede dell'ambulatorio e di una nuova organizzazione.

Le prestazioni mediche (più di 33.000 visite all'anno, in media 142 al giorno al momento del trasferimento, effettivamente avvenuto nel giugno 2010) hanno richiesto uno sforzo particolare per poter mantenere il paziente al centro dell'assistenza, così come la nostra mission richiede.

La riorganizzazione del Servizio ha avuto due momenti fondamentali:

- il primo, e più importante dal punto di vista della assistenza, è stata l'informatizzazione delle cartelle cliniche (già dal 2005) che ha permesso la ricostruzione della storia clinica personale, il monitoraggio dei casi complessi e l'analisi epidemiologica della popolazione afferente

- il secondo, è stato un passo indispensabile per la cura: la creazione di modelli integrati che hanno richiesto la formazione di équipes multidisciplinari in grado di ri-valutare le linee guida di competenza secondo le necessità dell'utenza reale che affrisce al poliambulatorio.

Comune a tutti i nostri percorsi è **l'attenzione nella formazione ed informazione dell'utenza per una maggiore responsabilizzazione del paziente stesso, rispetto al proprio percorso di cura**, laddove è possibile.

Accanto al malato nelle corsie dell'ospedale

Dott. Angelo Mantovani

Coordinatore Scientifico progetto DAMA

Nell'ambito del “ mestiere del medico” quello del chirurgo presenta, se lo valutiamo sotto il solo profilo tecnico, una indubbia completezza, anche alla luce delle più moderne tecnologie diagnostiche e terapeutiche: si deve sempre valutare l'obiettività, formulare una ipotesi diagnostica, decidere l'indicazione all'intervento, verificarne la validità nel corso dell'esplorazione chirurgica, provvedere alla riparazione del danno o ricostruire quello che la chirurgia, per definizione, modifica e soprattutto seguire poi l'esito, precoce e tardivo del proprio agire. Ognuno di questi passaggi è occasione per esprimere il nostro modo di esercitare il “mestiere”, e sottoporlo al giudizio del paziente con la sua personalità e le sue fragilità. E' l'insegnamento che ci hanno trasmesso i nostri maestri che abbiamo avuto occasione di frequentare nel corso degli anni ed è quello che ho cercato di trasmettere ai miei colleghi e ai miei collaboratori nelle corsie dell'ospedale, poiché solo in queste ho esercitato la mia professione.

Ma alla ricchezza di quegli insegnamenti e dello stretto contatto con il quotidiano dell'ospedale si è aggiunta, negli ultimi dieci anni, una straordinaria opportunità: quelle di vivere queste modalità in modo specifico e dedicato alle persone più fragili, quelle che per la loro grave disabilità intellettiva e neuromotoria non sono in grado di comunicare e di lasciarsi frequentemente neppure visitare.

Il “mestiere” torna ancora di più alle sue origini, il toccare riassume il senso della nostra professione, frequentemente le moderne tecniche diagnostiche non sono applicabili e comunque non assumono un rilievo decisivo, la scelta del provvedimento è limitata, esiste sempre la consapevolezza che dietro un gesto chirurgico anche modesto possa esserci la tragedia.

Il rapporto con la famiglia deve tenere conto della simbiosi che intercorre.

Una impegnativa occasione per confrontare se stessi con i temi che contraddistinguono la medicina di oggi: l'appropriatezza delle cure, la scelta condivisa con le famiglie ed i propri collaboratori, la obbligatorietà di una valutazione etica di ogni gesto: una bella sfida!

La Medicina Generale: da cura primaria a osservatorio privilegiato dell'uomo

Dott. Alberto Cozzi

MMG a Milano
Responsabile Nazionale Medici OFTAL
Consigliere AMCI Milano

Il MMG è figura cardine del sistema sanitario per il suo ruolo centrale nell'ambito delle cure primarie, ove l'obiettivo è di promuovere ed affrontare i principali problemi di salute della comunità, prendendosi in carico i pazienti in modo globale e completo. Altrimenti definito medico di famiglia è dunque un medico che non solo sappia interporre tra la cura del corpo e la salute, ma che possa anche assumere la continuità della storia della famiglia rispetto alla salute-malattia.

Al medico di sempre, ma ancor più oggi, è richiesto di pensare in termini complessi, di considerare la persona per quello che è, vale a dire non individuo separato, ma vivente entro un contesto sia familiare sia comunitario.

La consapevolezza di tutto ciò permette al medico un intervento corretto, sia nella scelta del farmaco, sia nella decodificazione del messaggio che dalla psiche va al corpo e dal corpo va alla famiglia. La famiglia va dunque considerata come l'unità di base per la comprensione della salute/malattia e per la cura dei suoi membri.

Nell'attività del MMG si riunisce quindi il paradigma della complessità e l'etica della relazione. Che connette per un verso scienze della natura e scienze umane e per l'altro chi cura e chi è curato.

Il medico che opera al livello delle cure primarie si trova nelle condizioni di poter conoscere direttamente e valutare l'ambiente sociale, economico e fisico in cui le persone vivono, nel quale passano il tempo libero e lavorano e può osservare i loro comportamenti valutandoli ai fini della salute, promuovendo gli interventi adeguati ai fini curativi, preventivi o promozionali secondo i casi e secondo le condizioni, coinvolgendo la comunità stessa, anzitutto quella familiare, facendola partecipare nell'azione per la tutela della salute.

La medicina di base da sempre infatti costituisce un ponte e un filtro tra la concreta vita dell'individuo "qui ed ora" e l'apparato sanitario colto nei suoi processi storico-evolutivi: Il MMG è colui che entra nelle case, conosce il lavoro e le relazioni significative del suo paziente. Come referente sanitario nel lungo periodo il MMG partecipa alla storia dell'individuo e della famiglia, garante sistemico degli aspetti sia preventivi sia curativi della salute. Acquisisce una competenza multidimensionale del suo paziente. All'interno della sua storia familiare. In un'ottica spesso trigerazionale. La sintesi non è tanto il suo sapere, o il suo saper fare, ma il suo essere emotivo e razionale "qui ed ora".

Due percorsi di senso si embricano nella formazione del medico. Uno biografico. Fare/essere medico a 25 anni è diverso che farlo/esserlo a 40, o 60 anni ed oltre. L'essere medico diventa sempre più un carattere costitutivo della mente che nei momenti "riusciti" si amalgama e nelle fasi critiche si scontra con la complessità del proprio mondo biopsichico. Essere medico di famiglia è dunque un processo sempre in divenire.

L'altro percorso di senso sta nell'evoluzione del livello di consapevolezza e di capacità intuitiva del medico di famiglia rispetto sia alle dinamiche intrapsichiche e relazionali che alla condizione socio-culturale storica in cui si trova a vivere, insieme ai suoi pazienti. Una cornice che cambia con accelerazioni varie nelle diverse epoche storiche. Essere medico di famiglia nel post-moderno significa soprattutto oggi allontanarsi gradualmente dalla absolutezza e presunta oggettività della teoria scientifica, dopo averla inglobata. Significa accorgersi che le vite, le loro sofferenze son variegata. Sempre incredibili e irripetibili. Invariabilmente "altro" rispetto alla teoria generalizzante e positivista della medicina classica. O comunque tali da imporre l'esigenza di una nuova teoria. Una teoria essenziale, incorporata nell'uomo, che riscopra l'etica e riconosca umilmente, in ogni vita, senza distinzione, oltre alla finitezza, all'imperfezione, anche il mistero. Il segno del Sacro. Una teoria capace di improntare la medicina di famiglia del valore archetipo della vita in ogni uomo, della sua crescente complessità e della sua sacralità. Valore che nel senso della medicina moderna, artificializzata e progredita, sembra essersi progressivamente dissolto.

Il paradigma biopsicosociale si propone come una ipotesi adeguata a questa esigenza, anche se, ovviamente, non esaustiva. Adottando una cornice biopsicosociale la medicina di famiglia riesce a svolgere questo compito di "assorbimento dell'incertezza" attraverso un approccio complessificato.

Anche se inconsapevolmente, il MMG utilizza infatti 3 occhiali: biologico, psicologico e sociale. Una medicina solo **biologica**, o rigidamente psicologica o esclusivamente ad impronta sociale invece tende al dogma, alla catalogazione e alla oggettivazione scientifica della malattia. Oppure allo stigma delle sindromi cliniche e della sofferenza. Infatti la medicina biologica, rafforzata dalle recenti conquiste della medicina genetica e della bioingegneria, tende ad esaurirsi nell'analisi sofisticata dei meccanismi biochimici la cui alterazione è in realtà per lo più tramite o riflesso e non necessariamente causa. La medicina ad impronta squisitamente **psichica**/psichiatrica d'altra parte dimentica che ogni quadro clinico è semplicemente una descrizione socio-culturale. La medicina **sociale** a sua volta tende a scegliere l'ipotesi interpretativa più semplicistica, ispirandosi al criterio statistico della diffusione dei vari stati di malattia e salute in un dato contesto storico-geografico.

La medicina di base particolarmente armonica con un paradigma biopsicosociale, pur non negando la sua connotazione esperta e operativa nel dominio della vita, introduce la percezione della complessità e della multifattorialità sia individuale che sistemica della salute.

Il riferimento privilegiato della medicina generale non è pertanto l'individuo osservato in una gabbia di vetro (l'ospedale, il consulto occasionale), ma un individuo storico, espressione di un contesto, osservato nel tempo e perciò stesso mutevole. Tempo che diventa determinante attiva del giudizio clinico in una rappresentazione della medicina esposta al potere/sapere del paziente e dove il fenomeno della negoziazione è presente in modo determinante.

Una delle profonde lacerazioni che oggi la medicina generale sperimenta sta nell'esigenza di una sempre maggior conoscenza scientifica per l'enorme progresso delle scienze mediche, cui non fa riscontro una maggior comprensione dell'uomo e della sua domanda di salute. La paradossale risposta della medicina a questo vuoto è l'enfasi sul fare (esuberanza di indagini strumentali, prescrizioni inappropriate, ricorso alla tecnologia), più che sul capire e sull'ascoltare. Il risultato purtroppo è di aumentare le variabili con aumento della confusione e non della complessità. Ne deriva un progressivo distacco dai bisogni dell'individuo con il rischio di sfiducia, risentimento e ostilità, una ricerca verso altre pratiche mediche (medicina fai-da-te, medicine alternative). D'altra parte l'eccessiva conflittualità tra medico e assistito e l'imponente mole burocratica si traduce in un carico eccessivo di stress lavorativo che può sfociare in una condizione di burn-out.

La sfida più recente che la medicina generale si trova ora ad affrontare è quella di fronteggiare l'enorme aumento delle malattie croniche per il continuo invecchiamento della popolazione. Si rende necessario passare dall'abituale approccio di attesa, "on demand", che risponde ai problemi emergenti a richiesta del paziente, ad una medicina d'iniziativa intesa come un sistema assistenziale integrato attraverso l'intervento di team multidisciplinari coordinati dal MMG. Chiaramente il sistema basato sull'attesa ha chiari limiti di sostenibilità economica: un'alta in appropriatezza della domanda di salute, cui corrisponde un aumento di inappropriatazza delle risposte ed un'evidente disuguaglianza di prestazioni in cui i soggetti più deboli soccombono di fronte ad un piccolo ma agguerrito nucleo di "iperconsumatori" che spesso riescono a saturare la risposta delle strutture sanitarie. Le notevoli criticità di una proposta così attraente e moderna tuttavia presuppongono di ripensare il modello territoriale studiando sistemi di decongestione delle cure primarie in un'ottica di riorganizzazione assistenziale di rete, evitando di gravare l'ennesimo compito solo sul MMG che già regge la sostenibilità del SSN, grazie all'impegno personale del medico di famiglia di fronte alla carenza di risorse e strumenti.

L'attività multiforme del MMG ha dunque assunto un ruolo pubblico dopo la Riforma Sanitaria, con il superamento in parte del tradizionale rapporto medico/paziente e l'adozione di quello della professione al servizio della società. Nel nostro Sistema Sanitario è andato sempre crescendo il peso delle norme legislative e regolamentari che lo Stato predispone in un'ottica di "interesse comune", a detrimento dello spazio riservato alla diretta interpretazione personale, da parte del medico, delle regole deontologiche. Tuttavia il Codice Deontologico, approvato dalla Federazione degli Ordini dei Medici, rimane il cardine su cui fondare le scelte da compiere nell'attività di medicina generale, sempre a vantaggio dell'interesse reale del paziente, attraverso l'applicazione di norme etiche, sanitarie e giuridiche che configurano precise responsabilità civili e penali.

APPUNTI

APPUNTI