

A proposito di gestione delle polmoniti

Una giovane donna di 37 anni, di professione impiegata, giunge in ambulatorio per lieve rialzo febbrile serale (37.5 °C) e tosse secca che si è presentata cinque giorni prima. Non lamenta altri sintomi, se non una lieve astenia che compare al termine della giornata lavorativa, coincidente con il rialzo della temperatura. All'anamnesi non riferisce nulla di rilevante e non è presente alcuna patologia correlata.

■ Visita ambulatoriale

L'unico reperto degno di nota è un respiro aspro su tutto l'ambito polmonare e rantoli a medie bolle alle basi, più accentuati a sinistra. Frequenza respiratoria 22 atti/min; pressione arteriosa 125/75 mmHg; FC 68 bpm.

Prescrivo trattamento di supporto con mucolitici, antinfiammatori e terapia aereosolica con cortisonico e mucolitico. Poiché sono già trascorsi cinque giorni dall'esordio dei primi sintomi aggiungo amoxicillina+clavulanico 1 g x 2/die.

Fisso un nuovo appuntamento per un controllo dopo tre giorni, ma la paziente rifiuta i giorni di riposo Inps ("Al lavoro hanno bisogno di me in questo momento").

■ Nuova visita e diagnosi

Dopo due giorni la paziente telefona e anticipa la visita perché non solo la temperatura non è diminuita, ma è astenica e fa fatica a svolgere anche le comuni attività quotidiane.

Alla nuova visita non riscontro molto più di quanto non avessi rilevato in precedenza, ma dal colloquio emerge che una collega della paziente, che stava male dalla settimana precedente alla sua, non si era recata al lavoro proprio il giorno successivo al nostro primo incontro per gli stessi sintomi.

Confermo la terapia in atto, ma pretendo che stia a casa fino al termine della settimana e le prescrivo una Rx del torace in regime di urgenza. La invito a telefonarmi per l'esito, anche nel caso lo ritirasse in

orario extra-ambulatorio, cosa che succede il pomeriggio del giorno seguente.

■ **Rx torace:** addensamento parenchimale in sede sovrabasale destra con sviluppo prevalentemente posteriore di significato flogistico e modesta oblitterazione dei seni costo frenici omolaterali per verosimile versamento pleurico. Tranquillizzo la paziente, sebbene le comunichi la diagnosi di polmonite e fisso un appuntamento per la sera stessa.

■ Visita domiciliare

L'obiettività toracica è migliorata e la paziente conferma che non ci sono stati peggioramenti dal punto di vista soggettivo, anzi le pare di sentirsi un po' meglio. Confermo la terapia per ulteriori sei giorni e fisso un nuovo appuntamento per il lunedì successivo, anticipandole che ogni due giorni vorrei ricontrollare il quadro clinico e che dovrà assentarsi dal lavoro anche la settimana successiva.

■ Sviluppi imprevisti

Nella serata di sabato il marito della paziente mi telefona, chiedendomi se non fosse il caso di prescrivere alla moglie un antibiotico iniettivo.

Gli chiedo se le condizioni della moglie si sono nel frattempo aggravate. Mi conferma che la moglie sta meglio, ma che uno zio (medico, che lavora in ospedale) gli ha riferito: "Con una polmonite non si scherza, da noi si ricoverano i pazienti e si somministrano 3 grammi

di ceftriaxone al giorno eseguendo una Rx del torace ogni 3 giorni".

Cerco di tranquillizzare questo marito, che non conosco, perché è evidentemente preoccupato, ma lui pretende che io prescriva quanto consigliato dallo zio. Riferisco che non sono d'accordo e che lo zio, se ne è convinto, può tranquillamente fare la prescrizione. Scopro che il collega non può perché lavora al Sud e non ha sentito la mia paziente neppure al telefono.

Chiedo al signore di farmi parlare con la mia assistita, che si dimostra, pur essendo clinicamente interessata, molto più calma e rassicurata del marito stesso. Concordiamo per un appuntamento lunedì per rifare il punto della situazione come stabilito e di decidere allora, dopo che l'avrò visitata per la quarta volta, come procedere, anticipandole che qualora il riscontro clinico fosse positivo, farà la radiografia solo tra 20-30 giorni e le visite di controllo saranno ogni 2 giorni.

■ Decorso clinico

L'evoluzione è stata positiva e la paziente è clinicamente guarita nella settimana successiva, nella quale, a malincuore, ha accettato di rimanere a casa. È ritornata sul posto di lavoro in quasi perfette condizioni fisiche (una leggerissima tosse secca come residuo per altri 3-4 giorni).

La radiografia effettuata a distanza di 25 giorni dalla prima ha mostrato pressoché risolto l'addensamento in sede basale destra, residue un paio di pinzature in sede basale omolaterale, prive di significato patologico attuale.

■ Commento

Il caso potrebbe essere estremamente banale: mediamente ogni anno il Mmg individua 2-3 casi di polmonite in periodo non invernale,

soprattutto in giovani donne “particolarmente attaccate” al lavoro, che si presentano in studio dopo qualche giorno dall’esordio dei sintomi, con una forma blanda che può essere interpretata come una lieve bronchite, che per il ceppo particolarmente aggressivo, per lo stress lavorativo o altri fattori concomitanti, evolvono in focolai broncopneumonici meritevoli di trattamento antibiotico, solitamente a largo spettro.

Ciò che ritengo più grave è la supponenza del collega che ha portato a dare giudizi e consigli su un quadro clinico, anche relativamente serio, senza avere visitato la paziente, basandosi su presupposte competenze proprie e sulla evidente certezza dell’incompetenza altrui, ovviamente ritenendo che il maggiore incompetente fosse il Mmg.

Presumo che il collega lavori ancora nel suo ospedale e che continui a ricoverare polmoniti che noi Mmg da sempre trattiamo a casa, come da indicazioni internazionali (tabelle 1 e 2) elaborate oltretutto da specialisti, a meno che non si tratti di pazienti fortemente compromessi o grandi anziani.

Presumo anche che continui a trattare ogni forma di polmonite con antibiotici iniettivi ad alto costo, non essendo responsabile della spesa e non dovendo comparire, come alcuni di noi, davanti alla Corte dei Conti.

La prima regola del medico è “*primum non nocere*” e se la paziente avesse preteso un comportamento diverso da quello che ho seguito oppure non avendolo ottenuto avesse deciso di cambiare medico, si sarebbero potute creare queste situazioni:

- effettuazione di una radiografia del torace ogni 3 giorni (mi risulta che esiste ancora un rischio da radiazioni);
- assunzione di 3 g/die di ceftriaxone im, con relative conseguenze anche sulle condizioni generali di un organismo già impegnato in una risposta anticorpale propria;
- difficoltà di reperimento di per-

sonale disponibile alla triplice somministrazione giornaliera e costi per la paziente;

- rischio di ospedalizzazione (era stato consigliato alla paziente di recarsi in Pronto soccorso), con pericolo di sovrainfezioni nosocomiali e relativo costo per ogni giorno di ricovero per il Ssn.

Riflessioni

Capita a volte che, per l’eccessivo afflusso di pazienti che quotidianamente afferiscono ai nostri ambulatori, per la subdola sindrome del burn out sempre in agguato, per la mal riposta fiducia in chi è molto più considerato nel sistema sanità di quanto non lo sia il Mmg responsabile di spesa e di disservizi, si abbassi la guardia e si accondiscenda a richieste altrui che eviterebbero perdite di tempo, sensi di inadeguatezza o addirittura rischi professionali legati all’errore medico, diagnostico o terapeutico che sia.

Se però ci si ricorda ogni tanto (conviene farlo spesso, anzi sempre) che la nostra estrazione formativa è la stessa dei colleghi specialisti, che molti di noi la professione del Mmg l’hanno scelta e non l’hanno subita, che il rapporto quotidiano con le persone non provoca solo stress, ma offre spesso occasioni di soddisfazione professionale e personale, allora diventerà giustificabile combattere qualche battaglia per ottenerne il giusto riconoscimento, mai economico, qualche volta di gratitudine da parte dell’assistito, sempre di autogratificazione.

Tabella 1

Punteggio per definire il rischio di morte a 30 giorni in paziente con polmonite di origine extraospedaliera (studio PORT)

Caratteristiche del paziente	Punti assegnati
Fattori demografici	
Età (anni)	
> Maschio	Anni
> Femmina	Anni-10
> Residente in casa di riposo o casa protetta	+10
Patologia associata	
> Malattia neoplastica	+30
> Patologia epatica	+20
> Scompenso congestizio	+10
> Patologia cerebrovascolare	+10
> Patologia renale	+10
Esame obiettivo	
> Stato mentale alterato	+20
> Frequenza respiratoria ≥ 30 /min	+20
> PA sistolica < 90 mmHg	+20
> Temperatura < 35 o ≥ 40 °C	+15
> Frequenza cardiaca ≥ 125 /min	+10
Esami di laboratorio o radiologici	
> Ph < 7.35	+30
> Azotemia > 65 mg/dl	+20
> Natriemia < 130 m Eq/L	+20
> Glicemia > 250 mg/dl	+10
> Ematocrito $< 30\%$	+10
> PO ₂ < 60 mmHg o SaO ₂ $< 90\%$	+10
> Versamento pleurico	+10
Punteggio < 90 : consigliata una gestione a domicilio	
Punteggio > 91 : consigliata una gestione in ospedale	

Tabella 2

Stratificazione del rischio in base al punteggio ottenuto (studio PORT)

Rischio	Classe	Punteggio	Mortalità a 30 giorni	Gestione consigliata
Basso	I	0-50	0.1%	A domicilio
	II	51-70	0.6%	
	III	71-90*	2.8%	
Medio	IV	91-130	8.2%	In ospedale
Alto	V	> 130	29.2%	

* eventuale ricovero breve