

Il ruolo del Medico di Medicina Generale nelle malattie del torace

P. L. Bartoletti

Le patologie del torace, rappresentano il quotidiano nell'attività del medico di medicina generale. Un impegno sia professionale che di continuo aggiornamento, sia in termini di competenza clinica che di capacità di gestione delle problematiche legate ai molteplici quadri patologici che si presentano. Oltre alla conoscenza clinica vanno aggiunte le competenze legate all'attuazione di procedure di prevenzione primaria e secondaria, alla conoscenza delle terapie, all'interazione delle terapie, alla corretta gestione della prescrizione di esami diagnostici e di laboratorio. Tutto questo, deve essere collocato in un setting operativo, lo studio medico di medicina generale, che da 30 anni a questa parte non può essere ricondotto alla sola competenza e conoscenza clinica, ma deve necessariamente riguardare anche la capacità di saper gestire sia la patologia specifica che la comorbilità in un ambito più "allargato", "extrastudio", per semplificare.

Se guardiamo per un attimo indietro e torniamo agli anni '60 e '70 vediamo come siano grandemente mutati sia i quadri patologici osservati, in relazione all'età media della popolazione, sia il contesto socio-demografico, sia gli strumenti diagnostici a disposizione, sia le aspettative di salute della popolazione.

Inoltre la gestione delle patologie del torace, con l'esclusione di quelle acute, era possibile, almeno in parte anche nello studio del medico di medicina generale, una buona base di semeiotica medica, una buona capacità di raccolta anamnestica, un elettrocardiografo, una radiografia del torace, delle analisi di laboratorio "di base", erano gli strumenti abituali di diagnosi, oltre ad un prontuario terapeutico meno vasto dell'attuale ed un sistema sanitario meno complesso rispetto ad oggi.

Un buon medico di medicina generale, allora, poteva gestire gran parte dei quadri patologici di bassa gravità, delegando all'Ospedale solo i quadri più complessi.

Oggi, solo pensare di poter gestire "in solitaria" anche quadri clinici apparentemente semplici appare non solo velleitario, ma anche, sotto il profilo della responsabilità professionale, molto rischioso.

Allora quale è oggi il ruolo del MMG nelle patologie del torace?

Sicuramente uno degli aspetti che deve essere sottolineato è non tanto la capacità di curare direttamente le patologie osservate, quanto la capacità di individuare i soggetti a rischio, di porre in essere tutte le misure di prevenzione primaria e secondaria, la necessità di gestire, nel caso di malati cronici con comorbilità, le terapie combinate e soprattutto la necessità di conoscere i protocolli di gestione con i colleghi specialisti.

Quindi oltre alle necessarie competenze cliniche è necessario gestire i malati più complessi o gli individui con maggior rischio, nell'ambito di un sistema sanitario più complesso rispetto al passato, dove non si ha la possibilità di disporre "on site", come in Ospedale, di tutto ciò che necessita per formulare una diagnosi o monitorare un quadro clinico in evoluzione od una terapia in atto, ma si deve necessariamente ricorrere a consulenze esterne, di cui è il paziente stesso, od i suoi familiari che se ne fanno carico.

In questo contesto operativo e sociale, la medicina generale la prima disciplina medica che sin dalla fine degli anni '80 ha sviluppato un sistema di gestione informatica della propria attività clinica di studio ed ha adottato un modo di lavorare "per problemi", ovvero nella consapevolezza di non poter codificare la "diagnosi definitiva", in quanto non disponibile immediatamente all'atto dell'osservazione del paziente, codifica l'osservazione del sintomo o segno, lasciando solo alla fine dell'iter diagnostico la codifica per patologia. Per fare un esempio, se un paziente viene all'osservazione del medico per una febbre con episodi di tosse ed escreato purulento, e dopo l'auscultazione del torace si rende necessaria una radiografia del torace o una consulenza pneumologica, la codifica sarà tosse, febbre, non bronchite, perchè tale diagnosi può essere eventualmente posta solo al termine dell'iter diagnostico e non "a priori", non disponendo di tutte le valutazioni necessarie.

Se pensiamo ai quadri patologici del torace, i sintomi che possono essere accusati dal paziente sono numerosi, da soli o combinati tra loro, tosse, dispnea, astenia, tachicardia, febbre, tachipnea, edema a mantellina, per non parlare dei quadri più insidiosi, come il dolore toracico nelle sue molteplici declinazioni che deve essere sempre valutato molto attentamente.

Insomma un combinato disposto di sintomi e segni molto complesso che necessita di attenzione e competenza.

A questo, legato all'inquadramento diagnostico, aggiungiamo il fatto che spesso non si ha la possibilità di vedere in tempi brevi il responso degli eventuali esami diagnostici richiesti prima di impostare una terapia, quindi è necessario anche valutare, sui dati disponibili, quale sia il corretto approccio, se questo sia eseguibile in ambito domiciliare o sia necessario il ricovero ospedaliero.

Negli ultimi anni si è cercato di definire il ruolo del medico di medicina generale soprattutto nel contesto della gestione delle patologie croniche, BPCO, Scemenso Cardiaco, Ipertensione arteriosa, ma questo risponde solo in parte al quadro di attività dello studio del medico di medicina generale, alla sua realtà quotidiana, l'acuzie, infatti, pur se nei livelli di bassa e media complessità gestionale è a pieno titolo nell'attività giornaliera del medico di medicina generale.

Polmoniti, broncopolmoniti, Fibrillazione Atriale parossistica ed asintomatica, dolore anginoso o simil anginoso, nevralgie intercostali, aritmie, PNX, Tbc, pleuriti, valvulopatie, OSAS, sono problemi che tutti i giorni vengono riscontati nello studio del medico di medicina generale e che spesso, in prima istanza vengono gestiti direttamente.

E proprio in ragione della avvertita necessità da parte della medicina generale di ampliare il proprio potenziale diagnostico, ci si sta attrezzando con apparecchiature più sofisticate, un tempo ad appannaggio solo dei reparti ospedalieri, come i pulsossimetri digitali, gli spirometri, gli ecografi, gli elettrocardiografi, gli holter pressori, in grado di poter migliorare la propria capacità nei confronti di quadri patologici complessi, insidiosi e spesso pericolosi per la vita del paziente se non attentamente valutati.

Inoltre le strategie vaccinali, prima quella antiinfluenzale, poi quella antipneumococcica, hanno aumentato le capacità di prevenzione in relazione alle patologie broncopolmonari virali o da superinfezione od infezione batterica.

C'è ancora molto da fare sull'organizzazione del sistema sanitario territoriale, che ancora oggi è perdente nei confronti del sistema ospedaliero in ordine alla tempestività ed alla completezza degli accertamenti necessari a definire il quadro diagnostico, un sistema territoriale ancora frammentato, eccessivamente penalizzato dalla burocrazia e che sconta una comunicazione carente tra medici del territorio e medici ospedalieri, relegata al foglio di dimissione o alla richiesta di consulenza o visita.

A questo problema va aggiunto, nella attuale congiuntura economica e sociale, il tema dell'appropriatezza, da declinare non solo in relazione all'abbattimento dei costi, ma soprattutto legato all'efficientamento del sistema, all'eliminazione degli sprechi ed all'umanizzazione delle cure.

Dott. Pier Luigi Bartoletti, Medico di Medicina Generale
Vice Segretario Nazionale FIMMG, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Per la corrispondenza: pl.bartoletti@gmail.com