

Da “LA RIVIERA”, Domenica 23 marzo 2008

IN MEDICINA NON ESISTONO NEGOZI DI “PRÊT-À-PORTER”.....

“Se è difficile fare il medico non è neppure facile fare il paziente”.

Fare il medico oggi richiede notoriamente un curriculum di studi, una lunga pratica, aggiornamenti, « stages » ed uno studio ininterrotto. Negli Stati Uniti si ritiene che un sanitario degno di tale nome, dopo cinque anni che non si aggiorna non è più in grado di fare convenientemente il medico. Certo, la medicina accresce giorno per giorno le sue conoscenze e tenervi dietro comincia ad essere sempre più faticoso e complicato anche per il più solerte e coscienzioso dei medici, specie per quelli che affrontano la medicina generale che, per definizione, spazia in tutto lo scibile medico.

Le cose poi si complicano se solo si considera che, anche nei centri clinici più accreditati ed organizzati, malgrado l'ausilio delle tecnologie diagnostiche sempre più sofisticate, in un'alta e significativa percentuale di casi, non si riesce a raggiungere una vera diagnosi che rimane l'obiettivo primario di ogni buona medicina.

In tale oneroso compito, l'uso del computer e di internet, attraverso collegamenti a siti professionali di banche dati, consente al sanitario che vuole restare sempre al passo con i tempi, di fugare eventuali dubbi ed approfondire specifiche tematiche. « Capire » la malattia contro cui si combatte, anche se, come visto, non è sempre agevole, comporta un percorso, un iter diagnostico, a volte lungo e faticoso, al termine del quale si può ragionevolmente impostare una terapia mirata.

Troppo spesso, però, si sentono frasi come ad esempio - il mio medico mi ha (non mi ha) indovinato la malattia - facendo pensare ad un sanitario che, attraverso una sfera di cristallo e con un atto divinatorio, abbia identificato (o meno) il malanno. Non è raro poi che un malato ambulatoriale si lamenti che il sanitario sia passato rapidamente alla prescrizione senza “visitarlo”, o magari gli “ordini” i farmaci anche per telefono. Sicuramente, in alcuni casi, può essere biasimevole tale atteggiamento, anche se le motivazioni di tali comportamenti, spesso sono più « complesse » di quelle che possono apparire a prima vista. La pletera di malati da visitare, le sfibranti e logorroiche lamentele caratteriali di alcuni pazienti, le tante persone costituzionalmente ipocondriache che temono di avere ogni giorno una nuova malattia, gli affezionati incondizionati delle medicine, sono tutti elementi che possono essere portati, a torto o a ragione, come delle attenuanti generiche per giustificare il comportamento a volte troppo frettoloso del medico.

E' pur vero che, quanto meno nella medicina di base, il sanitario si occupa di pazienti che conosce da anni e che quindi non necessitano, in genere, di grandi investimenti in termini di tempo da consacrare loro ad ogni consultazione.

Non si può però sottacere che l'ammontare del tempo dedicato ad un malato può essere importante se non, a volte, rivelarsi decisivo per arrivare ad una corretta diagnosi. Infatti non sempre si riesce a capire in tempi brevi, anzi non è infrequente che un dettaglio riferito, quasi per inciso, dopo una lunga ed accurata anamnesi (ovvero tutte le informazioni mediche passate e presenti del malato) può, come d'incanto, squarciare il velo dell'ignoto fornendo su un piatto d'argento la chiave del rebus diagnostico o, per lo meno, assicurare un orientamento utile per la programmazione di ulteriori e più mirati approfondimenti strumentali con ovvio beneficio, non solo per il malato, ma anche per l'esauste casse del servizio sanitario. Specie nei casi in cui i sintomi possono far pensare indifferentemente sia a patologie di natura “organica” che a disturbi di tipo “funzionale”, come ad esempio nei disturbi

da somatizzazione dell'ansia, l'amletico dubbio può non essere di sicura, rapida ed estemporanea soluzione.

Una raccolta minuziosa dell'anamnesi particolarmente attenta alla sequenza temporale di comparsa dei sintomi e segni clinici unitamente ad un esame fisico accurato, rappresentano il giusto viatico per imboccare col passo giusto il cammino diagnostico.

Occorre, inoltre, fare molta attenzione al vero significato di alcune parole "fantasiose" o "tecniche" usate troppo spesso da alcuni pazienti per descrivere impropriamente i loro malanni.

Ad esempio, dietro la generica lamentela di un comune « giramento di testa » possono nascondersi dei sintomi tra i più disparati e proteiformi che a volte sono banali mentre in altre occasioni, purtroppo, possono non esserlo affatto.

Il medico deve quindi capire i termini usati dalla persona che ha davanti comprendendone le espressioni, o per meglio dire, il reale significato che il paziente attribuisce loro, e, nel dubbio, aiutarlo ad esplicitare compiutamente il suo dire.

Il sanitario in un certo qual senso deve operare come un "detective", mettendo insieme tutti gli indizi come le tessere di un puzzle, che se opportunamente raggruppate ed incastonate, potranno condurre alla corretta rappresentazione del "quadro" clinico.

Può succedere però che anche là dove si fa cultura medica universitaria, la cartella clinica che racchiude l'anamnesi viene a volte considerata una « courvée » barbosca e viene troppe volte "affidata" a studenti ancora inesperti per cui le informazioni possono risultare troppo risicate e superficiali e non raramente inesatte e contraddittorie.

Recentemente, raccogliendo la semiologia epilettica (sequenza dei segni e sintomi presentati cronologicamente durante la crisi comiziale) di un malato e confrontandola con quella rilevata da un'altra cartella clinica proveniente dal Nord Italia, alla fine, si aveva l'impressione che si avesse a che fare con due pazienti diversi.....

Mi viene, a tal proposito, un bonario e spontaneo sorriso pensando ad una nostra anziana conterranea dell'entroterra che sapeva esprimersi solo in un dialetto molto stretto e colorito; si era recata invano a Milano presso una prestigiosa clinica per un problema non banale che, alla fine, si è potuto "dipanare" ma solo al prezzo di prolungati e sfibranti interrogatori con l'aiuto dei figli emigrati che fungevano da "interpreti".....

Quante volte, di fronte a dati clinici scritti a mano in una grafia che metterebbe a dura prova anche le capacità e la pazienza di un esperto calligrafo, il medico, seppur animato dalle migliori intenzioni di decifrare il caso, è costretto ad arrendersi.

Purtroppo, questa banalizzazione dell'anamnesi conduce ad un insegnamento distorto per i futuri medici, lasciando passare il messaggio, non tanto subliminale, che basta la diagnostica strumentale (ovvero ecografie, T.C., R.M. etc.) a chiarire la diagnosi, mentre la raccolta delle informazioni cliniche è solo una formalità ed una perdita di tempo.

Ma se è vero che non è facile riuscire ad essere sempre un "buon medico", è altrettanto vero che non è neppure facile o scontato riuscire ad essere sempre un "buon paziente".

Basti pensare a quella tipologia di malato che assume un atteggiamento passivo e che non fa alcuno sforzo per riferire convenientemente i propri disturbi, dando al sanitario la sgradita impressione di dover piuttosto fare il "pediatra neonatologo".

Questo tipo di paziente ritiene che andare dal medico sia come consultare la "Sibilla Cumana": -Io sto male, a voi di darmi il responso e le cure-.

Invece di pensare a come esporre adeguatamente i propri disturbi, non è infrequente che si preoccupi maggiormente di convincere della gravità dei suoi malanni e della grande sofferenza fisica o morale che essi gli cagionano, a volte quasi per paura di non essere sufficientemente creduto o preso sul serio.

Troppe volte la storia clinica viene esposta in modo confusionario, attardandosi su particolari di nessuna importanza e trascurando magari quello che ha un reale interesse clinico. Per non parlare poi di quei, per fortuna, rari malati che appaiono quasi reticenti ed insofferenti ad un interrogatorio pianificato, e che, a mala pena e a denti stretti, si trattengono dal dire apertamente che un buon medico deve capire subito le cose.... perchè se insiste a fare domande vuol dire che non ha ancora capito niente

In queste circostanze è superfluo, anzi controproducente, provare a spiegare che riportare fedelmente una storia clinica è nel loro stesso interesse.

Trattandosi, in ogni caso, di persone malate e sempre meritevoli di umana comprensione, occorre compatire e cercare con pazienza e rassegnazione di fare del proprio meglio.

Raccontare una malattia è come fare un buon tema di italiano : non bisogna andare impreparati, bisogna avere sempre con se il vocabolario (cartelle cliniche, esami, dati radiologici etc.), occorre rispettare la traccia senza voli pindarici, non saltare di palo in frasca, e non mescolare il passato col presente rispettando la cronologia degli eventi ed evitando di usare frasi e termini tecnici di cui non si conosce con esattezza il vero significato.

Sebbene possa apparire anche sorprendente, non è raro incontrare qualcuno che soffre da tantissimi anni di frequente cefalea ma che pur tuttavia ha un'enorme difficoltà a riportarne le caratteristiche più salienti, come ad esempio l'epoca di comparsa del dolore, la sua durata, l'eventuale carattere pulsante, il tipo di insorgenza lenta o rapida, tutti elementi che costituiscono le informazioni più basilari per giungere ad una corretta diagnosi differenziale. Spesso questo paziente appare sfiduciato e dice di avere provato diverse medicine senza alcun risultato. A volte è illusorio chiedere quali sono stati i farmaci assunti da cui non ha tratto alcun beneficio o che addirittura hanno potuto cagionare degli effetti collaterali. Si sente spesso rispondere sdegnosamente che di questi farmaci non se ne vuol più sentir parlare perchè ha buttato tutto nella spazzatura, con l'espressione di chi, aspettandosi un plauso per il suo risoluto operato, conta soprattutto sulle capacità taumaturgiche del nuovo sanitario che saprà, lui sì, dare le medicine giuste.

Ed è allora troppo tardi per ricordare che, quando si è nel labirinto della malattia, occorre mantenere meticolosamente la traccia delle strade terapeutiche già percorse invano perchè, in caso contrario, si rischia di ripercorrerle, ad insaputa, nuovamente, considerato anche che uno stesso principio farmacologico può avere diversi nomi commerciali...

Può non essere superfluo sottolineare che, a volte, per certe malattie, sebbene correttamente diagnosticate, bisogna « provare » in modo ragionato tutta una serie di terapie per giungere infine a selezionare quei farmaci che si riveleranno efficaci per quel determinato individuo senza, se possibile, indurre effetti collaterali. Non esistono farmaci cattivi o buoni o “troppo forti”: se sono in commercio significa, generalmente, che molti li utilizzano con beneficio e soddisfazione. Il difficile è dare il farmaco giusto alla persona giusta.

E' molto probabile che, in un futuro non lontano, la prescrizione terapeutica potrà avvalersi anche della conoscenza del profilo genetico del singolo individuo e quindi della sua “compatibilità specifica” per quel particolare farmaco. In attesa che questo

accada e ogni qual volta la particolare patologia lo richieda, non rimane, al momento, che continuare a effettuare, con la dovuta cautela, le prove terapeutiche nei modi e nei termini imposti dal rigore della metodologia scientifica; l'obiettivo rimane sempre quello di giungere alla terapia più adatta, quella che calza a pennello come un vestito "cousu-main".

Il medico, come il sarto, dapprima prende le misure, disegna il modello, taglia la stoffa, la imbastisce, fa provare il vestito e dopo le eventuali ed opportune rettifiche arriva alla confezione definitiva, ovvero al farmaco giusto e con il dosaggio opportunamente rapportato alla gravità della malattia di quella specifica persona.

In medicina non esistono negozi di "prêt-à-porter".....e, se è difficile fare il "medico", non è neppure facile fare il "paziente"....

antoninomusolino52@gmail.com