

Programma

venerdì 21 ottobre

8.30 – 9.00 Registrazione

9.00 – 10.30 **I determinanti della salute: definizione del problema**

Moderatore: Guido Danti

Diritto alla salute, medicina, disuguaglianze *Maria Luisa Agnolio*

Sguardo costruito. L'apprensione dell'alterità *Daniela Randi*

Capire l'uguaglianza *Giovanni Cataldi*

Il diseguale *Francesco Benincasa*

10.00-10.30 Discussione

10.30–11.00 ***Pausa caffè*** con proiezione del videoclip “*Blackandwhite*”

11.00-12.30 **Determinanti della salute e ricerca**

Moderatore: Tiziana Galopin

Determinanti della salute e rischio cardiovascolare: lo studio Inter heart

Gianni Rognoni

11.45-12.30 Discussione

12.30-14.0 ***Pausa Pranzo***

14.00-15.0 **Disuguaglianza e medicina generale**

Moderatore Lino Gambarelli

Determinanti extraclinici della salute e medicina generale: un'analisi della letteratura
QueD, PPP, Rischio e Prevenzione

Massimo Tombesi, Giampaolo Collecchia, Vittorio Caimi, Roberto della Vedova

15.00-15.30 Discussione

15.30-16.0 ***Pausa caffè*** con proiezione del videoclip “*From small things*”

16.00-18.30 **Comunicazioni orali**

Moderatore Paolo Longoni

L'esperienza di “Partecipasalute” *Paola Moscon*

L'anziano fragile *Fabrizio Giunco*

Gli extracomunitari *Stefano della Valle*

17.00-17.30 Discussione

17.30-18.30 Interventi dei soci

Le BPCO riacutizzate *Paola Nigro*

Ambulatori per patologia in medicina di gruppo *Gianni De Martini*

I risultati dell'analisi SWOT del Seminario di primavera *Paolo Longoni*

Verso WONCA 2006: presentazione di progetti di ricerca *Maria Milano*

18.30-19.0 Discussione

19.00-19.45 ***CSeRMEG compie 20 anni....***

Gli auguri del presidente Vittorio Caimi

Proiezione del documentario del Centro Studi e Ricerche in MG ***“Evolution”***

20.30-24.0 Cena di gala & dinner party

Sabato 22 ottobre

9.00-12.30 **Implicazioni e possibili soluzioni**

Moderatore Sergio Bernabè

9.00- 11.00 Disuguaglianze ed assetti organizzativi della MG: quali scenari futuri

Marco Visconti, Euro Grassi, Giovanni Cataldi, Alberto Donzelli

11.00-11.30 ***Pausa caffè***

11.20- 12.00 Discussione

12.30-12.45 Videoclip di presentazione del CS al congresso Wonca 2006

12.45-14.00 ***Pausa pranzo***

14.00-16.00 **Comunicazioni orali**

Moderatore Marina Bosisio

Un'esperienza inglese: un'italiana nel NHS *Donatella Sghedoni*

Lo studio GIPSI *Alberto Aronica*

16.00-16.15 Presentazione del libro ***“Prevenzione nella pratica clinica”***

Massimo Tombesi

16.15-17.00 ***Pausa caffè*** con proiezione di un brano tratto da ***“beppegrillo.it”***

17.00-19.00 **Una commedia che aveva previsto (quasi) tutto:**

Roberto Satolli commenta: Knock o il trionfo della medicina

Testo di Jules Romains recitato dalla *Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento*

VENERDI' 21 OTTOBRE 2005 – abstracts

Ore 9.00-10.45 I Sessione. I determinanti della salute
Moderatore Guido Danti

Maria Luisa Agnolio

Diritto alla salute , medicina , disuguaglianze

Vorrei parlare del diritto alla salute cercando di riflettere su quali siano le matrici teoriche che connotano questo diritto, partendo dalla Costituzione Italiana.

Per quello che riguarda la natura estremamente complessa, composita ed articolata del Diritto alla Salute, si può dire che in esso convivano contemporaneamente un diritto di Libertà, un diritto Sociale e un dovere di Solidarietà.

La Costituzione nell' Art 32 definisce il Diritto alla salute in termini di diritto fondamentale.

Queste istanze si sono storicamente calate nello stato sociale del diritto, che sul piano delle idee politiche ha costituito un importante compromesso tra idee configgenti: come la libertà da un lato, e l'uguaglianza dall'altro. Il fatto che il diritto alla salute abbia uno statuto concettuale complesso, contemplando numerosi aspetti: libertà negativa, diritto sociale, dovere di solidarietà, non è altro che un riflesso di una trama di valori su cui quel diritto si fonda.

Vorrei inoltre raccontare come storicamente la salute sia un concetto nato dallo sguardo diseguale e oggettivante della medicina. Tuttavia, in questo processo storico di oggettivazione, la soggettività riaffiora autonomamente attraverso l'affido spontaneo al medico. Il potere di chi sa e può guarire (si tratti esso del sacerdote, la strega, il re o il medico) è fabbricato anche da chi ha bisogno che esso esista.

Vorrei proporre una riflessione sulla costruzione di un progetto di Medicina e di Medicina Generale, che tenga conto di queste premesse e, utilizzando metodi oggettivi che le sono propri, sposti lo sguardo fuori scena, con un provocatorio atto di svelamento, mostrando ciò che è osceno, ciò che non può essere visto.

Partendo da una prospettiva di diritto, si riconosce la centralità di questo tema rispetto al problema della disuguaglianza nel suo rapporto con l'economia. E' la disuguaglianza dello sviluppo economico che e' il fatto determinante di tutti i problemi della violazione dei diritti.

Così che l'analisi delle cause e dei determinanti di salute e malattia, anche nei loro aspetti extraclinici, così come la medicina generale è abituata e costretta a fare, ci permetta di riflettere e di progettare la nostra professione tenendo conto di implicazioni complessive storiche, economiche e sociali, normalmente eluse o colpevolmente ignorate.

RANDI Daniela, MONTAGNA Giuseppe, RECUSANI Angelo

Sguardo costruito. L'apprensione dell'alterità

La “scienza medica “ è un costruito culturale che interseca numerosi e diversificati domini, in forza degli oggetti della sua ricerca e degli strumenti che adotta. La sua disposizione a occupare questi territori ha subito e subisce mutevole intensità, che inerisce alla gravidanza e alla presenza dei vari domini nelle diverse temperie culturali (fisica meccanica, religione, alchemica, arte, filosofia, botanica, politica economica, ecc.).

Lo “sguardo medico” non è neutro, bensì intenzionato e orientato, prefigura cioè un progetto futuro e contiene un passato storico – generale e particolare – che ne indirizza la mira. Lo sguardo medico, come ogni sguardo, partecipa alla e della costruzione del suo oggetto; nella sua particolare disciplina si definisce in paradigma. Allo stesso tempo il mondo della sua indagine non è oggetto che si dispone – trasparente – al suo scrutinio, ciò non dipendendo dall'accuratezza degli strumenti utilizzati. E' oggetto opaco, da interrogare.

In particolare nel secolo appena trascorso, la scienza medica, in uno con la Scienza in toto, avrebbe assunto su di sé un mandato salvifico che la società occidentale, sempre più secolarizzata, andava esprimendo. Essendo rilevante non tanto la sottintesa, indecidibile promessa, quanto l'assunto veritativo che si istituiva all'interno di un sistema strumentale di conoscenza, come irrinunciabile tentazione a esprimere il linguaggio esplicativo del mondo.

Nell'intento di portare alla superficie alcuni elementi di costruzione dello sguardo medico – pertinenti e a mio parere rilevanti all'interno del discorso sulla disuguaglianza – si prenderà in esame il periodo tra XVI e XVII secolo, proponendo una relazione tra l'acquisizione culturale (ma anche economica) del Nuovo Mondo e la svolta vesaliana, snodo sensibile dell'acquisizione del corpo come testo da interrogare. Si porrà in questione una modalità particolare della costruzione dell'Altro, sottolineandone lo statuto di “veduta”, la sua reificazione attraverso un sistema analitico, scompositivo, classificatorio, la sua diversità ottenuta mediante un sistema di differenze (come sottrazioni), in sostanza di una sua diminutio.

Bibliografia

ARENDRT Hanna, Vita activa. La condizione umana, Bompiani, 1964

CARLINO Andrea, Libri e dissezione nel Rinascimento, Einaudi, 1994

GOOD Byron J., Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente, Edizioni di Comunità, 1999

VOLTAGGIO Franco, L'arte della guarigione nelle culture umane, Bollati Boringhieri, 1992

LATOUR Bruno, La scienza in azione, Edizioni di Comunità, 1998

HABERMAS Juergen, Il discorso filosofico della modernità. Dodici lezioni, Editori Laterza 1987

ANDO' Valeria, “Genesis” II/1, 2003, pp 17-46, La follia femminile nella greca classica tra testi medici e poesia tragica

GEERTZ Clifford, Antropologia interpretativa, Edizioni Il Mulino, 2004

SAID Edward, Orientalismo. L'immagine europea dell'oriente, Feltrinelli Editore 1999

AFFERGAN Francis, Esotismo e alterità: saggio sui fondamenti di una critica dell'antropologia, U. Mursia Editore 1991

FOUCAULT Michel, Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico. Einaudi 1998

JOUANNA Jacques in Grmek D. Mirko (a cura di) Storia del pensiero medico occidentale 1. Antichità e Medioevo, Laterza Editore 1993

SISSA Giulia in Duby e Pierrot (a cura di) Storia delle donne. L'Antichità, a cura di Pauline

Schmitt Pantel, Laterza Editori 1990

BUTLER Judith, Corpi che contano. I limiti discorsivi del "sesso", Feltrinelli Editore 1996

FINDLEN Paula, Possessing nature. Museums, Collecting, and scientific Culture in early modern Italy, University of California Press 1994

FINDLEN Paula in Basso Peressut Luca (a cura di) Stanze delle meraviglie, Lexis CLUEB Museo Poli 1997

Giovanni Cataldi

Capire l'uguaglianza

L'uguaglianza è una condizione sociale fondata nella credenza in diritti umani inalienabili che riconoscono un'origine storica, non metafisica. Uguaglianza non può voler dire equivalenza dei singoli - pretesa che viene invariabilmente smentita in qualsiasi relazione personale - bensì pari libertà ed opportunità per ognuno di realizzarsi nella comunità civile. Il diritto all'uguaglianza è insito nello status di cittadino: la cittadinanza, in democrazia, comporta l'uguaglianza. Il disconoscimento di diritti, l'elusione di doveri, determinano l'insorgere di discriminazioni; attentano all'ordinata e pacifica convivenza.

Due saranno i riferimenti privilegiati a cui ispirare una pratica medica laica: democrazia e scienza. La democrazia tiene distinti i domini della verità e dell'autorità, ammette la critica, accoglie la pluralità. La scienza poggia su opinioni giustificate, procede con rigore, è aperta a riformulazioni. Prendendo atto che valutazione e descrizione, valori e fatti, sono interdipendenti, finalmente individuiamo uno spazio dialogico, argomentativo e razionale per intenderci attorno alle convinzioni soggettive, per superare pericolose contrapposizioni. Etica, scienza e democrazia, nell'epoca della civiltà tecnologica, possono trovare un valido operatore comune nel principio di responsabilità.

Francesco Benincasa

Il diseguale.

Le differenze tra culture sono innegabili; esse sono dovute a fattori culturali, storici e geografici, non biologici, eppure c'è un fattore unificante che rende tutti uguali: il cervello, la strutturazione del sistema nervoso umano. I modi di ragionare sono uguali dappertutto e dipendono dalla base biologica del SNC; non è più tempo di riesumare idee particolaristiche, folkloriche e romantiche di popoli ed usanze.

Le differenze genetiche tra i singoli individui sono molto maggiori rispetto a quelle esistenti tra popolazioni, mentre il modo di comportarsi e di pensare della specie umana è uniforme a dispetto delle variazioni fenotipiche, al vestiario ed alle religioni. Natura e cultura non sono quindi contrapposte; tutti gli umani hanno la stessa struttura neurobiologica, tutti hanno gli stessi bisogni, quindi anche gli stessi diritti.

Se si ragiona nei termini di una antropologia comune basata sulla struttura cerebrale della specie umana, le diversità non appaiono inferiorità; l'uguaglianza dei diritti e dei doveri riguarda tutti a prescindere dal genere, dalla condizione sociale, dal vestiario, dalle tradizioni culturali.

L'esigenza di uguaglianza va sostenuta assieme alla necessità della diversità e della differenza sotto il grande ombrello della biologia.

Il dilemma tra uguaglianza e diversità suggerisce la necessità di confrontarsi continuamente con il dilemma stesso, ritrovando sempre nuovi e più efficaci compromessi che esprimono la aspirazione verso una vera democrazia. Un contemporaneo etnocentrismo critico permette di osservarsi criticamente e di porsi non al centro del mondo come portatori di verità, ma in uno dei mondi possibili.

Ore 10.45-11.15 **II Sessione. I determinanti della salute e la ricerca**

Moderatore Tiziana Galopin

Tognoni Gianni

Determinanti psicosociali e rischio cardiovascolare: lo studio Inter Heart

La storia, ed i contesti forse ancora più che i risultati (peraltro molto importanti nella loro logica, al di là dei dettagli) dello studio Inter Heart rappresentano un capitolo della cultura, oltre che della metodologia, dell'epidemiologia del rischio (cardiovascolare, ma non solo) che potrebbe caratterizzare quest'area di ricerca in MG.

E' questa l'ipotesi –proposta che viene sviluppata con esempi e percorsi concreti.

Ore 14.00-15.30 **III Sessione. Disuguaglianze e medicina generale**

Moderatore Lino Gambarelli

Giampaolo Collecchia, Massimo Tombesi

Determinanti extraclinici della salute e medicina generale: un'analisi della letteratura e dello "sguardo" dei MMG.

Secondo l'OMS "....lo sviluppo di un sistema nazionale di cure primarie è associato a un miglioramento della salute della popolazione, in termini di mortalità per tutte le cause, di mortalità prematura e di mortalità prematura specifica per le più importanti malattie respiratorie e cardiovascolari.....Nei paesi sviluppati, gli studi dimostrano che un orientamento verso sistemi basati sull'approccio specialistico rafforza le iniquità di accesso alle cure". La MG può essere pertanto considerata un determinante della salute. In realtà nella pratica le condizioni socioeconomiche degli assistiti sono spesso sostanzialmente ignorate, realizzandosi così la logica delle "cure inverse", per la quale si tende a offrire di più a chi ne ha meno bisogno e risulta spesso a rischio minore. E' ampiamente documentato che le condizioni di svantaggio socioeconomico e culturale sono associate a rischi maggiori di incidenza di patologie e mortalità, tuttavia la medicina clinica tende ad escludere dal proprio orizzonte la considerazione di questo fatto, e ciò avviene anche nella MG. Vari studi evidenziano che ai pazienti in condizioni socioeconomiche precarie viene dedicato meno tempo e vengono prescritti in maggiore quantità farmaci per ansia/depressione. Al contrario è minore l'utilizzo di terapie cardiovascolari, ad esempio dei beta-bloccanti nel post-infarto. In alcuni lavori è risultato che le donne di basso livello socioeconomico effettuano meno Pap test (nonostante la maggiore incidenza di malattia) e il tasso di vaccinazione nelle famiglie di migranti, di disoccupati, di soggetti a basso reddito o a bassa scolarità (condizioni in genere associate) è minore della media. E' invece più alto il tasso di ospedalizzazione, ad esempio per asma negli asiatici. La MG non ha potere su molti determinanti delle disuguaglianze, in gran parte fuori dal suo controllo, tuttavia una maggiore consapevolezza del problema può determinare cambiamenti di approccio sostanziali. E' necessario abituarsi a considerare le condizioni di svantaggio socioeconomico, psicologico e culturale come un vero e proprio fattore di rischio da integrare nella valutazione clinica, e verso il quale vanno sviluppate capacità professionali e organizzative specifiche.

Vittorio Caimi

Lo studio PPP (Primary Prevention Project)

Forse pochi sanno che lo studio PPP, definito il primo grande trial clinico della medicina generale italiana e pubblicato su Lancet nel 2002, è stato oggetto di un'analisi preliminare, e non sviluppata nelle pubblicazioni "ufficiali", proprio sui determinanti extraclinici del rischio cardiovascolare. Infatti una lettera a Lancet (Lancet 1997; 350: 1557-1558), dal suggestivo titolo *Health inequalities in Italy* ha presentato i dati relativi agli effetti dell'educazione, indicatore indiretto ma "forte" del livello socioeconomico, su alcuni fattori di rischio cardiovascolare e stili di vita di 3582 pazienti arruolati nei primi 3 anni dello studio. Si tratta di una popolazione anziana (età media di 65 anni), ben rappresentata dal sesso femminile (59%) e con scolarità in prevalenza bassa (62.6% nessuna o scuola elementare, 18.5% scuola media e 18.9% scuola superiore o laurea).

Pur nella grande variabilità dei dati riportati, risultano evidenti alcuni aspetti:

- la familiarità di IMA precoce non sembra correlata alla scolarità;
- l'effetto protettivo di un sano stile di vita (attività fisica e consumo di frutta e verdura) è evidente nelle situazioni a scolarità più alta;
- il fumo attuale è più comune in modo significativo in soggetti a maggiore scolarità, ma in questo gruppo la cessazione dal fumo si verifica con maggior frequenza (rispettivamente 21%, 27% e 31% dalla più bassa alla più alta scolarità);
- vi è una forte associazione fra scolarità più alta e protezione da diabete, obesità e, in misura inferiore, dall'ipertensione, mentre vi è una modesta correlazione fra ipercolesterolemia e maggiori livelli di scolarità.

Dati in gran parte noti e prevedibili, che purtroppo non sono stati sviluppati nelle pubblicazioni definitive dello studio, ma che sottolineano l'importanza di considerare nel profilo complessivo di rischio cardiovascolare (sia in senso protettivo che favorente) anche fattori che normalmente non sono considerati.

Roberto Della Vedova

Determinanti della salute , disuguaglianza, discriminazione: lo sguardo della Medicina generale

Introduzione/obiettivi: esaminare le risultanze dello studio QuED per trovare dati che indichino che il medico può essere un determinante di disuguaglianza.

Metodi: analisi dei lavori pubblicato sullo studio QuED. Lo studio QuED è uno studio multicentrico nazionale che ha coinvolto 391 medici (diabetologi e medici di medicina generale) e 3500 pazienti. All'inizio dello studio i medici hanno compilato un questionario rivolto ad indagare le loro attitudini. Per ogni paziente reclutato, seguito per 3 anni, il medico ha compilato una scheda di raccolta dati clinici, mentre il paziente compilava un corposo questionario contenente molte scelte di valutazione.

Risultati: Il 44% dei medici ha dichiarato di perseguire un controllo metabolico non stretto, questi medici sono definiti "non aggressivi". Gli altri 56% che hanno dichiarato di perseguire un controllo metabolico molto stretto li definiamo "aggressivi".

Il livello di glicemia a digiuno indicato come obiettivo da raggiungere fu 126 ± 13 mg/dl per i medici aggressivi e 132 ± 15 per i non aggressivi ($p=0,001$).

Pochi medici, soprattutto diabetologi, hanno dichiarato di mirare ad un controllo metabolico stretto per le donne, i soggetti con bassa scolarità, gli anziani.

La componente medico è importante anche per il controllo pressorio, infatti i pazienti trattati da medici maschi hanno una maggior probabilità di non adeguato controllo presso i rispetti a coloro che sono curati da medici donna. Per quanto riguarda il controllo dell'ipercolesterolemia risulta che i livelli di colesterolo all'inizio dello studio correlavano bene con le soglie di trattamento dichiarate dai medici, e che le donne mostravano livelli di colesterolemia significativamente più elevati. Nella cura del piede diabetico i medici tendevano a fornire minori interventi educativi ai pazienti con bassa scolarità e basso reddito. Ma d'altro canto i medici tendevano a visitare maggiormente i piedi dei soggetti di basso reddito.

Conclusioni: Il medico con le sue credenze e le sue attitudini si dimostra un forte determinante di disuguaglianza. I pazienti seguiti da medici meno "aggressivi" rischiano un peggior controllo della loro malattia vista da vari versanti. Inoltre l'atteggiamento dei medici porta a vere e proprie discriminazioni.

Ore 16.00-17.00 IV Sessione. Paper presentation

Moderatore Paolo Longoni

Paola Mosconi

Il progetto PartecipaSalute*: costruire un'alleanza strategica tra associazioni di pazienti & cittadini e comunità medico scientifica

Negli ultimi anni i sistemi sanitari e i gruppi di ricerca di diversi paesi (ad esempio Australia, Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Norvegia) stanno sviluppando programmi, gruppi di lavoro e attività che coinvolgono cittadini e pazienti a vari livelli. Esperienze significative sono state fatte in particolare nella scelta degli obiettivi della ricerca e dell'assistenza, nella scelta dell'allocazione di risorse e finanziamenti, nel processo di approvazione di nuovi farmaci. Queste iniziative di coinvolgimento, seppure molto eterogenee a livello internazionale e ancora in fieri a livello italiano, si pongono in continuità con una serie di cambiamenti in sanità.

L'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri ha promosso "PartecipaSalute", un progetto di ricerca che vuole creare una collaborazione diffusa tra rappresentanti di pazienti e cittadini e della comunità medico scientifica. Un comitato tecnico scientifico multidisciplinare - composto da ricercatori, clinici, giornalisti e rappresentanti di associazioni di pazienti e generaliste - supporta e condivide le attività del progetto. Il programma di ricerca si prefigge di sperimentare nell'arco di un triennio (2003-2006), una serie di iniziative - indagini, meeting, seminari ed incontri pubblici, produzione di materiale informativo, realizzazione di esperienze-pilota di partnership tra associazioni ed organizzazioni scientifiche e professionali - volte ad orientare:

- le associazioni dei pazienti e dei cittadini ad un confronto sui temi dei contenuti - efficacia clinica, impatto complessivo sulla qualità della salute, preferibilità in funzione dei valori individuali - dell'assistenza sanitaria;
- le organizzazioni professionali e scientifiche ad un rapporto costruttivo che sviluppi la capacità di accogliere le istanze e le aspettative dei pazienti e dei cittadini riguardo alla produzione (ricerca clinica) e alla diffusione (produzione di raccomandazioni cliniche e linee guida) delle informazioni scientifiche.

Le attività del progetto si articolano in tre fasi che verranno presentate nella relazione:

- conoscitiva: attraverso indagini con associazioni di pazienti, Società medico-scientifiche
- empowerment: attraverso la messa a punto di un portale mirato a cittadini e pazienti, e la realizzazione di corsi sperimentali sulla metodologia del coinvolgimento di rappresentanti di associazioni di cittadini/pazienti e membri laici di Comitati Etici

- collaborazioni: attraverso azioni congiunte tra società scientifiche e associazioni, ad esempio iniziative di conferenze di consenso.

* PartecipaSalute è un progetto dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri svolto in collaborazione con il Centro Cochrane Italiano e l'agenzia di giornalismo scientifico Zadig. Il progetto è sostenuto dalla Compagnia di San Paolo di Torino.

Fabrizio Giunco

I determinanti della salute: l'anziano fragile

La salute delle persone anziane, con particolare riferimento a quelle in età molto avanzata, è influenzata in modo decisivo da aspetti sociali, economici, ambientali, culturali. Soprattutto la qualità e quantità di relazioni e la consistenza della rete di sostegno appaiono determinanti rispetto al rischio di ricovero o istituzionalizzazione e, più in generale, alla percezione soggettiva dello stato di salute e della più complessiva qualità di vita. Se queste informazioni sono ormai sapere consolidato, ben diverso è lo stato della loro traduzione in politiche sociali e in modelli di cura. Non solo in Italia, ma in tutto il mondo del benessere economico, le esigenze di salute dei più anziani sono ancora affrontate secondo il tradizionale modello clinico, che privilegia la diffusione di costose procedure diagnostiche, di farmaci improbabili, di interventi chirurgici più rischiosi che utili. Questa impostazione non solo è inefficace, ma sottrae risorse umane e economiche a interventi di provata utilità. E' ben dimostrato come agire sull'organizzazione urbana, sulla rete dei trasporti pubblici, sul sostegno logistico e di relazione o sulle politiche del reddito può determinare ricadute migliori sulla salute dei più anziani che l'ulteriore sviluppo dei servizi sanitari tradizionali. Se questa dimensione è ben conosciuta, anche frustrante nella sua ovvietà, meno comprese e forse ancora più gravi sono le ricadute di un modello culturale orientato verso una immagine irrealistica e mitizzata delle possibilità della medicina. E' un modello diffuso dai media, ma alimentato da una paradossale coincidenza di interessi fra professionisti e imprenditori della salute, in questo contesto rassicurati e rafforzati, e popolazioni ansiose e desiderose di messaggi rassicuranti. Come ricorda Domenighetti, questa impostazione ha determinato uno "scollamento crescente fra attese e realtà, una domanda di benessere potenzialmente illimitata, la percezione ormai radicata che tutta la prescrizione sia utile, necessaria, efficace e adeguata" (1). In effetti, l'evoluzione demografica e quella dello stato di salute delle popolazioni sono in gran parte frutto del benessere economico e dell'assenza di guerre, piuttosto che dei progressi della medicina. La *nuova* vecchiaia è, in questo senso, una naturale provocazione. La gran parte delle persone anziane e molto anziane sta bene e richiederebbe, in termini clinici, solo minimi interventi di educazione sanitaria e di correzione dello stile di vita. Il rischio di ammalarsi, di ammalarsi di più malattie contemporaneamente e di perdere la propria autonomia a motivo di esse è invece elevato, praticamente normale, negli ultimi 5-7 anni di vita delle persone, anni nei quali si concentrano gran parte delle esigenze di cura e di sostegno assistenziale. La gran parte di questi fenomeni è inevitabile, correlata non con i limiti della medicina e dei sistemi sanitari, ma con quelli propri della fisicità umana. La stessa demenza, la grande epidemia dei paesi economicamente avanzati, sembra più un fenomeno età-correlato che una malattia vera e propria. In questo senso, piuttosto che verso cure e farmaci, i decisori politici e i progettisti di sistema dovrebbero orientarsi verso la ricerca di soluzioni di informazione, sostegno e accompagnamento gestionale diffuse, accessibili, sostenibili. Questa esigenza è per ora disattesa; sembra anzi in atto una vera e propria rimozione culturale nei confronti non solo della possibilità di morire, sempre più assente nei dibattiti pubblici e nell'immaginario collettivo, ma anche della naturalità del percorso di fragilità e di dipendenza che anticipa di alcuni anni la fine della vita e della esigenza di garantire a tali dimensioni pari accoglienza, pari diritti, pari dignità esistenziale delle tradizionali malattie acute. Afferma Richard Smith in un provocatorio editoriale: "Il distacco fra aspettative e offerta di servizi può essere affrontato in due modi. Chiaramente è necessario rafforzare l'offerta di servizi, e i politici promettono sempre questi miglioramenti. Ma sembrerebbe anche necessario per tutti - politici, ricercatori e clinici - agire sulle aspettative: la morte è

inevitabile; la maggior parte delle malattie non è guaribile; le protesi d'anca possono anche rompersi; gli antibiotici non curano l'influenza; gli ospedali sono luoghi pericolosi; i farmaci hanno effetti indesiderati; la maggior parte delle terapie determina benefici solo marginali e molte non funzionano del tutto; gli screening producono falsi negativi; ci sono modi migliori di spendere soldi che destinarli a nuova tecnologia sanitaria" (2). In definitiva, è possibile affermare che, per la prima volta nella storia, si comincino a intravedere nella loro interezza la naturale evoluzione della vita umana, l'influenza sulla salute e sulla longevità di molte variabili sociali, economiche e di contesto, e la possibilità di identificare ambiti più circoscritti e coerenti per la cura delle malattie. In questo senso, il sostegno alla vecchiaia reale impone soluzioni molto congeniali a una medicina generale consapevole, punto di osservazione privilegiato dei percorsi di vita, oltre che di malattia, e depositaria di una metodologia ragionevole, amichevole ed efficace.

1. Domenighetti G. Per una politica di sanità pubblica centrata sui bisogni della popolazione e non su quelli dei servizi. In "I documenti OMS sulla strategia della salute per tutti". Punto Omega, Rivista quadrimestrale del Servizio Sanitario del Trentino, 2005; 2:7
2. Smith R. The NHS: possibilities for the endgame. Think more about reducing expectations. *BMJ* 1999; 318:209
3. Boyd C. Clinical practice guideline and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. *JAMA*. 2005; 294 (6):716
4. Wolff JL, Boulton C. Moving beyond round pegs and square holes: restructuring Medicare to improve chronic care. *Ann Intern Med* 2005; 143:439

Stefano Della Valle

L'incontro con gli extracomunitari

Il Naga è un'associazione costituita da circa 300 soci di cui 50 sono medici (sia generici che specialisti), fondata a Milano nel 1987. Il suo scopo è di fornire assistenza socio-sanitaria agli stranieri senza permesso di soggiorno e, contestualmente, di battersi per tutelare i loro diritti di individui. Sotto l'aspetto strettamente medico, ben esplorabile al Naga grazie all'intensa attività svolta (circa 20.000 visite all'anno) è possibile sostenere che le patologie di cui soffrono gli stranieri tendono a ricalcare il quadro epidemiologico degli autoctoni: questo perché il prototipo dello straniero che migra nel nostro Paese descrive ancora prevalentemente un **soggetto maschio**, giovane, di condizione socio-culturale medio-alta e con un patrimonio di salute consistente (il cosiddetto "effetto migrante sano", descritto da anni in letteratura). Saranno poi le disagiate condizioni di vita e di lavoro, le difficoltose modalità di accesso alle strutture sanitarie pubbliche, il disagio psicologico di fronte allo strappo consumato nei confronti del proprio Paese d'appartenenza e, molte volte, di parti importanti della propria famiglia, oltre allo stress transculturale (spesso molto rilevante) ad erodere questo patrimonio iniziale di benessere, spesso alimentato inizialmente da un vivace senso di progettualità nei confronti di una nuova vita meno disagiata e minacciata. L'incontro col paziente straniero non sempre risulta facile: oltre alle frequenti difficoltà linguistiche, peraltro raramente insormontabili, si affrontano sovente diverse concezioni del corpo e diverse articolazioni sociali della salute e della malattia, unitamente ad un regime di aspettative miracolistiche nutrite dai migranti nei confronti della medicina occidentale i cui successi indiscutibili vengono spesso ingigantiti dai media che ormai veicolano in ogni parte del globo il nostro modello di medicina tecnologica, fulmineamente taumaturgica. Solo la curiosità culturale, una curiosità disposta a mettere temporaneamente fra parentesi le nostre orgogliose certezze scientifiche, unita ad una grande apertura antropologica paziente e partecipata, potrà consentire un incontro fruttuoso tra medico italiano e paziente straniero.

Paola Nigro¹, Paolo Longoni², Fabrizio Montalto², Ierta Pangrazzi¹, Alberto Premoli¹, Maurizio Pellegrini¹, Saverio Chirchiglia¹

1 Distretto 2 ASL Città di Milano; 2 MMG Distretto 2 ASL Città di Milano

Le BPCO riacutizzate: risultati di un'esperienza di collaborazione ospedale-territorio.

Lo studio BPCO ha rappresentato un'opportunità di attiva collaborazione fra il Distretto 2 dell'ASL Città di Milano, un gruppo di medici di Medicina Generale del Distretto stesso e alcuni specialisti pneumologi dei due ospedali di riferimento a livello distrettuale (Ospedale Luigi Sacco e Ospedale Niguarda).

Obiettivo principale dello studio era di documentare l'approccio professionale di medici di Medicina Generale e di specialisti alla gestione del paziente affetto da BPCO riacutizzata; ulteriore obiettivo aziendale era quello di trovare strumenti utili per una concreta integrazione ospedale-territorio.

Lo studio, di carattere osservazionale, ha coinvolto 62 MMG e i due Servizi di Fisiopatologia Respiratoria degli ospedali, che nell'arco di un anno (ottobre 2003-settembre 2004), attraverso apposita scheda di raccolta dati concordata con tutti i partecipanti, hanno reclutato 402 casi di riacutizzazione di BPCO. Gli MMG hanno reclutato 349 casi (85 % di tutta la casistica), gli specialisti 63 casi (il restante 15%). Per quanto riguarda le principali caratteristiche della popolazione reclutata, il 57.5% era rappresentata dal sesso maschile, il 42.5 % dal sesso femminile; solo due casi presentavano un'età inferiore a 40 anni; 62 casi erano nella fascia di età 41-60; 281 fra i 61 e gli 80; 63 oltre gli 80.

Gli specialisti hanno osservato mediamente casi più gravi: i pazienti visti in ospedale sono più compromessi, essendo portatori di patologie multiple concomitanti (ipertensione, obesità, necessità di ossigenoterapia); la vaccinazione anti-influenzale e antipneumococcica è meno praticata dagli specialisti rispetto agli MMG; le prove di funzionalità respiratoria vengono eseguite con maggior frequenza nei pazienti controllati in ambito specialistico.

Lo studio ha dimostrato la fattibilità di protocolli di ricerca collaborativa fra territorio e ospedale, con una buona integrazione fra diverse figure professionali e a costi irrisori per il Servizio sanitario pubblico.

Gianni De Martini, Claudio Restelli

Sperimentazione di Gruppi di cure primarie(GCP) nell'ASL Provincia di Milano

Premessa. Il piano socio sanitario regionale prevede la sperimentazione di Gruppi Cure Primarie (GCP) intesi come "unità elementari di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e specialistiche di primo livello". In tale contesto la ASL Provincia di Milano 1 ha iniziato nel Giugno 2004 una sperimentazione con otto gruppi di MMG riuniti in GCP, dedicata alla presa in carico di pazienti affetti ad patologie croniche.

Obiettivi: migliorare la qualità assistenziale, uniformare i processi di cura, razionalizzare l'utilizzo di risorse (farmacologiche, diagnostiche, specialistiche), erogare prestazioni specialistiche di primo livello, promuovere interventi prevenzione, aumentare la responsabilizzazione del paziente attraverso interventi di educazione sanitaria.

Setting: otto GCP distribuiti sul territorio dell'ASL Provincia Milano 1 con un carico di circa 64.000 pazienti; di questi sono stati arruolati 215 affetti da BPCO, 1480 ipertesi, 620 diabetici e 280 in terapia anticoagulante.

Metodologia: condivisione di linee guida di riferimento, costruzione di specifici percorsi diagnostico terapeutici, apertura di ambulatori dedicati alle singole patologie, esecuzione di test diagnostici di primo livello e visite programmate aggiuntive a quelle spontaneamente richieste, utilizzo di cartella clinica informatizzata e condivisa per l'elaborazione dei dati, momenti di educazione sanitaria gestiti anche dagli infermieri (infatti l'ASL oltre a riconoscere ai MMG partecipanti un riconoscimento economico, ha fornito ad ogni GCP una infermiera a disposizione per un monte ore settimanale proporzionale al numero di pazienti arruolati), confronto interno al GCP almeno mensile, confronto esterno bimestrale con ASL .

Valutazione dei risultati con indicatori di processo, indicatori clinici e di customer satisfaction.

Alberto Aronica

Progetto GIPSI (Gestione Integrata Progetto Scopenso Italiano): un progetto della Medicina Generale .

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità e di morbilità nelle società occidentali e, tra queste, l'insufficienza cardiaca è l'unica malattia in costante crescita epidemiologica come causa di morte: essa costituisce, inoltre, la maggiore voce di spesa nei bilanci della sanità di tutti i paesi evoluti.

La crescita esponenziale dei costi per il trattamento di questa malattia, appare generata, oltre che dall'epidemiologia in forte espansione, anche da un uso poco appropriato delle risorse: queste sono impiegate essenzialmente nel trattamento della fase sintomatica della malattia quando l'efficacia delle cure è più limitata ed i mezzi terapeutici sono più costosi e meno fruibili.

Questo aspetto appare uniformemente presente in tutti paesi e l'Italia non fa eccezione, principalmente perché la percezione del rischio collegato all'insufficienza cardiaca è inadeguato ed il trattamento è mirato a contenere i sintomi più che a condizionare favorevolmente la prognosi.

Il "Progetto Scopenso - GIPSI", si prefigge l'obiettivo di rilevare la realtà epidemiologica della patologia sul territorio. Il progetto prevede il coinvolgimento di gruppi organizzati di medici di famiglia, che daranno vita alla creazione di una "rete informativa territorio/ospedale", in grado di raccogliere e monitorare nel tempo l'entità, l'evoluzione clinica ed i costi dell'Insufficienza Cardiaca. Tale infrastruttura consentirà, inoltre, la condivisione dei dati clinici dei soggetti coinvolti con Centri cardiologici di riferimento, consentendo, l'ottimizzazione degli interventi clinici e l'uso appropriato delle risorse. I risultati dello studio potranno rappresentare un riferimento utile nell'approntare, progetti informativi, che aumentino la percezione dell'Insufficienza Cardiaca come malattia sociale basata su condizioni a rischio che è necessario individuare e combattere precocemente tramite misure comportamentali e prescrizioni terapeutiche appropriate.

Donatella Sghedoni, General Practitioner nella PCT di Tendring (Essex) in Gran Bretagna

Un'esperienza inglese: differenze e somiglianze fra GP e MMG

In Gran Bretagna mancano medici, in particolare Medici di medicina generale, al punto che il National Health Service ha avviato delle campagne per il reclutamento attivo di medici stranieri qualificati in paesi europei, che li hanno in sovrabbondanza e quindi anche in Italia.

Dopo aver lavorato per anni in un ASL nell'organizzazione e nell'aggiornamento della medicina generale, con una limitata attività clinica in ginecologia, ho voluto vivere di persona l'esperienza del Sistema Sanitario pubblico inglese, che è servito da modello al nostro, che però se ne sta ora sempre più discostando. E' un sistema sanitario che ha investito molto sul territorio e meno sull'ospedale e si basa davvero in gran parte sul GP, che si carico della salute della donna e del bambino, lavora quasi sempre con altri colleghi, con un notevole supporto amministrativo e di personale infermieristico e con rari invii al livello specialistico. Le infermiere si fanno carico autonomamente di molte attività da noi considerate tradizionalmente di competenza medica, se non addirittura specialistica. Il sostegno sociale, l'assistenza domiciliare, l'attenzione ai disabili, l'educazione alla salute sono molto sviluppati e tutto ciò, insieme alla scarsa presenza di attività

privata da parte degli specialisti, facilita la popolazione più svantaggiata , ma anche il lavoro del MMG.

L'esperienza è stata molto interessante, permettendomi di scoprire aspetti sociali, antropologici, formativi, organizzativi, comunicativi, epidemiologici e anche clinici, che mi hanno portato a riflettere criticamente su mie convinzioni e ad immaginare la trasferibilità , almeno parziale, di alcune soluzioni, specie organizzative, nel contesto italiano, dove sta crescendo la sperimentazione di forme associative.

Sessione POSTER

Angelo Recusani, Giuseppe Montagna, Daniela Randi.

Genesi delle diversità

Paradossalmente l'atto costitutivo delle disuguaglianze è l'annullamento delle diversità.

Quando l'orizzonte della scienza riduce ad oggetti puntiformi, atemporali non solo le cose misurabili, ma anche entità dinamiche come la costruzione del sé, le costruzioni culturali, le credenze religiose, gli ordinamenti del diritto, attua una oggettivazione per cui vengono privilegiati i sistemi, le strutture, i codici indipendentemente dai soggetti attanti.

Vengono stabilite equivalenze tra entità diverse, alle quali viene assegnato un valore secondo un metro mutuato dall'esperienza occidentale del positivismo o più pragmaticamente secondo la legge del mercato.

Si attua pertanto un brutale, violento annullamento delle differenze in nome di una cultura superiore, giustificando di fatto, l'utilizzo di strumenti di parificazione delle diversità.

Tali strumenti risultano più efficaci di quelli inventati di Guillotin, essendo strumenti di distruzione di massa quale la fame, giustificata dall'applicazione equa delle leggi del mercato, e la guerra permanente.

Tutto ciò genera una situazione auto distruttiva anche all'interno del gruppo dominante autore e fautore della violenta parificazione.

I dispositivi per interrompere il potere disuguagliante sono la costituzione e il rispetto del diritto nazionale e sopranazionale, che presuppongono il diritto all'autodeterminazione, ma ancor più l'attuazione di condizioni di giustizia sociale per una libera ed autonoma pratica del sacro.

Il sacro è la prima entità ad essere elisa da una concezione neo-positivistica, volta a stabilire una relazione univoca tra le parole e le cose, attraverso la metodologia del verificabile, riproducibile, misurabile, dell'oggettivabile.

Secondo la nostra ipotesi le pratiche del sacro, che hanno a che fare con i miti, i riti, le rappresentazioni tragiche, le religioni, sono iscritte nel nostro ordine biologico di umani, tale ipotesi può emergere in modo allusivo da una pratica di "disegno onirico" che un gruppo di medici ha agito alla fine del seminario di primavera svoltosi a Costernano il 16 aprile 2005.

Viene presentata la costruzione fantastica che ha preso forma durante tale laboratorio, che si può iscrivere nell'ambito delle rappresentazioni tragiche, la modalità rappresentativa è stata di tipo figurativo e successivamente verbale, mentre la modalità tragica era legata alla declinazione grafica di due lettere altamente simboliche quali l'alfa e l'omega, evocative dell'inizio e della fine, connotative di un sacrificio.

Loretta Polenzani, Stefano Giovannoni

Esperienze originali in Medicina Generale: disponibilità continua

La partecipazione diretta del MMG nella definizione di modelli organizzativi e nella individuazione di meccanismi di programmazione e di controllo.(ACN 2005)

Il cittadino che ha un bisogno assistenziale o che ritiene di avere un problema di salute, che si ammala o che ritiene di essere malato o ha paura di ammalarsi si rivolge al suo medico. Il medico di famiglia si trova, quindi, a fronteggiare anche problemi urgenti o emergenti o presentati come tali, così come i sanitari deputati alle Urgenze si trovano ad affrontare anche problemi gestibili nella normale routine ambulatoriale.

Nell'ottica di una gestione globale dei problemi di salute, un gruppo di MMG propone, in accordo con la Direzione Aziendale, un progetto sperimentale per l'uso razionale dei servizi e l'ottimizzazione delle risorse nel campo dell'Emergenza-Urgenza. Il progetto ha come riferimenti: la ricerca in MG, la relazione medico-paziente-famiglia, la partecipazione attiva del paziente.

Con la prospettiva di cominciare ad invertire una rotta che, a tutt'oggi, vede potentati accademici, lobby del farmaco, centri di potere, portare avanti, enfatizzati dai mass media, il concetto che tutto si può e si deve curare, sempre e subito, indicando ospedale e centri specialistici come soli riferimenti efficaci per ogni problema di salute. Questo implica la necessità di un ripensamento del "concetto salute", che deve nascere all'interno delle comunità dei cittadini, nell'ambiente in cui vivono, nella famiglia, nel Territorio, laddove è possibile leggere più facilmente i bisogni reali, distinguendoli da bisogni che nascono da interessi diversi. È nel Territorio che si può e si deve costruire e modulare il concetto di Salute come diritto e come processo dinamico, parlare del Possibile, del Ragionevole, del Limite e dell'Impossibile. Il medico di famiglia, che da sempre propone modelli di salute più "umani", se messo in grado di operare seriamente e serenamente, può contribuire a questo processo soprattutto ricercando la collaborazione e la partecipazione attiva e consapevole del cittadino alle scelte che lo riguardano.

SABATO 22 OTTOBRE

Ore 9.00-

RELATORI

Agnolio Maria Luisa MMG Vicenza

Aronica Alberto MMG Milano ASL Città di Milano Consorzio Sanità (Co S)

Benincasa Francesco MMG Torino

Cataldi Giovanni MMG Montalto delle Marche (AP)

Caimi Vittorio MMG Monza

Collecchia Giampaolo MMG Massa

Della Valle Stefano MMG Milano

Della Vedova Roberto MMG Gorizia

De Martini Gianni MMG Coordinatore Gruppo Cure Primarie Legnano

Donzelli Alberto Direttore Servizio Educazione Sanitaria ASL Città di Milano

Giovannoni Stefano MMG Prato

Giunco Fabrizio Coordinatore sanitario Centro Geriatrico riabilitativo San Pietro Monza

Montagna Giuseppe MMG Parma

Mosconi Paola Laboratorio di ricerca sul coinvolgimento dei cittadini in sanità Ist M. Negri Milano

Nigro Paola Distretto 2 ASL Città di Milano

Polenzani Loretta MMG Prato
Randi Daniela MMG Parma
Recusani Angelo MMG Parma
Restelli Claudio MMG Coordinatore Gruppo Cure Primarie Cerro Maggiore
Sghedoni Donatella Responsabile dell'Unità Operativa Orientamento clinico sanitario Servizio di
MG ASL Città di Milano
Tognoni Gianni Laboratorio Epidemiologia Clinica Ist. M. Negri Milano

Segreteria scientifica ed organizzativa

Maria Luisa Agnolio magnoli@tin.it
Marina Bosisio marina.bosisio@fastwebnet.it
Vittorio Caimi vittoriocaimi@libero.it
Giampaolo Collecchia g.collec@vmail.it
Lino Gambarelli linoga@tin.it
Paolo Longoni paololongoni2@virgilio.it
Maria Milano maria.milano@alypsia.com
Massimo Tombesi massimo.tombesi@alypsia.com

Sede del Congresso
Hotel Residence Poiano
Via Fioria 7 – 37016 Costermano
Tel. 0457 200100, fax 0457 200900
www.poiano.com