

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

Sono entrati in studio mano nella mano e, dopo essersi seduti, sempre tenendosi per mano, lui mi ha sporto la busta chiusa con il referto degli esami. Li avevo visti un paio di settimane fa: sono una giovane coppia straniera. Desideravano da tempo avere dei figli, ma questi non venivano; finalmente lui ha trovato il coraggio di farsi visitare. Testicoli atrofici che risalivano entrambi stabilmente e completamente nel canale inguinale. Ho chiesto uno spermioγραμμα per confermare il fondato sospetto di infertilità maschile ed era appunto la risposta di questo esame il contenuto della busta chiusa appoggiata delicatamente sulla mia scrivania. Come mi aspettavo, non vi era neppure l'ombra di uno spermatozoo nel liquido seminale.

Il mio compito è stato quello di comunicare loro il significato di questo dato e le relative conseguenze. Mentre parlavo e vedevo negli occhi di quel giovane uomo una profonda angoscia e una soffocata voglia di gridare, la mano di lei si è appoggiata sulla sua coscia e si è stretta con forza; un gesto deciso, quasi violento che voleva dire "Non ti preoccupare, io sono qua, sono e sarò con te", un gesto sufficiente a dimostrare tutta la grandezza dell'essere umano.

Martedì

Tra tutti i miei numerosi pazienti affetti da ipotiroidismo uno solo non è esente ticket per patologia. Come forse non tutti sanno, l'esenzione dalla spesa sanitaria per patologia (nella mia Asl tranne per il diabete e per l'ipertensione arteriosa) viene concessa su diagnosi dello specialista. Per specialista in realtà (misteri d'Italia) non si intende il medico in possesso della specialità, ma il medico che lavora in una struttura specialistica pubblica (talvolta solo specializzando).

La procedura presuppone quindi che il medico di famiglia non sia in grado di diagnosticare molte patologie o che non ne possa essere responsabile (leggi: abile a rispondere della diagnosi) e che quindi sia necessario una supervisione specialistica. Questa supervisione risulta necessaria anche se il medico che diagnostica la patologia è pure specialista e in ogni caso, questa norma, in modo lampante, definisce due categorie di medici: quelli in grado di diagnosticare e quelli no. Anche se la procedura

ha fondamenti squisitamente burocratici essa risulta estremamente umiliante per il medico che deve richiedere la consulenza e screditare sempre la medicina generale agli occhi del paziente, che ovviamente la percepisce come una disciplina di serie B. Un medico con decenni di esperienza ha bisogno sempre dell'avallo diagnostico da parte dell'ospedaliero o dello specialista ambulatoriale.

In nessuna altra parte del globo i medici si farebbero trattare in questo modo e difenderebbero orgogliosamente la professione, la loro dignità e la loro professionalità.

Ma torniamo al mio paziente. Seguendo l'assurda procedura, ovviamente dopo aver diagnosticato e trattato la malattia, ho chiesto una visita specialistica endocrinologica per esenzione ticket. Il paziente mi riferisce, dopo essersi recato all'ufficio appuntamenti, che nella nostra Asl non è possibile prenotare una visita endocrinologica; allora richiedo una visita internistica per lo stesso motivo.

Dopo circa un mese il paziente torna in studio con la risposta dello specialista: "Ritengo che il paziente non necessiti attualmente di esenzione prevista per patologia tiroidea (grave), ma solo di continuare con la terapia in atto (buon controllo recente del TSH), controllare le altre patologie per cui ha già l'esenzione. Ripeterei un'ecografia tiroidea". Cioè, il paziente è affetto dalla patologia, ma siccome è ben curato non ha bisogno di esenzione, non è grave, come previsto dalla normativa.

La situazione mi è sembrata assurda, contro ogni principio di equità e non rispettosa. Mi sono sentito in dovere di chiedere spiegazioni al direttore di distretto. La risposta: "Non ti potrà essere di grande aiuto nelle risposte ai tuoi quesiti, comunque cerco di fare del mio meglio:

- ipotiroidismo grave, come sempre in Italia si inserisce una definizione con un aggettivo, ma non si fa mai riferimento a un parametro per oggettivare lo stesso, quindi la decisione molto soggettiva di cosa è grave o meno è demandata alla interpretazione dello specialista che deve certificare la patologia;
- la visita per stabilire se un paziente è affetto da una patologia che potrebbe rientrare tra quelle previste nel DM 329 (malattie croniche e invalidanti) non rientra tra le prestazioni esenti, in quanto l'utente non è ancora in possesso dell'esenzione. Lo so che ti sto fornendo delle affermazioni che

potrebbero essere assurde ma, in un panorama dove il rispetto delle regole è già difficile, pensa cosa sarebbe se tutto fosse lasciato solo al buon senso, dove questa dote è tutt'altro che diffusa?

Un caro saluto

Che ci sia del marcio in Danimarca?

Mercoledì

Giovanni ha settantannove anni ed è costretto in carrozzina per un'emiplegia post-ictus. La settimana scorsa ha avuto un episodio di rettorragia e all'anosopia, oltre a delle emorroidi trombizzate, avevo visto un polipo del retto. Ho chiesto una colonscopia, mi sembrava doveroso vedere cosa ci fosse a monte. È tornato dall'ospedale praticamente senza risposta, non aveva eseguito una pulizia adeguata, per cui per il collega era stato impossibile eseguire l'esame. Ma mi ha colpito quanto mi ha scritto: "Vale proprio la pena di insistere???". Settantannove anni evidentemente meritano tre punti interrogativi. Ho riprescritto l'indagine.

Giovedì

Mi è ricapitato fra le mani l'articolo del *N Engl J Med* nel 2007 a firma di Delbanco T e Bell SK "Guilty, afraid, and alone: struggling with medical error" (*NEJM* 2007; 357: 1682-3). Riporta i risultati di alcune interviste fatte a medici che hanno commesso degli errori professionali e altre fatte a dei pazienti e/o ai loro familiari che li hanno invece subiti. Il punto di vista è molto americano, ma apre una finestra su un mondo inesplorato anche in Europa: il mondo dei sentimenti di chi commette e di chi subisce errori. L'errore ha una dimensione tecnica e legale, ma ha soprattutto una dimensione umana ed è proprio quest'ultima che condiziona il futuro di chi lo ha commesso e di chi lo ha subito.

Sia il medico sia il paziente hanno un senso di colpa, di paura e di solitudine. Nel medico prevale la paura di essere isolato, di non essere considerato dai colleghi e di perderne il rispetto, di avere ripercussioni sulla vita professionale; nel paziente e nei familiari il senso di colpa per non avere scelto con accuratezza, per non avere sorvegliato abbastanza e la solitudine, la incapacità di comunicare.

Questi sentimenti spiegano alcuni nostri comportamenti. Spesso noi medici di famiglia abbiamo paura di chiedere informazioni o delucidazioni a colleghi per paura di fare domande che possano mascherare la nostra ignoranza, per paura di essere poco considerati ed esclusi. La stessa paura di essere giudicati che, spesso, impedisce al collega specialista di comunicare con noi. La paura di sbagliare diventa così una causa importante di errore e gli errori aumentano nonostante la proliferazione di procedure e di linee guida. Questa mancanza

di comunicazione si moltiplica con la divisione dei compiti e con il proliferare del numero dei medici che seguono la stessa persona e, proprio per la settorialità d'intervento e il frazionamento delle conoscenze, gli specialisti confondono e destabilizzano i pazienti più dei generalisti.

Venerdì

L'infermiera mi ha chiesto di controllare le prescrizioni di un paziente che continuava a richiedere un antidepressivo. Le ho chiesto di farlo attendere e di farlo parlare con me. Lo sguardo era cattivo, l'atteggiamento diffidente e di difesa.

"Assumi psicofarmaci da parecchio tempo, non hai eseguito gli accertamenti che ti ho richiesto mesi fa, non ti fai vedere, non so come stai; come stai? Come posso curarti e prescriverti delle medicine se non conosco il tuo stato di salute?". "Sto bene, non sono matto! Quelli che mi seguono continuamente esistono sul serio, non me li sono inventati; non posso dirlo perché non mi credono, ho due bambine, ho paura che me le portino via, io non spaccio droga, cosa vogliono da me, non ho fatto niente, le mie bambine sono brave, non sono un delinquente, perché si nascondono? Perché mi seguono giorno e notte? Non so più dove fuggire". L'atteggiamento aggressivo nel frattempo si era trasformato in una richiesta di aiuto e le parole sono state interrotte da un pianto a dirotto.

Un quadro psicotico scompensato con delirio di persecuzione. "Non ti preoccupare fidati di me, ti proteggerò io, ma aiutami ad aiutarti; intanto ti sarei grato se ti recassi in psichiatria per una consulenza". "Chiami mia moglie, è fuori in sala d'attesa".

È una giovane donna, vestita alla moda, sguardo incredulo e quasi inquisitorio: "Ma come fa lei a dire che mio marito non sta bene?!" Come a dire: "Ma come si permette!".

Sabato

L'etilismo è molto diffuso tra le donne. Lo sanno camuffare molto bene. Anche oggi ho assistito impotente al pianto di una ragazza che non sa più cosa fare con la madre. Continua a bere ed è diventata pericolosa, perché continua a guidare l'automobile. Mi aveva promesso di smettere ma, in tanti anni di questa professione, non ho mai visto mantenere una promessa di questo tipo.

Nulla è valso tutto il mio impegno con un'altra signora affetta da fibrillazione atriale di natura tossica. Il ritmo cardiaco normale è stato ripristinato con cardioversione elettrica, ma a distanza di due mesi l'elettrocardiogramma mostra nuovamente una fibrillazione atriale. Ho rinviato la signora in cardiologia, ma penso che sarà molto difficile, probabilmente vano, continuare a curare il cuore se non riusciamo a curare tutto il resto.