MEDICO DI FAMIGLIA E SPECIALISTA: UN SOLO METODO O DUE DIVERSI APPROCCI??

Data 28 febbraio 2021
Categoria professione

Con questo contributo inizia la collaborazione con la Redazione di pillole.org il collega Roberto Fassina, medico di famiglia, letterato, poeta, appassionato di logica e metodologia. Per la sua intensa e raffinata attività letteraria rinviamo al sito: literary.it/autore.asp?id_autore=2280.
Ora attendiamo con grande interesse i suoi contributi alla nostra appassionata attività…
Riccardo De Gobbi

In questo articolo si vuole porre all'attenzione dei lettori un problema teorico che però ha importanti risvolti pratici. Secondo l'interpretazione classica del "metodo diagnostico" il procedimento di base rimane sempre quello di Claude Bernard: Osservazione  ipotesi diagnostica  deduzione  verifica. Il paradigma che sottostava a questo schema era, secondo Scandellari: una malattia, una diagnosi, una terapia, una prognosi.
Attualmente, con l'esplosione epidemiologica della 'cronicità' tale paradigma si è modificato, e, sempre secondo Scandellari, esso è rappresentato dalla **'co-morbilità'** (poche volte ormai ci troviamo di fronte a pazienti con una sola malattia) , dall' **'interpretazione' del paziente** (non c'è più una diagnosi sola, ma un'articolata e complessa interpretazione dello stato del paziente), dalla **'terapia integrata'** (non c'è più una semplice terapia tout court), e dalla **'valutazione della qualità della vita residua'** (la prognosi diventa un processo poliedrico molto complesso).

Dopo questa rivoluzione 'cognitiva' ci chiediamo se il Medico di Medicina Generale (MMG) utilizzi lo stesso metodo diagnostico del Medico Specialista (MS)…oppure no. Si può ancora dire che esiste un solo Metodo diagnostico? Esiste ancora lo schema 'aureo', valido per tutti, che ci è stato insegnato rigorosamente durante gli anni di università e caratterizzato da:Raccolta accurata ed esaustiva dell'anamnesi,Esame obiettivo sistematico e completo,Ragionamento clinico e Diagnosi finale?

Oppure **il setting di lavoro** ne condiziona e ne modifica il procedimento? E come avverrebbe questa modifica?
Teniamo presente che, mentre il MS tende concentrarsi sulle malattie di sua competenza, privilegiando un 'sapere verticale', il MMG si prende cura delle persone, utilizzando un approccio 'bio-psico-sociale', e privilegiando un 'sapere orizzontale', con contenuti di psicologia, antropologia, clinica, sociologia, epidemiologia, medico-legali, amministrativi, manageriali.

> Le [b]differenze più importanti fra il setting di lavoro[/b] del MMG e quello del MS possiamo riassumerle sinteticamente:
>
> [b]Medico Medicina Generale[/b]: Contatto informale-Assistenza continuativa-Rapporto contrattuale 'condizionato' (revoca)-Attenzione al rapporto costo/benefici-Utilizzo frequente del placebo-Accertamenti come 'terapia d'attesa'-Lavoro spesso in 'solitudine'-Tempi stretti di lavoro- Pazienti non selezionati-Problemi 'non-strutturati' Conoscenza del contesto bio-psico-sociale dei pazienti-
>
> [b]Medico Specialista[/b]: Contatto formale-Assistenza discontinua-Rapporto 'direttivo'-Rapporto non-condizionato-Minor attenzione al rapporto costi/benefici-Minor utilizzo del placebo-Accertamenti solo 'su indicazione'-Lavoro in equipe-Tempi lavoro più 'dilatati' (ricovero)- Pazienti selezionati-Problemi-disturbi più 'strutturati'-Non conoscenza del contesto bio-psico-sociale dei pazienti

I vari elementi presentati sono strettamente correlati al tipo di rapporto di lavoro che le due figure contraggono col Sistema Sanitario Nazionale (SSN) . Lo specialista ospedaliero o universitario è un medico dipendente, in cui stipendio è fisso e legato al suo ruolo dirigenziale. Il MMG invece ha un rapporto di Convenzione col SSN, per cui il suo stipendio è legato al numero di scelte che riceve, e che possono variare nel tempo. Queste scelte dipendono da fattori che spesso hanno poco a che fare con le sue competenze cliniche, ma sono legate alla distanza dello studio dall'abitazione dell'assistito, alla facilità di raggiungerlo coi mezzi pubblici, alla distanza dello studio dalla farmacia, alle capacità 'comunicative' del medico, e molto spesso alla sua 'disponibilità' a soddisfare le varie richieste, anche improprie, dell'assistito.
Il MS può avere un rapporto 'direttivo' e dire "NO" impunemente; non esiste nessuna revoca per lui.
Il MMG ha invece un rapporto 'contrattuale' col paziente, discute e media continuamente tra le sue richieste e le varie Linee Guida imposte dal SSN, dalla Regione, dall'Azienda in cui lavora. A volte, se non accontenta l'assistito, lo perde per revoca, e questo va ad inficiare il suo stipendio finale mensile. Questo elemento di 'ricattabilità' può spesso alterare le decisioni diagnostiche del MMG.
Un altro fattore di fondamentale differenza fra le due figure è rappresentato dalla potenza del Valore Predittivo Positivo (VPP) della propria azione diagnostica. E' noto infatti che il VPP di qualsiasi test o manovra semeiologica è direttamente proporzionale alla Prevalenza (P) della malattia indagata.

VPP = Veri Positivi / Veri positivi + Falsi positivi

Quindi, mentre un chirurgo per esempio fa diagnosi facilmente di un'appendicite acuta, poiché ne vede molte in un anno (alta P di malattia, con pazienti già 'selezionati' provenienti dal territorio), il MMG ha più difficoltà nel porre tale diagnosi, poiché la P nel territorio di appendiciti acute è molto più bassa.
Altro elemento importante che distingue i due setting di lavoro è rappresentato dalla 'storia biologica' della malattia. Il MMG vede pazienti con problemi spesso in fase precoce ed indistinta, poco strutturati, mal definiti, essendo lui stesso il primo referente sanitario per il cittadino. Viceversa per lo specialista o il medico di Pronto Soccorso (PS): essi molte volte vedono il paziente in una fase 'biologica' successiva, con caratteri ed elementi semiologici spesso molto diversi.
Per fare un esempio molto banale, può succedere che al venerdì il MMG veda un paziente con tosse e lieve febbre 37,7. Il suo Esame Obiettivo (EO) può non rilevare altro che una semplice tracheobronchite. La domenica successiva il paziente può presentarsi al PS con febbre elevata e tosse insistente: la radiografia del torace può evidenziare ora un focolaio di broncopolmonite, per la possibile evoluzione biologica della malattia. Quindi il MMG in quel caso non aveva sbagliato, ma semplicemente era incappato in una fase precoce del processo patologico.

Continua nella Prossima Pillola…

RobertoFassina