

## Finalmente la pensione e senza rimpianti

Qualche giorno fa avevo visitato una paziente che presentava inequivocabili segni di una iniziale broncopolmonite, confermata poi nel giro di 12 ore radiograficamente, grazie a un radiologo che, casualmente, non aveva ancora raggiunto il budget mensile (le liste di attesa in ospedale mi avrebbero impedito un riscontro necessariamente rapido). La terapia antibiotica immediatamente instaurata al momento della prima visita mi ha consentito, dopo tre giorni, di poter verificare la completa risoluzione del quadro clinico. Niente di eccezionale, fin qui: un episodio che si verifica quotidianamente nella nostra pratica di medici di medicina generale, ma che potrebbe diventare assai raro con l'avvento delle UTAP e delle Case della Salute.

Certamente all'ex ministro della Salute, ma anche a quelli che verranno, non è difficile calarsi nei panni dei pazienti e condividere con loro la soddisfazione per l'efficacia di un intervento diagnostico-terapeutico; meno facile, probabilmente, riuscirà comprendere appieno la soddisfazione dei medici per potere in prima persona controllare l'evolversi di un quadro patologico dal suo esordio alla sua felice conclusione. È su episodi peraltro consueti, come quello citato, che si basa l'autostima del medico, necessaria per nutrire il rispetto e la motivazione verso il proprio ruolo, consentendo sempre una puntuale verifica del proprio operato. Viceversa le tanto decantate Case della Salute, o altre strutture organizzative similari, con la turnazione dei medici renderebbero casuali e aleatori i riscontri successivi, spersonalizzando il rapporto di fiducia medico-paziente già messo fortemente in crisi per quanto concerne la specialistica (quando non sia garantita dal convenzionato esterno che rap-



presenta, come il medico di medicina generale, un punto di riferimento costante). Ma evidentemente se chi è deputato al governo della sanità fino ad ora non è riuscito a cogliere questo importante concetto su cui si fonda da sempre la medicina, in particolar modo la medicina di famiglia, molto probabilmente i colleghi delegati a rappresentarne le istanze, ma anche l'identità di questa professione, hanno fallito il loro mandato. Costoro, anziché sostenere caparbiamente la peculiarità del nostro rapporto con i pazienti che si affidano ai medici di famiglia, hanno accettato di collaborare ad architettare un progetto spersonalizzante come quello delle Case della Salute, che rappresentano la tomba della medicina umanistica. Neanche mi convince la motivazione che tali strutture servirebbero a decongestionare i Pronto soccorso. I pazienti continueranno a preferire una lunghissima fila al Pronto soccorso per accedere tempestivamente a una visita specialistica clinica o strumentale, evitando il ticket ed eludendo le scandalose liste d'attesa o per ottenere un ricovero ospedaliero che con la sola impegnativa del medico curante verrebbe procrastinato a tempi biblici. È per questi motivi e per la deriva che vedo nella nostra professione che ad appena 59 anni, raggiunti i 35 anni di contribuzione, ho deciso di pensionarmi dal Servizio sanitario nazionale, senza alcun rimpianto per questa medicina nella quale non mi riconosco più. Ovviamente continuerò a fare il medico e, di conseguenza a quanto detto, altrettanto ritirerò la mia delega sindacale trentennale.

**Riccardo Laria**

Medico di medicina generale  
Cagliari

## Certificazioni: una proposta per nuove regole

Esercito la professione di medico di medicina generale da 30 anni e in questi anni molte cose sono cambiate nel bene e soprattutto nel male. Ma una cosa trovo sia rimasta invariata: la malnata abitudine (o consuetudine) di rivolgersi al proprio medico di famiglia per il rilascio (spesso gratuito, per quello che mi riguarda) dei famigerati certificati per infortuni (e relativi risarcimenti) stradali.

Se negli anni 70-80 il "parco richiedenti" era più che scarso e sopportabile, dagli anni 90 e soprattutto dal 2000 in poi il decuplicarsi del parco auto ha dilatato a dismisura la "bolla" dei richiedenti tali certificati.

Una tale situazione non può non essere inserita in un contesto relazionale "particolare" come quello che intercorre tra medico di medicina generale e assistito. Per esempio, quanti fra noi riescono a "resistere" al paziente o al paziente-amico che, con fare amichevole, speranzoso, guardingo, complice, ti chiede di redigere un certificato a prova di assicurazione, cioè incontestabile al fine di eludere le causali capestro che garantiscono sempre più l'assicurazione e sempre meno l'assicurato. Una motivazione che facilmente può fare breccia, ma a cui qualcuno di noi riesce a resistere mettendo in atto un deterrente vincente: farsi pagare la prima certificazione. La naturale conseguenza è o la fuga (revoca) o la non richiesta del successivo certificato. Ed è proprio per questi motivi, e soprattutto per non adire a queste ambiguità relazionali, che propongo di abolire la possibilità che il Mmg possa rilasciare tali certificati o, quantomeno, che sia autorizzato a non superare il mese di prognosi (o simili) e sia obbligato, per il successivo periodo, a inviare il paziente allo specialista di fiducia dell'assicurazione.

Sono convinto che un simile cambiamento potrebbe rappresentare un civile "passo avanti" e per il Mmg una notevole diminuzione del carico di stress

lavorativo giornaliero (anche se il portafoglio si alleggerirebbe in parte). Naturalmente, le assicurazioni dovrebbero provvedere (con un notevole, credo, risparmio finale) a creare una "rete" di specialisti fiduciari, che potrebbero appoggiarsi logisticamente presso le sedi di organizzazioni di quartiere.

**Alessandro Flavioni**

Medico di medicina generale  
Roma

## Sperando che ci sia rimasto qualcosa da dire

Devo al collega Gentiluomo (M.D. 2008; 10:16-17), che con apprezzabile passione meridionalista mi rimprovera di aver fatto dell'ironia, sia pur leggera, su una paziente "tracagnotta napoletana", una scusa e qualche breve precisazione. Non avendo ben capito se ad aver suscitato "irritazione" sia stato il termine *tracagnotta* o l'aggettivo napoletano, inizierò scusandomi per il primo termine, perché non ritengo certo il secondo (napoletana) una aggravante e tanto meno una connotazione negativa. Le scuse, estese a tutte le signore *tracagnotte*, è per l'aggettivo antropometrico sfuggitomi dalla penna nella intenzione di dare un tocco di colore al pezzo e che non voleva caricarsi di una valenza lombrosiana, essendo anche la Toscana piena di donnine *tracagnotte* più che rispettabili, come del resto anche la signora dell'episodio incriminato.

A ben vedere, non è stato il congiuntivo che mi ha disturbato, semmai nel caso in questione ha fatto da detonatore a una frustrazione quotidiana, ma l'indicativo, nel senso che tutti mi indicano quello che devo fare, una specie di *tsunami* quotidiano, coniugato in tutti i dialetti d'Italia, di: "mi dovrebbe segnare, mi faccia fare, mi mandi di qui, di là..." in una bulimia di esami auto ed eteroindotti alla ricerca di malattie spesso virtuali o peggio ancora commerciali. Si tratta di *disease mongering* (tanto per uscire dalla querelle sui

dialetti), un termine con cui vengono raggruppate tutte quelle strategie che puntano ad aumentare il numero di malati e di malattie con il solo scopo di allargare il mercato della salute, che disturba non solo la comunicazione, ma anche il riconoscimento di quelle vere e che flagella tutti i nostri studi dalle rive dell'Arno alle falde del Vesuvio e di cui è poi difficile tirare le fila.

Trovo anche giuste le osservazioni sul difficile rapporto tra italiani e grammatica e se solo rileggo alcune circolari della Asl o anche dei sindacati, dove si presume che a redigerle siano quasi tutti laureati, finisco decisamente per assolvere la mia ex paziente.

Preciso infine di non "aver sbattuto il foglio in petto" alla paziente che mi portava l'ennesimo esame delle urine negativo, ma soltanto volevo evidenziare a che livello di suscettibilità siano arrivati i nostri assistiti, cui un refolo di vento che alza una ricetta può far revocare il medico che li ha assistiti per venti e più anni. Qui sì che ci sa-

rebbe bisogno di una migliore comunicazione, anche in Toscana, dove pure è difficile che "una quinta elementare" sbagli un congiuntivo.

Accetto volentieri anche il richiamo al dovere dell'ascolto, ma mi chiedo spesso cosa ci sia da ascoltare in un frenetico susseguirsi di contatti sempre più degradati a bancone di supermercato o di ufficio postale, dove quello che serve è il timbro, *l'imprimatur*, e poi via, andare.

Sì, davvero c'è bisogno di "fermarci per incontrarci e parlarci", ciascuno nella sua lingua, nel suo dialetto, e quello napoletano di cui il collega ci offre un vivido esempio nel "rimontaggio" del mio filmato, può attingere a vette irresistibili di intensità espressiva, sperando solo che nel frattempo ci sia rimasto qualcosa da dirci. Professandomi anch'io devoto di San Giuseppe Moscati, patrono della mutua.

**Vincenzo Bologna**

Medico di medicina generale  
San Casciano Bagni (SI)