



Una professione sempre più demotivante

■ Ciò che mi fa più paura e mi angoscia negli ultimi anni è la costante svendita del tempo e delle competenze dei medici di medicina generale in virtù della famigerata sindrome del “riappropriamoci del nostro ruolo di medici”.

Servendosi di questa massima, si è creato un trend inarrestabile di una miriade di competenze che mi sembrano essere più il portato di chi ci rappresenta come categoria e professione che una richiesta di chi la professione di Mmg la esercita ogni giorno.

Personalmente, come medico di famiglia, mi sento molto più realizzato a poter svolgere al meglio il mio lavoro in ambulatorio, mentre la soddisfazione di visite più o meno congrue a domicilio è pari allo zero. Sono sincero e molto onestamente dico che ho scelto questa attività per avere il tempo di gestire il paziente con calma e, perché no, anche per avere tempo da dedicare alla mia famiglia.

Ma vista l'evoluzione della nostra professione, attualmente mi sento di non essere più libero di poter gestire il mio tempo, quale sedicente libero professionista: c'è un telefono che squilla insistentemente durante la giornata, portatore quasi sempre di notizie negative, problemi, stress, dimenticanze, richieste urgenti o presunte tali.

La verità è che ho sempre più l'impressione di essere un professionista in “libertà vigilata”. Inoltre non riesco a non considerare come una spada di Damocle i vari progetti obiettivi obbligatori, ADI o ADP obbligatorie, ecc. E nel frattempo continuo a leggere notizie allarmanti sulla stampa specializzata inerenti a nuovi obblighi, future competenze per il medico di famiglia.

Allo stato dei fatti posso solo affermare che di questa professione non mi attira quasi più nulla e nessuno fa assolutamente nulla per renderla più attraente. Se dovessi tornare indietro nel tempo rimarrei in ospedale (per carità, ci sono problemi anche lì), dove almeno se stai male puoi prenderti la malattia e hai le ferie pagate.

Mi convinco sempre più che la professione di medico di medicina generale abbia una connotazione tutta sua, sia l'unica al mondo che discrimina chi lavora con un po' di qualità e passione. Molte persone mi hanno scelto come medico di fiducia per la mia abnegazione, il mio prendermi cura di casi complicati e forse anche per la mia umanità. Ebbene, nel mio “pacchetto assistiti” c'è una prevalenza di scompensati cronici e di pazienti anziani affetti da polipatologie.

Il risultato è un aggravio di lavoro con conseguente aumento di spesa, a cui si associa inderogabilmente un maggior controllo da parte della Asl. Colleghi che hanno pazienti più giovani e meno problematici hanno meno controlli.

Promettere solo incentivi economici (scarsi) non è sufficiente a motivare il Mmg, sicuramente la motivazione aumenterebbe attraverso una gestione più semplificata del suo lavoro che gli permettesse di avere anche del tempo da dedicare all'aggiornamento e alla propria vita privata. Che me ne faccio di un po' di soldi in più se poi mi ritrovo affetto da burn out?

Per dirla tutta, mi sono profondamente stufato di chi ci svende per due soldi in più, ma soprattutto di

chi gestisce il nostro tempo per farsi bello di fronte ad altri, standosene però tranquillamente in poltrona col doppio degli emolumenti a fine mese, mentre io mettendo tra parentesi la mia crescente demotivazione professionale, dopo 5 o 6 ore di studio, debbo recarmi al domicilio del mio paziente ultranovantenne a fargli INR, a controllargli la fleboclisi ecc. E mi sono anche stufato di questo lavoro perché non vedo nessuna prospettiva futura positiva per noi medici di famiglia: anzi, solo negative.

Vittorio Principe

Medico di medicina generale
Bolzano

Proposte contro l'eccessiva domanda di salute

■ Le code agli sportelli delle Asl, così come le lunghe liste di attesa sono un fenomeno del mondo sanitario e non solo, che si verifica quando a una domanda intensa corrisponda una offerta debole.

Nel mezzo vi è l'oggetto, corrispondente a varie prestazioni: ricoveri, visite specialistiche ambulatoriali, procedure diagnostiche e anche la stessa visita nell'ambulatorio del Mmg. In questo fenomeno occorre tener conto anche del primo attore: il paziente. Il fruitore delle prestazioni.

L'offerta debole può scaturire dalla carenza di strutture, di operatori, o da poche ore di apertura dei servizi. La cura è ovviamente razionalizzare i servizi rendendoli più veloci, più capienti; se non è possibile razionalizzare occorre spendere per nuove strutture o operatori.

Questa è la croce dei vari assessori regionali alla salute o dei direttori di zona ASUR che subiscono continue pressioni campanilistiche dai vari sindaci per aprire un

reparto qui e uno là, per avere la TAC o la RMN.

La Sanità regionale è quasi sempre in deficit e occorrerebbe proprio non agire con mentalità parcellizzata/campanilistica. A rendere il quadro più complesso e complicato ci pensa poi la politica, con la sua logica razionale (si fa per dire), a decidere per quello che considera essere il meglio.

Sul versante della richiesta questa può nascere dal medico di medicina generale, dallo specialista ambulatoriale, dal reparto ospedaliero o "sua sponte" direttamente dal paziente. Le figure mediche suddette possono lavorare con logiche diverse per rispondere agli eccessi di domanda. Per quanto concerne i medici di famiglia vi è chi preferisce operare attraverso una cosiddetta "diagnostica asciutta", valutando molto la propria esperienza e l'esame obiettivo e quindi prescrivendo pochi esami miratissimi.

Un siffatto comportamento ha come rischio la revoca del paziente insoddisfatto dalla scarsa diagnostica o peggio di non beccare la "malattia"; altri applicano una medicina difensiva con un ampio ventaglio di analisi per ogni linea diagnostica rischiando che il paziente si impantani in più percorsi diagnostici e, preoccupato dalla malattia, si rivolga alla sanità privata, con relativa spesa.

Ovviamente una qualsiasi richiesta superflua, inappropriata, vede come prima vittima l'assistito che necessita di un determinato esame per una "vera" patologia.

Lo specialista ambulatoriale o quello ospedaliero possono adottare invece la politica della visita di controllo. A puro titolo di esempio si potrebbero citare i reparti di urologia o di pneumologia che, acquisito un paziente per una infezione urinaria, bronchiale, per una IPB o per un ca prostatico, per una BPCO o un enfisema, programmano una teoria infinita di controlli a 3 mesi, a sei mesi, o

più raramente a un anno.

Tutto nella perfezione dei percorsi diagnostico terapeutici (da cui dipende tutto), ma di tipo difensivo. Al reparto non mancherà mai lavoro e nessuno potrà lamentarsi perché pur lavorando tanto non riesce a star dietro alla domanda (autoindotta). Ed è così che si viene a creare un intrupamento, un ingorgo autoperpetuantesi: per esempio le ecografie, le radiografie a corredo delle visite che scattano a distanza di mesi e mesi. Ed ecco la soluzione: la visita privata intramoenia o del tutto privata.

Altra fonte di richiesta è lo stesso paziente che in ambulatorio pretende una determinata prestazione diagnostica a suo parere idonea. Io ho smesso di oppormi: ho perso troppi pazienti negando una TAC alla prima cefalea. Mi fermo solo alla richiesta di eco toracica o del colon.

Sconsiglio anche ai colleghi un atteggiamento di scommessa col paziente sull'inutilità dell'esame. Infatti si rischia la revoca anche prescrivendo quanto richiesto, poiché il paziente percepisce la nostra ostilità e (a suo parere) scarsa capacità professionale.

La cura vera a questo sfacelo è l'appropriatezza diagnostica, assumendosi i rischi propri della professione medica, un meccanismo di premio al medico che opera secondo questo dettame, il blocco della revoca del paziente (e forse la dipendenza del Mmg). Per quanto riguarda i reparti ospedalieri, è necessaria una verifica dell'esagerato turnover rispetto alle medie nazionali e se è il caso assumere altri operatori perché l'offerta è sottostimata in rapporto al bacino di utenza.

Luciano Zaccari

Medico di medicina generale
Osimo (AN)