

Una lettura illuminante per il mio lavoro

Secondo un recente articolo comparso sulle pagine milanesi del quotidiano la Repubblica, il mio modus operandi in qualità di Mmg sarebbe al di fuori della legge per un "eccesso di presenza e di reperibilità telefonica" e così ho preso coscienza di aver forse male interpretato alcuni dettami della convenzione

Sul quotidiano *Repubblica* nelle pagine di Milano di recente è comparso un articolo dal titolo "Una giornata più lunga per i medici di famiglia". Preoccupato per quanto dal titolo si poteva dedurre, ho divorato la pagina e ho scoperto un sacco di cose. Ho scoperto, per esempio di essere un "fuorilegge" da 15 anni.

A fronte della richiesta della dr.ssa **Maria Cristina Cantù**, attuale direttore della Asl Città di Milano, che propone ai medici di rendersi disponibili per 2 ore di contatto telefonico ai pazienti durante le 12 ore di "presunta" attività giornaliera, ci sono state da una parte sindacale levate di scudi e da un'altra parte "disponibilità a trattare". Fin qui nulla di strano perché da 22 anni a oggi non ricordo una sola volta in cui i due sindacati più rappresentativi della MG si siano trovati d'accordo (ma la memoria potrebbe tradirmi).

Mi sono allora seriamente posto il problema che il sottoscritto, - ma anche uno dei miei due colleghi che operano in medicina di gruppo nella nostra sede - da circa 15 anni sia reperibile al cellulare, il cui numero è gentilmente fornito ai pazienti dagli impiegati Asl al momento della scelta e ribadito dal sottoscritto in occasione del primo contatto. In virtù di quanto rifiutato e quanto soggetto a trattativa con il direttore della Asl Città di Milano da parte dei nostri rappresentanti quindi io opero di fatto al di fuori della legge per un "eccesso di presenza e di reperibilità telefonica" e mi rendo conto di aver male interpretato qualche articolo della nostra convenzione.

Mi è sempre capitato e mi capita sovente infatti di rispondere durante

l'arco della giornata a richieste telefoniche di consigli, ma mi capita comunque di ricevere sul cellulare le richieste di visita domiciliare, valutandone la priorità per un intervento più o meno tempestivo (è triage del Mmg questo?), occasionalmente di dare appuntamenti (quando i pazienti hanno difficoltà a trovare il numero libero della segreteria) e di essere contattato dai colleghi ospedalieri o dalla Asl per i motivi più disparati, ma sempre inerenti la mia attività professionale. E fin qui evidentemente "peste mi colga": sono io a sbagliare, chiedo venia.

Nell'articolo di *Repubblica* si fa anche riferimento alla necessità di "evitare che la gente faccia ricorso al Pronto soccorso". Ma anche su questo obiettivo mi soffermo a meditare. Mi chiedo infatti per quale motivo, la dove è possibile regolamentare un accesso improprio tramite il pagamento di un ticket, in realtà si decide di classificare quasi tutti gli accessi come codici "non bianchi" esentandoli dall'obolo dovuto. Si sta forse cercando di scaricare il problema verso il basso, verso la base. E alla base chi c'è? Per definizione il medico di base ovviamente, mica potete pretendere che ci sia il medico di altezza. Pare infatti che i malati non trovino risposte sul territorio perché i Mmg latitano e non perché il paziente viziato e pretenzioso fa un uso improprio del Ps. Rivedo allora la mia agenda e mi accorgo che in due giorni ho visto 84 persone in studio più 5 a domicilio più 4 in ADP. Inoltre ho ricevuto sul cellulare 16 richieste di consulto telefonico e al telefono dello studio altri 7 pazienti hanno chiesto consigli vari (io registro tutto: lo so, è una mia ossessione e non si fa così, ma la

mia schizofrenia latente mi porta a dimostrare a me stesso quanto lavoro ogni giorno della mia vita). Totale: 116 contatti in 2 giorni, 58 al giorno con 1.267 pazienti in carico. Tempo dieci giorni e li vedo tutti.

Mi chiedo allora quante persone abbiano visto nel Ps dell'ospedale di circolo della mia Asl in questi stessi 2 giorni, quanti dei miei pazienti, ma soprattutto mi chiedo cosa altro potrei fare di più per alleviare il carico di lavoro dei miei colleghi ospedalieri: potrei divorziare e dimettermi da padre, montare una branda in ambulatorio e vivere qui (tanto c'è spazio nei locali della nostra medicina di gruppo, unica sede, aperta 8 ore al giorno ai pazienti, con segretaria e infermiera, telefono, segreteria telefonica, fax, email, 2 cellulari, oppure potrei chiedere a chi ci rappresenta di indurre quei colleghi Mmg che lavorano 3 ore al giorno (sempre ammeso che esistano) a incrementare la loro presenza in studio e a fare ciò per cui vengono pagati.

Lo sconforto

La verità è che non so più a chi credere e che cosa credere. Ultimamente mi sento come il navigatore che in mare aperto ha perso la bussola, sopra di sé ha un cielo coperto senza stelle e non sa più come orientarsi in questo *mare magnum* di ipocrisia. Ho tentato in tutti i modi tempo fa di dissuadere la nostra collega tirocinante, che si è iscritta lo scorso anno al corso per Mmg, dal perseguire questo obiettivo, ma non ci sono riuscito. Ci sono riuscito con i miei figli, prossimi al diploma e li sto convincendo anche a prendere in considerazione l'eventualità di iscriversi a

un'università oltre confine e poi lavorare all'estero.

Un'idea che si è rafforzata continuando la lettura dell'articolo di *Repubblica* da cui prendo atto della proposta del direttore generale di offrire ai colleghi ospedalieri incentivi per trascrivere direttamente su ricettario ottico gli esami e gli accertamenti del caso, onde evitare inutili affollamenti negli studi dei Mmg. Forse non solo non ho più la bussola, ma a questo punto nemmeno la barca: si incentivano dei colleghi a fare ciò che per legge dovrebbero fare, ma non si è ancora riusciti a ottenere, come se si offrissero 5 euro a tutti quelli che si mettono la cintura di sicurezza! Non riuscirò mai a stupirmi abbastanza della fantasia del genere italico!

■ Spegnerò il cellulare

Certo un obiettivo adesso ce l'ho: seguirò attentamente gli sviluppi della vicenda perché se tutto va in porto,

se incentiveranno i colleghi a lavorare 2 ore in più nelle ore in cui già dovrebbero lavorare o se si incentiveranno gli ospedalieri a fare quello che già dovrebbero fare, vedrò anch'io di rientrare entro i rigidi dettami della legge e spegnerò il cellulare, perché non sta scritto da nessuna parte che i "fessi" debbano essere sempre i soliti. *Errare humanum est, sed diabolicum perseverare*. In 22 anni di carriera tenere acceso il cellulare per 12 ore al giorno e il sabato e la domenica, talvolta dimenticando di spegnerlo anche di notte, rispondendo alle richieste pervenute non mi ha certo garantito 1.500 assistiti e oltre. Anzi, credo che sia stato proprio il contrario. Qualche volta è più comodo lasciare un biglietto con richiesta di visita urgente a domicilio a un medico che serve anche il cappuccino a domicilio, piuttosto che effettuare un triage telefonico rispetto all'opportunità di redigere un certificato di malattia a domici-

lio per un banale mal di denti. L'unica consolazione di questo mio errato comportamento professionale è stata l'assoluta tranquillità con cui ho svolto la mia professione in termini di contenimento degli errori medici e di rispetto del codice deontologico, oltre che delle normative vigenti.

L'articolo di *Repubblica* si conclude con una profonda riflessione: "E così il paziente, stretto tra due fuochi, per ottenere quello che vuole, è costretto ad alzare la voce". Ed il succo del problema sta proprio nella frase: "per ottenere quello che vuole". Pare poi - continuando a leggere l'articolo - che non sia opportuno affidare al paziente la gestione totale della propria assistenza sanitaria, perché "sarebbe come affidare le chiavi del manicomio ai pazzi". Ma questo paragone potrebbe non essere gradito, forse sarebbe più accettabile la frase "lasciar pilotare il vostro aereo ai passeggeri?"