



Un deterrente contro gli accessi ingiustificati

Leggo con piacere *M.D.* perché è forse una delle poche riviste per medici che dà spazio al dibattito tra i lettori, professionisti sempre più sviliti dal punto di vista economico, vessati da una burocrazia invadente, sottoposti a controlli da parte dei “ragionieri” delle Asl sulla spesa farmaceutica. Mi sono laureato nel 1979 e dal 1982 esercito l’attività di Mmg in una cittadina con circa 35mila abitanti nella provincia di Torino. Nel gennaio 2007, insieme a sette colleghi abbiamo dato vita ad una medicina di gruppo con un totale di 9.500 assistiti. Abbiamo assunto due segretarie (con il contratto di formazione) e in una fase successiva due infermieri con partita IVA e rapporto libero-professionale. Premetto che ognuno di noi ha anche mantenuto il precedente studio dove lavoravamo singolarmente prima di metterci in gruppo. Nell’ambulatorio di medicina di gruppo abbiamo l’accesso previa prenotazione telefonica e cerchiamo di garantire le vere urgenze nel minor tempo possibile. Il sistema di visita per appuntamento ha incontrato grande approvazione presso i pazienti che lavorano, viceversa, non abbiamo ancora capito perché, non piace agli anzia-

ni, ai pensionati, i veri “frequent attender” dei nostri studi. Addirittura alcuni di loro preferiscono andare nell’altro ambulatorio (quello dove lavoriamo da soli) e aspettare magari due ore in strada al freddo. Per quelli che invece accedono allo studio di gruppo è sufficiente che il medico accumuli alcuni minuti di ritardo, perché cominciano le lamenti alle segretarie sulla mancanza di organizzazione e del tipo “io non ho tempo da perdere”. Tralascio, volutamente, di parlare delle visite a domicilio perché ognuno di noi sa perfettamente che la stragrande maggioranza di esse è ingiustificata.

Alla luce di ciò, cari colleghi, perché non proponiamo ai nostri sindacati di farsi portavoce di una richiesta di questo tipo: tutti gli assistiti (e quando dico tutti voglio dire tutti, nel senso che non ci devono essere esenzioni di nessun tipo, fatti salvi i pazienti oncologici) devono pagare un ticket di 2 euro per la visita in ambulatorio e di 10 euro per la visita a domicilio (questo denaro potrebbe essere poi investito dalla Asl in qualche modo). Solo applicando dei deterrenti (e si sa bene

che il migliore è il denaro) possiamo sperare di ridurre gli accessi ingiustificati e di poter dedicare più tempo alle persone con reali esigenze di salute che vengono da noi solo quando ne hanno realmente bisogno.

Antonio Nuzzi

Medico di medicina generale, Pinerolo (TO)

È facile dire qualità, ma misurarla è più difficile

Leggo spesso sulle riviste di categoria dell’intenzione di molti di definire la qualità dell’opera del Mmg, per poi basarvi parte del compenso pattuito in convenzione, come accade in Inghilterra.

Mi pare, però, che non siano poche le difficoltà nell’indicare i parametri che possano precisare e misurare questa qualità. A mio avviso, tra le modalità di valutazione ci dovrebbe essere come parametro di riferimento la frequenza del ricorso alla medicina cosiddetta di secondo livello.

Il rischio medico-legale della nostra professione è in continua ascesa e penso che nessun collega si fiderebbe a non inviare un assistito alla “medicina di 2° livello” se non avesse la certezza di operare nella massima sicurezza. Parte del compenso che riceviamo dalle convenzioni di Asl si riferisce già a questa problematica: però le valutazioni Asl dovrebbero considerare non solo l’età degli assistiti, ma anche le patologie croniche di cui soffrono, come indicano più ricerche al riguardo eseguite nell’ambito della medicina generale. Il dubbio è che non ci sia la volontà della parte pubblica di procedere realmente, nel senso di migliorare la professionalità del Mmg e quindi del territorio.

Problema analogo lo noto per le liste d’attesa: se solo si lasciasse la visita di controllo nelle mani del Mmg e non del medico specialista, si ridurrebbero probabilmente di molto, migliorando le professionalità operanti nel territorio.

Sandro De Zolt Sappadina

Medico di medicina generale, Belluno

Lo studio del medico di famiglia tra casi clinici e ironia

Giovanni, 84 anni, viene in studio accompagnato dalla nuora. Ha problemi di autonomia, fisica psichica e sociale. Dobbiamo valutarli per cercare di ottenere dei “benefici” economici o residenziali. Nel Veneto utilizziamo la scheda SVAMA, uno strumento di buona qualità che valuta l’autonomia di una persona sui tre diversi assi, biomedico, psicologico e sociale. Nella valutazione cognitiva utilizziamo lo “Short Portable Mental Status Questionnaire” che prevede uno score da zero a dieci, che rappresenta il massimo deterioramento. Giovanni alla prima domanda sbaglia clamorosamente, sbaglia quasi di conseguenza anche la seconda. Stranamente, non si accorge di essere nel mio studio e dichiara di essere in ospedale. Non ricorda la via in cui abita e, mentre mi sto accorgendo che sto urlando per chiedergli quanti anni ha, visto che è anche molto ipoudente, scuote la testa verso la nuora quando lui dice che ha settant’anni. Siamo già a cinque errori, anzi a sei perché il suo anno di nascita proprio non lo sa. Proseguo, sempre urlando, e quando gli chiedo come si chiama il nostro presidente della Repubblica e, per *par condicio*, anche il Papa, sicuro, mi risponde nel suo schietto dialetto veneto: “Ah, el Papa.... Sì... el tedesco e tuti i altri... da copar... tuti mati!”. Demenza?? Mah?

Massimo Bisconcini

Medico di medicina generale, Quarto D’Altino (VE) - AIMEF