



## Ecco perché dico sì all'inasprimento della visita fiscale

Il Governo ha emanato un provvedimento contro l'assenteismo "di professione", stabilendo la visita fiscale sin dal primo giorno di assenza per malattia.

Naturalmente si sono formati subito due schieramenti, quello dei favorevoli e quello dei contrari. Tra i contestatori, un personaggio noto ritiene la misura ingiusta perché lede i diritti e la dignità del cittadino. Occorre verificare che la malattia ci sia veramente, sostiene, ma non dice come si possa verificare senza una visita. Ad ogni modo il malato (presunto) dev'essere coinvolto in eventuali sanzioni, ma anche il medico attraverso un inasprimento delle pene "per falsa certificazione e sospendendo dall'Ordine quei medici che dichiarino il falso".

Secondo questo ragionamento, se un cittadino sentisse il bisogno di chiamare il proprio medico per riferire i sintomi di un possibile stato patologico, il medico, a prima vista, gli dovrebbe dare del bugiardo, dichiararlo spergiuro e inviarlo al lavoro.

Il sanitario che si comportasse secondo queste "linee guida", ammesso che nell'immediato sfuggisse alla neurodelirio, in capo a un mese si ritroverebbe all'angolo della strada a sollecitare la generosità del prossimo. L'assistito e tutti gli altri iscritti del suo elenco che venissero a conoscenza dell'accaduto certamente emigrerebbero in massa da un altro collega. L'amenò e noto personaggio però è andato oltre e ha anche sostenuto che tale tipo di prevenzione avrebbe un effetto *boomerang* in quanto indurrebbe l'assistito a lavorare anche ammalato, pur di non perdere i soldi della prima giornata di assenza. Insomma se non ci rimette sta a casa, se invece ci lascia qualche euro, allora decide che è meglio andare in ufficio. Che dire su tali affermazioni? Nient'altro che, ancora una volta, c'è chi si esercita al tiro al piccione (il pic-

cione, nel nostro caso, è il medico).

Se mettiamo il caso che un mio assistito, col quale ho stabilito un rapporto di fiducia, mi vuole al suo capezzale perché ritiene di avere la febbre ("Dottore ha visto, ho 37.6° C), un malessere generale, il naso intasato e qualche colpo di tosse, devo certificare che si tratta di un impostore, che si è inventato tutto per un giorno di vacanza. Quindi che è perfettamente idoneo a prendere servizio. Non posso, neanche lontanamente, pensare che quei sintomi potrebbero essere i prodromi di un'affezione respiratoria?

Devo saltare a piè pari i sacri testi che dicono che alla diagnosi si giunge a seguito di ciò che rileva il medico (segni), ciò che dice il paziente (sintomi) e le prove strumentali.

L'attesa che il quadro si definisca non conta, la credibilità dell'assistito, meno che meno. C'è l'impostore che la fa franca? Certo che c'è, ma deve sapere che c'è un primo filtro. Intanto paga pedaggio e poi se l'ha fatta franca una prima volta non è detto che la passi liscia una seconda o una terza. E il medico? Il medico si sente più protetto perché il presunto impostore non può addebitargli la prima visita. Il provvedimento preso diventa norma generale e l'assistito è tenuto a rispettarla. Ogni eventuale forma di ritorsione è così prevenuta.

Per questi motivi mi sembra che la visita fiscale sin dal primo giorno di assenza per malattia possa avere delle ripercussioni positive sull'esercizio della professione di medico di medicina generale, ma davanti al pregiudizio non c'è ragione che tenga. Spariamo pure sul medico di famiglia, tanto ha le spalle larghe e può sopportare questo e altro.

**Francesco Giuseppe Romeo**

Medico di medicina generale  
Firenze

## Rapporto ottimale: l'origine dei mali dei medici di famiglia

Dopo aver letto su *M.D.* (2008; 28: 22-23) l'ennesima lettera di grave disagio medico - al punto da far prospettare al collega l'ipotesi di un abbandono della professione - mi sono chiesto come mai non si riesca a individuare la causa di un così grave e diffuso disagio tra i medici di medicina generale (che pure sono la più stimata categoria professionale in Italia), causa che a me sembra così palese.

Basta leggere l'articolo 33 (rapporto ottimale), in particolare comma 9/10 e l'allegato B (procedure tecniche per l'applicazione del rapporto ottimale) dell'attuale convenzione (scaduta, ma ancora in vigore) e bastano 10 minuti di riflessione perché tutto diventi chiaro.

Qui sta l'origine di tutto il caos, ma nessuno sembra avvedersene. È qui che è stabilito che un medico con un massimale di 1.500 pazienti, ai fini del conteggio dei medici necessari sul territorio deve essere considerato come se avesse incarico 1.000 pazienti, il famoso rapporto ottimale.

Consideriamo, per esempio dieci medici massimalisti che assistono circa quindicimila pazienti: ebbene sul nostro contratto è stabilito che solo diecimila pazienti sono assistiti in modo "ottimale" e dunque si convenzionano altri cinque colleghi che dovranno andare a togliere "le eccedenze" a chi ha più di mille pazienti.

Non bisogna essere esperti di economia per capire le conseguenze di questo grave sbilanciamento tra domanda e offerta: la depressione da revoche incomprensibili, il ricatto dei pazienti, la disistima tra colleghi, senza calcolare l'inevitabile larghezza in prescrizioni e prognosi che ne conseguono.

Di fatto la disoccupazione medica è stata trasferita alla medicina ge-

nerale: per trovare un medico disoccupato o sotto occupato bisogna andare a trovare i medici di medicina generale convenzionati con il Ssn. La soluzione è una sola, di rapido effetto e senza costi per lo Stato: aumentare il rapporto ottimale di 300 unità almeno e ridurre per tutti il massimale di 200 unità.

Comunque massimale e rapporto ottimale debbono coincidere. Non deve più essere convenzionato nessun collega senza che ci siano pazienti che necessitano realmente di un medico.

E questa frustrazione deve essere rifiutata e deve essere permesso ai "disoccupati convenzionati" di raggiungere un numero congruo di pazienti e quindi uno stipendio accettabile.

**Luciano Tarquini**

Medico di medicina generale  
Roma

### Volevo descrivere e scrivere...

Cari colleghi volevo descrivere:

- Il bacio della nonnina di 90 anni che mi dà ogni volta che vado a casa sua.
- Il dolore precordiale che mi assale quando i pazienti mi contestano il rifiuto di una iperprescrizione.
- Quei giorni passati al capezzale di pazienti terminali.

Volevo scrivere:

- Della disponibilità telefonica dalle 7.00 del mattino alle 23.00 di sera.
- Dei foglietti di carta (o "pizzini") trovati sul parabrezza dell'auto del tipo: "Dottore vieni a fare una visita a casa oppure può scrivermi questa ricetta"?
- Sulle consulenze specialistiche fatte senza scrivere il nome del paziente e con prescrizione di farmaci inesistenti.
- Della risonanza magnetica ricopiata dalla ricetta dello specialista per non far pagare il paziente che aveva già pagato 100 euro per la visita specialistica.
- Degli accordi regionali di facciata che servono solo al politico per dire: è stato firmato l'accordo integrativo, senza una ricaduta economica o professionale per il Mmg.
- Delle ore di studio passate al computer per ricopiare ricette di altri.
- Della medicina di gruppo tanto ventilata e poi del messaggio: "non ci sono i soldi per le nuove medicine di gruppo".

Volevo descrivere e scrivere delle poche gioie e delle tante pene di una professione, ma l'elenco è troppo lungo, mi fermo qui.

**Nicola Dilillo**

Medico di Medicina Generale, Irsina (MT) - AIMEF