

## La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

### Lunedì

È ormai quasi la norma: quando invio un paziente a eseguire un esame strumentale per una qualsiasi patologia cardiaca, sia questo un ecocardiogramma o un test da sforzo, il collega che esegue l'esame gli chiede da che cardiologo sia seguito e alla risposta: "Sono seguito dal mio medico di famiglia", con atteggiamento meravigliato risponde: "Come, non è seguito da un cardiologo?! Se ne scelga uno!".

È ovvio che il paziente, una volta tornato in ambulatorio, mi chieda come mai io non l'abbia affidato ad uno specialista e nonostante io gli spieghi che un'ipertensione arteriosa, un'ischemia cronica o una fibrillazione atriale sono problemi da cure primarie, il dubbio di non essere seguito adeguatamente diventa reale.

Una ulteriore dimostrazione della debolezza di una disciplina, la medicina generale, che non è omogenea, non è accademica e non gestisce tecnologia diagnostica.

In nessun altro Paese europeo un cardiologo porrebbe una simile domanda a un paziente inviato per un accertamento.

### Martedì

Sono stato chiamato a constatare il decesso di un mio paziente novantaseienne. Aletta da tempo, demente, non si nutriva e non beveva ormai da parecchi giorni e la morte era annunciata.

La stanza, con una luce fioca (non ho mai visto quella stanza illuminata dal sole o da una lampada decente) era invasa da un odore acre, un insieme di stantio e marcio; il cadavere stava nel letto metallico con le spondine laterali ancora alzate come se potesse ancora muoversi e cadere. Il nipote, in bermuda e infradito, mi ha accompagnato dal nonno.

Tornato in studio, sono stato raggiunto dall'addetto delle pompe funebri, poco più che ventenne, jeans slavati, maglietta sudata, orecchino e una strana capigliatura.

Con lo stesso comportamento di un impiegato svegliato mi ha passato i moduli di rito da compilare, intanto parlava con il nipote del defunto, sempre in bermuda e infradito, e rispondeva al telefonino.

Non so se qualcuno si ricordi ancora l'etimologia di "onoranze funebri", ho l'impressione che in questo nostro decaduto Paese si sia perso il significato dei passaggi importanti dell'esistenza. La perdita della forma è sicuramente perdita di sostanza.

### Mercoledì

Mi hanno chiamato i Carabinieri mentre facevo ambulatorio, un mio paziente quarantenne si è suicidato.

Non lo vedevo da un anno, era seguito dal servizio territoriale di psichiatria, aveva una storia di assunzione di sostanze stupefacenti e alcol.

Per uccidersi ha scelto il gas, un sacchetto e una bombola di gas da cucina, fuori dalla casa in un magazzino, in mezzo agli attrezzi da giardino.

Attorno al cadavere cianotico i carabinieri prendevano appunti, la scientifica filmava la scena e gli incaricati delle pompe funebri fumavano. I familiari, in cerchio, lontani, spettatori increduli e attoniti, non si muovevano, non parlavano, osservavano inermi lo svolgersi dell'ultimo atto della tragedia.

Un'altra vittima annunciata, figlia di questa società dell'apparire e del denaro, di un mondo che si nutre di ignoranza e fragilità. Speriamo che adesso almeno lui abbia trovato un po' di pace.

### Giovedì

Sono stato insultato da un paziente urlante (di un collega che sto sostituendo) perché non gli ho prescritto un farmaco di cui non ricordava il nome e non gli ho dato la nuova posologia di dicumarolo non ricordandosi l'ultimo valore di INR.

Ci mancava poco che mi picchiasse perché

lui aveva diritto alla prestazione. Se ne è andato bestemmiando ad alta voce e mandandomi a quel paese, mentre gli altri pazienti in sala d'attesa non sapevano più che faccia fare.

Ci sono infinite campagne per informare i pazienti sui loro diritti e nessuna che li informi sui loro doveri. Un sistema che accetta che i propri professionisti siano quotidianamente criticati, non rispettati e trattati come servi non può durare se non come servizio di bassissima qualità, potrà anche essere efficiente, ma sarà sicuramente assolutamente inefficace.

## Venerdì

Gli studenti del sesto anno della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Udine, dopo le due settimane di tirocinio pratico, hanno rivisto decisamente le opinioni sulla medicina generale.

In particolare l'idea che avevano alla fine del corso teorico circa la complessità di questa professione è talmente cambiata da far loro definire la medicina di famiglia come la più complessa delle specialità (De Pieri M, Maso G. Insegnamento della medicina di famiglia e clinical skills: analisi di un'esperienza. *IJPC* 2010; vol. 2, n. 2).

Che la medicina di famiglia sia una disciplina molto complessa non vi è alcun dubbio, come non vi è alcun dubbio che questa complessità sia notevolmente aumentata negli ultimi anni e che sia destinata ad aumentare. Lo dimostrano le ore e il carico di lavoro che continua a crescere costantemente a parità di pazienti, lo dimostra il burn-out di molti medici e anche il numero di errori, essi stessi misura di complessità. La demografia, la quantità di informazioni, le esigenze dei pazienti, il carico burocratico e le implicazioni legali sono alcuni dei fattori di questa ingravescente complessità.

Alle stesse conclusioni degli studenti sono arrivati tre ricercatori americani (Katerndahl A, Wood R, Jaén CR. A method for estimating relative complexity of ambulatory care. *Annals of Family Medicine* 2010, 8: 341-347), che hanno proposto un metodo di misura della complessità del lavoro ambulatoriale e hanno dimostrato come sia molto più complessa la medicina di famiglia della cardiologia o della psichiatria.

Tale complessità è probabilmente la causa della incostante praticabilità della evidence based medicine e delle linee guida in

medicina generale. Ogni medico di famiglia conosce bene questa realtà. L'“Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale” sottolinea tuttavia che l'“appropriatezza delle cure” è garantita da “linee guida consensuali”, dalla “medicina basata sulle evidenze” e da corretti “comportamenti prescrittivi” che saranno rilevati dalle Aziende.

Per valutare il carico di lavoro il medico trasmette alla propria Asl le richieste di ricovero, gli accessi allo studio, le prestazioni di particolare impegno e le visite domiciliari. Chi ha steso l'Accordo comunque ha cercato un metodo di misura della complessità e sicuramente i dati forniti dai medici saranno fonte di riflessione, ma la proposta di linee guida (addirittura di Azienda) e di controlli sui comportamenti professionali rischia di soffocare ulteriormente una professione già in debito di ossigeno.

## Sabato

Succede frequentemente quando le malattie sono gravi, quando viene diagnosticata una neoplasia o quando il quadro diagnostico non viene chiarito in tempi brevi, che compaia un parente, mai visto, del paziente.

A questa persona non passa minimamente per la testa di consultarmi, di sentire cosa ho fatto o cosa ho in mente di fare, anzi, decide di consultare un “professore”, in libera professione, perché ovviamente un medico che si paga è sicuramente più bravo di uno che non si paga e poi è sicuramente più bravo di un medico “di base”.

Ecco che arriva con richieste di esami che il paziente ha già eseguito, con false aspettative e illusioni. Ovviamente, il collega che vede per la prima volta l'ammalato non conosce il suo passato, non conosce l'ambiente in cui vive, i suoi desideri e i suoi ideali e deve ricominciare tutto daccapo. Spesso è uno specialista che si sofferma sulla malattia o sull'organo malato. Spesso la vita, o quel che resta della vita del povero paziente viene sconvolta, così come viene sconvolto il rapporto con il proprio medico costruito anno dopo anno. Il fondamentale rapporto di fiducia, essenziale in questi casi, viene minato, con il solo risultato di peggiorare la cura e l'assistenza proprio quando queste dovrebbero essere fornite con il massimo della professionalità.