



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



EDITORIALE

Vita da internista

Life of an internist

Il titolo è deliberatamente dimesso (rimanda ad altri analoghi, quasi da fiction, del tipo “vita da eroe” o “vita da cane”), ma lo è solo per poter mantenere un profilo discreto, sostenibile; la materia, invece, è delicata.

Introdurre un tema di questa portata con il dovuto distacco non è semplice: prima o poi, dalle crepe, salta fuori la scoria autobiografica, fastidiosa. E il sospetto di narcisismo cancella di colpo lo sforzo – che è invece il mio proposito – di indicare un paradigma di vita da internista che non sia solo una banale testimonianza (certo, un racconto sarebbe più divertente).

Come incomincia la vita di un internista? Il primo passo, decisivo, è la scelta di diventare medici, di “fare Medicina”: *perché scegliamo di diventare medici, di fare i medici?*

Perché scegliamo di diventare medici (la responsabilità)

Per rispondere – confesso, per rispondermi, non avevo neppure io le idee chiare sul come fosse scattata (?) per me, allora, la scelta – ho provato a confrontare le motivazioni popolari, storiche, quelle che si sentono da una vita sulla bocca della gente, con quelle, fantasiose e sincere, dei giovani che viaggiano in rete, che presidiano il web. Sull’argomento vi è però anche una bibliografia più seria, recente, soprattutto anglosassone [1–5]: in Italia, il tema è negletto.

Il risultato del confronto tra passato e presente disarmava: in tanti anni quasi non è cambiato niente. Provo a sintetizzare le motivazioni secondo un *climax* discendente. Si parte da una motivazione nobile, civile, del genere “aiutare il mio Paese” per passare a una più umanitaria, diretta (“salvare una vita”); poi, in una motivazione ricorrente (“poter orientare decisioni altrui”) fa capolino, inattesa, una *hybris* compiaciuta dell’esercitare un potere tecnico. Seguono motivazioni più intime, personali come il “bisogno di soddisfare un desiderio di razionalità”, di scientificità o quella, di segno esattamente opposto, di “assecondare una passione”.

Non di rado, e più semplicemente, la scelta è motivata dalla spinta all’imitazione che nasce dall’aver incontrato in giovinezza una figura di medico carismatica. (Per la verità, nel ventaglio delle intenzioni, vi è anche quella, sorprendente, della “sete di denaro”, ma questa mi è sembrata troppo lontana dalla realtà dell’internista di oggi per essere contabilizzata.)

Ho poi cercato di capire se al fondo di pulsioni tanto diverse vi fosse una sensibilità comune e mi è sembrato di individuarla nell’esigenza, molto sentita, di poter esercitare, comunque, una *responsabilità* (prima parola chiave di questa riflessione).

È così che, nel chiedermi com’è oggi la responsabilità del medico, sono stato quasi investito dal ricordo di com’era la responsabilità negli anni Sessanta e per circa venti anni a seguire. Era letteralmente un “mostro” esistenziale. Il paziente arrivava dal medico in condizioni quasi estreme e gli si affidava totalmente, consegnandogli una vera e propria *delega* di vita (la formula, già allora insostenibile, era “la mia vita è nelle sue mani”, un messaggio terrificante); il malato si sgravava, si alleggeriva, si svuotava dei suoi problemi e ne trasferiva quasi materialmente il peso sulle spalle del medico. Il medico – oggi penseremmo con incoscienza – se ne caricava, quasi assimilandoli, internalizzandoli, in una caricaturale fagocitosi del paziente; in quel momento egli provava – provavo – la sensazione quasi vertiginosa di un potere dilatato, una sorta di ebbrezza della responsabilità. Era la sostanza del decidere monocratico.

Oggi la decisione monocratica è finita e i motivi sono molteplici. I medici decisori sono più di uno, il ruolo degli infermieri si è accresciuto, intervengono con maggior rilievo in ospedale figure non mediche come per esempio il farmacista ospedaliero, l’aziendalizzazione ha introdotto vincoli di spesa che finiscono per condizionare la decisione, i comitati etici e le commissioni per il prontuario dei farmaci pongono limiti regolatori ben definiti al making decisionale. Soprattutto – ed è questo il punto che vorrei sviluppare – si è sensibilmente arricchito il background culturale del paziente.

Un tempo le fonti di informazione del paziente erano quelle tradizionali, ben segnate: il medico descriveva quella che riteneva essere l'origine della malattia, profilava una descrizione del probabile decorso e metteva sul tavolo le opzioni di terapia, magari suffragandole, se era particolarmente diligente, con qualche elementare documentazione a sostegno. Il paziente tornava in famiglia, ne parlava anche con qualche vicino di casa (una volta si parlava con i vicini di casa) o con qualche amico da cui si ricordava di aver sentito il racconto di un caso "simile" al suo.

Oggi l'informazione è pervasiva, non mediata: oltre ai giornali e alla televisione il paziente ha una fonte d'informazione personalizzata, Internet. Addirittura li trova quelli che noi chiamiamo "dati primari": testi dei trial clinici all'origine, analisi critiche degli studi, linee guida di società scientifiche; se si tratta di interventi, può accedere direttamente ai video. Naturalmente in Internet il paziente trova anche qualche bufala: la dieta macrobiotica che cura i linfomi, l'AIDS che guarisce con l'ossigenoterapia iperbarica, il succo di cardo impiegato nella terapia dell'epatite cronica; tuttavia, se il malato è intelligente, capisce bene i limiti della ricerca sulla rete e sa che, per esempio, sul piano *diagnostico* la rete al più gli può essere di aiuto solo se ha un sintomo assolutamente tipico di una malattia comune, non certo se deve misurarsi con malattie complesse che si presentano con sintomi aspecifici o con malattie comuni a presentazione strana. Ma non è la diagnosi che egli chiede a Internet: a Internet il paziente chiede *informazione* e in questo Internet è uno strumento molto generoso. La riflessione è che Internet sta fornendo un contributo sostanziale alla fine della decisione monocratica, il web sta profondamente cambiando la comunicazione tra il medico e il paziente. Internet sancisce – non da solo ma in grande misura – il definitivo instaurarsi dello *sharing decision making*, della decisione condivisa, Internet segna l'ingresso definitivo del paziente nel luogo mentale delle decisioni.

Di fronte a un tale aumento di conoscenza da parte del paziente, viene subito da domandarsi se a essa corrisponderà una perdita di potere da parte del medico. Il medico perderà potere? Di certo, «in questo modo, molti aspetti della passata asimmetria di potere tra paziente e medico potranno essere più bilanciati», ma «i medici resteranno sempre nella migliore posizione nel pesare l'informazione e consigliare il paziente» se non altro perché dalla loro parte vi sono una migliore «comprensione delle evidenze disponibili, la loro personale formazione, la loro esperienza» [6].

Non è, però, solo per questa via che Internet modifica il rapporto medico-paziente. Vi è ben di più. Con Internet il paziente non solo controlla la propria diagnosi, la terapia che il medico gli ha prescritto, ma *controlla il suo medico*. È un altro gradino, un passo ulteriore verso il diluirsi della decisione monocratica. Se il medico prova a cercarsi in Google, a «googlarsi» [7], potrà misurarvi la propria reputazione (in genere molto positiva, contrariamente all'atteso, sulla base delle rilevazioni dei primi anni di accesso) e soprattutto potrà acquisire dati preziosi circa il pensiero del paziente: da lì il paziente gli manda dei messaggi non metaforici che possono riorientare il suo comportamento.

Una possibile conclusione è che «il pensiero del paziente migliora il medico» [7]. Dunque, nella dialettica paziente-medico, *Internet* sta dimostrando un *potenziale democratico* impensato.

Una conseguenza di tale situazione è che la compliance va profondamente ripensata. La compliance attuale ha come fondamento la prospettiva, esclusiva, del medico. La sua autorità si è formata dall'intrecciarsi più o meno armonioso di vari ingredienti: i testi su cui ha duramente compilato, i suggerimenti di colleghi più esperti, la guida di veri maestri, la propria esperienza, l'assillo di tenersi aggiornato. *Esigere* la compliance sembra dunque fisiologico. Così, la compliance è verticale, gerarchica, unidirezionale, predicatoria, discendente verso il malato, "un atto dovuto" si direbbe in Magistratura. Ma il paziente è portatore di interessi propri e questi – si noti bene – non si limitano all'interesse a guarire ma coinvolgono una serie di aspetti "non medici", più propriamente civili, che giusto nel momento della malattia tendono a emergere più chiaramente e ad affermarsi, costruendo una prospettiva, quella del paziente. È giusto quindi porsi la domanda: se, riprendendo il tema di Shaili Jain [7], possiamo davvero imparare qualcosa dal paziente e conoscerne la prospettiva, in quali occasioni ciò può avvenire e realizzarsi al meglio?

Le occasioni per migliorare sono inscritte, da sempre, nel nostro lavoro. L'*anamnesi* – sono ripetitivo in questo – va custodita nella sua ritualità, con i suoi silenzi, nella vera privacy; i suoi contenuti si devono articolare su, su nella vita del paziente, ben oltre gli elementari canonici che ci hanno insegnato al terzo anno, ed esplorarne lavoro, farmaci, alimentazione, trasporti, affetti, passioni, tempo libero ecc. con tattiche di intervista vieppiù sofisticate, in cui ripetizioni, attese, riepiloghi concordati, ranking dei problemi, astensione dal giudizio sono le armi costitutive. Nell'*anamnesi* il medico conferma e rafforza la sua disposizione all'*ascolto*, suo connotato forte, caratterizzante. Già altre volte ho osservato che siamo tutti debitori alla cultura greca di averci educato alla bellezza, premiando così in noi, in un'ipotetica gerarchia dei sensi, la vista. È però altrettanto vero che la cultura ebraico-cristiana di cui siamo tutti intrisi ha orientato la nostra sensibilità, tra i sensi, verso il primato dell'udito e della parola. L'osservazione che nella cultura più strettamente ebraica pochi sono i pittori o gli artefici del vedere, ma numerosissimi gli scrittori (Marcel Proust, Thomas Mann, Saul Bellow, Philip Roth, Vasilji Grossman, Itzhaak Singer, Abraham Jeoshua...) e i musicisti (Mendelssohn, Mahler, Schönberg, Gershwin, Copland, Bernstein, Barenboim...), è sin troppo esplicita.

Una nuova domanda va posta a questo punto. Siamo sicuri che questo scorrere – non è una deriva – della responsabilità dalla monocrazia verso la democrazia sia davvero uno svantaggio per il medico? A mio avviso, i rischi della passata (?) responsabilità, solitaria, titanica, sono oggi insostenibili. Nei nostri tribunali si assiste, da anni, a un continuo aumento del contenzioso per responsabilità civile dei medici, 15.000 casi l'anno in Italia, contro i quali la rivalsa legale è prassi non aneddotica. Chi mettesse a confronto la medicina totalizzante degli anni Sessanta con il contesto attuale sarebbe tentato di concludere che la medicina è passata *dalla delega alla rivalsa*. In questa luce, l'abdicare una parte almeno della responsabilità non è in sé del tutto negativo. Certo, tra i rischi del passare in disordine dalla monocrazia alla democrazia vi è quello del prevalere del "sociale": non del "sociale" sacro ma del sociale parolaio, nefasto; detto altrimenti, il rischio che l'interazione con il paziente, liberandone la soggettività spesso orientante, possa snaturarsi a

bla-bla rivendicativo, populista. Il medico, per buona sorte, ha pronto l'antidoto a tali deviazioni: l'ancoraggio alla scienza da cui, se praticata con umiltà, non vengono mai tradimenti.

Perché scegliamo di fare gli internisti (la complessità)

Era ora di porsi quella domanda. Una volta compiuto, con un buon margine di casualità e di incoscienza, il primo passo verso la "Medicina", il passo successivo verso la disciplina internistica era naturale, quasi obbligato.

Era, allora: ma oggi? Che cosa pensano oggi i nostri pazienti del perché scegliere di diventare internisti nel secolo *che* viviamo? Ci si potrebbe aspettare, in risposta, una geremiade lamentosa o affermazioni distruttive del tipo "ma che cosa sono questi internisti". Invece. Invece, ancora una volta, nella libera stanza dei punti di vista che è Internet si incontrano molte sorprese. Vi si trovano alcuni giudizi che sono tanto lusinghieri da indurre persino il sospetto di essere stati confezionati da internisti per se stessi o da loro familiari caritatevoli, mobilitati in loro soccorso (come certe "Lettere al Direttore" in giornali a vita fragile). Riprendo da Google alcune opinioni sugli internisti, datati 2009 e 2010: "Quelli più attenti al rapporto medico-paziente", "Quelli che hanno ancora l'anima della professione", "La parte pensante della medicina", "Quelli veri che pensano per arrivare alla diagnosi giusta", "La più completa; molte specialità sono tali solo in Italia, in Inghilterra la [omissis] non esiste: la fanno gli internisti", "Specializzato in cose strane, deve essere uno molto bravo", "Infatti molti vengono da altre specialità, negli Stati Uniti da altre facoltà", "Non è super-specializzato come gli altri specialisti, deve valutare più fattori", "Sono quelli bravi-bravi che con pochi sintomi riescono a risalire alla malattia", "Ci sono delle discipline in cui non si fa mai diagnosi [clinica], invece...", "Se preferisci un lavoro più investigativo allora sei un futuro clinico", "La bellezza del ramo internistico secondo me è incomparabile".

Ci si rincuora e un po' ci si stupisce: in questi pensieri si trovano tutti i fondamenti delle nostre scelte. Nel 1996, per conto della Società Italiana di Medicina Interna, avevo scritto una sorta di identikit dell'internista, condensandone il profilo in quattro sentenze apodittiche che avevo, ognuna, corredato di commenti personali. Affermavano che l'internista è 1) lo specialista della *complessità*, 2) il medico che sa fare la *sintesi*, 3) specialista nel porre la *diagnosi*, 3) medico della *persona*. Delle quattro definizioni cruciali, la prima, *complessità*, sembrava il marker più sensibile della malattia di essere medici internisti.

Era facile arrivarci. Questo identikit guardava a quello della disciplina generatrice, la Medicina Interna, come l'aveva pensata il padre, William Osler (complex, ill-defined). Di qui, per faticose rimediazioni, approfondimenti, elaborazioni, successivi sviluppi di conoscenza si è oggi a un ritratto della Medicina Interna [8] composito. Arbitrariamente, tento di significarlo in tre tratti, come li ho assemblati ricavandoli dalla cospicua letteratura dei metodologi degli ultimi anni (e che riporto in inglese, per maggior vicinanza al senso dei concetti sottesi): a) *patient centering* (single, entire); b) *breadth* (global, comprehensive, longitudinal); c) *depth* (complex, ill-defined). Se si cerca una logica

che tenga insieme i tre termini (centratura sul paziente, larghezza, profondità) ci si scoraggia. Una minima lucidità consente di capire che una loro coniugazione unificante è acrobatica. Se li guarda con spirito euclideo (così definita la Medicina Interna è spazialmente, insieme, centripeta, orizzontale e verticale) ne emerge una geometria impossibile, dell'assurdo. Ecco, essere internisti è aver sentito il fascino di tale assurdo, l'attrazione "fatale" alla *complessità* (seconda parola chiave di questo assunto).

Il lemma "complessità", a ben pensarci, ha in Medicina Interna due accezioni assai diverse: da una parte significa *difficoltà*, com'è quella del trovarsi di fronte a una singola patologia, inusuale, articolata ma unitaria; dall'altra significa molteplicità, *intreccio di molteplici* quale noi sperimentiamo ogni giorno sia nel paziente come comorbilità, età avanzata, politerapia ecc. sia nella realtà, spesso confusa, del contesto. L'internista frequenta entrambe le accezioni. Il loro intrico è tanto – rossinianamente – "avviluppato" che i tentativi di misurare la complessità con categorie strette come le cosiddette *isoclassi* – in questo si sono espressi nel tempo recente gli economisti sanitari – sono risultati non esaustivi e sostanzialmente inani quando non addirittura iniqui. Questo vale per le classi di "isogravità" – elaborate sulla base della prognosi di malattia – ma anche per quelle di "isointensità" – basate sulla quantità diversificata di trattamento – e per le classi di "isorisorse" – concepite in relazione al costo degli interventi attuati (l'esempio più traumatico per noi è quello di alcuni nostri DRG).

La griglia di questi parametri è intelligente, ma nel paziente reale spesso gran parte della complessità resta fuori dalle loro misure, le "isoclassi" falliscono, nonostante il grande impegno di dottrina, nel catturarla [9]. Si pensi, per esempio, al dolore cronico del neoplastico anziano: esso schiaccia la diagnosi e le varie co-diagnosi, e resta drammaticamente estraneo al computo più onesto. Altrettanto, si pensi al peso delle condizioni non cliniche, sociali, nella gestione di questi pazienti, condizioni certamente non peculiari della Medicina Interna ma che per l'internista sono sicuramente più frequenti e pregnanti e decisive della complessità.

L'incrocio dei saperi

Che cosa ci sospinge tanto ineluttabilmente verso la complessità? Che cosa ce la rende così fatalmente attraente? La domanda è lecita. Per me la chiamata alla complessità è figlia di un'altra più segreta chiamata: la chiamata all'incrocio dei saperi. Il problema è capire che cosa intendo per *incrocio dei saperi*.

Brutalmente significa che noi internisti siamo fatti di saperi incrociati, che la clinica che professiamo è un ibrido, un incrocio. La clinica non è scienza; si serve di scienze – la fisiologia, la biochimica, la genetica, la biologia molecolare, la statistica – ma da sé non è scienza [10], infatti non può formulare generalizzazioni, non può emanare leggi [11]. Si potrebbe affermare che la clinica è ladra, e commette ogni giorno furti di dottrina. Sostiene il filosofo Baldini [12] «il bravo medico è colui che sa rubare con competenza il maggior numero di leggi nel maggior numero di discipline», in ciò riprendendo Huizinga che nel suo memorabile libro dei tempi di mia formazione scriveva: «Come la storia, la

medicina ha costante bisogno dell'aiuto e dell'appoggio di altri rami della conoscenza».

Questo perché la clinica fa una cosa "altra" dalla scienza. Come "scienza", la clinica è manchevole, è mutila, è alla continua ricerca di qualcosa che la completi. Ma di che cosa? Confesso di essermi molto interrogato, e confusamente, sulla natura di tale incrocio che in modo originale e misterioso costituisce la "clinica".

La prima risposta, che mi è sembrata subito insoddisfacente, viene dal concetto che il medico è una sintesi delle cosiddette due culture, la scientifico-tecnica e la letterario-umanistica. Il problema era stato definito con chiarezza nel famoso libro di Snow del 1959 [13]. In quel libro, di certo non scherzoso, Snow introduce la pungente osservazione che se un uomo di scienza non conosce Eschilo, Dante o Shakespeare viene subito indicato come un somaro mentre non vale il reciproco, cioè tutti accettano che un uomo di lettere non sappia nulla di Darwin o di Keplero o di Galileo. (Per comune fortuna, nella letteratura italiana del secondo Novecento abbiamo però avuto strabilianti eccezioni, tutte tra i massimi: l'ingegnere Carlo Emilio Gadda, il chimico Primo Levi e Italo Calvino, sostanzialmente un naturalista).

Nella seconda edizione, del 1964, del suo libro – un altro dei libri fondativi – Snow aveva vagheggiato l'avvento di una cultura, una *terza cultura* in cui gli umanisti-letterati conversano (la sera? all'uscita dal lavoro? dove? con quale mediazione? chi parla per primo? i letterati rispettano i tempi?) direttamente con gli uomini di scienza. Dopo oltre trent'anni Brockman [14] ha ripreso a suo modo il tema della "terza cultura", ma in termini – usuali nel pragmatismo tecnologico – ancora più distorsivi e tali da rendere, di fatto, inconciliabili i due metodi di lavoro delle culture contrapposte.

Il problema che pongo è, a mio avviso, tutt'altra cosa. Penso che il medico debba essere comunque un uomo di cultura, per conto proprio, meglio per lui, ma questo non c'entra niente con il tema dell'*incrocio* che è, per me, il tratto costitutivo di tutti coloro che esercitano la *clinica*. Il concetto di *incrocio dei saperi* non ha nulla a che vedere con questa artificiosa e decotta tematica diciamo dualistica delle culture: di sottile distinzione, di sfida, di stupida antitesi, o ancora di incontro in fondo banale, per una sintesi consolatoria. Tutto ciò non c'entra niente con la struggente *natura dell'incrocio* che è la *clinica*. Ma allora, qual è la natura dell'incrocio? Che cosa è? Sento intimamente che è cosa diversa. Ma quale? Esploro accanitamente una soluzione. Non la trovo. Chiedo aiuto ai filosofi. Scrive Pallottino [15]: «Il sapere scientifico è sapere profondamente umano». Ecco un passo di avvicinamento. Ma chiarisce, folgorandomi, un altro filosofo, Enrico Cantore [16]: "Rettamente intesa la scienza supera la scienza, perché il suo obiettivo si trova oltre se stessa e sotto di sé, nella direzione di un ideale pienamente umanizzante. Sicuramente questo ideale consiste anche nel conoscere di più. Ma soprattutto consiste nel *vivere* [corsivo mio]. La scienza invita l'uomo a vivere come un artefice corresponsabile".

Mi sembra di aver scoperto, finalmente, la natura dell'incrocio: la Clinica è (come) *scienza vivente*, la Clinica è (intrinsecamente) *bio-etica*; non la Bioetica intesa come disciplina insegnata, formalizzata, strutturata (e spesso predicata) bensì la bioetica praticata, dove *bio* sta per conoscenza tecnica dei sistemi viventi ed *etica* indica l'esercizio quotidiano del sistema dei valori umani. La Medicina Interna

come Clinica è dunque un incrocio speciale, è Umanesimo scientifico, è l'Umanesimo scientifico. L'Umanesimo scientifico che è la Clinica riporta all'interno della cosiddetta cultura tradizionale il significato umanistico della scienza, fa sentire che la scienza ha un cuore, un cuore battente, un cuore di vivente; dall'altra parte esso ricorda pressantemente alla scienza l'urgenza di avere sempre un riferimento umanistico, che la metta al riparo dalla tentazione a-finalistica, e quindi sostanzialmente an-etica, della pura potenza della tecnologia.

Così intesa la Medicina Clinica, curiosamente, da scienza imperfetta, mutila (e ladra) appare, al contrario, scienza sovrabbondante, ridondante del *vivere*. E l'internista ne è l'interprete fortunato e singolare come colui che coniuga, in un modo che a me sembra prodigioso, l'essere "scienziato", sia pure sui generis, e lo sperimentare il vivere: nella pienezza della salute fisica constatata, nella condizione dolorosa di salute ferita, offesa dalla malattia, nella gioia della salute recuperata.

Incrocio di saperi, incontro tra uomini, empatia

L'internista è dunque un incontro riuscito, un incrocio di saperi. Ciò non sarebbe possibile se il fine e insieme lo strumento di tale diversa sapienza non fosse l'incontro tra uomini. Fra tutte le professioni che ho in mente nessuna ha la ricchezza delle occasioni d'incontro con l'uomo che ha la Clinica. Nella saldatura miracolosa tra la scienza e il *vivere degli uomini* l'internista arricchia ogni giorno e perfeziona – direi anche tecnicamente – la sua capacità di incontrare gli uomini, si fabbrica inconsapevolmente gli strumenti più adatti a capirli e a curarli. La sua è dunque una condizione benedetta, non confinata ad astrazioni, non a sillogismi, non a calcoli bensì libera nel realizzare il massimo potenziale di empatia, la massima capacità di percepire che cosa provi l'altro. Attingendo alla terminologia sportiva, mi sono convinto e sempre lo ripeto, che il Clinico, per l'intrico della rete delle relazioni che frequenta, per l'estensione e la profondità dei rapporti che intesse, è un comunicatore imbattibile. Un vero modello di empatia: anche nel senso di permeabilità, di vulnerabilità che di recente ha voluto attribuire a questo termine Jeremy Rifkin [17].

Per i cultori della teoria dei neuroni specchio [18], poi, l'empatia, la nostra empatia, avrebbe anche una natura fisica, anatomica: la socievolezza umana, insieme al comportamento imitativo e alla trasmissione di cultura, ha una solida base (anche) neurologica.

Non è casuale, così, che nella vita reale il punto più alto dell'empatia internistica lo raggiunga il medico donna: la sua capacità empatica, per la totale assonanza che la donna ha con i ritmi e i modi della Natura, è anche maggiore, il suo stile di comunicazione è ancora più conquidente. La femminilizzazione della Medicina è ancora purtroppo incompleta [19–21], ma il suo sviluppo è una riserva per le fortune future della Medicina Interna.

Il declino della diagnosi

La contraddizione è stridente. Mentre si aggira in questi territori quasi epici, l'internista avverte che, tutt'intorno,

la quotidianità è ben diversa: uno dei tratti distintivi della sua figura professionale, la capacità di porre diagnosi (l'internista come paradigma del diagnosta: "Quelli che pensano per arrivare alla diagnosi giusta", sostiene il navigatore del web), è in palese declino.

Riper corriamo in breve, brechtianamente, l'ascesa e il declino della diagnosi.

L'ascesa della diagnosi era stata trionfale. Sino a pochi anni fa si parlava addirittura di "senso clinico", di "occhio clinico"; la fisiologia era stata forzata per poterci dotare di un senso accessorio. Si era creata così la mitologia dei medici celebri (che forse ripensati oggi erano solo il frutto di uno "stato di necessità" indotto dalla povertà, al tempo, di qualsivoglia strumento diagnostico), di certo pensati come persone inclini a una curiosità spiritosa, all'investigazione; dietro ogni diagnosi, in fondo, c'è un po' del fascino del giallo e la ricerca della presentazione inusuale o del caso difficile non è estranea a questo nostro per-scrutare insistito. Qualcuno vi sospetta, anzi, il *fumus* dell'estetica e parla, con un punta di sarcasmo, di diagnosi come "processo eroico" o la indica come la "parte scenografica" della clinica.

All'altro estremo il declino. Si assiste oggi a una malinconica decadenza dell'esame obiettivo. Le opinioni: "È ridondante", "Non è evidence-based", "I segni hanno scarso valore", "Non mi aspetto di trovare granché" (una disposizione d'animo, questa, che consente di trovare ancora meno del possibile), "Chiarirà tutto l'ecografia", "Aspettiamo la RMN". Coerentemente, in alcune Facoltà italiane è scomparso l'insegnamento della Semeiotica Fisica.

Il problema non è solo nostrano, è universale. In un gustoso articolo di due anni fa [22] si racconta di un giovane medico americano, laureato alla Stanford University, impegnato nel tirocinio. Il suo primo impatto è traumatico: egli si aspetta di osservare un malato, di parlare con lui, di ascoltarlo, di incontrarlo, di toccarlo, di palparlo e invece si ritrova in un seminterrato – le parole esatte sono "in un bunker" – in uno stanzone in cui è sistemata una selva di computer, e lì egli vede... il paziente sul monitor. Lo shock è forte, il paziente è presente come "icona", l'"icona" è diventata un paziente, è stata sublimata a paziente: *l'i-patient*, una nuova ontologia. Per la verità gli permettono di osservare alcune alterazioni, la parotidomegalia, gli spider angiomi ecc., ma ciò che ha di fronte è solo un'entità informatica vestita con gli abiti della logica binaria. Il giovane medico ripercorre mentalmente alcune frasi sentite durante il corso di studi: "Il nostro testo è il corpo del paziente", o un'altra, più vicina alla situazione, "La mappa non è il territorio". Poi, però, sempre sul monitor, gli vengono mostrati anche i dati di laboratorio, gli esami strumentali, tutto l'imaging e la terapia. Il paziente viene osservato attraverso gli *electronical medical records* (EMR), che sono il suo surrogato; *l'i-patient* produce *cartoma*, come li definisce l'autore, non produce emozioni come fa un paziente vero. Il giovane è terrorizzato dall'idea di poter diventare, al più, un medico da *i-patient*, non un medico vero, con "bedside skill", la capacità di stare al letto del malato.

Di chi è la colpa del declino della diagnosi? Certamente dell'applicazione distorta dell'informatica, soprattutto della strepitosa affermazione dell'imaging. In un orizzonte più domestico, la colpa sembra in buona parte da riferire al calo (inevitabile?) della "degenza media". Ciò ha comportato un

taglio secco dei tempi di riflessione e, di conseguenza, la perdita della continuità diagnostica, la rottura della sua logica. La diagnosi è diventata sempre più un processo sincopato, a singhiozzo, a tappe, un atto interciso. Era stato buon profeta l'allora editor in chief di *Lancet*, Richard Horton [23] a lamentare, in un articolo del 1997 (con buone ragioni intitolato "A manifesto") che «l'enfasi è sempre sull'istante, sull'immediato [...] l'ossessione per il rapido e il nuovo toglie spazio alla prospettiva medica».

Il declino della diagnosi clinica, penso, si è poi tirato dietro, a cascata, il declino dei concetti di "decorso" ("maestro di tutti noi", aveva un bel dire Frugoni) e "storia naturale" delle malattie. Si è portato dietro, anche e malauguratamente, il declino del riconoscimento sociale della difficoltà della diagnosi. Troppe volte abbiamo sperimentato quanto la diagnosi sia tortuosa e sfuggente e come il raggiungerla sia sofferto. Eppure il giudizio, dall'esterno, è di ben altro segno: "Fare diagnosi oggi è facilissimo", "Con tutti i mezzi che ci sono". Oppure, "Ma quando comincia la cura?".

Come finiamo

La fine di una vita da internista è prevedibile. Lo scenario, come affermano i sociologi, in cui si è mossa è quello di un nuovo presente che si è a lungo protratto (non era un passato, è stato diversissimo dal passato), un presente continuamente gravido, e già in parte sgravatosi, di futuro.

In sintesi, tre osservazioni generali. Primo, le conoscenze e le tecnologie sono, da un bel po', in un momento sontuoso, mai sono state tanto generose di novità, da esse la Medicina è, come non mai, sospinta sempre più in alto, obbligando a un continuo resetting. In parallelo, seconda osservazione, assistiamo a un non arrestabile scivolamento delle competenze, a un loro riposizionamento sicché, per esempio, una certa diagnostica una volta ritenuta materia dei maestri ("Qui ci vuole il Capo", si sentiva dire) è ora di ogni internista onorato; le competenze di quest'ultimo stanno però già in parte passando al nursing e da questo addirittura a un malato informato (si pensi all'autocontrollo del diabete). Ancora – ci siamo a lungo soffermati su questo – è in atto uno complesso svolgersi della responsabilità: da monocratica, la responsabilità continua la sua marcia verso una (impossibile?) simmetria democratica, segnando la fine della discrezionalità ippocratica e il nascere di minute zone grigie del decidere.

Come finiscono gli internisti in questo tumultuoso sommovimento? *Finiamo isolati*. Non è una predizione né una maledizione, solo una confidenza positiva. Tutto si spiega. Assediati o posseduti come siamo stati dai demòni della responsabilità (*perché medici?*), da essi incessantemente ricacciati verso la complessità (*perché internisti?*) con la lusinga di sentirci buoni interpreti di saperi incrociati (*umanesimo scientifico*) e trascinati verso il target arduo di poter essere medici della persona (incontro tra esseri umani, *empatia*) e per di più ostinatamente diagnostici (il mio amico M. quasi mi rimproverava, nei primi anni di primariato, "Ma tu sei proprio fissato nel voler fare la *diagnosi*"), ebbene, messi così, senza un minimo battage mediatico e nella disattenzione-incuria dei politici, non possiamo non finire isolati.

Tale isolamento è però il nostro blasone, il nostro brand, il marchio in forza del quale in fondo *finiamo privilegiati*. La nostra diversità, la nostra peculiarità, la nostra atipia (stavo per dire la nostra eccellenza), la nostra duttilità (pensiamo a che cosa fanno fare gli internisti nei loro reparti) sono spesso avvertite con imbarazzo “da fuori” e suscitano interrogativi. È un “privilegio” costruito nel tempo, coltivando il metodo, la propensione a ragionare e a sempre dubitare; è uno stigma, ci segue sempre, ci fa buona compagnia. *Finiamo privilegiati* anche perché – ma questa è una conquista recente, degli ultimi vent’anni – abbiamo il vantaggio di un’eccitante contiguità con la biologia. Se ci si pensa a modo, mai la biologia è stata così vicina – temporalmente, concettualmente, direi anche fisicamente in senso murario – alla Clinica. I tempi biblici del passaggio dalla scienza basica allo sviluppo delle tecnologie e da queste alla pratica clinica sono un cattivo ricordo; oggi i biologi conversano con noi nei break, i nostri problemi diventano spesso, con loro, ipotesi e piani di lavoro; è come se avessimo in tasca un pass alla conoscenza alta, un legame vivo con l’aristocrazia del pensiero. La Clinica è rigenerata da quello che chiamo il “radiamento biologico”.

Il nuovo internista avrà dunque un profilo stellare, leonardesco. A malapena vi si potranno leggere le esili tracce dei segni che hanno contribuito a comporlo: genetica, biologia molecolare, informatica, matematica statistica, economia sanitaria, ambiente, epidemiologia clinica, medicina comportamentale, etica, problem solving [24]. Con tutti questi talenti finiremo (finirete) con il volere non solo la salute fisica, ma anche la felicità – la felicità laica – dei nostri pazienti. Finiremo, insomma, per competere con i filosofi, *finiamo filosofi*.

I nostri fondatori del resto ce lo avevano promesso. Forse Ippocrate – *yatròs philòsophos isòtheos* – si era un po’, come si dice oggi, allargato nel dirci simil-dei (*isòtheos*); più umanamente si era inteso Galeno: *nullus medicus nisi philosophus*. Un bel regalo in ogni modo.

Vita da internista: una vita piena, piena di “scienza”, in mezzo agli uomini. Quale altro lavoro! Una vita incomparabile [25]. “La bellezza del ramo internistico secondo me è incomparabile”, ha scritto con linguaggio protonovecentesco l’ingenuo navigatore del web. Come dargli torto?

Bibliografia

- [1] Goldacre MJ, Lambert TW, Laxton L. Career choices made for the hospital medical specialties by graduates from UK medical schools, 1974–2005. *Clin Med* 2009;9(1):42–8.
- [2] Hauer KF, Duming SJ, Keman W, Fagan MJ, Mintz M, et al. Factors associated with medical students’ career choices regarding internal medicine. *JAMA* 2009;301:824.
- [3] Buddeberg-Fischer B, Spindler A, Peter Y, Buddeberg C. Determinants in the careers of male and female physicians from the viewpoint of chief physicians. *Dtsch Med Wochenschr* 2003;128(1–2):20–5.
- [4] Ratanawongsa N, Howell EE, Wright SM. What motivates physicians throughout their careers in medicine? *Compr Ther* 2006;32(4):210–7.
- [5] Newton DA, Grayson MS, Thompson LF. The variable influence of lifestyle and income on medical students’ career specialty choices: data from two US medical schools, 1998–2004. *Acad Med* 2005;80(9):809–14.
- [6] Hartzband P, Groopman J. Untangling the Web-patients, doctors, and the Internet. *N Engl J Med* 2010;362(12):1063–6.
- [7] Jain S. Googling ourselves. What physicians can learn from online rating sites. *N Engl J Med* 2010;362(1):6–7.
- [8] Federspil G, Scandellari C. The nature of internal medicine. *Ann Ital Med Int* 1994;9(2):74–81.
- [9] Apolone G. 2009 (comunicazione personale).
- [10] Rugarli F. 2001 (comunicazione personale).
- [11] Cagli V. In: Antiseri D, Cagli V. Dialogo sulla diagnosi. Un filosofo e un medico a confronto. Roma: Armando Editore, 2008. p. 63 e sgg.
- [12] Baldini M. Introduzione. In: Antiseri D, Cagli V. Dialogo sulla diagnosi. Un filosofo e un medico a confronto. Roma: Armando Editore, 2008. p. 7–8.
- [13] Snow CP. *The Two Cultures and the Scientific Revolution*. New York, NY: Cambridge University Press, 1959. 2nd Ed. 1964.
- [14] Brockman J. *The Third Culture*. New York, NY: Simon & Schuster; 1995.
- [15] Pallottino GV. Il declino della cultura scientifica. *Nuova Secondaria* 2004;6:23–6.
- [16] Cantore E. *L’uomo scientifico. Il significato umanistico della scienza*. Bologna: EDB; 1987.
- [17] Rifkin J. *La civiltà dell’empatia*. Milano: Mondadori; 2010.
- [18] Rizzolatti E, Fadiga L, Fogassi V, Gallese V. From mirror neurons to imitation. In: Meltzoff N, Prinz W, editors. *The Imitation Mind*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p. 247–68.
- [19] Boulis AK, Jacobs JA. *The Changing Face of Medicine. Women doctors and the evolution of health care in America*. Ithaca, NY: ILR Press Book; 2008.
- [20] Taylor KS, Lambert TW, Goldacre MJ. Career progression and destinations, comparing men and women in the NHS: postal questionnaire surveys. *BMJ* 2009;338:b1735.
- [21] Heiliger PJ, Hingstman L. Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 2000;50(9):1235–46.
- [22] Verghese A. Culture shock. Patient as icon, icon as patient. *N Engl J Med* 2008;359(26):2748–51.
- [23] Horton R. A manifesto for reading medicine. *Lancet* 1997;349(9055):872–4.
- [24] Nolan JP. Internal medicine in the current health care environment: a need for reaffirmation. *Ann Intern Med* 1998;128(10):857–62.
- [25] Huddle TS, Centor R, Heudebert GR. American internal medicine in the 21st century: can an Oslerian generalism survive? *J Gen Intern Med* 2003;18(9):764–7.

Italo Portioli

Responsabile Scientifico Arcispedale
“S.ta Maria Nuova di Reggio Emilia”

E-mail: portioli.italo@asmn.re.it