

I giudizi sommari sull'appropriatezza prescrittiva

► Sono stato invitato a presentarmi presso la mia Asl per una "eccessiva attività prescrittiva" relativa al mese di luglio 2006. Personalmente non comprendo la ragioneria ed essendo specializzato in igiene ed epidemiologia, oltre che in pneumologia, ho qualche vago ricordo di statistica. Sicuramente so che la stratificazione per patologia e pazienti può essere diversa tra medico e medico. Ma i nostri ragionieri parlano di dati "pesati" riferendosi alle fasce di età, ma hanno il quadro delle fasce di patologia?

Può trarre in inganno, per esempio nel mio caso, un eccessivo numero di pazienti in ossigenoterapia domiciliare e per inciso, benché sia in possesso della specializzazione in pneumologia, di mezzi professionali come il saturimetro e della possibilità di "comprendere" i risultati della emogasanalisi e di altre indagini diagnostiche con un sensibile risparmio per la Asl, non sono "abilitato" alla prescrizione autonoma di ossigeno liquido, questo è l'esempio della gratitudine (e dell'intelligenza) del nostro sistema.

Confrontare poi Regioni, città o addirittura quartieri diversi è fuorviante e non corretto. Povertà e patologie cronico degenerative, per esempio, hanno un andamento lineare: la povertà (non solo economica) si associa alla maggiore presenza sul territorio di patologie come l'obesità e il diabete.

Resta il fatto che, malgrado le rimozioni della mia Asl, i dati fornitimi dall'Health Search (organizzazione di Mmg ricercatori, dei quali faccio parte, che fornisce dati epidemiologici anche al ministero della Salute) sulla mia attività prescrittiva mi classificano come un medico a elevata attività lavorativa, ma che rientra nella media nazionale come costi di spesa far-

maceutica.

Inoltre, nel mese posto sotto riflettori dalla mia Asl, c'è da annoverare il fatto che ho sostituito un collega massimalista le cui terapie sono state da me confermate solo in caso di pazienti cronici in terapia continuativa: ebbene, le prescrizioni fatte sul suo ricettario, con il mio timbro sovrapposto al suo, sono però state addebitate a me.

Allora a che serve l'informatizzazione e l'uso del nuovo ricettario nazionale? Tale prassi dà vita a continui paradossi.

Per esempio, potrei chiedere a un giovane collega di sostituirmi una settimana al mese per vedere scendere i miei dati "pesati" di spesa farmaceutica del 25%, senza nessun rischio per il collega (che non è convenzionato con il Ssn). Oppure ricusare una dozzina di pazienti neoplastici o dializzati (cioè statisticamente "pesanti"). La "logica" di questa interpretazione si commenta da sé.

In realtà, in nome della farmacoeconomia - il cui significato intrinseco da professionista intellettualmente onesto (oltre che da contribuente) quale mi considero non posso che condividere - si sta insinuando una sorta di "comparaggio inverso" con un terrorismo intimidatorio ingiustificato nei confronti dei Mmg.

Questo clima è molto pericoloso perché espone tutti noi a una paura prescrittiva che prima o poi ci si ritorcerà contro. Non prescrivere adeguatamente (anche per semplice omissione) non ci sarà perdonato in sede giudiziaria.

In questo momento di confusione e di oscurantismo inquisitorio deve prevalere la nostra correttezza professionale: risparmiare sì, dove e quando possibile, e utilizzare (a



parità di efficacia) i farmaci meno costosi. Ma il risparmio deve coinvolgere tutte le categorie professionali del Ssn, basta con i santuari degli intoccabili che tirano la pietra e nascondono la mano, l'uso del ricettario regionale deve essere obbligatorio per tutti gli operatori prescrittivi del Ssn. Sono stati autorizzati (e brevettati) farmaci costosissimi e adesso ne presentano il conto solo ai Mmg?

La Medicina è scienza e arte e il medico, secondo il codice deontologico, opera in "libertà e indipendenza", parole che oramai suonano beffarde. La qualità di un sistema sanitario si misura anche dalla qualità del servizio reso, il farmaco (e la sua qualità) sono strumenti indispensabili per il medico, il suo operato andrebbe giudicato (in un Paese civile) globalmente, in termini di servizi resi, di prevenzione primaria e secondaria, di risparmio su patologie invalidanti, su impegno di strutture ospedaliere e specialistiche, solo così il medico sarà valutato in base ai risultati raggiunti e al risparmio "reale" di risorse sanitarie.

Un'analisi grossolana e frettolosa rischia di demotivarlo, mortificarlo e di fargli attuare solo pratiche difensive e omissive che lo trascineranno alla deriva morale e intellettuale oltre che davanti a un giudice che potrà giudicare irrilevante considerare i pallottolieri di questa presunta farmacoeconomia e che lo accuserà di negligenza professionale.

In questo gioco al ribasso siamo infatti tra l'incudine di un sistema contabile e fiscale (controllo diretto della Guardia di Finanza) e il martello della magistratura ordinaria (che può accusarci di malpractice). È fin troppo ovvio che la "difesa del pane quotidiano" prevarrà sull'espressione delle nostre potenzialità professionali. Oramai i nostri comportamenti sono pesantemente condizionati da questo clima kafkiano.

Baldassare Di Silvestre
Medico di medicina generale
Palermo