

## MINDFUL PRACTICE

Post di Abel Novoa sul Blog “La mummia che parla” (il luogo dove dire tutto ciò che non riusciamo a includere nelle canzoni. Non molto, forse)

<http://lamomiaquehabla.blogspot.com/2011/02/mindful-practice.html>

Giovedì scorso dovevo insegnare ad un corso dell’Università di Murcia sugli aspetti etici della relazione tra medici e industria farmaceutica. Ormai quasi non mi chiamano per questi corsi di bioetica perché negli ultimi tempi dico sempre di no. Quindici anni fa avevano ancora un loro fascino, però dopo anni di “predica” mi è chiaro che la bioetica non si insegna. Con questo corso, però, mi avevano preso in un momento di debolezza e mi avevano chiesto di parlare del tema che sto studiando in questi tempi. Chiaramente mi sono preparato la lezione (che è la cosa che più mi piace) e mi sono presentato, rassegnato, nello spettacolare edificio dove si celebrava lo spettacolare seminario “Etica e umanesimo”, il Centro Sociale Universitario del Campus di Espinardo.

“Hoolabuenassches”, che è il mio infallibile saluto per dimostrare sicurezza. La signora mi guarda dall’alto dei suoi occhialini, dalla finestrella della garitta dell’entrata, “Dove va?”. Ma al corso. “A quale corso?”. In effetti il corso era stato sospeso per mancanza di partecipanti (e di etica; o meglio, di estetica) da alcune settimane, ma io non sono un indovino. Ultima volta che accetto, giuro. E tuttavia il preparare la lezione mi ha permesso di riflettere sulla seguente domanda. Da quale posizione possiamo parlare con alcuni colleghi sulle evidenze che dimostrano la nostra connivenza e collaborazione con le strategie commerciali dell’industria farmaceutica (mercificazione) o con quelle che mirano a creare una società iper-richiedente e iper-dipendente dall’assistenza sanitaria (medicalizzazione)? In un corso di bioetica la risposta dovrebbe chiaramente essere: da un punto di vista etico, no? Di fatto non mi è per nulla chiaro.

La posizione etica non è una buona posizione per tentare di rispondere a questa domanda. Perché un collega che prescrive un determinato farmaco “me too” (innovazione terapeutica non rilevante; un qualsiasi antagonista dei recettori dell’angiotensina II, per esempio), raccomandato da un gradevole “rappresentante” che conosce da anni e con il quale condivide la scuola di inglese dei figli, e che ogni anno gli paga il congresso della sua specialità, che in più gli propone un “me too” che funziona stupendamente e che probabilmente userebbe anche se non lo invitassero ai congressi, dovrebbe essere poco etico? Nemmeno un collega che accetta che i suoi pazienti si facciano la densitometria del calcagno, offerta “generosamente” da una ditta, per sapere se hanno l’osteoporosi, *e sarà così*, e poi prescrive loro un bifosfonato è poco etico. Nemmeno un altro che dà un appuntamento ogni anno a una signora per rivedere “all’ospedale” delle varici che si impegnano a non guarire, nemmeno questo collega è poco etico; di fatto, per la signora questo collega è un professionista virtuoso.

Dove sta il problema? Il problema potrebbe essere etico in alcuni casi: esistono medici corrotti come esistono idraulici corrotti. Colleghi che volutamente prescrivono uno o un altro farmaco, o cambiano l’antiipertensivo o l’antidiabetico orale ogni tre mesi al paziente pensando alle loro “relazioni” con le ditte; o colleghi specialisti che danno volutamente appuntamenti “facili” per avere l’ambulatorio pieno. Questi casi esistono, ma non sono la maggioranza, e non è difficile identificarli. Però una riflessione di questo tipo non la potremmo generalizzare e pertanto non ci servirebbe per suggerire cambiamenti. Si tratta di una posizione che genera, in maggioranza, reazioni difensive, per nulla mobilizzante.

In molti altri casi vi è semplicemente una mancanza di conoscenze da parte del professionista. La mancanza di conoscenze aggiornate ha senza dubbio una componente etica, ma dobbiamo anche ammettere che l’enorme quantità di informazione clinica sotto forma di linee guida, protocolli, meta-analisi, revisioni sistematiche, raccomandazioni di esperti, pubblicità, ecc... rende sempre più

difficile separare il grano dal loglio, e che anche il medico con le migliori intenzioni può non essere completamente aggiornato su un determinato tema o può semplicemente aver consultato documenti "seri" ma viziati. Continuando con gli esempi, il nostro collega potrebbe ignorare le revisioni sistematiche che non riscontrano differenze importanti tra gli inibitori dell'enzima che converte l'angiotensina e gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina II, eccetto nel prezzo, o l'inutilità di una densitometria del calcagno con alta sensibilità ma bassa specificità. Questa mancanza di conoscenze aggiornate denota una mancanza di etica professionale? Suppongo che dipenda dalle "dimensioni del buco". Certo che credo che la mancanza di conoscenze aggiornate sia un problema, però non solo né principalmente del medico, bensì del sistema di salute, dell'organizzazione che non fornisce adeguatamente ai suoi professionisti gli strumenti di sostegno alla presa di decisioni o l'informazione/formazione continua diretta o focalizzata alle aree di maggiore mancanza di conoscenze.

Esistono senza dubbio casi in cui la collaborazione del medico con strategie mercantili e medicalizzanti si deve a una mancanza di etica (in minor misura) o a una mancanza di conoscenze (in misura maggiore). Però, dal mio punto di vista, il problema che soggiace alla maggioranza dei casi e che forse ci può servire per generare una riflessione mobilizzante è, in realtà, intellettuale. Non sto parlando di mancanza d'intelligenza. E nemmeno di mancanza di formazione. No. Parlo di mancanza di profondità di pensiero. Parlo di incapacità cognitiva per portare a termine un pensiero riflessivo che permetta a questi colleghi di analizzare e criticare le proprie pratiche oltre l'evidenza; oltre la superficie; oltre il lavoro.

Cosa intendo per pensiero riflessivo? Credo che sia la caratteristica più importante dell'agire professionale. Di qualsiasi professione. La differenza tra un lavoro e una professione è che chi esercita un lavoro si preoccupa di dominare il sapere tecnico che deve usare in pratica (razionalità tecnica). Il professionista, oltre al sapere tecnico, deve costruire un'autonomia e un criterio professionale, che va oltre la conoscenza della medicina. Questa costruzione di un criterio professionale è stata anche chiamata "inquadramento" che, riferito alla soluzione di problemi clinici, sarebbe il procedimento mediante il quale definiamo la decisione da adottare, i fini da raggiungere, i mezzi da scegliere; insomma, la costruzione del contesto o del quadro nel quale metteremo in pratica le nostre abilità tecniche.

Per sfortuna, per la nostra mentalità positivista e scientifica, il processo di inquadramento non è un processo tecnico, non dipende dalle nostre conoscenze "scientifiche". In realtà, quando inquadriamo una situazione, spesso siamo più vicini all'intuitivo o all'emozionale che al razionale. Quando inquadriamo una situazione, selezioniamo ciò che consideriamo elementi rilevanti e quali saranno i limiti della nostra attenzione per questi elementi, e ci imponiamo una coerenza che ci permetta di dire che la situazione non va bene e in che direzione la si dovrebbe riorientare. Il professionista è esecutore e allo stesso tempo creatore: isola il problema, lo pone, lo concepisce, elabora una soluzione e ne assicura l'applicazione. La competenza professionale potrebbe essere intesa da questo punto di vista come la capacità di gestire lo scarto tra il lavoro prescritto (norme e protocolli) e il lavoro reale (complesso, individuale, irripetibile), quando le prescrizioni falliscono o non si aggiustano alla realtà. Nei lavori, la parte prescrittiva rappresenta una proporzione maggiore dell'attività che nelle professioni.

Perrenoud, un pedagogista francese, parlando del lavoro di insegnare, molto simile al nostro, scriveva nel 2004: "In teoria, i professionisti sono coloro che meglio possono sapere ciò che devono fare nel miglior modo possibile. Nella pratica quotidiana, non tutti sono costantemente all'altezza di questa esigenza e della fiducia che è loro data. Il grado di professionalizzazione di un lavoro non è un certificato di qualità consegnato senza esame a tutti coloro che lo esercitano. È piuttosto una caratteristica collettiva, lo stato storico di una pratica che riconosce ai professionisti un'autonomia, fondata nella fiducia nelle loro competenze e nelle loro capacità riflessive". Siamo, noi

professionisti della salute, specialmente al giorno d'oggi, all'altezza di queste esigenze, o è possibile che se continuiamo in questo dilemma la società inizi a toglierci parte della fiducia che ci ha dato?

In realtà, il professionista gioca sulla sua capacità di trascendere la sua mera attività tecnica per inquadrarla in un contesto più ampio che gli permetta di dare un significato ai suoi compiti. Tecnicamente, prescrivere antagonisti dei recettori dell'angiotensina II può non essere una colpa, però contestualizzarlo nella necessità di usare i farmaci più efficienti perché con le mie decisioni quotidiane contribuisco alla sostenibilità del sistema sanitario pubblico forma parte di un processo riflessivo che costituisce il nocciolo duro della professione. Allo stesso modo, non inquadrare la richiesta di una densitometria de tallone offerta da una ditta in una strategia di medicalizzazione denota un processo di presa di decisioni superficiale. Nemmeno il nostro chirurgo che dà appuntamento ogni anno alla signora con varici sembra trascendere la mera decisione tecnica per inquadrarla in un gesto che genera dipendenza della paziente da cure specialistiche ("questi sí che sanno"), che delegittima il suo medico di famiglia e che produce attività professionale semplicemente inefficiente.

Perrenoud è un grande critico di questo professionalismo contemporaneo superficiale che pretende di essere legittimizzato solo dal punto di vista scientifico e tecnico: "Buona parte dei professionisti sviluppano la loro pratica da un punto di vista molto egocentrico, fino a trovare in ciò la felicità, o per lo meno un minimo di equilibrio. Mettono in funzione il pilota automatico" Proprio così. È frequente incontrare professionisti della salute che non aspirano a esercitare realmente una professione: preferiscono rispettare un "protocollo", o i procedimenti prescritti, raggiungendo un comodo equilibrio. Un equilibrio nel quale si fa di tutto perché sia confortevole: le richieste dei cittadini consumatori, gli interessi dell'industria, la negligenza dei gestori della cosa pubblica, gli interessi corporativi della professione, ecc.

Esiste sempre più uno scarto tra le strutture (l'organizzazione dell'assistenza, la distribuzione del budget, le condizioni della pratica professionale, gli interessi dell'industria, l'organizzazione delle conoscenze specialistiche, la società medicalizzata), i fini della professione e i bisogni di utenti e pazienti. Di fronte a questi problemi e a questo scarto, i professionisti sono piuttosto soli e possono optare per rinunciare, o per esercitare la propria responsabilità civica ed etica. Il professionista non affronta questi problemi con un catechismo: la posizione e le competenze riflessive non garantiscono nulla, ma aiutano ad analizzare, a fare delle scelte e ad assumerne le conseguenze. La mancanza di autocritica professionale in relazione alla ricerca responsabile di un'uscita dalla crisi economica, o in relazione alla spesa farmaceutica "inutile", sono esempi di mancanza angosciante di pensiero riflessivo tra i professionisti della salute. Se adottassimo una posizione attiva più che "lamentosa" nei confronti della complessità, forse potremmo generare un sentimento di coerenza e controllo degli eventi, e non ci sentiremmo sovrastati dagli stessi come ci succede spesso quando perdiamo l'ambizione intellettuale di dare un senso profondo alla nostra attività.

Assieme alla politica e all'insegnamento, l'assistenza sanitaria è per Freud uno dei lavori impossibili. In questi lavori il fallimento è un risultato che non si può mai escludere; spesso è il più frequente. Passiamo per forza dalla speranza alla delusione. Come salvaguardarsi dagli effetti devastatori di questa alternanza? Non lo so. Però so che non possiamo rinunciare in anticipo al risultato per proteggerci definitivamente dalle delusioni. Tra il cinismo protettore e la fede senza limiti ci sono altre posizioni.

E concludo con Perrenoud: "Esercitare serenamente un lavoro significa sapere con una certa precisione, per lo meno a posteriori, ciò che dipende o non dall'azione professionale. Non si tratta di portare sulle spalle tutto il peso del mondo, responsabilizzandosi di tutto, sentendosi continuamente colpevoli; è, al tempo stesso, non mettersi una benda sugli occhi, percepire ciò che

potremmo aver fatto se avessimo capito meglio ciò che succedeva, se ci fossimo mostrati più rapidi, più perspicaci, più tenaci o più convincenti... Per vederlo più chiaro, a volte si deve accettare di riconoscere che avremmo potuto farlo meglio e capire perché non ci siamo riusciti. L'analisi non sospende il giudizio morale, non vaccina contro la colpa, ma induce il praticante ad accettare che non è una macchina infallibile, a tenere in considerazione le sue preferenze, i suoi dubbi, gli spazi vuoti, i vuoti di memoria, le opinioni adottate, le contrarietà e le predilezioni, e altre debolezze inerenti alla condizione umana”.

E non resisto a citare ancora lo stesso autore: “La pratica riflessiva non ci aiuta specificamente a chiarire un errore strettamente tecnico, ma ci aiuta con una posizione inadeguata, un pregiudizio senza fondamento, un'indifferenza o un'imprudenza, un'impazienza eccessiva, un'angustia paralizzante, un ottimismo o un pessimismo esagerati, un abuso di potere, un'indiscrezione ingiustificata, una mancanza di tolleranza o ingiustizia, di anticipazione o di perspicacia, un eccesso o una mancanza di fiducia, un conflitto d'interesse; in definitiva, atteggiamenti e pratiche relazionate ai pazienti, al sapere, al lavoro, all'organizzazione, ecc”.

E per ultimo, raccomando il fantastico articolo del JAMA del 1999 del medico di famiglia Ronald Epstein, Mindful Practice, dal quale ho ripreso il titolo de questo smisurato e confuso post.

Chiedo scusa.

Abel Novoa

Tradotto da:  
Adriano Cattaneo  
epidemiologo, Burlo Garofolo, Trieste