

Le peculiarità del Centro di competenza di Medicina interna della Clinica Luganese Moncucco

Curando dentro IL CORPO UMANO

DI **CRISTINA FERRARI**

Il Centro di competenza di Medicina interna della Clinica Luganese Moncucco si occupa della prevenzione, diagnosi e terapia non invasiva di tutti gli organi e sistemi «interni» del corpo umano. Esso rappresenta per la Clinica – si evidenzia negli obiettivi della struttura ospedaliera – «un'importante garanzia di interdisciplinarietà con gli altri centri di competenza e servizi dell'istituto, favorendo una presa a carico globale del paziente». Per questo, peculiarità specifica del centro di competenza resta «il coinvolgimento personale e costante degli specialisti in medicina interna, i quali seguono di persona i malati valorizzando l'essenziale rapporto stretto e individualizzato medico-paziente». E migliaia sono i casi trattati ogni anno, sia in regime stazionario sia ambulatoriale, legati a un'ampia offerta di prestazioni medico-internistiche.

Delle peculiarità di questa offerta sanitaria all'interno della Clinica Luganese Moncucco ne abbiamo parlato con i medici, dottor **Andrea Canonica** e dottor **Christian Garzoni**. Li incontriamo al quarto piano dell'edificio centrale nel cuore del quartiere di Besso. Nei corridoi un gran via-vai di infermieri e pazienti ad attestare la vivacità di una specializzazione fra le più sollecitate dalla popolazione ticinese.

Cosa distingue il Centro di competenza di medicina interna della Clinica Luganese Moncucco dal resto dell'offerta sanitaria cantonale?

Canonica - Direi il valore della presa a carico del paziente. Non tanto come qualità in termini medici, perché credo che al giorno d'oggi in Canton Ticino abbiamo in generale una buona medicina interna che tocca peraltro la maggior parte dei problemi di salute della popolazione ticinese. Nella nostra Clinica abbiamo il grosso vantaggio che il paziente viene seguito dal primo all'ultimo giorno in tutte le sue sfaccettature da un singolo medico specialista in medicina interna, affiancato da un medico assistente che impara direttamente sul campo, formandosi in modo capillare nella gestione del paziente sia per la diagnostica (esami necessari, e non, con relativa loro interpretazione),



Il dottor Christian Garzoni (a sinistra) con il collega dottor Andrea Canonica e l'infermiera Anna.

sia per quanto riguarda gli aspetti terapeutici, cosa che è molto più difficile fare in ospedali di dimensioni maggiori, dove le strutture gerarchiche, vice, capiservizio, capiclinica, non permettono un insegnamento capillare uno a uno (medico assistente con medico specialista). Il medico assistente non ha ancora quella necessaria formazione generale e soprattutto non ha ancora l'esperienza. Quello

che ho visto nella mia vita professionale è che tantissimo fa l'esperienza, perché la differenza della qualità delle cure sta un po' lì, indipendentemente poi dalla bontà della formazione del singolo medico perché, anche il medico meglio formato se comunque giovane e con poca esperienza, avverte difficoltà e dev'essere guidato. Gli altri «ospedali formatori» del nostro Cantone fanno, come noi, un ottimo la-

voro perché formano questi medici, che sono poi quelli del futuro; ma nella nostra Clinica, come detto in precedenza, la formazione è diretta al letto del paziente e in proporzione «uno a uno» tra il medico specialista formatore ed il medico assistente, che può così ottimamente formarsi «copiando» il medico più esperto. Si limitano così i rischi legati alla minor esperienza e alla necessità di un tempo maggiore di indagine diagnostica, che purtroppo portano ad avere esami in più (con rispettivi costi...) e ulteriori accertamenti per curare la patologia.

In Clinica il paziente è accolto da noi «medici senior»: lo visitiamo noi, lo seguiamo noi, cambiamo noi la terapia e decidiamo noi la dimissione. Quindi il paziente ha sempre una copertura nella sua degenza specialistica. Il fatto poi di essere una struttura relativamente piccola ha dei vantaggi. Il contatto stretto e diretto con le varie specialità e gli specialisti presenti in Clinica permette una presa a carico multidisciplinare diretta, rapida ed efficace attraverso la collaborazione al letto del paziente di tutti gli specialisti necessari, in tempi molto brevi.

Come si pone il vostro centro all'interno della Clinica?

Canonica – La Clinica è basata su sei centri di competenza: tra i primi l'ortopedia, che ha una lunga e significativa tradizione in Clinica, la chirurgia e la medicina interna. Nel tempo sono poi seguite la geriatria, l'immunoreumatologia e l'oncologia. Centri di competenza estremamente legati fra di loro. Primo perché i medici sono sempre in contatto, due perché c'è un certo interscambio. Se ad un paziente di medicina interna, a un certo momento della degenza, si scopre una problematica chirurgica, ciò non fa sì che quest'ultima diventi una patologia estranea al contesto del paziente: il chirurgo viene, infatti, nella camera del paziente e insieme lo visitiamo prendendo una decisione comune. È il concetto di presa a carico globale. È questa la forza della nostra Clinica.

Quali sono le maggiori patologie che affrontate? Quale il «paziente medio»?

Canonica – Il paziente medio è un paziente generalmente sopra i cinquant'anni, equilibrato nel numero di uomini e donne, con delle patologie di base che sono quelle fra le più frequenti: le patologie infettive (in particolare polmonari e gastrointestinali), le patologie cardiovascolari, ipertensione, insufficienza cardiaca, le patologie osteoscheletriche non di pertinenza reumatologica. Nella medicina moderna la casistica diventa di anno in anno più complessa. Ci si avvicina spesso, come complessità, a quella che è una casistica di una medicina interna di un grande polo ospedaliero.

Garzoni – La complessità dei casi è sicuramente paragonabile a quella di un polo



universitario. Ero a Berna all'Inselspital, l'ospedale universitario di punta, e ho visto in medicina interna gli stessi casi complessi. L'altro aspetto, invece, per il quale veniamo spesso scelti è quello della gestione del caso complicato a livello multidisciplinare. I pazienti vengono da noi, nella maggior parte dei casi, non perché hanno un problema, ma perché ne hanno vari e il lavoro al medico internista oggi è quello di mettere a posto tutti i pezzi del puzzle e fare in modo che all'uscita questo puzzle sia completo. È questo, credo, uno dei motivi per i quali i medici di famiglia scelgono spesso di mandare i pazienti da noi anziché in un altro ospedale. Come ha già detto il mio collega, c'è

un rapporto molto stretto fra il medico responsabile e il paziente. Se durante la notte o nel weekend c'è un problema per il nostro paziente, chiamano noi e non il medico di picchetto e ciò garantisce una continuità del lavoro e anche una presa a carico molto personale. E anche quando il paziente rientrato a casa dovesse poi tornare per una ricaduta, o per un altro problema, torna dallo stesso medico che già lo conosce, evitando di ricominciare tutto da capo. E questo è un aspetto molto apprezzato.

Avvertite nella vostra specializzazione la «fuga» di pazienti verso la Svizzera interna?

Garzoni – È un aspetto che non è praticamente avvertito, nel senso che si ricorre a uno specialista in Svizzera interna quando vi è un problema puntuale molto specialistico e un paziente va perché deve fare un'operazione particolare, un intervento, una procedura. Nella presa a carico di un ammalato in un reparto di medicina interna non ha alcun vantaggio prendere un treno, farsi tre ore di viaggio. Anzi, finire in un ospedale universitario dove si è un numero e si finisce in una «grande macchina» può diventare uno svantaggio. Può capitare anche a noi di mandare pazienti oltre Gottardo ma sono meno dell'1% ed avviene solo per particolari casistiche. Oggi il Ticino, va ricordato, offre un'ottima medicina e il «treno per Zurigo» è diventato veramente l'eccezione.

Riguardo alla degenza: vi è una contrazione negli anni del numero di giorni di permanenza in Clinica?

Canonica – I tempi di degenza sono per forza da ridurre in quanto è il nuovo tariffario che ci obbliga a farlo. Va detto che non è sempre una cosa così favorevole perché si mette molto più a rischio di ricaduta il paziente, una ricaduta anche piuttosto precoce. E le strutture di accoglienza in Ticino, e nel Luganese in particolare, per quei pazienti che sono quasi completamente guariti e per i quali si cerca una struttura d'appoggio, sono sempre stracolme e con lunghissime liste di attesa, portando così il paziente a tornare a casa non ancora al 100% della guarigione. È dunque più un problema di politica sanitaria che di nostra volontà... È chiaro che le tecnologie che ci sono oggi ti permettono di fare diagnosi più precoci, ma anche quelle hanno dei tempi tecnici. Noi siamo fortunati, perché possiamo avere degli esami superspecialistici quasi immediati, ma in generale hanno un minimo di lista di attesa che può anche prolungare la degenza. Quindi bisogna trovare il giusto equilibrio. Come detto prima, secondo me, è anche una questione politica sanitaria.

Qual è la nuova frontiera della medicina interna?

Garzoni – Una delle difficoltà maggiori per cui si cerca una soluzione è l'utilizzo appropriato delle risorse. Per un paziente, soprattutto anziano, che viene e ha dei problemi di salute, la medicina offre possibilità quasi infinite e i politici oggi delegano al medico cosa si può, o non può, fare. Attualmente abbiamo la possibilità di moltissimi esami, possiamo dispensare terapie per tutto. La nuova frontiera della medicina sta nel fatto di utilizzare, nel lavoro quotidiano, il buon senso, accompagnato alle conoscenze mediche, per offrire al paziente la diagnostica e la cura corrette. Ma questo rende spesso difficile all'internistica di oggi il lavoro: i pazienti,

infatti, richiedono sempre più pratiche che non hanno molto senso dal punto di vista medico. In teoria il catalogo di prestazioni è quasi infinito, ma le risorse finanziarie non lo sono, e sta all'internista gestire specialisti e risorse per fare in modo che al paziente venga dato tutto, ma non troppo e neppure troppo poco.

Canonica – Sono perfettamente d'accordo. Mi permetta il gioco di parole... la frontiera è fare un passo indietro. Perché, ha detto bene il dottor Garzoni, la richiesta di cure, a tutti i livelli, è al giorno d'oggi assolutamente esagerata. Il paziente è bombardato da informazioni, pensiamo a internet, e ciò lo porta, prima di recarsi dal medico, a darsi una sua diagnosi e tutta una serie di esami ai quali vuole essere assolutamente sottoposto.

Garzoni – Capita che il paziente chiami in studio dicendo «ho mal di schiena, voglio una risonanza», prima ancora di farsi visitare. Poi, infatti, risulta tutto un altro problema...

stione ambulatoriale non risulta fattibile in quanto sono casi complessi, che richiedono più specialisti, per i quali bisogna valutare più elementi per arrivare a una soluzione e non gestibili a domicilio. È questo uno degli aspetti della medicina interna di oggi: il sistema vuole portare il più possibile verso le cure ambulatoriali, però i casi complessi richiedono quasi sempre una presa a carico stazionaria.

Come contrastare questa «medicina fai da te»?

Garzoni – Sta nel ruolo fondamentale del medico di famiglia, in una comunicazione aperta con il paziente, nel suo ruolo centrale.

Canonica – Il tempo della comunicazione è diventato importante anche per noi. Te lo devi prendere. Al paziente non basta più sentirsi dire cosa deve fare per curarsi e guarire, ma è indispensabile spiegarli ogni passaggio proprio perché è sempre più informato, è... sul pezzo!



Quanto è dunque importante il rapporto che voi, medici internisti, avete con i medici di famiglia?

Canonica – Abbiamo un buon rapporto. Loro sono nella nostra stessa barca, come si suol dire. In fondo noi tutti siamo medici di base. Siamo qui, abbiamo una percentuale di lavoro in Clinica, ma sappiamo cosa significa essere vicini al paziente. Il medico ospedaliero non credo si renda conto di cosa significhi vivere là fuori... spiegare ai pazienti ogni gesto che fai, cosa che in ospedale si avverte meno perché tu passi, dai la tua terapia e sai che il paziente l'attuerà con l'aiuto degli infermieri. A casa è tutto diverso, tutto un compromesso: «Hai preso la pastiglia? Non sei riuscito? Prendine almeno mezza...».

Garzoni – Una percentuale rilevante di pazienti viene inviata a noi perché la ge-

Quanti sono i pazienti che seguite in media?

Garzoni – Il nostro centro di competenza di medicina interna non ha un reparto fisso. Vi è la flessibilità di ricoverarli in maniera che si trovi loro sempre un posto. Però primariamente abbiamo a disposizione circa sessanta-settanta letti e l'occupazione è superiore al 95%. Nel 2017 abbiamo seguito quasi 2'300 casi in regime stazionario e, tra medici internisti e specialisti, sono più di 30 i colleghi che collaborano con il centro di competenza. La parte di cure stazionarie della Clinica dedicata alle patologie «non chirurgiche», se si considera oltre alla medicina interna anche la geriatria e l'oncologia, conta oggi più di 120 letti. Questo ci porta probabilmente ad essere il dipartimento internistico più grande del Ticino.