

# MEDICO DI FAMIGLIA E MEDICINA GENERALE: LOST IN TRANSLATION?

I Soci  
scrivono ...

ALESSANDRO FILIPPI

*Responsabile Area Cardiovascolare,  
Società Italiana di Medicina Generale*

La lettera dell'amico *Ciro Brancati* ("Medico di famiglia e Medicina Generale: Lost in Translation") mi ha colpito, non tanto per la passione, già ben nota, di chi scrive, ma per il trasparire di un profondo disagio e sofferenza che derivano dall'"abbandono" della componente umana e umanistica della Medicina di famiglia a favore di una scientificità avvertita come estranea e/o deviante dalla natura più vera della professione. Per questo mi sono sentito di rispondere pubblicamente ad un caro amico amareggiato e deluso. Gli sforzi realizzati negli ultimi anni dalla SIMG si sono concentrati sulla valutazione e sul miglioramento della qualità del lavoro, sull'analisi dell'attività professionale e sulla ricerca di strumenti utili nella pratica quotidiana. Per la natura stessa delle cose, questo processo ha interessato solo gli aspetti della professione dove a) esistono le maggiori evidenze scientifiche e b) si concentra la maggior parte dell'attività quotidiana: patologia cardiovascolare, patologia respiratoria, diabete mellito. Si tratta, inevitabilmente solo di una parte, per quanto importante, della Medicina Generale. Si tratta però anche delle patologie che, più di tutte, sono responsabili di eventi gravi e invalidanti per l'intera popolazione. Lo spirito con cui si è iniziato questo difficile e, spesso, contrastato lavoro è lo stesso che ha animato e anima *Ciro Brancati*, l'amore per la professione e la responsabilità etica nei confronti delle persone che si affidano a noi per la tutela della loro salute. È infatti ben noto che molti provvedimenti efficaci non sono utilizzati in modo adeguato e che ciò comporta un elevato numero di gravi eventi nell'ambito non solo della popolazione generale, termine forse lontano e un po' astratto, ma nella più ristretta cerchia dei nostri pazienti. Seguire bene o seguire male le raccomandazioni, nel corso della nostra pluridecennale carriera, significa avere decine di pazienti colpiti o non colpiti da infarto e ictus (o, perlomeno, colpiti con molti anni di anticipo). Se fossi quindi costretto con la forza a scegliere tra il "contatto umano" e la fredda "applicazione delle raccomandazioni" non avrei dubbi: il dovere mi impone di evitare un infarto più che assistere empaticamente un paziente. Ma, naturalmente, non sono costretto a scegliere, perché questa è una delle poche professioni in cui entrambi gli aspetti possono e debbono coesistere, solo che l'attività più "umanistica" mal

si presta non solo alla quantificazione, ma spesso anche alla pura descrizione. Il fatto che non sia al centro di studi formali, però, non vuol assolutamente dire che sia irrilevante. Chi di noi penserebbe mai che il prendere un caffè a casa di un paziente, ascoltando le sue disavventure familiari, non sia un aspetto importante e, spesso, gratificante del nostro lavoro? Chi potrebbe mai disprezzare o ignorare l'attività quotidiana dell'alleviare i piccoli o grandi dolori e fastidi che ci affliggono, pur senza rientrare tra le "classiche" importanti malattie? E infine, chi potrebbe mai sottovalutare l'impegno e la dignità di sollevare gli affanni di chi sta invecchiando e accompagnare verso la morte chi abbiamo spesso assistito per anni? Tutto questo contrasta con l'uso di indicatori di qualità nella cura dell'ipertensione arteriosa? Sicuramente no. In modo analogo, le pubblicazioni scientifiche, anche pregevoli, realizzate da SIMG, il riconoscimento da parte degli specialisti e dalla parte pubblica non ci fanno dimenticare che il nostro obiettivo è quello di assistere meglio i nostri pazienti. Si tratta però di successi importanti, soprattutto perché aggiungono sapere (e sapere "nostro"), utile non solo per migliorare il nostro lavoro quotidiano, ma anche perché hanno conquistato alla Medicina Generale un rispetto ed una considerazione sconosciuta in Italia fino a non molti anni fa.

Questi risultati appartengono a tutti coloro che, in SIMG, hanno fornito, quasi sempre gratuitamente e "silenziosamente", il loro contributo e ai quali va un grande e profondo ringraziamento, per il quale le sole parole non sono sufficienti. Tutto ciò, anche se ci inorgoglisce come Medici di Medicina Generale (MMG), non fa "cambiare campo", non induce a pensare ed a comportarsi come "universitari in miniatura o professorini" (con massimo rispetto verso universitari e professori, ma consci delle differenze nella missione professionale e nelle caratteristiche del lavoro); anche se vi fossero tentazioni in tal senso, basterebbe una intensa giornata in ambulatorio per tornare subito con i piedi per terra. Non sono quindi preoccupato: la componente umanistica penetra tutta la realtà della Medicina Generale ed è parte imprescindibile di tutte le sue componenti, SIMG compresa. Il disagio espresso da *Ciro Brancati* è però reale e "meditato" e deve comunque indurre alla riflessione.

Nella mia personale opinione i principali punti da affrontare sono tre:

- migliorare la comunicazione e gli strumenti di dibattito all'interno della Società e, più in generale, con tutti i MMG italiani e di comunicazione;
- affrontare gli aspetti "relazionali" e le problematiche "minori", che costituiscono vasta parte del nostro lavoro, con strumenti adeguati;
- trovare una nuova collocazione della Medicina Generale nell'ambito dello sviluppo del nostro paese.

Per i primi due punti sarà compito, come al solito, di tutte le persone di buona volontà che operano in SIMG,

sfruttando le competenze faticosamente costruite negli anni e creandone di nuove, con la pazienza e i limiti imposti dall'essere tutti "volontari": ognuno di noi lavora a tempo pieno come MMG e gli spazi dedicati alla Società scientifica sono sottratti alla famiglia ed al riposo. Per il terzo punto, la Medicina Generale (e la SIMG in particolare) è solo una delle componenti in gioco e, per alcuni aspetti, neppure tra le più importanti, per cui è giusto e doveroso fornire il nostro contributo, ricordando però che solo di un contributo si tratta. Dato che, però, siamo inguaribili ottimisti e sognatori, non ci tireremo indietro e, conoscendolo, tra i primi a lavorare troveremo anche Ciro, che abbraccio con affetto.

### **Presentazione 1ª Settimana Nazionale sulla Stipsi della SIUCP**



La SIUCP, Società Italiana Unitaria di Colonproctologia, organizza dal 14 al 18 novembre 2005 la "Prima Settimana Nazionale di Diagnosi e Cura della Stipsi" offrendo la possibilità, ai pazienti affetti da stipsi, di una consulenza specialistica gratuita ai fini diagnostici e/o terapeutici in circa 100 strutture ospedaliere o private convenzionate diffuse sul territorio nazionale.

La SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, ha concesso il patrocinio a questa iniziativa in uno spirito di collaborazione per la gestione del problema stipsi che rappresenta una malattia sociale per l'alta diffusione nella popolazione generale, gli alti costi che ne derivano e per l'impatto che ha sulla qualità di vita dei pazienti. Sappiamo che la stipsi, secondo studi epidemiologici recenti che utilizzano la frequenza, la difficoltà e l'incompletezza della defecazione come criteri per definirla, è presente fin nel 20% della popolazione generale, è più frequente nelle donne ed aumenta con l'età; solo un quarto di questi pazienti però si rivolge ad un medico ed

in pratica questo problema è autogestito con un elevato consumo di lassativi che, in Italia, è stato calcolato essere annualmente di circa 250 milioni di Euro.

Un certo grado di responsabilità per il protrarsi di questo fenomeno è in parte attribuibile alla classe medica per svariati motivi come il considerare la stipsi una patologia minore, una insofferenza nell'affrontare pazienti problematici, una carente e non aggiornata conoscenza, lo scarso trasferimento delle conoscenze dagli specialisti, il mancato rapporto con strutture di riferimento.

Recenti acquisizioni di fisiopatologia sulle patologie pelviche hanno portato ad una classificazione della stipsi in forme da rallentato transito colico ed in forme da defecazione ostruita (a loro volta classificate in funzionali e meccaniche).

È necessario conoscere le nuove possibilità di correzione chirurgica delle forme meccaniche di stipsi da defecazione ostruita e le strutture che operano in tal senso.

Per questi motivi plaudiamo e ringraziamo la SIUCP (in particolare nelle persone del Presidente dott. Roberto Dino Villani e del Presidente Onorario dott. Antonio Longo) per il coinvolgimento della Medicina Generale in questa iniziativa; sappiamo che la gestione della stipsi richiede un approccio multidisciplinare (medici di medicina generale, proctologi, uroginecologi, gastroenterologi, psicologi, fisioterapisti).

I colleghi che ricevono la locandina in allegato alla rivista possono esporla per far conoscere ai pazienti questa iniziativa e possono richiedere o consigliare un'eventuale consulenza, particolarmente nelle forme collegate a patologie pelviche, utilizzando il Numero Verde 800.126.731 e/o il sito della SIUCP ([www.siucp.org](http://www.siucp.org)) per conoscere le strutture proctologiche operanti in Italia.

*Claudio Cricelli*  
Presidente SIMG

*Enzo Ubaldi*  
Responsabile Area Gastroenterologica SIMG