

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

*Medico di famiglia - Venezia
Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine*

Lunedì

Conosco la signora da molti anni, adesso è accudita da una badante e quando vado a visitarla la trovo seduta in poltrona di fronte alla televisione. Il mondo dei grandi anziani è quello della televisione, le giornate scorrono lente e si ripetono uguali l'una all'altra. Il tempo ha una dimensione diversa, non è lo stesso di chi ha cose da fare, obiettivi e traguardi. La riprova che il tempo è una variabile assolutamente relativa. "Buongiorno Antonia, sono venuto a farle il vaccino per l'influenza", "Bene, grazie. Come stai dottore? Hai figli?", "Sì uno, ha trent'anni", "Trenta anni?! Allora è proprio tanto che non vieni a trovarmi".

Martedì

La faccia è quella della "commedia dell'arte", in un napoletano stretto, che faccio fatica a comprendere, mi dice: "Dottore, il mio principale si è ammalato, non possiamo lavorare, mi da per cortesia un paio di settimane di malattia?". Quando ho provato a spiegarli che le cose non funzionano così, la faccia si è fatta minacciosa, se ne è andato imprecaando sbattendo la porta.

Mercoledì

Su la "Lettura" inserto settimanale del "Corriere della Sera" di domenica 26/10/2017 c'è un articolo interessante di Giuseppe Remuzzi dal titolo "Sorpresa, Marx giova alla salute. Il capitalismo un po' meno". Nell'articolo si riportano autorevoli opinioni e scritti a sostegno di un sistema sanitario di tipo socialista. Ken Rogoff, economista del Fondo Monetario Internazionale, sostiene che la disputa fra capitalismo e socialismo dovrà presto fare i conti con la difesa della salute e l'aspettativa di vita. Nell'articolo si ricorda come già Arnold Relman, per moltissimi anni *editor* del *NEJM* abbia criticato la

nuova industria della salute che non è diversa da qualunque altra e finisce per rispondere alle esigenze degli azionisti invece che alle necessità degli ammalati. Remuzzi fa presente come il Sistema Sanitario degli USA, Paese più ricco del mondo, faccia acqua da tutte le parti mentre costa più di qualunque altro e ricorda come Howard Waitzkin del Mass General Hospital di Boston nell'articolo pubblicato su "Annals of Internal Medicine" facesse presente che "l'unica via per mettere limiti alla crescita senza controllo e al profitto del settore privato sarebbe stata l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale come in Gran Bretagna e in Italia".

Eppure, Richard Horton su "The Lancet" scrive commentando un articolo pubblicato a ottobre sulla stessa rivista da Michel Kazatchkine (*Health in the Soviet Union and in the post Post-Soviet Space*), l'esperimento comunista è fallito, oggi mancano farmaci, c'è una tecnologia obsoleta, le strutture sono fatiscenti e l'aspettativa di vita diminuisce. Remuzzi comunque conclude che il pensiero di Marx andrebbe rivalutato perché "mette in guardia dai pericoli di una società che fonda il benessere della popolazione sul libero mercato e dà sempre più credito, e in definitiva più potere, ad élite professionali orientate al profitto, che poi finiscono per creare malattie *product-driven*, quelle che esistono in funzione dei prodotti da vendere".

Nel ricordare che i Sistemi Sanitari di Svezia e Norvegia si stanno muovendo in una direzione marxista, l'articolo viene concluso dalle parole dell'editoriale di Horton: "Non c'è bisogno di essere marxisti per apprezzare Marx ma dobbiamo ammettere che la medicina ha molto da imparare da lui".

Devo dire che l'articolo mi ha colpito, e mi sono venute in mente alcune considerazioni: il Sistema Sanitario statunitense e quello del Regno Unito sono molto diversi eppure entrambi fanno acqua (nel 2016 il deficit del NHS inglese è stato di 2500 milioni di sterline), la speranza di vita in Svezia e in Norvegia sono più basse che in Italia e praticamente tutti i Paesi che gra-

vitavano nell'area sovietica, dopo la caduta del muro di Berlino, hanno scelto dei Sistemi Sanitari di tipo Bismarckiano (finanziato da una tassa sui salari pagata da imprenditori e lavoratori) e non un Sistema Beveridge (finanziato e controllato dallo Stato *tax-based*).

Allora, basta scegliere un modello politico per garantire equità ed efficacia a un sistema di erogazione delle cure? O c'è bisogno di prendere in considerazione qualcos'altro? A mio modesto avviso, bisogna considerare la localizzazione delle differenti discipline mediche all'interno del Sistema Sanitario. Quest'ultimo può essere realmente efficace solo con una Medicina Generale di qualità, nessun sistema (socialista o liberale) può reggere alla domanda di salute e dare risposte adeguate senza questa premessa.

In Olanda (modello Bismarck), per esempio, i medici di famiglia si fanno carico del 97% di tutti i problemi di salute delegandone solo il 3% agli altri specialisti. I sistemi di erogazione delle cure sono fallimentari in tutti i Paesi in cui la medicina generale non ha avuto spazio (paesi comunisti e USA) e stanno fallendo in tutti i Paesi in cui questa è amministrata e privata di autonomia e indipendenza (Regno Unito, Italia). I sistemi falliscono dove gli attori dei vari livelli di cura non sono definiti, dove sono presenti sovrapposizioni e soprattutto dove le sub-specialità agiscono anche nelle cure primarie.

In Italia, ad esempio, le specialità che dovrebbero essere di secondo livello si fanno carico delle malattie frequenti anche se la loro cura non richiede manovre o attrezzature particolari, questo grazie a PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale), a Piani Terapeutici per i farmaci, a esenzioni ticket e al negato accesso alla diagnostica di "secondo livello" alla Medicina Generale. Negli Stati Uniti il numero ancora basso di medici di famiglia produce lo stesso effetto di delegare cure primarie a sub-specialità.

Nell'ultimo numero di *Annals of Family Medicine* del 2017 (vol. 15, 6, november/december 2017) un bellissimo lavoro di ricerca, "*Exploring Attributes of High-Value Primary Care*" mette in evidenza, se ce fosse ancora bisogno, come la Medicina Generale sia fondamentale per una cura stratificata sul rischio personale, per le decisioni supportate dalla *evidence-based medicine*, per la scelta oculata delle sub-specialità, per una cura coordinata, per costruire protocolli di gestione e per risparmiare sulla spesa. Credo che prima di porsi domande se sia meglio orientarsi verso un Sistema Sanitario marxista o liberale valga la pena di mobilitarsi per far recuperare

alla Medicina Generale italiana il ruolo che ha perso in quello che, anche grazie a questa disciplina, era uno dei migliori Sistemi Sanitari del mondo.

Giovedì

Sto preparando un intervento ad un corso di formazione sulla malattia diabetica. Sono andato a leggermi gli "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016" pubblicati congiuntamente dall'AMD (Associazione Medici Diabetologi) e dalla SID (Società Italiana di Diabetologia) e gli "Standards of care 2018" pubblicati dall'ADA (American Diabetes Association).

È interessante notare la differente collocazione della cura del diabete da parte delle associazioni italiane nei confronti di quelle d'oltre oceano. In Italia la cura del diabete è di pertinenza specialistica, di secondo livello, mentre negli USA è assolutamente di primo livello. In Italia i diabetologi definiscono chiaramente nella loro pubblicazione "i compiti del medico di medicina generale", in America i medici di medicina generale al contrario definiscono gli standard di cura. È paradossale che una sottospecialità come la diabetologia definisca i compiti di un'altra disciplina, specialità in tutto il mondo, e che questa non si indigni.

Di recente proprio l'American Academy of Family Physicians comunica di non aderire alle linee guida sul trattamento dell'ipertensione redatte dall'American Heart Association e dall'American College of Cardiology e da altre 9 società scientifiche e di continuare a mettere in pratica quanto suggerito dalle linee guida del 2014 perché, afferma Michael Munger, presidente AAFP, "l'approccio del medico di famiglia all'ipertensione è individuale, considera la storia del paziente, i fattori di rischio, le sue risorse e le sue preferenze". Tutta un'altra classe.

Venerdì

Arriva in ambulatorio M.P., una donna di trent'anni, sana: "Dottore vorrei che mi facesse l'impegnativa per una visita fisiatrica, si ricorda che avevo male al collo?". "Mi ricordo, ma adesso stai bene, non vedo necessità di chiedere consulenze". "Sì, dottore ma la cassa interna del mio lavoro mi paga la visita e, visto che è gratis, voglio farla". "Scusa, ma chi ti ha consigliato di fare questa visita che non ti serve?". "L'operatrice telefonica della cassa interna e se lei non vuole mi rivolgerò ad un altro medico!". È cronaca ormai quotidiana.