

## Le vulnerabilità del medico ammalato

**Ivano Cazzolato**

Medico di medicina generale

Psicoterapeuta

Marcon (VE), AIMEF

*Il medico che si ammala sperimenta su di sé una serie di cambiamenti sul piano personale e su quello della relazione di cura con i pazienti. In particolare il Mmg deve fare i conti con il proprio ruolo professionale che lo espone maggiormente alla solitudine e non gli offre sul piano lavorativo la stessa tutela dei medici dipendenti*

**L'**intreccio tra tecnologia ed emotività, nel senso di una ricerca di umanizzazione sia della medicina in generale che del ruolo del medico, è ancora un privilegio per pochi.

Spesso l'incontro con la malattia che lo stesso medico sperimenta su di sé induce in lui una serie di cambiamenti sul piano personale e su quello della relazione di cura con gli assistiti.

Come il medico percepisce la propria malattia e come egli darà corso e significato alla propria vita da lì in poi, attiene non tanto alla professione intrapresa, quanto, invece, a un percorso personale maturato nell'ambiente familiare, sociale e al mondo dei valori incontrati e fatti propri durante tutta l'esistenza.

La malattia come demarcazione tra un mondo - quello dei sani, dei puri, degli immacolati, degli immortali, della fisicità esibita - in contrapposizione all'altro mondo fatto di paure, di solitudine, di rabbia, di fisicità nascoste, di corsie di ospedali anonime e affollate, della ricerca di un sorriso, di uno sguardo e di una complicità dell'altro. L'altro è quello che cura, spesso assente o distratto, assorto nelle sue carte, nei suoi pensieri, nei suoi calcoli, nella sua fretta, dove spesso la scrivania, se non basta la malattia, aiuta a separare. È separato il sano dal malato, quello che cura da quello che, impaurito, si siede di fronte, su quella sedia e scopre nonostante il suo metro e ottanta, che è diventato improvvisamente piccolo quanto un pulcino. La voce gli si strozza in gola eppure tenta di gridare e cerca l'attenzione del dottore,

ma quello non lo vede proprio, non lo sente, quello ha fatto entrare nel suo studio non la persona, ma l'adenocarcinoma del sigma.

### ■ La Signora Onnipotenza

Quando è il dottore a chiamarsi adenocarcinoma, cosa accade? Accade che diventi persona ed entra in contatto con quelle emozioni lasciate, magari per tanto tempo, fuori dalla porta. Nella sua sala d'attesa, un po' scalpitanti, attendono, infatti, la Signora Rabbia, la Signora Paura, il Signor Dolore che indossa un vestito rosso sgargiante, la Signora Ansia, il Signor Smarrimento, la Signora Solitudine, la Signora Incredulità, la Signora Negazione, la Signora Nostalgia e tanti altri ancora. Eppure, pareva non ci fosse nessuno, quando il medico malato ha aperto la porta. Forse quel pallone gonfiato della Signora Onnipotenza, sempre in piedi sull'uscio davanti alla porta dello studio con tutta la sua mole, gli ha impedito di notare quella folla. Per molto tempo, ha pensato di avere la sola compagnia della Signora Onnipotenza. Erano diventati amici, accidenti. Con lei ci si sentiva forti, invincibili. Quante cose in comune: un po' di arroganza, un po' di spocchia, un po' di superficialità, un po' di egoismo, un po' d'indifferenza, un po' di fretta.

### ■ I profili

Da una ricerca recente di "ATTIVE-comeprima Onlus" e Fondazione AIOM, Roche e Fondazione Cari-

pio, che per la prima volta in Italia analizza l'esperienza di chi vive la doppia condizione di medico e paziente, nello specifico, dei medici colpiti da tumore, sono emersi due profili di medici "malati": il profilo A e B. Il primo contiene in modo rilevante più medici ospedalieri, al gruppo B appartengono più medici di famiglia.

Il 60% dei medici intervistati ritiene che il rapporto con i pazienti sia cambiato rispetto a com'era prima della malattia, ma solo la metà o poco più ritiene che il cambiamento sia stato significativo. Secondo l'indagine i medici appartenenti al gruppo A manifesta un forte orientamento, umano e terapeutico, a includere la malattia nella storia e nella vita delle persone, piuttosto che considerare le persone per la malattia che hanno.

Nel gruppo B i cambiamenti nel rapporto col paziente appaiono pallidi o del tutto inesistenti. Possiamo quindi aspettarci che i loro pazienti non osserveranno alcun mutamento particolare nella relazione di cura.

Mi chiedo se al medico sia necessario ammalarsi per prendere contatto con le proprie parti emotive e se solo dopo quell'esperienza cominci a usarle.

Il canale emotivo, nell'efficienza della formazione universitaria, è negato, inibito, nascosto, escluso e qualche volta perfino deriso. Così i giovani che escono dall'università sono preparati ad affrontare la malattia, ma rimangono storditi di fronte alla persona e al suo mondo interno. Essendo spaventati, i giovani medici si difendono, negando

quel mondo: mettono in atto quanto è stato loro insegnato.

Malattia come demarcazione, ma anche come isolamento. Se ad ammalarsi è un medico ospedaliero è forse più facile accedere alle cure, ai colleghi conosciuti da sempre, alle terapie anche sperimentali. Un medico di famiglia può essere più penalizzato, più solo. È l'ospedale il tempio della cura per eccellenza.

### ■ Le paure del Mmg

C'è poi un'altra questione delicata: la paura di perdere il posto di lavoro, i pazienti. Il medico ospedaliero ha, a questo riguardo, garanzie che il medico di famiglia, nonostante l'esistenza di un'assicurazione, proprio non ha. Il suo rapporto di lavoro è rapportato al numero di scelte ed è plausibile che si spaventi, specie se la malattia è visibile. È facile che egli si chieda: "Mi abbandoneranno i miei pazienti? Dovrò trovarmi un sostituto per un lungo periodo di tempo? Come potranno fidarsi di un medico ammalato?" E se la malattia non è visibile, converrà tenersi il segreto o rivelarlo ai pazienti? Come potrebbero reagire nell'uno e nell'altro caso?

C'è poi un'altra situazione da affrontare in parallelo, quando il medico di famiglia si ammala, per esempio di cancro: il lavoro quotidiano che deve fare i conti con la propria sofferenza fisica, psichica, emotiva. Con quale spirito potrà affrontare il quotidiano con i suoi assistiti?

Dobbiamo avere il coraggio di affermare che il quotidiano è rappresentato per una percentuale sempre più crescente di persone spaventate dal raffreddore, impaurite dalla sola idea di ammalarsi, insospettite all'influenza se questa dura più di tre giorni, persone che chiedono certezze sulla salute al medico "onnipotente". Per queste persone non stiamo facendo nulla per aiutarle a collocare le loro paure nell'alveo della normalità. Queste persone finiscono per irritarci, su-

scitare in noi occasioni di conflitto, sentimenti di rabbia e di frustrazione. Ce la prendiamo con chi, in realtà, non ha responsabilità alcuna se non per essere il frutto di quella medicina salvifica e onnipotente che da anni contribuiamo a sostenere.

Scrivono Umberto Galimberti: "Noi viviamo nell'ambito della tradizione giudaico-cristiana e non sappiamo affrontare la morte se non affidandoci a speranze ultraterrene. Abbiamo un concetto molto alto di noi, meritevoli d'immortalità". "La saggezza greca insegna: "Chi conosce il suo limite non teme il destino".

Il lavoro del medico di famiglia è fatto anche di burocrazia, davvero tanta, di budget, di pastiglie contate come biglie perché il paziente non ne faccia scorta. Stiamo andando verso la mercificazione della medicina: è importante prima di tutto la spesa sanitaria, tracciata da direttori generali potenti, di nomina politica, che hanno finito per aziendalizzare la salute come una fabbrica di televisori che, usciti dalla catena di montaggio, sono tenuti insieme da tanti pezzi e fili collegati, ma non è previsto abbiano anche anima. E che dire di tutti i primari nominati dai politici indipendentemente dalla loro competenza?

### ■ Che fare?

Quali possibilità, quali garanzie, quali opportunità, quali proposte per un medico che si ammala? Penso siano importanti poche cose ma efficaci.

**1.** Accelerare il lavoro di gruppo tra i medici di famiglia, perché il gruppo stesso possa diventare una risorsa anche quando il medico si ammala, per fargli sentire meno l'isolamento e la solitudine.

**2.** È auspicabile che nel percorso universitario lo studente di medicina possa avere l'opportunità di prendere contatto con il dolore e con la morte, prevedendo un tirocinio anche presso gli hospice. Galimberti, a questo proposito scrive: "Il medico, nel corso della sua preparazione universitaria e specialistica, non

è mai a contatto con l'uomo, ma sempre e solamente con il suo "organismo" per cui se è capace di cogliere il "male" che è un elemento oggettivo, può faticare a capire il "dolore" che è un tratto soggettivo, e ancor più l'angoscia di menomazione o di morte che è il nucleo più profondo della soggettività di ciascuno di noi. Nell'Ottocento chi si laureava in medicina doveva aver seguito due corsi di filosofia per capire chi è l'uomo. E proprio frequentando quei corsi il medico Sigmund Freud ebbe l'intuizione della psicanalisi e della psicosomatica, e il medico Karl Jaspers rivoluzionò la psichiatria sostituendo al ricorso esclusivo della pratica farmacologica la pratica della comprensione biografica".

**3.** È meglio investire più sulla qualità del tempo piuttosto che sulla quantità, strombazzata ai quattro venti come un vessillo dal politico di turno.

**4.** I sindacati medici dovranno essere investiti di responsabilità atte a contrastare la mercificazione della medicina che antepone la questione economica ai veri bisogni della persona. I sindacati di categoria devono chiedersi, nella relazione tra malattia del medico di famiglia e scelte acquisiste, come tutelare la persona. Una rilevante quanto possibile riduzione delle scelte, durante la malattia o la convalescenza del medico, possono mettere il medico e la sua famiglia, in seria difficoltà. Sappiamo tutti quanto l'assicurazione copra per un tempo limitato e in modo parziale, la malattia. Esiste una sperequazione di trattamento in questo senso tra medico di famiglia e ospedaliero che va sanata.

**5.** Perché non prevedere la possibilità di un sostegno psicologico per il medico che si ammala, da parte degli stessi Ordini? La facoltà di psicologia dell'Università di Padova, per esempio, lo prevede in generale per i propri dipendenti;

**6.** Umanizzare il percorso di cura, significa prendere contatto con le proprie emozioni, accettarle, usarle, senza aspettare di essere sopraffatto da una malattia, per riuscire davvero a mettersi in ascolto.