



Mettere in pratica la prevenzione dalla "Corte dei Miracoli" alla "Bottega dell'Arte"

**Mazzi Marco P. - MMG
Valeggio sul Mincio VR**

Quanti tra i nostri pazienti hanno dati correttamente registrati, tali da metterci in grado di conoscere veramente i loro rischi e i loro bisogni preventivi? Quanti modificano il loro stile di vita a seguito dei messaggi terroristici che quotidianamente appaiono sui mass media?

Quanti ipertrofizzano i loro bisogni di salute in un'ansia indotta da iperconsumo sanitario? Quanti invece maturano correttamente un atteggiamento più responsabile di attenzione ai loro bisogni di prevenzione individuale? Come possiamo mettere la nostra professionalità a loro servizio promuovendo informazione, consapevolezza, scelte serene e mirate di prevenzione individuale che non peggiorino l'ansia e le paure. Purtroppo, nonostante un grande interesse teorico, il Sistema Sanitario naviga ancora "a vista" con grandi incertezze sulla assegnazione di compiti e di risorse finalizzate per la Prevenzione. D'altra parte la necessità di non sperperare risorse ed ottenere risultati più concreti e misurabili, fa evolvere la Promozione di salute verso attività più complesse e integrate di attenzione alla persona asintomatica, per la selezione precoce dei rischi modificabili, il monitoraggio degli eventi sentinella finalizzati alla diagnosi precoce delle malattie. I pazienti sono molto interessati a ricevere cure e consigli preventivi dal proprio medico curante. Ma gli organi della professione e della politica sanitaria trascurano iniziative concrete per rinforzare questa positiva caratteristica

culturale e, tra i vari operatori sul campo, la nostra figura di Medici della persona e della Famiglia è la meno considerata.

Così, quotidianamente ci troviamo ad operare al crocevia tra bisogni di salute (espresi e non espresi), il fuoco incrociato di opinion-leaders che dettano linee guida o regole teoriche di prevenzione, e una sorta di onnipotente presenza dei mass-media che le amplificano nell'immaginario collettivo.

Dagli anni 80 fino ad oggi siamo stati spettatori passivi di incentivazioni alla prevenzione di secondo livello, quella degli screening o dei centri a pioggia per la cura di ogni sorta di malattia o problema quasi sempre decisi senza controlli di fattibilità, di impatto sul sistema delle cure primarie, o validazioni per costo/ beneficio/efficienza ed efficacia.

Tra non molto l'intero pacchetto delle nostre informazioni genetiche potrà essere scaricato su piccole carte magnetiche con centinaia di dati predittori del nostro futuro. Entrambe le situazioni hanno in comune una cosa: la visione della prevenzione come una sorta di "oroscopo bio molecolare organicista" che ha del miracoloso come un vaticinio alla Nostradamus. Nella realtà di tutti i giorni, invece, la Promozione ed educazione alla salute è un processo complesso che non si sviluppa con i miracoli ma col lavoro costante dell'individuo e del medico curante; una mediazione intelligente, tra valutazione serena dello stato di benessere o di rischio, e la decisione di ciò che si può fare per mantenerlo o migliorarlo. In questa ottica il nostro ambulatorio diviene una sorta di bottega d'arte dove l'artista mette a disposizione le proprie doti umane e professionali i consigli e gli strumenti più idonei allo sviluppo di molte vere opere: "le storie dei nostri pazienti e delle loro famiglie". Fattori come: continuità di intervento, setting di lavoro, numero di contatti, visione complessiva della persona da sola, in famiglia, nell'ambiente di vita e lavoro, modalità opportunistica e fiduciaria di incontro col paziente giocano un ruolo fondamentale nelle strategie di management della prevenzione. Ma la letteratura segnala che la carenza di investimenti e valorizzazione professionale porta alla perdita di innumerevoli occasioni di prevenzione ed educazione documentabili nelle cartelle dei nostri pazienti con un deficit di registrazione di dati basilari per il monitoraggio. Recentemente persino il ministro della sanità di un paese liberista come gli USA ha affermato: "Bisogna aiutare il medico di famiglia a introdurre elementi di prevenzione ed educazione organizzati e standardizzabili nei contatti opportunistici con i propri assistiti." Devono infine essere implementati procedimenti mirati alla verifica e revisione

INDICE

- 1 *Mettere in pratica la prevenzione dalla "Corte dei Miracoli" alla "Bottega dell'Arte"*
- 2 *Il Medico "Fattore" ed il Medico "Guida" - L'Associazione AMEGEC a Verona*
- 3 *Come si può "cambiare". Il Circolo di Qualità e l'esempio delle malattie tiroidee*
- 3 *Scelte Chirurgiche e Ruolo del MMG: Analisi di 95 ricoveri per chirurgia prostatica*
- 3 *Ricerche in "Fasce": Paternità dei Ricoveri Ospedalieri*
- 4 *Graipe - Gruppo per i Medici di Medicina Generale in zone rurali e isolate d'Europa*

di qualità della attività preventivo-educativa della medicina generale. È interesse comune che i pazienti diventino più sicuri e consapevoli di avere, nel proprio medico curante, un consulente professionale amichevole, sicuro e autorevolmente accreditato per la scelta degli atti preventivi e delle azioni scientificamente finalizzate al mantenimento della salute. È importante che questa attività diventi oggetto di maggior visibilità, attenzione culturale, incentivazione professionale ed economica. *Progetto SPES - Servizio Promozione ed Educazione alla Salute in Medicina Generale. SIMG VR. Il progetto sarà prossimamente visibile nel sito internet: www/intesys.it/SIMG.*

J Il Medico "Fattore" ed il Medico "Guida"; L'Associazione AMEGEC a Verona

**Igino Marchi (Psicologo),
A. Lauter (Esperto di motricità)
e F. Del Zotti (MMG)- Verona**

Il MMG spesso lotta per un riscatto professionale tentando di **fare di più**, di posizionare nell'ambulatorio più manovre diagnostiche e terapeutiche. In effetti, sempre più MMG con coraggio e sacrificio investono i propri soldi in computer e microtecnologia moderna. Ma il fare di più è solo una via della rivincita della MG. L'altra, a nostro parere, sta nel **guidare i pazienti a fare meno e meglio**, nel mondo dell'inflazione medica descritto da Cochrane. Per arrivare a questa abilità, bisogna potenziare noi stessi come persone e come consulenti attraverso le Moderne tecniche Relazionali e Cognitivo-comportamentali. In parole povere: aumentare alcune decisive abilità nostre e dei pazienti: capire, comportarsi, comunicare, consigliare, decidere. Oggi ci rendiamo conto che è cambiata la struttura del disagio socio-sanitario. Secondo il sociologo Donati, dopo il periodo infettivo della medicina (sino al 1950), e dopo il periodo delle malattie degenerative della società industriale, sta emergendo il periodo delle Patologie Comportamentali, Relazionali e Sistemiche che colpiscono anche classi di età basse e che incidono anche pesantemente sulla sopravvivenza (si veda l'Aids, per tutte). Tra i cambiamenti cognitivo-comportamentali del nucleo del nostro lavoro, vi è uno scioglimento da una dimensione pratico-

operativa del medico di campagna di una volta a quella *consulenziale del medico di città*, che si vede impedita l'operatività dai tanti ospedali e specialisti, ma moltiplicata la richiesta di consulenza sul lavoro degli altri medici (lo Stato ci chiede di "filtrare") e sulla situazione relazionale paziente/malattia-salute, paziente/lavoro-denaro, paziente/famiglia.

Inoltre, nel caso delle malattie croniche, si richiede che il paziente introduca nella sua vita nuove abilità e cognitive e comportamentali da mantenere nel tempo. Il paziente deve vincere le paure del cambiamento: da "sano" a "malato"; da "nemico delle medicine" a "assumere più farmaci tutti i giorni"; autocontrollare le variabili (numero di sigarette giornaliero; pressione; peso; glicemia); da "vivere alla giornata" a programmare; da dipendere da un intervento specialistico a pianificare nei mesi e negli anni, assieme al medico, le trasformazioni biopsicosociali necessarie. **Cambiare** verso il meglio non è facile; **richiede di un apprendimento di vari stadi** e spesso di mesi e anni. Vi è necessità che il paziente diventi uno sperimentatore di se stesso. Solo una migliore relazione, duratura negli anni, con il proprio medico di fiducia, raffinato nel counseling cognitivo comportamentale, può aiutare a superare i problemi sul tappeto ed eliminare le tentazioni di pericolose scorciatoie ("vado dallo specialista che mi darà un farmaco, e guarirò in 1 settimana; prendo quest'erba; faccio; risolvo tutto con un "intervento" chirurgico per nulla rischioso; continuo l'antiulcera, nonostante i consigli del mio medico", ecc, ecc,..."). D'altra parte, sappiamo che **se non modificheremo profondamente la struttura della visita ambulatoriale** sarà difficile adattarsi a tali cambiamenti. Tra i vari cambiamenti strutturali pensiamo emergerà anche la necessità di affiancare alla normale visita ambulatoriale basata sulla relazione uno-uno medico-paziente, incontri ambulatoriali (ogni 2-4 settimane, ad es.) basati sulla logica educativa un medico-molti pazienti, o tutt'al più pochi medici-molti pazienti. Al fine di meglio implementare una nuova pratica della MG che tenga conto dello sviluppo del ruolo consulenziale ed educativo del MMG, un gruppo di operatori sociosanitari ha fondato a Verona l'**AMEGEC** (Associazione Medicina Generale Comportamentale), un'**Associazione Interdisciplinare** che vede Presidente un MMG, Vicepresidente uno Psicologo ad indirizzo Cognitivo comportamentale e Segretario un Professore Isef, studioso di Motricità e Dolore Lombare cronico.

L'associazione si propone i seguenti Scopi:

- I) Creare un centro culturale-operativo inter-disciplinare** gestito da Medici di famiglia, da Psicologi Cognitivo-Comportamentali, operatori Sociosanitari e da Comitati di cittadini per sviluppare la Medicina Comportamentale sui temi:
 - a)** educazione alla Salute e gestione dei **Fattori di Rischio Modificabili**;
 - b)** gestione **malattie croniche**;
 - c)** insegnamento ai medici di famiglia ed ai pazienti di un **cultura del cambiamento**, ed in particolare delle tecniche cognitivo-comportamentali e bio-psico-sociali;
 - d)** insegnamento, per i medici di famiglia ed i pazienti, del **processo decisionale** (ad es: chirurgia/non chirurgia; quale terapia tra le tante, ecc.), secondo le moderne pratiche del Decision Making e delle Scienze Cognitive;
 - e)** **gestione ottimale dello Stress** psico-fisico, elemento determinante il grado di successo nel raggiungimento degli obiettivi precedenti.

II) pianificare corsi successivi per: a) MG; b) singoli pazienti; c) gruppi di pazienti.

L'intento è quello di pianificare in maniera più organica e scientifica pacchetti pratici di interventi educativi, da distribuire ai pazienti sia nelle visite ambulatoriali, sia nelle visite domiciliari. Si intende, inoltre, affiancare, alle tradizionali visite ambulatoriali individuali, incontri ad es. mensili, per riunioni con gruppi di pazienti

L'Associazione sta dando già i primi frutti: sostegno a progetti sul Comportamento prescrittivo del MMG, sulla conoscenza dei Metodi cognitivo comportamentale di controllo delle Fertilità con l'Istituto RNF di Verona (Presid. dr Giroto- MMG); Progetto educativo sull'Asma; integrazione con il progetto preventivo SPES.

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

*Gli articoli da sottoporre al Comitato di redazione per la pubblicazione sul giornale vanno inviati a:
"Comitato di Redazione" di QQ
P/so Ordine dei Medici di Vicenza
Via Paolo Lioy, 13 36100 Vicenza
Fax: (0444) 594343
e-mail delzotti@intesys.it*

*I primi due numeri di QQ sono visibili su internet alle pagine della SIMG piemontese
<http://www.inrete.it/intmed/riviste.html>*

Come si può “cambiare”. Il Circolo di Qualità e l'esempio delle malattie tiroidee

**Engl Adolf, Perkmann Otmar-
MMG- Brixen (Bressanone)**

Il Circolo di Qualità (CdQ) esiste dall'autunno del 1994. È composto da 8 MMG tutti della nostra ASL, che s'incontrano mensilmente.

Metodi: Per ogni riunione del Circolo vi è un moderatore ed un segretario. Il moderatore è sempre il segretario della riunione precedente; egli fornisce il verbale della riunione precedente. Tutti i membri del Circolo intervengono seguendo l'ordine alfabetico dei cognomi. Un membro propone un argomento che sarà trattato solo se la maggioranza è d'accordo. Alla prima seduta invitiamo i colleghi a non arrivare preparati sull'argomento prescelto. All'inizio dell'incontro, essi dichiarano quali sono i loro abituali percorsi diagnostici o terapeutici. Dopo la prima sessione tra i soli membri del CdQ (tutti MMG), viene organizzata una seconda serata con uno o più Specialisti e con gli altri MMG non iscritti al Circolo. Successivamente i membri del circolo si rinvengono, verificano le differenze tra la prima serata e la successiva (con gli specialisti) e definiscono le Linee-Guida del Circolo.

L'esempio della diagnostica delle Malattie Tiroidee. Dopo la prima riunione tra i membri del Circolo nella quale vennero concordate linee guida preliminari e venne organizzata una seconda riunione con 3 specialisti (2 internisti ed 1 chirurgo). Con questi venne discusso il protocollo già inviato loro precedentemente. A questa riunione parteciparono anche nove colleghi MMG non iscritti al CdQ. La serata venne gestita da un membro del CdQ. Questa volta a tutti i partecipanti era stato richiesto di studiare l'argomento in anticipo. Alla fine del lavoro abbiamo documentato sostanziali differenze tra il nostro comportamento pre-riunione e quello a 12 mesi dalle riunioni per le procedure diagnostiche, per l'uso di farmaci e infine per un uso più oculato dell'invio all'internista o al chirurgo.

In particolare: I) I cambiamenti principali sono stati meno significativi nei colleghi non aderenti al CdQ. II) Tra i colleghi del Circolo si sono verificate sostanziali differenze: a) la richiesta del FT3 ed FT4 è diminuita dopo 12 mesi del 7,8%; b) l'aumento di richiesta del TSH (sempre a 12 mesi dalla riunioni) è stato del 62,9%.

Scelte Chirurgiche e Ruolo del MMG: Analisi di 95 ricoveri per chirurgia prostatica

**Del Zotti, F. e Leoncini Moreno
(Medici di MG, Verona), Talarigo C.
(Urologo, Univ. Verona)**

Gli interventi chirurgici per patologie frequenti e non gravi stanno aumentando, anche a causa di tecniche laparoscopiche, più “friendly”. È ovvio che il processo decisionale non può essere integralmente delegato al chirurgo, il quale potrebbe essere affetto da un atteggiamento soggettivamente favorevole all'Interventismo. Il MMG, consulente della persona, in teoria dovrebbe essere la figura più indicata per bilanciare tali rischi. Egli potrebbe preparare il paziente all'intervento: con alcune informazioni specifiche; aiutando la scelta; seguendo le moderne tecniche di Problem Solving. Per meglio analizzare tale importante questione abbiamo prescelto un patologia (l'ipertrofia prostatica), che per la sua frequenza, per la tipologia abbastanza standardizzabile delle indicazioni ai vari tipi di approccio chirurgico, può rappresentare bene un esempio di ruolo Decisionale del MMG.

Metodi: Per alcuni mesi i colleghi del Reparto Urologico del Prof Mobilio (Verona) hanno somministrato un questionario a tutti i pazienti ricoverati per sottoporsi ad intervento per chirurgia prostatica. Sono stati somministrati **95 questionari** a pazienti provenienti da numerose regioni italiane.

Risultati:

MG e Spec.: Chi ha effettuato la prima esplorazione rettale: solo in 12 casi su 95 il MMG è stato il primo medico ad effettuare questa manovra

MG e Spec.: Quale medico ha consigliato l'intervento, il MMG: solo in 7 casi su 95 il MMG è stato il primo medico a consigliare l'intervento

MG e Spec.: Indicazioni ai Vari Tipi di Intervento Chir.: nel 25,3% dei casi (24/95) il MMG ha spiegato i vari tipi di intervento chir. possibili per l'I.P.

MG e Spec.: Vantaggi/svantaggi e conseguenze dei vari tipi di Chir.: nell'81% (77/95) i MMG non li hanno indicati; 8 volte in maniera “insufficiente”; 10 volte “bene”.

IL PAZIENTE: Ha consultato il suo MG prima di decidere di operarsi. I pazienti hanno risposto “sì” nel 37,9% (36/95).

IL PAZIENTE: Scelta dell'urologo per la chirurgia. Un urologo è stato decisi-

vo sulla scelta solo nel 31% dei casi; il MMG solo nel 22% dei casi; la rete amicale del paziente è stata importante nel 56,8.% (54/95)

“Al di là di ciò che ha fatto il suo MMG nel suo caso, ritiene i consigli del suo Medico di MG relativi al trattamento chirurgico”: abbastanza utili: 44 o molto utili (MU): 8/95; poco utili: 32/95; per niente utili: 11/95.

Conclusioni: La lettura dei dati esposti evidenzia una contraddizione.

Il medico di famiglia deve porsi l'obiettivo quotidiano difficile ma qualificante di divenire riferimento centrale di ogni scelta del paziente, specie se si tratta di ricorso ad un intervento chirurgico, ricercato dal proprio paziente in ogni evenienza chirurgica.

Il paziente, d'altra parte, sceglie spesso da solo il Reparto sulla base di indicazioni non professionali, piuttosto che specialistiche. Ed inoltre ritiene che, nonostante il basso coinvolgimento attuale del MMG, questa figura professionale possa giocare un ruolo importante in questa situazione.

Nei limiti di un campione di MMG non casuale, si può evincere quindi che il ruolo Consulenziale pre-chirurgico del MMG sia nel futuro da potenziare. Evidentemente l'Università ci ha insegnato la diagnosi o la terapia ma non il come guidare (le scelte dei nostri pazienti).

Ormai il tradizionale e superato paternalismo del MG di una volta o la sicura specialistica non bastano più. Dovremmo, forse, favorire moderni Corsi di Problem Solving, di Counseling e di Teoria Decisionale adattati ai più frequenti interventi chirurgici di maggiore frequenza.

Ricerche in “Fasce”: Paternità dei Ricoveri Ospedalieri

**Dr Giuseppe Barillà -MMG
Longarone (Belluno)**

Ascoltando il Direttore Generale della mia ASL, che proponeva una maggior attenzione ai ricoveri osped., mi è sorta spontanea la domanda **“come farà l'ASL a stabilire chi è il responsabile del ricovero?”**.

La risposta dell'Amministrazione è stata: il ricovero verrà riferito comunque al MMG di ciascun paziente. Piuttosto che confutare a parole, è meglio rispondere con dati precisi alla mano, e quindi con una ricerca ad hoc che studi quanti e

quali sono i ricoveri indotti direttamente dal MMG e quanti siano decisi dal paziente o dallo specialista. Ognuno di noi può automonitorare il fenomeno dei ricoveri e poi inviare le singole schede o un quadro riassuntivo sulla base dei dati così raccolti, 2 volte per anno.

Proposta di alcuni campi della scheda-raccolta-dati

Cognome/Nome;

Data Nascita e sesso;

Data di ricovero e dimissione e numero di giorni di ricovero;

LUOGO del ricovero (Ospedale/Casa di Cura);

Ricoverato da: MMG; Pronto soccorso; Medico Spec. Ospedaliero; Medico Spec. Privato; Guardia Medica.

ESITO: Guarigione, Decesso, Dimissione Precoce (ad es. con complicanza postoperatoria; che ha costretto il MMG ad attivare ADI o Assist. a non ambulab);

Motivo del ricovero(individuato dal MMG): Urgenza; Programmato.

Metodo: L'acquisizione dei dati avviene quando il paziente si reca dal MMG con la lettera di Dimissione; i primi risultati preliminari saranno analizzati dopo 6 mesi. La durata complessiva della ricerca dovrà essere di 1 anno. Si può aderire al gruppo promotore della ricerca, entro poche settimane, proponendo critiche e suggerimenti al COORDINATORE della Ricerca-Ricoveri: Dr Giuseppe Barillà - Via Roma 53- 32013 Longarone (BL) - Tel e fax: 0437- 772310



di John Gillies - Medico di Medicina Generale- Scozia

GRAIPE (Group for rural and isolated Practitioner in Europe-Gruppo per MMG in zone rurali ed isolate d'Europa) è un gruppo di recente formazione. È nato dalla volontà di valorizzare il ruolo dei medici rurali e d'ottenere maggior riconoscimento in termini professionali, accademici e politici per questa categoria. Nata da MMG nel Galles (Gran Bretagna), ora il Gruppo ha rappresentanti nel regno Unito, in Grecia, Irlanda, Spagna, Finlandia e Danimarca e qualche contatto in Ungheria e Polonia.

In Europa la medicina territoriale sta cambiando continuamente: alcuni Paesi tentano di fondare un sistema ex novo, altri attuano sostanziali riforme sanitarie. In questa situazione, è importante che le tematiche rurali acquistino il giusto peso.

GRAIPE ha i seguenti obiettivi:

- Riflettere sulla medicina rurale e stabilire degli standard per tutta Europa.
- Promuovere ed incoraggiare rapporti con altre organizzazioni sanitarie e non sanitarie, e rappresen-

tare gli interessi dei medici rurali.

- Scambiare informazioni, competenze, conoscenze.
- Assicurare una formazione permanente con buon rapporto costi/benefici.
- Promuovere e partecipare alla ricerca nel campo della medicina rurale
- Divenire un Forum per attività multidisciplinari ed incoraggiare il lavoro di équipe.

GRAIPE si sta muovendo per ottenere finanziamenti CEE (BIOMED 2), per finanziare uno studio collaborativo sui temi della Sanità Pubblica in zone rurali d'Europa". Il progetto avrà lo scopo di individuare i bisogni e le priorità di comune interesse.

Stiamo cercando eventuali *partner* in Italia così da rendere il gruppo realmente europeo .

Sarei lieto di stabilire contatti, anche per via telematica (Internet potrebbe favorire di molto la medicina rurale), sia con i medici rurali interessati, sia con Dipartimenti Universitari impegnati in progetti che riguardano l'insegnamento o la ricerca nel campo della medicina rurale.

Se avete problemi di lingua, potete contattarmi attraverso il Dr Del Zotti Franco - Corso Porta Nuova 3- 37122 Verona); email: delzotti@intesy.it .Altri-

menti, direttamente a:

Dr. John Gillies -Selkirk Health Centre-Viewfield Lane - Selkirk TD7 4LQ- Scozia- UK- email: 101550.60@compuserve.com.

Publicità Aulin