



Il collega Marcello Pugliese ha richiamato l'attenzione sul problema delle ferie e delle malattie dei Mmg (M.D. 2007; 23: 14-15). La controparte e gli stessi sindacati tendono a glissare sull'argomento con la scusa che i Mmg non sono dipendenti o che l'Acn comunque, a modo suo, già ci permette di andare in ferie e di ammalarci. Come fa rilevare il collega, però, se ai dipendenti il diritto alle fe-

parte del Mmg, non è giuridicamente tale. Sono convinto che non spetti ai medici di famiglia il compito di reperire un sostituto, questa norma va eliminata.

rie o alla malattia non è subordinato al reperimento di un sostituto, per i medici di famiglia lo è. Ma se un "diritto" viene subordinato a un fatto aleatorio, qual è il reperimento del sostituto da

Reperire un sostituto? Norma iniqua e obsoleta

di **Antonio Attanasio** Medico di medicina generale, Mandello del Lario (LC)

Il problema delle assenze per ferie o per malattia inerente ai medici di medicina generale non può essere risolto con dei rattoppi a una regola che di per sé è sbagliata, ma cambiandola. La regola che impone ai Mmg di reperire un sostituto va soppressa. Proviamo a riflettere sul motivo per cui i Mmg debbano procurarsi un sostituto. Questo obbligo era nato al tempo dei medici condotti, tempi in cui i medici erano pochissimi e in molti comuni o consorzi di comuni ce n'era addirittura uno solo. Dato che il medico condotto era pagato solo e proprio per dare assistenza là dove non ce n'era, risultava naturale che a tale medico fosse posto formale divieto di abbandonare la sua sede se non avesse prima trovato un sostituto. Più tardi, cessata l'emergenza della scarsità dei medici, la regola venne rispolverata dalle mutue che erano passate dal pagamento a notula al pagamento a quota capitaria. È evidente che col pagamento a notula, cioè a prestazione, le mutue non rischiavano mai di pagare un medico per niente, mentre col pagamento a quota capitaria le

mutue avrebbero dovuto pagare il medico non solo quando era il paziente a non recarsi dal medico, ma anche quando era il medico a non farsi trovare. A meno che non ci fosse stato appunto un obbligo di presidiare lo studio sette giorni la settimana, dodici mesi l'anno. Che poi in studio ci andasse il titolare o un sostituto, alle mutue importava poco.

■ L'avvento del Ssn

Con l'avvento del Servizio sanitario nazionale, appaltatore di un'assistenza rigorosamente a quota capitaria, l'obbligo venne trasferito nella prima convenzione e confermato ad ogni rinnovo. Peccato che nel frattempo lo scenario della medicina generale sia cambiato radicalmente.

Non solo il *surplus* di medici e la facilità delle scelte e delle revoke porterebbe al suicidio economico quel medico che esagerasse nel disertare lo studio, ma le stesse funzioni del medico di medicina generale si sono allontanate anni luce da quelle del medico condotto.

Fatta eccezione per gli ultimi an-

ni di esistenza della sua figura, il medico condotto era indispensabile. O c'era lui, o non c'era nessuno. Non c'erano altri medici, non c'erano guardie mediche, non c'era il servizio di emergenza territoriale 118, e gli ospedali erano pochi, con scarso personale e con mezzi di poco superiori a quelli presenti nella borsa del medico condotto.

Quest'ultimo si occupava di fratture, faceva partorire le donne, assisteva i bambini, faceva tutte le diagnosi possibili e immaginabili per l'epoca e somministrava tutte le terapie che la medicina conosceva. I medici delle mutue erano già diversi dal medico condotto: nati e soprattutto proliferati in tempi in cui stavano nascendo le specializzazioni, sviluppandosi la farmacologia e la terapia chirurgica e qualificandosi gli ospedali, avevano iniziato a coltivare la sublime arte dello scrivere ricette, impegnative e certificate. Però non c'era la guardia medica, non c'era il 118, e l'educazione sanitaria della popolazione era ancora rudimentale e frammentaria. Anche i medici della mutua, almeno fino ai primi anni Ottanta, erano a loro modo indispensabili.

■ Le nostre reali funzioni

Ma quali sono oggi le funzioni del Mmg? Urgenze ed emergenze sanitarie? No. A quelle ci pensa il 118. Le uniche "urgenze ed emer-

genze" che competono al medico di medicina generale sono quelle burocratiche: la ricetta che il paziente ha dimenticato di rinnovare, l'impegnativa che il medico ospedaliero ha dimenticato di scrivere sul ricettario regionale, il farmaco alla dimissione dall'ospedale che la legge ha dimenticato di far prescrivere a chi butta fuori il paziente dal nosocomio, il certificato di malattia che la legge ha tralasciato di far rilasciare a medici più imparziali e meno ricattabili del medico di famiglia. Null'altro. Punto. Le funzioni sanitarie rimaste al medico di medicina generale sono tutte e solo funzioni che possono tranquillamente essere programmate in tempi lunghi o procrastinate di parecchie settimane: esecuzione di visite generali periodiche; prescrizione di visite o esami specialistici di tipo preventivo o comunque senza carattere di urgenza; controllo e registrazione dei risultati di tali visite ed esami, ecc. Che senso ha quindi obbligare il Mmg a visitare un paziente il giorno stesso in cui l'assistito ha fatto la richiesta quando poi le strutture specialistiche, che dovrebbero lavorare in coordinazione con questo professionista, hanno tempi d'attesa di settimane o mesi? Se il paziente è in pericolo di vita, non è certo al suo medico di famiglia che deve rivolgersi, ma al 118 o al pronto soccorso di un ospedale, ed è disonesto e capzioso sostenere che il medico di medicina generale deve essere sempre disponibile per rispondere al paziente che non sa se il suo problema è urgente oppure no. Se il problema era veramente urgente, il tempo perso per farsi visitare dal proprio medico di famiglia può essere fatale e spesso lo è, tanto più che gli strumenti a disposizione del Mmg per la diagnosi e la terapia non sono più, come quaranta o cinquant'anni fa, di poco inferiori a quelli a disposizione di un pronto soccorso ospedaliero. Oggi il divario è diventato impressionante e del tut-

to incolmabile, nonostante tutti gli sforzi e le illusioni di certuni di noi.

Se anche chiudiamo i nostri studi per due, tre, o quattro settimane, non può succedere nulla. E vogliamo poi dirla proprio tutta? Quando al nostro posto, per obbedire alla becera imposizione della Convenzione, mettiamo un sostituto, per chi optiamo? Per un illustre collega di vecchio pelo? Per un giovane collega che abbiamo selezionato fra venti candidati, dopo ore di stringenti tests e colloqui? O ci orientiamo verso l'unico neo-laureato che abbiamo avuto la fortuna di trovare dopo giorni e giorni di telefonate?

■ Tutto e il contrario di tutto

Certo, il problema non si pone per coloro che si sostituiscono a vicenda, ma anche in questo ca-

so, dove va a finire l'abusato dogma secondo cui è importante che il paziente venga visitato dal suo medico di fiducia, che lo conosce da una vita e che di lui sa tutto, finanche il numero delle scarpe e la marca preferita degli indumenti intimi? Lo sappiamo tutti dove va a finire: il paziente andrà dal collega per farsi fare ricette e certificati di malattia e aspetterà noi al varco del nostro ritorno dalle ferie per tutto il resto, facendoci rimpiangere di essere tornati o facendoci dire che tanto valeva che avessimo chiuso lo studio senza prendere alcun sostituto. Qualcuno queste cose glielo andrà pure a dire ai nostri rappresentanti sindacali e alla signora controparte oppure, per non rischiare di far scoprire il bluff della nostra indispensabilità, continueremo tutti a tacere e a rinunciare al riposo annuale che per altre categorie è obbligatorio?

LIPONORM[®]
 ATC: C10AA01
simvastatina

LIPONORM[®] 40 mg
 compresse rivestite con film
 ATC: C10AA01
 simvastatina
 28 compresse
 uso orale

LIPONORM[®] 20 mg
 compresse rivestite con film
 ATC: C10AA01
 simvastatina
 28 compresse
 uso orale

EB Firenze