

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

Ieri ho chiesto alla mia infermiera di contattare telefonicamente un nostro paziente, volevo proporgli alcuni accertamenti. Alla chiamata ha risposto la moglie, che ci ha riferito che il marito era ricoverato in chirurgia. In effetti il signore in questione doveva tornare a controllo dall'otorino per dei polipi nasali, ma dal reparto di otorinolaringoiatria, sempre a detta della moglie, è stato trasferito in chirurgia per accertamenti.

Il paziente da un paio di anni soffre di astenia e perdita di forza muscolare, soprattutto agli arti inferiori, per questo è anche caduto più volte. L'ho fatto vedere dal reumatologo e in più di un ambulatorio di neurologia e ho dovuto insistere a lungo perché venisse eseguita una biopsia muscolare.

Ha sempre avuto un aumento del CPK e in effetti la biopsia ha confermato una miopatia. Negli ultimi tempi però il quadro è peggiorato, è dimagrito, disfagico, qualche volta faceva addirittura difficoltà a parlare. Considerato che tutti gli specialisti consultati non mi avevano dato una risposta ero andato a ristudiarli il caso ipotizzando tutte le possibili diagnosi differenziali; ecco perché l'abbiamo cercato a casa per approfondire gli esami con la speranza di arrivare a una diagnosi.

Saputo che era ricoverato in chirurgia ho chiamato il reparto per sapere come mai fosse lì e per fornire ai colleghi più informazioni possibili sul caso, in modo da evitare la ripetizione inutile di esami e dire loro quali fossero le mie ipotesi diagnostiche.

Mi ha risposto un collega, a monosillabi, chiaramente scocciato, il tono della voce esprimeva l'assoluta indifferenza (vorrei dire disprezzo) per il medico di famiglia che osava disturbare uno specialista che stava lavorando. Ovviamente, non ha nemmeno tentato di instaurare un qualsiasi colloquio, ho chiesto scusa per il disturbo e ho interrotto la telefonata senza polemiche.

Domani proverò a chiamare il primario del reparto per avere le informazioni che cercavo e per fare in modo che non venga perso ulteriore tempo prima di una diagnosi di certezza. Il paziente è straniero, spaesato, timido, non è colto,

non parla bene la nostra lingua e non si sa destreggiare fra le maglie della nostra organizzazione sanitaria, tutte condizioni che non facilitano, purtroppo, l'assistenza. Certo è che la considerazione della medicina generale tra i colleghi ospedalieri, soprattutto in alcuni ospedali, è molto bassa; sicuramente la medicina di famiglia ha molte responsabilità per questo stato di cose, così come la non conoscenza dei rispettivi ambienti di lavoro non facilita la comunicazione, certamente, però, quando c'è una supponenza come quella del collega che mi ha risposto al telefono questa non può che essere frutto di maleducazione, ignoranza e frustrazione.

Martedì

È venuto in studio un mio ex paziente, trasferito in un'altra città qualche anno fa. Mi riferiva un senso di cardiopalmo e un'aritmia del polso. Ho eseguito un elettrocardiogramma che ha messo in evidenza una fibrillazione atriale. Ho spiegato al paziente il significato della patologia riscontrata, gli ho prescritto un ecocardiogramma per escludere patologie valvolari e ho iniziato una terapia con dicumarolo in vista di una cardioversione elettrica.

La mia infermiera ha programmato una serie di controlli della coagulazione e ha consegnato al paziente tutte le istruzioni del caso.

Oggi il paziente è tornato nel mio studio, ha fatto con successo la cardioversione e ora il suo cuore è a ritmo. Come si fa in questi casi dovrà mantenere la terapia anticoagulante per un certo periodo e controllarlo nel tempo.

La lettera di dimissione dall'ospedale conclude che "è opportuna una visita di controllo fra due mesi presso il cardiologo di fiducia". Come può una struttura del Ssn (che non fornisce un cardiologo di fiducia) scrivere una cosa del genere? Se è opportuno un controllo specialistico perché non dovrebbe essere programmato nella stessa struttura che ha eseguito la procedura? Perché il paziente non viene riaffidato al medico di famiglia che ha gestito tutto l'iter? Perché una persona dovrebbe avere un cardiologo di fiducia e non un reparto di riferimento in caso di bisogno? *Cui prodest* la dicitura finale della lettera di

dimissione? Perché si induce il bisogno dello specialista di fiducia per ogni problema delle persone? Chi dice "il mio cardiologo, il mio ginecologo, il mio urologo, il mio endocrinologo, ecc" non sa che è vittima di un sistema di spartizione della sua persona, che invece è sempre qualcosa di più della somma dei vari organi che la compongono. Questo modo di gestire la salute fa bene ai medici, ma non fa bene ai pazienti e al sistema sanitario.

Mercoledì

Una mia paziente presenta una massa palpabile sottocutanea alla coscia sinistra; non ricorda traumi, punture d'insetto o altro che possano in qualche modo fare pensare a una causa della tumefazione.

Alla palpazione la massa è dura, indolente, non altera il colore della cute sovrastante. Eseguo un'ecografia che evidenzia un nodulo ipoecogeno, a contorni regolari, non vascolarizzato del diametro massimo di circa due centimetri. Invio la paziente, con referto e foto, dal chirurgo per una eventuale biopsia e in ogni caso per un parere. "Questo si è messo anche a fare ecografie?! Ripeta l'esame in ospedale poi ne parliamo"; questa è stata la risposta alla paziente quando ha consegnato il mio referto.

Questo piccolo episodio è sufficiente per capire il deterioramento della deontologia, della cultura e dell'educazione di questo periodo storico ed è anche emblematico della considerazione di cui gode la medicina generale. Non si capisce perché per un ginecologo, per un cardiologo, per un internista, per un urologo o per un flebologo l'ecografia faccia parte delle abilità di routine e non possa invece esserlo per un medico di famiglia. Forse non essendo un ospedaliero non è degno della metodica.

Giovedì

Ho ricoverato un mio paziente che non vedevo da molto tempo, era dimagrito e defedato; l'aspetto non consentiva dubbi in fatto di diagnosi. È ancora ricoverato. Moglie e figlio sono venuti da me oggi per chiedermi un certificato richiesto loro dal distretto sanitario. Non ho capito di che tipo di certificato si trattasse, ho chiesto loro di tornare al distretto per farsi dare la documentazione che loro riferivano di avere lasciato là. Sono tornati con un numero di esenzione ticket per patologia e con un certificato di diagnosi di neoplasia della laringe. Dopo diverse domande sono riuscito a intuire che probabilmente i colleghi ospedalieri si sono attivati prima della dimissione perché il distretto potesse

procurare un aspiratore. Sono riuscito a intuire che probabilmente per la richiesta di questo apparecchio bisogna avere già inoltrata la domanda di invalidità.

Dovrò quindi preparare e inviare il certificato all'Inps per via telematica, consegnarlo ai familiari che si dovranno recare a un Caf per fare a loro volta la domanda di invalidità per via telematica. Con questa domanda fatta dovranno recarsi di nuovo al distretto che attiverà la procedura per ottenere un aspiratore.

I costi diretti e indiretti di questa operazione superano sicuramente il costo di un aspiratore, ma l'apparato burocratico ne trae di certo linfa.

Venerdì

Ho chiamato il 118, Antonio, novantatré anni, demente, cachettico, con sindrome da allettamento, non si alimenta da giorni, è disidratato e sta morendo. Non sono in grado di assisterlo a casa questo fine settimana, i parenti non se la sentono di stare con lui da soli, per questo ho chiesto un'ambulanza.

Alla mia richiesta l'operatore, al telefono, mi chiede alcune informazioni sul paziente e mi domanda se sono il medico "di base"; rispondo di sì e lui conclude chiedendomi: "vuole che le mandi un medico?". Forse intendeva un medico "vero".

Sabato

Ci siamo trovati tra tutor del corso di formazione in medicina di famiglia che gli studenti della facoltà di medicina dell'Università di Udine frequentano al sesto anno. C'era da discutere circa i contenuti di un manuale che stiamo elaborando come strumento condiviso di insegnamento. La maggior parte di noi ha ormai anni di esperienza con gli studenti oltre che molti anni di esperienza come medici di famiglia.

L'esperienza di medici pratici abituati a gestire problemi e non malattie, a curare persone e non organi, è emersa prepotente nella discussione. Sono emerse quelle che dovrebbero essere le vere finalità del tirocinio: far conoscere la disciplina, farne percepire il mandato, farne conoscere i principi e il metodo, far innamorare lo studente della medicina come professione e arte qualsiasi specialità egli scelga di intraprendere e farlo iniziare a giocare una partita con i fondamentali di cui è in possesso. Trasmettere la voglia di imparare e insegnare come fare.

Insomma trasmettere l'amore per questa professione e l'umiltà di chi è al servizio degli altri. Questa volta mi sono sentito molto orgoglioso di appartenere a questa categoria.