I difficili rapporti tra ospedale e territorio

Luca Serra

Medico di medicina generale
Verbania

Consegnati da tempo alla storia della medicina i "cordiali saluti" e i "se d'accordo", i referti di consulenze specialistiche e di dimissioni ospedaliere assomigliano sempre più, con la lodevole eccezione di alcuni colleghi della vecchia guardia, a dei veri e propri diktat, di frequente conditi di imperativi, di illeggibili sigle, di acronimi anglosassoni e spesso mancanti di timbro e/o di firma

Stupisce in particolar modo la disinvoltura e la leggerezza con cui molti, troppi dei nostri ormai lontani cugini ospedalieri scaricano quotidianamente su di noi Mmg le problematiche più disparate, causando di fatto uno stato di conflittualità permanente coi nostri assistiti, una vera e propria emergenza deontologica che passa inosservata e che ognuno di noi vive nella solitudine del proprio studio con un senso di frustrazione, perché spesso il contatto per un chiarimento con il collega ospedaliero, tramite chiamata telefonica, è impresa impossibile, sia perché noi, pressati dalla sala d'attesa, vi rinunciamo, sia perché i colleghi il più delle volte sono introvabili.

Bisogna riconoscere che a livello istituzionale non è mai stato fatto nulla per regolamentare i rapporti tra ospedale e territorio con una normativa che fosse, a differenza di quella attuale, vincolante sia per i Mmg sia per i medici ospedalieri. Così, medicina di primo e secondo livello, anziché essere due vasi comunicanti, risultano due compartimenti stagni.

Al contrario si è lasciato che la forbice professionale e retributiva tra i due comparti aumentasse a dismisura: ai Mmg sempre più carico burocratico e prescrizione; ai medici ospedalieri e dipendenti del Ssn invece la palma della medicina d'eccellenza e la più completa libertà prescrittiva, nonostante siano chiamati al rispetto di alcuni vincoli.

■ Questioni di immagine

Se a tutto ciò si aggiunge il contributo dei mass media che, sia con le *fiction* a sfondo sanitario sia con le tra-

smissioni di divulgazione medico-scientifica, pontificano - tranne rare eccezioni - solo medici universitari e ospedalieri, oppure le violente campagne di demonizzazione ai danni dell'intera categoria dei Mmg a causa di qualche mela marcia, si può capire perché, secondo una recente indagine l'83% dei Mmg ritenga la propria immagine completamente falsata dai media: da un lato vi è il medico onnipotente e super clinico in camice bianco, blu o verde e dall'altro un "submedico" amanuense e arraffone.

La colpa? Aver creduto e aver scelto una medicina "povera", fatta di segni e sintomi, pazienza e ascolto: la medicina di famiglia.

■ La triste quotidianità

Ma veniamo agli sgarbi quotidiani di una "tranquilla" giornata di ordinario caos, che inizia, per esempio, col paziente dimesso da una cardiologia dopo stent coronarico con prescrizione di clopidogrel senza che il collega abbia stilato, come d'obbligo, il piano terapeutico (PT). Immediato è il dilemma e il contenzioso col paziente: prescrivere quanto indicato oppure invitare il paziente o i parenti a pagarsi il farmaco in attesa di procurarsi il PT, col dubbio che visto il costo l'assistito possa ritardare l'assunzione di un farmaco potenzialmente salvavita? In entrambi i casi il malcapitato Mmg rischia, nel primo caso di rifondere il costo del farmaco per la buona azione commessa, con annessa commissione di appropriatezza e Corte dei Conti, nel secondo caso, qualora cioè conseguisse danno al paziente, di

finire davanti al giudice (che non condannerà certo il collega ospedaliero per non aver stilato il PT).

Lo stesso accade quando viene dimesso un paziente dopo un intervento in genere di tipo ortopedico e il sedicente collega, a insaputa del Mmg, invia l'assistito in una clinica convenzionata per un periodo di riabilitazione. Nulla di strano sino a quando un parente arriva in studio pretendendo ciò che il collega gli ha suggerito: andare dal suo medico a farsi fare l'impegnativa di ricovero. E così ci ritroviamo a dover avallare con la nostra firma un ricovero già avvenuto e non deciso da noi. Poi magari il tuo nome rischia in questo modo di finire nella lista degli indagati per "ricoveri facili".

Certo in questa situazione il diniego genera situazioni pesanti a quella già citata conflittualità, causata da comportamenti incongrui e comunque evitabili. Analogo discorso può essere fatto per le richieste di day hospital che vanno molto di moda, soprattutto per i check-up.

■ Tra off label e grafie illeggibili

Molto frequenti sono le dimissioni ospedaliere e le consulenze specialistiche che esitano nella prescrizione di farmaci off label: si va dagli antiepilettici prescritti come antidepressivi, alle eparine a basso peso molecolare prescritte per distorsioni tibio-tarsiche. Ai Mmg tocca ricordare al paziente che deve pagarsi il farmaco e far firmare il consenso informato. Nostre sono le conseguenze di una svista o di una buona azione nei confronti del paziente con prescrizione a carico Ssn, a nostro carico sono i pe-

santi risvolti penali quando dalla assunzione di questi farmaci derivino conseguenze lesive per il paziente.

In questo elenco vanno anche menzionati numerosi referti specialistici la cui grafia, in piena era informatica, ricorda tracciati elettroencefalografici di pazienti post critici, la cui alterata interpretazione può comportare errori e problemi medico legali che hanno ormai un'ampia casistica e che coinvolgono il medico che prescrive, non quello che suggerisce.

Personalmente non mi faccio problemi a rimandare l'assistito dal collega, ma ogni volta mi rendo anche conto che il paziente non se la prende con chi ha scritto in maniera illeggibile, bensì con il Mmg che non ha saputo interpretare il "tracciato" in questione. Che dire infine dell'uso delle sigle, spesso frutto di inventiva personale o acronimi anglosassoni che ti fanno arrossire di fronte al paziente? L'ultima volta ho chiesto spiegazioni per una sigla "TRAK". La risposta del collega, inviata alla mia assistita, è stata: "Dica al suo medico che trattasi di acronimo di anticorpi anti recettore TSH, non sono la stessa cosa degli anticorpi anti tireoglobulina e anti perossidasi tiroidea".

Non si può tenere neanche troppo in conto quanto riferito a voce dai pazienti. Difficilmente infatti si tro-

va chi ricordi il nome del medico che dato il via al "qui pro quo", né chi sia disposto a mettere per iscritto quanto afferma.

Il comune denominatore a queste situazioni che troppo di frequente avvelenano le nostre giornate è che noi Mmg siamo tenuti a rispondere a una normativa legale e amministrativa ben cogente e precisa, mentre abbiamo a che fare quotidianamente con soggetti che non sono assolutamente vincolati a farlo.

■ Che fare?

Tutti oramai ci rendiamo conto che soprattutto riguardo a questo aspetto della nostra professione non si possa andare avanti così, siamo tutti imbufaliti, ma lamentarsi e basta si sa non serve a nulla. Come uscire allora da questa situazione di sudditanza prescrittiva e normativa? Fare rimostranze ai sindacati? No, le fragili dinamiche intersindacali non consentono una diatriba tra categorie mediche. Fare denunce? No, perché siamo in un Paese in cui il confine tra legittimità e illegittimità è molto labile. Fare ricorso all'Ordine, organo da sempre preposto a vigilare sui rapporti tra medici? Direi che sensibilizzare a riguardo l'unica istituzione che ancora raggruppa tutti i medici, l'unica

che abbia ancora una visibilità a livello nazionale - anche se a rischio di ideologia iperliberista e di *deregulation* imperante - è probabilmente l'unica via da percorrere. Non è forse l'Ordine la magistratura della professione e il Codice Deontologico il suo biglietto da visita?

L'art. 58 di suddetto Codice sottolinea infatti che: *il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione delle attività professionali di ognuno.*

L'art. 64 poi rammenta che *il medico è tenuto a comunicare eventuali infrazioni alle regole, al reciproco rispetto e alla collaborazione tra colleghi e alla salvaguardia delle specifiche competenze.* Non si tratta di fare denunce, una serie di procedimenti disciplinari porterebbero solo a un clima da rissa senza approdare a nulla di buono; si tratta di riportare in discussione le regole del gioco senza cercare rivalse e per questo bisogna essere pragmatici, quindi fare segnalazioni documentate e propositive, ma solo se queste saranno veramente tante questa emergenza deontologica verrà presa in considerazione e portata a livello istituzionale. Facciamolo, se ancora ci resta un po' di rispetto per noi stessi, perché praticare una medicina meno tecnologica ma più umana non significa essere meno medici, anzi.