



Quel 'malessere' del medico Tra esigenze analogiche e necessità digitali

INTERVISTA A MARIO PERINI

COORDINATORE DELLA COMMISSIONE SUL DISAGIO LAVORATIVO DEL MEDICO

di Loredana Masseria

La *Medicina Territoriale* è un tema ricorrente in sanità. Il covid-19 ha evidenziato il 'malessere' diffuso che da tempo si percepiva.

Il tema è quello del rapporto medico-paziente che oggi punta ad una relazione più partecipata.

La riprova è data dalla normativa sul consenso informato (la L. 219/2017, art. 1) che promuove e valorizza la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico e, in questa relazione, si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia e la responsabilità del medico.

La relazione e l'ascolto come tempo di cura sono ormai inseriti in tutti i codici deontologici delle professioni sanitarie.

Eppure, la difficoltà di relazione e di comunicazione, in un mondo affollato di notizie, è sempre maggiore, tanto da rendere necessaria l'istituzione di una **Commissione sul disagio lavorativo del medico**.

Dott. Perini, quando si è sentita l'esigenza di creare una Commissione sul disagio lavorativo del medico? E' nata a seguito del Covid-19?

"No, la commissione nasce prima del covid-19, almeno una dozzina d'anni fa. Il Covid ha accentuato il malessere e la demoralizzazione che sono diventati un'urgenza.

Il 4 dicembre faremo un convegno dove approfondiremo questo tema, ma dalle testimonianze che abbiamo ricevuto durante la pandemia i medici, soprattutto i medici di medicina generale, si sono trovati in condizioni molto difficili. All'inizio della pandemia mancavano i dispositivi di protezione, poi hanno avuto difficoltà ad avere i vaccini, nello stesso tempo impattava la paura e la rabbia dell'utenza.

I pazienti non potevano più andare dal medico di famiglia perché non c'era la possibilità. Ci sono stati momenti molto difficili nel rapporto

con una parte dell'utenza e la pandemia ha messo in evidenza delle criticità anche nel rapporto tra i medici di famiglia e le istituzioni sanitarie: le ASL, le direzioni ospedaliere, le RSA".

"La figura del medico di famiglia o di medicina generale è antichissima. Tradizionalmente il rapporto relazionale tra medico e paziente era unidirezionale, il paziente si affidava al medico totalmente e il medico svolgeva una funzione anche educativa. Con l'avvento dei mezzi di comunicazione di massa e dei social media è cambiata anche la modalità di reperimento delle informazioni ed è aumentato il fenomeno della Confirmation bias.

Questo può aver incrinato il rapporto con il medico di famiglia?

"E' un tema molto importante e molto discusso che parte da un cambiamento culturale, che precede il cambiamento

digitale. Inizialmente il rapporto medico paziente era un rapporto molto asimmetrico, di tipo paternalistico, sul genere genitore-bambino.

Il paziente si affidava in modo dipendente e passivo al medico, il modello di fondo era quello della compliance. Il paziente doveva affidarsi e obbedire. Per fortuna la cultura generale e la cultura delle cure è cambiata, e il ruolo e l'atteggiamento sia del medico sia del paziente è diventato più adulto, più interlocutorio.

Ma questo ha reso più complicate le relazioni di cura e per il medico è stato più faticoso perché mentre prima dava prescrizioni a cui si doveva obbedire, adesso entra in un'area in cui deve negoziare con il paziente, che è titolare della propria salute e titolare del proprio corpo, soggetto attivo e maturo nella relazione.

La relazione resta ovviamente asimmetrica, in quanto una delle due parti deve ricevere aiuto e l'altra deve aiutare.

In questo rapporto più adulto credo che sia sparita l'idea della compliance, anche se molti medici vorrebbero ancora praticarla, perché è stata soppiantata dalla una **"alleanza di lavoro"** tra medico di famiglia e paziente. L'alleanza di lavoro prevede due adulti diversi, con compiti e diritti diversi, che devono interloquire, nell'interesse del paziente. I giovani medici devono impararla bene.

E quindi, in qualche modo, credo che la medicina del territorio si stia avviando ad un grande cambiamento culturale.

Va evidenziato che la pandemia e i social media hanno distribuito in maniera anarchica e non verificata le informazioni, che sono mal interpretate, mal comprese e mal utilizzate.

L'utenza trova sulla rete molte informazioni: molte sono sbagliate, falsate, bufale, ma anche le informazioni corrette possono essere un problema, perché il paziente può aver letto

di un esame diagnostico che effettivamente esiste e pretende la prescrizione quando, magari, quel tipo di esame non è indicato per quel paziente, in quel momento. Un caso di questo genere crea conflitto, accentuato dai social media, dal dott. Google".

La sensazione è che si sia sviluppato in modo deviato il concetto di empowerment. Nel senso che l'art.32 della Costituzione italiana va spiegato bene in quanto la tutela la salute come diritto dell'individuo va di pari passo con la salute come interesse della collettività.

"Temo di sì, che quello che lei ha descritto sia senz'altro una evenienza, un evento critico e complicato che si è sviluppato non solo nel periodo della pandemia ma tutte le volte che c'è un elevato livello di allarme.

Le dirò una cosa come psichiatra e psicoterapeuta. In genere, un fenomeno che emerge in tutte le organizzazioni, sanitarie e non, è che le persone rispettano i capi o le norme o i sistemi di governo fino a quando si sentono protetti. Quando per qualunque motivo si sente che la protezione si riduce, che c'è imprevedibilità, minaccia, pericolo, allora è frequente che i capi non vengano più seguiti e che le regole non siano più rispettate.

E' un processo che non ha tanto a che fare con l'abuso dell'empowerment ma col fatto che le persone spaventate dicono: O tu mi salvi o non sei credibile!"

Questa è anche una chiave di lettura che spiega ciò che è accaduto durante la prima fase della pandemia, quando medici e infermieri erano considerati gli 'Angeli', gli 'Eroi' e, successivamente, l'attacco che hanno ricevuto quando la pandemia non è stata fermata.

“Bè, siamo stati aggrediti, a volte persino accoltellati. L'idealizzazione lascia facilmente il posto alla denigrazione”.

Il medico di medicina generale sembra un professionista che lavora in solitudine. Quanto è importante oggi il lavoro di gruppo, d'équipe?

“Non solo è importante, è ormai inevitabile. Credo che nessun compito di cura, nessun lavoro in senso lato possa essere svolto in solitudine. E' chiaro, un medico può trovarsi fisicamente da solo con il paziente, ma il suo lavoro è per definizione interdipendente, connesso con tutti i lavori degli altri. Sto pensando al lavoro di squadra, di équipe; il lavoro della medicina del territorio non può non essere un lavoro di squadra interprofessionale, perché i medici oggi hanno necessità di lavorare con gli infermieri, gli psicologi, gli amministrativi. In questo, le università devono fare di più, e preparare i futuri professionisti al lavoro di gruppo interdisciplinare che è una cosa tutta da imparare.

Il presidente dell'OMCeO, Giudo Giustetto, in un recente corso di formazione, ha evidenziato alcuni paradossi del periodo pandemico nella medicina territoriale. La Distanza, imposta dalla pandemia che è l'opposto della relazione sulla quale si base il rapporto tra medico e paziente, e la Interruzione della continuità assistenziale per oltre un anno e mezzo. E' un po' infelice pensare all'assenza del 'tocco', della visita...

“Il termine che ha usato è corretto. La felicità e l'infelicità sono un tema dell'alleanza di lavoro, il benessere e la fiducia nella relazione di cura sono nutrite anche da neuroormoni cerebrali, come l'oxitocina, che sono fattori

positivi in grado di rinforzare il legame tra medico e paziente ma hanno bisogno prima di tutto di continuità e di prossimità, che vuol dire essere vicini, toccarsi, guardarsi negli occhi.

L'oxitocina è anche liberata nel cervello attraverso i 'neuroni occhio' che intervengono quando le persone si incontrano con lo sguardo e c'è collimazione pupillare; e, quindi, guardare il paziente negli occhi, senza fissare il computer, rafforza la relazione di cura che ha bisogno, come ho già detto, di vicinanza e, aggiungerei, di tempo. Questo è anche il motivo per cui durante la pandemia son saltati tanti legami significativi.

Nel contesto ospedaliero i legami sono profondamente diversi. Sono brevi, molto impersonali, legati all'organizzazione del reparto, dove il paziente di solito ha più contatti con gli infermieri rispetto ai medici. Da vecchio medico devo aggiungere che quando io mi sono formato c'erano dei corsi di semeiotica medica che ci istruivano a toccare e a maneggiare il corpo del paziente, il che certamente serviva alla diagnosi ma allo stesso tempo forniva un contatto fisico con il paziente. Si palpava l'addome, si ascoltavano i polmoni, si sentiva anche l'odore della persona. Oggi le tecnologie sono subentrate contribuendo fortunatamente a migliorare molto la diagnosi, che è una cosa importantissima, ma che ha comportato la quasi scomparsa del contatto fisico.

Il paziente viene toccato e visitato dal suo medico più raramente e questo io credo che abbia causato un indebolimento del legame”.

La Commissione come può aiutare i professionisti della sanità?

“Io sono membro sia della Commissione sul disagio dell'OMCeO, sia di un' associazione inter-professionale con scopi sociali e senza



*fini di lucro che si chiama IL NODO Group. In questa associazione, di cui fanno parte medici, infermieri e psicologi e che da tempo collabora con l'Ordine dei medici, stiamo cercando di costruire delle metodiche di gruppo per dare supporto psicologico ai medici e agli altri operatori sanitari nelle condizioni di difficoltà. Riteniamo che il modo migliore per prevenire la disaffezione, il burn out e in generale la "compassion fatigue", sia costruire dei **gruppi di intervizione** dove i medici si incontrano per parlare tra loro delle proprie difficoltà sul piano clinico e relazionale, con l'aiuto di un consulente e in questo modo, condividono le esperienze emotive, si confrontano e possono trovare anche soluzioni operative. Abbiamo elaborato anche dei Gruppi più approfonditi come i Gruppi Balint, un vecchio modello che risale agli anni '60 ma è stato nel tempo riaggiornato, e che oggi è un efficace strumento disponibile per offrire al curante un aiuto psicologico e farlo diventare più esperto nel sopportare (e supportare) le emozioni".*

Cosa ne pensa dei numerosi professionisti che riempiono gli studi televisivi in qualità di 'esperti' o 'scienziati'. I temi un tempo trattati nei convegni scientifici oggi si sono trasferiti sui mezzi di comunicazione di massa diventando mere opinioni. Perché?

Credo che sicuramente è prevalsa una tendenza all'esibizione narcisistica e molti tecnici si sono fatti prendere la mano, anche involontariamente. Le bagarre tra epidemiologi, infettivologi, immunologi ecc. non fa bene all'informazione sanitaria, che dovrebbe essere, a mio parere, chiara, comprensibile, convalidata e gestita da una fonte comunicativa ufficiale al servizio del governo.

I medici del resto dovrebbero imparare a comunicare meglio intanto con i pazienti e con

i colleghi, perché è lì che si fa informazione ed educazione sanitaria. Ma il mio discorso è utopistico, sappiamo bene come le politiche dell'informazione e dell'"infotainment" richiedano che ci siano le baruffe tra gli 'esperti'. Questo però non fa bene al prestigio della professione, e meno ancora all'utilità per il pubblico e alla necessità di informazioni corrette e maneggevoli. Invece la quantità di informazioni confuse e contraddittorie è tale che la gente ad un certo punto preferisce altre 'verità'. Segue la corrente che fa comodo al bias di conferma, cioè segue chi conferma le sue idee".

Altro?

"Be', vorrei aggiungere che credo che il compito e la mission che ci siamo dati, sia come Ordine, sia come Commissione, è quello di stringere un'alleanza e avviare una negoziazione con le istituzioni sanitarie, con le ASL, le Università e le scuole mediche e di psicologia. La formazione è nelle loro mani e il supporto e la manutenzione della relazione di cura devono passare attraverso le grandi istituzioni che si occupano di salute".

Pensa che una riforma della medicina territoriale da un punto di vista normativo sia auspicabile?

"Sì, io trovo sensata l'idea delle case di comunità, dei gruppi interprofessionali con gli infermieri, gli psicologi e altri operatori. Questa organizzazione per il futuro della medicina di famiglia è molto importante e inevitabile. Un nodo attuale è se i MMG debbano diventare medici dipendenti oppure restare convenzionati.

Io non entro nel merito della questione perché credo che sia una questione politica.



Mi viene da dire che in qualunque modo si decida è fondamentale che la nuova organizzazione non riduca la possibilità del medico di stabilire un rapporto di continuità di fiducia anche personale con il suo paziente. E' vero che l'urgenza è bene che sia affrontata da una prospettiva di organizzazione territoriale, dove non è così importante chi sia in servizio in un dato momento, l'importante è che ci sia; ma il rapporto personale tra il medico e il suo paziente dovrebbe essere comunque mantenuto. L'anonimato e l'indifferenziazione non aiuterebbero".

Ultima battuta. Siamo ancora la migliore sanità del mondo?

"Penso di sì, nonostante tutto; l'idea di un bene comune, l'idea di dare a tutti indipendentemente dalle loro possibilità tutto l'aiuto che si può dare e tutte le cure che sono necessarie, credo che sia qualcosa che non c'è, ad esempio negli USA, non c'è nel Regno Unito (che pure fu la Patria del welfare state e la culla della medicina di famiglia) e che c'è poco nei restanti Paesi europei, per non parlare degli altri".