

# Allarme rosso. Ma il medico avrà ancora un ruolo in futuro?

di Franco Carnesalli

12 La domanda può sembrare assurda o oziosa. Dopo aver visto il proliferare di siti in rete che offrono servizi sanitari di vario genere, con possibilità di consulenza o anche di "visita" telematica, offerte che sembrano rendere pleonastica l'attività clinica diretta del medico e di counselling nei confronti del paziente, questa domanda sembra un po' meno assurda. Dopo aver preso atto che individui senza qualifica legale effettuano medicina estetica, interventi di riabilitazione, di consulenza psicologica e chi più ne ha più ne metta, la domanda continua a non essere peregrina. Recentemente sono comparsi referti di esami di laboratorio eseguiti presso le farmacie, che vanno al di là della glicemia e del colesterolo, comprendendo azotemia, emocromo, uricemia e altro ancora.

Ma poi, chi interpreta questi dati, eseguiti, come la misurazione della pressione arteriosa, in condizioni poco standardizzate? E che dire poi della non infrequente esecuzione di ECG registrati e interpretati tramite telemedicina presso le farmacie? Direi che ce ne sarebbe abbastanza per temere di essere diventati quasi inutili, visto che poi il paziente sceglie, giustamente, dove e da chi farsi curare, e giudica in modo altrettanto lecito, anche se non sempre obiettivo, il comportamento del medico curante. Viste le premesse, non mi è giunta inaspettata la lettura di un articolo recentemente apparso su JAMA (*Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways diseases*, October 2, 2002-Vol 288. No. 13). Da tempo ci si è resi conto della scarsa compliance dei pazienti asmatici e bron-

chitici cronici nei confronti della terapia consigliata dal proprio pneumologo o anche dal Medico di Famiglia. Numerosi sono i dati della letteratura che dimostrano come questi pazienti, una volta raggiunto un certo equilibrio funzionale e sintomatologico, tendano a ridurre o addirittura sospendere la terapia, fino alla riacutizzazione seguente.

Giunge quindi non inaspettato questo studio, eseguito in Nord Carolina da Morris Weinberger e coll., proprio per verificare il ruolo e l'influenza dell'assistenza del farmacista nella conduzione ed efficacia delle terapie pneumologiche, ai fini di una più corretta compliance del paziente e di un minor ricorso alle strutture sanitarie, soprattutto quelle dell'emergenza. Le premesse dello studio considerano che il paziente spesso frequenta più medici, ma ha un unico farmacista di riferimento. Facile per costui è commentare, consigliare, influenzare in modo istintivo, e talvolta non responsabile, ciò che il clinico ha stabilito. I ricercatori americani hanno perciò costruito un protocollo di studio, con selezione, tramite lettera, di oltre 14000 pazienti pneumopatici, o presunti tali, tra i quali, alla fine, dopo successive scremature, sono stati eletti 1113 soggetti, di cui 453 bronchitici cronici e 660 asmatici. A un primo gruppo di pazienti è stato affidato il compito di controllarsi con il peakflow-meter, e di farsi seguire dallo specialista, a un secondo gruppo oltre al peakflow-meter, è stato suggerito anche di consigliarsi con il farmacista, comunicandogli i valori misurati autonomamente, il terzo, infine, è stato seguito solo con controllo clinico. Dopo 12 mesi, i pazienti consigliati dal farmacista hanno mostrato migliori valori di peakflow rispetto a quelli con controllo clinico tradizionale, ma non rispetto a quelli controllati con peakflow-meter.

I pazienti asmatici, in particolare, consigliati dal proprio farmacista, hanno avuto più crisi di quelli controllati in modo tradizionale. La soddisfazione dei pazienti è risultata assai superiore in quelli con un buon rapporto con il farmacista.

Dai dati raccolti emerge evidente comunque l'influenza del rapporto medico-farmacista più di quella medico-paziente. È indispensabile, prima di commentare i dati presentati, considerare la metodica di selezione della popolazione. Essa è partita con numeri molto grandi, ma, dopo risposta alla lettera e a successiva telefonata di conferma o rifiuto, il numero di soggetti eligibili o meno ha raggiunto valori molto più piccoli, e di questi, solo l'80% circa ha superato i 6 mesi di controlli, e meno ancora i 12 mesi.

La accuratezza del campione e dei risultati derivati presenta quindi diversi aspetti discutibili, inficiando perciò la validità statistica delle conclusioni. Soprattutto, è probabile che i partecipanti e aderenti fossero particolarmente selezionati e motivati, in quanto è proprio il paziente a riferire l'aderenza o meno alla terapia; ciò non è molto accurato, rischiando di sopravvalutare la compliance; quelli poi che si consigliano con il farmacista, ritengono probabilmente di essere più aderenti alle terapie e meglio curati.

Anche gli stessi autori presentano conclusioni più intuitive che reali, riconoscendo i limiti del loro lavoro. Infatti sembrerebbe, da alcuni dati, che l'intervento del farmacista sia molto efficace, quando invece non corrisponde a una diminuzione di visite o accessi al pronto soccorso, obbiettivo che, forse, era quello realmente atteso.

Fortunatamente gli stessi autori ammettono sinceramente il limite del loro, studio; fortunatamente JAMA è una rivista assai seria e critica sulle caratteristiche degli studi pubblicati.

Ciò non toglie però importanza al problema che sta alla base della ricerca: la compliance dei pazienti respiratori. È evidente che la compliance deriva dalle caratteristiche della patologia considerata, dal livello

culturale o dalla motivazione del singolo paziente, ma anche dal tempo e dalla convinzione che sostiene l'approccio assistenziale e terapeutico da parte del medico.

Nessuno nega il valore sociale dell'attività divulgativa delle farmacie, dove certamente, pur in ambito ampiamente commerciale, professionisti anche validi affiancano i messaggi che giungono al paziente dai media e soprattutto dai medici curanti.

Preoccupa, però, questa invasione e appropriazione, ritengo non del tutto debita, di tecniche diagnostiche delicate per le loro difficoltà esecutive e per le loro implicazioni interpretative e cliniche.

Il rischio è proprio quello, che poi è emerso dallo studio riportato, di creare una pericolosa sovrapposizione tra le due figure professionali, sdrammatizzando eccessivamente il valore dell'atto medico. La possibilità, per il paziente, di dialogo facile e praticamente senza limiti di tempo fa sì che il farmacista (e spesso i commessi di farmacia) possano dare risposte che spesso non riescono o non vogliono ottenere dal medico di famiglia o dallo specialista.

È pur vero che spesso il medico di famiglia e lo specialista non dispongono di tempo sufficiente o della disponibilità necessaria per soddisfare queste esigenze.

È pur vero che in questi anni le esigenze, e anche le pretese, del paziente sono diventate elevate, talora eccessive. Mi sembra opportuno concludere che, se le esigenze sono aumentate, occorre ovviamente maggior disponibilità in termini di tempo e impegno professionale da parte sia del medico di famiglia sia dello specialista, non nascondendo ovviamente che le due figure attualmente si trovano immerse in una organizzazione sanitaria, pubblica ma anche privata, che richiede aumento di impegno e di quantità di prestazioni, e che sicuramente non sempre è possibile adeguarsi alla richiesta. Ma se il Medico vuole restare valido e riconosciuto punto di riferimento per il paziente, vero soggetto centrale della professione sanitaria, non ci possiamo esimere da un accresciuto impegno personale nell'espletamento della nostra professione.