



I desiderata di un medico di famiglia

Sul piano delle rivendicazioni sindacali, in qualità di medico di medicina generale mi sento di affermare che la nostra categoria vorrebbe quello che ogni normale lavoratore ha: una seria copertura per malattia e ferie (di fatto adesso un sostituto non solo è a nostro carico, ma introvabile per competenza e disponibilità a un lavoro incomprendibile) e un significativo recupero economico del nostro potere di acquisto. Ma soprattutto quello che non si riesce più a sopportare sono le condizioni di lavoro, che il termine anglosassone di burn out riesce solo minimamente a descrivere. Desidereremmo un sistema semplice e senza pastoie e per questo ci inquietano ipotesi faraoniche già ingovernabili per definizione (Utap), ancor peggio se gravate dal sospetto di servire solo a far posto a chi dovrà gestirle.

Aneleremmo con tutta la nostra forza a sburocratizzare completamente il sistema per avere più tempo da dedicare allo studio e all'aggiornamento, così come aspireremmo ad avere più mezzi per assistere gli ammalati (infermiere e assistente di studio).

I nostri assistiti dovrebbero essere resi "più pazienti". Altro che clienti! Bisognerebbe porre il veto per l'accesso ad ogni prestazione diagnostica e/o terapeutica non ritenuta opportuna dal medico di famiglia, restituendo a quest'ultimo la capacità di sottrarsi al ricatto della revoca. Così come sarebbe opportuno rendere inaccessibile la specialistica e la diagnostica su iniziativa arbitraria del paziente; rendere impossibile il cortocircuito tra privato e pubblico, ove il privato prescrive senza limiti a carico del pubblico. E non basta più dire che noi medici di medicina generale abbiamo già il potere di incidere in tal senso in quanto detentori del ri-

cettario del Servizio sanitario nazionale: una becera demagogia ha messo in mano al paziente l'arma della revoca. Cosa fa invece la demagogia politica? Rema contro ogni logica e necessità. È recente la notizia che il Governo si dichiara disponibile a mettere 400 milioni di euro sul tavolo per il 2009 al fine di evitare il ritorno dei ticket sulla diagnostica e sulla specialistica. Bravi, così si fa! Possibile che nessuno ha ancora capito (o a nessuno interessa capire) che la maggior parte dei pensionati trascorre il proprio tempo libero a ripetere continuamente esami e visite specialistiche inutili (tanto non si paga)? E più lo specialista prescrive esami, tanto più scade la considerazione del paziente per il proprio medico, che non glieli aveva invece prescritti.

Bisogna che noi Mmg la si smetta di millantare di avere il controllo totale degli assistiti e del loro percorso diagnostico-terapeutico (PDT). L'unico PDT interamente rimasto oggi nelle nostre mani è quello relativo all'influenza stagionale! Ma questo accade solo perché i pazienti non sanno immaginare quale medico di prestigio potrebbero riuscire ad avere a domicilio per un problema così banale e perciò bisogna accontentarsi del Mmg! Bisogna dire basta con la vergognosa pantomima della spesa media. Basta con le intimidazioni dei report aziendali e con le campagne stampa diffamatorie (quote assistiti/defunti).

Bisogna rimettere al centro dell'attenzione e dell'impegno del generalista l'interesse del paziente, considerato come singolo ammalato. Bisogna che il Mmg sia rimesso in condizioni di fare diagnosi e cura e che abbia gli strumenti necessari per farlo; che non abbia più nem-

meno la necessità di dire dei no ai propri pazienti perché ogni PDT ritorni per legge sotto il suo controllo. Bisogna puntare a questi obiettivi minimi, eppur rivoluzionari, se vogliamo salvare la medicina generale. Dobbiamo abbandonare ogni velleità pseudo epidemiologica o pseudo scientifica o altri strani "nuovismi". È necessario che le associazioni di categoria insorgano con iniziative impopolari, ma visibili. Ma chi avrà il coraggio di guidarci contro lo strapotere di una classe politica corrotta? Pensate che lo scandalo in Abruzzo sia una eccezione? Non è invece più realistico pensare che ciò che vi è di più eccezionale nella vicenda è che - forse una volta tanto - qualcuno è stato colto con le mani nel sacco?

Carlo Ianotti

Medico di medicina generale
Benevento

In tempi difficili non ci resta che aggrapparci all'etica

Il medico di medicina generale è un professionista che troppo spesso si trova ad agire in un ambito lavorativo avulso dal contesto in cui vive e opera.

Mi è capitato di affrontare già altre volte questo scottante argomento, sempre attuale. Argomento importante per ridefinire il nostro ruolo affinché il Mmg possa essere un punto di riferimento nella domanda di assistenza primaria che viene dal cittadino. Porto con me, come piccolo ma sincero contributo personale, la mia esperienza più che trentennale di medico che ha scelto nel 1977 di lasciare la capitale per una terra di frontiera con il mare, la provincia a sud di Civitavecchia, precisamente a Ladispoli, una cittadina che è passata dai 7.000 abitanti di allora agli attuali 40.000.

Ho curato almeno tre generazioni di centinaia e centinaia di famiglie,

ho scritto libri (ben 15 di medicina, più volte ristampati), ho sempre cercato di dare il meglio di me nel rapporto medico-paziente. Quando ho sbagliato ho chiesto sempre scusa ma, pur essendo diventato massimalista dal 1979, non ho mai ricevuto nessuna querela né una denuncia da parte di nessun malato. Ho vissuto e vivo per la mia professione, che amo più di ogni altra cosa. Forse sono un po' integralista, ma giuro che non ho rimpianti e rifarei tutto quello che ho fatto. Nessuna gioia è stata per me più grande di quella di sentirmi veramente utile, direi decisivo, nei confronti del malato. Forte della mia specialità di cardiologo ho in tutto questo tempo trattato migliaia di fibrillazioni atriali e di blocchi atrio-ventricolari tali da consentire l'impianto di ben 185 pacemaker (li ho contati tutti) ad altrettanti pazienti. Non ho avuto sopra di me né padroni né primari, solo coscienti direttori sanitari della Asl che mi hanno permesso di lavorare secondo scienza e coscienza. Avrò assistito a domicilio almeno un migliaio di malati terminali. Per tutti, oltre alla terapia, c'è sempre stata una parola di conforto anche per i familiari, specie dopo la constatazione della morte.

Peccato però che oggi il medico di famiglia sia una realtà avulsa dal contesto generale. Anche per i colleghi che operano nella medicina di gruppo, spesso e volentieri assai efficace quando vi è un certo affiatamento reciproco, poche sono le circostanze in cui confrontarsi con i medici ospedalieri, gli specialisti convenzionati esterni, i medici della guardia medica, quelli del 118. A mio avviso, ma posso certamente sbagliare, il medico di medicina generale ha un rapporto troppo stretto con lo specialista privato. Capisco di toccare un tasto dolente, di mettere il dito su una piaga infetta, ma queste cose bisogna pur dirle se si vuole veramente riqualificare la nostra professione e farla uscire fuori dal "ghetto" in cui l'ha gettata, diversi anni or so-

no, il famoso film "il medico della mutua", dell'altrettanto famoso Alberto Sordi.

La dignità professionale si salva-guarda anche e soprattutto in questi frangenti, quando vi sia un'etica tale da aiutare l'assistito a ricorrere a strutture pubbliche e non private, a non fargli pagare niente, qualora gli spetti, oppure il ticket minimo. Occorre prendere contatti stretti con colleghi convenzionati esterni oppure ospedalieri affinché il nostro paziente possa essere adeguatamente assistito.

Quando ti trovi di fronte un pensionato che prende la pensione minima, se si ha un'etica occorre comportarsi così. Sono tuttavia convinto che vi siano migliaia di colleghi coscienti che si battono e sono sempre vicini, nella sofferenza, alle fasce più deboli.

Aldo Ercoli

Medico di medicina generale
Ladispoli (RM)

Gestione e terapia integrata del diabete: una proposta diversa

Ho letto con molto interesse l'articolo del collega Giuseppe Belleri (*M.D.* 2008; 24: 8-9). L'autore afferma che l'accordo sulla gestione e la terapia integrata del diabete firmato di recente in Piemonte, tra poco a livello nazionale, è finalmente una vittoria. La domanda che pongo è la seguente: il medico di medicina generale si sente tale, ovvero degno di svolgere la sua attività diagnostica e terapeutica quando invia ad altri il suo paziente affinché riceva la stigmata diagnostica e possa ricevere la terapia che ne consegue?

La "vittoria", secondo il collega Belleri, deriva dal *pay for performance*, dimenticando che la giurisdizione attualmente giudica il medico non per i risultati, ma per i mezzi; se in futuro sarà così, inizierà al-

lora una deriva poco prevedibile e occorrerà rivedere anche il Codice Deontologico. Ricordo che la titolarità dell'assistenza è del medico di medicina generale e di nessun altro, così dice la legge in vigore.

Proprio per questo mi permetto di proporre una visione diversa della "terapia integrata" in cui i contatti con lo specialista consistono:

1. nell'adozione e stesura di linee guida alla luce dell'evidenza del Piano Diagnostico-Terapeutico;
2. nella verifica da parte del medico di medicina generale, attraverso processi di audit (self audit o audit tra pari), del raggiungimento o meno degli obiettivi di ogni indicatore e della risoluzione o meno dei bisogni all'origine o del raggiungimento o no dei target.

La gestione del paziente con diabete mellito di tipo 2 è assolutamente peculiare al medico di medicina generale, il quale è in grado di agire anche sui fattori precipitanti conoscendo la storia familiare e personale del paziente.

Tra i compiti della struttura specialistica, invece, per il diabete tipo 2, lascerei solo la gestione clinica diretta delle persone con grave instabilità metabolica, ecc.

Riguardo al follow up del diabete non complicato, la HbA1c andrebbe eseguita ogni 4 mesi (3 all'anno). La gestione quindi deve essere propria del medico di famiglia e gli accessi non programmati agli specialisti possono essere previsti in questi casi (salvo il diritto/dovere del Mmg di richiederlo quando è necessario) ovvero:

- mancato raggiungimento dell'HbA1c=7% o tra 6,5% e 7% (da individuare) dopo 6 mesi di terapia dietetica ed orale;
- gravi ipoglicemie ripetute;
- complicanze neurologiche e altre complicanze in rapida evoluzione;
- piede diabetico;
- diabete in gravidanza: prima e durante.

Piergiorgio Muffolini

Medico di medicina generale
Presidente Snamì di Brescia