

Appropriatezza: pillole di ordinaria follia

Luciano Camerra

Medico di medicina generale
Limbrate (MI)

Prendendo spunto da tre dei tanti casi clinici archiviati nel corso del mio lavoro quotidiano di Mmg, porto all'attenzione dei colleghi alcune problematiche inerenti all'appropriatezza diagnostica e terapeutica, che diventa motivo di preoccupazione quando applicata ai medici di famiglia

Nella nostra professione di Mmg capita di doverci confrontare con una schiera di colleghi specialisti, alcuni dei quali conosciamo molto bene, altri un po' meno, ma che, operando essi in strutture pubbliche e accreditate, meritano a priori la stessa considerazione di colleghi con cui ci troviamo in maggiore sintonia. Accade però talvolta di rimanere perplessi di fronte ad alcune indicazioni diagnostiche e terapeutiche o alla formulazione di diagnosi cliniche rispetto ai nostri quesiti. Per questo, senza offendere nessuno, perché tutti si può sbagliare, vorrei portare all'attenzione dei colleghi alcuni casi emblematici in cui mi sono imbattuto nello svolgimento del mio lavoro quotidiano di Mmg. Forse potrà suscitare ilarità in qualcuno l'elencazione di alcuni "comportamenti bizzarri" di qualche collega specialista, ma ho pensato fosse opportuno prendere spunto da casi realmente accaduti e archiviati nel mio personal computer per estendere la riflessione al problema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica, che è motivo di preoccupazione quando applicata alla medicina generale e a chi la esercita.

I caso clinico

Specialista ortopedico di un importante Istituto di Ricerca di Milano.

- Paziente di 26 anni, extracomunitario, che si è autopresentato in PS per trauma distorsivo al rachide dorsolombare riportato nella giornata precedente. Dimesso con diagnosi di "dorsolombalgia da sforzo eccessivo".

Prognosi: 10 giorni di riposo. Terapia: antinfiammatorio in gel, etori-

coxib 90 mg cp, tramadolo 200 mg cp, esomeprazolo 20 mg cp.

➤ Riflessione

Un caso simile, emblematico, presenta almeno due spunti di riflessione. In primo luogo il problema dei codici bianchi del Pronto soccorso, che organizzativamente, secondo i desideri di una nota società scientifica di MG, politicamente, secondo le aspettative dei manager aziendali e regionali, si vorrebbe risolvere riversandone la gestione sulle forme evolute dei gruppi, delle Utap, delle équipes e qualsiasi altra forma di associazionismo di Mmg. Nessun tentativo di porre freno all'accesso improprio al PS potrà mai fruttare alcun risultato se non si porrà mano alle tasche dei cittadini usando il pagamento della prestazione come deterrente per l'autoprescrizione della stessa. Ci sono pregevoli studi sperimentali fatti da colleghi Mmg che, anche attivando ambulatori per i codici bianchi nei pressi di ospedali, hanno mostrato che la causa dell'affollamento dei PS non sia da ricondurre a inadempienze dei Mmg irrimediabili, a orari di ambulatorio lillipuziani, al fatto che non ricevano i pazienti che lamentano situazioni non differibili eccetera, ma al paziente stesso, che ritiene in totale autonomia di avere bisogno del Pronto soccorso.

Il secondo spunto di riflessione riguarda la prescrizione di esomeprazolo 20 mg per la gastroprotezione, presumo. Noi Mmg veniamo stressati ogni anno con corsi dedicati all'appropriatezza e ci viene ricordato, pena la decurtazione dallo stipendio di quote legate alla prescrizione inappropriata di farmaci con nota Aifa, come Corte dei Conti comanda, che non è mai da associare un inibitore di pompa all'as-

sunzione di coxib. In realtà l'obiezione sollevata da alcuni è che la prescrizione è inappropriata se l'IPP è prescritto secondo rimborsabilità del Ssn: falso. L'indicazione dell'ortopedico è sbagliata a prescindere. Inoltre il coxib, volendo andare nello specifico e "spaccare il capello", non è esattamente l'antinfiammatorio più indicato in una lombalgia da sforzo eccessivo, essendoci già in prescrizione il tramadolo per il controllo del dolore e il FANS per via topica. Il Mmg si trova quindi di fronte al dilemma se cassare sia il coxib sia l'IPP e son certo che non tutti sceglierebbero ciò che ho scelto di fare io e li comprendo: no a entrambi.

II caso clinico

- Donna di 40 anni con parestesie agli arti superiori indagata da me con EMG e Rx mani e del rachide cervicale, risultati negativi per tunnel carpale, per artrosi e discopatie. Sospetto diagnostico "malattia o fenomeno di Raynaud" e perciò inviata in visita angiologica presso noto Istituto convenzionato di Milano. Conclusione diagnostica dell'angiologo: nessuna.

Esami consigliati: EMG arti superiori (quella portata in visione dalla paziente evidentemente non era piaciuta); Rx rachide cervicale (idem come prima); capillaroscopia (per escludere patologia reumatica o fenomeno di Raynaud) A voce il collega angiologo riferisce alla paziente la sua perplessità rispetto all'eventualità che si tratti di un fenomeno di Raynaud.

➤ Riflessione

Sebbene il risultato ultimo ai fini diagnostici possa essere apprezzato, avendo posto comunque il sospetto di ma-

lattia o fenomeno di Raynaud, anche se a voce negato, non si comprende la ripetizione di una EMG e di una radiografia che io stesso avevo già precedentemente prescritto, seguendo un algoritmo mentale diagnostico che tendeva a esaminare per prime le possibili cause più frequenti delle parestesie. È come se il sistema a un certo punto, incontrato l'angiologo, fosse andato in *loop*. Ovviamente come unico esame ho prescritto la capillaroscopia, che ha confermato il fenomeno di Raynaud. Rimane sempre il dubbio: perché tentare di far ripetere esami inutilmente?

III caso clinico

- Donna di 35 anni con coxalgia destra. Prescritta dal sottoscritto Rx bacino sotto carico, che evidenzia un "sottoslivellamento della cresta iliaca coxo-femorale sinistra". Invio all'ortopedico di una clinica convenzionata di Milano che valuta la paziente e consiglia "RMN bacino/anche per discrepanza tra quadro clinico e Rx". Compilo la richiesta così come indicato dallo specialista: "RMN bacino/anche (discrepanza tra quadro clinico e Rx) suggerita dallo specialista ortopedico per coxalgia destra". La paziente ritorna dal sottoscritto perché non viene accettata l'impegnativa con la dicitura indicata (suggerita dallo specialista) in quanto

"manca la diagnosi". La struttura è la stessa presso la quale la signora ha effettuato la visita ortopedica. Reinvio la paziente invitandola a farmi contattare dal personale della clinica se ci fossero stati ulteriori problemi e a "pretendere" l'appuntamento in quanto la diagnosi circostanziata esiste sull'impegnativa.

► Riflessione

Pretendere la diagnosi circostanziata da parte della Regione Lombardia dai Mmg su tutte le impegnative ha già creato non pochi problemi dal punto di vista procedurale, sindacale e medico-legale. È stata prorogata la disposizione di 90 giorni, ma le Asl non ne tengono conto in quanto richiedono alle strutture erogatrici di tenere traccia dei nominativi dei Mmg che in questo periodo omettono la diagnosi dalle impegnative per eventuali future sanzioni. Le strutture erogatrici pertanto, a mio avviso giustamente nell'interesse del Mmg, chiedono cortesemente che venga comunque apposta la diagnosi circostanziata. Alcune strutture poi, o bisognerebbe dire parte del loro personale (?), attuano comportamenti paradossali come nel caso esposto e non accettano nemmeno le impegnative con diagnosi circostanziata, forse perché la motivazione tende a far emergere l'induzione dell'esame da parte del loro stesso specialista.

Fa male sentirsi dire la verità e fa ancor più male vedersela scrivere su un documento pubblico. Sarebbe forse ora che i signori Mmg cominciassero a prendere coscienza della loro importanza e responsabilità in fatto di prescrizioni. Esiste un rationale per cui dobbiamo argomentare la motivazione delle nostre prescrizioni? Al di là del particolare che qualcuno, compreso il sottoscritto, l'ha sempre fatto in passato, per mettere il collega nelle condizioni di sapere almeno a grandi linee cosa andare a ricercare, facciamo adesso in Lombardia senza timore, spendendo qualche minuto del nostro tempo e specificando che, in alcune richieste, il Mmg non fa altro che avallare ipotesi altrui e soprattutto non inventiamoci diagnosi fasulle per compiacere pazienti e strutture erogatrici. Etica professionale? Forse. Io la definirei un fatto di coscienza e di autostima. Altrimenti nessuno si accorgerà delle incongruenze e dei paradossi di un sistema profondamente ammalato e sarà estremamente facile per qualcuno incolpare sempre e comunque il solito medico della mutua. Ovviamente è superfluo precisare che dall'inizio dell'anno ad oggi nella cartella "Inappropriatezza 2009" sul mio personal computer ho contato 37 scansioni di referti specialistici. Al momento in cui scrivo siamo solo a metà mese.