



Il Mmg, il Ssn e la sindrome da idiota

Il paziente esce dallo studio e io tiro un sospiro di sollievo. Anche oggi è finita. Con un'ora di ritardo, ma è finita. E invece no. Fuori dalla porta era in agguato un altro paziente, pronto a mettere il piede tra la porta e lo stipite nel momento in cui l'ultimo paziente fosse uscito. "Per fortuna ce l'ho fatta, dottore!"

Che devo fare? Congratularmi per l'insperato successo? Oppure sparargli con la lupara caricata a sale? Scelgo una via di mezzo. "S'accomodi," gli dico con la faccia scura, senza sorridere.

"Vengo adesso dall'ospedale. Ho fatto la visita dall'oculista e mi ha detto che devo operarmi di cataratta, per questo deve farmi la richiesta di ricovero" e mi allunga il foglio dell'ospedale.

"Si richiede intervento ambulatoriale per cataratta OD" scrive l'oculista. "Quando è previsto l'intervento?" chiedo.

"Non lo sanno. Mi chiameranno. Ma intanto deve farmi l'impegnativa, perché potrebbe essere fra un anno oppure anche domani mattina e io devo avere l'impegnativa pronta per poter fare l'intervento".

Rifletto. Il paziente esiste. L'oculista anche. E la cataratta pure, o almeno così dice l'oculista della struttura pubblica che intende fare l'intervento. Esistono pure, o almeno credo, l'ospedale e la sala operatoria, con tanto di anestesista, infermiere, e attrezzi chirurgici. Tempo fa, non si capisce bene se sia stato Meucci o Bell, hanno anche inventato il telefono e credo che tanto l'ospedale quanto il mio paziente ne siano provvisti. Dov'è allora il problema? L'oculista ha detto che il paziente ha la cataratta, ha deciso che deve essere operato, è disponibile a operarlo, gli ha detto che lo chiamerà per l'intervento. Questo pezzo di carta chiamato "impegnativa" a che cosa serve? Forse che l'azienda telefonica non fa passare la telefonata se il paziente non ha l'impegnativa? Frugo

nella memoria. Qualche collega una volta mi aveva detto che le "impegnative" si chiamano così perché "impegnano" il terzo pagante (mutua, Ssn, assicurazione) a pagare la prestazione di cui io ho ravvisato e certifico la necessità. Io ravviso e certifico la necessità dell'operazione di cataratta?

Ma siamo matti? Secondo il Ssn che mi ha dato la convenzione, io dovrei essere in grado di fare tutto, compreso un trapianto di cuore-polmoni e quindi dovrei poter decidere dell'opportunità di un intervento di cataratta, facendo le pulci al parere espresso dall'oculista (a proposito: perché allora ho mandato il mio paziente dall'oculista? Solo per far spendere un po' di soldi in più al Ssn?). In realtà però, e per carità non ditelo al Ssn, ho qualche reminiscenza in merito alle cataratte del Nilo, ma sulla cataratta di interesse oculistico non ho più letto nulla da quando ho dato l'esame di oculistica all'università. Ci sono gli specialisti e non c'è alcun bisogno che io mi improvvisi censore del loro operato: *ubi maior, minor cessat*. O no? Però l'impegnativa per l'operazione di cataratta devo farla. Tutto ciò mi ricorda tanto al primo anno di università, quando io matricola ero stato bloccato all'entrata di un'aula da un gruppo di "anziani" che mi aveva obbligato a procedere a saltelli sbattendo le braccia come se fossero ali e cantando "Sono un merlo". "Altrimenti non ti lasciamo entrare" avevano detto. Adesso sembra dirmi il servizio sanitario: "Se non accetti di comportarti da idiota, ti tolgo la convenzione e non ti becchi più un centesimo". Obbedisco! Però non dico quello che ho pensato allora dei miei compagni "anziani" e quello che penso adesso del Ssn e di chi ha fatto queste regole.

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

Non dimentichiamo la continuità assistenziale

Non a tutti i colleghi sarà sfuggito che da un po' di tempo il Ssn sta navigando a vista, sottocosta, e non riesce a schivare sempre tutti gli scogli affioranti. È la navigazione dei romani. Grande e magnifico impero, ma poi decaduto.

Già da noi si iniziano a percepire le influenze iberico-saladine.

La barca quindi è unica per tutti, per tutte le professioni e per tutti i medici del Ssn: le suddivisioni anche sindacali diventano ogni giorno di più antistoriche e favorevoli solo alle invasioni barbariche e burocratiche manageriali. Tra le tante facezie di questo periodo è emerso preponderante il problema dei colleghi di continuità assistenziale (CA).

Per un insieme di norme e codicilli, sfuggite all'attentissima azione di protezione della categoria dei sindacati e degli Ordini, molti colleghi che hanno scelto di dedicarsi per professione alla guardia medica e che hanno tra i 50 e i 55 anni, con famiglie e figli al seguito, si trovano improvvisamente nella situazione di poter essere senza lavoro. Si spera che la prossima convenzione rabberci lo strappo della rete, ma in piena retorica di integrazione di servizi territoriali desta meraviglia che le aziende non siano in grado di inventare forme "sperimentali", che in Italia non si negano mai a nessuno, per rimediare a disattenzioni o a improvvise previsioni.

Intanto sono presenti veri drammi che stanno sviluppando delusione e rancore tra i colleghi di continuità assistenziale. Questi sentimenti originati da professionisti di attività intellettuali non sempre possono essere controllati e potrebbero avere risvolti preoccupanti contro le aziende considerate responsabili dell'immobilismo burocratico verso una possibile innovazione e anche verso i colleghi Mmg, considerati privilegiati e benestanti.

Tutti sappiamo di ruoli "sperimentali" inventati con molto anticipo sugli ac-

cordi nazionali e regionali, di dipartimenti composti da una o due persone, di responsabilità di programmi e di accumuli di cariche, ecc. Note sono anche le associazioni di Mmg che si accollano l'onere della guardia medica a fronte di un contratto economico molto conveniente con l'azienda locale, ma riducendo ulteriormente i posti di guardia medica o peggio subappaltando a giovani colleghi l'impegno orario. In altri casi sedi di continuità assistenziale sono inseriti all'interno delle sedi di associazioni di volontariato (assistenza pubbliche) dove possono crearsi incomprensioni se i ruoli e le funzioni tra azienda e volontariato non sono ben chiarite in precedenza. Per ultimo si tenta di affidare ai colleghi di CA anche funzioni di emergenza e urgenza (118). Considerando tutte queste deroghe e questi accordi come è possibile che una risorsa di esperienza e di conoscenza maturata negli anni e ideale per integrare l'attività assistenziale territoriale debba rimanere orfana di sforzi innovativi finalizzati a rafforzare la sua presenza sul territorio?

Luter Blisset
Mantova

A proposito di Terry, di Welby e di tanti altri

Ho voluto aspettare che tutto fosse finito, che fosse finito il clamore prodotto dai mass-media i quali in nome del diritto all'informazione hanno portato alla luce due vicende tristissime e tragiche, trattandole come soap-opera a beneficio della morbosità della società di oggi che si pasce di interminabili telenovelas, di reality e simili e di raccapriccianti episodi come quello che, loro malgrado, ha coinvolto Terry Schiavo e Giorgio Welby. Ho voluto aspettare che le luci della ribalta si fossero spente, che l'oblio prendesse il sopravvento per manifestare tutto il mio disagio di uomo e di medico in questa vicenda e condividerlo con i colleghi, e magari proporre un dibattito su *M.D.*

Le cose da dire su questi episodi sarebbero tante, ma son state dette e ripetute fino alla saturazione solo quelle che avrebbero dovuto appartenere esclusivamente alla sfera privata dei protagonisti.

Ma quando finalmente tutto è finito possiamo chiederci quello che forse non è stato detto e che attiene all'etica. Mi chiedo, nel caso di Terry è stato etico proporre con insistenza l'immagine di una persona gravemente malata, in punto di morte, che non poteva esprimere il proprio consenso?

I mass-media hanno deciso di non pubblicare foto di minori, ma una persona in coma che cosa è se ha bisogno di un tutore o di chi interpreta il movimento degli occhi?

È stato etico, nel caso di Welby, scatenare una bagarre su chi doveva o poteva spegnere la vita di un poveretto di cui veniva proposta l'immagine con lo sguardo e il viso privo di espressione? E a quali condizioni l'addetto "allo spegnimento" avrebbe potuto procedere?

Ma la domanda che continuo a pormi è la seguente: che genere di sopravvivenza è stata assicurata a queste persone? È sopravvivere quello di due mie pazienti, in vita solo grazie alla PEG che le nutre e alla infermiera che cambia la flebo, e alla operatrice sociosanitaria che le lava, e le cambia? Io non mi sognerei mai di sospendere quel tipo di alimentazione, ma un giorno qualcuno potrebbe chiedermelo e non so come potrei reagire. E infine: qual è l'organo che deve essere considerato come quello che assicura la vita?

In quaranta anni di professione medica mi sono abituato a considerare cuore, cervello e polmoni come i depositari della vitalità, ma in questo caso con il cervello fuori causa e cuore e polmoni apparentemente indenni si è rivelato che lo stomaco e l'intestino sono i depository dell'ultima speranza di sopravvivenza. Però!

Tristano Orlando
Medico di medicina generale
AIMEF, Torino