

Apprendere la medicina degli anziani: solo una questione di tecniche?

Marco Trabucchi

Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Unità di Roma Tor Vergata e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

La domanda retorica posta a titolo di questo articolo indica l'importanza che la formazione dei medici dediti all'assistenza all'anziano sia aperta a valenze che comprendono l'insieme dei bisogni della persona. Si potrebbe dire che il metro di paragone deve essere la valutazione multidimensionale, una tecnica con precise regole, la quale indica al medico l'insieme dei suoi compiti di cura, che devono essere multidimensionali, in risposta a bisogni non segmentabili e complessi. L'*assessment* geriatrico deve essere considerato il quadro di riferimento per l'istruzione dei medici, perché raggruppa tutti gli ambiti di attenzione: da quello biologico, a quello clinico, psicologico, sociale. Peraltro il modello geriatrico – se ben praticato – dovrebbe improntare la formazione di tutti i medici, qualsiasi sia l'età dei pazienti che sono loro affidati, con ricadute utili per ogni intervento di cura. Si può affermare che non vi sono nella formazione barriere di età, ma che uno stesso metodo – derivato dalla cultura della complessità e del rispetto delle fragilità – se adattato alle specifiche condizioni cliniche, porta a risultati di rilievo per la salute dei cittadini.

La crescita molto veloce delle problematiche demografiche ed epidemiologiche, avvenuta negli ultimi decenni, ha lasciato troppo poco tempo alla cultura medica, ma anche in altri ambiti del sapere, come la sociologia, l'economia, la scienza dell'organizzazione, l'antropologia, ecc. – per elaborare risposte adeguate, che fungono da guida dell'agire sociale. Ovviamente questa situazione di crisi si è riflessa sui contenuti della formazione in ambito medico, ancora legata alle tradizionali visioni, incentrate esclusivamente sulle problematiche biologiche, sulla malattia di un solo organo, per patologie di breve durata che non incidono sull'essere nel mondo dell'individuo. Oggi la realtà clinica è completamente diversa, perché caratterizzata da polipatologia, da uno stretto rapporto tra malattie e disabilità,

dalla presenza di fragilità, dal coinvolgimento forte della famiglia e dell'ambiente di vita, dalle difficoltà organizzative dei sistemi sanitari, in particolare per quanto riguarda la possibilità di garantire una realistica continuità delle cure nel tempo. È quindi necessario un reale, profondo cambiamento, una progettualità radicalmente innovativa, alla quale sono chiamate le menti migliori delle nostre scuole di medicina, qualsiasi sia l'area di specifica competenza.

La formazione garantisce un'adeguata qualità delle cure in qualsiasi contesto. Vi sono però ambiti nei quali assume un ruolo più incisivo, in particolare nelle aree caratterizzate da forti innovazioni, spesso critiche rispetto ai contenuti del passato, come molte in ambito geriatrico. La formazione assume così anche un ruolo di "protezione" rispetto agli stress indotti dalla professione, perché permette di affrontarne gli aspetti più delicati, con autonomia culturale ed operativa. L'assistenza all'anziano richiede competenze specifiche, che sono in continua evoluzione, e che oggi si ispirano ad una visione del processo di invecchiamento e delle malattie croniche profondamente diversa da quella del passato anche recente, quando si riteneva che il fluire degli anni comportasse necessariamente eventi di perdita. Una formazione adeguata costituisce il punto di partenza perché il medico acquisisca certezze positive rispetto al proprio lavoro; l'esperienza conferma che è l'antidoto più efficace alle crisi che sempre compaiono nel corso di esperienze lavorative complesse e pesanti, come quelle che caratterizzano la clinica e l'assistenza del paziente anziano fragile. Certamente entrano in gioco anche altri fattori, quali la struttura psicologica, la formazione culturale generale, l'appartenenza a specifiche correnti culturali; però la formazione e lo studio continuo sono lo strumento che più di tutti garantisce uno "scudo protettivo".

QUADRO DI RIFERIMENTO

Nell'ambito delle problematiche formative trovano uno spazio centrale quelle rivolte allo sviluppo della relazione tra medico e paziente. È strutturale all'atto di cura; non si tratta di un aspetto facoltativo, che può essere o meno messo in atto, a seconda della "disponibilità" della persona. Non esiste cura, per quanto moderna e raffinata, che diventi efficace al di fuori di un intenso rapporto di vicinanza e comunicazione. La capacità relazionale è parte integrante della prestazione sanitaria, che è fatta di atti tecnici, il cui veicolo è la relazione. Per questa ragione è importante che l'educazione alla relazione non venga collocata tra gli insegnamenti di rilevanza etica, quasi vi fosse una separazione metodologica rispetto al resto delle nozioni trasmesse. La formazione geriatrica – oltre che quelli di metodo – deve avere precisi aspetti di contenuto, perché le condizioni di sofferenza con le quali ogni operatore sanitario farà i conti sono molte e diverse. Alla base deve esservi il concetto – evidente, ma non per tutti – di separare l'invecchiamento "normale" dalle malattie che si sviluppano in tarda età. In questo modo si formano idee più chiare sulle possibilità concrete di agire sul piano terapeutico, senza trascuratezze motivate dall'apparente ineluttabilità della condizione di malattia. È importante dare al giovane studente informazioni precise e approfondite sull'ambito biologico, clinico, psicologico, relazionale, sociale, evitando che confonda i diversi piani; deve essere formato all'autonomia delle scienze, ma, allo stesso tempo, alla costruzione di punti di contatto, di interazioni positive e negative, di possibilità di intervento a più facce. Quando il tema è la qualità della vita della persona anziana affetta da malattie croniche il messaggio chiaro deve insistere sull'autonomia clinica delle patologie dei vari organi e apparati, per poi costruire un modello che ne analizzi le ricadute singole o interagenti sulle dinamiche vitali.

Talvolta le sedi formali della formazione dei medici e degli altri operatori della salute non dispongono di informazioni tecniche e culturali adeguate e lasciano al singolo il compito di auto formarsi. Il fatto che il risultato sia spesso positivo non giustifica la mancanza di attenzione alle potenzialità di una più adeguata struttura dell'insegnamento; molto, infatti, potrebbe essere ottenuto da medici e operatori intelligenti e disponibili se fossero più adeguatamente preparati alla cura delle persone fragili, affette da malattie croniche. Si deve anche ricordare che nel prossimo futuro l'attuale numero di specializzati e specializzandi in geriatria sarà insufficiente. Come diffondere ad un

maggior numero di professionisti modelli di cura efficaci resta ancora un ambito da approfondire, soprattutto per quanto riguarda settori in rapido cambiamento, che richiedono continui aggiornamenti sul piano nosografico, diagnostico e terapeutico.

Una particolare attenzione deve essere dedicata alla formazione postlaurea dei giovani specialisti, area delicata per la costruzione delle cure del prossimo futuro. In particolare si è sottolineata la necessità della formazione interdisciplinare fin dall'inizio della specializzazione, insieme all'inserimento in gruppi di lavoro nei quali cultura scientifica ed esperienza si coniugano con l'entusiasmo per la specificità del metodo e dei risultati. Inoltre, si deve trasmettere ai giovani in formazione che il compito del medico assume anche valenze più ampie di quelle strettamente legate alla modificazione di parametri fisiopatologici: dalla *leadership* dell'*équipe* curante, all'organizzazione delle attività cliniche nei vari luoghi delle cure, all'attenzione ai familiari, alla deframmentazione della presa in carico, ecc. Non è sempre un compito educativo facile; precondizione necessaria per il successo è la costruzione di basi culturali e scientifiche non banali, che dimostrino l'importanza di questi atteggiamenti, non come interventi di integrazione "umanitaria" o "sociale", ma come fondamenti strutturali per modificare la condizione di malattia dell'anziano fragile. Tra queste un ruolo particolare hanno l'apertura mentale all'innovazione (si ricordi la frase di Robert Kane: "Noi geriatri dobbiamo adottare uno spirito collettivo di intolleranza creativa verso lo *status quo* dell'assistenza alle malattie croniche dell'anziano"); il fondamento della prassi su interventi di bassa e alta tecnologia, senza classifiche di importanza teorica, ma solo di efficacia; l'impegno a definire i risultati di qualsiasi atto di cura, indipendentemente dalla sua dimensione; il rispetto del progresso scientifico come motore della cura; la responsabilità verso l'insieme del sistema delle cure, senza ridurre i problemi clinico-assistenziali ai loro aspetti economici. Infine l'orgoglio per un impegno difficile, ma di altissimo significato clinico, umano, civile.

Recentemente alcune facoltà di medicina hanno annunciato di voler impostare il corso di laurea su insegnamenti condotti in lingua inglese. Apparentemente l'innovazione ha grande significato, perché sembra collocare il nostro Paese nella logica delle grandi istituzioni formative e culturali a livello internazionale. Però è necessario mettere in luce alcuni aspetti critici, per evitare che la dimensione "estetica" o "politica" di que-

ste scelte prevalga su una lettura realistica dei vantaggi che tale impostazione del corso di medicina può raggiungere.

Infatti, da un lato non vi è dubbio che lo studiare in lingua inglese la parte del corso di medicina dedicata alle basi biologiche del sapere (dalla genetica, alla biologia molecolare, alla fisiologia, ecc.) ottiene un duplice risultato: allena lo studente ad apprendere le informazioni necessarie alla sua formazione, andando direttamente alla fonte delle informazioni stesse, nella lingua inglese che è il linguaggio *standard* della scienza medico-biologica contemporanea. In questo modo il giovane impara a confrontarsi con i problemi, sviluppando il proprio spirito critico e quindi abbandonando ogni tentazione di provincialismo culturale. D'altra parte lo studio apre al giovane un mondo senza frontiere, perché lo espone ai dibattiti culturali e scientifici di livello planetario, utilissimi anche per la formazione clinica (nonché per l'eventuale mobilità professionale).

Anche lo studio della parte tecnologica della medicina può (deve) essere fatto in lingua inglese, perché la dimensione del rapporto con il paziente è limitata, mentre prevalgono gli aspetti legati all'utilizzazione delle tecnologie, che sono per definizione prodotti di un'industria internazionale che si organizza ed esprime nella lingua appunto dell'internazionalizzazione. Quindi per quanto riguarda le materie chirurgiche e quelle legate alle tecnologie di *imaging* e interventistiche l'insegnamento in lingua inglese è di grande utilità al fine di permettere scambi a tutti i livelli tra gli utilizzatori e tra questi e le aziende produttrici. In questo modo si formano medici moderni, che agiscono senza problemi a livello internazionale, scambiando informazioni in molte direzioni, che offrono la possibilità di un continuo miglioramento dell'attività clinica.

Un atteggiamento del tutto diverso deve essere assunto, invece, per quanto riguarda gli insegnamenti dell'area clinica medica. Lo statuto culturale di questi insegnamenti è caratterizzato da una forte innovazione sul piano scientifico, che in questi anni è stata vorticoso, anche se forse meno accentuata rispetto a quella delle aree della diagnosi e della chirurgia. Questa, però, deve essere accompagnata dall'esigenza di un'elevata capacità di comprensione della vita del paziente in senso complessivo (il cosiddetto "mondo reale", sempre caratterizzato da una multidimensionalità del bisogno). Pensare quindi di strutturare in lingua inglese anche questa parte del curriculum degli studi medici potrebbe indurre ad una disattenzio-

ne (prima culturale, e poi anche pratica) verso i problemi della persona ammalata, che – soprattutto se colpita da una malattia cronica – è immersa nei problemi della sua malattia, fino ad arrivare ad un'identificazione di fatto tra i ritmi vitali personali e le esigenze imposte dalla patologia. In questi casi l'apprendere le problematiche cliniche in una lingua della realtà permette al futuro medico di essere fin dall'inizio legato alle dinamiche di ogni giorno del suo paziente. Inoltre, in questo modo traduce il linguaggio della scienza medica in un insieme di dati che vengono trasmessi alla persona bisognosa di cure per diventare atti concreti nei diversi ambiti dove si esercita la medicina, con uno sguardo sempre aperto anche alla famiglia e agli altri luoghi di vita. L'insieme di queste osservazioni permette di affermare che un'impostazione radicalmente innovativa rispetto al passato del curriculum degli studi dovrebbe prevedere l'uso contemporaneo dell'italiano e dell'inglese, in momenti diversi e specifici. Si arriverebbe così a creare medici realmente del nostro tempo, che è caratterizzato da enormi progressi tecnologici, ma anche da grandi bisogni, che si esprimono in una sofferenza spesso di lunga durata, che si deve saper comprendere e interpretare utilizzando gli strumenti anche linguistici per una vicinanza fattiva ed intensa.

Le considerazioni di questo breve scritto permettono di affermare che la formazione alla cura delle persone anziane è certamente una questione di tecniche, ma che queste devono essere utilizzate in un quadro di attenzione alle diverse e complesse dinamiche di una vita lunga. Senza dicotomie, ma con la coscienza che la salute a tutte le età, ed in particolare in quelle avanzate, è il prodotto di molti fattori, che vanno appresi – dai medici di tutte le età, ma in particolare dai giovani in formazione – con la stessa cura e attenzione che si riservano agli aspetti tecnologici.

Per concludere, nulla rappresenta meglio la posizione di chi scrive queste note nei riguardi dei pazienti che la fotografia pubblicata sul *British Medical Journal* del 2 agosto '14, nella quale un gruppo di chirurghi cinesi si inchina reverente in sala operatoria di fronte alla salma di una giovane che aveva deciso di donare fegato e reni. I cittadini ammalati, tanto più sono fragili, tanta maggiore reverenza meritano da parte dei medici che di loro si curano: riassumono infatti la nobiltà di un impegno che ha richiesto fatica e sacrificio per difenderne la dignità, qualsiasi siano le condizioni di salute e di vita.