



Il rapporto di fiducia è al capolinea

Che il rapporto di fiducia tra medici di medicina generale e assistiti sia arrivato al capolinea dovrebbe essere più che scontato, vista l'attuale situazione professionale e i cambiamenti nell'assistenza sanitaria, ma non è così.

Oggi il medico di famiglia ha perso la motivazione originaria, sempre in bilico tra ciò che è giusto e ciò che non lo è, tra ciò che è professionale e ciò che attiene a mansioni ragionieristiche e burocratiche. Lo sconforto e/o depressione ha colto l'intera categoria. Tra medici delle Asl, ridotti a fare i controllori di altri colleghi, occupando fittizi posti di lavoro di carattere sanitario, poco più di vigili sanitari, dislocati lì dal politico di turno - visto che i partiti in toto hanno occupato la società civile - e professionisti come i medici di famiglia ridotti sul lastrico, si sta vivendo in questi anni il perdurare di verità stereotipate, dogmatiche e deformate che alcuni soloni dall'alto dei loro incarichi sindacali o nelle società scientifiche si ostinano a sostenere e a imporre ai medici.

Il mondo di Archibald Joseph Cronin e di Patrick Manson, l'unico a esercitare la professione medica nel senso pieno della parola, sono ormai uno storico ricordo. Quei tempi sono lontani e non tornano più. Torna invece a riprese cicliche la storia del vecchio pistolotto del rapporto di fiducia nei confronti di un professionista, l'unico tra la serie di professionisti in sanità esistenti sul mercato, che ha perduto ogni autorevolezza. Un professionista che però risulta tra i più graditi dai pazienti, motivo per cui andrebbe mantenuta l'ancora di salvezza: il peculiare

rapporto di fiducia con il paziente. Su questo concetto però e sulla sua distorsione anno dopo anno si è depauperata la motivazione della nostra scelta professionale.

Abbiamo studiato tanti anni per curare il prossimo con i mezzi terapeutici e la tecnologia messi a disposizione dall'avanzamento delle conoscenze scientifiche, peraltro in velocissima evoluzione.

Per questo oggi non bisogna aver paura di affermare che l'attuale assetto lavorativo del medico di medicina generale non serve più a curare nessuno. Secondo me il colpo decisivo inferto ai Mmg è stato quello di disconoscere la disciplina di specializzazione in medicina interna per poter accedere alla professione di medico di famiglia e dare invece il via libera a una sorta di breviario triennale a numero chiuso, gestito dai soliti noti per poter partecipare al gioco del lotto delle zone carenti.

A ciò bisogna aggiungere un lunghissimo periodo di buio culturale, in cui nessuno ha mai progettato presso gli Ordini o le università corsi reali di aggiornamenti o di piccola specialità, ma poi, colpo di genio, ci si è inventati il gioco dell'Ecm, un grande business.

E così il nostro eroe medico si è trasformato in un *travet* che poco ha a che vedere con i compiti per cui si era preparato all'università.

Un professionista, immolato sull'altare dell'incompatibilità assoluta, a cui si è inficiata la possibilità di poter lavorare in ospedale, l'unico modo per uscire dal grigiore della solitudine

culturale e professionale.

Il nostro *travet* è diventato così una sorta di vigile urbano, che al mattino, dopo l'appello quotidiano dei fans dell'ambulatorio, con il "fischiello in bocca", cioè la penna o la tastiera di un computer, dirotta i presunti ammalati dall'ortopedico, dal dentista, dal fisiatra, per eseguire tutta una serie di esami. Al girone di ritorno dell'assistito, al Mmg tocca trascrivere il numero di prestazioni prescritte dallo specialista di turno. Se gli va meglio, gli toccherà ascoltare, in una sorta di figura tra l'avvocato, lo psicologo e il curato, tutto ciò che è accaduto al povero assistito che poi - è il caso di sottolinearlo - è il razionale che tiene in vita il professionista più amato dagli italiani. Gli tocca stilare i certificati di malattia INPS, l'idoneità per l'attività fisica dei giovani studenti (ma non per partecipare ai giochi agonistici: il legislatore non si è fidato, per quel certificato ci vuole lo specialista in medicina dello sport). Di questo passo e con proposito provocatorio, affermo che è ora di rivalutare la figura dell'infermiere con laurea breve, al quale è data anche la possibilità di prescrivere nei Pronto soccorso. Non è da escludere che in un prossimo futuro il nostro profilo professionale possa essere sostituito da questo nuovo e più snello professionista.

A questo punto cosa rimane da dire circa il perdurare del rapporto di fiducia e dell'ausilio dell'informatica e dell'informaticizzazione della cartella del paziente? Nulla. *Nihil obstat*. Infatti nulla si oppone per passare finalmente a una medicina territoriale seria, dipendente, turnistica, che con l'ausilio di altre figure professionali faccia riemergere e dare dignità a un lavoro molto sconquassato e con numerosi buchi neri.

Saverio Schinzari

Medico di medicina generale
Galatina (LE)

L'AIFA tra generici e inadeguatezze

Sembra dunque che per l'Agenda Italiana del Farmaco (AIFA) i controlli su tutti i farmaci in commercio in Italia, coperti o meno da brevetto, sono identici, e quindi qualità e purezza dei componenti sono garantite sia per i farmaci "di marca" sia per quelli "generici". Viene da dire: "Ci mancherebbe! Se no, che cosa ci stanno a fare il ministero della Salute e tutte le procedure di registrazione dei farmaci e di autorizzazione delle officine farmaceutiche?". Sappiamo benissimo che non tutti gli imprenditori sono angioletti e che di tanto in tanto possono sorgere attività criminali di produzione e commercializzazione di farmaci "taroccati", ma si tratta appunto di attività criminali che i routinari controlli delle agenzie preposte sono destinati a mettere in luce e reprimere. Il problema non è se può esistere o meno la criminalità, ma se i farmaci generici sono di pari qualità e bioequivalenti a quelli di marca. E la risposta dell'AIFA è stata chiarissima: sono di pari qualità e sono bioequivalenti. A questo punto non ha più senso che i medici continuino a pretendere la non sostituibilità dei farmaci di marca, o addirittura, come paradossalmente spesso capita, dei farmaci "generici" prescritti col nome del produttore. O no? No. Con una logica tutta sua, che lascia esterrefatti e sbigottiti, l'AIFA prosegue dicendo che i medici hanno il diritto di pretendere la non sostituibilità, perché "possono sussistere ragioni mediche per le quali il prescrittore preferisce continuare la cura con una particolare specialità". Quali ragioni mediche, di grazia?

Vogliamo farne un elenco? Perché quella data specialità è prodotta da una ditta il cui informatore scientifico è figlio di parenti, oppure è una persona particolarmente simpatica? Sostenere che due farmaci contenenti gli stessi principi attivi alle stesse dosi possono avere effetti clinici sostanzialmente diversi a causa di differenze negli eccipienti sottintende una conoscenza della farmacologia più o meno al livello di quella degli omeopati. Rimane naturalmente un'ultima alternativa: l'effetto placebo. Il paziente non è curato dal principio attivo, ma dal nome della specialità, dall'aspetto della confezione, dalla forma e dal colore delle pillole. Ma allora ci sembra etico impegnare il Ssn a rimborsare principi attivi spesso costosissimi e non privi di pericolosi effetti collaterali, quando con un minimo di istrioneria potremmo ottenere gli stessi risultati prescrivendo confettini colorati da due soldi? Se l'effetto placebo fosse la "ragione medica" che giustifica la non sostituibilità, allora il confronto fra noi e gli omeopati

non sarebbe più nemmeno alla pari, ma sarebbero infinitamente meglio loro.

Ed è questo il dubbio che maggiormente disturba: siamo sicuri che gli studi "scientifici" che ci inducono a prescrivere certi farmaci siano davvero ben condotti e ben interpretati e compresi? Non è sufficiente che i metodi statistici siano aritmeticamente corretti. È anche necessario che tali metodi elaborino dati che hanno un significato preciso e che siano stati raccolti senza equivoci. Inoltre è necessario che i risultati finali attribuiti all'utilizzo di un determinato farmaco non siano risibili (alludo ai farmaci che allungano la vita di qualche mese o che semplicemente spostano morbilità e mortalità dal capitolo cardiovascolare ad altri capitoli).

La morale di tutta questa storia è che la terapia farmacologica ha bisogno di una critica molto seria e che anche l'AIFA si sta dimostrando inadeguata a condurre questa critica.

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)

Mmg: il pateracchio dell'assegno individuale

Il collega Mauro Marin, in un articolo pubblicato su *M.D.* (2008; 6: 9), ritiene "non chiaro" il rationale del calcolo dell'importo dell'assegno individuale previsto nel vigente Accordo Collettivo Nazionale. Probabilmente il pateracchio segnalato è dovuto a un vero e proprio "infortunio" (consistente in una incongrua definizione del calcolo da effettuare) in cui sono incorsi gli estensori, forse nella concitata fase di conclusione della trattativa.

Ritengo verosimile che l'intenzione fosse di sottoscrivere che "l'importo dell'assegno risulta dalla sommatoria dei prodotti di ciascuno scaglione di assistiti (il primo da 1 a 500, i successivi corrispondenti alle successive centinaia) per i coefficienti, decrescenti all'aumentare delle centinaia, previsti per ogni fascia di anzianità del medico". Sarebbe stato forse anche accettabile assicurare per ogni medico di medicina generale un assegno dipendente dalla sola anzianità di laurea. Molto meno accettabile è invece penalizzare il medico "reo" di avere più assistiti. Se si accetta l'interpretazione proposta per spiegare la discutibilissima definizione dell'importo dell'assegno individuale, viene da invitare i colleghi sindacalisti a verificare, prima di firmare i futuri accordi, che il cervello sia inserito. Se invece il testo di fatto dato alla stampa corrisponde alle intenzioni del sindacato, conviene invitarli a starsene a casa.

Sebastiano Leotta

Medico di medicina generale, Acireale (CT)