



Quegli strani criteri di diritto all'esenzione per il Pap test

Se non ci sono altri motivi, per poter usufruire dell'esenzione dal ticket per il Pap test occorre avere fra i 25 e i 65 anni e dichiarare di non aver eseguito tale indagine "in regime di esenzione o comunque a totale carico del Ssn negli ultimi tre anni". A parte il criterio scriteriato di iniziare a far prevenzione solo a venticinque anni, è tutto chiaro? No, nient'affatto chiaro.

Primo esempio. Sofonisba ha trent'anni e ha fatto il mese scorso il Pap test con l'esenzione (D02), ma ha ricevuto un referto inconcludente per "striscio inadeguato". L'esenzione dal ticket non è un'elargizione di risorse finanziarie a pioggia, ma è finalizzata a favorire la prevenzione. Ora, se un Pap test non dà la risposta, positiva o negativa, che deve dare, il fatto che sia comunque già costato al Ssn è ininfluente. Un Pap test che rientrava nei criteri di esenzione dal ticket dovrebbe quindi essere ripetuto ancora in esenzione dal ticket nel caso che non abbia fornito una risposta valida. Questa è la logica, ma la norma scritta non lo dice. Rimediare, signori parlamentari, non si può, vero?

Secondo esempio. Due gemelle anche loro trentenni, Ermenegilda e Genoveffa. Ermenegilda ha fatto il Pap test due anni fa, subito prima di rimanere incinta, e ha usufruito dell'esenzione dal ticket perché l'esame rientrava tra quelli (esenzione M00) previsti nel quadro degli accertamenti pre-concezionali. Adesso rifà il Pap test, ma deve pagare, dato che il precedente è stato appunto fatto in esenzione meno di tre anni fa. Genoveffa ha deciso invece solo adesso di tentare una gravidanza. Due anni fa aveva fatto il Pap test insieme a Ermenegilda e aveva anche lei usufruito dell'esenzione, ma non in quanto accertamento pre-concezionale, bensì (codice D02) semplicemente perché aveva fatto quello precedente più di tre anni prima. Adesso, vista la sua intenzione di avere un bambino, scatta il diritto all'esenzione

per accertamenti pre-concezionali (M00), anche se il precedente Pap test in esenzione è stato fatto solo due anni fa. Dunque, pur avendo fatto entrambe un Pap test esente due anni fa, Genoveffa ha diritto a farne un altro con l'esenzione, ma Ermenegilda no. Signori parlamentari, chiedere lumi a chi fa il medico, prima di legiferare sulla sanità, proprio no?

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

I report aziendali sono forieri di veri incubi

Sto tornando a casa dopo una mattinata in cui, grazie alla complicità di una forma virale parainfluenzale con sintomi intestinali, i miei assistiti mi hanno letteralmente massacrato con visite ambulatoriali e domiciliari a iosa. Apro il cancello e ritiro la posta. Entro in casa e poggio la posta sul tavolo: tra la pila di riviste e di bollette noto far capolino una busta gialla con il temuto e famigerato timbro della mia azienda sanitaria provinciale (Asp). Poiché di solito tali missive non promettono nulla di buono, la mia frequenza cardiaca inizia ad aumentare. Prendo il plico per visionarne il contenuto: all'interno trovo, a cura del Servizio Farmaceutico della Asp, il report delle mie prescrizioni farmacologiche riferite al mese di settembre 2008 e ciò immediatamente e inesorabilmente produce in me i sintomi della "sindrome fantozziana", caratterizzata da salivazione azzerrata, profusa sudorazione alle mani, tachicardia. Leggo la missiva, mentre la frequenza cardiaca ha ormai supera-

to i valori limite consigliati dalle linee guida internazionali: nel mese di settembre 2008 il riferimento Asp ha contabilizzato un costo medio ricetta di 26,68 euro e un costo medio assistito di 24,93 e invece il costo medio per ricetta a me contabilizzato per il mese in questione ha raggiunto la ragguardevole cifra di 74,20 euro. In un attimo si materializzano tutte le mie paure e i miei incubi: già mi vedo ammanettato in Tribunale, affiancato da due baffuti finanziari, guardato con sospetto e tono di rimprovero da un giudice togato sul suo scranno, fotografato e osservato da giornalisti pronti a scrivere articoli a titoli cubitali su un disonesto medico iperprescrittore corresponsabile dello stato disastroso in cui versano le casse della sanità calabrese e a chiedere giustizia e condanna esemplare. In preda ad uno stato pre-lipotimico, raccolgo le forze che mi restano per continuare ad andare fino in fondo alla lettura del report, che nel commento riporta la frase: "L'analisi delle prescrizioni effettuate dalla UO SF nel mese ha evidenziato che la S. V. ha prescritto ai propri assistiti (1.385) un totale di n. 1 ricette per una spesa pari a 74,20 euro". Vedo in lontananza un barlume di luce: realizzo che chi ha materialmente effettuato il conteggio delle mie prescrizioni ha conteggiato una sola ricetta, tra l'altro riportata nel foglio successivo, per due confezioni di farmaci del costo di 37,10 euro per pezzo, per un totale di 74,20 euro e tale costo della ricetta è stato erroneamente calcolato come costo medio per ricetta nei miei confronti. In preda a visioni mistiche si rimaterializzano trasformate le paure precedenti: vedo le manette ai miei polsi aprirsi come per incanto, i due finanziari andare via sbadigliando, il giudice abbandonare l'aula di Tribunale un po' seccato per essere stato disturbato per nulla, i fotografi rimettere le macchine fotografiche nelle custodie e i giornalisti riporre delusi i loro taccuini. La mia frequenza cardiaca ritorna alla normalità. Per questa volta è andata bene.

Marcello Pugliese

Medico di medicina generale
Donnici Inferiore (CS)

Inappropriatezza e confusione: il caso dell'ADI

► Buona idea quella dell'ADI. Dopo avere formulato una diagnosi indaginosa e difficile, perché non consegnare il paziente all'affetto dei suoi e affidare le cure domiciliari al suo Mmg? Però non penso che le intenzioni del suo ideatore fossero così nobili. Lo spirito che ha animato la realizzazione dell'ADI, secondo me, è stata solo quella del risparmio: l'ospedale costa. Ma attorno all'idea si sarebbero potuti certamente coagulare gli interessi dei tanti attori del sistema. A cominciare da quelli del paziente. In pratica però, come sempre accade nel Paese dei furbi, noi siamo bravi a individuare i problemi, solo che l'intenzione non è mai quella di risolverli, quanto piuttosto quella di lucrarvi qualche personale vantaggio. Così l'interesse degli ospedali è stato legittimato a es-

sere non più quello di curare le persone malate, quanto quello di scrollarsi di dosso i pazienti cronici e potersi limitare a sfornare diagnosi più o meno corrette. Risultato: di fronte ai cronici oggi gli ospedalieri si piccano offesi che il loro non è un hospice.

L'interesse della Asl, al contrario, si è concentrato sulla necessità di porre un freno all'istituto dell'ADI e a limitare d'imperio il beneficio ai soli soggetti con "piaghe da decubito". Il geriatra si è adeguato al diktat e ha scatenato una sorta di caccia al tesoro nei confronti dei pazienti affetti da piaghe da decubito, unica patologia che consente l'accesso all'ADI (e all'incentivo connesso). Risultato: il geriatra Asl ignora del tutto patologie anche gravi in quanto l'ADI non è consentita, se non giustificata almeno da una piaghetta microscopica.

Il Mmg poi non ha alcuna intenzione di fare da sponda al sistema visitando a domicilio un paziente che il più delle volte non ne ha alcun bisogno e della cui ADI non è il proponente. Risultato: l'ADI è negata ai pazienti

davvero bisognosi. I Mmg sono stati espropriati del potere di scegliere a quale caso clinico e umano riservare questa opportunità e decidere per il paziente prescelto le prestazioni diagnostiche e terapeutiche più utili, e sono così diventati strumento per gli interessi del sistema e cioè un economico fumo di facciata. Altro che ADI! Se poi dal fronte medico passiamo a quello dei pazienti, regna la più totale ignoranza su questa opportunità assistenziale.

Ecco un esempio esemplificativo: in seguito ad un primo approccio terapeutico del Mmg, che non ha del tutto risolto un caso di insonnia in una paziente allettata per esiti di frattura di femore, non viene richiesto dai parenti un aggiustamento della terapia, ma una visita neurologica domiciliare. È utile aggiungere che la paziente è in ADI, ma i parenti ignorano completamente il significato dell'acronimo e le sue implicazioni.

Carlo Iannotti

Medico di medicina generale
Benevento