



No alla revoca per cinque anni: proposta plausibile

Secondo uno degli ultimi sondaggi, il 47% dei giovani non è più attratto dagli studi di medicina. Si sta quindi invertendo la tendenza che fino a qualche anno fa registrava un surplus di iscrizioni alla facoltà di medicina. La medicina generale, in particolare, non ha più l'appeal di una volta. Parte delle ragioni di questa disaffezione sta nella mancanza di scatti che valorizzano nel tempo la "carriera" di Mmg, nell'inadeguatezza dell'università nel preparare i futuri medici di famiglia, nell'assenza di una possibilità, codificata a dovere, di fare ricerca nell'ambito della medicina di primo livello, ecc. Ma i motivi forse più dirimenti sono lo sfaldamento dello status professionale, sociale ed economico, di cui godeva in buona misura il Mmg di una volta e che un tempo riempiva le aule e le corsie di studenti speranzosi; l'impatto negativo che ha probabilmente sugli aspiranti generalisti la notizia delle frustranti mansioni burocratico-impiegatizie divenute nostro pane quotidiano.

Entro certi limiti soggettivi, la professione di medico di famiglia può trovare senso e significato nella sola soddisfazione personale del caso risolto, dell'aiuto dato, del conforto dispensato, del "grazie" caloroso dell'ammalato. Ma parte di questo "grazie" va troppo spesso alla rinuncia del curante ad opporsi alle richieste inappropriate e alle imploranti o intimidatorie petulanze. Il solo sapere di potersi trovare un giorno di fronte a questa sorta di istigazione allo scempio del concetto di scienza e coscienza basterebbe per spiegare il rifiuto di molti giovani.

Se poi potessero toccare con mano, anche per un breve periodo,

il grado di subalternità della medicina generale rispetto all'ospedale, gli aspiranti Mmg avrebbero un motivo in più per cambiare rotta. Se inoltre sapessero delle relative ricadute di questa frustrante condizione sulla medicina del territorio, fuggirebbero di corsa dalla prospettiva di un lavoro fatto in buona parte di alienanti "disbrighi degli affari burocratici correnti", come si dice di un gabinetto in crisi.

Proprio per questi motivi non posso essere d'accordo con l'articolo del collega Giuseppe Belleri (M.D. 2007; 27: 10-11) in cui sembra esprimere perplessità sulla proposta della Asl di Montalbano Jonico di "blindare la scelta del medico, bloccare per cinque anni la facoltà di revoca da parte dell'assistito [...] per garantire la discrezionalità e il potere di veto del Mmg". A me l'idea di istituire un "contratto" minimo di cinque anni con l'assistito non pare affatto malvagia. Anzi, la "blindatura" potrebbe ridarci, appunto, quel potere di veto di cui sentiamo la mancanza, che ci consenta di dire no alla protervia di molti pazienti e di costringere i colleghi ospedalieri, con un meccanismo di *feed-back*, a tener conto della possibile bocciatura delle loro inapproprietezze ad opera di un Mmg divenuto liberato dalla ritorsione della revoca.

A tutt'oggi la responsabilità delle inapproprietezze è attribuita sulla base della tracciabilità delle ricette. Notoriamente tale tracciabilità è più problematica in rapporto agli atti specialistici ambulatoriali rispetto alle prescrizioni dei Mmg, così queste ultime costituiscono il parametro principe a cui ci si aggrappa quando si par-

la di sprechi. Già adesso, quindi, pesa sulle spalle del Mmg quel macigno della responsabilità della spesa sanitaria evocato da Belleri, ulteriormente gravato dalla pretesa di fare del Mmg il cane da guardia per sbarrare la strada a chiunque intenda accedere alle prestazioni del Ssn senza averne le credenziali.

In realtà il Mmg non ha mai posseduto alcuno strumento per opporre impunemente le proprie ragioni a quelle non sempre accettabili del collega di struttura pubblica poiché, secondo il diffuso sentire degli assistiti, non c'è partita tra ciò che ha prescritto lo specialista e le doverose e soppesate puntualizzazioni fatte al riguardo dal curante. Pertanto, non credo che la blindatura porti le nostre responsabilità a un livello superiore a quello, già alto, di adesso.

Anche se così fosse, sarebbe un onere abbastanza accettabile per far sì che le nostre decisioni non siano più etero-dirette.

Ci sarà certo da ricalcolare il budget assegnato ad ogni Mmg sulla base dell'età media dei suoi pazienti, della morbilità, della prevalenza di determinate patologie croniche in un dato territorio, del costo di ogni ciclo di malattia, ecc.

Belleri ricorda inoltre che "lo specialista pubblico è tenuto a prescrivere sul proprio ricettario del Ssn gli accertamenti diagnostici ritenuti necessari...". Ma è proprio questo il lato dolente dei rapporti tra la medicina di primo e quella di secondo livello.

A meno che non si costringa l'ospedale a inviare copia di tutte le prescrizioni - possibilmente firmate e datate - dei suoi dipendenti al ministero dell'economia, la blindatura delle scelte per cinque anni spunterebbe la potente arma della revoca tutt'ora saldamente in mano a molti assistiti, tirerebbe fuori il Mmg dalle gabbie compromissorie (con conflitti interiori annessi e connessi) in cui lo ha rinchiuso una visione

miope e irrispettosa del suo vero ruolo, e gli darebbe un potere contrattuale nei confronti dei non pochi specialisti di struttura pubblica inclini a considerare il collega Mmg come un esecutore silente e ossequioso del loro estro prescrittivo.

Salvatore Milito

Medico di medicina generale
Roma

Cari colleghi ospedalieri, vi scrivo...

Nella mia quotidiana attività di medico di medicina generale mi capita sempre più di frequente di dovere trascrivere prescrizioni di farmaci antipertensivi suggerite a miei assistiti dai colleghi ospedalieri. Così all'ennesima richiesta ho preso carta e penna e ho scritto ai colleghi in merito, al fine di chiarire alcuni aspetti del problema che reputo fondamentali.

In particolare ho tenuto a precisare che a volte i pazienti non sono realmente ipertesi, ma hanno un fenomeno "da camice bianco" di riscontro più frequente in ambito ospedaliero piuttosto che in un ambulatorio di medicina generale dove spesso si sono instaurati col medico di famiglia rapporti più confidenziali e amichevoli.

Il medico di medicina generale, forte del suo continuum relazionale e assistenziale, in presenza di alterazioni di PA può *in primis* sollecitare il proprio assistito ad adottare procedure comportamentali (dieta iposodica, aumento dell'attività fisica, ecc.), rivedere lo stesso in condizioni di maggiore tranquillità ambientale (per esempio, con il sistema di prenotazione per appuntamento), decidere se richiedere un ulteriore approfondimento diagnostico, può, in altre parole, monitorare nel tempo un paziente del

quale conosce familiarità e fattori di rischio socio-ambientali. Ricorrere subito a un antipertensivo al primo contatto per un solo rilevamento della PA (che mostra magari valori *borderline*) è contrario a tutte le linee guida (a meno che non ci siano naturalmente fattori di rischio imminenti) e probabilmente riflette una cultura medica generalizzata di "interventismo farmacocentrico".

Nella scelta dei farmaci antipertensivi non bisogna dimenticare che vi sono delle limitazioni e che tutti i medici che prestano la loro opera nel Ssn sono tenuti a ottemperare a queste per "obbligo di legge". Oltre che a motivazioni di farmacoeconomia, tali limitazioni, nella maggior parte dei casi, sono in linea con le linee guida internazionali che eticamente e professionalmente condivido.

Anche le modalità hanno la loro importanza. Se il medico ospeda-

liero prescrive una terapia in "busta aperta" accade che il paziente si senta autorizzato ad acquistarla in farmacia e a chiedere al Mmg di trascrivere il farmaco sul ricettario regionale, mettendo il medico di famiglia in una situazione imbarazzante (e mortificante).

Per questo sono convinto che dovremmo sforzarci di comunicare tra noi con la tecnologia a disposizione (per esempio, via posta elettronica).

Solo con l'umiltà e il rispetto del ruolo e del lavoro reciproco potremo tutti trarre benefici dalla nostra professione, alleandoci per una rivalutazione professionale e deontologica che può e deve trascinare la riconsiderazione socio-economica di quanti lavorano nel Servizio sanitario nazionale.

Baldassare Di Silvestre

Medico di medicina generale
Palermo