

Letto tra le righe

(considerazioni in margine ad una lettera circolare inviata ai medici di base)

Ho ricevuto personalmente e mi è pure stato trasmesso, con dovizia di commenti, da diversi colleghi del nostro Ordine il cortese scritto inviato in via circolare dall'assicurazione Helsana a tutti i medici di base ticinesi.

Segnalando nella prima riga i successi riscossi in altre regioni – non è dato sapere quanti (successi) né quali (regioni) – si indica che in un prossimo futuro si intende aggiungere un ulteriore nuovo prodotto *“alla gamma di prodotti offerti nella sua regione”*.

Per fare ciò, *“al contrario della concorrenza”* si cerca *“la collaborazione con i medici”*.

Dopo questa introduzione, verosimilmente tesa a garantire la cordialità delle intenzioni del mittente, vien formulata la proposta di diventare *“un futuro partner nell'ambito dell'assicurazione per il medico di famiglia”* qualora si fosse interessati *“a una gestione attiva dei pazienti e a mantenere a un livello accettabile i costi sostenuti dagli assicurati”*.

Ho riletto con attenzione le espressioni usate dalla circolare per tratteggiare, senza menzionarlo apertamente, il vincolo del budget globale e il conseguente implicito razionamento delle cure da dispensarsi ai pazienti. Questo per consentire all'assicurazione di offrire sul mercato un nuovo vantaggioso prodotto. Mi si conceda di dire, che è perlomeno lecito chiedersi a vantaggio di chi andrà il *“prodotto”* presentato nella citata circolare.

I membri del nostro Ordine si sottomettono volontariamente al nostro codice deontologico, che prevede di agire attivamente in favore dei propri pazienti, prestando loro le cure adeguate, nel rispetto dei principi sanciti dalla legge, tra i quali vi è quello dell'economicità. E per economicità sono da intendersi le misure mediche necessarie, applicate nell'interesse del paziente, che non vanno al di là di ciò che è richiesto dallo scopo concreto del trattamento. Mi domando quindi che bisogno ci sia di astringere un medico rispettoso del citato principio, ma soprattutto ben cosciente che il suo primo dovere è quello di dispensare al paziente le cure necessarie, ai vincoli finanziari di un budget prefissato, che porta acqua principalmente agli interessi finanziari dell'assicurazione, interessata a vendere la gamma dei propri prodotti traendone

profitto – il cui ammontare resta per ora ignoto, dato che i conti delle assicurazioni sinora sono avvolti nel mistero –.

La vantaggiosa collaborazione prospettata ai medici implica di fatto la stipulazione di un contratto con l'assicuratore, in cui il medico viene assoggettato a un budget di massima, una volta consumato il quale non è verosimilmente più riconosciuto il rimborso delle cure.

Di fatto si chiede al medico di dichiarare se è interessato a rinunciare alla propria libertà di cura e di scelta terapeutica fatta nell'interesse del paziente, per dedicarsi ad una forma di razionamento selettivo, non certo vantaggioso per il paziente bisognoso di cure, per garantirsi così un futuro di partenariato con l'assicurazione in questione.

Non posso quindi nascondere le perplessità che desta in me quest'operazione di volantinaggio.

A maggior ragione se accosto alla citata circolare l'articolo pubblicato dalla stessa assicurazione sul suo giornale, stavolta indirizzato ai propri assicurati, recante il sottotitolo *“I pazienti non devono più fungere da istituti di credito”* ovviamente inteso nei confronti dei medici.

Si lascia quasi intendere che i medici sfruttano i pazienti per ottenere crediti dagli stessi non dovuti.

Una volta di più si deve constatare come viene volutamente disatteso il chiaro accordo contrattuale stipulato tra l'assicurazione in questione e il nostro Ordine, e per esso con tutti i suoi aderenti firmatari dell'accordo tariffale vigente in Ticino (ACAT), nel quale è esplicitamente previsto che il solo sistema di pagamento legittimo per le prestazioni sanitarie

ambulatoriali dispensate in Ticino è quello del terzo garante. Il terzo garante prevede che sia il paziente debitore nei confronti del medico, dato che al paziente che riceve le cure incombe il controllo delle stesse. E questo vale pacificamente nella stragrande maggioranza degli altri contratti previsti dalla legislazione del nostro Paese, per la quale debitore di una prestazione è colui che la chiede e la ottiene e ne può così verificare l'esecuzione prima di pagarla. Helsana invece, contro il principio *“pacta sunt servanda”*, tratteggia ipotesi allettanti per i pazienti ma che però non corrispondono ai patti. Questo modo di agire, in cui si suggerisce che i medici ticinesi sfrutterebbero oggi i pazienti quali *“istituti di credito”*, è non solo volutamente fuorviante, ma anche illuminante sul fine ultimo di privare i medici del loro diritto di avere con i propri pazienti un rapporto di fiducia e di mandato diretto, fondato su basi di libera e adeguata scelta, sia del medico sia delle opzioni curative, nel quale l'assicurazione – che è una società commerciale con scopo di lucro – non interviene quale controparte diretta del medico e non ne può quindi determinare le decisioni curative, dovendo svolgere solo la funzione di garante: questo è del resto quanto prevede in linea di principio la LAMal. Se la collaborazione offerta con tanto fervore nella circolare sopra citata significa per l'assicurazione poter imporre unilateralmente al medico le proprie regole, c'è da interrogarsi sul reale significato del prospettato vantaggioso futuro di partenariato! A buon intenditor....

Aldo Klainguti