La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia
Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

Io oggi ho prescritto ad un mio paziente affetto da neoplasia epatica con importanti dolori da metastasi ossee il disodio clodronato da somministrare in flebo endovena. Ho fatto la richiesta al servizio infermieristico per la terapia a domicilio. Prima mi ha telefonato un'infermiera per chiedermi se un farmaco con differente nome commerciale, disponibile nelle farmacie, equivalesse a quello che avevo prescritto, dopo un po' mi ha ritelefonato dicendomi che loro non fanno questa terapia a domicilio perché può avere effetti collaterali. Ho chiesto quale fosse il discriminante fra gli effetti collaterali di questa terapia e le altre e sinceramente non me lo ha saputo spiegare ma mi ha detto che se fosse stato prescritto dal medico delle cure palliative allora si sarebbe potuto fare. Ho chiesto alla caposala se fosse sicura di quanto stesse affermando, ricordandole che sono un medico e che ho la facoltà e la responsabilità di prescrivere. Ho telefonato al direttore di Distretto spiegando il fatto e chiedendo spiegazioni. Mi ha richiamato poco dopo invitandomi a fare la richiesta di cure palliative, perché il medico delle cure palliative è reperibile in caso di bisogno. Ho detto che anch'io sono reperibile, allora mi ha fatto tornare al distretto per aggiungere in calce alla domanda di assistenza infermieristica che sono reperibile telefonicamente. Sono in attesa di sviluppi. È ovvio che la vicenda pone molti interrogativi: 1) il medico di famiglia può prescrivere una terapia? 2) a chi risponde il servizio infermieristico domiciliare? 3) c'è pari dignità professionale tra il medico di famiglia e il medico delle cure palliative? 4) su che base viene deciso dalla caposala che un farmaco è somministrabile a domicilio (per esempio aminofillina e antibiotici) e un altro no? 5) siamo sicuri che l'Italia sia in Europa?

Martedì

Mi ha telefonato la figlia di una mia anziana paziente, che ho ricoverato pochi giorni fa proprio su insistenza della famiglia. La signora, affetta da una neoplasia della mammella con metastasi diffuse, è deceduta in ospedale. "È stato meglio così dottore, ha finito di soffrire, gli ultimi due anni sono stati un calvario". Ho riflettuto su questo "è stato meglio così" che sento ripetermi dai familiari ogniqualvolta una persona muore di cancro. Questo "è stato meglio così" sottintende una serie di significati, non sempre altruistici o compassionevoli anche se spesso suggeriti da vera pietas. È un aspetto di quella che io definisco "bioetica popolare" che trae i suoi principi da tradizioni, convenzioni, egoismi e sistemi cognitivi innati. Questa "bioetica" meriterebbe di essere studiata.

Mercoledì

Il Fondo Monetario Internazionale lancia l'allarme "longevità". La gente vive troppo a lungo e i sistemi di welfare attuali non possono rimanere quel che sono. Mi domando che implicazioni possa avere un tale messaggio in un Paese come il nostro in cui la medicina è un'attività pianificata.

Giovedì

"I malati terminali ci costano cari: fino a quando potremo curarli?". Parole del direttore generale di una Usl del Veneto riportate su un quotidiano. "I duecentomila euro per ogni paziente condannato sono sproporzionati ai benefici. Con questa crisi tra pochi anni sarà difficile giustificare all'esterno, soprattutto a quelle famiglie che non riescono ad arrivare a fine mese, che si possono spendere oltre duecentomila euro all'anno per

pagare le cure di un solo paziente che magari ha davanti a sé poche settimane di vita".

Venerdì

Sono stato a casa di Maria, ho visto il referto della risonanza magnetica total body, non ci sono più segni di metastasi ossee diffuse di carcinoma della mammella. Tutto scomparso; se sono state le "Ave Marie", i farmaci che abbiamo usato o le difese immunitarie non lo sapremo mai, ma la paziente, condannata dalla prognosi, sta bene, si alza, non ha più dolori e sta riprendendo massa muscolare. Penso a cosa sarebbe successo se la paziente avesse espresso delle "direttive anticipate" in caso si fosse ammalata di un male "incurabile". Le sue condizioni la candidavano alla sola terapia palliativa e non avrebbero previsto altre terapie o accertamenti. Alcuni punti di vista presentano il nostro come il Paese dei diritti negati *(Caro Trollo: Liberi di Morire. Una fine dignitosa nel Paese dei diritti negati. Rubettino Editore 2012; Gilberto Corbellini: Fine della vita, oltraggi estremi. Il Sole 24ore, 2012)* e sottintendono che la decisione terapeutica affidata al medico in caso di malattia grave penalizzi la scelta individuale. Questo campo è molto, molto delicato; spesso l'applicazione di protocolli e linee guida disumanizza la cura ed è proprio la mancanza di libertà del medico a limitare la libertà del paziente. La cura dovrebbe essere sempre concordata tra persone libere e non dovrebbe essere strettamente vincolata da protocolli e direttive anticipate. Protocolli, linee guida, direttive anticipate sono la strada maestra, ma si dovrebbe essere liberi di deviare, decidendo insieme se vale la pena di imboccare un sentiero impervio per raggiungere la meta.

Sabato

Ore 8.30, ricevo questo sms: "Buongiorno sono F. Con dolore annuncio che papà non soffre più, si è spento ieri. Grazie di tutto. Saluti".