



Un possibile cambiamento divenuto chimera

Quando mi convenzionai con il Ssn per la medicina generale, circa 25 anni fa, il medico di famiglia con 400 scelte guadagnava quanto un'assistente medico ospedaliero, i contratti avevano un aumento medio del 40% e gli arretrati, per un massimalista, erano tali che si poteva acquistare un'auto di media cilindrata.

La burocrazia prescrittiva era ridotta al minimo e quasi tutto il tempo a disposizione era dedicato alla pratica clinica.

Oggi, se sei fortunato ad avere un numero di scelte superiore a 1.300, guadagni quanto lo stipendio base di un dirigente di primo livello Asl, il rinnovo del contratto registra un aumento medio del 4% e con gli arretrati puoi comprarti a mala pena una bicicletta. La burocrazia prescrittiva è assillante e il tempo che dovresti dedicare al paziente è spesso speso in pratiche cartacee, a centrare tutte le caselle della ricetta, dalle note Aifa, ai Piani terapeutici e via discorrendo.

Questo se sei fortunato, non hai una concorrenza agguerrita e godi di buona salute, altrimenti in poco tempo vedrai sfumare la tua "miniera d'oro". Se hai scelte inferiori a mille è necessaria la compensazione con altro lavoro in attesa che qualche collega ti lasci un'eredità di assistiti.

Questa in sintesi la situazione. Ecco perché, leggendo e approfondendo la proposta della Fimmg denominata "Rifondazione della medicina generale", essa mi era apparsa adeguata e mi aveva entusiasmato.

Ma, dopo tanto blaterare, la montagna ha partorito un topolino.

Che cosa manca, di fatto, perché la rifondazione possa essere attuata? La risposta è molto semplice. La prima questione non risolta è la modifica del ruolo del Mmg. Oggi siamo qualificati come liberi pro-

fessionisti convenzionati. Parole che ci fanno sentire virtualmente liberi e indipendenti, ma nei fatti finiamo per pagare tasse da liberi professionisti con obblighi da dipendenti.

La creazione, invece, di un ruolo diverso quale "lavoratore parasubordinato" definito per legge, consentirebbe di bypassare numerose *querelle* giuridiche ed economiche (vedi Irap).

La seconda questione che non ha avuto ascolto dalla Parte Pubblica è la compensazione della carenza di scelte del medico di medicina generale con ore di attività presso il distretto, in modo che ogni medico potesse essere pagato come un massimalista, e l'assenza di conflittualità potesse facilitare le scelte associative.

Ogni ora presso il distretto, secondo il progetto, sarebbe dovuta equivalente a circa 40 scelte.

E questa opzione nei vari dibattiti congressuali e nelle discussioni ha entusiasmato molto i colleghi, ma che la parte pubblica fosse sorda era intuibile ed era ingenuo pensarla diversamente, in quanto in gioco c'era l'aumento di un terzo delle risorse a disposizione della medicina generale.

Quello che invece si è portato a casa con il rinnovo contrattuale, oltre a una mancia economica che copre a mala pena l'inflazione programmata, è il rischio di perdere la convenzione se non si raggiunge il tetto delle 300 scelte e la validità dei contratti regionali per quanto riguarda il rapporto ottimale "per tutto l'ambito regionale". Sperando che questa ultima norma non venga messa in discussione da un qualsiasi TAR.

Per queste "favolose concessioni" frutto di sudate trattazioni pluriennali, la Sisac, per conto di Gover-

no e Regioni, ha chiesto e ottenuto i dati informatizzati nominali di tutta l'attività medica mensile, l'applicazione della normativa sulla ricetta elettronica e la non obbligatorietà dei rinnovi dei contratti regionali.

Per avere un piatto di lenticchie abbiamo concesso il controllo totale alla parte pubblica dell'attività del medico di medicina generale.

Inoltre si è stabilito che le Uccp, le Case della Salute, le Utap o come dir si voglia, devono essere contrattate singolarmente con la Regione.

In Italia però solo in poche Regioni e in pochissime realtà, con *placet* politico, potranno realizzarsi le Uccp. La stragrande maggioranza dei medici italiani quindi resterà al palo e nei piccoli centri saranno irrealizzabili (il 70% dell'Italia è composta da piccoli centri).

Personalmente credo che per dare una risposta equa e non discriminante al cittadino, indipendentemente se sia residente nei grandi o nei piccoli centri italiani, è necessario interpretarne i bisogni nel rispetto delle norme e delle risorse sanitarie disponibili.

Il cittadino, in fondo, vuole un medico maggiormente disponibile, con orari di apertura degli studi più ampi e una burocrazia meno invasiva che dia risposte repentine ai piccoli problemi.

Per convenzione, attualmente, un medico con scelte superiori a mille deve avere un'apertura dello studio di almeno tre ore al giorno. Qualcuno, maliziosamente, pensa di poter effettuare comodamente tutta l'attività di Mmg in solo tre ore e di avere la maggior parte della giornata libera e a disposizione per altre attività: questo può essere anche vero se si ha a disposizione una solerte segretaria che svolga gran parte del lavoro a latere con dispensazione di farmaci e consigli e anche qualche sostituto.

In Italia però solo il 10% dei medici di famiglia ha la segretaria (e molti meno la hanno solerte), e i sostituti sono una vera rarità, mentre la stragrande maggioranza svolge tutta l'attività medica in piena autonomia.

Un medico massimalista ha mediamente almeno 50 accessi giornalieri. Se l'orario fosse realmente di solo tre ore al giorno (solo 180 minuti), ogni paziente avrebbe a disposizione circa 3 minuti e mezzo. Meno della metà del tempo a disposizione del medico della mutua nel famoso film con Alberto Sordi. Chi realmente fa il medico sa benissimo che i tempi sono almeno doppi, senza considerare le visite a domicilio e le telefonate varie.

Il lavoratore dipendente si caratterizza per avere un contratto con obblighi, sanzioni, orario di lavoro, salario, retribuzione della malattia, disposizioni pensionistiche e ferie. Il lavoratore autonomo si caratterizza per non avere alcuna subordinazione nei confronti di chi ha commissionato il lavoro.

In poche parole, il Mmg ha un Acn in cui sono previsti degli obblighi (art. 45 compiti del medico), sanzioni (art. 30), incompatibilità (art. 17), orario di lavoro minimo (art. 36), salario mensile (anche se non garantito), libera professione (art. 58), visite occasionali (art. 57), sostituzioni (art. 37) disposizioni pensionistiche (Enpam) e retribuzione della malattia (garantita dall'Enpam). Insomma il medico di medicina generale non è un dipendente perché non ha tredicesima e ferie pagate e si continua a definire in convenzione vezzosamente (o forse meglio scherzosamente) lavoratore autonomo pur non avendo nessun crisma (salvo le tasse) del lavoratore autonomo.

La domanda sorge spontanea: ma chi o cosa stiamo difendendo?

Se di fatto siamo gli esecutori materiali di decreti, leggi, note Aifa, disposizioni nazionali, regionali, aziendali e alla mercè di qualsiasi caporale di giornata che emana un provvedimento anche semiserio, è necessario uscire dall'equivoco ed essere (in assenza della volontà legislativa che definisca la parasubordinazione) o effettivamente lavoratori autonomi senza obblighi (ma ormai è impossibile) o lavoratori dipendenti.

Ma il limbo, ormai abolito anche

dalla Chiesa, è una soluzione pilatesca, iniqua, anacronistica e paradossale che non gratifica minimamente i Mmg, schiacciati tra una parte pubblica leguleia e un paziente "internettizzato" e "medializzato" sempre più esigente fino a sfiorare una subdola coercizione.

Angelo Rossi

Medico di medicina generale
Consigliere OMCeO, Avellino

Quando l'assistito ti revoca dopo avergli salvato la vita

Leggo M.D. da lungo tempo e sempre con grande interesse. Di recente mi ha molto colpito un articolo firmato dal collega Emanuele Zacchetti (M.D. 2009; 24: 22-23), avendone percepito il profondo dispiacere che solo le persone sensibili possono elaborare, e soprattutto per la trattazione di una tematica che in fondo mi vede coinvolto. Al riguardo vorrei raccontare una vicenda di qualche anno fa che ancora oggi mi lacerava l'anima.

Un fine anno come tanti stavo preparandomi per andare a cena in un locale vicino al mio paese con gli amici più cari per aspettare insieme il nuovo anno. Alle 22 circa ricevo una telefonata di un mio giovane paziente (28 anni) che accusava forti dolori al petto.

Ero il medico di medicina generale di tutta la famiglia da una decina d'anni. L'anamnesi familiare mi portò subito alla mente la morte improvvisa di un fratello, avvenuta qualche anno prima. Inoltre quel mio giovane paziente era, da quel tempo, un ragazzo esile, alto, con gli arti spaporzionalmente lunghi che mi aveva sempre fatto pensare a una sindrome di Marfan o qualcosa di simile.

Ricevuta la richiesta di aiuto, mio malgrado mi recai a domicilio del paziente. Appena visto il suo sguardo ne colsi la *facies ippocratica*, la sofferenza, la sua richiesta di aiuto.

Sospettai subito un aneurisma dissecante dell'aorta e la mia visita me ne diede parziale conferma. Non so perché, ma d'istinto pregai i familiari di aiutarmi e con la mia auto, con poca lucidità, molta incoscienza e un pò di follia, che a noi Mmg non manca mai, trasportai il paziente al più vicino Pronto Soccorso che purtroppo si trovava a circa 15 km o poco più. Una volta raggiunto non fu facile vincere le resistenze del collega ospedaliero che si chiedeva non solo come avevo potuto sospettare un aneurisma, ma se conoscevo questa patologia.

Solo le mie insistenze nella richiesta di una ecografia transesofagea e di una radiografia del torace (essendo l'Ecg negativo) permisero una corretta diagnosi.

Ma qui comincia l'odissea. Il paziente non era trasportabile e nell'ospedale non vi era il reparto di cardiocirurgia. Cosa fare? Non mi persi d'animo e sempre con la mia auto trasportai il mio assistito a Potenza dove c'era il reparto di cardiocirurgia. Non è vero che Cristo si è fermato ad Eboli. Ha proseguito oltre, almeno quella sera, almeno quella volta.

I cardiocirurghi fecero un intervento eccezionale, il mio paziente si salvò e io, che aspettai l'esito dell'intervento fuori dalla sala operatoria, alla fine ero frastornato, felice e depresso nello stesso tempo perché mi sentii un piccolo medico rispetto ai colleghi che con grande perizia effettuarono quell'operazione chirurgica.

Passarono sei mesi. Una mattina ricevetti dalla Usl di allora, ora Asp (Azienda sanitaria provinciale), i resoconti mensili delle revoche e delle scelte e tra le revoche trovai anche quella di questo mio assistito. Solo dopo molto tempo scoprii il perché: per colpa di un mio certificato medico "non idoneo", la di lui suocera non percepì l'assegno di accompagnamento.

Altro che *burn out*, in certi casi meglio cambiare professione.

Antonio De Vuono

Medico di medicina generale
Mangone (CS)