



Le diversità di vedute su cosa significhi appropriatezza prescrittiva continua a creare contrasti e conflittualità tra chi amministra e chi esercita la professione di medico di famiglia. E che si utilizzi troppo facilmente il termine di iperprescrittore è ormai sottolineato a più voci da tutti i rappresentanti della medicina generale. A testimoniare ciò una recente iniziativa della Fimmg di Bologna e

una sentenza della Corte dei Conti della Calabria. La prima ha cercato di fare chiarezza sullo spinoso argomento con una lettera indirizzata al direttore generale della Asl di Bologna e al presidente dell'Ordine dei Medici. La Corte dei Conti ha invece archiviato l'accusa di "danno erariale" rivolta a 24 medici di medicina generale della Asl 7 di Catanzaro.

Iperprescrittore: un termine abusato

di **Filippo Mele**

La missiva della Fimmg bolognese, a firma del segretario provinciale **Stefano Zingoni**, è stata indirizzata al "Gruppo aziendale controllo prescrizioni" e puntualizza che pur riconoscendo la legittimità di tale organismo "in quanto le leggi vigenti impongono alle Aziende di esperire, attraverso organi tecnici, controlli sulle prescrizioni farmaceutiche" ne contesta i metodi sottolineando che "tali controlli devono essere rivolti alla generalità degli abilitati alla prescrizione e con criteri non avulsi dalla realtà clinica".

Il segretario provinciale della Fimmg si sofferma sui termini "iperprescrizioni" e "iperprescrittori" precisando che esse hanno in sé una connotazione dispregiativa ingiustificata e che i criteri di raffronto in base a medie o i pareri espressi in riferimento a linee guida intese come protocolli non forniscono nessun presupposto di veridicità a qualsiasi tipo di giudizio e non rappresentano, inoltre, criteri di appropriatezza prescrittiva. Ma Zingoni va oltre e specifica che l'appropriatezza prescrittiva consiste nell'erogazione della prestazione sanitaria in conformità alle migliori evidenze scientifiche nella misura in cui queste risultano trasferibili al

contesto, luogo e livello sanitario, nel quale la prestazione viene erogata. La reportistica farmaceutica che viene fornita ai medici di medicina generale rappresenta medie di consumi e volumi di prescrizioni poco fruibili, svincolati dal contesto clinico, con scarso rilievo sull'attività professionale e ha l'ulteriore limite di non legare la spesa farmaceutica al peso clinico del paziente e delle sue comorbidità. Ma oltre alla protesta c'è anche la proposta e la richiesta di garanzie ineludibili già in passato evidenziate dal sindacato. Per la realizzazione di un sistema "appropriato" - si specifica nella missiva - occorrono studi epidemiologici non basati sull'esperienza di altri e investimenti nella ricerca sulla medicina generale. Quattro i punti fondamentali richiesti alla Asl:

- 1) Le elaborazioni statistiche e le rilevazioni attuariali del Servizio farmaceutico non possono costituire base per istruire eventuali percorsi sanzionatori o disciplinari in assenza dell'acquisizione delle ragioni cliniche del medico e delle controdeduzioni che vorrà fornire.
- 2) L'invito al professionista a fornire notizie non può trasformarsi in una fase inquisitoria da "tribuna-

le speciale". Bensì è una forma di garanzia e di acquisizione di informazioni a fronte della quale l'Asl si deve porre come semplice richiedente.

- 3) Solo in una fase successiva, in presenza dei referenti clinici distrettuali, potranno essere valutate le documentazioni acquisite e le posizioni giudicate dubbie portate in "Comitato aziendale" per l'indicazione delle iniziative ritenute congrue.
- 4) Non è corretto ragionare solo in termini di risparmio, di consumo, di controllo fiscale, e stravolgere l'utilizzo di strumenti analitici, connotandoli in maniera intimidatoria.

Nel chiedere alla Asl di procedere al controllo delle prescrizioni di tutti i professionisti del Ssr, al fine della valutazione dell'osservanza delle note Aifa si mettono i puntini sulle "i" ricordando che:

- La convenzione prevede procedure di garanzia e di trasparenza nelle relazioni fra i Mmg e le Asl che, seppure citate a proposito dei procedimenti disciplinari e in tema di recuperi economici, sono da ritenere appropriate in occasione degli inviti di cui trattasi.
- Qualunque "invito a chiarimenti" rivolto al medico deve essere formalizzato per iscritto e debitamente motivato.
- Non è accettabile la negazione del diritto del medico a presentarsi con un accompagnatore.
- Non è accettabile il fatto che in occasione di un incontro finalizzato

alla semplice richiesta di controdeduzioni chiarificatrici, il professionista invitato si trovi di fronte a un contraddittorio da parte di funzionari aziendali prevaricanti per numero, ciascuno dei quali si sente in diritto di intervenire per esprimere pareri e valutazioni del tutto infondate nei confronti dell'attività professionale del medico perché mancanti di quella contestualizzazione clinica, la richiesta della quale è l'unica ragione dell'incontro.

- Non è accettabile né funzionale la pretesa di recuperare tutta la documentazione concernente gli assistiti sottoposti al controllo da presentare con i relativi chiarimenti all'incontro successivo, entro il termine perentorio di trenta giorni. Al medico di famiglia compete la valutazione clinica finale del problema che gli sottopone il cittadino assistito e non la funzione di archivista.

■ La Corte dei Conti

Quel che ha scritto il segretario provinciale della Fimmg di Bologna non vale solo per la sua realtà territoriale, ma è prassi e problema nazionale. Molti Mmg, infatti, sono "invitati" dalle Asl o dai distretti a chiarire la loro attività "iperprescrittiva" solo in base al superamento di una determinata percentuale delle medie distrettuali, aziendali e regionali. E in molti sono presi dal panico quando arriva il citato "invito". E molti altri, come i 24 Mmg della Asl n. 7 di Catanzaro, hanno dovuto affrontare il giudizio della Corte dei Conti perché erano stati accusati di "iperprescrizione" e del conseguente danno erariale sulla base di mere medie statistiche, come segnalato dalla Guardia di Finanza. Ma la stessa Corte, al termine della sua istruttoria, ha archiviato la vertenza nei loro confronti riconoscendo che *"la prescrizione è giustificata e motivata dalla tipologia del farmaco, dalla tipologia d'infermità del paziente, e nella massima parte dei casi si è trattato di prescrizioni conformi ai piani terapeutici di ciascun paziente"*.

Due medici, tra l'altro, erano stato chiamati in causa perché avevano prescritto il fattore VIII di coagulazione (il costo di una flebo da 1000 UI è di ben 771,74 euro) per i loro assistiti emofilici. Ed il consumo di questi medicinali (cfr: *"Chiarimenti sulle note Cuf"*, pag 40 del *Bollettino informazione dei farmaci*, n. 1, febbraio 2001) non è determinabile a priori come per tutti gli altri farmaci oggetto di diagnosi e piano terapeutico. Ora, la domanda è: possibile che il riconoscimento del comportamento prescrittivo "appropriato" debba essere effettuato dai giudici della Corte dei Conti e non da un "Comitato di appropriatezza" o da un "Gruppo di controllo prescrizioni" che dir si voglia? Chi rimborserà il danno professionale e di immagine a questi 24 colleghi calabresi, sbattuti sulle pagine dei giornali locali come "iperprescrittori" e con il sospetto che erano in combutta con le case farmaceutiche?