



Circolari INPS che dettano legge in casa d'altri

A seguito di alcuni problemi sorti col recente "giro di vite" sulle assenze per malattia, mi è stata fatta avere la circolare dell'INPS n. 147 del 15 luglio 1996, che probabilmente, nonostante la data e il riferimento ad un passato ACN, l'Istituto ritiene tuttora valida. A proposito della decorrenza dell'indennità di malattia, la circolare così recita: "Secondo i criteri in atto, il quarto giorno di malattia, da cui spetta il corrispondente trattamento economico previdenziale, viene computato di massima dalla data di rilascio della relativa certificazione".

L'Istituto ammette, peraltro, la possibilità di riconoscere, ai fini erogativi, la sussistenza dello stato morboso anche per il giorno immediatamente precedente quello del rilascio della certificazione, purché sulla stessa risulti compilata la voce "dichiara di essere ammalato dal ...".

Il criterio, valido anche per la certificazione di continuazione e ricaduta della malattia, è da collegare unicamente, come più volte esplicitato, alla facoltà, confermata da ultimo con DPR 28 settembre 1990, n. 314, art. 20, di effettuare la visita medica, richiesta dopo le ore 10, il giorno immediatamente successivo. In relazione a quanto precede si chiarisce che la regola non va applicata quando la data riportata alla predetta voce retro-agisce di oltre un giorno dalla data di rilascio, essendo, nell'ipotesi, da escludere che la data stessa possa assumere il significato di indicazione della data di chiamata del medico.

La medesima preclusione opera, parimenti, quando, se pure la data apposta sulla certificazione risulti anteriore di un solo giorno rispetto a quella di redazione, emerga che trattavasi di visita ambulatoriale (per esempio in sede di giustificazione per assenza a visita di controllo). Nelle situazioni sopra rappresentate

le giornate anteriori alla data del rilascio, non valutabili sulla base di quanto precisato, sono da considerare come "non documentate" (e perciò non indennizzabili).

Di conseguenza, la decorrenza della validità del certificato, e perciò della malattia indennizzabile, sarà da conteggiare dalla data del rilascio del certificato stesso. Al riguardo è il caso di precisare che in casa propria l'INPS è libero di stabilire tutte le regole che vuole, ma i medici che sono coinvolti da questa circolare non sono dipendenti dell'Istituto, su quest'ultimi l'INPS potrebbe esercitare tutta l'autorità che vuole, ma non su medici liberi professionisti convenzionati con il Ssn che nei riguardi dell'Istituto hanno un solo obbligo: non farsi pagare per i certificati rilasciati ai lavoratori che hanno diritto all'indennità di malattia.

È vero che gli obblighi formulati nella circolare riguardano gli assistiti dell'INPS, ma tali obblighi impegnano gli assistiti a rivolgersi ai medici con richieste ben precise e creano quindi per traslato obblighi in capo a quei medici, o quanto meno creano occasioni di scontro fra assistiti e medici che vanno a configurare una turbativa di pubblico servizio.

Nella fattispecie, quando l'art. 20 della convenzione (diventato art. 47 nell'ACN del 2005 attualmente in vigore) dice che la visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10, ed entro le ore 12 del giorno successivo, quando la richiesta pervenga dopo le ore 10, il riferimento è evidentemente a visite la cui necessità è stabilita in scienza e coscienza dal medico di medicina generale in base ai sintomi descritti. Giudice di tale necessità è pertanto il medico, che si

assume anche la responsabilità in caso di errori "clinici" in tale giudizio. Con la circolare l'INPS invece stabilisce univocamente la necessità inderogabile di visite domiciliari e per giunta entro il giorno stesso o al massimo il giorno dopo, per tutte le malattie che determinino la soggettiva incapacità dell'assistito a recarsi al lavoro, prevaricando quindi nei confronti dei medici e del Ssn.

È del resto comunemente noto che la maggior parte delle patologie per le quali il Mmg è interpellato il giorno in cui insorgono i sintomi sono di tale banalità da non richiedere assolutamente alcuna visita, per cui l'approccio normale è quello di consigliare al paziente semplici norme di comportamento (automedicazione, dieta, riposo) e di richiamare solo in caso di persistenza o peggioramento dei sintomi.

Se i medici si recassero a domicilio dei loro pazienti il giorno stesso in cui insorgono le prime linee di febbre, la prima pesantezza di stomaco, o il primo mal di testa, di norma non basterebbero 12 ore di lavoro al giorno e, nei periodi influenzali, non basterebbero 24 ore.

È vero che l'INPS non fa nessun obbligo ai medici, ma obbligando gli assistiti a procurarsi il certificato di malattia il primo o al massimo il secondo giorno dall'inizio dei sintomi, pena la perdita dell'indennità di malattia, di fatto induce gli assistiti a "pretendere" l'esecuzione più o meno immediata di visite inutili. Tra l'altro non si capisce per quale motivo un paziente non possa chiamare il medico a domicilio un dato giorno e poi, non arrivando il medico quel giorno ed essendo intervenuto un sufficiente miglioramento, come spesso accade, non possa recarsi di persona in studio il giorno dopo. Né ancora si capisce come possa l'INPS ignorare che le domeniche sono festive e che pertanto il rinnovo di una prognosi che scade il venerdì non si può redarre di domenica, ma neppure con visita domiciliare urgente il sabato mattina. Ma c'è ancora di peggio. Chi ha stilato e firmato quella circolare evidentemente ignorava l'esi-

stenza di un'altra circolare dello stesso Istituto che dichiara la validità dei certificati di malattia anche se rilasciati da medici diversi dal medico convenzionato di libera scelta.

Qualsiasi medico, dall'ospedaliero al medico di guardia, dal medico di Pronto soccorso allo specialista privato, compreso il dentista, può rilasciare certificati di malattia validi per l'indennità di malattia INPS, purché rispetti alcuni requisiti formali nella certificazione. Ciò, sommato al fatto che avere un medico convenzionato di libera scelta è un diritto, ma non un obbligo, comporta che la circolare INPS non solo si permette di dettare legge in casa del Ssn, ma addirittura lo fa per l'intera comunità dei medici dipendenti di qualsiasi ente o persino per i liberi professionisti, che non hanno alcun obbligo di legge o contrattuale di fare visite domiciliari ai loro pazienti entro le ore 10 o il giorno dopo. È possibile sommessamente chiedere che l'INPS cestini questa circolare e, se è ancora in servizio, licenzi il responsabile di simili assurdità?

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

Una ricetta per fare uscire dalla crisi la medicina generale

Da molto tempo leggo M.D. e apprezzo i molteplici interventi dei colleghi che in vario modo e tenore fotografano la situazione attuale della medicina generale che nel proprio esercizio attraversa una crisi seria. Crisi irreversibile se non si attueranno modifiche tangibili del sistema e della normativa che vedono oggi i Mmg come l'unico vero "tappabuchi" della sanità, perennemente in ostaggio, succubi dei propri pazienti e sudditi dei colleghi specialisti-ospedalieri e delle istituzioni.

A questo punto chiedo: ci vogliamo dare da fare, oppure continuiamo a vivacchiare identificandoci in un ruolo immaginario di prestigio che nessuno ci riconosce più?

Alcune soluzioni drastiche potrebbero cambiare il corso di questa tendenza come:

- 1) eliminare la convenzione;
- 2) depennare della quota capitaria la retribuzione del Mmg (vedi recenti polemiche sui pazienti deceduti da molti anni e invece retribuiti ai Mmg e l'iniqua discriminazione dei giovani medici);
- 3) istituire la dipendenza del Mmg, specialista della sanità pubblica e territoriale, nelle forme più adeguate a mantenere un rapporto di priorità con l'utenza territoriale, eliminando la connivenza e la collusione professionale con certi assistiti;
- 4) pensionamento dopo 30 anni di esercizio, costringendo l'ENPAM a liquidare la pensione al raggiungimento dell'età minima di 60 anni;
- 5) garantire a tutti i nuovi Mmg di poter lavorare con dignità con uno stipendio minimo decoroso;
- 6) costituire la medicina di gruppo in unità *ad hoc*, strutturate in

sedi adeguate della Ausl e distribuite nei vari quartieri cittadini, nuclei ben organizzati di Mmg, affiancati da servizi paramedici e da colleghi specialisti operanti che ricevano nei vari ambulatori, preposti alle patologie croniche o di urgenza differibile, gli utenti-pazienti di quel distretto;

- 7) garantire ai Mmg la possibilità di implementare le loro abilità e conoscenze attraverso corsi e aggiornamenti specifici mirati, nei tempi e modi adeguati che consentano ai medici di prendersi tempo per studiare e aggiornarsi efficacemente e non obbligandoli a partecipare a corsi di scarsa utilità e rilevanza pratica, come quelli delle varie Asl e Regioni;
- 8) valutazione quinquennale delle proprie competenze e abilità professionali;
- 9) al posto dei sindacati, istituire una unica rappresentanza regionale e nazionale dei Mmg;
- 10) considerare con criteri di appropriatezza le numerose Società scientifiche di medicina generale.

Massimo Bolognesi

Medico di medicina generale
Cesena

Nasciamo clinici e poi diventiamo burocrati

Che il medico nasca clinico e il politico lo faccia diventare burocrate è una triste verità. Resta il fatto che il Mmg è il peggior medico del suo stato "giuridico". Non vuole riconoscere le cause della malattia che lo sta svilendo e non attua una strategia terapeutica idonea.

La verità è che: "finché la gente ha il pane tutto continuerà ad andare. Il politico assicura il pane, altrimenti sarebbe la rivoluzione". Il medico ha il pane, ma tantissime sofferenze. Le "pagnotte" del Mmg sono proporzionali alle "teste" che lo hanno scelto. Ogni "testa" persa una pagnotta in meno. Tutti sappiamo che il meccanismo è perverso ma non possiamo perdere "teste". In 30 anni di convenzione ne ho viste tante. Purtroppo nella MG vige il *divide et impera*. Medici massimalisti, medici con poche scelte, medici di continuità assistenziale, ecc. Ognuno per sé. Poi, quando se ne ha l'occasione, è cosa buona e giusta lamentarsi. Chi non identifica nell'aberrante esistenza del massimale e della libera scelta (l'uno elimina l'altro, eppure coesistono nella nostra convenzione) uno dei mali? E che dire della sproporzionata differenza tra massimale e ottimale che genera il 33% di medici a zero assistiti? Ho solo identificato due punti negativi dell'ACN. Si potrebbe continuare ad identificarne altri e magari avanzare dei proponenti.

Giuseppe Montenegro

Medico di medicina generale
Paternò (CT)