

Il lavoro del medico di famiglia, prestazioni e procedure

Stefano Giovannoni, Stefano Stefanacci

Medici generali, SIMG, Prato

Pubblichiamo la terza ed ultima parte della ricerca che gli Autori hanno realizzato mediante una raccolta dati durata 12 mesi (maggio '98-aprile '99) con l'obiettivo di misurare nei dettagli il lavoro del medico generale sia sotto il profilo ergonomico (visite e contatti ambulatoriali, tempi d'esecuzione, prestazioni indirette ed infermieristiche, ricoveri, accessi domiciliari), sia per la parte inerente le prestazioni domiciliari e le richieste a scopo diagnostico.

Nella tabella 1 sono presentate le affezioni o le situazioni che inducono le prime trenta prestazioni in Medicina Generale, considerate singolarmente, in rapporto percentuale al raggruppamento cui appartengono e come percentuale sul totale delle prestazioni. Esse – con i loro 5.745 atti medici – giustificano oltre la metà del totale delle prestazioni.

Al primo posto troviamo le prestazioni rivolte al paziente iperteso, seguono le attività di prevenzione primaria rivolte alla persona sana, poi l'assistenza al paziente con lombalgia e al diabetico, poi di nuovo le attività di prevenzione rivolte ai pazienti dislipidemici. Al sesto posto le virosi respiratorie, con l'influenza che ricopre un ruolo di primo piano (e non figurano in questa tabella le 295 vaccinazioni antinfluenzali, più del 17% delle prestazioni di medicina preventiva, in quanto praticate dall'infermiera, anche se il medico interviene comunque nell'arruolamento e nella proposta vaccinale alle persone a rischio).

Troviamo, infine, al settimo posto, con un po' di sorpresa, le affezioni tiroidee, con 250 prestazioni totali in un anno pari al 2,3% di tutte le prestazioni.

Commenti e discussione

Obiettivo di questo studio era di analizzare globalmente i contenuti del lavoro del medico di famiglia e i dati che abbiamo raccolto, a nostro avviso, rispondono ai quesiti che c'eravamo posti in partenza:

1. Cosa vede il MG?
2. Cosa gestisce autonomamente e cosa in rapporto con lo specialista?
3. Qual è l'entità delle prescrizioni diagnostiche, di laboratorio e strumentali, per gruppi di patologia?

4. Qual è la frequenza reale dei vari stati morbosi?

Per evitare ogni equivoco, precisiamo che non è nostra intenzione attribuire alcun valore statistico-epidemiologico per così dire “*esportabile*” alla ricerca effettuata, e quindi estrapolare dati di incidenza e prevalenza di malattia o presupposti sul ricorso ad indagini diagnostiche e consulenze specialistiche. Standardizzare una fenomenologia ed i comportamenti che ne conseguono richiede infatti l’analisi di un grande numero di variabili correlate al nostro lavoro: la strutturazione dei servizi territoriali e la possibilità conseguente ad accedere a certe prestazioni, anche in funzione dei tempi di attesa, i processi diagnostici praticati, l’organizzazione del lavoro, la presenza di personale di studio, la premura a seguire maggiormente certe patologie e la facilità a delegarne altre allo specialista, ecc.

Peraltro, a nostro parere, la misura dei fatti e degli elementi così accertati nella loro interezza e globalità permette un’analisi sui contenuti della Medicina Generale che va oltre la valutazione del singolo dato raccolto, permettendo alcune riflessioni oggettive e così evidenti da essere secondo noi inconfutabili.

1. **L’altissimo numero di contatti con la popolazione**, che raddoppia se consideriamo il numero di problematiche assistenziali affrontate per ogni occasione d’incontro: può essere il paziente ad avere più di un problema, ma spesso è anche il medico che *approfitta* di una visita per affrontare, riaffrontare o ridefinire gli obiettivi di salute di quella persona.

2. **L’attività di prevenzione**: quasi 16 prestazioni su 100 sono di medicina preventiva e di queste più di 1 su 5 è rivolta alla persona sana, tanto che il *controllo sul sano* è la seconda prestazione in assoluto, dopo gli interventi sul paziente iperteso; e ancora, al quinto posto troviamo un’altra attività preventiva come il controllo del dislipidemico, ancora asintomatico.

3. **La preponderante attività clinica**, con quasi 5.000 visite e più di 4.500 colloqui, risalta ancor più se confrontata con la scarsità delle prescrizioni diagnostiche: su 100 prestazioni non si arriva a 8 richieste di esami di laboratorio, gli esami strumentali di poco superano le 6 richieste, mentre le visite specialistiche sono appena 2,5. È questa la riprova “*pesata*” di ciò che andiamo sostenendo da anni e cioè “*l’economicità del servizio di Medicina Generale*”: **basso utilizzo di risorse a fronte di altissimo tasso di problemi risolti**, con gli strumenti offerti dalla clinica e dalla relazione medico-paziente e – va detto – *nonostante* i continui ostacoli burocratici, gli esiziali investimenti sul territorio, la mancanza di incentivi, lo scarso riconoscimento del nostro ruolo professionale.

4. **La Medicina Generale è una disciplina autonoma** con i suoi tempi, le sue modalità di intervento, i suoi strumenti diagnostici, i suoi contenuti precisi e concreti, che non possono essere delegati perché non trovano competenze nel settore specialistico accademico; la MG non è un “*primo livello*”, non è un “*filtro*” se non per quelle forme morbose che necessitano di abilità e conoscenze particolari, come tutte le specializzazioni chirurgiche (l’oculistica, l’odontoiatria, la chirurgia generale, l’ortopedia e così via) o quelle affezioni rare per cui il *know how* del medico di famiglia non può tenersi continuamente

aggiornato. Vi è poi l'istituto della consulenza per particolari problemi diagnostico-terapeutici che emergono nella gestione dei diversi quadri morbosi; in termini assoluti, però, come si è dimostrato, il ricorso allo specialista è risultato molto limitato: poco più di 1 prescrizione su 100 prestazioni osteoarticolari, 1,5 su 100 prestazioni cardiovascolari e gastroenterologiche, 0,5 su 100 prestazioni pneumologiche e così via.

5. L'assistenza a domicilio rivolta ai pazienti cronici, non deambulanti, variamente disabili, affetti da patologie neurologiche o cardiovascolari, sopravanza ormai le classiche richieste di visita domiciliare per problemi acuti. Laddove esistono le condizioni organizzative e strutturali e la famiglia se ne fa carico, questa modalità di assistenza prestata dal medico di famiglia permette di monitorare l'inabilità e, riconoscendo per tempo i segni di scompenso, far fronte tempestivamente alle riacutizzazioni ed agli aggravamenti dello stato di malattia.

6. La prevalenza delle affezioni morbose dà la misura dei bisogni formativi, per cui prima di impostare programmi di formazione continua e formulare obiettivi educativi è sempre opportuno misurare in termini quantitativi le problematiche da affrontare, avendo a mente l'elenco delle affezioni che hanno comportato da 2 a 4,3/100 prestazioni (ipertensione arteriosa, controllo sul sano, lombalgia meccanica, diabete mellito, controllo delle dislipidemie, virusi respiratorie, tireopatie, faringo-tonsilliti, disturbi d'ansia e contusioni/distorsioni/distrazioni). Per alcune di loro il dato era atteso, per altre, come le tireopatie, era meno evidente, ma ritrovare la piccola traumatologia fra le prime dieci prestazioni (in una città come Prato, ad 1 chilometro dal più vicino Pronto Soccorso e non in alta montagna...), ci ha davvero sorpreso! E pensare che il Direttore Generale della nostra ASL (e, pare, non solo della nostra ASL) dice sempre che il Pronto Soccorso è sovrasaturo perché il cittadino non trova *mai* il proprio medico di famiglia!

Conclusioni

Ci siamo accorti che la miriade di dati raccolti si presta ad ulteriori e numerose riflessioni e valutazioni, sia usando il *grandangolo*, sia usando la *lente d'ingrandimento*, collegando cioè fra loro i vari elementi o approfondendo le variabili di un singolo argomento in ordine alla frequenza di malattia, ai comportamenti medici adottati e così via. Noi ci auguriamo di essere riusciti a stimolare la curiosità dei colleghi e di essere stati di stimolo per ulteriori ricerche epidemiologiche, indispensabili per definire insieme le basi comuni della nostra disciplina.

Tab. 1 - Le prime trenta cause di prestazioni del medico di famiglia ed il loro raggruppamento per aree specialistiche

Ipertensione arteriosa	Cardiovascolare	469	34,4	4,3
Controllo sul sano	Prevenzione	378	21,9	3,5
Lombalgia meccanica	Osteoarticolare	374	18,4	3,4

Diabete mellito	Endocrinologia	302	51,3	2,8
Controllo dislipidemie	Prevenzione	286	16,5	2,6
Virosi respiratorie	Respiratorio	251	28,8	2,3
Tireopatie	Endocrinologia	250	42,9	2,3
Faringite-tonsillite	Orl	249	36	2,3
Disturbo d'ansia	Psichiatria	240	56,7	2,2
Contusioni,distorsioni, distrazioni	Osteoarticolare	220	10,8	2
Vasculopatia cerebrale	Cardiovascolare	202	14,8	1,9
Misura occasionale della PA	Prevenzione	189	10,9	1,7
Artropatie del ginocchio	Osteoarticolare	187	9,2	1,7
Controllo TAO	Cardiovascolare	172	12,6	1,6
BPCO	Respiratorio	157	18	1,4
Fibromialgia	Osteoarticolare	155	7,6	1,4
Prevenzione in menopausa	Prevenzione	155	9	1,4
Colon irritabile	Digerente	143	14,8	1,3
Cervicopatie	Osteoarticolare	133	6,5	1,2
Spalla dolorosa	Osteoarticolare	133	6,5	1,2
Artropatie d'anca	Osteoarticolare	130	6,4	1,2
Tracheite	Respiratorio	129	14,8	1,2
Flebopatie AAIL	Cardiovascolare	120	8,8	1,1
Scompenso cardiaco	Cardiovascolare	114	8,4	1
Infezioni gastroenteriche	Digerente	104	10,7	1
Gravidanza fisiologica	Medicina della donna	104	24,8	1
Cardiopatía ischemica	Cardiovascolare	102	7,5	0,9
Fratture	Osteoarticolare	101	5	0,9
Malattia da reflusso GE	Digerente	100	10,3	0,9
Asma	Respiratorio	96	11	0,9
Totale		5.745		52,6

	Osteoarticolare	1433	24,9	
	Cardiovascolare	1179	20,5	
	Prevenzione	1008	17,5	
	Respiratorio	633	11	
	Endocrinologia	552	9,6	
	Digerente	347	6	
	ORL	249	4,3	
	Psichiatria	240	4,2	
	Medicina della donna	104	1,8	
Totale		5.745	100,0	

[top](#)