

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

La medicina generale italiana è ormai “commissariata”, i PDTA (piani diagnostico terapeutici aziendali), i RAO (raggruppamenti di attesa omogenei), i piani terapeutici, le richieste di esenzione ticket e quant’altro hanno espropriato a questa disciplina competenze, autonomia e dignità. Alla dimissione di un paziente ormai incurabile viene attivata direttamente dal reparto di degenza l’unità di cure palliative, la persona che abbiamo seguito per anni viene affidata automaticamente ad un collega che si farà carico di gestire le ultime fasi della vita del paziente. Ci stanno espropriando anche la morte.

Martedì

Una breve storia in cinque atti capitata in questi giorni:

- 1.** Un signore di cinquantun anni, in buona salute, viene in studio riferendomi di aver male al ginocchio destro. All’esame obiettivo è evidente una borsite sovra-patellare probabile esito di un trauma. Cute rossa, calda e tumefazione della borsa. Spiego al paziente il quadro clinico e lo rassicuro, chiarisco bene che l’articolazione del ginocchio non è e non sarà in alcun modo compromessa. Aspiro 5 cc di liquido, applico un fasciatura compressiva e per sicurezza prescrivo un antibiotico.
- 2.** Al controllo dopo cinque giorni la cute non è più rossa, la tumefazione parzialmente regredita, aspiro 2 cc di liquido sieroso e inietto nella borsa 1 cc di triamcinolone. Rassicuro il paziente e lo informo sulle possibilità di evoluzione della patologia e su tutte le opzioni terapeutiche.
- 3.** Dopo tre giorni il paziente torna in studio, la sintomatologia è notevolmente ridotta, consiglio un ginocchiera e rassicuro di nuovo il signore.
- 4.** Dopo altri tre giorni il paziente ritorna lamentando ancora un certo grado di tensione al ginocchio.

Insiste per una visita specialistica, nonostante le mie rassicurazioni, vuole essere visto da uno specialista: prescrivo una visita ortopedica.

5. Il paziente non prende alcun appuntamento con l’ortopedico e dopo due giorni si reca in Pronto soccorso dove gli viene diagnosticata una borsite patellare e viene inviato per consulenza in visita ortopedica. L’ortopedico pone diagnosi di borsite sovra-patellare, riprescrive un antibiotico e dopo aver applicata una fasciatura compressiva, prescrive una visita di controllo a distanza di otto giorni.

I cinque atti di questa breve storia, non ancora finita, possono fornirci alcune informazioni sui pazienti, sulla Medicina Generale e sull’organizzazione delle cure in generale. La somma di queste informazioni delinea un quadro che ci illustra perfettamente la differenza tra la Medicina Generale odierna e quella di un passato non molto lontano e la differenza tra la Medicina Generale italiana e quella degli altri Paesi europei. La nostra storia inizia con il paziente che si rivolge al Mmg per un problema al ginocchio, ma l’impressione che ha il medico è che il paziente desideri fin da subito un esame diagnostico (risonanza magnetica) e che non si fidi della diagnosi di borsite. Questa percezione non l’avrebbe di sicuro alcun medico olandese o tedesco né avrebbe avuto questa percezione alcun medico italiano, in un qualsiasi ambulatorio, prima dell’introduzione del Sistema sanitario nazionale. L’ansia e la mancanza di fiducia sono evidenti considerata la frequenza con cui il paziente torna in studio e la scarsa considerazione del medico di medicina generale (medico di base) traspare dalla insistente richiesta di visita specialistica. Il paziente esige una conferma specialistica e, nonostante la sintomatologia sia in regressione, non è disposto ad attendere qualche giorno per il consulto. Si reca al Pronto soccorso sapendo benissimo che sarà inviato in consulenza e che il suo ginocchio sarà sottoposto ad accertamenti radiolo-

gici. Il medico di Pronto soccorso avrebbe avuto tre possibilità di comportamento: rispettare il paziente dal curante, confermare la diagnosi e instaurare un trattamento, inviare il paziente dall'ortopedico. Ha scelto la terza possibilità confermando le aspettative del paziente. Il collega ortopedico ha naturalmente confermato la diagnosi, ma ha avviato una presa in carico specialistica di una patologia che con molte probabilità si risolverà con una fasciatura contenitiva. Sono stati coinvolti tre medici per una diagnosi di borsite, il paziente ha avuto accesso a sei consultazioni mediche e ne è stata programmata una settimana. Che conclusioni possiamo trarre da questa breve storia?

- La considerazione della Medicina Generale da parte dei pazienti è molto modesta.
- I pazienti non sono disposti ad attendere: vogliono diagnosi, terapia e guarigione in tempi brevissimi.
- I pazienti considerano come curante lo specialista.
- Il medico di Pronto soccorso non considera il medico di famiglia.
- Il Pronto soccorso viene considerato un ambulatorio di primo livello.
- Il Pronto soccorso viene considerato come la via per accedere con facilità alla specialistica.
- Il medico di Pronto soccorso non si fa carico di molte patologie e invia il paziente in consulenza.
- Lo specialista non considera il medico di famiglia.
- Il tempo impiegato dai professionisti e i costi sono sproporzionati considerata la patologia.

C'è qualcosa che non funziona nel sistema, la sua l'efficacia non può essere recuperata se non attraverso il recupero della fiducia nella Medicina Generale. Tale recupero non può prescindere da una adeguata formazione dei medici di famiglia e dalla collocazione nel mondo accademico di questa disciplina qualunque sia il sistema organizzativo in cui si trovi ad operare.

Mercoledì

E-mail appena ricevuta: "Buon giorno Dott. Maso, sono CS, Le chiedo di preparare una impegnativa, per analisi del sangue complete, con particolare attenzione ai valori riguardanti il diabete (glicemia, eccetera) e in aggiunta il controllo PSA visto l'età. La informo di non aver alcun disturbo o problemi di alcun tipo, il tutto in via precauzionale e di control-

lo. Mio malgrado Le faccio presente una problematica di diabete (non chiara) da parte di mia mamma, e primi sintomi in fase di attento controllo di mio fratello G. Le ricordo inoltre la prematura scomparsa di mio papà per motivi cardiaci. Attendo Suo riscontro per il ritiro della stessa.

Cordiali saluti".

Dopo decenni di professione dovrei prescrivere degli esami su richiesta di un paziente (titolo di studio media inferiore) che attende un mio riscontro.

Giovedì

È strana la storia di questi due anziani, hanno sposato due sorelle, costretti a frequentarsi, non si tolleravano. Quando uno veniva in ambulatorio mi parlava male dell'altro e viceversa. La settimana scorsa uno dei due è deceduto, oggi l'altro è venuto a piangere nel mio studio.

Venerdì

► Sono stato a casa di una signora che sta soffrendo a causa delle metastasi ossee di un tumore della mammella in fase avanzata. In questi casi tutto quello che posso fare è instaurare una terapia in modo che la paziente non abbia dolori. La signora ha una settantina d'anni, un viso scavato, è a letto e ha difficoltà a muoversi. Ho guardato la foto di una giovane donna posta sopra il comò: "Vede quanto ero bella dottore?! Era poco tempo fa".

► Pensionata, educata e dignitosa, mi chiede se le posso prescrivere un lassativo a carico del Sistema sanitario per la sua stitichezza cronica. Glielo prescrivo, lei mi ringrazia e si commuove, gli occhi diventano lucidi. "Grazie dottore, pensavo di dover continuare a pagarmelo, ma faccio fatica veramente ad arrivare a fine mese". Se ne va continuando a ringraziare.

Sabato

Il reparto di ginecologia del locale ospedale pubblica "La giornata della visita ginecologica gratuita". Si pubblicizza un prodotto, si cerca di superare la concorrenza (gli altri reparti dello stesso Sistema sanitario), si induce la domanda, si ignorano le cure primarie, insomma si alimenta la fabbrica della visita specialistica.