

CI, studente di medicina di 22 anni, si presenta dall'urologo per disuria (dolore a urinare). È stato inviato da un medico che l'ha visitato all'ambulatorio per gli studenti. Non ha perdite dall'uretra, piuria (pus nelle urine) o fattori di rischio connessi a infezioni sessualmente trasmesse. I sintomi si presentano in modo irregolare, un paio di volte a settimana.

“Immagini di lavorare in ortopedia” mi chiesero all'esame. “In sala operatoria utilizza trapani ortopedici che generano aerosol con frammenti di ossa e sangue; tratterebbe pazienti con l'aids?”¹ Un modo raffigurato per porre questo interrogativo, ma certamente non l'unico. Era una domanda comune nei colloqui per entrare a medicina nell'inverno del 1989-1990. L'hiv rappresentava una minaccia per la salute dei medici. Vi erano stati dei casi in cui dei professionisti sanitari avevano contratto da aghi infetti questo virus, che ai tempi era quasi sempre fatale. Nel mio immaginario l'infezione da hiv rappresentava l'unico modo in cui la mia scelta di

Questo lavoro potrebbe davvero uccidermi

Anche i medici sono pazienti

Adam Cifu
Medico internista
University of Chicago
medicine

carriera avrebbe potuto impattare la mia salute e la mia attitudine verso di essa. Avevo pietosamente torto.

L'impatto iniziale di una carriera da medico è banale e quasi umoristica: gli studi di medicina praticamente garantiscono un caso di *second-year-itis* (“studentite del secondo anno”). Questa sindrome, che mi piacerebbe soprannominare “disturbo somatoforme specifico degli studenti di medicina”, o M3SD, si manifesta sotto forma di studente di medicina ansioso e convinto/a di avere sviluppato una malattia che ha studiato di recente.

CI era un mio compagno di corso. Era uno studente diligente e di recente aveva passato l'esame di microbiologia con il massimo dei voti. Aveva preso appuntamento all'ambulatorio per gli studenti per via di un sintomo fastidioso: la disuria. Nonostante l'assenza di perdite dall'uretra, fattori di rischio connessi a infezioni sessualmente trasmesse e l'irregolarità dei suoi sintomi, era certo che si trattasse di uretrite causata da clamidia. Il dottore che l'aveva visitato gli aveva fatto un esame della prostata, aveva preso un campione di urina e gli aveva fatto un tampone uretrale. Tutti gli esami avevano esiti normali. CI era poi stato mandato da un urologo per fare dei test diagnostici. Questo aveva fatto un'anamnesi accurata e aveva stabilito che i sintomi di CI si presentavano solo di martedì e di



venerdì pomeriggio. Dopo qualche indagine era emerso che in quei giorni pranzava da Maruym, un ottimo ristorante mediorientale situato di fronte al suo condominio e famoso per un piatto di pollo agliato e generosamente speziato.² Quando poi CI aveva mangiato dei pasti meno speziati, i suoi sintomi si erano risolti.³

Nel tempo gli studenti di medicina superano la M3SD. Quando ho smesso di immaginarmi costantemente affetto da nuove patologie, ho riscoperto un senso adolescenziale di immortalità. Nulla al mondo ti fa sentire invincibile quanto il poter godere della buona salute che la gioventù offre mentre si è circondati da malattie e morte. Gli specializzandi, infatti, continuano a rimanere in salute, protetti dalla propria età, condizione fisica e rete di supporto. Quando si ammalano, la loro giovane età tendenzialmente garantisce loro diagnosi benigne e la guarigione li rende ancora più sicuri della propria costituzione forte.

Nel corso del tempo la mia conoscenza medica ha alimentato il mio senso di indistruttibilità. Con il crescere della mia pratica clinica, riconoscevo quanto le patologie che più temevo fossero rare. Questo calcolo di “probabilità pre-test” è diventato parte del sistema di pensiero base del medico tirocinante. Ci permette di pensare al tic all’occhio e alla poliuria come conseguenze dell’eccesso di caffeina piuttosto che come il primo sintomo di un tumore al cervello che causa diabete insipido. I pazienti che vediamo arrivano aspettandosi il peggio, hanno consultato Google per cercare i propri sintomi e si sono fissati sulle eziopatogenesi più agghiaccianti. La nostra capacità di placare queste paure con spiegazioni accurate sulla causa reale, spesso innocua, ci porta a sentirci sicuri nella nostra padronanza della diagnostica. Associamo quindi la nostra padronanza dell’arte diagnostica alla padronanza delle malattie stesse.

Una conseguenza occasionale delle nostre illusioni di impenetrabilità è il diniego. Diventa impossibile immaginare che un dolore prolungato, una tosse fastidiosa o

una dipendenza possano costituire qualcosa di grave. Molti medici durante i propri studi non hanno un medico e ogni tanto si prescrivono da soli gli antibiotici oppure chiedono ad amici e colleghi.⁴ Conosciamo tutti la storia del collega dottore che ha aspettato troppo tempo prima di consultare un medico per quelli che, a posteriori, erano ovvi campanelli d’allarme. Quanto a 30 anni mi è stata diagnosticata una malattia cronica, mi sono reso conto di un altro vantaggio della carriera che avevo scelto. Avevo compreso bene la diagnosi (anche se passavo tutti i giorni a cancellare il pensiero che si trattasse di qualcosa di molto più grave) e sapevo chi dovevo vedere. Dopo un paio di chiamate sono riuscito a prenotare una visita in pochi giorni. Questo tipo di accesso è un qualcosa che le persone esterne all’ambiente medico non si possono neanche sognare, indipendentemente da quanto siano ricche e abbiano una buona assicurazione o dei contatti.

Questo mostra un altro vantaggio: la ricchezza. Ovunque nel mondo il più grande fattore associato a una cattiva salute e a una ridotta aspettativa della vita è la povertà. Ogni anno di studio in più garantisce al giovane medico la certezza di avere un lavoro, un’assicurazione medica e un certo livello di benessere per tutta la vita. Con l’avanzare dell’età (e delle diagnosi da aggiungere alla propria lista di problemi)

Nel corso del tempo la mia conoscenza medica ha alimentato il mio senso di indistruttibilità

la sicurezza del medico riguardo la propria salute eterna inizia a scemare. I nostri giovani colleghi sono rimpiazzati da uomini e donne dai capelli (se ci sono) grigi. I pazienti dei nostri ambulatori che una volta consideravamo “anziani” ora hanno la nostra età. All’interno e all’esterno della nostra pratica clinica vediamo che effettivamente i nostri coetanei si ammalano gra-

vemente. A questo punto la nostra conoscenza medica ci rende sgradevolmente consapevoli di quello che ci attende.

Di questi tempi tutta la sicurezza che mi ha permesso di attraversare fischiettando il camposanto (il mio lavoro) se n'è andata. Ora è come se stessi camminando in punta di piedi su un campo minato. Quando comunico a un paziente una diagnosi devastante, mi faccio le tipiche domande della persona sana che l'ha scampata: "Perché non è capitato a me?". La mia crescente conoscenza della patogenesi mi ricorda che qualsiasi nuovo trauma o lieve disabilità potrebbe facilmente accompagnare il resto dei miei giorni, che ora non sembrano essere affatto infiniti. Tento di considerare questa consapevolezza come una sorta di regalo che mi permette di vedere i miei dolori e acciacchi in prospettiva e di apprezzare appieno la mia salute. Cerco di notare i giorni in cui *tutto* sembra andare bene.⁵

Noi medici anziani diveniamo una tipologia speciale di paziente: il paziente dottore. Nonostante l'invidiabile accesso alle cure di cui godiamo grazie alla nostra professione, è difficile trovare il medico giusto. È raro che un dottore cerchi di (e tantomeno riesca a) prendersi cura di vecchi medici esperti e (spesso) pieni di opinioni. Tuttavia, quando si trova un dottore del genere, la gestione collegiale e collaborativa della propria salute può essere molto soddisfacente e si instaura una relazione davvero speciale.

Oltre agli aneddoti dei colleghi, non aggiungo molto altro in supporto a quanto ho scritto. Abbiamo studi su argomenti come il burnout, le problematiche relative alla salute mentale e il tasso di suicidio, ma la raccolta sistematica di dati riguardanti la prospettiva dei medici sulla propria salute e sulla frequenza con cui vedono un dottore è limitata. Probabilmente è vero che siamo più in salute rispetto alla popolazione generale, ma non tanto quanto pensiamo di esserlo.

La maggior parte degli studenti sa che entrando in medicina accetta un certo livello

Forse la ricompensa meno riconosciuta che la professione medica regala è l'abilità di comprendere la propria salute e il proprio benessere

di rischio nel trattare persone potenzialmente infette o violente. Riconosce anche che si deve preparare ad affrontare quasi un decennio (come minimo) di privazione del sonno. Credo che pochi di noi comprendano i modi subdoli, ma profondi, in cui la professione inciderà sulla propria salute. Il settore che abbiamo scelto ci impegna troppo nella gestione della salute di completi sconosciuti e altera il rapporto con la nostra salute. Si inizia con un livello di preoccupazione ossessivo e quasi comico che negli anni diventa un senso di invincibilità e padronanza, per poi raggiungere solo alla fine tranquillità e riconoscenza. Forse la ricompensa meno riconosciuta che la professione medica regala è l'abilità di comprendere la propria salute e il proprio benessere. ▲

Questo articolo è la traduzione del post di Adam Cifu pubblicato su Sensible Medicine con il titolo "Friday Reflection 12: this job just kill me". Per gentile concessione di Sensible Medicine.

Note

¹ Per chi di voi gioca da casa, la risposta corretta era: "Sì, con precauzioni universali".

² Ho fatto delle ricerche su questo punto e nella letteratura scientifica: non esistono evidenze sul fatto che i metaboliti dell'aglio irritano l'uretra. Si tratta quindi di un *case report* in attesa di essere scritto o di un altro esempio di effetto placebo di una insinuazione ben proposta.

³ Non per rompere il filo del racconto ma amo così tanto queste storie che ne voglio aggiungere un'altra. Una volta una collega è andata da un oncologo perché da una settimana si sentiva stanca e aveva i linfonodi ingrossati. Si era autodiagnosticata (erroneamente) un linfoma, ma la diagnosi dell'oncologo (quella corretta) era di mononucleosi. Quel che rende la storia memorabile è il modo in cui la mia collega aveva contratto l'infezione. Aveva fatto da baby sitter alla figlia dell'oncologo che era a casa malata con, indovinate un po', la mononucleosi.

⁴ Questo nonostante il proverbio di Osler secondo cui un medico che curi sé stesso ha un matto per paziente.

⁵ È un'osservazione tra me e me. Immagino che non interessi particolarmente a nessun altro.