Il distanziamento imperante ai danni della Medicina di prossimità

In questo articolo si esprime una tesi: il Covid ha solo accelerato tra medici e pazienti il distanziamento. Quest'ultimo ha delle cause precedenti, che l'autore ha cercato di rappresentare con due aneddoti reali e con la presentazione di tre tipologie di moderni distanziamenti che rischiano di minare le colonne portanti della Medicina

Francesco Del Zotti*

Un aneddoto iniziale. Nelle settimane scorse ho insegnato a studenti del VI anno di Medicina, nella aula magna dell'Università. Ebbene gli studenti frequentatori sono stati una trentina, gli altri, un numero imprecisato, seguivano da casa con la "formazione a distanza", e ciò in un periodo abbastanza lontano dalle fasi drammatiche del Covid. Ho anche notato che gli studenti si sono disposti verso il muro finale della grande aula magna, a distanza importante da me, relatore. Motivo per cui ho iniziato la lezione con una rappresentazione: "*Immaginate che io sia il paziente e voi il medico di quel paziente. Cosa direbbe il paziente di un medico che lo invita ad un tavolo lunghissimo ove l'interlocutore è posto all'altro capo di quel chilometrico tavolo*?"
Questa tendenza al distanziamento degli studenti dal relatore era magari presente anche prima dell'epoca informatica; ma oggi è peggiorata anche a causa della voglia di potersi meglio nascondere mentre ci si dedica 'all'intimità del proprio cellulare', mezzo principe di tutti i distanziamenti.
Il distanziamento tra relatore e discenti e tra medico e paziente è ben distante rispetto alla tradizione della Medicina generale (Mg) italiana e ancor di più da quella europea: in vari Paesi europei, ad esempio, i Mmg hanno una piccola scrivania e pongono il paziente non di fronte, ma sul lato corto, a fianco del medico.
Invece, l'attuale prevalere del distanziamento, facilitato dalle varie vie elettroniche, non è una buona premessa per chi dovrà essere sempre più medico della relazione, ancor prima che medico del dato o dell'informazione, che saranno magari gestiti da algoritmi e Intelligenza Artificiale (Ia). La buona relazione è la base di informazioni e 'segreti' essenziali per personalizzare il rapporto e per fornire elementi fondamentali per diagnosi e *management* del paziente.

Il distanziamento elettronico

Il distanziamento fisico, sopra descritto, fa quindi il paio con il distanziamento elettronico sempre più in voga tra pazienti e Mmg. L'avvento della ricetta dematerializzata ha creato una indiretta complicità tra pazienti e medici: si evitano file ambulatoriali e di conseguenza si schivano i contatti, con la segretaria o i Mmg, per il ritiro della ricetta nello studio. Poi, per quel che riguarda la possibile richiesta di visita ambulatoriale o domiciliare non poche volte il distanziamento avviene con la loro sostituzione attraverso la spedizione di un *whatsapp*, *email*, *sms*, al massimo preceduti da una breve telefonata.
È interessante notare che nella iper-tecnologica Germania non hanno dato il via alla ricetta dematerializzata. Il paziente chiede ad un sito criptato del Mmg la ripetizione della ricetta; ma poi si reca in studio per ricevere la ricetta stampata con cui poi va in farmacia. Ciò crea qualche disagio al paziente, ma permette al medico e al paziente di trovare un'occasione per incontrarsi. Nel recente passato il ritiro della ricetta ripetuta spesso avveniva in segreteria, ma non poche volte il Mmg ne approfittava per trasmettere un breve messaggio all'assistito o per apporre sulla ricetta un suo post-it con cui per esempio rammentava al paziente che era tempo di ripe-

*Autore di "La Rete e l'assalto alla Medicina Confidenziale - cause e contromisure"
Direttore di Netaudit (www.netaudit.org)

tere alcune analisi o che non avrebbe firmato la successiva ricetta in mancanza di una visita ambulatoriale a breve. Con la ricetta completamente dematerializzata queste occasioni di controllo o incontro sono saltate.

Distanziamento nella visita in studio

Non è da tacere il distanziamento dovuto alla complessità dell'uso della cartella computerizzata durante la visita ambulatoriale. Vi era già un problema in epoca pre-internet; ma ora, con l'esponenziale tempo dedicato alla tele-burocrazia, voluta da Asl e regioni e Stato, questo distanziamento è in aumento. Cresce, in maniera preoccupante, il rischio di dare solo un'occhiata poco attenta al paziente ed evitare il fondamentale contatto oculare essendo concentrati sul monitor del Pc. Alcune scuole illuminate di Mg all'estero stanno introducendo corsi per ridurre questo rischio. Ad esempio si consiglia di iniziare e finire la visita senza guardare il monitor e di scusarsi, con il paziente, se ci si deve staccare dal contatto visivo per dedicarsi alla parte compilativa nel Pc.

Distanziamento per via tecnologica

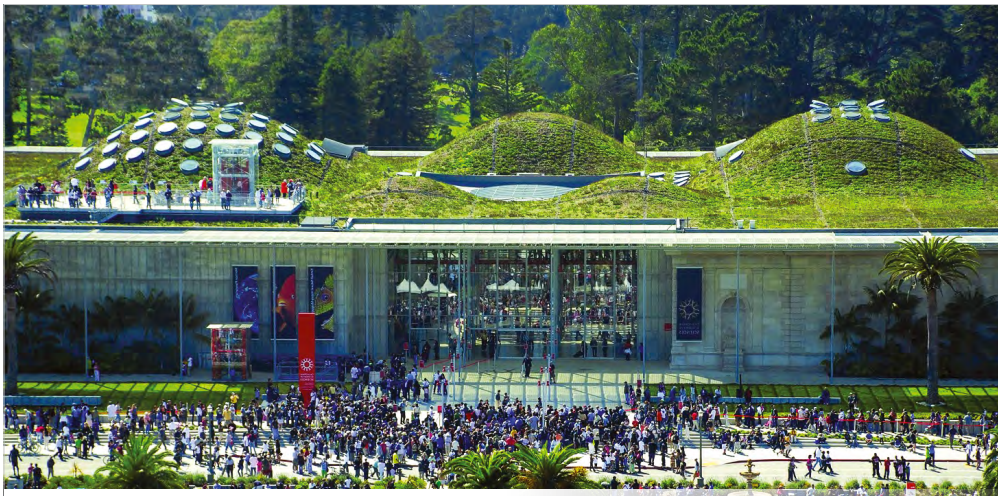
Si moltiplicano i racconti di pazienti che si recano una o più volte in qualche Pronto soccorso, ove, magari per un dolore al torace vengono eseguiti Rx, Tac, esami vari. Il dolore continua e allora i pazienti si rivolgono ad un medico di fiducia che chiede loro: "*Ma al pronto soccorso ti hanno alzato la camicia?*" "*No*" rispondono quasi sempre i pazienti. Ebbene, sollevando la camicia il Mmg si accorge di un chiaro ed esteso Herpes Zoster o lesioni da processionaria o da scabbia, ecc, ecc. In non pochi Ps purtroppo si verifica il distanziamento tecnologico: la tecnologia al posto dell'esame obiettivo, del contatto tra medico e paziente.

Il secondo aneddoto. Pochi giorni fa abbiamo organizzato a Verona un evento prestigioso (*Arena-days*: www.netaudit.org, ultimo numero) sull'audit, la ricerca, i database e relativa protezione dei dati in Mg, alla presenza di tre cattedratici inglesi. In particolare era presente il Mmg e professore a Oxford: il prof **Richard Hobbs**, forse il più importante professore di Mg in Europa. Ai giovani corsisti in Mg era stato chiesto un modesto contributo per l'iscrizione. Non solo: nelle ultime settimane abbiamo eliminato la quota di iscrizione per i corsisti veneti, che tra l'altro non avevano da pagare spese alberghiere e avevano spese di viaggio basse. Nello stesso tempo abbiamo chiesto ai due colleghi universitari coinvolti di invitare due loro specializzandi. Risultato? Il colleghi specializzandi sono stati 4 e sono stati sempre presenti sia al venerdi pomeriggio sia al sabato mattina. I medici del corso di Mg sono stati solo 3 per tutto il Veneto e presenti solo per un tempo parziale. Magari mi sbaglio, ma la sensazione che ne ricavo è che i giovani corsisti, distratti dall'avere subito anche 1.000 pazienti o più durante il corso, si stanno distanziando dall'impegno culturale. E così rischiano di trascurare una storia difficile ma ricca, nata nel 1978, dopo la fine delle mutue. Dal 1978 in poi almeno un terzo dei Mmg italiani ha creato società culturali; cartelle di carta orientate per problemi, nell'epoca pre-computer; cartelle computerizzate; reti di database di Mmg (ad es. Health Search, Netaudit, Netmedica, GPG, ecc).

Conclusioni

Penso venga spontaneo ai giovani medici un pensiero: l'autore dell'articolo parla così perché ha vissuto soprattutto la medicina di prossimità e non si è immerso nella *rete* come noi nativi digitali. Vorrei rispondere che, nonostante una certa età, il sottoscritto continua a gestire un gruppo che vive nella *rete* (Netaudit) e continua a studiare l'informatica, la telematica e con i suoi pregi e non pochi difetti. Non solo: approfondisce la distinzione tra il poco grano dal tanto loglio nella Intelligenza Artificiale. Una prova l'avete nell'applicazione dei programmi simil *chat-gpt* o *gemini* nella composizione di formali ed esatte frasi booleane (utili per gli Audit) , con operatori AND, OR e parentesi al posto giusto (si veda: https://rivistaqq.org/dicembre-2023/). Vi è anche da dire che i nativi digitali, che usano a piene mani la *rete*, i *whatsapp*, le *email* non si rendono conto che rischiano molto di più dei medici di una volta, di quelli pre-internet che facevano furbescamente finta di tenere tutto a mente e non lasciavano documenti scritti. Oggi un messaggio per via elettronica ai pazienti equivale a *scripta manent* e resta a volte come prova che si può ritorcere legalmente contro se stessi.
Il mio pensiero è che la Medicina ha bisogno sia di novità che di continuità e di difesa delle colonne portanti. Se siamo in un gioco a staffetta o siamo ad una nuova olimpiade, il giovane, delegato a continuare il gioco, non deve assolutamente far cadere il testimone

e la fiaccola che derivano da 2.400 anni di storia della Medicina.
Se andate a *Kos*, terra di Ippocrate, vi accorgerete che gli ulivi della sua epoca continuano a produrre olive. Altrettante 'olive' continuano a produrre gli antichi, ma fertili precetti di Ippocrate. La scommessa è quella simile al palazzo delle Scienza a San Francisco di **Renzo Piano**: egli ha unito mirabilmente una struttura iper-moderna (che tra l'altro contiene all'interno un acquario avveniristico, un planetario, una bolla con foresta tropicale) ad un immenso tetto su cui fa crescere un prato e degli orti di antiche memorie, con graminacee che cambiano colore ad ogni stagione.
Solo in questo modo armonioso medici giovani e meno giovani potranno salvare sia la Medicina sia la stessa *rete* che ha estrema necessità di ridurre la quota mercantile-centralistica e aumentare la quota ergonomica e valoriale.



Palazzo della Scienza di Enzo Piano a San Francisco