

## Il difficile rapporto con i colleghi ospedalieri

**Leonardo Trentadue**

Medico di medicina generale, Ferrandina (MT)

*È sempre più necessario che i colleghi ospedalieri e gli specialisti convenzionati si adeguino alle delibere regionali e aziendali*

**N**ella mia professione di Mmg mi capita spesso di imbartermi in episodi di "malasanità", intesi come comportamento scorretto di qualche collega ospedaliero nei confronti dei medici di famiglia. Nella Asl 4 di Matera è in vigore una delibera aziendale che limita la prescrizione degli inibitori di pompa protonica, relativamente alla nota 1 come protettori della mucosa gastrica in pazienti che assumono FANS per lungo tempo, a 10 pezzi all'anno per ogni paziente. Accade che una mia paziente di 72 anni, cardiopatica e assuntrice di ASA a basso dosaggio e lansoprazolo 15 mg, viene ricoverata in cardiologia per l'insorgenza di precordialgie recidivanti. Dopo qualche giorno di ricovero, la paziente viene dimessa con la stessa terapia precedente il ricovero, terapia che comprendeva, tra gli altri farmaci, l'ASA e il lansoprazolo. Il cardiologo, all'atto delle dimissioni, raccomanda alla paziente di assumere tutti i giorni e "per sempre" l'inibitore di pompa protonica. La paziente fa allora presente al cardiologo che il suo medico di famiglia non può prescriverlo "per sempre" e chiede quindi come fare. Il collega ospedaliero suggerisce alla mia assistita di cambiare medico.

### ■ Una situazione difficile da risolvere

Quando il marito della mia paziente mi ha riferito l'episodio, ho subito cercato di sapere nome e cognome del collega autore di un così nobile gesto, ma non sono riuscito a ottenere l'informazione. Nel caso ci fossi riuscito, avrei fatto immediatamente una denuncia, perché ormai non ne posso più di questi comportamenti irregolari che, insieme ad altri fattori troppo lunghi da enumerare e analizzare, hanno in larga parte minato il rap-

porto tra medico di famiglia e pazienti, generando nella nostra categoria una progressiva disaffezione alla professione e un'infinita successione di frustrazioni, rabbie e veri e propri sentimenti di sofferenza.

Molti colleghi della mia zona, invece, hanno imparato a tirare a campare, incapaci di reagire a situazioni di palese infrazione delle norme e seguivano ad accettare lo *status quo*, senza una reazione adeguata a fronteggiare una situazione, che è diventata ormai cronica e di difficile risoluzione. Per esempio, quando tra colleghi di medicina generale ci si incontra in convegni Ecm, ognuno, nessuno escluso, ha il suo aneddoto riguardante queste inadempienze (soprattutto la mancata prescrizione su ricettario regionale da parte di colleghi ospedalieri e specialisti pubblici), ma poi ci si dimentica sistematicamente di incalzare il collega ospedaliero - che si trova al corso come relatore - sulle sue inadempienze, salvo poi affannarsi per giustificare alla Asl gli esuberanti di spesa farmaceutica che ci vengono sistematicamente e minacciosamente messi in conto.

La situazione si è ormai incancrenita e sembra non sbloccarsi più, anche se non tutti i colleghi ospedalieri e specialisti pubblici fanno "orecchi da mercante". Una parte, purtroppo esigua, fa puntualmente il suo dovere. Il disagio però esiste e persiste e colpisce indistintamente ogni medico di famiglia.

### ■ Questioni di efficacia

Sottolineato ciò vorrei ritornare nel merito della prescrizione degli inibitori di pompa protonica nei pazienti che assumono FANS cronicamente. Molti specialisti (ma non ho contezza delle eccezioni) che prescrivono gli IPP in questi pazienti, ne consigliano l'assunzione giornaliera e indefinitamente. Ora, a parte la delibera restrittiva della

Asl 4 di Matera, c'è una ragione scientifica che smentisce questi comportamenti prescrittivi e che giustificano questa volta la scelta della Asl, al di là di ogni impostazione economicistica mirata al controllo della spesa sanitaria. Premesso che gli IPP sono una delle classi di farmaci più prescritte al mondo per il loro alto livello di efficacia e relativamente basso livello di tossicità, occorre considerare i rischi comunque associati all'uso di queste terapie. Esistono infatti sia problemi di sovra-prescrizioni di tali farmaci (*BMJ* 2008; 336: 2-3), sia problemi dovuti al rischio di un utilizzo a lungo termine a oggi ancora non del tutto definiti. Alcuni studi, abbastanza recenti e pubblicati su riviste autorevoli, hanno riportato un aumento del rischio, associato all'uso prolungato di IPP, di manifestare le seguenti condizioni patologiche: nefriti interstiziali acute; polmoniti; enteriti; osteoporosi. In tali studi è stata riportata una crescente prevalenza di polmoniti e di enteriti da *Campylobacter*, così come un raddoppio del rischio di infezioni da *Clostridium difficile*. Mentre in merito alle nefriti interstiziali acute e l'osteoporosi, esse non sono usuali, ma sembrano essere associate al trattamento a lungo termine di IPP (*JAMA*, 2005; 294: 2989-95; 2006; 296: 2947-53). Infine esiste un protocollo di studio della Cochrane che si è posta come obiettivo la revisione di tutti gli studi clinici in cui sono stati testati gli IPP per valutarne il rischio a lungo termine, in particolare per quanto riguarda le lesioni gastriche pre-cancerose.

In conclusione, vorrei suggerire al collega cardiologo senza nome che ha suscitato la stesura di questo articolo, di adeguarsi alle delibere regionali e aziendali ma, soprattutto, di aggiornare il suo bagaglio scientifico, per evitare di creare disagi e danni al prossimo.