



Sì all'appropriatezza se è a difesa della libertà professionale

Il collega Belleri se la prende con i controlli che la Regione Lombardia minaccia in tema di appropriatezza della diagnostica (M.D 2008; 28: 16-17), ravvisandovi un'ulteriore limitazione della nostra libertà professionale.

In realtà proprio l'obiezione che il collega rivolge alla fattibilità di tali controlli, obiezione basata sul fatto che è difficile stabilire quante prescrizioni firmate dai medici di medicina generale siano state effettivamente volute da loro, dimostra che non ci è rimasta più alcuna libertà professionale da difendere.

Anche se può sembrare paradossale, un recupero della nostra libertà professionale può anzi venire proprio dall'implementazione di seri controlli sull'appropriatezza degli accertamenti diagnostici per i quali "impegnamo" le casse del Servizio sanitario nazionale.

È ovvio che i controlli sull'appropriatezza della diagnostica prescritta dai medici di famiglia non possono essere affidati a medici-funzionari che esaminino caso per caso ogni singola impegnativa mettendo arbitrariamente a confronto il giudizio clinico del medico prescrittore col proprio.

L'abilitazione alla professione di medico-chirurgo è un atto pubblico che conferisce al medico una libertà prescrittiva che può trovare limiti solo nelle leggi dello Stato e può essere sindacata solo in sede processuale, dopo che sia stato aperto un procedimento giudiziario di *malpractice* nei confronti del medico.

Da questo assunto deriverebbe il fatto che i controlli legalmente eseguibili presuppongono finalità che potremmo definire "assicurative", nel senso che possono avvenire solo in un ambito contrattuale fra l'ente assicuratore (il Ssn) e i medi-

ci convenzionati, avendo come riferimento norme di contratto precise. Più concretamente, il Servizio sanitario nazionale può contestare a un medico la prescrizione di una TAC al rachide lombare unicamente nel caso in cui per contratto sia stato stabilito inequivocabilmente in quali casi il medico può prescrivere quella TAC e il caso specifico non sia compreso nell'elenco.

A questo punto, se l'elenco riflette lo "stato dell'arte", è evidente che non rispettarlo dimostra o ignoranza o presunzione: in entrambi i casi il medico non potrebbe nascondersi dietro la propria "professionalità" per giustificare quello che in fondo sarebbe semplicemente un errore.

Nel caso opposto, cioè in cui l'elenco non rifletta lo stato dell'arte, per definizione non andrebbe contro soltanto al giudizio del medico inquisito, ma contrasterebbe col giudizio prevalente nell'ambito della professione medica, sarebbe quindi un elenco indifendibile.

Nell'ambito di un'assicurazione privata, considerata la libertà tanto dei medici quanto dei clienti di recedere dal contratto, un elenco arbitrario potrebbe forse ancora essere accettabile, ma nell'ambito di un'assicurazione nazionale obbligatoria, dalla quale i cittadini non possono recedere e i medici dipendono pesantemente per la loro sopravvivenza, un elenco scientificamente scorretto, quali che ne siano le motivazioni (anche di risparmio), dovrebbe portare a conseguenze politiche gravissime e a procedimenti penali oltre che amministrativi nei confronti dei funzionari responsabili.

In sostanza l'implementazione di controlli seri sulle prescrizioni di diagnostica dovrebbe comportare

anche l'implementazione di controlli seri sui controllori, mentre oggi nessuno controlla nessuno e tutto va avanti all'insegna del "tu chiudi un occhio, che ne chiudo uno anch'io". Le conseguenze di un simile *modus operandi* sono molteplici. In particolare la mancanza di controlli ha portato a consolidare la prassi deleteria secondo cui chiunque - medico d'urgenza, medico ospedaliero, medico specialista convenzionato, e perfino lo stesso paziente o qualche suo parente - può inventarsi la necessità di un dato accertamento diagnostico e il medico non può esimersi dal prescriberlo, senza incorrere in conflitti con gli assistiti e rischi medico-legali, come giustamente fa notare il collega Belleri.

Quando il sindacato Fimmg esprime a proposito di questi controlli il proprio dissenso: "*verso ogni iniziativa tendente a trasformare la tutela della salute da valore da difendere e gestire in termini di qualità e compatibilità economica, in una semplice variabile finanziaria*", in realtà gioca sulle parole.

Comunque la si giri, il concetto di compatibilità economica è e rimane una "semplice variabile finanziaria", e non può essere ignorata.

La sola salute che non ha prezzo è quella che non vale nulla. Prescrivere accertamenti costosi perché "tanto, c'è qualcuno che paga" e noi non vogliamo sporcarci gli occhi con l'andare a vedere quanti siano i soldi rimasti non è segno di libertà professionale e tanto meno di umanità o di coscienza sociale, ma è segno di totale, puerile irresponsabilità.

Se non siamo capaci di resistere ai diktat dei nostri pazienti o dei nostri consulenti specialistici (e non lo siamo, perché non siamo capaci di sopravvivere senza un reddito), la possibilità di trovare limiti normativi invalicabili che spostino altrove la responsabilità dei nostri "no" dovrebbe trovarci tutti d'accordo.

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

Pochi, pratici e chiari principi per il nuovo Acn

Dovrebbe seriamente preoccupare l'attuale diffusione di un pensiero unico che si fa forte di un presunto consenso basato sui numeri. Nella società di oggi i numeri sono spesso utilizzati per giustificare ogni sorta di decisione in campo politico, sociale e sindacale. Qualcuno non a caso ha coniato il termine di *democrazia*, una sorta di dittatura democratica che ha alla base il consenso acquisito attraverso imponenti operazioni di marketing e una informazione a senso unico. Si creano così convinimenti che come una sorta di virus sociale entrano e permangono nel DNA dell'individuo e di cui non si ha consapevolezza se non quando il virus ha determinato danni irreparabili. La Storia mostra che il progresso

ha avuto proprio nel numero degli aderenti al pensiero unico il suo maggiore ostacolo.

Qualcuno, pur avendo ragione, ha rischiato di finire sul rogo per aver messo in discussione le verità politiche, sociali e soprattutto quelle di una scienza ufficiale organica al potere. *Historia magistra vitae?*

Neanche per sogno, essa inesorabilmente si ripete. E il benessere dell'uomo è solo chimera di inascoltati e folli profeti.

Stante così le cose mi chiedo se esiste un congruo numero di medici decisi a sottrarsi al pensiero unico e ad agire di conseguenza. Ho la netta sensazione che il Sisifo di turno non mancherà di esistere, ma senza una significativa disponibilità numerica di Mmg disposti a seguirlo le sue azioni non potranno purtroppo sortire alcun risultato. Contrariamente, se cioè questo congruo numero di colleghi esiste, allora alle dichiarazioni di principio dovrà necessariamente seguire un piano strategico.

La prima azione sarà dunque quel-

la di verificare nei fatti il numero di persone disponibili all'impegno. La seconda azione sarà quella di chiarirsi bene, in qualità di Mmg, cosa veramente vogliamo. E a tale proposito provo a individuare e a proporre un pensiero alternativo fatto di pochi, pratici e chiari principi di rinnovo convenzionale:

1) rivalutazione senza se e senza ma degli attuali compensi e soprattutto al di fuori di qualsiasi incentivazione e/o lavoro in più;

2) rivalutazione del meccanismo fiscale in vigore attraverso il quale i nostri compensi vengono falciati;

3) massimale e ottimale devono coincidere e non devono andare oltre 1.000-1200. I colleghi sono liberi di aggiungere o eliminare i punti che desiderano, propongo poi di discuterne per via telematica e portarli all'attenzione dei vertici sindacali che rappresentano la categoria al tavolo delle trattative.

Bartolomeo Delzotti

Medico di medicina generale
Verdello (BG)