



Bollettino

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI **PERUGIA**



ANNO XLVI

3

2009

**Commenti al
decalogo**

pagine 3/5/7

**Gestione del paziente
diabetico**

pagina 10

**Epidemiologia e
conflitti**

pagina 16

Consenso informato

pagina 20

**La psicosi nei
giovani**

pagina 24

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

Anno XLVI – 3/2009

SOMMARIO

Decalogo! Chi era costui?	Pag. 3
Commenti al decalogo	» 5
Noi e voi	» 7
Il medico è penalizzato	» 9
Il paziente con Diabete Mellito	» 10
Medicina di iniziativa	» 14
Epidemiologia e conflitti armati	» 16
Chirurgia percutanea	» 18
Consenso informato	» 20
Paziente cardiocirurgico	» 21
La psicosi nei giovani	» 24
Riflessioni di un sindacalista	» 26
Informazione sanitaria	» 28
Accordo Collettivo Nazionale	» 31

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali. Gli articoli devono:

- 1 riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- 1 avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- 1 essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dott. Graziano Conti

Vice Presidente

Prof. Fortunato Berardi

Tesoriere

Dott. Antonio Montanari
(Consigliere Odontoiatra)

Segretario

Dott. Valerio Sgrelli

Consiglieri

Dott. Stefano Caraffini
Dott. Silvio D'alessandro
Dott.ssa Maria Antonietta De Santis
Dott. Andrea Donati (Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare Fiore
Dott. Piero Grilli
Dott. Alessandro Maria Pio Lamedica
Dott. Stefano Lentini
Dott. Sabatino Orsini Federici
Dott.ssa Stefania Petrelli
Dott. Gianluigi Rosi
Dott. Tiziano Scarponi
Dott. Massimo Sorbo

COLLEGIO

REVISORI DEI CONTI

Membri effettivi

Dott. Domenico Tazza
(Presidente)
Dott. Ezio Bertoldi
Dott. Dott.ssa Alessandra Fuca'

Membro supplente

Dott. Oreste Maria Luchetti

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dott. Andrea Donati

Componenti

Dott. Leonardo Cancelloni
Dott. Giovanni Battista Genovesi
Dott. Marco Marchetti
Dott. Antonio Montanari

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi
Resp. Editoriale
Dott. Stefano Lentini

Comitato di redazione

Dott. Antonio Montanari
Dott. Marco Petrella
Dott.ssa Stefania Petrelli
Prof. Fausto Santeusano
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Domenico Tazza
Dott. Antonio Tonzani

Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

Fotocomposizione, impaginazione e stampa

Grafiche Benucci – Perugia

Uffici dell'Ordine

Tel. 0755000214

Fax. 0755153012

E-mail presidente@omceopg.it

segretario@omceopg.it

uffici@omceopg.it

commissioneodo@omceopg.it

previdenza@omceopg.it

Sito Internet www.omceopg.it

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954

Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

Decalogo! Chi era costui?

Tiziano Scarponi

Mi trovo in difficoltà nell'affrontare tale argomento: il rischio di essere troppo partigiano e perdere di obiettività è grande, ma non posso farne a meno. Per chi ancora non ne fosse a conoscenza, sono in tanti, la Giunta Regionale dell'Umbria in data 26 gennaio u.s. con delibera n.69 ha modificato la DGR 563/2001, integrandola con un DE-CALOGO PER LA SEMPLIFICAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI. Come ha detto bene il nostro Presidente nel n.1/2009 di questo bollettino, si tratta di un insieme di

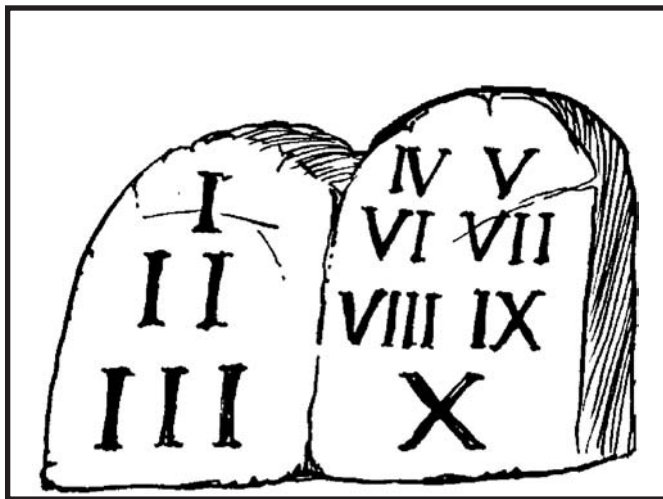
norme e raccomandazioni cui i medici dipendenti, medici specialisti convenzionati, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sono tenuti ad osservare per offrire da un lato un servizio migliore ai cittadini e dall'altro per

instaurare un più corretto rapporto tra le varie categorie di sanitari. Il testo di tale decalogo è stato scritto in maniera chiara, inequivocabile con uno stile molto diverso rispetto a quello tipico e spesso di difficile lettura delle leggi e leggine. Sempre con il testo di tale decalogo poi, nello stesso bollettino, è stato realizzato nelle pagine centrali un inserto staccabile per poter essere affisso negli studi e così via.

Tutto risolto? Macché! Siamo sempre alle solite.

M.G. paziente di 51 anni madre di 4 figli con carcinoma metastatico della mammella si richiedono con "scrocettamenti" vari: n. 3 impegnative di visita oncologica controllo, n.3 impegnative di infusione di chemioterapici, n. 3 impegnative con emocromo e formula, i risultati dei seguenti esami da presentare in data e la volta successiva in data....(profilo biochimico ed ematologico e markers tumorali vari). F.G. maschio di 83 anni porta in visione

l'ECG effettuato la mattina stessa presso il poliambulatorio ASL su cui è scritto in maniera quasi illeggibile di effettuare un' ECO cardiaca e a voce gli è stato detto di portare subito l'impegnativa fatta da me perché lui stesso lo avrebbe



eseguito il giorno successivo.

M.A. maschio di 87 anni arriva in studio alle ore 10 lamentando dispnea e sensazione di cardiopalmo: faccio diagnosi di sospetta fibrillazione atriale ad alta frequenza e lo invio all'ospedale con richiesta urgente di ECG e v.cardiologica. Mi telefona alle 13,50 dicendo che il cardiologo aveva confermato la diagnosi, ma si era raccomandato di iniziare alle ore 16 terapia con eparina a b.p.m. di cui io

dovevo fare la ricetta e che, alla sua replica che il mio ambulatorio riapriva alle 17, gli era stato risposto di richiedere il mio intervento in maniera urgente come avevo fatto io nei suoi confronti.

Potrei proseguire all'infinito nell'elenco di episodi analoghi anche questi accaduti dopo il 26 gennaio, ma la mia intenzione non è quella di far polemica, ma quella di poter condividere alcune considerazioni. Prima riflessione: io appartengo alla vecchia generazione, quella cui i "Baroni" hanno insegnato che davanti al malato non deve trapelare nulla di quelle che potremmo definire, con eufemismo, criticità di rapporto fra colleghi. Ci hanno insegnato ad affrontare con impassibilità e freddezza emotiva qualsiasi situazione di disagio derivante da errori di altri, figuriamoci da crisi di contesto o di sistema. Il messaggio che abbiamo sempre avuto chiaro e inequivocabile è stato quello, paradossale da un punto di vista logico, che per il bene del paziente va gestito in silenzio anche l'eventuale errore clinico del collega che è intervenuto prima di te. Molti contenziosi non si darebbero se questa regola venisse ancora applicata. Data questa premessa sono per me incomprensibili risposte come quella data dal cardiologo al mio paziente sull'urgenza del mio intervento o peggio ancora il comportamento di un medico di famiglia che da un po' di tempo, mi dicono, applica sulle proprie impegnative un timbro con la dizione: "Richiesta effettuata in maniera difforme dalla delibera n.69".

Seconda riflessione: il medico di medicina generale rivendica giustamente una posizione di centralità nel panorama dei percorsi assistenziali e quindi trovo naturale che gli venga affidato il compito di ripetere richieste ed impegnative per conto dei propri consulenti specialisti. Ignoro del tutto infatti lo stato di salute e le terapie effettuate da i miei pazienti in terapia emodialitica dal momento che i nefrologi gestiscono in proprio ed in maniera esclu-

siva tali soggetti, ma credo che sarebbe stato vantaggioso per quei miei due pazienti ultraottuagenari tornare alla mia osservazione non subito per burocrazia, ma dopo aver fatto l'eco cuore o dopo aver ricevuto la ricetta di enoxaparina. Terza riflessione, collegata a quella precedente in merito alla centralità gestionale del medico generalista: "scrocettamento" di oncologi, ematologi, radioterapisti, ginecologi. Qui il discorso è più complesso, articolato e condivido molte delle osservazioni contenute nell'articolo seguente del dottor Marco Rondini. Non possiamo infatti pretendere di stare al centro del crocevia senza assumersi l'onere delle indicazioni, l'impegno di prendersi cura dei propri pazienti in maniera consapevole ed esaustiva. Se vogliamo essere considerati i "curanti", i medici della persona, "i padroni del paziente", non possiamo non trascrivere quello che lo specialista consiglia: mentre trascriviamo siamo informati ed allo stesso tempo possiamo concertare con il nostro assistito, ma troviamo delle scorciatoie allo "scrocettamento". Molto spesso si tratta di pazienti in condizioni precarie che vediamo presso il loro domicilio, dove non abbiamo il nostro computer e ve lo immaginate cosa vuol dire soddisfare le richieste come nella paziente con carcinoma mammario prima descritta? Perché tre impegnative di visita oncologica e non un'unica richiesta con il numero delle prestazioni? Quale logica perversa di DRG impone tale scelta? Inoltre quale è il razionale di dover richiedere la colesterolemia totale due o tre volte al mese a chi fa chemioterapia? In conclusione cerchiamo di fare uno sforzo comune nell'interesse dei pazienti e di tutti noi: diamo vita, come suggerisce Rondini ad un organismo di medici che affronti il problema in maniera costante. Un osservatorio permanente che cerchi di trovare soluzioni di volta in volta, partendo da presupposti scientifici, deontologici e molto spesso di buon senso.

Commenti al decalogo per la semplificazione dei percorsi assistenziali

* Marco Rondini

ARTICOLO 1 e 2

Art. 1 Il Medico specialista, **a conclusione di una visita**, qualora ritenga necessari ulteriori approfondimenti (accertamenti diagnostici, visite di approfondimento), prescrive direttamente le prestazioni sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tale adempimento oltre a consentire il completamento dell'iter diagnostico evita all'assistito di doversi recare dal Medico di Famiglia (MMC o PLS) **per la semplice trascrizione**. Al termine del completamento diagnostico lo specialista comunicherà le sue conclusioni al paziente e al Medico di Famiglia.

Art. 2 Il Medico Specialista, **all'atto della dimissione ospedaliera**, prescrive ovvero attiva le prenotazioni per le ulteriori indagini necessarie al completamento dell'iter diagnostico terapeutico. In caso di visita e/o accertamenti utili al primo monitoraggio del paziente dopo la dimissione prescrive direttamente le prestazioni sul ricettario SSN. Tale adempimento permette all'assistito di accedere rapidamente alla prenotazione delle prestazioni ed evita l'ulteriore ricorso al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta **per la semplice trascrizione**.

Il primo ed il secondo articolo del "decalogo" sembrano, a prima vista, abbastanza simili tra loro: in realtà, a mio avviso, l'art. 2 ha una sua validità perché in genere si considera il ricovero come occasione per uno screening completo e, se così non fosse, sarebbe opportuno che lo stesso medico di reparto prescrivere gli esa-

mi che non sono stati completati durante il ricovero stesso. L'articolo 1 sembra invece eccessivo e difficilmente applicabile a meno di una regolamentazione profonda dei rapporti tra medicina del territorio e ospedaliera. Trova ispirazione in un comportamento frequente degli specialisti di concludere la propria consulenza consigliando una serie di altre visite e accertamenti diagnostici cui sottoporre il paziente, mettendo il MMG in condizioni di dover seguire le indicazioni, anche se non le condivide. L'articolo parla di "evitare all'assistito di doversi recare dal Medico di Famiglia per la semplice trascrizione". Se fosse stato scritto "tornare" al posto di "doversi recare" e "ulteriore valutazione" al posto di "semplice trascrizione" tutto si sarebbe risolto da solo: "semplice trascrizione" è dequalificante, "ulteriore valutazione" è professionale.

Tuttavia, così com'è scritto l'art.1 merita alcune considerazioni: è evidente che qualunque risposta sia in funzione di come è posta la domanda e che non si può regolamentare una risposta, specie come primo articolo di un decalogo, senza **prima** avere regolamentato la domanda. E' vero, c'è anche l'articolo 7 che dice che il MMG deve mettere "il quesito diagnostico" nelle sue richieste (solo sulla prima), ma francamente sembra volutamente povero e omisivo. È evidente che la risposta di uno specialista ad un quesito è in funzione di come è posto il quesito dal MMG: se la richiesta di visita specialistica è ben circostanziata, con una relazione a latere con indicazione delle patologie di base, del dubbio diagnostico che si intende dirime-

Dall'azienda ospedaliera - Decalogo 2

re, degli esami già effettuati, della specialità cui rivolgersi meglio ancora indicando il reparto di destinazione, si potrà pretendere che lo specialista si limiti a rispondere esclusivamente nel proprio ambito, cercando di dirimere i dubbi manifestati nei limiti della sua specialità; ma se la richiesta del MMG è vaga, senza alcuna indicazione specifica o peggio "omnicomprensiva", o male indirizzata, di questo tipo:

- Si richiede visita "internistica" per paziente affetto da IPERTENSIONE ARTERIOSA, DIABETE MELLITO, CARDIOPATIA SCLEROTICA, INSUFFICIENZA RENALE, POLIARTROSI

- Si invia in Ospedale per eseguire tutti gli accertamenti necessari per "febbre di ndd"

- Si invia al pronto soccorso per "tosse persistente da oltre un mese"

- Si invia al Pronto Soccorso per eseguire esame emocromo per dolori addominali.

Pur essendo citato il quesito diagnostico, come da art. 7, il MMG si sarà posto da solo in condizione di avere una risposta troppo vaga o troppo ampia.

Proviamo ad analizzare i pro e i contro dell'articolo 1.

PRO:

- Evita al paziente di doversi recare dal MMG per la semplice trascrizione.
- Evita al MMG il fastidio della semplice trascrizione

CONTRO:

- Toglie, di fatto, definitivamente la gestione del paziente al MMG, il quale
 - potrebbe non condividere quanto indicato dallo specialista al di fuo-

ri dello stretto ambito specialistico
-può essere a sua volta specialista e comunque voler provvedere autonomamente ad ulteriori indagini

- potrebbe aver già fatto eseguire gli accertamenti che lo specialista richiede (si potrebbe incorrere in una duplicazione di visite ed accertamenti)

- lo specialista potrebbe sbagliare (nessuno è perfetto) o eccedere, e l'ulteriore valutazione del MMG potrebbe essere fondamentale e spesso risolutiva.

- Carica lo specialista di un onere ed una responsabilità insostenibile:

- prescrivere altri accertamenti anche in specialità diverse dalla propria
- prescrivere indagini strumentali e di laboratorio ricontrollarne i risultati al termine dell'iter diagnostico

- stabilire un iter terapeutico (ma non prescrivere farmaci, badabene!)

- limitarsi a consigliare il principio chimico lasciando la scelta del prodotto commerciale al MMG o alla farmacia

- comunicare le sue conclusioni al Paziente ed al Medico di Famiglia

- rimanere, di fatto, responsabile della salute del paziente durante tutto il corso degli accertamenti. (come sempre, nello stilare norme, linee guida, protocolli, o percorsi diagnostico terapeutici si "dimentica" o meglio si "omette" di definire quello che gli americani chiamano "the owner of the patient" cioè chi ne è responsabile in caso di patologie intercorrenti, di aggravamento, di decesso o altro

- finire quindi, dato che la maggior parte degli specialisti fanno capo a reparti ospedalieri, per ricoverare il paziente, con ulteriore incremento di ricoveri evitabili.

Se l'art. 1 fosse applicato si potrebbe finire per inviare un paziente col mal di te-

Dall'azienda ospedaliera - Decalogo 2

sta dal podologo o uno col mal di piedi dal pediatra (sto esagerando volutamente, ma la realtà riesce spesso a superare la fantasia) tanto poi penserà lo specialista ad indirizzarlo in modo corretto, con grave danno per il paziente.

Si arriverebbe a delle risposte specialistiche assolutamente laconiche ed evasive, relative strettamente e seccamente al proprio ambito specialistico e finalizzate ad evitare di rimanere "invischiati" in un iter diagnostico, con grave danno per il paziente.

In alternativa si arriverebbe a periodi di tempo in cui il malato gira tra CUP, appuntamenti, ritardi, visite e accetramenti senza avere un medico di riferimento, con evidente grave danno per il paziente.

Il MMG si trasformerebbe progressivamente in un burocrate, incapace di prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche autonome, con grave danno per il paziente.

In pratica si avrebbe solo ad un grave danno per il paziente.

Potrei continuare ma credo abbiate già capito come la penso: **l'articolo 1 è inapplicabile**, a meno che non sia preceduto da una normativa che detti i rapporti tra medicina generale e specialistica e, più in generale, tra territorio ed ospedale; che ponga limiti precisi e regole alle richieste degli uni ed alle risposte degli altri, ma più di tutto **che faccia rispettare le regole che propone**.

Può l'ORDINE DEI MEDICI provvedere a ciò? Può allestire una commissione, un organismo di controllo etico e comportamentale che verifichi le azioni, gli abusi, le carenze, gli eccessi e altro? **Può infine fare rispettare le regole da tutti**, con richiami ufficiali, multe e sospensioni, avendo il coraggio di prendere decisioni anche impopolari?

Se "sì" credo che questa sia l'unica strada e allora sarà interessante analizzare e discutere anche gli altri articoli del "decalogo"; altrimenti tutto resterà lettera morta.

La pagina del presidente - Decalogo 3

NOI E VOI

Graziano Conti

Nel presentare su questo Bollettino il famoso o "famigerato" decalogo scrivevo che poteva essere l'inizio di un cammino certamente non facile né breve ma che, a mio giudizio, doveva essere assolutamente percorso per fornire da un lato un servizio certamente migliore ai cittadini e dall'altro per instaurare un più corretto rapporto tra le varie categorie di sanitari.

Dicevo anche che mettere in atto le raccomandazioni del decalogo era una grande opportunità da non sprecare.

In fondo quello che nel decalogo è riassunto è, per i rapporti tra specialisti e me-

dici di medicina generale, in gran parte quello che è previsto da contratti e convenzioni e che è contenuto nel Codice Deontologico.

Purtroppo, come rappresentato anche in una nota pervenuta a questo Ordine, *"l'applicazione della delibera 69/2009 si sta caratterizzando per tutta una serie di equivoci interpretativi (nella fattispecie con interpretazioni estensive o riduttive non giustificate né dallo spirito né dalla lettera della delibera) che oltre a non semplificare i percorsi assistenziali rischiano di determinare un clima di conflittualità tra specialisti e medici di medicina generale compro-*

La pagina del presidente - Decalogo 3

mettendo i necessari rapporti di collaborazione e integrazione “.

L'editoriale del Direttore e l'articolo del dott. Marco Rondini su questo argomento offrono uno spaccato di questo clima. In effetti le varie riunioni a cui ho partecipato sul tema si sono in molti casi trasformate in un insieme di reciproche accuse o rivendicazioni al suono costante di: “Ma VOI...” “Ma NOI...”

Nell'intenzione di chi ha partecipato ai lavori che hanno portato a quel documento, e io ero tra questi, il fine principale era quello di favorire il cittadino utente costretto il più delle volte a bibliche peregrinazioni per la conquista della agognata impegnativa piuttosto che per l'ottenimento di prestazioni di qualità e tempestive e di più elevati livelli di salute. L'affidare allo specialista, in particolari situazioni e per patologie acute o sub acute, e nel pieno rispetto della sua autonomia professionale il completamento dell'iter diagnostico rispondeva a questa esigenza.

I ruoli, a mio giudizio, sono sufficientemente chiari e ben definiti e avendoli chiari non ci dovrebbero essere problemi.

Lo specialista si occupa generalmente di malattie specifiche selezionate nella loro fase clinica, con un approccio parcellizzato, nell'ambito di una determinata struttura, con una tecnologia più sofisticata. Ha in pratica la responsabilità di singoli episodi assistenziali.

Il medico di medicina generale ha davanti a sé i problemi del suo paziente, tutti i problemi, non selezionati e nella loro fase preclinica, clinica, e negli esiti. Il suo approccio deve essere necessariamente olistico e il suo rapporto con il paziente è in genere simmetrico (o anche negoziale). Rappresenta (o dovrebbe rappresentare) la continuità nella assistenza.

Sono professionisti che necessariamente debbono collaborare ed integrarsi per ottimizzare i livelli qualitativi e quantitativi della assistenza.

Se ci sono stati impropri tentativi di dele-

ga vanno sicuramente stigmatizzati, come va combattuto il facile ricorso al Pronto Soccorso o la genericità dei quesiti diagnostici cui fa riferimento il dott. Rondini, ma non vedo difficoltà nel fatto che uno pneumologo che ritenga utile al completamento della diagnosi un rx torace la programmi direttamente invece di rinviare il paziente dal proprio medico per la rituale impegnativa e la successiva prenotazione, mentre trovo estremamente disdicevole che il medico generalista venga costantemente chiamato a compilare in seconda battuta richieste di accertamenti vari senza una spiegazione e una motivazione e sulla base di foglietti inidentificabili o addirittura di post-it compilati non si sa da chi.

Ovviamente di quello che affermo esiste ampia e variegata documentazione. Se vogliamo vedere tutto in negativo è possibile discutere di tutto comprese le boutades tra podologi e pediatri. In fondo ce lo ha raccontato Nanni Moretti nel film “CARO DIARIO” il suo peregrinare per mesi tra vari dermatologi per il sintomo ‘prurito’ prima che un medico qualsiasi mettesse un po’ di attenzione e facesse una diagnosi di linfoma.

Se usiamo invece un minimo di intelligenza e soprattutto di buonsenso si possono trovare tutte le soluzioni.

Potrà essere forse opportuno definire tempi, modalità e circostanze di certi percorsi come chiede il dott. Rondini e per questo l'Ordine è disponibile per incontri, confronti e approfondimenti.

Come, ma questa deve essere una scelta delle categorie e un accordo tra gentiluomini, essere la sede di un “*organismo di controllo etico e comportamentale*” per valutare azioni e comportamenti non per sanzioni, che sono di competenza dell'Ordine solo sotto il profilo deontologico, ma per offrire da una lato un servizio certamente migliore al cittadino e dall'altro per instaurare un più corretto e proficuo rapporto tra le varie categorie di sanitari.

Nel rinnovato rapporto con il paziente, il medico è più penalizzato

Fortunato Berardi

L' aforisma "medico, cura te stesso" è l'oggetto del primo congresso che si è tenuto a Modena il 18 Aprile 2009 con il patrocinio dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia e dell'Università di Modena - Reggio Emilia. I medici italiani si sono incontrati e confrontati nel primo meeting nazionale per dare risalto

alla necessità di tutelare la propria salute psico-fisica nel rapporto con i pazienti. Il progetto è nato dalla idea di un collega, Beniamino Palmieri, preoccupato del numero crescente di quella sindrome derivata dal coinvolgimento deciso,

della maggior parte degli operatori sanitari e del loro iter professionale-emotivo, che può condizionare lentamente, ma decisamente, la vita di chi si prende cura della salute e del benessere psico-fisico degli altri.

Il collega ha avuto l'acutezza ed il merito di avere estrinsecato il disagio crescente che una buona parte di noi ha, talvolta, nel rapporto attuale con i pazienti. Il Palmieri, ha evidenziato l'assenza di supporti che aiutino i medici, in ogni settore professionale, a conservare l'individuale integrità psico-fisica e la necessità di avviare, creando consapevolezza, una qualche forma di prevenzione e di cura, valorizzando anche l'esperienza di altri colleghi negli incontri programmati sull'argomento.

Secondo le intenzioni degli organizzatori, questo primo convegno modenese, "medico, cura te stesso", dovrebbe registra-

re e quantificare il fenomeno nella sua effettiva portata nel contesto nazionale. Il medico, oggi, si deve confrontare con pazienti frastornati da modelli "addolciti" della realtà, come proposti dai media. Questi incitano ad un rapporto paritario con il sanitario e prospettano terapie di assoluta efficacia per ogni patologia.

Sfumando i concetti di malattia, dolori, sofferenza e morte. Tali criteri moderni sono travisati dai messaggi mediatici di una società in contraddizione, tanto che alcuni cittadini sono portati ad attribuire, ogni eventuale insuccesso, al medico curante in modo, talvolta,

ostile e conflittuale (Marino Casella, Dottor-n.4-aprile '09).

Per altro il medico spesso è condizionato pesantemente da imposizioni amministrative (limitazione di prescrizioni, un tempo permesse senza remore), organizzative (strutture non sempre efficienti), liste di attesa per diagnostica ed interventistica, riduzione dei posti letto e di servizi ambulatoriali. Insomma, il medico è il capro espiatorio, non colpevole, sul quale spesso si riversano le ansie e le irritazioni del cittadino scontento. Non sempre si riesce a contrastare le contestazioni dei cittadini più apprensivi e dei pazienti più sfiduciati; ne risente la salute stessa del medico e ne restano coinvolti anche i rapporti con la sua famiglia. Dunque, il disagio esiste ed è in crescendo. Vedremo, valutandoli, quali attenuanti o soluzioni saranno evidenziati nei meeting, già programmati sul argomento.



Gestione del paziente con Diabete Mellito tipo 2 in un Ambulatorio Dedicato nel Setting della Medicina Generale. Verifica di una esperienza

*Grilli Piero, **Paccamiccio Elisa, *** Mastrodicasa Francesco

La malattia diabetica sta diventando, di fatto, una grande palestra per la medicina generale. Dopo tante premesse teoriche ecco due esempi di gestione integrata di tale patologia: quella del dottor Piero Grilli oramai in fase avanzata e quella del dottor Antonio Tonzani in fase di partenza. Tutte e due si basano sul concetto di medicina di iniziativa che dovrà rappresentare per il futuro l'operatività quotidiana della medicina di famiglia.

Tiziano Scarponi

Background

Il diabete mellito è una delle patologie più rappresentate ed ancora crescenti, si pensi alla sua prevalenza pari al 7% circa, come risulta dai dati della cartella clinica di alcuni MMG, che hanno sperimentato la fattibilità del Registro Umbro per il Diabete Mellito nel 2006, prevalenza confermata al 31/12/2006 dal Data Base di Health-Serach (concentratore dei dati di circa 1000 MMG organizzato da SIMG società italiana di medicina generale). In tale ambito, l'intervento sanitario dovrebbe essere volto da un lato a riconoscere il maggior numero dei casi non ancora diagnosticati, dal momento che la malattia, in assenza di complicanze acute o croniche, è asintomatica e può pertanto sfuggire ad una diagnosi immediata; e dall'altro a migliorare il controllo glicemico nei pazien-

ti con diagnosi, dal momento che un controllo metabolico intensivo ($HbA_{1c} < 7\%$), insieme a quello della pressione arteriosa ($PA < 130/80$), e dell'ipercolesterolemia ($LDL < 100$) riducono il rischio di sviluppare complicanze micro e macrovascolari (2-3).

Introduzione

L'importanza e la necessità di un attivo coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (MMG), nella gestione della patologia diabetica, meglio se integrato in un reale sistema di monitoraggio con il Centro di Diabetologia (CD) di riferimento, è in campo internazionale ampiamente riconosciuto. Nel 2006 l'ASL n.2 dell'Umbria ha deliberato il PDT (percorso diagnostico e terapeutico del paziente diabetico tipo 2) con DG n.451 del 30/06/2006, nel 2008 è stato pubblicato il "Progetto IGEA" documento di consenso sulla gestione del paziente diabetico. Il modello gestionale "condiviso" prevede che il paziente affetto da diabete mellito tipo 2 (DMT2) e metabolicamente stabile sia gestito dal MMG con il costante supporto del CD. A fronte di tali evidenze nella realtà italiana questo modello spesso non è andato oltre la definizione in quanto sono rare o comunque incomplete le esperienze di gestione "condivisa".

Nel Setting della Medicina Generale (MG) vi è stata comunque la volontà di

*MMG ASL n.2 dell'Umbria, Vice Presidente SIMG PERUGIA, ** MMG formato nel Corso di Formazione Specifico in MG, *** Medico in formazione nel Corso di Formazione Specifico in MG

codificare la gestione della patologia cronica con l'individuazione di tre ambiti di attività che sono la medicina di attesa, la medicina di opportunità e la medicina di iniziativa. In quest'ultimo ambito l'esempio più chiaro è l'ambulatorio dedicato, cioè uno spazio dedicato alla gestione di pazienti affetti da patologie croniche, come ad esempio l'ambulatorio dedicato per la gestione dei pazienti affetti da DMT2; in tale contesto il MMG può avere un ruolo maggiormente propositivo ed attivo.

Per altro verso sono stati formulati dei parametri valutativi per poter verificare la propria attività in funzione della qualità: gli indicatori di qualità e i loro standard.

Audit

Il lavoro che verrà descritto si inserisce in quest'ottica e nasce come Audit retrospettivo con l'obiettivo di verificare, accanto alla fattibilità, l'efficacia di un ambulatorio dedicato per la gestione dei pazienti affetti da DMT2 mediante l'utilizzo degli indicatori e dei loro standard.

Materiali e metodi

La ricerca è stata svolta nell'ambito della Medicina di Gruppo (MdG) di Ripa (PG), che è costituita da cinque MMG e presta assistenza ad una popolazione di circa 7.500 persone. Si avvale di un poliambulatorio, di un'infermiera professionale, di un servizio informatico in rete per l'uso del programma Millewin impostato secondo la modalità Health Search (HS) e di strumentazione sia laboratoristica che di diagnostica. In tale ambito un MMG dei cinque ha realizzato un ambulatorio dedicato ai pazienti affetti da diabete mellito tipo II a partire dal Gennaio 2003.

L'ambulatorio prevede delle visite, definite per appuntamento con un calendario

predeterminato ed in genere con l'individuazione di una giornata dedicata alla settimana. Il CD di riferimento, prevalentemente, è il centro di Diabetologia della Azienda USL n°2. L'attività clinico-laboratoristica-strumentale è stata strutturata, inizialmente sulla base del protocollo di follow up per il paziente diabetico tipo II della AMD-SID-SIMG 2001, dal 2006 **secondo il PDT dell'ASL n. 2**, condiviso da tutti i CD e dalla Medicina Generale. Tutti i pazienti affetti da DMT2 noti a carico del MMG coinvolto sono stati inclusi nello studio.

Sono stati valutati in modo retrospettivo, ultimo anno di attività, i dati archiviati nei record della cartella informatizzata del Medico di Medicina Generale.

I parametri considerati sono stati scelti fra gli indicatori di qualità ed i loro standard in Medicina Generale nell'assistenza del paziente con diabete mellito tipo II a cura dell'area metabolica della SIMG. Di questi ne sono stati scelti 7, ritenuti più significativi di un buon follow up nella realtà dell'ambulatorio dedicato.

Indicatori e standard

Prevalenza dei pazienti con DMT2 codificati nella cartella del MMG

Standard: ideale 6-7% LAP 4,5%
% di paz. Con DMT2 la cui cartella clinica riporta almeno 2 registrazioni dell'HbA1c nell'ultimo anno. Standard: ideale 90% LAP 50% % di paz. Con DMT2 con ultimo valore registrato di HbA1c <7%.

Standard: ideale 50-60% LAP 40%
% di paz. Con DMT2 la cui cartella clinica riporta almeno 2 misurazioni della PA nell'ultimo anno. Standard: ideale 90%, LAP 70%.

% di paz. Con DMT2 ed ipertensione con ultimo valore registrato di PA <130/80 mm di Hg. Standard: ideale 90%, LAP 40%.

Assistenza territoriale

% di paz. Con DMT2 la cui cartella clinica riporta almeno un registrazione di CHOL LDL nell'ultimo anno. Standard: ideale 80%, LAP 70%

% di paz._Con DMT2 con ultimo valore registrato di CHOL LDL <100 mg/dl
Standard: ideale 50-60% LAP 40%

LAP= *Livello accettabile di Performance*

Risultati

L'analisi è partita dalla determinazione del totale dei pazienti diabetici a carico del MMG con l'individuazione di 122 pz diabetici che su 1570 assistiti totali evidenzia una prevalenza della patologia del 7.7%.

Tale dato di prevalenza pienamente soddisfa i criteri definiti dagli indicatori di qualità che individuano la prevalenza ideale pari al 6-7%. In tale ambito sono state individuate tre popolazioni: una seguita presso l'ambulatorio di medicina dedicata (**AD**) di 53 pazienti pari al 43% del totale, una seguita presso il **CD** di 41 pazienti pari al 34% ed un ultima di pazienti scarsamente complianti (**NC**) di 28 pazienti pari al 23%. +A quest'ultimo gruppo appartengono per lo più pazienti con diagnosi laboratoristica in assenza di eventi clinici, che talora si sono recati per una singola volta al CD e che quindi si sono distaccati sia da esso che dal MMG.

Per un ulteriore confronto è stata calcolata la prevalenza della patologia nell'ambito della MdG ove su 7500 pazienti sono stati identificati 527 casi con una prevalenza pari al 7,03%. +Dato lievemente inferiore ma pur sempre nell'ambito dello standard ideale.

Di seguito i risultati degli indicatori individuati:

Almeno due valori di HbA1C registrati nell'ultimo anno:

93% dei pazienti seguiti in AD (Ambulatorio Dedicato) 64% dei pazienti seguiti in CD (Centro Diabetologico) 40% dei pazienti NC (Non Compliant)

Almeno un valore di LDL registrato nell'ultimo anno:

85% dei pazienti seguiti in AD
80% dei pazienti seguiti in CD
50% dei pazienti NC

Almeno due valori di PA registrati nell'ultimo anno:

97% dei pazienti seguiti in AD
54% dei pazienti seguiti in CD
25% dei pazienti NC

Controllo valori HbA1c

70% ultimo valore ≤ 7 ; 30% ultimo valore > 7 seguiti in AD

58% ultimo valore ≤ 7 ; 42% ultimo valore > 7 seguiti al CD

68% ultimo valore ≤ 7 ; 32% ultimo valore > 7 NC (10 paz su 28 non hanno valori nell'ultimo anno)

Controllo valori CHOL LDL

45% ultimo valore ≤ 100 ; 55% ultimo valore > 100 seguiti in AD

43% ultimo valore ≤ 100 ; 57% ultimo valore > 100 seguiti al CD

39% ultimo valore ≤ 100 ; 61% ultimo valore > 100 NC (14 paz su 28 non hanno valori nell'ultimo anno)

Controllo valori PA

55% media ultimo anno $\leq 130/80$;
45% media ultimo anno $> 130/80$ seguiti in AD

67% media ultimo anno $\leq 130/80$;
33% media ultimo anno $> 130/80$ seguiti al CD

58% media ultimo anno $\leq 130/80$;
42% media ultimo anno $> 130/80$ NC (17 su 28 senza rilievi)

Discussione

Da una breve discussione dei dati che sono presenti nelle tabelle si evince che la metà dei pz è seguita presso tale ambulatorio e la restante metà dal CD o in self-management. Per gli indicatori di processo, cioè il Follow-up, sono stati raggiunti gli standard ideali per i pazienti seguiti presso l'Ambulatorio Dedicato, e si discostano anche di valori importanti, per la presenza di una percentuale di pazienti senza dati registrati (scarica comunicazione?), per quelli seguiti dal CD. Il riferimento è insoddisfatto nei pazienti NC. Da qui si manifesta, da una parte, la difficoltà che talvolta ha il MMG e reperire i dati dal CD, e dall'altra a

comunicare con un gruppo di pazienti, che sono ancora privi di danni, e sfuggono ai controlli.

Proseguendo l'analisi emerge che in tutti i gruppi è stato raggiunto un buon controllo metabolico, nel gruppo dell'AD in

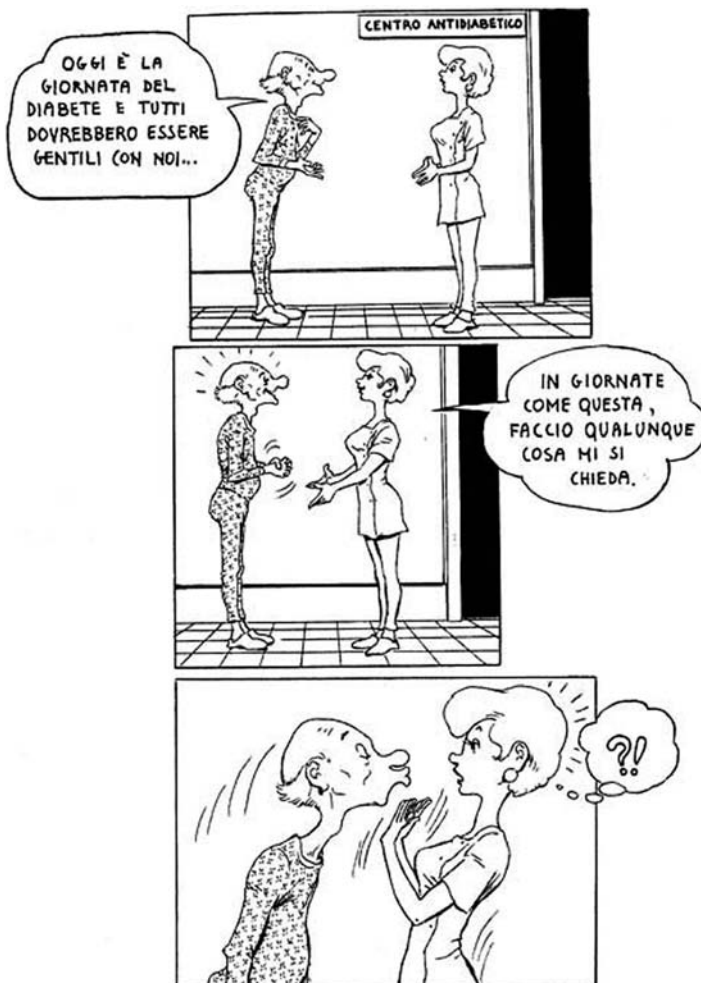
maniera ottimale, mentre nei pazienti NC circa il 50% non ha dati disponibili, gli indicatori PA e CHOL LDL hanno raggiunto uno standard accettabile ma suscettibile di ulteriori miglioramenti.

Conclusioni

In conclusione si evidenzia un'attenzione alla patologia data dalla buona raccolta

dei dati anche per i pazienti non seguiti presso l'ambulatorio dedicato ed un buon livello gestionale per i pazienti seguiti presso l'ambulatorio stesso. Tutto ciò per riportare un'esperienza e documentare la fattibilità e l'efficacia della stessa in presenza di una struttura organizzata della MdG e di strumenti valutativi adeguati quali nella fattispecie gli indicatori e i loro standard.

Tale dimostrazione è finalizzata da un lato al poter realizzare un percorso assistenziale condiviso. E dall'altro è un esempio per la MG della necessità di confrontarsi con una valutazione di qualità della propria attività.



Medicina di iniziativa ... speranza sociale...

Antonio Tonzani

Essere medici oggi sul territorio e soprattutto medici di famiglia impone non solo di ascoltare, parlare, fare progetti di prevenzione, ma anche di occuparsi delle disuguaglianze e degli effetti della deprivazione e della povertà. Il medico non può restare alla finestra né piegarsi al sistema della economia e della legge del mercato che cura, spesso, più e meglio chi è in grado di pagare. Anche nel nostro paese è indubbia la stretta relazione fra povertà e malattie croniche che è sicuramente più

evidente parlando di anziani, dei quali circa il 36% in Italia dichiara di avere risorse economiche insufficienti. Fra i poveri le patologie più frequenti sono depressione ed ansia seguite da BPCO, malattie cardiovascolari e diabete.

Nonostante il SSN italiano sia da più parti riconosciuto come uno dei migliori del mondo, e pur essendo l'Italia classificata tra i Paesi dove esistono più numerosi gli impegni formali circa l'equità socio-sanitaria, pur tuttavia il fenomeno delle disuguaglianze di salute è scarsamente mo-

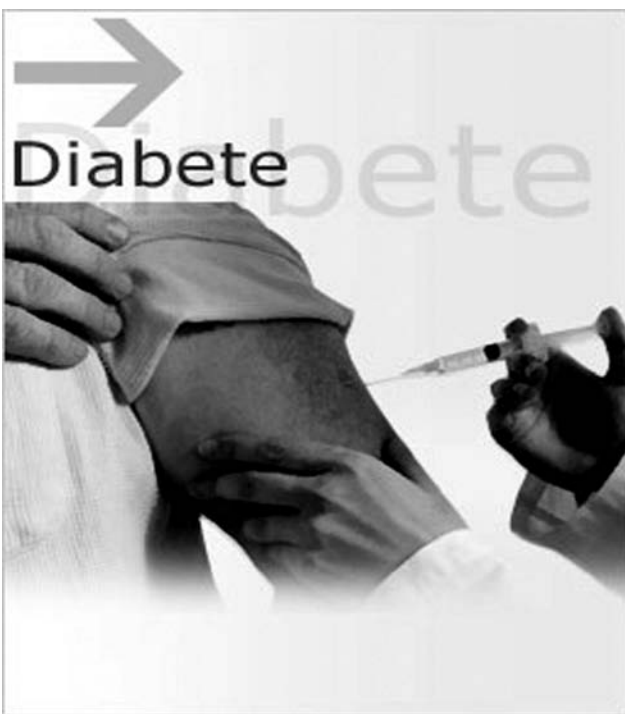
nitorato e siamo classificati per questo aspetto non certo ai primi posti in Europa. Nella Costituzione si legge che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ad interesse della comunità.

Occorre oggi superare il concetto di "tutela della salute" e, come si legge nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Umbria, concentrarsi sulla "promozione della salute" intesa come insieme di azioni volte a creare reti istituzionali ed ambientali favorevoli al benessere psico-fisico.

La medicina di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la

presa in carico del cittadino –paziente, sembra quella che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche, a differenza della medicina di attesa che è concetto appropriato per le patologie acute, in cui il verificarsi di un evento determina l'intervento conseguente. È indispensabile in questo contesto dare maggiore impulso a programmi di prevenzione secondaria promossi dalle Autorità mediante periodici inviti alla popolazione.

La medicina di iniziativa favorisce in modo particolare le fasce deboli della po-



polazione, proponendosi come obiettivo la organizzazione di un sistema sanitario che vada incontro ai cittadini, soprattutto a quelli che per motivazioni economiche, ma anche culturali e sociali, non riescono ad esprimere compiutamente la loro domanda di salute. Alcuni medici di famiglia della ASL 2 hanno proposto un progetto di medicina di iniziativa chiamato G.I.A.D.A. (gestione integrata avanzata diabetici ambulatoriali). In questo nuovo modello di gestione della cronicità gli elementi più rilevanti possono essere così riassunti: Creazione ed aggiornamento di registri di patologia basati su precisi e riconosciuti criteri diagnostici.

Promozione di interventi di educazione sanitaria volti a rendere consapevole chi è affetto da patologie croniche dell'importanza della prevenzione e del buon controllo. Elaborazione del piano di cura con il coinvolgimento attivo del paziente e con la condivisione ed utilizzo di strumenti di comunicazione routinari per il richiamo attivo rispetto alle scadenze; Utilizzo di sistemi informativi avanzati.

Il progetto G.I.A.D.A. si pone come obiettivo la creazione di un ambulatorio dedicato alla prevenzione del diabete mellito e delle sue complicanze con la presenza in studio, oltre al curante titolare, di personale di segreteria e/o infermieristico, dove vengono applicate linee guida accreditate e condivise utilizzando un programma informatico apposito; ulteriore obiettivo del progetto sarà l'analisi dell'impegno organizzativo, dei costi, dell'applicabilità delle linee guida nell'ambito della medicina generale, dell'eventuale aumento del tasso di pazienti compensati.

Il progetto verrà condotto presso l'ambulatorio della medicina di gruppo ELLERA 2000 cui fanno capo sei medici di famiglia omogenei per numero di scelte e sarà rivolto inizialmente ai pazienti di tutte le età con diagnosi certa di diabete mellito (circa 340) e successivamente anche aq soggetti ad alto rischio di dia-

bete individuati secondo le raccomandazioni dell'AMD-SID.

I pazienti, individuati in appositi registri e informati del progetto e delle sue finalità, saranno convocati telefonicamente in ordine alfabetico dal medico collaboratore e dal personale di studio, estendendo l'invito alla famiglia di appartenenza del soggetto convocato. Anche i nuovi pazienti per qualunque motivo giunti in studio verranno informati dell'attività e se consenzienti, riceveranno un appuntamento nell'ambulatorio dedicato (sistema misto di medicina di opportunità e iniziativa). I pazienti arruolati saranno sottoposti ad una prima visita ,con la guida di una cartella clinica informatizzata per uniformare la raccolta dati e per impedire errori di registrazione o dimenticanze. Successivamente il paziente si avvierà ad un follow-up a lungo termine ,integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico (secondo le raccomandazioni AMD-SID-SIMG). Il paziente neo-diagnosticato sarà inviato al Centro Diabetologico per la valutazione complessiva ,l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia ,che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita. Il paziente sarà sottoposto a vista presso la struttura diabetologica : con le scadenze concordate con il MMG (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze). In qualsiasi momento siano presenti problemi nuovi. Con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.

La sanità del futuro vuol mettere al centro il cittadino ed eventualmente il paziente, il modello può essere solamente quello della iniziativa che è in grado di offrire informazioni e strumenti per scegliere bene per la propria salute.

Epidemiologia e conflitti armati: il caso della Striscia di Gaza

Gruppo AIE-Guerra

Ho proposto di pubblicare il comunicato diffuso da un gruppo di lavoro della Associazione Italiana di Epidemiologia, che si occupa dell'impatto sulla salute dei conflitti armati, anche se io non do per scontato che un medico debba essere contro ogni uso della forza armata. Sono stato però colpito dal fatto che sempre di più, nel proporre o giustificare un intervento armato, si invoca la capacità delle moderne tecnologie militari di minimizzare le perdite tra i propri soldati e di evitare il più possibile vittime innocenti. Fino alla seconda guerra mondiale si vantavano ancora le perdite inflitte al nemico e i bombardamenti delle città erano una parte integrante della strategia bellica. Inoltre, un numero di caduti tra le proprie fila era considerato inevitabile. Oggi no: la sensibilità dei cittadini verso le perdite di propri soldati e le sofferenze di popolazioni inermi è giustamente molto alta. Perciò si fa un gran parlare di bombe intelligenti e di danni collaterali. Negli ultimi anni sono inoltre comparse la guerra preventiva e la guerra umanitaria. Ambedue introducono un concetto caro alla sanità moderna: il bilancio costi-benefici. Vengono proposti interventi armati in assenza di una dichiarazione di guerra, mettendo in conto vittime per evitare mali peggiori. Diventa allora essenziale poter sostenere che i danni saranno pochi e quindi bilanciati dai benefici. Infine una certa sotto-stima dei danni ufficialmente registrati è ipotizzabile. Bene. Questo è il campo dell'epidemiologia. Fornire stime accurate delle vittime dirette delle azioni armate, verificare associazioni tra i conflitti e altri danni indiretti alla salute e seguire le coorti esposte ai conflitti per verificare i danni a distanza. L'esperienza di Gaza, a cui si riferisce il nostro docu-

mento, dimostra ancora una volta quanto alto sia il prezzo pagato dai civili rispetto a quello delle fazioni armate e come la guerra non sia un gioco asettico, ma uno scatenarsi di passioni difficili da controllare. Il medico forse non deve essere un pacifista a priori, ma un medico informato sarà sempre più consapevole di altri delle conseguenze della opzione bellica. In Italia può sembrare fuori luogo concedere molta attenzione a questi temi, ma riflettiamo un po' su cosa sappiamo di quel che è successo e sta succedendo ai nostri militari in Kosovo, Afghanistan e Libano.

Marco Petrella

Un modo di discutere di Gaza è partire dalla lettura dei dati messi a disposizione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità¹. Il numero di palestinesi deceduti a causa del conflitto dal 27 dicembre al 18 gennaio (stima del 20 gennaio, data del più recente aggiornamento) è di circa 1.300 persone di cui 410 bambini e 104 donne. Circa 5.300 persone sono state ferite di cui 1.855 bambini e 795 donne. Molti dei feriti avranno bisogno di cure a lungo termine. Circa 46.000 persone non hanno più un tetto e vivono in rifugi di emergenza. Sono stati uccisi complessivamente 16 operatori sanitari mentre svolgevano il loro lavoro e 22 sono stati feriti. Dal cessate il fuoco tutto il personale sanitario lavora in due turni di 12 ore in condizioni di lavoro rese difficilissime anche dai gravi danni che hanno riportato gli ospedali e altre strutture sanitarie a causa dei bombardamenti israeliani (34 strutture sanitarie, 8 ospedali e 26 centri di assistenza, sono stati danneggiati o distrutti). Degli 8 ospedali 2 sono tuttora fuori servizio; molte delle strutture sanitarie sono state bombardate a più riprese.

Durante il conflitto OMS e ONU (bombardata anch'essa ripetutamente) sono state costrette a ricordare, senza sortire alcun effetto, che gli attacchi rivolti contro civili, contro personale e strutture sanitarie rappresentano gravi violazioni delle leggi internazionali umanitarie e dei diritti umani. È importante sottolineare che gli effetti della guerra sulla salute non si arrestano con il cessate il fuoco. Anzi, solitamente i morti e feriti per effetti indiretti delle guerre rappresentano un multiplo di quelli provocati dagli effetti diretti. Tra i meccanismi indiretti più importanti sono da ricordare la distruzione o il danneggiamento del sistema idrico e di smaltimento dei liquami, delle centrali elettriche, degli alimenti (l'impianto più grande di produzione di farina e altre industrie alimentari, magazzini di viveri e terreni agricoli di Gaza sono stati distrutti), delle scuole, del tessuto produttivo e delle strutture del servizio sanitario. Inoltre gli ordigni non esplosi continueranno a minacciare la vita civile anche nel futuro, per non parlare dei danni psicologici subiti da migliaia di persone. Quello che invece si arresta con il cessate il fuoco è la conta dei morti associati alla guerra e quindi la possibilità di rendersi conto della vera entità dei danni a salute ed ambiente attribuibili al conflitto armato. Da parte israeliana sono stati uccisi 4 civili e 9 militari (di cui una parte da "fuoco amico"). Questi dati parlano chiaro: lo squilibrio delle forze in campo tra attaccati ed attaccanti era talmente abissale da produrre la quasi totalità delle perdite nel campo degli attaccati. L'uso della parola "guerra" in questo contesto risulta persino fuori luogo. Si è trattato di una strage a danno quasi esclusivo della popolazione civile palestinese con gravi e ripetute violazioni delle più elementari norme umanitarie. In questa situazione è diventato purtroppo necessario ribadire con forza che nulla può giustificare l'uccisione di civili, la punizione collettiva, la tortura, l'uccisione di medici o giornalisti o

il bombardamento di strutture della vita civile come scuole, ospedali, ambulanze. Inoltre la violazione di questi principi da parte di un belligerante non può in nessun caso giustificare la violazione degli stessi da parte dell'altro belligerante, come ha ribadito anche l'ufficio di coordinamento degli affari umanitari delle Nazioni Unite. Si impone quindi la necessità di rifarsi continuamente alla legislazione internazionale (sia umanitaria che sui diritti umani, compreso quello alla salute) come quadro di riferimento ineludibile entro cui gli eventi passati e futuri vanno assolutamente ingabbiati e giudicati. Un ruolo particolare nella difesa e promozione di questi principi spetta secondo un recente editoriale del *Lancet*² proprio ai medici ed alle loro associazioni (che sono invece rimaste in deplorabile silenzio nel caso di Gaza), perché obbligati anche dalla loro professione di impegnarsi a favore della tutela della salute delle popolazioni civili esposte ai conflitti armati. Infine in questa fase in cui molte risorse vengono mobilitate a livello internazionale per aiuti umanitari e per la ricostruzione di Gaza è importante aggiungere un'ulteriore riflessione. La causa remota alla base dell'attuale crisi umanitaria è rappresentata dall'occupazione illegittima dei territori palestinesi da parte di Israele. La richiesta di porre fine a questa occupazione deve essere un punto sull'agenda di chi veramente vuole aiutare investendo in un cambiamento e non nella ricostruzione delle inaccettabili condizioni di partenza. Altrimenti, come fanno osservare alcune ONG svedesi (tra cui il centro Olof Palme) in una lettera al proprio governo, gli aiuti umanitari rischiano alla lunga di perpetrare l'occupazione servendo ad Israele per continuare ad evadere le proprie responsabilità.

1 <http://www.who.int/hac/crises/international/wbgs/en/index.html> 2 Violent conflict: protecting the health of civilians. *Lancet* 2009; 373: 95. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60015-5

La pagina dell'esperto

Alluce valgo, dita a martello, metatarsalgie. **1999-2009 : dieci anni di esperienza della** "nuova" tecnica di chirurgia percutanea per la correzione di tali patologie.

*Giuseppe Lucattelli

Alla fine degli anni '90, è stata introdotta in Italia una rivoluzionaria tecnica chirurgica per correggere le patologie dell'avampiede: Alluce valgo, Dita a martello, Metatarsalgie, che affliggono un elevato numero di persone, soprattutto donne.

Si tratta di una tecnica che utilizza dei piccoli fori della cute (anziché le classiche ferite) attraverso i quali, con un opportuno strumentario dedicato, senza utilizzare viti, placche, chiodi, fili, è possibile eseguire qualsiasi intervento dell'avampiede.

La tecnica prevede: un ricovero di quattro – cinque ore in clinica convenzionata. una anestesia periferica alla caviglia (ankle block).

Una serie di gesti chirurgici, effettuati tramite questi piccolissimi fori, con uno strumentario simile ai trapani del dentista, che ricalcano la chirurgia tradizionale ovvero:

l'asportazione della iperostosi (volgarmente detta "cipolla" o "patata") che si crea in corrispondenza dell'alluce, to dolorosa nell'indossare le calzature e nel camminare.

Le osteotomie del 1° metatarso e delle

falangi per il riallineamento delle dita del piede (alluce valgo e dita a martello)

La lisi dei tendini e delle strutture capsulari periarticolari

Le osteotomie tipo Weil per l'arretramento delle teste metatarsali (nel caso delle

metatarsalgie).

La domanda che più frequentemente ci viene rivolta è come sia possibile asportare dell'osso attraverso piccoli fori.

La risposta è che l'osso viene "limato" oppure "tagliato" a seconda del

gesto, con frese studiate appositamente, frese che essendo elicoidali, nel girare, asportano la polvere d'osso insieme alle poche gocce di sangue che fuoriescono dai forellini.

I vantaggi sono tangibili:

La durata dell'operazione è di soli 15-20 minuti effettuata senza laccio ischemico alla caviglia (con notevole vantaggio per i portatori di problematiche vascolari agli arti inferiori).

Il dolore nel post-operatorio è praticamente assente tanto che moltissimi pazienti non prendono alcun analgesico. (E dire che è sono considerati interven-



Fig.1. Esempio di alluce valgo

*Chirurgo Ortopedico

ti dolorosissimi). Al massimo è un dolore controllabile con una compressa di paracetamolo. La deambulazione senza l'ausilio di bastoni è consentita già dopo un'ora dall'intervento chirurgico. I pazienti possono tranquillamente camminare e tornare a casa. Non rimane nessuna cicatrice, visti i piccoli fori (cosa molto gradita considerando che è una patologia prevalentemente femminile).

I risultati clinici di questa innovativa tecnica chirurgica che ormai vanta un follow-

up di dieci anni sono assolutamente in linea con le altre tecniche in uso in Italia. Il crescente numero di pazienti che chiede di essere

operato con questa tecnica ne è la testimonianza.

Del resto come per altri campi della Chirurgia così come per la stessa chirurgia Ortopedica (vedi tecniche artroscopiche) anche per le

patologie dell'avampiede, ci si può avvalere oggi delle tecniche mininvasive. E' un altro passo avanti nel panorama della Chirurgia in generale.



Fig.2. Asportazione dell'iperostosi ("cipolla")



Fig.3. La "pappa ossea" limata che fuoriesce dal forellino praticato

Consenso informato, un passo in avanti della Corte di Cassazione

Stefania Petrelli

Recentemente la Cassazione (con la sent.n2347/09) ha stabilito che la condotta del medico che sottopone il paziente ad un intervento differente da quello per il quale egli aveva prestato il proprio consenso informato, non ha rilevanza penale qualora questo abbia esito positivo e l'intervento sia stato eseguito secondo *lex artis*.

Il caso da cui deriva la decisione della Corte di Cassazione riguardava un ostetrico che aveva sottoposto una paziente a laparoscopia esplorativa, intervento per il quale ella aveva prestato il proprio consenso informato, proseguendo poi con una salpingectomia e asportazione della tuba sinistra.

L'intervento di asportazione veniva ritenuto corretto e di alta professionalità, ma a causa della mancanza del consenso, il medico nonostante fosse stato diligente, prudente, perito e capace di risolvere la patologia della paziente, veniva rinviato a giudizio e condannato (per violenza privata).

Per costante giurisprudenza, infatti, qualsiasi trattamento medico chirurgico eseguito in assenza di un valido consenso integra il reato di lesioni o di violenza privata, a seconda che si ritenga che tale assenza comprometta l'integrità fisica o la libera formazione del volere, così come sostenuto da due correnti di pensiero giurisprudenziali (l'una facente capo alla sentenza "Massimo"-1992-, l'altra alla sentenza "Volterrani"-2002-).

La Suprema Corte ha fatto chiarezza sul punto, affermando che il medico deve essere considerato esente da responsabilità penale qualora l'intervento medico chirurgico da egli eseguito senza il

previo consenso informato del paziente: sia stato effettuato secondo le *legis artis*, cioè in conformità delle regole medico-scientifiche date per contrastare quella determinata patologia;

abbia avuto un esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso sia derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute del paziente, in riferimento anche alle eventuali alternative ipotizzabili; non sia stato eseguito in presenza di indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, ossia il paziente non deve aver precedentemente negato il proprio consenso in riferimento all'esecuzione di quel determinato intervento.

In questa sentenza si legge la restituzione, al medico, della piena libertà di esecuzione del proprio lavoro, inteso nell'alto senso di realizzare, in maniera reale, il bene del paziente, secondo scienza e coscienza, libero da qualsiasi vincolo, qualora nel corso della sua opera intervengano fatti non previsti né prevedibili che il "genio", l'intuizione "geniale" sappia risolvere prontamente e nel migliore dei modi.

Così, la professione medica riassume in pieno il significato di *arte medica*.

Se ne sentiva il bisogno, in un momento in cui le, pur giuste e necessarie, direttive di legge davano, a volte, una sensazione di "soggezione" nell'esercizio di una professione che non può non essere che libera. Tuttavia, alla luce di quanto sopra, nell'acquisizione del consenso è sempre bene ottenere anche l'autorizzazione ad eseguire atti terapeutici non preventivabili né prevedibili, se necessari alla cura del paziente e se all'altezza delle conoscenze e delle capacità del professionista.

Percorso assistenziale del paziente cardiocirurgico

*Giuliana Bardelli, Temistocle Ragni

Il paziente cardiocirurgico è un paziente delicato, fragile con facilità alla destabilizzazione che necessita di un percorso assistenziale ben codificato che va dalla fase pre-operatoria al periodo immediatamente post-dimissione.

Tutti i pazienti cardiocirurgici vengono presi in carico dalla nostra struttura nel momento in cui viene posta la indicazione, indipendentemente dal fatto che sia o no ricoverato e se è ricoverato indipendentemente dal reparto in cui è ricoverato. In questo articolo parleremo del paziente elettivo che rappresenta la stragrande maggioranza (80- 85%) dei soggetti sottoposti ad intervento; si possono distinguere fondamentalmente tre fasi:

a) fase pre-operatoria di inquadramento dove gli esami pre-operatori (previsti da un protocollo) associati a quelli cardiologici che hanno portato alla indicazione, servono anche a stratificare il rischio peri-operatorio;

b) fase intra-operatoria, è limitata alla

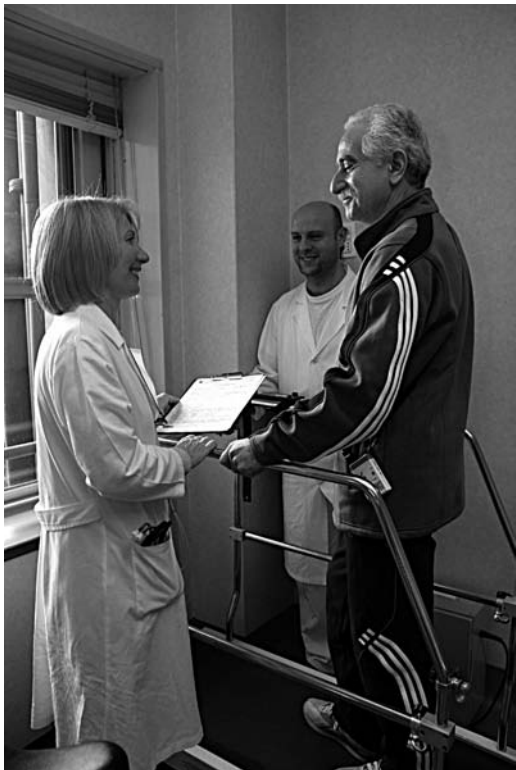
sala operatoria ed è di durata variabile (circa 5-7 ore);

c) fase post-operatoria con un primo periodo, della durata media di 1-2 giorni, in Terapia Intensiva Post-Cardiocirurgica (TIPOC) ed un secondo periodo in Re-

parto che, nei decorsi non complicati, è seguito dalla dimissione a domicilio in VI-VIII^o giornata post-operatoria.

Poichè la **fase b** e parte della **fase c** (degenza in TIPOC) è già stato affrontato, ci vorremmo soffermare sul periodo post-TIPOC, quando l'operato arriva in Reparto; in questa fase il paziente è ancora molto delicato, con possibili complicanze non solo mediche (aritmie, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria ecc..) ma anche chirurgiche (es Tamponamento). Il personale dedicato è rap-

presentato dal personale paramedico (infermiera professionale, caposala, operatori socio-sanitari, fisioterapiste, dietiste, psicologo) e personale medico (cardiocirurghi e cardiologo internista). Tutte queste figure si integrano tra loro con un obiettivo comune: condurre il post-



Dall'azienda ospedaliera

operato ad una rapida autonomizzazione e successiva dimissione a domicilio . Per cercare di rendere omogenea la gestione di questo periodo si è cercato di standardizzare quanto piu' possibile con protocolli di comportamento che oramai sono abbastanza consolidati:

- gestione dei drenaggi,delle vie centrali e cateteri vescicali: generalmente i drenaggi vengono rimossi in II-III°gg, le vie centrali ed il catetere vescicale il giorno successivo al trasferimento dalla TIPOC;
- gestione del dolore postoperatorio con oppiacei ev in infusione continua per le 24/72 ore successive al trasferimento , associate a paracetamolo ev;
- gestione della alimentazione con dieta liquida e semiliquida nelle prime giornate seguita da diete personalizzate anche in relazione alle patologie associate (diabete e/o insufficienza renale) ;
- gestione della mobilitazione e della fisioterapia respiratoria , che già inizia subito dopo la estubazione in TIPOC e continua in Reparto sino a completa autonomia del paziente ; la mobilitazione rappresenta una fase cruciale,non solo per la prevenzione delle lesioni da decubito, ma anche per il miglioramento degli scambi respiratori , per cui tutto il personale vi pone particolare attenzione con inizio della stessa sin dal momento del trasferimento e posizionamento in poltrona dal pomeriggio o al massimo la mattina successiva -gestione delle ferite chirurgiche che ,se non complicate , prevede la medicazione a giorni alterni sino alla dimissione da parte del personale infermieristico ; al minimo sospetto le ferite vengono valutate dal cardiocirurgo ; al fine di garantire la stabilità sternale si usano fasce toraciche indossate già dal momento del trasferimento in Reparto anche se sono presenti i drenaggi. La presenza di ferite chirurgiche complicate attiva un protocollo di medi-

cazioni mono o biquotidiane associata a prelievi colturali di monitoraggio .

E' implicito che essendo il post-operato un paziente estremamente fragile le prime giornate prevedono una monitoraggio continua del ritmo cardiaco e controlli dei parametri vitali la cui frequenza varia in relazione alla giornata post-operatoria e tipologia del paziente . Anche per quanto riguarda gli esami strumentali e laboratoristici sono stati implementati dei protocolli e per il tipo di esame e per la tempistica. Va da se comunque che il tutto è suscettibile di modificazioni in relazione al giudizio del medico di reparto ed in relazione alle condizioni del paziente .Alla dimissione viene affidata al paziente e familiari una lettera di dimissione ,associata ad un opuscolo informativo, da consegnare al medico curante: il tutto si accompagna ad un incontro verbale con il medico dimettente che da informazioni relative al comportamento da tenere a domicilio, alla terapia da assumere, alla tempistica di rimozione dei residui punti cutanei ed al follow-up strumentale compresa la possibilità di afferire alla riabilitazione cardiologica di riferimento. In presenza di ferite chirurgiche complicate ma dimissibili , il paziente viene inserito nel nostro ambulatorio e , se è in atto antibioticoterapia endovenosa, viene attivato il Centro di Salute di riferimento con eventuale "dimissione protetta". Analogamente la presenza di lesioni da decubito attiva un protocollo di gestione condivisa con l'azienda territoriale ed i rispettivi Centri di Salute .

Quello che sembra ovvio e semplice è il risultato di anni di lavoro e collaborazione tra le varie figure in particolare con il personale paramedico sempre molto attento e affidabile sia dal punto di vista umano che professionale.

Ho il difficile, ma piacevole compito di introdurre questo breve angolo di poesia aperto alla creatività di chi ha il coraggio e la delicatezza per cimentarsi con questa forma d'espressione, a cui i medici, anche di ricca e provata esperienza clinica non sono estranei. Forse la nostra consuetudine con l'altro malato non è estranea alla capacità di dilettersi con le parole. Trovo questa definizione della poesia in un'intervista al poeta Mario Luzi, a cui l'intervistatore domandava se la poesia è la stessa esperienza comune di guardare con altri occhi paesaggi, situazioni o esperienze:

"In un certo senso è così! Solo che la parola poetica ne risveglia la freschezza, dà vita alle cose che si innestano nella nostra esistenza grazie proprio alla parola che fa aderire ciascuna cosa alla sua realtà. Quando questo accade è un bellissimo evento, è una duplice rivelazione reciproca, delle cose e della parola. Bisogna che esista sempre la disponibilità degli uomini, sia in chi scrive sia in chi legge. Non importa quanti sentono l'impulso a scrivere poesie; è necessario ricevere la spinta a vivere più intensamente in questo mondo che abitiamo e che ci è dato, non certamente a caso, non per nulla".

Leonardo Leonardi

Poesie di Ezio Moretti

Dalla penombra dell'uscio
Come d'incanto
Appari al mattino
Oh deliziosa figura

Rifulgi di luce
Pari all'astro lunare
Nella profondità della notte

Con fragile mossa ravvivi la chioma
E scopri il candore dell'ascella

Lo sguardo si ravviva
Di innocente malizia
Al pensiero del giorno che nasce

M'assale la luminosità del sorriso
Travolge la dolcezza della voce
La magia del momento
Suggerisce il senso dell'eterno
In attesa di un vano prodigio

Sopraggiunge la vita
A strapparmi dal sogno

Ezio Moretti

Atteggi le labbra in avanti
Per un bacio senza fine
L'universo par che l'accolga
Nel silenzio pieno di parole

Gli occhi sgranati di meraviglia
Motteggi col muovere del capo
Momenti di allegria

L'incedere è una danza
Che rammenta il canto dei Maori
Rinnovata creazione di sentimenti
La luce che t'avvolge
Rende giovani le ore

Ezio Moretti

La psicosi nei giovani: un incontro tra Medicina Generale e Psichiatria

Leonardo Leonardi

Nell'epoca della medicina tecnologica qual è il posto del medico nella cura del soggetto psicotico? Oggi il medico applica delle tecniche rendendole compatibili all'economia che regola il sociale ed al diritto. Il medico è anche l'esecutore della politica sanitaria che non promette più la felicità, ma distribuisce risorse per conservare la salute e la possibilità godimento.

Il controllo sociale è ora il controllo sul corpo ed il suo benessere è la frontiera della scienza, della tecnica e del diritto. Lo sguardo del medico che doveva isolare la diagnosi e la sua voce che doveva istruire il paziente, dove si localizza ora, e come si articola col sintomo che riempie l'ambulatorio col suo tran tran. Siamo abituati al porsi dei sintomi come lamentela. Anche nei casi più gravi il paziente adotta un dire codificato, procedurale; è il modo con cui il paziente si rende utente delle procedure sanitarie. Si arriva dal medico con

le formule diagnostiche: attacco di panico, depressione, anoressia, bulimia. Le parole funzionano da codice per avviare le procedure d'intervento codificate nei protocolli. Medico e paziente han-

no imparato a rimandare all'altro, ad esentarsi dalla sofferenza della presenza reciproca. Rimandare ad altri è diventato il ticket per convivere col sintomo, il modo per metterlo in un circuito. Il paziente rimanda spesso all'avvocato, il medico agli esami strumentali.

Invece il medico con la sua presenza è importante per la relazione che assume con la domanda che il paziente articola attraverso i suoi sintomi; domanda di cura che rimanda alla sua capacità di ascolto e, perché no, allo sguardo clinico a cui si è formato.

La psicosi nelle sue forme di manifestazione più classiche: schizofrenia e disturbi bipolari, rappresenta attualmente una modesta percentuale delle utenze psichiatriche, sebbene essa costituisca uno zoccolo duro per gli sforzi di trattamento che esse comportano.

Sono invece prevalenti quei sintomi che oggi esprimono il disagio attuale del-



la nostra civiltà: le depressioni, i disturbi alimentari, il controllo degli impulsi, la psicosomatica, l'abuso di sostanze. Oltre che essere sintomo di un disagio questi sintomi esprimono un modo di adattamento alla realtà, allorquando diventano uno stile di vita con cui si differenziano nel sociale incanalandosi nei vari percorsi terapeutici.

Sono sintomi in cui il soggetto si ambienta, potremmo dire che sono egosintonici nel loro stabilizzarsi e nel coinvolgere gli apparati sanitari. Essi sono un terreno comune per la medicina generale e per la psichiatria.

In altri casi questi sintomi fanno parte del processo con cui un soggetto ricostruisce la propria realtà. Questa è un'operazione precipua della psicosi e spesso di difficile lettura e che si delinea nel delirio. Ricostruzione che spesso ci inganna per la sua efficacia, per il modo di presentarsi adeguata e compiacente al senso comune. Essa ci appare spesso una variante, una declinazione non grave della normalità. Può sembrare un disagio relazionale, una delusione affettiva, uno stato d'ansia. L'alcol, le droghe, il cibo possono apparire dei mezzi consolatori, un modo patologico con cui il soggetto cerca di garantirsi un confort portatile e prontamente disponibile. Soltanto dopo una crisi psicotica ci accorgiamo che quel problema che il paziente mostrava rimandava a qualcos'altro, non al mondo che gli stava intorno, ma al mondo fragile che si era costruito. Una ricostruzione fatta dei frammenti presi dal mondo che lo circonda e con cui compone un quadro di certezza, uno schema rigido, avulso alla dialettica, un ritornello che si ripete a cui diamo il nome di delirio.

È la psicosi che abitualmente riconosciamo quando lo scatenamento ha la dimensione sociale, a cielo aperto. La questione che ci riguarda è però quando questo scatenamento non ha assunto tale dimensione, quando c'è un livello strutturale, latente, non confessato.

Molti sintomi attuali si realizzano come identificazione su un godimento compensatorio, tipico esempio sono le varie dipendenze, ma lo sono anche il ricorrere agli atti, alla violenza.

Sono modi in cui il soggetto si consolida nel proprio narcisismo allorquando non sa più mediare con l'Altro, quando non dispone di un modo di funzionare nel simbolico, vale a dire attraverso la parola, egli si mette in moto al livello dell'immaginario. Il corpo, quale principale sostegno della propria immagine è spesso il primo ad esserne investito.

Il corpo è inondato dal tentativo del soggetto di dominarlo come un proprio strumento di godimento sia attraverso la sostanza, sia mediante la scarica motoria più o meno violenta.

La doppia diagnosi ci può aiutare a seguire il soggetto nelle sue peregrinazioni con le dipendenze: gioco, droghe, alcol, ma ci aiuta soprattutto a non trascurare la vera diagnosi. Questa è importante perché la psicosi vera non deve essere trascurata per l'impegno di assistenza che essa comporta ai vari livelli.

Psichiatrizzare è possibile e utile, ma quando non necessario, è uno spreco di risorse, e soprattutto segna un'esistenza. Di questo si è parlato il 28 marzo in un incontro tra Medici di Medicina Generale Psichiatri, e con la partecipazione dello psichiatra e psicoanalista Carlo Viganò, presso la sala riunioni del CSM Bellocchio. Dall'incontro è emerso come il MMG può essere un valido riferimento per la domanda di cura di un giovane psicotico, soprattutto nei momenti iniziali, quando ancora non è definibile un percorso di cura nei servizi psichiatrici ed allorquando si pone l'esigenza d'individuare precocemente quei sintomi che rimandano ad un possibile crollo esistenziale, caratteristico dei giovani con queste gravi patologie. Il MMG svolge altresì un ruolo privilegiato di raccordo con le famiglie di questi pazienti, spesso provate e disorientate di fronte all'enigma della psicosi.

Riflessioni di un giovane sindacalista

Marco Petrella

Fare sindacato, essere sindacato oggi. Il seguente articolo del dottor Marco Petrella analizza quelli che sono gli aspetti attuali, di crisi, di tale istituzione ed è veramente paradigmatico e per me inaspettato constatare che le sue affermazioni e valutazioni potrebbero essere anche le mie. Nonostante il mio retroterra professionale, i miei modelli culturali di riferimento, il mio sindacato e probabilmente anche il mio tipo di sensibilità in generale forse siano molto distanti da quelli di Petrella, le considerazioni, però, sono le stesse: quanto conta la trattativa fatta alla luce del sole rispetto a quella fatta trasversalmente nei soliti corridoi? Come facciamo a garantire il rinnovamento generazionale dei sindacalisti? Siamo ancora rappresentativi della categoria? Con quale spirito affrontiamo la battaglia?

Da "vecchio" sindacalista mi permetto di suggerire ad un "giovane" sindacalista che spesso si può e si deve andare avanti anche se non si trovano al momento le risposte... queste verranno.

Tiziano Scarponi

Premessa

È passato poco più di un anno da quando mi occupo attivamente di sindacato (ma vi giuro che ho dovuto controllare la data, perché pensavo fosse passato molto più tempo), quindi vi sembrerà un po' presuntuoso che ora io mi metta a scrivere una riflessione sulla crisi del sindacato, ma per me riflettere è una questione di sopravvivenza. I punti critici di un sindacato autonomo della dirigenza che raccoglie soprattutto medici dipendenti e alcuni convenzionati, impegnati sul territorio, sono a parer mio i seguenti: la politica, il sapere, lo spirito, la rappresentatività.

La politica. Sia che si parli di politica in termini di semplice affiliazione ad un par-

tito o ad una sua corrente, sia che si parli di quel sistema complesso di poteri e di garanzie che regola la cosa pubblica, la politica c'entra con il sindacato. Alcune formazioni sindacali hanno un chiaro schieramento, per lo meno di massima, o lo hanno i loro rappresentanti. In altri casi si ostenta l'indipendenza. In ogni modo nessuno può ignorare come si dispongono le forze in campo, che vesti indossano i principali interlocutori, quali legami o rivalità intercorrono. Bene: in questi mesi ho avvertito la debolezza politica del sindacato. Attenzione: non credo e non propongo che si debba fare a gara con chi utilizza rapporti privilegiati, che forse lo difendono da qualche frustrazione, ma non credo possano sempre assicurare vantaggi al complesso degli iscritti. Anzi credo che l'indipendenza resti un valore aggiunto, ma essa si deve appoggiare su un profondo sapere politico, che sappia individuare spazi di azione ed evitare vicoli ciechi, cercare alleanze e guardarsi da possibili avversari.

Questo sapere politico emerge raramente tra le nostre fila, e la politica, dal canto suo, è sempre meno leggibile e più arroccata su posizioni che ne fanno a priori una controparte.

Il sapere. La graduale riduzione delle risorse ha generato alcune scelte salutari contro gli sprechi e, fin qui, è stata in parte controbilanciata da alcuni elementi di modernizzazione, come l'ingresso massiccio dell'informatica. Ma è sotto gli occhi di tutti che non si possono fare le nozze con i fichi e le attività più legate al fattore umano (tra cui quelle mediche) già risentono della lunga mancanza di investimenti. In questo contesto è anche diventato oltremodo difficile ottenere i dovuti riconoscimenti in termini economici e di carriera, o semplicemente difendere alcuni diritti elementari (formazione, orari di lavoro,

proporzione tra responsabilità e tipologia di incarico, etc.). Solo la conoscenza dettagliata del complesso impianto del contratto di lavoro (la cui applicazione oramai mette in difficoltà anche i più esperti dirigenti amministrativi) permette di individuare punti di attacco tanto cogenti da obbligare le Aziende ad un sia pur minimo aumento della spesa. Sindacalista fai-da-te? Ahì, ahì, ahì! Servono colleghi che abbiano competenze ed esperienze, nonché disponibilità a coltivarle con l'aggiornamento e con la partecipazione alle varie fasi della vita sindacale. La difficoltà a trovare chi negli anni affianchi i rappresentanti sindacali per costituire un successore "esperto" assomiglia molto alla esperienza che stiamo vivendo a livello professionale: una generazione che invecchia senza ricambio. Non sto quindi ad indicare responsabilità, né a fustigare me stesso: solo mi sembra chiaro che questo è un altro elemento di forte debolezza, presente in molti sindacati.

Lo spirito. Un collega romano presente nel giorno della mia elezione parlò di "vis pugnandi". Io ricordo solo che negoziare implica determinazione nel chiedere il massimo, incassare il più definitivo dei "no", quindi utilizzare lusinghe e minacce per arrivare al risultato migliore possibile. Dato il contesto sopra ricordato, né il sindacato né la controparte oggi possono lanciarsi in grandi lusinghe (da una parte si sono esaurite disponibilità e comprensione, dall'altra sono finiti i soldi e finanche lo spazio per l'ascolto). Il sindacato, soprattutto, ha poi ben poco da minacciare, a meno che non sappia ricorrere alle conoscenze politiche e al sapere contrattuale, di cui parlavo sopra. Si incontra, malgrado ciò, ancora qualcuno capace di esprimere una vis pugnandi, ma si tratta solo di carattere o di raggiunti limiti di sopportazione.

La rappresentatività. Tradizionalmente la forza sindacale sta nel numero degli iscritti e nella rilevanza che questa base riveste per il datore di lavoro e per la società. Ho già scritto tempo fa sul Bollettino dell'Ordine come un sindacato medico e di dirigenti abbia qualche problema in parten-

za a far valere la sua forza, in contraddizione con la propria deontologia e le proprie responsabilità rispetto all'organizzazione di appartenenza. Ho anche accennato alla conflittualità interna (ognuno concorrente dell'altro, per lo meno) come ulteriore elemento di debolezza. Oggi c'è qualche problema in più: i numeri (molti sindacati sono costretti ad accorparsi con altre sigle) e la scarsa visibilità sociale di chi opera nel territorio su temi non direttamente clinici. La crisi in corso, infine, aumenta la nostra ricattabilità. Ricordo a questo proposito che la non ricattabilità non è un requisito etico (se non per gli aspiranti martiri), bensì dovrebbe essere una conseguenza delle regole in vigore. Quando la quota di fiduciarità nei criteri per l'assegnazione degli incarichi di responsabilità eccede quella attribuibile alle competenze tecniche, i margini di indipendenza si erodono facilmente.

Conclusioni.

Mi piacerebbe che su queste criticità ci fosse un dibattito costruttivo, che disegni nuovi percorsi di lavoro per il sindacato medico. Io non mi esimo però dall'accennare alcune mie conclusioni:

molto ancora si riesce a fare nei piani alti della contrattazione, essenzialmente a livello nazionale, dove operano sindacalisti esperti e dove si possono affrontare temi trasversali (eppure conflitti tra le diverse categorie mediche si evidenziano anche in quella sede); è importante aggregare interessi, sigle e risorse, ma c'è il rischio di mettere in ombra le specificità di qualche categoria meno forte; a livello locale bisogna muoversi lontano dai conflitti interpersonali (il sindacato come quello che appoggia questa o quella struttura complessa, per esempio), concentrando l'azione su diritti e criteri;

bisogna stimolare la crescita di personale motivato ed esperto, disposto a rinunciare, a fronte di precise garanzie, ad una quota di sviluppo professionale, per dedicare tempo e attenzione ad una materia sempre più complessa.

Anche l'attività sindacale è diventato terreno fertile per il burnout?

INFORMAZIONE SANITARIA: REGOLAMENTO PRESTAZIONI GRATUITE

Dal momento che molti Presidenti CAO avevano sollevato il problema la Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri della FNOM-CeO, riunita in Roma il 2 luglio 2009, dopo aver PRESO ATTO della necessità di individuare precisi criteri di riferimento che assicurino la correttezza deontologica delle iniziative variamente poste in essere dagli iscritti per quanto concerne l'offerta di *prestazioni gratuite nell'ambito di campagne di informazione sanitaria* rivolte alle scuole o ad altri istituti;

CONSIDERATO

che dette *iniziative rivestono spesso aspetti certamente meritori e condivisibili, in quanto favoriscono un'opportuna informazione sanitaria ai cittadini nel campo della tutela della salute orale;*

RILEVATO

che *in alcuni casi* tali regole tendono, direttamente o indirettamente, a promuovere in modo improprio, l'attività professionale dei proponenti attraverso la previsione di visite gratuite che implicitamente costituiscono concorrenza sleale ed esplicito accaparramento di clientela;

CONSIDERATO che l'art. 6 della Legge 409/85 attribuisce alle Commissioni odontoiatriche provinciali e, a livello nazionale, alla Commissione odontoiatrica della FNOMCeO, il compito di dare criteri di massima per prevenire il contenzioso tra gli iscritti

INDIVIDUA i seguenti principi deontologici, per la regolamentazione delle proposte

di *informazione sanitaria*: Gli iscritti sono tenuti a sottoporre al vaglio preventivo delle Commissioni odontoiatriche provinciali o della Commissione odontoiatrica della FNOMCeO, quando siano di carattere nazionale, le campagne di informazione sanitaria dirette a promuovere la cultura della prevenzione e della tutela della salute odontoiatrica. Le Commissioni provinciali e la Commissione nazionale devono valutare le proposte di cui trattasi e la loro conformità ai principi del decoro, della dignità e della indipendenza

della professione; In particolare, la valutazione delle Commissioni odontoiatriche deve tener conto del disposto dell'art. 54 del codice deontologico, che testualmente prevede: *"il medico può, in particolari circostanze, presta-*

re gratuitamente la sua opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela"; Le Commissioni devono anche tener conto delle disposizioni degli articoli 55 e 56 del codice deontologico che stabiliscono il ruolo di verifica deontologica dei messaggi di pubblicità dell'informazione sanitaria, che gli iscritti propongono ai cittadini;

Le Commissioni tengono conto infine di quanto previsto dall'art. 21 del Codice di Deontologia medica che stabilisce: *"il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare"*



ACCORDO MINISTERO SALUTE ANDI – OCI ODONTOIATRIA SOCIALE

Il 28 luglio 2008 è stato sottoscritto dal Ministero della Salute e da alcuni sindacati di categoria (ANDI e OCI) un accordo per la fornitura di determinate prestazioni odontoiatriche, a tariffe concordate, a favore di particolari fasce di popolazione (classi a basso reddito ISEE, donne in stato di gravidanza).

L'accordo, divenuto operativo dall'APRILE di quest'anno, prevede che ad eseguire le suddette prestazioni **possano essere tutti gli odontoiatri, iscritti allo specifico albo, indipendentemente dalla appartenenza o meno ai citati sindacati.**

L'adesione naturalmente è libera e volontaria e può essere revocata in qualsiasi momento.

Il problema sorgeva in quanto non era stata evidenziata nessuna entità, oltre alle associazioni aderenti, a cui naturalmente compete il ruolo garante e di vigilanza nei confronti esclusivamente dei propri associati, a cui spettasse il compito di raccogliere e monitorare le adesioni e l'attività dei non iscritti ai sindacati firmatari.

Su sollecitazione della CAO nazionale il Ministero ha individuato negli Ordini Provinciali il possibile organo di raccolta e controllo, ruolo che, in quanto ente ausiliario dello Stato, ciascun Ordine Provinciale ha ben accolto.

L'adesione all'accordo prevede, ovviamente, **l'accettazione integrale del regolamento predisposto**, consultabile in internet, presso il sito del Ministero e presente anche presso la nostra sede ordinistica, e potrà essere fornita **previa sottoscrizione di uno specifico modello presente nel sito dell'Ordine www.omcepg.it, o in segreteria, ovvero direttamente per via telematica.**

L'elenco dei partecipanti sarà conservato presso la segreteria ordinistica a disposizione della cittadinanza e consultabile nel citato sito.

Si sottolinea che chiunque avesse già presentato domanda di adesione presso il rispettivo sindacato è invitato comunque a sottoscriverla nuovamente presso l'Ordine, poiché, per evidenti problemi di riservatezza e di privacy, non è possibile da parte nostra attingere e pubblicare liste di aderenti che non abbiano esplicitamente dato il proprio consenso in tal senso.

Di seguito sono pubblicati i passi salienti della missiva del Ministero sull'argomento.
Possano aderire tutti gli iscritti all'Albo

Con riferimento alla richiesta inoltrata dalla CAO nazionale in data 29 aprile u.s., il **Ministero della Salute non può che ritenere positivo il fatto di aprire all'adesione di tutti gli odontoiatri disponibili ad erogare cure secondo le modalità e condizioni contenute nell'accordo medesimo.**

Si rappresenta, al riguardo, la necessità

che i **termini dell'Accordo Ministero – Andi – Oci rimangano del tutto invariati e che gli odontoiatri non iscritti ad Andi e Oci che faranno richiesta di adesione si impegnino a rispettarli in ogni punto.** Ciò premesso, si rileva che l'Accordo in parola prevede un **ruolo di garanzia** affidato alle Associazioni testè menzionate, che non sarebbero, tuttavia, legittimate

Dalla Commissione odontoiatri

a svolgerlo anche nei confronti di odontoiatri ad esse non iscritti.

Sorge, pertanto, la necessità di individuare un soggetto terzo cui affidare tali compiti.

Si ritiene, in proposito, che gli Ordini professionali, in quanto organi ausiliari dello Stato, potrebbero assolvere tale incarico nell'interesse sia dei cittadini destinatari delle prestazioni, sia dei propri iscritti, senza che ciò comporti, di per sé, adesione "politica" all'iniziativa, poiché tale prerogativa non rientra nel ruolo istituzionale degli Ordini stessi.

Ove si convenga con tale proposta, al fine di estendere l'Accordo a tutti gli odontoiatri interessati occorrerebbe che gli Ordini professionali assicurassero l'espletamento dei seguenti compiti:

- 1) l'Ordine dovrà gestire autonomamente ed in modo continuo ed aggiornato l'elenco degli iscritti che decidono di aderire all'Accordo;
- 2) l'Ordine dovrà dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo comma

dell'articolo 6 dell'Accordo e quindi fornire al Ministero, per finalità di monitoraggio e verifica, i dati relativi all'applicazione dell'Accordo medesimo, nonché ogni altra informazione che risulterà utile a verificarne lo stato di attuazione;

3) l'Ordine garantirà quanto previsto dal successivo articolo 7 e, nella fattispecie, considerando implicita nella funzione ordinistica l'attività di informazione sulla prevenzione odontoiatrica e sulla importanza che ad eseguire le prestazioni siano i professionisti legittimamente abilitati all'esercizio professionale dell'odontoiatria, curerà lo svolgimento di attività di informazione sul contenuto dell'Accordo e renderà pubblico ed accessibile ai cittadini l'elenco dei professionisti aderenti. “

MINISTERO DEL LAVORO DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI
Direzione Generale Risorse Umane e Professioni Sanitarie

Terapia del dolore: possibile la prescrizione dei farmaci oppiacei con ricetta semplice

A seguito dell'Ordinanza Ministeriale pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 20 giugno scorso, è disponibile l'elenco dei medicinali in commercio che sono temporaneamente iscritti nella tabella II sezione D del Testo Unico per la disciplina in materia di sostanze stupefacenti. Si tratta, principalmente, di medicinali a base dei seguenti principi attivi: Buprenorfina, Fentanil, Fentanil citrato, Idromorfone cloridrato, Morfina solfato e Oxicodone cloridrato che, a norma dell'ordinanza ministeriale suddetta, possono essere prescritti sulla normale ricetta del SSN. Restano esclusi da questa semplificazione (e quindi necessitano ancora della prescrizione sulla ricetta speciale in triplice copia) i farmaci a base di metadone e buprenorfina ad uso orale e quelli ad uso iniettivo. L'elenco è a disposizione presso gli uffici dell'ordine.

Si ricorda che il provvedimento ha lo scopo di facilitare l'accesso alla terapia del dolore e che avrà validità per un anno e, comunque, fino a quando non verrà approvata la legge di riforma del Testo Unico sugli stupefacenti, attualmente all'esame del Parlamento.

Accordo collettivo nazionale Lo specialista ambulatoriale convenzionato sempre più integrato nel territorio

Alessandro Ciacca – Segreteria provinciale SUMAI

Il nuovo ACN recita: “Gli **Specialisti ambulatoriali** sono parte **attiva e qualificante** del S.S.N. **Operano in modo coordinato ed integrato** con le strutture aziendali e gli altri professionisti ed operatori nell’ambito dell’attività di assistenza sanitaria territoriale. **Va costruita un’organizzazione sanitaria integrata nel territorio** capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini. “In termini pratici si vuole cercare di disegnare una sanità integrata e più funzionale che avrà tra i suoi principali attori anche i medici specialisti convenzionati interni attraverso una parte sempre più attiva nella continuità assistenziale dei pazienti, in particolare dei malati cronici, e con il miglior impiego delle risorse. Le novità più rilevanti riguardano la nascita e lo sviluppo delle aggregazioni funzionali con lo scopo di realizzare condizioni per l’integrazione delle attività dei singoli medici specialisti ambulatoriali (e a onor del vero, in Umbria, in particolare nella ASL 2 con il più grande poliambulatorio specialistico regionale, si sono già poste le basi per questo) e la creazione di un percorso di integrazione tra assistenza primaria, continuità assistenziale e assistenza ospedaliera. Questo modello assistenziale potrà essere diverso da Regione e Regione per rispettare il criterio delle esigenze territoriali ma le sue funzioni saranno quelle di assicurare l’erogazione dei Lea, fornire accesso ai servizi per limitare l’uso improprio del Pronto Soccorso e dei ricoveri, realizzare sul territorio un percorso di continuità assistenziale 24 ore su 24 per garantire un’effettiva presa in carico dell’utente, in particolare dei pazienti cronici. A questo punto conoscendo le nostre realtà e le esperienze passate ci si doman-

da: si riuscirà davvero a cambiare?

La spesa sanitaria ospedaliera continuerà ad assorbire gran parte delle risorse lasciando briciole al territorio? Come si concilia la qualità delle prestazioni mediche in carenza di personale infermieristico se molti specialisti, pur mantenendo il numero delle prestazioni richieste, è costretto a svolgere oltre al proprio lavoro mansioni infermieristiche, di controllo del pagamento del ticket e non ha nessun filtro di fronte alle richieste di visita che tentano di saltare la lista di attesa?

Come si concilia la continuità assistenziale (un diritto del paziente che sceglie il professionista ma anche un diritto del medico a seguire il malato per il quale imposta il percorso assistenziale secondo una logica dalla quale deve avere un ritorno) se non c’è un’adeguata strumentazione sul territorio o non c’è la possibilità di prescrizione di cura? Questi ed altri sono i problemi che andranno affrontati con la Regione e le Direzioni Aziendali e ogni singolo specialista deve sentirsi chiamato in causa e coordinarsi con gli altri della stessa branca per individuare soluzioni in quanto, nonostante sia previsto dal contratto, ancora alcune Aziende non riconoscono un coordinatore di branca. Questo impegno individuale, che si coordini e si affianchi ovviamente a quello sindacale, è necessario inoltre per superare la diffidenza di Regione e Aziende Sanitarie che impedisce di instaurare per nuovi specialisti contratti a tempo indeterminato. Tale riapertura, già prevista nella finanziaria del 2005, consentirebbe, tra l’altro, una soluzione al precariato medico dei contratti libero professionali con il vantaggio sempre della flessibilità oraria ma soprattutto della dignità professionale e dell’investimento di una presenza certa e duratura sul territorio.



(Emblema del Collegio dei Medici e Filosofi - sec. XVIII)