



Esperti e castronerie legislative in campo sanitario

Di norma il legislatore, quando non possiede competenze tecniche in un dato settore, chiede consiglio agli "esperti". Viene però spontaneo chiedersi come siano scelti questi esperti, dato che la mancanza di competenza generalmente comporta anche oggettive difficoltà sia a identificare gli esperti del settore, sia a metterli a confronto per valutarne le reali capacità. Il problema esiste ovviamente in tutti i settori, ma nel settore sanitario è particolarmente grave a causa della soggezione diffusa un po' a tutti i livelli nei confronti del carattere istrionico della professione medica. La frequenza delle castronerie legislative in campo sanitario ne è una prova. Un elenco completo delle stupidaggini presenti nella legislazione sanitaria è impossibile da fare, e comunque sarebbe troppo lungo. A titolo di esempio, se ne possono esaminare due, entrambe relative alla prescrivibilità dei farmaci. La prima riguarda la cosiddetta "pillola del giorno dopo", e a renderla manifesta ci hanno pensato alcuni medici che si sono rifiutati di prescriberla per motivi di "obiezione di coscienza". Tanto per pareggiare i conti, va subito detto che quei colleghi molto razionali non sono: negare la prescrizione di un farmaco che funziona se preso entro tre giorni non significa impedirne l'assunzione, ma solo ritardarla, dato che la paziente si potrà rivolgere comunque da qualche altra parte. Nel frattempo però il meccanismo del farmaco, che nelle prime 24-36 ore si può presumere agisca, impedendo la fecondazione e quindi non in modo "abortivo", diventerà un meccanismo di contrasto dell'annidamento, e quindi abortivo, con tanti ringraziamenti agli obiettori che hanno negato una prescrizione tempestiva. Ma non è questo il problema. Anzi, se escludiamo questa con-

traddizione che interessa però solo la loro coscienza, i colleghi che rifiutano la prescrizione hanno perfettamente ragione: la paziente non ha "diritto" a un farmaco, ma ad una diagnosi e alla terapia che il medico eventualmente ritiene opportuna per lei. Ora, la paziente che va dal medico per farsi rilasciare la ricetta per la pillola del giorno dopo non ha però bisogno di alcuna diagnosi. E la paziente non chiede la prescrizione di un farmaco che "eventualmente" il medico ritiene opportuno per lei, ma chiede la ricetta per un trattamento che lei ha già deciso per se stessa. A questo punto la compilazione della ricetta non è affatto, in nessun modo, un atto medico: il medico non è trattato come professionista dotato di scienza e coscienza, ma come un apparato meccanico per il rilascio della ricetta, come una sorta di distributore automatico che non funziona nemmeno a moneta, ma a comando vocale. A parte il diritto a un rifiuto "per ripicca", il medico ha comunque il dovere di comportarsi come ritengono la sua scienza e la sua coscienza, e non si può escludere a priori che tanto la scienza quanto la coscienza (e non necessariamente quella religiosa) possano indurre il medico a ritenere non opportuno impedire l'eventuale gravidanza e non opportuna la terapia richiesta dalla donna. Se dunque la donna ha ragione e il medico ha ragione, esiste un problema che non si può più risolvere. Chi l'ha creato? La risposta è: il legislatore e, prima di lui, l'esperto che l'ha così mal consigliato. Affinché il legislatore abbia posto la pillola del giorno dopo tra i farmaci con obbligo di ricetta medica anziché tra i farmaci SOP, occorre che qualche esperto gli abbia detto che assumere un milli-

grammo e mezzo di levonorgestrel: 1. si può fare solo dopo una diagnosi medica (chissà quale!);

2. è cosa oggettivamente pericolosa; 3. è cosa la cui pericolosità può essere contrastata mediante opportuni accertamenti eseguibili dal medico. La domanda che a questo punto viene spontanea non è dove questo esperto abbia racimolato la sua "esperienza" e nemmeno quale commissione può avergli dato la laurea, ma come abbia fatto qualche sciagurata commissione a dargli il diploma di scuola superiore.

La seconda stupidaggine, che può esser fornita come esempio di come la nostra legislazione sia da buttare, riguarda l'ossitocina. Fino ad alcuni anni fa era un farmaco normalmente acquistabile in farmacia con obbligo di ricetta medica. Poi qualche legislatore, su parere di qualche "esperto", l'ha posta tra i farmaci di esclusivo uso ospedaliero. Ohibò! E che è? Un anestetico per uso negli interventi a cuore aperto? Un antitumorale che ammazza più gente di quanta ne salva? Un induttore farmacologico di aborti? No, niente di tutto questo, anche se in effetti fa contrarre l'utero. Ma fa contrarre l'utero gravido a fine gravidanza e non può essere usata per abortire. "Ma ormai le donne partoriscono tutte in ospedale," si obietterà. Non è vero, e comunque non per legge. Partorire a casa sarà raro, ma non è ancora vietato. E il disgraziato collega che volesse assistere al parto una donna a casa come deve fare? Si fa assumere prima da un ospedale, dal quale poi trafugherà una fiale di ossitocina, rischiando una denuncia per peculato? È evidente che i nostri esperti sono completamente all'oscuro dell'esistenza di una medicina extra-ospedaliera ed extra-universitaria.

Certo l'uso dell'ossitocina nel travaglio comporta particolari precauzioni, e io stesso avevo denunciato trent'anni fa su *Lancet* l'uso allegro che ne veniva fatto in alcuni ospedali italiani. Ma dopo trent'anni le cose non sono molto cambiate... negli ospedali...

Tutto sommato posso affermare che finché questi "esperti" si limiteranno a fare i consulenti del ministero e non si avvicineranno ai pazienti in carne ed ossa, i danni saranno contenuti.

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

L'insostenibile pesantezza del massimale

Molti medici di medicina generale non massimalisti lamentano una situazione sempre più insostenibile. Le spese sono sempre più numerose e i compensi inversamente proporzionali a esse e del tutto insufficienti a coprirle. Per questi colleghi si è venuta a creare una situazione di vera e propria precarietà cui nessuno sinora ha dato voce.

Una soluzione, sia pure parziale, c'è e sarebbe quella di fare coincidere il rapporto ottimale con il massimale, una possibilità che vado sostenendo ormai da molto tempo. Per esempio, mille pazienti per medico e un medico ogni mille pazienti.

La strada che invece si continua a perseguire è quella che vorrebbe condurre al maggior numero possibile di pazienti per medico. Addirittura c'è chi parla di un massimale di 1.800 assistiti. Tutto questo accade, secondo la mia modesta analisi, semplicemente per il fatto che andare in questa direzione consente un maggior risparmio da parte delle Regioni e un maggior guadagno da parte dei medici massimalisti, sottospecie di categoria professionale alla quale appartengo da tempo. Nessun interesse personale dunque, ma la consapevolezza che anche nella medicina generale la precarietà più o meno istituzionalizzata non paga. Ma verso questa mia proposta già sento l'eco delle obiezioni dei soliti grandi e competenti sapienti della medicina: "1.000 pazienti non consentono un'attività ad ampio spet-

tro della medicina generale perché con un così esiguo numero di assistiti ci potrebbero essere patologie che un medico mai vedrebbe, il tutto a danno dell'assistito".

Si tratta di un'obiezione che definirei odiosa e capziosa perché utilizza un buonismo di facciata per coprire interessi di sostanza, che poi sono rappresentati dai soliti quattro soldi in più. D'altronde è inutile sottacere che le spese degli studi e di tutto quello che ne consegue per gestirli sta diventando un problema anche per i medici di medicina generale massimalisti.

Le patologie importanti, come per esempio ipertensione, diabete, broncopneumopatie, cardiopatie, neoplasie ecc. non sfuggiranno di certo al medico con 1.000 assistiti che anzi potrà dedicarsi con maggior cura alla prevenzione e alla diagnosi precoce e "marcare" in maniera più stretta le patologie croniche. Con le continue accelerazioni della medicina e soprat-

tutto della burocrazia di Stato questi compiti si fanno sempre più difficili per medici ormai troppo oberati e forse più preoccupati dei controlli della Corte dei Conti e delle relative richieste di rimborso di centinaia di migliaia di euro (almeno questo accade in Lombardia) che di tutto il resto. Ho vissuto e sto vivendo un declino professionale che mai avrei immaginato e dubito che i medici "sistemati" si diano da fare per invertire una rotta troppo di frequente da loro stessi tracciata.

Ma se vogliamo che la medicina generale abbia un futuro, questa benedetta rotta la dobbiamo invertire e la speranza sta nei giovani e meno giovani che credono ancora che un futuro migliore sia possibile, ma occorre essere consapevoli che nessuno regalerà niente a nessuno in un mondo in cui sono sempre gli stessi a parlare e soprattutto a decidere.

Bartolomeo Delzotti

Medico di medicina generale, Verdello (BG)