



Un'assoluzione che pone alcuni interrogativi

Il collega Filippo Mele nell'articolo dal titolo: "Una assoluzione passata sotto silenzio" (M.D. 2008; 16:17) lamenta il fatto che, dopo la gogna mediatica, subita da oltre duemila medici e una sessantina di informatori scientifici del farmaco (Isf) per le accuse relative al "Caso Glaxo", una altrettanta pubblicità non è stata data alla loro assoluzione. Io invece credo che non possiamo affatto lamentarci per la mancata eco mediatica data a questa assoluzione. Anzi, ai medici coinvolti e all'intera professione è andata proprio di lusso. A parte l'iniziale assoluzione "per decorrenza dei termini" che per l'opinione pubblica sarebbe stata equivalente a una condanna, l'assoluzione definitiva - avuta grazie alla richiesta di un gruppo di medici che non ha accettato la formula "per decorrenza dei termini" - è stata data "perché il fatto non costituisce reato", e non "per non aver commesso il fatto". Dunque il fatto è stato commesso. E qual è questo fatto "che non costituisce reato"? Ce lo ricorda lo stesso Filippo Mele: "mazzette da 5 milioni di lire per il camice bianco di medio prestigio, fino a 50 milioni per il primario, pagate in contanti sotto forma di collaborazioni e consulenze a una società di servizi collegata all'azienda per fittizi programmi di ricerca, convegni fasulli, inutili borse di studio, banali questionari. E poi gadget, macchinari, apparecchiature mediche, e 'medical tours', allegre vacanze".

Ora la domanda che la pubblica opinione si pone, e ha ampio diritto di porsi, non è se questi fatti costituiscono reato o meno. L'uomo della strada non sa nemmeno che cosa voglia dire la parola "comparaggio", e forse non vuol nemmeno sapere se qualcuno "fa la cresta" sulle medicine che gli vengono prescritte. L'uomo della strada vuol sapere se in questo Paese esiste quella "glasnost"

che pure esisteva addirittura negli ultimi anni del regime sovietico, o se deve continuare ad accontentarsi delle veline, di quelle televisive e di quelle fatte circolare dalle varie lobbies di potere.

I medici imputati hanno ricevuto dei benefit per le loro scelte prescrittive? Se la risposta è no la formula della loro assoluzione doveva essere "per non aver commesso il fatto". Se invece la risposta è affermativa, allora si dica chiaramente che quel comportamento è lecito e che tutti i medici possono averlo alla luce del sole. Questo perché è nelle pieghe del "faccio e non faccio", "dico e non dico", che si nasconde l'illegalità diffusa di cui sta morendo questo nostro Paese.

Antonio Attanasio

Medico di medicina generale
Mandello del Lario

Non siamo amanuensi né dei paria

È noto a noi Mmg quanto gravino sul nostro lavoro le prescrizioni indotte, non solo in merito al tempo dedicato, ma ai disagi professionali e ai problemi relazionali che comportano nel rapporto con i nostri assistiti. Si tratta di una problematica che mi sta particolarmente a cuore. Per questo ho ritenuto opportuno portare come esempio una mia lettera inviata a una collega specialista ospedaliera inerente a prescrizioni di visite specialistiche ed esami da lei richiesti per una mia paziente. Paziente che ho rinviato alla specialista, visti i dubbi in merito all'appropriatezza prescrittiva su quanto richiestomi di trascrivere.

Gentile collega, ho ricevuto le richieste di esami per la signora S. R. che le ho rinviate e mi sembra doveroso chiarire alcuni aspetti. L'uso del ricettario regionale è previsto (per legge) anche per i medici ospedalieri, la sua richiesta tra l'altro non mi fa partecipare di alcun dubbio diagnostico in merito, mi considera cioè un mero "ricopiatore" di esami dei quali ho anche responsabilità professionali ed economiche di appropriatezza prescrittiva e sulla cui congruità ho qualche perplessità.

Mi viene richiesto di prescrivere: una curva da carico di glucosio più curva insulinemica, una batteria di esami tiroidei, nonché una visita pneumologica. Dopo il mio rifiuto di trascrizione mi ha inviato finalmente la motivazione delle richieste. Gli esami servirebbero "per gli effetti collaterali della terapia cortisonica da me prescritta". Premesso che ho prescritto due sole confezioni di prednisone da 25 mg per una grave dermatite da contatto (su suggerimento del collega dermatologo) cioè ben 20 compresse. Quale iter scientifico può giustificare questo "approfondimento diagnostico" per una dose così bassa di steroide? Allora nei pazienti con malattie autoimmuni che assumono dosi di steroide ben più elevate i nostri colleghi reumatologi cosa dovrebbero prescrivere? Ci limitiamo a un dosaggio periodico della glicemia a digiuno (secondo le linee guida) più altri semplici esami routinari. Per quanto riguarda gli esami tiroidei, considerata l'obesità della paziente, sarebbe stato sufficiente dosare il TSH e proseguire le indagini in caso di positività (sempre secondo le linee guida).

Infine per quanto concerne la visita pneumologica, la mia paziente è da me curata e seguita per asma allergico di cui è affetta (sono tra l'altro in possesso della specializzazione in Pneumologia che naturalmente metto a disposizione dei miei pazienti evitando spese inutili per il Servizio sanitario nazionale).

Vorrei concludere questa mia missiva con alcune considerazioni. Noi medici di famiglia dobbiamo lottare contro alcuni pregiudizi che ci relegano nella funzione di "trascrittori" di altrui ri-

chieste. Premesso che non siamo gli scribi di nessuno, né tantomeno siamo dei paramedici capaci solo di "stampare ricette", forse è il caso di ricordare che abbiamo il nostro retroterra culturale e medico scientifico, quindi sarebbe corretto comunicare tra pari, secondo le regole deontologiche. Nessun collega potrebbe "correggere" errori se non si è adeguatamente confrontato sul caso con il medico di famiglia. Il Mmg oggi è in grado di trasmettere le informazioni necessarie attraverso cartelle cliniche informatizzate con le quali raccoglie tutti i dati clinici dei suoi pazienti da tanti anni. Riceviamo spesso dai colleghi specialisti ricette illeggibili o non firmate o con grafia criptica che non ci consente l'individuazione del "mittente" e senza quesito diagnostico. In merito mi sono detto che forse, e molto stranamente, i colleghi non sono provvisti di un supporto informatico e neanche di posta elettronica che permetta di comunicare con altri colleghi

in tempo reale. Ma quello che però trovo mortificante è il persistere di una situazione che sembra essere un problema solo per i medici di medicina generale, senza considerare le ripercussioni assistenziali di tale prassi. Non riscontro infatti nei colleghi

specialisti una voglia di cambiamento, che probabilmente non si ritiene necessaria poiché, a torto, si continua a considerare i Mmg come dei paria della medicina.

Baldassare Di Silvestre

Medico di medicina generale, Palermo

PUNTURE

Un'ultima speranza: la pensione

Non ho molto tempo per la lettura degli articoli di giornali dedicati ai medici di famiglia, ma malgrado ciò è sempre mia prassi farlo. Così mi è capitato di leggere su una importante rivista italiana dedicata al medico di medicina generale che: "Il medico di famiglia dovrà fare opera di prevenzione, smistare le urgenze, mettersi in contatto con ospedale, laboratorio o casa protetta, seguire i cronici dirigendo l'assistenza domiciliare, ma anche dedicarsi a visite particolareggiate in studio, telefonare ai pazienti rientranti in certe categorie per screening". Inoltre, contro la volontà della maggioranza dei medici, sembrerebbe indispensabile aggregarsi in UTAP con *information technology* ad alti livelli. Rimangono ovviamente le mansioni di routine (che già di per sé stanno diventando insostenibili). E a questo punto, visti i compiti, non posso non chiedermi: ma l'Asl di competenza ci fornirà anche una sostanza dopante? Mi resta solo un'ultima speranza: la pensione

Giancarlo Valli

Medico di medicina generale, Legnago (VR)