



**N**on c'è pace per i Mmg, in particolare per quelli lombardi che avevano da poco estinto il debito con le Asl per le quote incassate in merito ad assistiti defunti, ancora presenti nelle loro liste. Trentadue di essi si sono visti arrivare un'informazione di garanzia per aver effettuato prescrizioni a pazienti defunti. Eppure le possibilità che il Mmg possa incorrere in certi "errori" in tutta buona fe-

de sono molte. Nel frattempo la responsabilità sull'aggiornamento delle liste dei pazienti presenta delle novità. Secondo una recente sentenza della Cassazione (n.15144 depositata il 09/06/08) "Il medico di famiglia deve sempre essere in grado di sapere se un determinato paziente è a lui in carico, se non altro al fine di emettere regolari prescrizioni di farmaci con onere a carico del Ssn".

## 48, il morto che parla e denuncia il reato

Luciano Camerra Medico di medicina generale, Limbiate (MI)

**D**Nel libro della smorfia napoletana il 47 è "il morto" e il 48 "il morto che parla". Ecco, ci siamo, direte Voi. A furia di scrivere su informatica e clinical governance al collega si è fulminato il cervello. No, tranquilli: il mio software non è andato in loop e non c'è un baco o un virus che mi fa straparlarci (o meglio "trascrivere").

La mia introduzione trae spunto da una "Informazione di garanzia e sul diritto di difesa" del Tribunale di Milano che riguarda 32 Mmg colpevoli di aver effettuato dal 2002 al 2006 prescrizioni farmaceutiche e di presidi sanitari a persone decedute. Quante? Da una a sei prescrizioni in totale, per la maggior parte (68.75%) una sola prescrizione. Reato d'imputazione: "Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici"(art. 479 CP).

Lungi dall'intenzione di mettere naso nelle questioni per le quali i colleghi dovranno rispondere in merito a prescrizioni a persone decedute nelle sedi competenti, opportunamente assistiti da un

legale, proviamo a calarci nella nostra realtà quotidiana e a immaginare in quali circostanze si possano verificare le condizioni che potrebbero indurre il Mmg all'errore. Partiamo dal rapporto di fiducia medico-paziente. La nostra professione è talmente mutata nel corso di questi anni che tale optional non è più richiesto. La recente storia del "ritorno dei morti viventi" lo dimostra.

Quali potrebbero essere le possibili cause? Considerata l'entità del danno procurato all'erario e la reiterazione contenuta (una sola confezione per lo più), verosimilmente si è trattato di una svista o di una strana concomitanza di eventi temporali, eventi che si potrebbero verificare per qualunque medico.

Faccio un esempio: paziente con tumore in fase terminale il cui parente il venerdì sera consegna alla segretaria una richiesta di un farmaco per il quale il proprio congiunto è in terapia cronica. È tardi, il medico di medicina generale non compila la prescrizione perché ha terminato l'ambula-

torio alle 20,30 e la rimanda al lunedì mattina. Nel frattempo la farmacia presso la quale il paziente si è sempre rifornito, anticipa il farmaco al parente. La domenica o il lunedì mattina il paziente muore. Il parente si reca il mattino del lunedì a ritirare la ricetta dal Mmg e passa subito in farmacia a consegnarla perché così salda il suo debito, senza dire nulla a segretaria e medico. La ricetta è stata stampata pochi minuti prima. Il farmacista non sa nulla del decesso e del resto il suo obiettivo è quello di "rientrare" del costo del medicinale già consegnato.

Il parente non sa che dovrebbe comunicarlo perché di fatto non può capire l'importanza di un gesto "illegale" che gli consente di non pagare un farmaco di 10 o di 100 euro, anche perché il farmaco è già in parte stato assunto dal suo povero parente defunto e forse anche perché, di fronte al lutto recente, il costo di un medicinale potrebbe passare in secondo piano. Risultato: prescrizione effettuata 1 gg dopo il decesso del paziente e incassata di fatto 1 giorno dopo, anche se anticipata 2 gg prima dalla farmacia. Il medico iscritto nel registro degli indagati per violazione dell'art. 479 CP.

Altro caso potrebbe essere quello di omonimia, considerando che nel database di un Mmg capita di frequente che componenti di una

stessa famiglia abbiano stesso nome e cognome e, talvolta, anche date di nascita prossime le une alle altre.

### ■ La frittata è fatta

Questo è quanto potrebbe capitare a qualunque Mmg perché, di fatto, è un "medico di famiglia" che, nella reiterazione della prescrizione di farmaci per la terapia cronica dei propri pazienti, prescrive sulla fiducia, tanto gradita e tanto cara ai nostri pazienti che ci onorano del "ruolo centrale del medico di medicina generale", tanto riconosciuto anche da politici di turno e funzionari Asl.

Se infatti nell'atto certificativo è indispensabile visitare il paziente che richiede la prestazione, presumo che sia prassi comune "fidarsi" dei propri assistiti nella ripetizione delle terapie croniche. Considerando che tale attività occupa almeno il 50% del nostro tempo, l'alternativa sarebbe quella di pretendere la presenza del paziente anche per una semplice ripetizione di ricetta raddoppiando così l'orario di ambulatorio. E se la soluzione desiderata dalla parte pubblica fosse proprio questa, visto che l'accusa contestata è di aver effettuato il reato "svolgendo le funzioni di pubblico ufficiale durante l'attività di medico di base".

### ■ L'amico SISS

Tale "tempestiva" rilevazione dell'illecito è stata possibile solo grazie agli incroci del SISS relativi alle tempistiche delle prescrizioni con le segnalazioni di decesso effettuate dai Comuni alle Asl e dal rilievo delle relative incongruenze. Del resto la comunicazione alla Guardia di Finanza era un "atto dovuto da parte dei Funzionari Asl" e quindi era inevitabile che, riscontrata l'incongruenza e l'ipotesi di reato, si procedesse all'informazione di garanzia nei confronti dei colleghi.

Resta il fatto che, sentita tale notizia, una certa forma di angoscia mi ha pervaso e mi ha indotto a negare almeno il 30% delle prescrizioni "sulla fiducia", per le quali mi aspetto in studio altrettanti pazienti inviati, ma di cui potrò certificare l'esistenza in vita.

Naturalmente lamenteranno il fatto di non aver trovato in segreteria le loro prescrizioni per terapie croniche, soltanto perché erano 3-4 settimane che non li vedevo (e quindi non potevo essere certo che fossero ancora vivi, considerata la loro vetusta età). Certo che qualcuno, di fronte ad una tale presa di posizione, potrebbe obiettare che bisogna sempre "usare il buon senso". Peccato però che si tratti di quello stesso buon senso che, si sa, deve essere sempre usato dai soliti noti.

### ■ Questioni di scelta

Un altro esempio che porto all'attenzione prende spunto da un film del 1997, *Sliding doors*, nel quale per la protagonista, trovata ad un bivio nella propria vita, il riuscire a salire o meno su un vagone della metropolitana l'avrebbe portata incontro a due possibili esperienze totalmente contrastanti.

Parto da un fatto realmente accaduto recentemente.

Paziente di 53 anni, ca rettale metastatico, terminale, a domicilio seguito dal sottoscritto quasi fino all'ultimo (fino a 3 gg dal decesso). Nonostante il mio sostegno professionale e la mia presenza, il supporto Asl di tipo infermieristico non era più in grado di offrire risposta alle sempre più consistenti necessità. Ciò per la riduzione di personale che da qualche anno ha interessato l'attività sul territorio. La moglie, a fronte di tali difficoltà, sta per decidere se ricoverarlo in hospice per gli ultimi giorni di vita. Sarebbe necessaria la prescrizione di ossigenoterapia domiciliare,

ma dopo aver rivisitato il paziente, sentita l'infermiera e parlato con la moglie ancora in dubbio sul ricovero, decido di soprassedere. Il giorno dopo arriva richiesta da parte dell'infermiera che mi invita a prescrivere l'ossigeno perché il paziente è ulteriormente peggiorato. Non sono convinto e decido di attendere ancora. Quella stessa sera la moglie decide di ricoverare il marito in hospice.

Dopo solo 3 gg il mio assistito muore, ma per lo meno ha ricevuto tutte le attenzioni del caso e consentito alla moglie di sostenerlo affettivamente senza doversi occupare di pastoie burocratiche. Io sono informato del decesso 2 giorni dopo l'evento luttuoso.

Tutto regolare no? Ma questa è la prima scelta nel mio *Sliding doors*. Seconda scelta: sentita telefonicamente l'infermiera, decido di rimandare a lunedì la prescrizione dell'ossigeno. La moglie decide di tenerlo a casa. Nel frattempo la farmacia decide di anticipare l'ossigeno che la moglie utilizza nei 2 gg che il marito rimane a casa. Il marito muore nella nottata di domenica.

Lunedì compilo una richiesta per O<sub>2</sub> terapia che un parente passa a ritirare perché l'accordo con la farmacia prevedeva questo. La mia richiesta seguirebbe in questo caso di 1 giorno la morte del paziente. Buona fede di tutti i componenti, ma di fatto reato di falsa attestazione di esistenza in vita del paziente.

Quanto è sottile la linea che divide la fortuna professionale dall'angoscia esistenziale per il Mmg? Qualche volta è solo questione di fortuna, talvolta di eccesso di scrupolo, talvolta di buon senso. Ma fino a quando durerà?

*Dulcis in fundo*, l'amico SISS mi ha comunicato, 4 giorni dopo il decesso del mio paziente, che 8 giorni prima era stato ricoverato. Grazie amico SISS, come faremo noi Mmg senza di te!