



IL MEDICO **M F** DI FAMIGLIA



periodico mensile di informazione e discussione della F.I.M.M.G. - Modena
Sezione "Ghassan Daya"

Segreteria Provinciale F.I.M.M.G. - Tel. 059.216846 - Fax 059.222130

E-mail: fimmgmodena@alice.it

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB Modena

La "Bonissima" Premio Città di Modena a Ghassan Daya

Venerdì 26 novembre 2010 alle ore 11.30 presso la Sala Consigliare Residenza Municipale di Modena si è tenuta una commovente cerimonia alla presenza delle maggiori autorità cittadine e provinciali per la consegna della "Bonissima" d'argento alla memoria del Dott. Ghassan Daya da parte del Sindaco Giorgio Pighi. La commissione Premio Città di Modena presente al completo, composta dal Sindaco Giorgio Pighi, dall'Arcivescovo Antonio Lanfranchi, dal Prefetto Benedetto Basile, dal Presidente del Tribunale Mauro Lugli, dal Magnifico Rettore Aldo Tomasi aveva deciso all'unanimità di assegnare al collega Ghassan Daya il premio con questa motivazione:

"Partito dalla propria terra come studente straniero (il suo primo desiderio era quello di studiare in Italia, sogno che è riuscito a realizzare), ha avuto la forza di diventare un bravo medico, un volontario

impegnato (Associazione Angela Serra per la ricerca sul cancro), un sindacalista dei medici di famiglia, un operatore attivo nell'ambito della cooperazione internazionale (Jenin)". Ghassan Daya è diventato un modenese "esemplare".

Hanno ritirato il Premio dalle mani del Sindaco con felice commozione Paola e Lisa Daya, in una Sala Consigliare gremita, oltre che dalle autorità, di Dirigenti dell'AUSL, di numerosi amici e colleghi, e di suoi pazienti che per tanti anni l'hanno avuto come medico di famiglia. Come Segretario FIMMG Provinciale penso di esprimere il pensiero di tutti gli iscritti nel dichiarare il nostro orgoglio per averlo avuto come Segretario per tanti anni e che questo importante riconoscimento della comunità modenese sia stato attribuito al nostro amico e maestro.

**Il Segretario Provinciale
Dante Cintori**

CERTIFICAZIONI DI MALATTIA ON LINE: IL PUNTO DELLA SITUAZIONE

A meno di tre mesi dalla scadenza della proroga relativa alle certificazioni di malattia on line, facciamo il punto su alcune delle problematiche indicate dai colleghi, anche attraverso l'indirizzo di posta elettronica certificationline@fimmg.org, messo a disposizione dal Sindacato per le segnalazioni degli iscritti.

Natura della proroga e prospettive.

La proroga è relativa all'applicazione delle sanzioni, non all'obbligatorietà delle certificazioni. Il medico è tenuto alla certificazione di malattia on line, ma se continua a certificare in cartaceo, sino al 31.01.2011 non è sanzionabile. Il problema della successiva applicazione delle sanzioni, a meno di un'ulteriore proroga, sembra alquanto complesso: è evidente come senza un profilo di colpa grave il medico non potrà essere sanzionato, ma è altresì evidente come l'enunciato delle disposizioni legislative vigenti rischi, al momento della concreta applicazione, di aprire una serie infinita di contenziosi giudiziari, determinando così un clima di grave conflittualità a scapito della qualità dell'attività assistenziale. E' la conseguenza di una serie di disposizioni che sembrano finalizzate a considerare la digitalizzazione un obiettivo primario, anziché uno strumento per migliorare la qualità del servizio reso al cittadino. Per superare queste problematiche la FNOMCeO ha promosso e ottenuto la presentazione in Parlamento di un emendamento legislativo che chiarisca:

segue in seconda pagina



1. Che le sanzioni possano essere applicate solo nell'ambito dei procedimenti disciplinari previsti da contratti e convenzioni.

2. Che le aree e le situazioni di esenzione vengano definite, su indicazione delle Regioni, dalle aziende sanitarie, prevedendo in via temporanea anche volumi di flusso cartaceo.

Tale emendamento, presentato dalla maggioranza in Commissione Affari Costituzionali del Senato, potrà essere approvato, di fatto, solo a seguito del parere favorevole del Governo e gli orientamenti attuali sembrano vederne il sostegno da parte del Ministero della Salute, mentre il Ministero dell'Innovazione sembra privilegiare una logica centralista, tendente a definire con Decreto Ministeriale le aree di esenzione. Nello stesso provvedimento emendativo è inserita anche l'interpretazione legislativa, già peraltro oggetto di una circolare interpretativa del Ministero della Funzione Pubblica, secondo cui il requisito della diretta constatazione e della obiettiva documentazione del dato certificato si ottiene a seguito di visita medica, in applicazione della buona pratica clinica, evitando così dubbi su una materia oggetto di sanzionabilità penale.

Criticità.

Le criticità elencate in sede tecnica dalle Organizzazioni sindacali mediche, anche nella riunione dello scorso 28 ottobre al Ministero della Salute, sono numerose. Ne elenchiamo alcune, segnalate anche dai colleghi al nostro indirizzo certificationline@fimmg.org:

1. Secondo l'impostazione del Ministero dell'Innovazione, le aree e le situazioni di mancata copertura a banda larga non rappresenterebbero un problema, stante la disponibilità del call center: viene segnalato come il call center presenti numerosi problemi pratici, primo fra tutti gli eccessivi tempi di attesa non compatibili con una corretta attività assistenziale. Tale situazione lo rende di fatto scarsamente utilizzabile, anche nelle situazioni di temporaneo blocco di sistema.

2. Esistono, per le aree che utilizzano l'accesso tramite user-id e password, cioè nella maggior parte delle Regioni, problemi di autenticazione: viene utilizzato come user-id il codice fiscale del medico, che è un dato pubblico e l'immissione ripetuta di una password errata genera il blocco dell'autenticazione, il che rende possibili potenziali fenomeni di "vandalismo tecnologico" da parte di malintenzionati. Sono da preferire i sistemi tipo SAR (ad esempio quello della Regione Lombardia), che richiedono un'autenticazione forte: tessera operatore e password.

3. In caso di continuazione di malattia con un primo certificato rilasciato da un medico

diverso, il medico che rilascia il certificato, non potendo accedere allo storico delle certificazioni, deve basarsi sulle dichiarazioni dell'assistito o sul promemoria stampato, ma non firmato, dal primo medico certificatore, documento che per sua natura può essere facilmente falsificato.

4. Per quanto riguarda gli Ospedali e in particolare le strutture di Pronto Soccorso, non sono ancora disponibili gli adeguamenti software per estrarre la certificazione di malattia in automatico dal verbale di Pronto Soccorso. Viene in alternativa richiesta la possibilità di consentire al medico la certificazione cartacea, delegando alla struttura amministrativa l'invio della certificazione, ovvero di adibire specifiche figure mediche alla definizione della prognosi. Anche per queste ipotesi manca una definizione di procedure.

5. Il problema delle visite domiciliari rimane irrisolto, non potendo, per i motivi sopra esposti, prevedersi l'utilizzo routinario del call center in tali situazioni.

6. Il problema dell'anagrafica degli assistiti appare risolto solo nelle Regioni che utilizzano una piattaforma Regionale (SAR) interfacciata con l'anagrafica regionale, come avviene in Lombardia: nelle altre Regioni l'inserimento dell'anagrafica è responsabilità del medico. Soprattutto, e in tutte le Regioni, rimane compito del medico inserire il domicilio dichiarato, se diverso dalla residenza, con gli immaginabili contenziosi in caso di errori.

7. La presenza di categorie esenti dall'applicazione della normativa (magistrati e avvocati dello Stato, professori universitari, personale appartenente alle forze armate e alle forze di polizia, corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale delle carriere diplomatiche e prefettizia), genera ulteriore confusione. Per tali categorie, infatti, è prevista la certificazione cartacea.

Alcune raccomandazione ai colleghi.

Alcune raccomandazioni sembrano ovvie, ma la recente evidenza di casi, anche resi pubblici, ne rende utile la ripetizione:

1. Non rilasciare mai un certificato, in generale e in particolare di malattia, in assenza del paziente. Il rilascio di un certificato sulla base di informazioni telefoniche espone il medico alla probabilità di gravi sanzioni penali.

2. Non consentire, per nessuna ragione, l'utilizzo delle proprie credenziali di certificazione ad altri colleghi o a personale di studio. Se in futuro potrà essere previsto l'invio da parte di personale amministrativo, questo dovrà essere fatto con specifica procedura, specifico profilo autorizzativo e conservazione del cartaceo originale redatto

dal medico: comunque ciò ora è vietato.

3. Chiedere ai propri sostituti di dotarsi delle credenziali di accesso al sistema per poter certificare: oggi non è indispensabile, ma a breve lo diventerà. Tutti i medici iscritti all'albo possono (e sarebbe opportuno avessero) le credenziali per certificare.

4. Il certificato di malattia (on line o cartaceo) può (da sempre) essere rilasciato da qualsiasi medico e il codice deontologico prevede l'obbligo del medico di certificare, a richiesta, ciò che ha constatato. Solo nel caso di assistiti pubblici dipendenti, per assenze superiori ai 10 giorni o dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, il certificato di malattia non può essere rilasciato da un medico libero professionista. In tal caso il certificato può essere rilasciato da una struttura pubblica o dal medico di medicina generale.

5. Usare cautela nell'utilizzo, che non è obbligatorio, della codifica ICD9, in quanto questa non sempre consente di definire una diagnosi valida ai sensi dell'assenza dal lavoro (ad esempio "osteoartrosi" potrebbe non essere una diagnosi congrua, mentre lo è "osteoartrosi algica"), pertanto è più semplice utilizzare il campo "note diagnosi" che produce sul certificato un testo libero alla voce "diagnosi"

Conclusioni.

E' auspicio di tutti che il sistema delle certificazioni on line sia al più presto pienamente utilizzabile. Al momento rimangono ancora numerose criticità, note e risolvibili, anche se il principale ostacolo rimane quello della scarsa diffusione della banda larga nel nostro paese. Posizioni ideologiche che vedono nell'utilizzo dell'informatica un fine e non uno strumento non contribuiscono certamente alla soluzione dei problemi segnalati. L'atteggiamento propositivo ed equilibrato del Ministero della Salute e delle Regioni, in una logica di collaborazione come le rappresentanze della professione, sembra l'approccio più efficace ad una attuazione compatibile con le primarie esigenze assistenziali. Nonostante le asserite certezze di imminente completa dematerializzazione del sistema, allo stato dei fatti sembra prevedibile e auspicabile, a fianco di una rapida diffusione del sistema on line, la persistenza, ancora per un periodo di tempo medio lungo, di un necessario volume di flusso cartaceo. L'invito ai colleghi, tuttavia, non può essere che quello di utilizzare concretamente il sistema e di continuare a segnalare criticità e possibilità di miglioramento.

Guido Marinoni
Componente staff esecutivo
nazionale

Sabato 20 Novembre 2010 a Villanova di Castenaso, Bologna
**Dagli atti ai fatti: il percorso verso l'integrazione
nell'assistenza territoriale in Emilia Romagna.**
di Nunzio Borelli

Il progetto “**Dagli atti ai fatti**”, voluto da Fimmg, è stato realizzato attraverso la collaborazione dei Segretari Fimmg delle regioni Emilia Romagna, Sicilia e Toscana col Prof. F. Spandonaro dell'Università Tor Vergata di Roma grazie al contributo di Pfizer Italia. Obiettivo primario dell'evento organizzato dalla **Frer Fimmg** è quello di fornire elementi di confronto ed approfondimento a chi nella nostra Regione (Amministratori ai più alti livelli, dirigenti e quadri sindacali) detiene responsabilità dirette nell'evoluzione dell'assistenza sanitaria erogata dalla Medicina Generale, al fine anche di verificare la pratica attuabilità delle previsioni dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2009 e 2010 nonché dell'Accordo regionale (AIR) vigente: “**dagli atti ai fatti**”, appunto! Contribuendo così a supportare il processo di rinnovamento della Medicina Generale, in particolare fornendo gli elementi necessari per concretizzare le previsioni normative. I Medici di Famiglia Modenesi Dante Cintori, Mimmo Andreoli, Paolo Barani, Giuseppe Bianconi, Nunzio Borelli, Maria Grazia Bonesi, Gaetano Feltri, Alberto Morellini, Giovanni Razzaboni hanno partecipato al convegno. Era presenza gradita il dott. Angelo Vezzosi, Direttore del Distretto di Vignola e Presidente del Comitato Aziendale (AZ USL MO) Trattante per la Medicina Generale. Interessanti e stimolanti le relazioni dei Colleghi della FIMMG di Ferrara che hanno sviluppato l'esperienza della Casa della Salute di Portomaggiore, della FIMMG di Parma sul progetto internucleo votato al governo clinico e alla riduzione della variabilità prescrittiva, e della FIMMG di Reggio Emilia che hanno condiviso con gli astanti, il cui 15% era rappresentato dai Medici Modenesi, il rapporto MMG e Hospice.

Presenti, al consesso Sindacale il Dr Antonio Brambilla, Responsabile del Servizio di Assistenza Distrettuale Medicina Generale della Regione Emilia Romagna e il Prof Federico Spadonaro, Docente di Economia Sanitaria all'Università di Tor Vergata, Roma. Stefano Zingoni, Presidente Nazionale della FIMMG, ha portato un contributo interessante sull'Information Technology (IT) citando i dati di un'indagine svolta su circa 2500 Medici di Famiglia dello Stivale Italiano.

I dati completi sono stati pubblicati da Il Pensiero Scientifico Editore in un libro a cura del Centro Studi FIMMG, dal titolo “e-Health e medici di assistenza primaria in Italia stato dell'arte, problemi e soluzioni”. Riporto di seguito alcune pennellate emerse durante il Convegno Regionale, pennellate certamente non esaustive della questione IT ma che spero possano aiutare a capire dove siamo con l'informatica noi MMG e dove vogliamo arrivare. Dei 2500 Medici intervistati, il 73% erano uomini e il 27% donne, la maggior percentuale dei colleghi intervistati aveva un'età fra i 51 e 55 anni; il 99,5% possiede almeno un computer e il 98,8% una stampante; il 92,7% ha il collegamento internet in studio. Sono dati eccezionali se si confrontano con i dati di pochi anni fa cioè del 2006 in cui una rilevazione europea metteva all'86% i MMG con computer e il 71% connesso ad internet. Il collegamento ad internet è utilizzato per contattare gli altri MMG per il 37% degli intervistati ed il 5% lo usa per contattare gli specialisti. Il 92% dei MMG è abbastanza/molto d'accordo sul fatto che l'uso dei programmi informatici e di internet divenga parte della formazione medica e che, di converso, se vi fosse tale formazione i mezzi dell'HT verrebbero più usati (per l'88% dei MMG intervistati). Altro dato interessante, continua Zingoni è che i Medici di Famiglia usano internet, in media da oltre 8 anni con un costo medio 58 euro a mese e il 73% lo paga di tasca propria. Dall'indagine eseguita risulta che il 97,5% dispone in studio di un programma gestionale e che l'83,8% ha acquistato personalmente il programma e questo migliora per il 97% dei colleghi l'accesso alle informazioni sui pazienti che il medico necessita. Si conferma quindi che i MMG valutano come importante questa Information Technology ma i nostri assistiti cosa dicono? I dati a questo riguardo derivano da un questionario affidato all'ISPO del Prof. Roberto Mannheimer, che ha intervistato 800 pazienti. Circa il 35% dei pazienti si informa su Internet sulla propria salute ma poi va dal proprio MMG a chiedere una conferma o meno rispetto a quello che ha trovato. Otto su dieci pazienti dicono di farsi visitare almeno una volta all'anno; il 58% dei pazienti esegue un consulto telefonico almeno una volta all'anno. Sette su dieci hanno scelto il proprio medico oltre 10 anni fa; il voto al proprio Medico Curante è 7,9 per il 96% degli assistiti

Renzo Le Pera nuovo Segretario Regionale

Mercoledì 24 novembre 2010 si è tenuta la riunione della FRER-FIMMG per eleggere il nuovo Segretario Regionale che succede a Stefano Zingoni eletto nell'ultimo Congresso Nazionale Presidente Nazionale FIMMG al posto di Mario Stella andato in pensione. Il Consiglio Regionale ha eletto come Segretario il collega Renzo Le Pera già Segretario Provinciale di Bologna. La FIMMG modenese augura al nuovo Segretario un felice mandato ed una proficua collaborazione.

Il Segretario Provinciale
Dante Cintori



Certificazione preliminare al rilascio della patente di guida

Si riporta di seguito un fac-simile di modello di certificato proposto dal Ministero per la certificazione preliminare al rilascio della patente di guida, rilasciata dal medico di fiducia dell'assistito. Il certificato, che si configura sostanzialmente come certificato anamnestico, può essere rilasciato dal MMG o da altro medico che dichiara di essere il curante del cittadino. Si tratta, ovviamente, di prestazione libero-professionale e si ritiene, nell'incertezza interpretativa, gravata da IVA al 20%. La circolare del Ministero specifica le categorie tenute a presentare la certificazione anamnestica. Dal punto di vista pratico, il medico rilascia il certificato a richiesta del paziente, senza necessità distinguere tra le diverse categorie. Al momento, comunque, la certificazione è prevista per i neopatentati (nuove patenti e passaggi di categoria). Per le categorie di patente di tipo professionale individuate dal decreto sono previste successive decretazioni.

NUOVO CERTIFICATO ANAMNESTICO PATENTE: FAC-SIMILE

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO,
CHE IL/LA

SIG./SIG.RA

CODICE FISCALE

DA ME IN CURA DA PIÙ / DA MENO (*cancellare la voce che NON interessa*) DI UN ANNO,
PRESENTA / NON PRESENTA (*cancellare la voce che NON interessa*) PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE
CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, IN RIFERIMENTO A:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (<i>Se sì, specificare diagnosi</i>)	SÌ	NO
DIABETE MELLITO	SÌ	NO
SISTEMA ENDOCRINO (<i>Se sì, specificare diagnosi</i>)	SÌ	NO
SISTEMA NEUROLOGICO (<i>Se sì, specificare diagnosi</i>)	SÌ	NO
PATOLOGIE PSICHICHE (<i>Se sì, specificare diagnosi</i>)	SÌ	NO
EPILESSIA	SÌ	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE (<i>Cancellare la voce che non interessa</i>)	SÌ	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SÌ	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (<i>specificare</i>)	SÌ	NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SÌ	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	SÌ	NO

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria	FIRMA DEL MEDICO
--	------------------

LA GESTIONE DELLA CRONICITA'

di Mimmo Andreoli

Quando si affronta il tema della gestione della cronicità occorre avere ben presente che si affronta il problema della sostenibilità del Sistema Sanitario Pubblico. Sappiamo infatti molto bene che negli ultimi anni il 5% della popolazione della nostra Regione ha utilizzato oltre il 50% della spesa disponibile e che il 25% della stessa popolazione ne ha assorbito quasi il 90%. Ci troviamo quindi ad affrontare il problema di un corretto utilizzo delle risorse, dell'appropriatezza e del governo clinico.

CONCETTO DI SALUTE

L'OMS definendo la salute non solo come assenza di malattia ma come stato di completo benessere psico-fisico e sociale ne ha fatto un obiettivo posto al di fuori ed oltre le possibilità della Medicina. Così definita la salute possiamo tutti contribuire secondo le nostre capacità ma nessun singolo operatore, professionista, medico e neppure la più efficiente ed organizzata delle strutture sanitarie può da sola raggiungere l'obiettivo se non integrandosi.

INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE

Integrarsi non dovrebbe significare soltanto sapere chi fa cosa, quando e come e neppure osservare, studiare l'altro per conoscerlo, che già sarebbe tanto, ma riuscire a pensare con la testa dell'altro pur mantenendo la propria individualità ed il proprio pensiero. Abbiamo tutti una nostra ottica parziale che ci permette di analizzare a fondo alcuni dettagli ma che distorce la visione di insieme. Pur nascendo nelle stesse aule accademiche ed essendo figlie dello stesso sapere la Medicina Specialistica e la Medicina Generale si differenziano per setting, epidemiologia, modello, valori e metodo. Riuscire a vedere anche con l'ottica dell'altro, scambiandoci le lenti ci permetterebbe di cogliere i singoli dettagli e contestualmente l'immagine

nel suo insieme.

IL METODO DELLA MEDICINA GENERALE

Il metodo della Medicina Generale, soprattutto per la gestione del paziente cronico, non utilizza soltanto la visione olistica del paziente, che appartiene culturalmente anche alla Medicina Interna, ma il modello bio-psico-sociale teorizzato da L. Engel nel 1977 dove prendersi cura del malato non significa soltanto fare una corretta diagnosi di malattia ma confrontarsi con il vissuto di malattia del paziente e con il suo contesto sociale per poter impostare un trattamento terapeutico veramente efficace. Derogare da questo metodo, che applicato al paziente cronico acquisisce una valenza pedagogica, significa fallire. La malattia non è definibile soltanto in termini biologici ma nella definizione della stessa devono rientrare tutte le sfaccettature della realtà. Il modello bio-psico-sociale engeliano vede l'uomo non solo come l'aggregato dei sistemi che lo compongono (visione olistica) ma lo vede anche inserito nei sistemi che lo sovrastano (famiglia, relazione, società...). La lingua inglese ha tre vocaboli per definire la malattia, ciascuno per ogni ambito: *disease* cioè la malattia biologicamente intesa, *illness* cioè la malattia soggettivamente percepita, *sickness* la malattia socialmente intesa; questi sono i tre campi di azione contemporanea della Medicina Generale. Per poter giocare su questi tre piani il MMG deve conoscere il paziente ed il suo contesto e rinunciare alla visione apostolica ed onnipotente della Medicina per sintonizzarsi sul singolo paziente, sulla sua personalità, sulla sua cultura, sul suo linguaggio in modo plastico ed elastico con l'obiettivo dell'efficacia. Questa capacità fa sì che la Medicina Generale sia allo stesso tempo scienza ed arte. Dove ogni consultazione, ogni contatto sono originali e non producono risposte standardizzate di tipo

meccanico-artigianale ma soluzioni originali, non ripetibili la cui efficacia va misurata sul singolo caso. Sempre avendo ben presente che tra i desideri, le aspettative dei singoli pazienti e le capacità, disponibilità del medico rimane un gap incolmabile dovuto alla non raggiungibilità dei contenuti dell'obiettivo salute.

LA DOMANDA DI SALUTE

Nel porci il problema gestione della cronicità e sostenibilità del sistema vi è una domanda che sorge spontanea in premessa: sappiamo quale è la pressione che la domanda di salute esercita oggi sul sistema nel suo insieme? Abbiamo tutti i dati per quanto riguarda l'attività ospedaliera. Per esempio in provincia di Modena nel 2009 su una popolazione di 694.580 residenti sono stati registrati 113.000 ricoveri ospedalieri e 321.000 accessi in P.S. (dati forniti dall'Azienda per il PAL). Questi dati fanno riflettere e tremare. Ma quale è la domanda di salute sul territorio? Una tesi di laurea recentemente presentata da due studentesse presso l'Università agli Studi di Modena e Reggio Emilia, seguita dal CeVEAS (Centro Valutazione Efficacia Assistenza Sanitaria), attraverso una rilevazione ed elaborazione esterna alla Medicina Generale, ha rilevato che in provincia di Modena ogni MMG (Medico di Medicina Generale) apre sul proprio database in ogni seduta di ambulatorio più di 50 cartelle cliniche ogni giorno escluse le visite domiciliari. Se questi dati, facilmente verificabili, saranno confermati significa che ogni MMG in provincia di Modena ha circa 12.000 contatti per anno più le visite domiciliari. E, dato importante per valutare la pressione che la domanda di salute esercita sul sistema, i 530 MMG della provincia di Modena rispondono a circa 1.300.000 contatti anno. Questo dato fa tremare le fondamenta di qualsiasi ospedale e di qualsiasi sistema ma attesta, oltre ogni dubbio, anche in

relazione al rapporto contatti MMG/ accessi in P.S., che la rete sul territorio pur essendo sotto pressione tiene perfettamente bene e garantisce la sopravvivenza della rete ospedaliera. I cinquanta contatti giornalieri di ogni MMG sono sicuramente per la metà di natura burocratica, ma sicuramente ad alto contenuto relazionale. Dietro la semplice ripetizione di una ricetta o compilazione di un certificato ci stanno: il monitoraggio del cronico, la prevenzione con la medicina di iniziativa e di opportunità ed il mantenimento di relazioni che consentono una azione di filtro indispensabile alla sopravvivenza della qualità nel sistema ospedaliero e alla sostenibilità economica del sistema. Va anche detto che l'aspetto burocratico oggi molto complesso e pesante, oltre la valenza negativa acquisita dal termine, è uno strumento importante per il controllo della spesa e per garantire una più equa distribuzione delle risorse. Un sistema così sotto pressione richiede interventi, ma assolutamente non improvvisati e che comportano comunque un alto rischio di collasso e di implosione. Nessuno si sognerebbe di aprire una pentola sotto pressione senza tutte le precauzioni del caso e senza averne gli strumenti.

DIMENSIONI DELLA CRONICITÀ

Altri dati ci danno le dimensioni della cronicità. Nella ASL di Modena vi sono 2864 posti letto ospedalieri e 458 posti letto di lungodegenza e riabilitazione. Ma vi sono anche 2273 letti in RSA e Case Protette più 473 posti semiresidenziali con un numero di operatori non rapportabile. Ancora una volta cosa accade sul territorio. Sul territorio della ASL di Modena vengono seguite a domicilio 15.262 persone in Assistenza Domiciliare Programmata ed Integrata (dati 2009). Si tratta di pazienti non trasportabili in ambulatorio, polipatologici a rischio di scompenso, tra questi vi sono quasi 1300 neoplastici in assistenza domiciliare integrata oncologica che rappresentano il 64% dei morti per tumore nel 2009 nella nostra provincia (dati PAL ASL MO). L'assistenza a domicilio di questi 15.262 pazienti

(numero sottostimato rispetto il reale perché non tutti vengono inseriti in questi percorsi) viene garantita da 530 MMG e da 118 Infermieri Professionali che nell'anno 2009 hanno effettuato 359.019 accessi domiciliari. Di questi accessi quasi 190.000 sono stati del MMG. Significa che ogni MMG ha in carico circa 30 di questi pazienti per i quali effettua tra i 350 ed i 400 accessi anno.

GESTIONE DELLA PATOLOGIA CRONICA

Vi è poi un'altra sfida per numero di pazienti ed induzione della spesa altrettanto importante sia per il territorio che per l'ospedale. Riguarda la gestione del paziente cronico ancora autosufficiente. Questi pazienti come tante palline da ping-pong entrano ed escono dagli ambulatori della MMG e dagli ambulatori specialistici dove ricevono prestazioni senza alcun governo clinico con ripetizioni di esami, sovrapposizioni di competenze e di ruoli. Occorre superare definitivamente la logica secondo la quale ognuno lavora benissimo a casa propria senza sapere cosa accade in casa del vicino o peggio tiene perfettamente pulito il proprio giardino scaricando i rifiuti nel cortile del vicino il quale fa la stessa operazione senza che il problema trovi mai una soluzione. Integrazione e lavoro in equipe significa riconoscere che siamo interdipendenti da un punto di vista professionale ed organizzativo, che ogni attività è un contributo pensato dentro un sistema di relazioni dove ognuno sa chi fa cosa, come e quando e che abbiamo una responsabilità condivisa sul risultato finale in un processo dove ogni elemento della catena conosce non soltanto la finalità del progetto ed i bisogni del cliente finale ma anche i bisogni del cliente a monte e a valle. Ben sapendo che un percorso di cura integrato è un metodo dentro al quale possono essere collocati l'analisi del processo, le responsabilità professionali, gli indicatori di valutazione e le componenti tecniche e relazionali. Molte sono le patologie croniche che oggi necessitano di un governo clinico e di un percorso di cura integrato. Esempi: diabete Melli-

to, scompenso cardiaco, TAO, disturbi cognitivi, ipertrofia prostatica benigna, patologie della tiroide stabilizzate, MGUS, asma e BPCO, neoplasie stabilizzate, postumi di malattie cerebrovascolari, altre malattie neurologiche in fase di stabilità, insufficienza renale cronica. La Medicina Generale deve raccogliere questa sfida, consapevole che si gioca non solo il proprio futuro ma il futuro del Sistema Pubblico e a riportare in modo programmato, condiviso e sostenuto da apposita organizzazione, la gestione di un numero sempre maggiore di patologie croniche nell'ambito delle Cure Primarie e in particolare della Medicina Generale. Ciò consentirebbe al paziente e al suo medico di recuperare una gestione unitaria di percorsi oggi frammentati e di non sempre facile composizione (pensiamo alla difficoltà di coordinare scadenze, accertamenti, terapie quando intervengono più specialisti). Inoltre, sarebbero disponibili risorse specialistiche da riconvertire, con abbattimento delle liste d'attesa, a favore del paziente complesso e a maggior rischio di scompenso che necessita in tempi brevi di prestazioni di secondo livello attraverso una corretta individuazione dei profili di rischio e la distinzione di ruolo tra curante e consulenti con enorme vantaggio sia della Medicina Generale che di quella Specialistica. L'esperienza peraltro della presa in carico dei pazienti diabetici da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) è risultata (dopo l'iniziale opposizione delle Associazioni dei Pazienti) particolarmente positiva in termini di qualità dell'assistenza e di soddisfazione dei pazienti in diverse provincie della nostra Regione. A Modena i 530 MMG assistono in gestione integrata 16410 Diabetici. Ancora 3899 pazienti con disturbi cognitivi, 2300 pazienti in TAO. Sono numeri importanti. Non tutto è ancora da fare! Certamente può essere migliorato!

DIMISSIONI PROTETTE

Ultima sfida per l'integrazione Ospedale-Territorio sono le dimissioni protette. Molto è stato fatto e qualcosa resta ancora da fare. Nella provincia

di Modena vi sono state 4223 dimissioni protette nell'anno 2009 con un aumento costante e progressivo di circa 200 dimissioni protette ogni anno a partire dal 2005. Sono un numero enorme, a fronte dell'esiguo numero di operatori, i pazienti non autosufficienti, fragili che ritornano sul territorio grazie anche ad una tenuta ancora buona delle famiglie e al fenomeno del "badantato". Essenziale in questo contesto la valutazione multifunzionale e multi professionale del paziente con una corretta individuazione dei profili di rischio. Nella realtà di Modena importante è il contributo scientifico e culturale della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità (Direttore Prof.ssa A. Becchi) che opera all'interno dell'Ospedale di Baggiovara. Uno studio non ancora pubblicato di A. Becchi e Coll. su 90 pazienti dimissibili ricoverati presso la Medicina Metabolica dell'Ospedale di Modena ha rilevato come la causa del prolungamento della degenza sia stato in 62 casi una difficoltà del trasferimento in una lungo-degenza ospedaliera, in 12 casi una resistenza della famiglia e soltanto in 4 casi un ritardo di valutazione da parte delle unità di valutazione territoriali. Il problema delle Dimissioni Protette non sembra quindi essere legato ad una difficoltà di presa in carico sul territorio.

CRITICITA'

Di cosa hanno bisogno il territorio, le Cure Primarie, la Medicina Generale? Certamente di una migliore organizzazione ma soprattutto di operatori. Oggi assolutamente non più sufficienti e ad alto rischio di *burn-out*. Questa è l'emergenza numero uno.

Altre criticità sono:

-Non sufficiente integrazione degli operatori all'interno delle cure primarie per esempio con i Medici di Continuità Assistenziale, troppo poco valorizzati.

-Confusione di ruolo tra Curante e Consulenti.

-Non sufficiente informazione/educazione sanitaria alla popolazione.

-Non sufficiente coinvolgimento del MMG (che ha 12.000 contatti anno

con la popolazione) nell'ambito della committenza; il MMG Referente di Distretto affianca un Direttore di Distretto senza più alcun potere reale in termini di committenza.

-Preparazione accademico-ospedaliera e non sul territorio degli operatori.

-Difficoltà di comunicazione dentro e fuori le Cure Primarie.

-Insufficiente raccolta ma soprattutto analisi dei dati oggi disponibili.

-Mancanza di una ricerca propria della Medicina Generale che lavora su progetti disegnati all'esterno con bisogni, obiettivi e finalità spesso estranee alla Medicina Generale.

-Mancanza di propri indicatori ed utilizzo di indicatori mutuati dalla realtà assistenziale specialistica ospedaliera ed universitaria.

-Non sempre corretta individuazione di profili di rischio del singolo paziente cronico.

-Eccessiva delega al personale sanitario di funzioni burocratico amministrative.

-Mancanza di un progetto maturo e condiviso di riorganizzazione del territorio. I nuovi modelli organizzativi (NCP strutturati, Case della Salute) non sono stati studiati e sperimentati a sufficienza per determinarne il costo/beneficio e la loro riproducibilità in contesti diversi da quelli oggetto di eventuali sperimentazioni.

PROPOSTE

I MMG sono sotto pressione per una mole di lavoro in costante aumento. appoggiata in modo pressoché totale dal singolo MMG sostenuto da una organizzazione molto scarna. Occorrono più operatori sul territorio, preparati e motivati. Occorrono collaboratori in ogni studio di Medicina Generale per sburocratizzare la figura del Medico ed Infermieri Professionali dedicati in ogni Nucleo di Cure Primarie. L'organizzazione della MG, pur molto evoluta negli ultimi 20 anni (informatizzazione, Reti, Nuclei di Cure Primarie, associazionismo medico, cooperative), deve trasformarsi per accettare le sfide dei nuovi bisogni e dei nuovi modelli di cura, attraverso una maggiore integrazione al proprio interno, con gli altri servizi territoria-

li e con l'ospedale. I nuovi modelli organizzativi nell'ambito delle Cure Primarie, dovranno essere condivisi con gli altri operatori e con i cittadini, tenere conto del rapporto costo beneficio e della loro riproducibilità sul territorio, evitando di mettere a rischio il rapporto di fiducia medico paziente e la continuità nel tempo del rapporto assistenziale che oggi garantiscono il controllo della spesa e la sostenibilità economica del Sistema. Le Case della Salute proposte dalla Regione E.R. sono aggregazioni "murarie" adatte ad accorpate servizi ove esistano strutture da riconvertire, ma nel medio periodo non si prestano a divenire il modello di riferimento delle Cure Primarie. Prevedono una aggregazione fisica di servizi ma non diverse relazioni funzionali, non considerano l'integrazione con l'ospedale, sono molto costose, rischiano di accentrare servizi ora a distribuzione capillare come gli studi dei MMG con disagio della popolazione e di interferire nel rapporto di fiducia considerato essenziale da parte dei cittadini che ricorrono al medico di famiglia. Occorre invece promuovere in modo deciso una evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie verso unità funzionali, con sedi uniche ove utile o collegamenti in rete ove maggiormente rispondenti ai bisogni, con promozione di progressive aggregazioni in medicine di gruppo e con strutture che di minima prevedano la presenza di collaboratori di studio in ogni studio medico e di infermieri dedicati in ogni NCP. Il modello si rifà alle "Unità di Medicina Generale proposte dalla FIMMG e all'Accordo Collettivo Naz. Per la MG (Unità Complesse di Cure Primarie). Il modello proposto può consentire anche l'integrazione tra Continuità Assistenziale e MG. Gli operatori del territorio dovrebbero ricevere una formazione sul territorio. Molte Università della nostra Regione si stanno muovendo in questa direzione, in primis l'Università di Modena e Reggio che ha introdotto nel proprio piano formativo obbligatorio l'insegnamento di Medicina Generale e Cure Primarie con adeguato periodo di tirocinio/tutoraggio sul territorio. In questa logica va anche la scelta di

inserire il tirocinio pratico dei Colleghi del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale non solo all'interno delle strutture universitarie ma negli ospedali vicini alla loro residenza (possibile sede della loro attività professionale) per favorire la conoscenza e l'integrazione futura tra operatori. Occorre fare formazione insieme e non a compartimenti stagni. La MG, attraverso il potente strumento dell'audit nei NCP ha sposato da anni la causa dell'appropriatezza prescrittiva come dovere etico prima che come obbligo o necessità economica. I MMG ritengono che uno degli strumenti che maggiormente può favorire l'integrazione in percorsi di cura appropriati per la gestione della cronicità sia l'audit condotto in gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari a partire dalla definizione delle priorità e dei problemi, non a partire dall'individuazione degli indicatori, per poi individuare standards di riferimento confrontabili con la pratica e l'identificazione delle aree di possibile miglioramento da sottoporre a continua e periodica verifica. Questo approccio dovrebbe essere universalmente condiviso all'interno di tutte le categorie di operatori sanitari con l'obiettivo di offrire ai pazienti percorsi condivisi, chiari, poco burocratizzati, identificabili come "presa in carico" piuttosto che coacervo di prestazioni scollegate. Strumento indispensabile per i percorsi di integrazione ed il governo clinico è un sistema informatico veramente in rete che permetta non solo la registrazione e la conservazione dei dati ma la condivisione e l'analisi degli stessi mettendo in grado il sistema di misurare la domanda di salute e le prestazioni sanitarie, la creazione di registri per patologia e di favorire lo sviluppo di una ricerca originale della Medicina Generale e la definizione di indicatori propri. Si registra nella nostra Regione l'informatizzazione e la connessione alla rete "SOLE" della pressoché totalità degli studi di MMG. Le potenzialità della rete tuttavia sono espresse solo in minima parte e talvolta in modo non congruo rispetto alle modalità operative del MMG. La rete deve favorire, nel rispetto delle norme sulla privacy, la circolazione delle informazioni e deve facilitare e

migliorare le prestazioni professionali, non tendere alla "impiegatizzazione" del lavoro medico. E' necessario il coinvolgimento della Medicina Generale in programmi di informazione ed educazione alla popolazione finalizzati ad un corretto utilizzo delle risorse ed al coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di politica sanitaria che determinano la distribuzione delle risorse. Occorre infine un progetto condiviso, sostenuto da politiche forti di governo, affinché due mondi diversi come la Medicina ospedaliera e la Medicina Generale non si tocchino soltanto attraverso le loro avanguardie allacciando connessioni importanti quanto fragili ma facciano sistema attraverso relazioni forti, strutturate e continuamente verificate. Tutto questo dovrebbe avvenire nella continua e concreta consapevolezza che per quanto grande sia il nostro bagaglio culturale sono sempre di gran lunga maggiori le cose che ancora dobbiamo apprendere e che possiamo scoprire camminando insieme.

RISCHIO

Nel progettare interventi di riorganizzazione dell'assistenza sul territorio e all'interno delle Cure Primarie vi sono tre rischi: il pericolo di perdere, sottovalutandolo, il rapporto di fiducia Medico-Paziente, il rischio di perdere la continuità nel tempo di tale rapporto, ed infine il rischio per il cittadino di perdere la libera scelta del Medico di Fiducia. Se l'ultimo rappresenta un rischio per l'utente i primi due sono la chiave di volta per la tenuta del sistema e la loro manomissione può causarne il crollo con gravissimo danno per i cittadini e per la Medicina stessa. Nella Medicina Generale contatti per situazioni cliniche strane, precliniche, per sintomi senza malattia che sottendono disagi esistenziali, psicologici, sociali sono la regola e non l'eccezione! Ed ogni paziente porta in media tre problemi ad ogni accesso. La gestione di queste problematiche indefinite può essere affrontata in modo efficace se vi è un rapporto di fiducia stretto tra Medico e Paziente che preveda la continuità nel tempo della responsabilità terapeutica. In mancanza di questi due essenziali requisiti, che garantiscono la possibilità

di filtro, inevitabilmente, come accade in ogni P.S. o consultazione specialistica, anche per motivi medico-legali, ogni mal di pancia richiede la colonoscopia ed ogni mal di testa la TAC encefalo. Prestazioni da moltiplicare per il numero di accessi in Medicina Generale con relativa insostenibile ricaduta sulla spesa sanitaria. E la medicina dell'evidenza da sola non sarà sufficiente ad arginare questo fenomeno. Molti autori sottolineano i limiti dell'EBM ritenendo tuttora aperto il problema se i trials siano da considerarsi il "golden standard" per trovare le prove di efficacia in Medicina Generale, dove predominano i problemi complessi, le incertezze, dove i fattori contestuali e di relazione giocano un ruolo a volte determinante nella decisione clinica. Occorre infine tenere presente che nella gestione della patologia cronica cambia il ruolo del terapeuta che non è più quello di curare (erogare una prestazione) ma di farsi carico (relazione di aiuto) e che la partecipazione consapevole del paziente nel percorso terapeutico-assistenziale è necessaria (empowerment). Favorire l'empowerment del paziente non è solo informare evitando implicazioni affettivo relazionali, non è neppure prescrivere o vietare attraverso un atteggiamento normativo con flusso monodirezionale, richiede invece conoscenza, ruolo fiduciario del Medico, dialogo bidirezionale, personalizzato con atteggiamento ricorsivo. In altre parole se nei prossimi anni la Medicina dovrà fornire solo delle prestazioni sarà sufficiente definire dei percorsi integrati di cura e curare l'integrazione multi professionale del lavoro di equipe. Ma una Medicina di questo tipo risponde ai nuovi bisogni della popolazione? Oppure sostituiranno il Medico con lo stregone di turno alla ricerca di quella relazione di aiuto che richiede un rapporto personale, una conoscenza reciproca? La Medicina è sempre stata arte e scienza, minare il rapporto di fiducia, modificare il ruolo attuale del MMG e sostituirlo con una equipe di fornitori, prestatori d'opera, significa cancellare la parte relazionale della Medicina e lasciare solo le prestazioni.

Ma questa è ancora Medicina?

“DISABILI ED ATTIVITA’ MOTORIE E SPORTIVE”

Un percorso presso il Centro di Medicina dello Sport di Modena

I dati disponibili a livello internazionale sulle abitudini motorie ed alimentari dei disabili (mentali e fisici) sono pochi. E’ ormai consolidato che occorre favorire sani stili di vita nella popolazione per promuovere la salute dei singoli soggetti tutti, quindi anche dei disabili. Anche nel territorio modenese manca una rete che oltre all’assistenza sanitaria, assicuri al soggetto disabile percorsi sanitari e servizi per poter migliorare le proprie abitudini di vita. Molti disabili non svolgono attività motoria in modo continuativo, pochi svolgono sport a livello amatoriale, ancor meno svolgono sport agonistici. Le abitudini alimentari dei soggetti disabili sono spesso sovrapponibili a quelle del resto della popolazione. I disabili oltre a seguire dieta sbilanciata caratterizzata da errori sia di tipo qualitativo che quantitativo, si trovano in condizioni di maggior fragilità in relazione al loro deficit fisico o mentale. Quindi appare di primaria importanza creare percorsi sanitari in aggiunta a quelli esistenti ed in collaborazione, per favorire in tutti i disabili sane abitudini di vita.

• A CHI E’ DESTINATO IL PROGETTO:

- a) Persone disabili residenti a Modena e Provincia già inserite in attività motorie e sportive, sia in ambito agonistico che non agonistico;
- b) Persone residenti a Modena e Provincia portatrici di disabilità congenite o acquisite stabilizzate che non svolgano alcuna attività sportiva strutturata e che desiderano avviarsi alla pratica sportiva, sia agonistica che non agonistica;
- c) Persone residenti a Modena e Provincia che a seguito di recenti eventi patologici o traumatici abbiano acquisito condizioni di disabilità e che desiderano avviarsi alla pratica sportiva, sia agonistica che non agonistica;

• COME SI ARTICOLA IL PROGETTO PER LE PERSONE DEL PUNTO a):

- Segnalazione diretta delle Persone da parte delle Società Sportive al Centro di Medicina dello Sport della Az. USL di Modena;
- **T0** valutazione pluridisciplinare presso Centro di Med. Dello Sport, comprendente:
 - visita Medico Sportiva e valutazioni annesse (ECG e/o Test Massimale, Spirometria) diversificate secondo la modalità agonistica o non agonistica dell’ attività sportiva svolta;
 - Valutazione stato nutrizionale: raccolta dati antropometrici e diario alimentare dei 7 giorni;
 - raccolta Scala di Indipendenza Funzionale (FIM);
 - integrazione mediante valutazioni nutrizionale e/o fisiatrica in caso di rilievo di:
 - * alterazioni della composizione corporea e/o delle abitudini alimentari,
 - * necessità di trattamento riabilitativo e/o prescrizione di ausili.
 - esecuzione di eventuali ulteriori valutazioni personalizzate presso ambulatorio nutrizionale e/o fisiatrico.
- **T1** controllo a distanza di 12 mesi in coincidenza con rinnovo di certificazione di idoneità allo svolgimento della attività sportiva.

• COME SI ARTICOLA IL PROGETTO PER LE PERSONE DEI PUNTI b) E c):

- Segnalazione delle Persone da parte dei Medici di Medicina Generale al Centro di Medicina dello Sport della Az. USL di Modena. E’ allo studio una possibilità di segnalazione diretta da parte dei Centri di Riabilitazione di 3° livello operanti in Emilia-Romagna sia per le gravi cerebrolesioni (Correggio-RE e Montecatone-BO) che per i traumi vertebro-midollari (Montecatone-BO e Villanova d’ Arda-PC);
- **T0** valutazione pluridisciplinare presso Centro di Med. dello Sport, comprendente:
 - valutazione nutrizionale: raccolta dati antropometrici e diario alimentare dei 7 giorni;
 - visita Medico Sportiva e Fisiatrica;
 - visione es. di laboratorio per analisi assetto bio-umorale, metabolico e lipidico;
 - raccolta Scale di Indipendenza Funzionale (FIM) e di Qualità di Vita (QLI);
 - Spirometria;
 - visita Cardiologica con esecuzione di ECG basale e prova da sforzo.
 - rilascio certificazione di idoneità alla attività sportiva
 - proposta di attività sportiva secondo mappa delle risorse in Modena e ProvinciaInvio di relazione clinica al Medico di Medicina Generale.
- **T1** controllo a distanza di 12 mesi comprendente:
 - Valutazione di controllo stato nutrizionale e fisiatrico;
 - controllo eventuali alterazioni cardiologiche o di es. di laboratorio;
 - eventuali altri controlli clinici per necessità insorte durante pratica sporti
- **T2** controllo a distanza di 24 mesi comprendente:
 - valutazione necessità individuali specifiche in ordine a problematiche nutrizionali e/o fisiatriche precedentemente individuate;
 - raccolta Scale di Indipendenza Funzionale (FIM) e di Qualità di Vita (QLI);
 - bilancio attività sportiva.

Modalità di invio: telefonata o mail al Servizio: Tel: 059.213.4281-88 mail: ch.luppi@ausl.mo.it

Le persone diversamente dotate vengono definite disabili sulla base di un danno fisico o mentale, riportato a causa di problemi congeniti o acquisiti. Tra questi ultimi gli incidenti stradali hanno un ruolo preponderante con 15.000 persone l’anno portatrici di lesioni fortemente invalidanti come conseguenza dell’evento traumatico. Si tratta della prima esperienza in Italia che mette a disposizione dei disabili un team multidisciplinare che mette in rete una serie di professionalità per rendere più semplice l’accesso al mondo dello sport: dalla scelta della disciplina più adatta, sino all’indicazione degli impianti presso i quali praticare in condizioni di sicurezza l’attività sportiva. Il progetto ha preso l’avvio dopo quasi due anni di preparazione, cui abbiamo contribuito anche come FIMMG offrendo collaborazione nella messa a punto in particolare concordando le modalità di segnalazione e le tipologie dei nostri assistiti possibili candidati a entrare nel percorso. L’età dei soggetti che possono accedere al percorso è in linea di massima compresa tra i 18 e i 50 anni con eccezioni da valutare caso per caso, intendendo per disabilità sia quelle congenite (mentali e motorie) che acquisite, con particolare attenzione per quelle di origine traumatica (TCE e mielolesioni)

C.A.

Da un sistema di linee guida a un sistema di rete

"Da un sistema di linee guida a un sistema di rete" è il titolo dato al Congresso SIMG di quest'anno, che si è concluso il 27 novembre. Significativa la presenza modenese.

Diverse sezioni sono state dedicate ai temi delle cure palliative e della terapia del dolore, delle malattie croniche (ad esempio diabete e osteoporosi) e alle cure domiciliari, spaziando dagli aspetti clinici e scientifici a quelli di politica sanitaria. Si è parlato di efficacia e di efficienza, di metodi e strumenti a supporto dei medici, di valutazione dell'assistenza e di MilleGPG per il monitoraggio delle malattie croniche, di ricerca sui nuovi modelli organizzativi e di scuole di HTA (Health technology assessment), di "rete" funzionale e di Centri di Cure Primarie al di là delle "sedi fisiche". Erano presenti 2000 medici ed è intervenuto il ministro Fazio. È proprio sul terreno dell'efficienza clinica che si gioca il futuro della Medicina Generale, unico settore professionale esperto nella cosiddetta "Medicina della Complessità", a differenza di tutte le altre Specializzazioni esperte nella "Medicina complicata". I modelli organizzativi nuovi, da Health Search, al progetto SISSI, alla rete Mille GPG, permettono di ricavare una fotografia sempre aggiornata dei nostri assistiti e di capire i nuovi bisogni. Disponiamo di conoscenze approfondite di epidemiologia della popolazione italiana, dei costi associati ai comportamenti dei medici, della qualità delle prestazioni erogate. Un "patrimonio" che ci pone in una posizione privilegiata nel valutare l'impatto delle nuove soluzioni sanitarie. La presenza dei modenesi è stata importante, sia come partecipanti medici che come studenti e tirocinanti, anche come relatori: sono state presentate ben 7 ricerche di studenti e neolaureati. Il primo premio come miglior relazione dei giovani è stato vinto dalla studentessa modenese Francesca Borsari, che ha riferito lo studio "Può l'ABI (ankle brachial index) migliorare la stima del rischio cardiovascolare nelle donne?" cui hanno partecipato diversi medici modenesi. Anche quest'anno Modena si è distinta per l'esperienza di insegnamento della MG agli studenti di Medicina, nella sessione affollatissima "Work in progress sull'insegnamento" cui hanno partecipato Medici tutor, Tirocinanti e Studenti da tutta l'Italia. Anche la sessione sulla valutazione della qualità delle Cure Domiciliari è stata organizzata dalla Simg modenese, e ha riportato prevalentemente esperienze modenesi: dopo il dott. Giorgio Donini e il giovane medico Daniele Sala, hanno parlato la modenese Donata Bellentani, dirigente dell'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali, con una relazione competente e appassionata sulle risposte socio-sanitarie da dare alla "non Autosufficienza", e la coordinatrice infermieristica Giuliana Bulgarelli, che ha presentato in modo brillante la cartella infermieristica informatizzata per l'assistenza domiciliare e i flussi informativi regionali. La mia relazione introduttiva è partita da una serie di quesiti sulle lacune che oggi ci sono, a livello nazionale, per dare inizio ad un percorso di ricerca di una cartella informatizzata integrata, fra i medici, gli infermieri e tutti gli altri operatori, che porti anche ad utilizzare come merita la piattaforma telematica offerta dal Sistema Sole. Auspicio che anche in futuro l'esperienza modenese di assistenza domiciliare possa essere un esempio e un modello a cui vorranno ispirarsi i nostri colleghi delle altre realtà nazionali; ma perché questo possa succedere la nostra azienda dovrà continuare a crederci e ad investire.

Maria Stella Padula

Dal Distretto di Mirandola

a cura di Nunzio Borelli

La Gestione della persona con disturbi cognitivi: presente, passato e futuro.

Lo scorso Sabato 2 ottobre, si è tenuto a Mirandola, nell'Auditorium del Castello dei Pico (piazza Marconi, 23), un convegno sulla malattia di Alzheimer. L'evento è organizzato dalla associazione dei familiari delle persone affette da demenza ASDAM onlus (Associazione Sostegno Demenze e Alzheimer Mirandola), con la partecipazione dell'Unione Comuni Modenesi Area Nord, il Distretto sanitario, il Circolo Medico "Mario Merighi" di Mirandola. E' stata l'occasione per presentare un bilancio dell'attività del Consultorio psicogeriatrico di Mirandola diretto dal Dr Andrea Fabbo a dieci anni dalla sua apertura. Nel corso del Convegno chi scrive ha presentato i dati relativi agli oltre 1850 pazienti affetti da Alzheimer che vengono seguiti dai loro Medici Curanti in stretta collaborazione con il Consultorio Psicogeriatrico. Sono stati 129 i Moduli B nel 2004 poi saliti a 255 nel 2006 per arrivare poi lo scorso anno a oltre 280. Oltre il 25% dei pazienti seguiti a domicilio con l'istituto dell'Assistenza Domiciliare Integrata è affetto da demenza. Il convegno è stato anche l'occasione per mettere in evidenza le complesse problematiche legate alla gestione della demenza da parte di chi assiste i malati, famigliari e personale di supporto (caregivers), dei medici specialisti, dei medici di famiglia e degli operatori sociali in una visione d'insieme che tiene conto di un approccio "centrato sulla persona" e non sulla malattia. Si è parlato anche di approcci farmacologici e non, di bisogni delle famiglie dei pazienti, con esperienze profonde e toccanti. Nell'Area Nord l'integrazione fra Medici di Famiglia, Consultorio Psicogeriatrico, Distretto Sanitario, Volontariato è diventato uno dei punti di riferimento del Progetto Demenze della Regione Emilia-Romagna.

Le strategie di adattamento del paziente asmatico alla sua malattia

Questo è il titolo del Convegno che si è svolto Sabato 30 Ottobre 2010 presso la Sala Conferenze dell'Hotel La Cantina di Medolla, convegno ,con crediti formativi ECM,a cui hanno partecipato i Medici di Famiglia dell'Area Nord. Relatori al Convegno sono stati il Dr Michele Giovannini, il dr Fabio Gilioli, la dr.ssa Gaia Francesca Cappiello e la dr.ssa Elisa Businarolo tutti pneumologi. Ancora oggi in Italia ogni anno muoiono oltre 500 persone affette da asma. E' sembrato opportuno organizzare questo Convegno nel 2010, anno Mondiale del Polmone , ricordando ad esempio che nella Provincia vi sono 1200 pazienti in ossigenoterapia,terapia che costa oltre i 5.milioni di euro all'anno. L' asma è una patologia che colpisce il 5% degli Italiani che per l'Area Nord equivale ad oltre 4000 pazienti; il costo annuo è di circa 1400 euro per paziente. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, ci sono tra i 100 e i 150 milioni di persone che soffrono di asma bronchiale in tutto il mondo.

Le morti associate alla malattia, sempre secondo i dati dell'Oms, sono circa 180mila ogni anno. Nel 50% degli adulti e nell'80%

dei bambini malati di asma, prevale la forma allergica.,In termini economici, l'asma incide più della tubercolosi e dell'Hiv combinati. Nei soli Stati Uniti, la stima dei costi diretti e indiretti per la cura si aggira sui 6 miliardi di dollari all'anno e raggiunge gli oltre 10 miliardi considerando il costo totale della malattia, incluse le giornate lavorative e scolastiche perdute. Nel corso del meeting scientifico è emerso un dato impressionante ,ricorda il Dr Nunzio Borelli,Medico di Famiglia e Pneumologo,cioè che solo il 5 % dei pazienti asmatici ha un controllo completo della malattia, quindi è quanto mai essenziale eseguire controlli dal proprio medico curante e dallo specialista per eseguire la terapia corretta. Nel futuro del monitoraggio dell'asma vi è il "Naso artificiale" cioè un piccolo apparecchio che applicato sul naso può determinare ad esempio quanto ossido nitrico si espira, elemento questo correlabile al miglioramento, se l'ossido nitrico cala della malattia asmatica. Nel futuro a più lungo termine vi potrebbe essere una striscia,come quella usata per controllare i pazienti diabetici, striscia che analizza le cellule infiammatorie e sostanze chimiche presenti nel catarro degli asmatici .



Circolo Medico "Mario Merighi" ...Di ritorno dall'Afghanistan

Un lungo e caloroso applauso ha suggellato,la serata ,organizzata dal Circolo Medico "M.Merighi",presso l'Auditorium di Medolla il 18 novembre scorso,che ha visto il Dr Sandro Pomiato,Coordinatore del Progetto di Cooperazione Italiana ad Herat,magnifico relatore sul tema...Di ritorno dall'Afghanistan.L'Afghanistan ha circa 35.000.000 di abitanti su di un territorio che è il doppio dell'Italia; questo Stato produce zafferano,pistacchio ma ahimè il 95% della droga mondiale proviene da lì.Il 75 % degli Afghani vive in zone rurali e la percentuale di alfabetizzazione è del 26%.La mortalità dei bimbi sotto i 5 anni supera i 150 x mille .

Argomenti questi che con la passione espositiva di Sandro Pomiato,unitamente alla iconografia, hanno davvero preso gli astanti in Auditorium .Sono stati stanziati dal 2001 ,circa 480 milioni di euro per i progetti di cooperazione italiana in Afghanistan; vi sono in essere 53 progetti dalla costruzione di scuole,strade acquedotti,ospedali e tanto altro ancora.

Ad Herat vi è un Ospedale con oltre 400 posti letto e un nosocomio Pediatrico che può ospitare 100 bimbi.Il dr Pomiato che nella prima decade di Dicembre tornerà ad Herat,ha condiviso con il pubblico presente a Medolla che il popolo Afghano è dilaniato da oltre 30 anni di guerra civile e che ha "sete " di pace e di sviluppo ed è per questo che i cooperanti italiani sono ben voluti dagli Afghani

Nunzio Borelli

Medicina “di base” ?

Pensiamo che tutti conoscano (almeno di...fama) l'autore di questa breve ma significativa testimonianza; ha lavorato per diversi lustri in ospedale come nefrologo con soddisfazione dei pazienti e intrattenendo sempre ottimi rapporti con tutti i medici di famiglia. Da poco “giovane” pensionato si è gettato nella mischia della medicina generale sostituendo la nostra collega (nonchè sua consorte) Maria Stella; dopo un giorno di lavoro in ambulatorio ecco la sua testimonianza. Speriamo almeno che il suo datore di lavoro lo abbia retribuito secondo convenzione...

Laurea, abilitazione, una sostituzione estiva, un anno di turni in Guardia Medica; poi 34 anni come specialista in ospedale. È con questo curriculum che mi presento nello studio di mia moglie, medico di Medicina Generale, per sostituirla in un pomeriggio di visite in ambulatorio. Nulla di nuovo da scoprire - penso - per chi è abituato

ai problemi delle lunghe notti di guardia, con pazienti critici, o appena trapiantati.

La realtà è molto diversa.

Io per una vita ho curato solo malati gravi; so tutto del nefrone e dell'ipertensione, ma oggi mi trovo ad affrontare:

- l'ipostenia dell'arto superiore sinistro di una 92enne
- l'ansia di una 40enne
- il mal di pancia di un 26enne precario (sarà solo ipocondria?)
- le emorroidi di una 70enne
- l'unghia incarnita di un giovanissimo immigrato
- il mal di gola
- la bronchite col catarro
- la bronchite senza catarro
-

In ospedale era tutto facile: bastava chiedere la consulenza!

- del neurologo, che poi chiedeva la TAC;
- dello psicologo, che iniziava un ciclo di colloqui
- del gastroenterologo, che poi faceva la colonscopia
- del proctologo, con relativa

rettoscopia

- del pneumologo, che richiedeva la radiografia,
 - dell'ortopedico, ...
 - dell'otorino, ...
- ...ma qui che faccio?

Probabilmente il problema che ho da risolvere è piccolo; ma se non lo è?

Il paziente non vuol girare, non vuole pagare ticket; vuole guarire, vuole una risposta subito...

e proprio non è facile sapere abbastanza di tutto; avere una medicina per tutto.

Qualche esame di laboratorio lo chiedo. In ospedale li facevamo tutti a tutti!

Una visita specialistica la chiedo.

I miei capelli grigi mi aiutano: la parola del “vecchio” medico vale ancora qualcosa.

Finalmente la sala d'attesa si è vuotata. Vado a fare una domiciliare. La richiesta al telefono sembrava banale. Ma cosa ci sarà dietro?

Giulio Malmusi

ULTIME SU IRAP

In merito ai contenziosi tributari proposti dai nostri associati, aventi per oggetto l'IRAP, segnaliamo la seguente opportunità della quale avvalersi nel caso in cui il MMG abbia ottenuto una sentenza favorevole nel primo grado di giudizio, emessa dalla Commissione Tributaria Provinciale (CTP). A fronte di questa sentenza, il collega potrà richiedere direttamente ad Equitalia la sospensione dell'avvio delle eventuali fasi di riscossione, in forza della direttiva emanata da Equitalia stessa il 6 maggio scorso. Basterà infatti consegnare allo sportello del competente ufficio un modello di autodichiarazione scaricabile dal sito web di Equitalia allegando copia del provvedimento, indipendentemente dal fatto che l'agente della riscossione abbia ricevuto o meno la notifica dello stesso provvedimento dagli uffici dell'Amministrazione finanziaria. Si ricorda inoltre che ai sensi dell'art. 58 del D.lgs 546/92, in occasione del ricorso in Commissione Regionale Tributaria (CTR - secondo grado di giudizio), contro l'eventuale sentenza sfavorevole emessa dalla CTP, il MMG potrà presentare nuovi documenti per rafforzare la pretesa già avanzata nel primo grado di giudizio.

Carmine Scavone

Vicesegretario Nazionale Vicario

DIRETTORE RESPONSABILE:
Fernando Pieralisi

SEGRETARIO DI REDAZIONE:
Claudio Andreoli

COMITATO DI REDAZIONE:
Cataldo Piancone, Mario Stancari

GRAFICA E STAMPA:
Litotipografia Artestampa s.r.l.
Viale Ciro Menotti, 170 - Modena

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
F.I.M.M.G.
Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale
P.le Boschetti 8 - 41121 Modena

Autorizzazione del Tribunale di Modena
n. 1202 del 7/5/94
Sped. in abb. postale
Comma 27 Art. 2 - I. 549/95
Pubblicità inferiore 40%
Autorizzazione Filiale EPI di Modena

Questa rivista viene inviata
ai medici di medicina generale
della provincia di Modena

Tiratura media: 800 copie
Chiuso in litografia il 20 Dicembre