

Serve un'indennità di rischio per la Continuità Assistenziale

Visto l'attuale stato lavorativo, è necessario considerare oltre al compenso orario per il medico di CA anche una voce di indennità di rischio generico su impianto nazionale e specifico sul territorio

Giuseppe Mittiga

*Medico di medicina generale
Viterbo*

Per anni la Continuità Assistenziale (CA) è stata considerata opzione di serie B, lontana da significative rivendicazioni sindacali poiché ritenuta una fase occupazionale transitoria e non definitiva. Estremamente frammentata per Regione per compensi, attività e organizzazione è giunta alle cronache per le lesioni o eventi ancora più gravi ai danni dei medici addetti. La giurisprudenza è venuta via via limitando la discrezionalità dell'operato del medico incaricato del servizio, obbligandolo quasi sempre a prestare la propria opera in ogni situazione. La legge ha forza maggiore degli accordi e delle linee guida. Un medico di CA lavora 24 ore settimanali minime percependo circa (ribadisco circa) la metà del compenso del collega di assistenza primaria con massimale scelte che ad oggi ha un minimo di apertura di studio di 15 ore settimanali.

Nessuna "guerra" tra colleghi sia chiaro: il medico di CA può avere una notte poco movimentata così come invece al collega di assistenza primaria possono non bastare 5 ore al giorno di studio per smaltire il lavoro con una o due visite domiciliari a seguire. Il primo non ha spese se non quelle dell'automezzo quando la Asl non lo fornisce, il secondo è vessato da Irpef, Irap (con alcune eccezioni), spese utenze, rifiuti speciali, affitto, ecc. Abbiamo di che lamentarci, ma... Se sono vere le notizie apprese dalla stampa sulla carenza di vocazioni

soprattutto al Nord verso il servizio di Continuità Assistenziale, i sindacati tutti e la Parte pubblica devono considerare oltre al compenso orario per il medico di CA anche una voce di indennità di rischio generico su impianto nazionale e specifico - laddove esiste - secondo gli accordi regionali. Il collega ospitato nei locali di un ospedale e protetto dal servizio di vigilanza non corre gli stessi rischi di chi è "protetto" da un porticina vecchia di 40 anni senza spioncino. Gli accordi regionali in cui si promette e si programma un adeguamento delle postazioni restano spesso - per motivi diversi - solo dichiarazioni d'intenti.

Quanto al futuro della guardia medica (mi si lasci chiamarla così) vedo difficile, anche se non impossibile, l'attuazione pratica di modifiche dell'Acn con medici di assistenza primaria costretti o disponibili al lavoro da turnista o con un turnista. Dubito anche sull'integrazione reale tra guardisti e medici di assistenza primaria, ancor prima che contrattuale e di accesso alla convenzione. Sulla carta e formalmente tutto è possibile, ma chi questo lavoro lo fa sa che poi a tavolino le cose non sono così semplici.

Soppressione della guardia medica? Soprattutto nella realtà provinciale i primi a protestare non sarebbero i sindaci o i cittadini, ma i medici stessi di assistenza primaria la cui abitazione privata è quasi sempre nota ai propri assistiti e un paziente in difficoltà supera ogni bunker!