



Frequent attenders: nessun rimedio possibile

Lo sospettavamo, ma non ne avevamo la dimostrazione. Lo temevamo, ma speravamo che qualcuno, da qualche sperduta parte del globo, avesse trovato un rimedio, un approccio trasferibile anche nella nostra pratica. Che esistano non abbiamo alcun dubbio, anche dalle colonne di questa rivista più volte sono stati individuati e analizzati. Il problema è come gestirli o, come direbbe qualcuno, come affrontarli.

C'è chi ha provato con la carota, che consiste nel sorridere, accettare passivamente ogni richiesta, proposta, rimprovero e poi cortesemente cominciare a trattare, concedendo il giusto, correggendo il correggibile, rifiutando l'improprio. C'è chi ha usato il bastone e ha provato a fingere di fare la faccia dura, a ribattere punto su punto, inutilmente. C'è chi si è rassegnato subito, sapendo che anche ogni decisione presa in comune vuol dire essere pronti a rinegoziare il giorno dopo. Perché quello che non finisce mai di sorprendere è la capacità di rimettere in discussione tutto (e il contrario di tutto) esattamente poche ore dopo che ogni situazione sembra essere stata condotta su binari di una logica per lo meno civile.

Stiamo ovviamente parlando dei frequentatori abituali, i *frequent attenders* degli anglosassoni, cioè quegli utenti che hanno un posto fisso nelle nostre sale di attesa. Non sono compresi nella definizione in senso stretto i pazienti che necessitano di rivalutazioni frequenti causa di patologie particolarmente complesse, ma piuttosto quei soggetti che lamentano una costellazione di disturbi, sostanzialmente difficilmente riconducibili a cause organiche o comunque non passibili, applicando il buonsenso, di una risoluzione definitiva in quanto legati alle mi-

steriose sfere dalla sensitività.

Quando perciò è apparsa sullo *Scandinavian Journal of Primary Health Care* una revisione sistematica della letteratura di oggetto "Interventi sui frequentatori abituali nelle cure primarie" (Smits FTHM et al. 2008; 26:111-16) ho subito pensato alla risoluzione di una serie di problematiche legate all'occupazione dello studio, la diminuzione degli accessi e delle liste di attesa, la riduzione dello stress relazionale. Purtroppo le conclusioni non sono state in linea con le attese: gli autori concludono che sulla base degli interventi realizzati finora non esistono convincenti evidenze che questi possano influenzare né la morbilità, né la qualità di vita, né il consumo di servizi sanitari dei *frequent attenders*, con una possibile eccezione in un sottogruppo di pazienti con sintomi depressivi.

Da domani si ricomincia con il bastone, la carota, la rassegnazione e un'immensa pazienza, con la consapevolezza che al momento pare non esserci rimedio. Alzi la mano chi sta pensando "io lo sapevo".

Cesare Tosetti

Medico di medicina generale
Porretta Terme (BO)

Nuovo approccio per le prescrizioni indotte

Non vi pare, colleghi, che la piaga quotidiana delle prescrizioni indotte vada approcciata diversamente? È possibile che dobbiamo caricarci di tanta stizza e rabbia perché il medico ospedaliero non ha stilato la ricetta o di-

sinvolatamente ha ommesso l'essenziale o il numero dei "pezzi"? A chi giova? Molte volte mi è tornato alla mente il quadretto manzoniano dei capponi di Renzo tenuti per i piedi che si beccavano le teste pur condividendo una sorte amara! È l'ottica che è sbagliata: siamo tutti "vivandieri" di questo grande spaccio del farmaco (due sole scatole e max 6 antibiotici) e di esami diagnostici.

Ricordo che una mia conoscente aveva due figli in tenera età e per tenerli occupati il più possibile durante il giorno porgeva loro nel piatto delle pesche tagliate a metà con convessità in alto al fine di far trascorrere più tempo per le prese scivolose. I pargoletti si divertivano, poi frignavano e si indispettavano.

Ecco perché mi chiedo per quale ragione abbiamo accettato di scrivere tutte quelle ricette che consumano carta, toner. Impiego blocchetti interi di carta a volte in un giorno, ma visto che fa tutto la stampante non dovrei lamentarmi. Ma i poveri residui e rari non utenti di stampanti, loro sì che avranno da lamentarsi, o no!

Avete mai provato a redigere a mano le prescrizioni di un paziente che viene dimesso per esempio dopo uno stent coronarico? In questo caso e non solo, la ricettazione fa venire il "voltastomaco" se stilata a penna, ma sicuramente non crea nessun problema se c'è la stampante, in più ti dà quel senso di operosità robotica e la musica dell'ufficio postale.

Ironia a parte, non sarebbe il caso a questo punto piuttosto di accelerare i tempi dell'informatizzazione globale. Facciamo in modo da subito che vi sia tracciabilità di tutti gli atti medici e che lo specialista non sia preso dalle caldane ogni volta che dovrà stilare quattro/cinque ricette a mano. Ma purtroppo, chi sa perché, seguitiamo ad andare a piedi pur avendo la bicicletta.

Giancarlo Aquilone

Medico di medicina generale
Francavilla al Mare (CH)

Una personale protesta sui corsi Ecm

Di recente sono stato colpito dalla notizia che l'Ordine dei Medici di Milano organizza corsi di Educazione Continua in Medicina (Ecm) gratuiti per i suoi iscritti così come ha fatto nel 2007. Qualcuno potrà obiettare che non c'è nulla di strano, anzi l'Ordine non fa che ottemperare a una delle sue funzioni. Ed è proprio qui che nasce l'arcano. Per quanto mi è dato di sapere (spero in gradite smentite) in poche altre realtà le Regioni, le Asl, gli Ordini, organizzano di per sé l'aggiornamento. Le Regioni inoltre hanno in tale materia un obbligo di legge. Sarebbe quindi opportuno chiedere agli assessori alla sanità come hanno speso i fondi stanziati e ricevuti dallo Stato per la formazione del proprio personale sanitario. Una domanda che, in verità, dovrebbero porre i rappresentanti sindacali e quelli delle società scientifiche.

Ma se gli enti pubblici predisposti sono stati più che carenti nell'organizzare eventi formativi, atti a far acquisire il numero di crediti annuali stabiliti, è legittimo chiedersi come hanno fatto i Mmg a raggiungere il tetto previsto? La risposta è facile: hanno dovuto "arrangiarsi" con gli eventi organizzati dalle società scientifiche di categoria, ma soprattutto dall'industria farmaceutica. Eventi Ecm, quelli organizzati dall'industria farmaceutica di tutto rispetto, ma non sempre inerenti a bisogni specifici della medicina generale. Spesso in tali corsi i relatori sono per lo più docenti universitari od ospedalieri, la presenza dei Mmg è esigua anche per quanto concerne il ruolo di animatori di formazione. Si tratta di corsi molto "cattedratici" in cui i medici di famiglia non sono mai protagonisti, ma meri soggetti passivi.

Eppure la medicina generale italiana conscia delle sue possibilità scientifiche, di ricerca e di formazione chie-

de da tempo di essere riconosciuta come specializzazione. Inoltre i futuri Mmg debbono avere al loro attivo tre anni di formazione. In questa *vacatio istituzionale* di eventi Ecm pubblici dedicati alla medicina generale, i Mmg cercano di far fronte ai loro bisogni di aggiornamento ottimizzando quello che offre l'industria soprattutto per quanto concerne le novità cliniche e terapeutiche inerenti a patologie croniche. In tale contesto però bisogna tener presente che l'attività prescrittiva dei Mmg è "calmierata" e nessuno può pretendere che le imprese farmaceutiche organizzino corsi su determinate patologie per parlare di farmaci fuori brevetto e genericabili.

Così, visto il cristallizzarsi di tale situazione, ho deciso di non partecipare più agli eventi organizzati da privati dove non sia prevista la presenza dei Mmg almeno come animatori di formazione. Parteciperò, al contrario, ai corsi organizzati

dalla Regione, dalla Asl, dall'Ordine provinciale in cui sono iscritto. Sono ben conscio che il rischio è quello di non raggiungere i crediti previsti (150 nel triennio 2008-2010). Se qualcuno mi chiederà conto dell'eventuale deficit allora, senza remore, chiederò dove e quando avrei potuto acquisire i crediti mancanti. Se le istituzioni, infatti, non sono in grado di spendere i soldi che ricevono dallo Stato per organizzare l'aggiornamento del loro personale sanitario, secondo i bisogni territoriali, non possono avanzare pretese. È chiaro che questa decisione porta con sé anche il pericolo di vedermi "revocare" la convenzione, ma quanto meno avrò tentato di far recuperare alla categoria la dignità di un ruolo attivo. Per i Mmg l'aggiornamento ha sempre più il sapore di un mero percorso a punti.

Filippo Mele

Medico di medicina generale
Policoro (MT)