

Identikit del malato professionista

L'esercizio quotidiano della professione affina le capacità del Mmg nel percepire i mutamenti che caratterizzano le tipologie di assistiti nel corso degli anni e in rapporto ai cambiamenti socio sanitari e assistenziali. In quest'ottica evolucionista attualmente si può delineare un nuovo profilo di assistito nel quale ci si imbatte sempre più spesso e che non si può più definire semplicemente frequent attender, ma un vero e proprio "malato professionista"

Il malato professionista ha più di 45 anni, è spesso donna, non lavoratore o pensionato. I suoi disturbi esistono almeno da 10 anni: si tratta di patologie benigne, curabili, talora guaribili, spesso funzionali o a forte componente psicosomatica. Malato è il modo di percepire la malattia. Non è un semplice frequent attender, è più ostico e con una forte componente psicosomatica. Riesce a instaurare un rapporto anche buono con il Mmg, che è spesso tollerante e molto umano: il rapporto è per metà finalizzato a ripetizioni ricette o richieste di esami strumentali già decise in autonomia dal paziente e per il resto di consulenza e orientamento su sintomi vaghi, supporto psicologico, pareri su referti o consulenze di specialisti. Ne consulta molti. Ama il filone ortopedico-reumatologico-fisiatrico, non manca mai il gastroenterologo e l'endocrinologo. Chiede incuriosito "ma cos'è la visita internistica?". Ama pagare privatamente i medici, meglio se primari.

Di fondo può essere un paziente con una sindrome psichiatrica: un patofobico, un ipocondriaco, un depresso mascherato. Talora farmacofilo, ma più spesso farmacofobico. Ha un disturbo della personalità o spesso un "semplice" e identificabile problema pratico, una qualche spada di Damocle sulla testa. Trascina con sé tutta la famiglia e sviluppa una qualche forma di competenza.

Elabora nella sua mente delle connessioni tra sintomi, conosce tutti gli strumenti di prevenzione, si sottopone pazientemente a gastro e colonscopie, in sedazione sia chiaro. Entra in un circolo vizioso che lo porta a voler risolvere con la medicina il suo proble-

ma esistenziale o il suo sintomo: lo specialista che lo visita pratica medicina difensiva. Ecco che un esame rimanda a un altro, uno specialista rimanda a un altro; apprende nuovi esami o nuove tecniche sperando che finalmente uno tra questi identifichi il problema.

Costruisce nella sua mente un'idea di malattia e cerca conforti scientifici. Riesce a ottenere esenzioni di vario tipo. Sconfina talora con scetticismo, un pizzico di vergogna e curiosità nella medicina omeopatica tanto per provare e perché ha la certezza che non gli farà male.

■ Tra paure e fobie

Il suo Mmg ha rinunciato a trattarlo e prova interventi di orientamento psico-educazionali senza risultati. Questo assistito ha delle acuzie, dei periodi di benessere relativo e delle recidive: il medico concorda e sorride dentro di sé quando il paziente ammette di essere stanco di tutte queste analisi e di volersi riposare un po', perché appunto di un lavoro si tratta, di una professione. La malattia o le malattie diventano un'identità. È il frequentatore assiduo dei centri universitari per ipertensione, menopausa o cefalea.

In genere ha una glicemia di 105 che lo porta ogni 2 mesi dal diabetologo; una sospetta ipertensione arteriosa per cui è seguito da cardiologo, geriatra e internista assumendo un sartano a dosaggio non terapeutico che sospende nei mesi estivi; 237 di colesterolo totale col quale ha un rapporto conflittuale, una normale osteopenia se donna e di frequente soffre di meteorismo intestinale che è anche sino-

nimo, causa o conseguenza - secondo lui - del suo sovrappeso. Convive con insonnia, alitosi, astenia.

Non è in grado di autodiagnosticarsi un raffreddore e non si spiega come sia possibile che non esista una terapia eziologica per questa malattia. Chiede l'ultima settimana di agosto al suo Mmg quando inizieranno le prenotazioni per il vaccino antinfluenzale.

Tranquillizza durante la visita il suo Mmg, se visita su appuntamento, assicurandolo di aver prenotato in tempo per due visite; se il medico visita in ordine di arrivo è il primo o manda il coniuge anche un'ora prima dell'apertura dello studio per tenergli il posto. Odia i farmaci generici e il suo stomaco sopporta poco i farmaci in genere.

Non è un paziente antipatico o scortese; urta il Mmg senza accorgersene, ma nel profondo si fida di lui e lo stima anche sinceramente. È un paziente bisognoso di cure più degli altri, ha bisogno quasi solo di ascolto perché le terapie alla fine le decide lui dopo vari confronti e osservazioni. Ama spesso il giovane sostituto, perché più fresco di studi, più desideroso di affermarsi e interessato ad acquisire la stima degli assistiti e magari a sciogliere il dilemma che altri medici non hanno saputo risolvere.

Il sostituto inesperto, non formato in medicina generale, di fronte a questo tipo di paziente blocca il flusso delle visite anche per un'ora.

■ Portatore di un disagio sociale

Il tipo di paziente che ho descritto è una persona in crisi di identità, ha una malattia per così dire sociale o esistenziale: può essere un nonno

senza nipoti, un padre senza figli, un vedovo o una vedova, una persona non più giovane che è stata costretta a cambiare quartiere o città. È ovvio, sarebbe barbaricamente ottuso sostenere che un figlio, un nipote, un lavoro o un bel quartiere risolvano i problemi e tengano lontani i guai! Ho citato solo esempi, esempi pratici però. Il malato professionista è vittima dei tempi moderni, è una persona isolata, priva di quella rete di legami quotidiani e progetti che fanno guardare al futuro con interesse. Se non credente, trova nel medico di famiglia quasi l'unico appiglio per la ricerca del benessere. In quest'ottica, la caricatura del paziente condotta sin qui non si restringe solo a quei 7-8 casi su 1.500. Sta al medico cogliere la dimensione sociale dei disagi dei suoi assistiti, cogliere cioè il contesto in cui i segni e i sintomi sono riferiti. Un corretto modo di ascoltare e comunicare rende il lavoro in medicina

generale meno ostico e più gratificante, più leggero il peso di una remunerazione non sempre congrua a fronte degli enormi sacrifici sostenuti. Conoscere il paziente fa di un laureato in medicina un medico di famiglia.

■ Il riscatto della MdF

Il riscatto della medicina generale in Italia inizia dalla parte che meno ci piace del nostro lavoro, è lì la nostra forza: sapere di cosa davvero soffrono le persone che assistiamo e la continuità delle cure.

Dire la nostra in sanità a voce più alta è un obbligo del singolo Mmg e del dirigente sindacale. I giovani medici sindacalizzati (35-50 anni), vista l'attuale situazione lavorativa e professionale si aspettano uno sciopero lungo e compatto, accompagnato da una campagna di comunicazione notevole che i vertici sindacali, più ma-

turi, annunciano (e non attuano) con lunghe lettere a: presidenza del Consiglio, Conferenza Stato-Regioni ecc. Prima di sedere ai tavoli del politici cerchiamo però di chiarirci le idee con onestà intellettuale. Il divoratore di inutili prestazioni e farmaci e la medicina difensiva sono figli di un sistema sanitario mal governato soprattutto dagli assessori.

Il malato di professione che si è tentato di disegnare è il frutto e la vittima di un sistema sociale e sanitario governato dall'alto con criteri non scientifici.

Si chieda al medico di fare anamnesi, esame obiettivo, eventuale richiesta di esami, ipotesi diagnostica, impostazione terapeutica, monitoraggio e soprattutto ascolto. Per gestire appropriatamente il comparto sanità si necessita sempre più di un politico che sia profondo conoscitore della medicina pratica, magari medico di famiglia con trentennale esperienza.