

“Consigli terapeutici sui referti specialistici”. Ovvero: dalla Mandragora alla specializzazione medica

Bruno Domenichelli*, Cesare Proto[§]


* Direttore di Cardiology Science

§ Presidente Nazionale SICOA

Riportiamo letteralmente da un documento il seguente testo, avente come oggetto “Consigli terapeutici sui referti specialistici”.

“(omissis)... al fine di favorire la scelta dei principi attivi a brevetto scaduto da parte dei Medici di Medicina Generale si chiede anche agli Specialisti dei Centri accreditati, a far data 1.1.2011, di **indicare come consiglio terapeutico, nel referto specialistico soltanto la categoria terapeutica** in particolare per le seguenti categorie terapeutiche:

- Inibitori di pompa protonica,
- ACE inibitori,
- Sartani,
- Statine.

Si chiede inoltre, nel caso di prescrizioni di diagnostica strumentale, di **limitarsi a riportare nel referto la risposta al quesito diagnostico** lasciando al Medico di Medicina Generale la scelta della terapia farmacologica... (omissis)”.


Si tratta del testo di una circolare indirizzata dalla ASL di un capoluogo di provincia della Regione Emilia Romagna ai Direttori Sanitari Poliambulatori Privati Accreditati. La circolare conclude annunciando specifiche rilevazioni di controllo in proposito.

La lettura di questi “consigli terapeutici” ha suscitato in molti specialisti alcune preoccupate riflessioni. Né crediamo che anche l’opinione pubblica o il singolo paziente sarebbero entusiasti nell’apprendere

delle limitazioni d’ufficio ad una libera decisionalità terapeutica da parte di specialisti ai quali affidano con fiducia la propria salute.



Il Rinascimento è l’epoca d’oro della cultura occidentale. Un’epoca caratterizzata da un eclettismo culturale in cui alcuni spiriti eletti potevano essere nel contempo sommi artisti e appassionati cultori di scienza, (Fig. 1 e 2) spinti dalla comune scintilla dell’impulso intellettuale ad un continuo progredire della conoscenza.

Vero è che si era nell’epoca in cui l’area dello scibile era assai limitata, tanto che le menti degli umanisti potevano realisticamente ritenere di poter giungere a conoscere tutto di tutto (Fig. 3).

Ma si era anche nell’epoca della Mandragora, che sarebbe durata ancora per secoli, (ma è veramente finita?), magica panacea vegetale capace di curare idropisie e febbri, impotenze e influssi demoniaci.

Doveva affermarsi lo spirito illuministico affinché si recuperasse anche in Medicina il senso della razionalità scientifica e si affermasse l’idea che il progresso scientifico fosse strettamente legato alla specializzazione nella ricerca. Uno spirito che in Medicina trovò nel ’900 la sua sede naturale nelle Scuole di Specializzazione, che si sarebbero presto diffuse in tutto il mondo civile, e che sarebbe culminato ai

“Consigli terapeutici sui referti specialistici”.
Ovvero: dalla Mandragora alla specializzazione medica

tempi d’oggi nell’applicazione nella pratica medica dell’Evidence Based Medicine.

Pur con tutte le riserve del rischio di una pericolosa frammentazione dell’integralità clinica della persona malata, è indubbio che vada soprattutto alla specializzazione nella ricerca diagnostica e farmacologica il merito di aver offerto all’ars curandi strumenti sempre più raffinati ed elettivi, anche se spesso complessi. Il progressivo ed esaltante allungamento della vita media negli ultimi decenni è palpabile testimonianza del successo epocale della medicina specialistica.

La ricerca biochimica si è alleata ad un’osservazione clinica e ad una diagnostica strumentale sempre più specializzate nell’offrire al medico farmaci viepiù efficaci e dotati di una crescente selettività farmacodinamica, anche se spesso gravati di potenziali effetti collaterali negativi. Una complessità che solo una prolungata esperienza e uno specifico livello di conoscenze farmacologiche consentono al medico specialista di gestire in maniera ottimale.

Nel tracciare questo sintetico itinerario della ricerca medica, dalla Mandragora alla Specializzazione, ci sorge naturale l’idea di stare affrontando da queste pagine tematiche banali e scontate. Ma la lettura della circolare della ASL ci dà la fondata impressione che l’amministrazione pubblica della sanità contraddica talora anche l’apparente banalità dell’evidenza scientifica e faccia regredire di decenni una sana gestione della salute.

Come emanare direttive che trascurano gli innegabili progressi della specializzazione in medicina? Come non avvertire l’anacronismo di un impossibile ritorno all’eclettismo culturale di un medico che si trova nella pratica impossibilità di ritrovarsi nell’utopica situazione “rinascimentale” di sapere tutto su tutti i farmaci?

I richiami ad un necessario risparmio di risorse economiche in epoca di vacche magre non giustificano

la rinuncia ai continui progressi del sapere medico che conferiscono alla Specializzazione garanzie per una scelta ottimale delle opzioni terapeutiche.

Inibitori di pompa protonica, ACE inibitori, sartani e statine sono citati dalla circolare ASL solo come alcuni esempi delle più comuni categorie farmacologiche; il testo della circolare si riferisce infatti a queste categorie di farmaci “in particolare” e non in senso esclusivo. I “consigli terapeutici” della ASL sono da intendere quindi riferibili a tutti i farmaci di interesse specialistico.

Cosa accomuna questi farmaci se non il fatto di costituire il risultato del continuo sforzo della ricerca di un ottimale rapporto efficacia-sicurezza, raggiunto peraltro al prezzo di una complessità di conoscenze accessibile solo ad uno specialista?

Solo alcuni esempi, per fermarci alle classi citate dalla circolare. Inibitori di pompa: solo da pochissimo tempo la ricerca farmacologica più avanzata ha prospettato il problema delle possibili interferenze fra questi farmaci e il clopidogrel e quindi la possibile preferenzialità di scelta di alcuni inibitori rispetto ad altri. E le statine? Non sono tutte uguali ed è difficile anche per lo specialista districarsi nella letteratura medica che ne prospetta un uso differenziale in specifiche situazioni cliniche. Il discorso è analogo per sartani ed ACE inibitori e può essere allargato a tutte le categorie di farmaci usati in cardiologia.

Un recente lavoro di metanalisi avanza il fondato sospetto che persino alcuni calcioantagonisti, peraltro classe farmacologica benemerita nella terapia anti-ipertensiva, possano aumentare l’incidenza di scompenso cardiaco. Questo lavoro è finora arrivato sulla scrivania di alcuni cardiologi, ma è verosimile ritenere che a tutt’oggi sia ovviamente giunto all’attenzione di ben pochi medici non specialisti in cardiologia.

E chi, se non il cardiologo, può garantire la scelta ottimale di uno specifico beta-bloccante e la sua ti-



Fig. 2 - Leonardo da Vinci - Disegno anatomico. Nei disegni anatomici di Leonardo convivono la geniale creatività dell’artista, la precisione dello scienziato e la passione del ricercatore.

tolazione nella terapia delle varie fasi di uno scompenso cardiaco, anche sulla scorta di un attento monitoraggio clinico ed ECG?

E, poiché i “consigli terapeutici” della citata ASL sono genericamente rivolti agli specialisti di tutte le branche, viene spontaneo chiedersi se i ginecologi ambulatoriali debbano limitarsi a consigliare tout court “terapia estrogenica” e gli infettivologi a prescrivere genericamente “terapia antibiotica”. Alla luce di queste riflessioni, le analogie suggerite dalla Mandragora non sembrano poi tanto fantasiose! (Fig. 4).



Analoghe e ancor più amare riflessioni possono farsi sull’invito della ASL di “limitarsi a riportare nel referto la risposta al quesito diagnostico” lasciando al Medico di Medicina Generale la scelta della terapia farmacologica”. Con buona pace, fra l’altro, di una saggia utilizzazione da parte delle ASL del patrimonio culturale dei propri specialisti, pagati dalla stessa ASL nell’ottica di una ottimale ed economica utilizzazione delle specifiche competenze specialistiche.



Pur nella loro apparente banalità, nei citati “consigli terapeutici” della ASL ai propri specialisti intravediamo i segni di un pericoloso e strisciante trend culturale tendente a negare i valori qualificanti delle Specializzazioni. Riaffiorano immagini di “libretti rossi” sventolati dai coltivatori delle risaie cinesi contro i depositari di una millenaria cultura, nell’arroganza di una rivoluzione “culturale” che ostentava paradossalmente la negazione del progresso della cultura. Anche se ci conforta sapere che l’epoca infesta dei “libretti rossi” è stata poi sconfessata persino nella terra di origine!



Fig. 3 - Dé Barbari. Ritratto di Luca Pacioli - Museo di Capodimonte, Napoli.

Pacioli fu frate ed umanista rinascimentale, matematico, economista, studioso di geometria e di architettura. Per *scienza matematica* - affermava Pacioli - si deve intendere la somma di aritmetica, geometria, astrologia, musica, prospettiva e cosmografia. Un eclettismo sui generis, espressione della cultura dell’epoca, ma che può sconfinare talora nell’antiscientifico. L’eclettismo culturale è patrimonio delle grandi menti, poiché costituisce la base per una visione globale della cultura e favorisce la creatività. Ma in tempi moderni un malinteso eclettismo può talora entrare in conflitto con un’approfondita visione specialistica della realtà.

Suggerimenti di immagini che gli specialisti comunque temono, come possibile preludio ad ulteriori anacronistiche imposizioni prescrittive da parte di qualche Direttore amministrativo di ASL in vena di malinteso risparmio o di velleitarie innovazioni organizzative.

Se, come afferma la citata circolare, la preoccupazione di fondo è il contenimento della spesa, dovremmo sempre ricordare la fondamentale regola della farmacoconomia che spendere di meno non sempre equivale a risparmiare.

Per fortuna, laddove si è instaurato un produttivo e razionale rapporto collaborativo fra ASL e istituzioni accreditate, la situazione è diversa. In Italia, anche la Sanità funziona “a macchie di leopardo”! Rapporti improntati al rispetto delle reciproche competenze e a una positiva considerazione della realtà assistenziale e del progresso scientifico hanno infatti fatto sì che altre Regioni si siano mostrate favorevoli ad una sana autonomia prescrittiva da parte degli Specialisti accreditati, antepo- nendo la salute e l’interesse dei cittadini a discutibili considerazioni di pseudoeconomia sanitaria.

Nella Regione Lombardia, ad esempio, gli specialisti accreditati sono autorizzati alla prescrizione diretta delle specialità su ricettario regionale e a stilare in piena autonomia i “piani terapeutici”, in un rapporto di ottimale collaborazione con le Istituzioni e con i Medici di Medicina Generale. Da questa normativa hanno sicuramente guadagnato l’economia della spesa sanitaria, la correttezza degli accessi dei malati alle cure mediche e quindi la qualità di vita della gente. E sicuramente la salute dei cittadini.



“Consigli terapeutici sui referti specialistici”.
Ovvero: dalla Mandragora alla specializzazione medica

Fare politica sanitaria implica necessariamente scelte talora dolorose nell’allocazione delle risorse. Scelte che potranno essere legittime solo se rispettose dei fondamentali valori scientifici ed umani.

Fare politica sanitaria implica anche un sereno confronto di opinioni. Con questo editoriale intendiamo sollevare un problema con diverse facce e proporre l’apertura della nostra rivista al confronto fra opinioni eventualmente diverse. **Invitiamo quindi i lettori a partecipare a un dibattito** chiarificatore inviandoci i loro pareri.



Fig. 4 - Pianta di Mandragora. Dal Tacuinum Sanitatis.

La scena descrive le procedure codificate dell’estrazione della pianta. La radice della pianta, dalla inquietante forma umana e dalle proprietà diaboliche, ricca di alcaloidi e potenzialmente velenosa, doveva essere estirpata dal terreno da un cane legato alla pianta stessa, che sarebbe poi immediatamente morto nel tentativo.

Le radici della pianta, fin dal tempo della medicina romana e ben oltre il medioevo, erano ritenute efficaci nelle più diverse malattie, dalle febbri all’idropisia, dall’impotenza alle possessioni diaboliche. La sua versatilità terapeutica, come placebo panacea, negava implicitamente ogni concetto di specializzazione medica. Ma è davvero tramontata l’epoca della Mandragora?



La struttura della S.I.C.O.A.

Presidente	Cesare PROTO
Vice Presidente	Fabio ZACÀ
Segretario Nazionale	Claudio CHIMINI
Tesoriere	Francesco Paolo RIOLO
Consiglieri	Bruno ALOISI, Paolo BARIOLI, Francesco CAIAZZA, Manlio COCOZZA, Luigi COLLARINI, Edoardo GRONDA, Alberto MARGONATO, Massimo PICCINI, Fabrizio PROIETTI, Enrico PUSINERI, Maurizio VOLTERRANI
Proibiviri	Alberto BENASSI, Giorgio BENATTI, Angelo RUSSO
Direttore di Cardiology Science	Bruno DOMENICHELLI
Responsabile Sito Internet	Antonio CURTI
Responsabile Cardionursing	Marco SANTI

DELEGATI REGIONALI

Abruzzo	Massimiliano FAUSTINO	Molise	Domenico GATTOZZI
Calabria	Mauro CASSESE	Piemonte	Gianmauro MAZZUCCO
Campania	Pasquale GUARINI	Puglia	Paolo IZZO
Emilia/Romagna	Guido BALESTRA, Giuseppina SANTESE	Sardegna	Gianni CONGIU
Friuli V. G.	Paolo VENTURINI	Sicilia	Francesco CANNIOTO, Giuseppe GRECO
Lazio	Simona MARIANI	Toscana	Vittorio DE LEONARDIS, Giuseppe MASINI
Liguria	Paolo PANTALEO	Trentino A. A.	Carlo STEFANELLI
Lombardia	Andrea MACCHI	Umbria	Liliana ZOLLINO
Marche	Luciano CAROTTI	Veneto	Enrico BARBIERI

► **Presidente**
(Cesare Proto)
presidente@sicoa.net

► **Vicepresidente**
(Fabio Zacà)
vicepresidente@sicoa.net

► **Segretario Nazionale**
(Claudio Chimini)
segretari nazionale@sicoa.net

► **Segreteria Nazionale**
(Francesca Riolo)
sicoa@sicoa.net

► **Direzione della rivista**
(Bruno Domenichelli)
cardiologyscience@sicoa.net