

La medicina delle persone sane

Gaetano Piccinocchi

Introduzione

“Un’uncia di prevenzione equivale ad una libbra di cure”

Appare ormai evidente come sia maturo il tempo di promuovere un nuovo modo di praticare la medicina nelle società moderne. La cura delle malattie è costosa ed i suoi risultati benefici sono sempre limitati e complessi, nonostante gli straordinari sviluppi delle conoscenze e delle tecnologie biomediche.

La lotta alla malattia si sposta sempre più verso l’anticipare e l’evitare. In contrapposizione alla malattia si pone la salute intesa come concetto medico e sanitario. La salute promossa attraverso gli strumenti della vita quotidiana, dell’esercizio fisico, del movimento, dell’alimentazione e della nutrizione.

Ma cosa intendiamo per salute?

Che cos’è la... salute?

- L’assenza di malattia
 - ma che cos’è la malattia?
- L’assenza di sintomi disturbanti
- Lo “star bene”
- Il “sentirsi bene”
- Il “credere di sentirsi bene”

L’OMS l’ha definita come “...il risultato di un equilibrio dinamico tra l’organismo umano e l’ambiente esterno in cui vive... Uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale e non una semplice assenza di malattia e di infermità...”.

Il concetto di salute ha una dimensione indubbiamente soggettiva ma anche oggettiva:

Le dimensioni della salute

- Dimensione soggettiva: dalla parte della persona
 - mi sento bene
 - non ho nulla
 - non conosco nessuna malattia
- Dimensione oggettiva: dalla parte del medico
 - lei è malato di...
 - è necessario che si curi...
 - prenda questo farmaco...
- Dimensione mediatica: dalla parte dell’informazione
 - questa malattia si presenta con...

e queste dimensioni hanno a loro volta una tempistica diversa:

I tipi della salute e della malattia

- Il tempo della persona:
 - ma adesso sto bene, perché devo prendere...
 - ma quando mi darà problemi?
 - da qui ad allora potrei guarire...
- Il tempo del medico:
 - se non si cura ora tra vent’anni avrà...
 - non guarirà mai
- Il tempo dei media:
 - scoperto farmaco miracoloso per...

La medicina delle persone sane si fonda sulla consapevolezza che, solo applicando in maniera integrata e coordinata tutte le conoscenze e le tecniche a disposizione, si possano raggiungere rilevanti obiettivi e

progressi nello stato di salute in tempi relativamente brevi. I benefici ottenibili attraverso l'uso di tecniche di salute, sono ormai in grado di determinare progressi ben superiori a quelli ottenibili dalla medicina clinica di diagnosi e cura. Essa non si pone tuttavia né come alternativa né in contrapposizione con la medicina clinica tradizionale della quale recepisce i progressi scientifici integrandoli alle tecniche di salute in virtù della sua natura multidisciplinare e pluriculturale.

La medicina delle persone sane ha l'obiettivo di aumentare la qualità ed il numero di anni di vita della popolazione attraverso l'uso e l'applicazione delle conoscenze scientifiche, della pratica medica, delle campagne di promozione della salute, delle azioni di prevenzione e la conoscenza dei determinanti di salute [1].

Quest'evoluzione non nasce dal nulla: America e Gran Bretagna hanno già riconosciuto la validità di quest'approccio attraverso la stesura dell'"Health People 2010" [2]. Fatto proprio dal governo americano e da quello britannico, il documento si propone di imporre la medicina delle persone sane come strategia sanitaria principale del medico del futuro [3].

Una strategia che non ha nulla a che fare con il salutismo, ma è insita nell'evoluzione della medicina in rapporto alla compatibilità, perché una medicina che ha da fare solo con la malattia non è compatibile con le risorse. Per la stesura di questo documento si è tenuto conto del parere dei vari protagonisti della sanità, ovvero cittadini, esperti di salute e più di 270 agenzie di stato [4]. Gli obiettivi di carattere generale consistono nel raggiungimento dell'equità dell'erogazione dei servizi sanitari per tutta la popolazione e nell'aumento degli anni di salute e della qualità di vita caratterizzata da buona salute [5]. La lettura approfondita del documento fornisce numerosi spunti di riflessione e discussione per tutti coloro che si occupano di sanità e che operano per migliorare lo stato di salute della popolazione, sia essa sana che affetta da patologia.

Determinanti di salute

La salute, intesa non solo come assenza di malattia bensì come condizione caratterizzata da stato di benessere fisico e mentale, è la risultante dell'interazione dei rispettivi determinanti di salute: la costituzione, l'ambiente, il contesto sociale, gli interventi sanitari, l'accesso ai servizi socio-sanitari. Ogni singolo determinante contribuisce, a seconda dei casi ed in maniera più o meno importante, all'espressione di quella che viene definita salute [6]. Patrimonio genetico individuale ed ereditarietà familiare, da soli, già forniscono una buona base di partenza in termini predittivi per quanto riguarda l'espressione dello stato di salute dell'individuo. Le risposte comportamentali individuali sono anch'esse frutto di interazioni con la componente costituzionale. Tutto ciò che respiriamo, vediamo, odoriamo, sentiamo e tocchiamo costituisce l'ambiente fisico; esso è costituito anche da componenti che sfuggono alla percezione sensitiva quali ad esempio radiazioni ionizzanti, inquinanti, ozono, virus e batteri. Il contesto sociale è rappresentato da tutte le interazioni ed i confronti tra individuo e famiglia, scuola, colleghi di lavoro, istituzioni. Politica sanitaria e facilità di accesso ai servizi socio-sanitari completano la sintetica disamina dei determinanti; il razionale messo in pratica della sanitaria deve tener conto della domanda di salute e degli obiettivi di salute della popolazione, delle risorse economiche a disposizione per l'attuazione dei programmi e facilitare l'accesso ai servizi qualitativamente adeguati [7].

Aspettativa di vita e Qol

Negli USA, all'inizio del XX secolo, l'aspettativa di vita era stimata pari a 47,3 anni; oggi è a 77 anni. In Italia si stima, rispettivamente per maschi e femmine, aspettative di vita pari a 74 e 80 anni. Indipendentemente dall'aspetto cronologico sarebbe opportuno che, oltre che a vivere di più rispetto al passato, si vivesse in buona salute fisica e mentale. Qualità di vita e qualità di vita correlata allo stato di salute

(HRQoL/Health Related Quality of Life) esprimono concetti e realtà diverse [6]. Un disoccupato sano è potenzialmente caratterizzato da scadente QoL a causa della mancanza di introito economico e da tutto ciò che ne deriva. La QoL di un soggetto depresso o affetto da emicrania risente anche della condizione di salute, pertanto si parla di HRQoL.

Il ruolo del medico di famiglia come “personal trainer”

È ormai dimostrato il ruolo determinante che i fattori economici e sociali rivestono nella capacità di usufruire delle opportunità di salute della popolazione; vanno quindi sostenuti quei modelli di sistema sanitario ispirati alla solidarietà ed all’eliminazione delle disuguaglianze nella fruizione della salute, da qualunque causa e ragione determinate. Non possono esistere individui veramente sani altro che in popolazioni sane. La medicina della salute comporta necessariamente un cambiamento del rapporto medico-paziente, poiché richiede una partecipazione molto più attiva della persona sana che vede nel suo medico una sorte di “personal trainer” della salute [8]. Fondamentale è inoltre il ruolo di “comunicatore” che il medico deve ricoprire. Oggi nella comunicazione in medicina il paziente occupa sempre più una posizione centrale o meglio dovrebbe occuparla. Questa affermazione è ancora più vera se parliamo di una comunicazione che abbia come finalità l’educazione e la prevenzione del rischio. Purtroppo, anche se può sembrare un paradosso uno dei principali problemi che affligge la medicina moderna è proprio un difetto di comunicazione. La pleora di informazione sanitaria che circola, a dispetto della tecnologia e dell’informatica, stenta a tradursi in un messaggio vincente. Molteplici sono gli ostacoli che impediscono un corretto fenomeno di translazione; quando parliamo di comunicazione gli ostacoli culturali sono spesso legati alla formazione che i medici hanno ricevuto. Possiamo tradurre questo concetto dicendo che noi medici difficilmente

sappiamo comunicare bene e sfruttare completamente le moderne metodiche di comunicazione. Spesso facciamo confusione tra informazione e comunicazione dimenticando che la prima è monodirezionale e presuppone conoscenze specifiche, mentre la seconda è un processo che vive sul feedback, di notevole complessità e coinvolge gesti, atteggiamenti ed anche espressioni non verbali. Si può essere ottimi informatori e contemporaneamente dei pessimi comunicatori. La comunicazione con il paziente, ed in particolar modo con il paziente sano, è incentrata sul fare della persona il perno di tutto il processo, e tale concetto è ormai acquisito; ben più difficile è capire come fare una comunicazione efficace. Nel panorama sanitario nazionale il medico di medicina generale è una delle poche figure professionali, se non l’unica, in grado di vedere soggetti sani, dal momento che in un anno viene contattato dal 75% circa dei suoi pazienti e dal 100% in 3 anni, e che mediamente un assistito si reca da lui 5 volte l’anno. I metodi che egli può adottare sono da ricercare nell’attività clinica quotidiana, la cosiddetta “Primary Care” che è costituita fondamentalmente da tre aspetti che possono essere applicati come modello universale d’approccio ai problemi: la medicina di attesa (Expectancy Care), la medicina di opportunità (Opportunity Care) e la medicina d’iniziativa (Anticipatory Care). Una corretta strategia di popolazione non può prescindere da un’adeguata medicina d’iniziativa, intesa come la capacità del medico di famiglia di contattare tutti quei pazienti che per vari motivi non vengono mai nello studio: i cosiddetti “low attenders”. Se il cittadino non va dal medico, il medico di famiglia andrà dal cittadino, ma prima ancora che questo si ammali, intercettando la domanda di salute nei luoghi di vita quotidiana delle persone sane. Non disdegnando i templi del fitness, ma trasformando gli studi in “ambulatori bifronte”, luoghi di cura per i malati e di counselling per i sani, inducendoli ad una sorta di “tagliando”: un monitoraggio costante dei livelli di salute, e non esclusivamente dei rischi di malattia.

L'inveterata abitudine a prendersi cura più della malattia che del malato, del pericolo più che del rischio e quindi, ad esempio.

Più del diabete che del potenziale diabetico o dell'obesità e non dell'obeso, crea un ostacolo culturale e gestionale difficilmente superabile. Una visione olistica del problema è necessaria se si vuole tramutare in vantaggi pratici quanto presente in letteratura.

La prima terapia non è farmacologica.

Le malattie si contrastano impedendo che la macchina si inceppi. La medicina della salute è nuova, democratica, perché senza la partecipazione dei pazienti non si può fare ed i medici di famiglia devono diventare i loro consulenti, i "personal trainers" dei cittadini. La maggior parte delle persone non è consapevole del potenziale beneficio associato ad operazioni semplicissime come, per esempio, la misurazione della circonferenza dell'addome che è il principale predittore d'obesità, malattie cardiovascolari e diabete nell'età adulta. Eseguendo la misurazione in età infantile è possibile ricorrere ad interventi preventivi di grand'efficacia.

Bisogna superare il concetto di prevenzione, che collega l'atto medico alla malattia che potrebbe arrivare, per concentrare l'attenzione anche sulla popolazione sana, affinché a distanza di anni mantenga, e forse migliori, il proprio stato di salute.

La prevenzione, benché utile, non sembra risolutiva nel garantire il benessere della persona, che deve essere mantenuto fin dalla nascita, attraverso nuove strategie che integrino le conoscenze mediche con la sostenibilità finanziaria del sistema.

L'obiettivo non è quello di avviare la gente allo screening dei tumori, che già si fa, ma metterli in condizioni di prevenire il tumore, allontanando abitudini legate statisticamente al suo insorgere.

La medicina della salute si potrebbe identificare come una macrospecialità in cui la medicina della prevenzione in effetti è un sottoinsieme: un'area che investe tutte le condizioni legate allo stato di salute della gente, dall'educazione agli stili di vita, alla sorveglianza ambientale (es. elettrodotti), ecc.

Oggi, la gestione della Sanità impone la pianificazione e la definizione di obiettivi precisi non solo per il malato, ma per la popolazione in generale. Sarebbe infatti auspicabile che all'aumento dell'aspettativa di vita corrispondesse realmente un incremento di anni trascorsi in buono stato di salute. Infine, la conoscenza e la corretta gestione dei determinanti di salute appaiono indispensabili per poter cogliere la sfida del XXI secolo: garantire la salute per tutti.

I pazienti low-attender

Le strategie possibili per raggiungere queste persone impegnano il medico in diversi campi di attività: organizzativo, culturale, sociale ed imprenditoriale.

Innanzitutto, vanno intensificate tutte quelle iniziative legate alla medicina di opportunità, per cui il medico deve cogliere ogni possibile occasione d'incontro (ad esempio, l'accesso allo studio di un low-attender per una qualunque prescrizione per un familiare) per attivare tutte quelle semplici e possibili procedure (revisione dei dati di base inseriti nella cartella clinica e controllo della loro completezza, approfondimento di eventuali dati anamnestici personali o familiari risultati incompleti, valutazione degli stili di vita, visita medica), atte a verificare lo stato di salute di quella persona, anche se non espressamente da questa richieste. Ciò presuppone, ovviamente, un

Tabella 1: possibili caratteristiche di un "low-attender"

-
- si sente in forma e ritiene di non avere problemi di salute
 - non ha tempo per sottoporsi a visite o accertamenti diagnostici
 - si cura con le medicine alternative
 - teme che dalla visita emerga un grave problema di salute
 - non ama i medici e le medicine (precedenti esperienze negative, dirette o indirette)
 - lo studio del medico di famiglia non è facilmente accessibile (orari non compatibili con le proprie esigenze di lavoro, affollamento in sala d'attesa, etc.)
-

atteggiamento mentale di fondo da parte del medico che vada ben oltre la semplice predisposizione ad occuparsi solamente dei problemi offerti dal paziente, ma che, in quanto responsabile della salute di una intera comunità e non esclusivamente del singolo, lo porti a provare interesse anche per “ciò che potrebbe essere anche se apparentemente non è”. Da tutto questo derivano anche la necessità, da parte del medico, di investire notevoli risorse di tempo e la consapevolezza della possibilità di dover gestire altre situazioni di un certo impegno professionale, che magari non sarebbero scaturite in assenza delle proprie iniziative; per dirla in breve, di “andarsene a cercare”.

Ma è proprio in questo che consiste quel nuovo modo di fare la medicina in una società evoluta, di cui si parlava all’inizio di questo capitolo, e sono anche questi i nuovi compiti di un medico di medicina generale all’altezza dei tempi.

Ed è sempre in quest’ottica che, in assenza di un contatto diretto con le persone sane, il medico dovrebbe cercare di attivare una serie di procedure atte ad individuarle e, successivamente, contattarle:

- esame periodico degli elenchi degli assistiti in carico, con estrapolazione dei nominativi di tutti coloro i quali non presentino in cartella clinica alcun tipo di contatto in un periodo predeterminato (un anno, ad esempio)
- contatto, personale o tramite servizio di segreteria, a mezzo telefono, posta ordinaria o elettronica, che consenta di individuare i motivi o gli eventuali problemi logistici che ostacolano l’eventuale contatto con il medico, e che contemporaneamente chiarisca la disponibilità, da parte del medico stesso, ad ovviare agli stessi, oltre a rimarcare l’importanza delle procedure di prevenzione nel sano.
- eventuale revisione dell’organizzazione e delle modalità di accesso al proprio ambulatorio, ove si constatasse l’effettiva impossibilità, da parte di un certo numero di persone, ad accedervi nei modi e nei tempi in uso; sarebbe raccomandabile prevedere una certa elasticità nella gestione degli appuntamenti per visite sia ambulatoriali che domiciliari, pur nella consapevolezza

che ciò richiede senz’altro un ulteriore aggravio dei carichi di lavoro, a tutt’oggi non riconosciuto dalla normativa contrattuale tuttora in vigore, ancor meglio sarebbe poter disporre di personale medico o paramedico, opportunamente addestrato, che possa collaborare in questo tipo di attività.

- promuovere e partecipare a campagne di sensibilizzazione su temi riguardanti la promozione ed il mantenimento della salute nell’individuo sano, intervenendo su piccoli gruppi o comunità (famiglia, scuola, organizzazioni impegnate nel sociale, etc.) o a livello locale su gruppi non precostituiti; si segnala, a tale proposito, il successo dell’esperienza “Salute in collina” con la quale un gruppo di medici di medicina generale napoletani ha coinvolto periodicamente presso una sala cinematografica tutta la platea dei cittadini della zona del Vomero (quartiere collinare di Napoli, da cui il nome del progetto) in pubbliche discussioni riguardanti appunto quest’argomento.

Per il raggiungimento del pieno successo di un programma di promozione della salute e delle azioni di prevenzione a ciò mirate è necessario il coinvolgimento di una serie di attori (medici, istituzioni, organizzazioni sindacali e società scientifiche) che svolgano in piena armonia ciascuno la loro parte.

In particolare, si dovrebbe poter contare su:

- un buon numero (se non proprio sulla loro totalità) di medici di medicina generale **motivati**, cioè consapevoli di svolgere una funzione di indubbia utilità per la salute pubblica e non solo per il singolo, e perciò mentalmente strutturati in tal senso, e quindi anche predisposti a sostenere un eventuale sovraccarico di lavoro pur in mancanza di un riscontro economico immediato; **formati**, cioè adeguatamente preparati dal punto di vista scientifico, organizzativo, relazionale; **organizzati**, sia nell’ambito della propria attività, sia in gruppi di medici (es. medicina di gruppo, associazionismo in rete, cooperative);
- piena collaborazione da parte delle Istituzioni preposte alla salute pubblica (ASSL, regioni, distretti sanitari, Università) soprattutto per quanto riguarda la

programmazione ed il coordinamento delle iniziative in materia;

- coinvolgimento a pieno titolo, ai vari livelli di competenza, delle associazioni mediche, in particolare:
 - Cooperative (supporto logistico, informatico -data base-, organizzativo)
 - Società scientifiche (supporto scientifico, “know-how”)
 - Organizzazioni sindacali (contrattazione degli aspetti normativi ed economici).

Programmi di mantenimento della salute

Caratteristiche

Qualsiasi iniziativa tesa a mantenere o migliorare lo stato di salute globale di un gruppo più o meno vasto di popolazione, non può prescindere dalle seguenti caratteristiche:

- *il programma deve essere fondato su solide e documentate basi scientifiche*: tale aspetto risulta determinante nel momento in cui si superano le fasi dell’osservazione e della sperimentazione, e si passa all’attuazione di procedure di riconosciuta efficacia sul mantenimento dello stato di salute per cui, quanto più ampio sarà lo strato di popolazione coinvolta, tanto più certa dovrà essere l’efficacia dell’intervento stesso (vedi ad es., le vaccinazioni obbligatorie);
- *i soggetti interessati al programma debbono essere coinvolti già nella fase di progettazione*, al fine di analizzarne tutte le possibili criticità, individuare soluzioni ed ottenere quindi l’ottimizzazione nella fase di realizzazione;
- *deve essere prevista una valutazione del programma, mediante la misurazione degli esiti*, che non prescinda tuttavia da una valutazione continua “in itinere” derivante da un’attenta osservazione degli eventi sul campo.

Risulta evidente, nell’ottica dei sistemi sanitari attualmente operanti nella maggior parte dei Paesi occidentali, che per il successo di un programma di mantenimento della salute, la figura del medico di medicina Generale svolga un ruolo fondamentale, sia quale interfaccia credibile ed affidabile tra l’istituzione proponente il programma e la

miriade di soggetti cui lo stesso è rivolto, a quale protagonista nella fase di studio (osservazione epidemiologica sul territorio – vedi sperimentazione – nella fase di progettazione e di attuazione (monitoraggio continuo sul campo).

Inoltre, per il raggiungimento degli obiettivi proposti, risulterà utile il coinvolgimento di ogni piccola comunità (famiglia, scuola, etc.), poiché risulta evidente una migliore compliance se modifiche comportamentali, finalità e motivazioni sono condivise.

Obiettivi

Al di là dell’obiettivo generale del mantenimento dello stato di salute della popolazione nella sua globalità, un programma orientato in tal senso dovrebbe prevedere alcuni sotto-obiettivi, tra i quali:

- *migliorare la qualità della vita*, con intervento sugli stili di vita;
- *mantenere lo stato di salute dei soggetti sani*, a tutte le età e relativamente ad esse;
- *conservare l’equità nell’accesso ai servizi*, garantendo ad ogni cittadino il diritto alla salute indipendentemente dalla propria condizione economica o sociale;
- *sviluppare nella popolazione il concetto di “star bene in comunità”*, sulla base della condivisione di obiettivi e strategie efficaci per il loro raggiungimento, ma anche della consapevolezza della comunanza di risorse a ciò destinate.

Campi d’azione

Le aree di intervento per la promozione dello stato di salute di una popolazione possono essere le più varie, anche in relazione all’identità e alle caratteristiche del soggetto proponente (ente o istituzione pubblica, azienda privata, fondazione, etc.). A titolo di esempio, una campagna promossa dal Ministero dell’Interno per l’uso delle cinture di sicurezza da parte degli automobilisti o del casco per i motociclisti avrà delle caratteristiche diverse da una campagna per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse mediante l’uso di profilattici, promossa dal Ministero della Salute . E così, spaziando dalle tematiche classiche della medicina clinica (diabete, ipertensione, broncopatie croniche) a quelle con forte

impatto sui mass-media (obesità, disagio psichico, impotenza sessuale) a quelle emergenti o in fase di recrudescenza (SARS, TBC in alcuni strati di popolazione recentemente immigrata) ci si può rendere conto che anche i target possono essere ogni volta diversi. Tuttavia, è possibile tentare una schematizzazione delle possibili aree di intervento, sulla base di alcuni obiettivi comuni:

- Prevenzione delle malattie cardiovascolari:
 - a) prevenzione di diabete, ipertensione, dislipidemie, etc.
 - b) promozione dell'attività fisica;
 - c) diminuzione del fumo.
- Riduzione delle malattie respiratorie
 - a) diminuzione del fumo;
 - b) riduzione degli inquinanti atmosferici;
 - c) trattamento delle allergie respiratorie.
- Lotta contro i tumori
 - a) diagnosi precoce;
 - b) procedure di screening;
 - c) riduzione degli inquinanti ambientali;
 - d) adozione di stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, riduzione del fumo).
- Controllo sull'abuso di alcol, tabacco e droghe.
- Prevenzione del disagio psichico.
- Diminuzione degli incidenti stradali
 - a) limiti di velocità;
 - b) uso delle cinture di sicurezza e del casco;
 - c) lotta alla guida in stato di ebbrezza.
- Diminuzione degli incidenti domestici
 - a) integrità degli impianti elettrici e di riscaldamento;
 - b) campagne di sensibilizzazione sulla sicurezza domestica di adulti e bambini.
- Promozione della cultura delle vaccinazioni
- prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse

Stato di salute: cosa misurare

È chiaro che, per valutare l'efficacia di un qualsiasi programma di miglioramento dello stato di salute di una popolazione, bisogna utilizzare alcuni indicatori che, in maniera più o meno diretta, sono correlabili ad esso. Alcuni di questi, come il tasso di mortalità globale o per singole patologie o gruppi,

l'incidenza di nuovi casi nella popolazione per il periodo considerato, sono abbastanza ovvii e facilmente misurabili, altri invece, come la qualità o l'attesa di vita, richiedono valutazioni decisamente più complesse, ma possono dare delle indicazioni altrettanto interessanti soprattutto dal punto di vista della percezione di efficacia dell'intervento programmato da parte della popolazione stessa cui esso era destinato.

Altri parametri da considerare possono essere, ad esempio, il numero di accessi agli ambulatori o di ricorso ai presidi di pronto soccorso, il numero di ricoveri ospedalieri per singole o gruppi di patologie; o, ancora, la spesa sanitaria suddivisa per problemi, oppure l'andamento delle coperture assicurative in campo sanitario.

Volendo considerare, invece, degli indicatori di salute relativi alla singola persona, magari per poi estendere la valutazione a gruppi sempre più estesi, possiamo annoverare senz'altro i parametri relativi al peso, all'altezza, al consumo di sigarette e di alcolici, all'attività fisica, all'abuso di droga, alla presenza di comportamenti sessuali a rischio, alla regolarità delle pratiche vaccinali, alla frequenza degli accessi ai servizi sanitari, alla presenza di fattori di rischio legati all'attività lavorativa.

Programma di mantenimento della salute:

1. Fondato su documentate basi scientifiche
2. Costruito in collaborazione con i soggetti interessati
3. Valutabile attraverso la misurazione degli esiti

Il mg nella comunità come elemento credibile ed affidabile.

Utilizzare ogni piccola comunità (famiglia scuola) per il raggiungimento degli obiettivi.

Obiettivi:

- Mantenere in salute i soggetti sani a tutte le età;
- migliorare la qualità di vita agendo sugli stili di vita;
- predisporre un programma che mantenga l'equità nell'accesso ai servizi;
- Sviluppare nella popolazione il concetto di "star bene in comunità".

Campi di azione:

- Prevenzione delle malattie croniche (diabete, ipertensione, BPCO ect.);
- promuovere la cultura delle vaccinazioni;
- controllo di alcool tabacco e droghe;
- morti per malattie cardiocerebrovascolari
- diabete e malattie croniche;
- malattie mentali;
- obesità;
- promozione dell'attività fisica;
- diminuzione del fumo;
- hiv-aids;
- incidenti stradali.

3 aree condivise con il PSN

- Fumo (dipendenze);
- alimentazione e nutrizione (alcool);
- attività fisica.

Le partnerships sono uno strumento per migliorare la salute nella comunità

- Industrie;
- regioni;
- organizzazioni civili, professionali e religiose;
- palestre;
- scuole e centri educativi.

Stato di salute: cosa misurare

- Tasso di natalità e di mortalità;
- attesa di vita;
- qualità di vita;
- morbilità per alcune malattie;
- fattori di rischio;
- uso degli ambulatori;
- ricoveri ospedalieri;
- accessibilità ai servizi sanitari;
- coperture assicurative.

Principali indicatori di salute

- Attività fisica;
 - sovrappeso e obesità;
 - fumo;
 - abuso di sostanze;
 - comportamenti sessuali a rischio;
 - salute mentale;
 - ferite e violenze;
 - ambiente;
 - vaccinazioni;
 - accesso ai servizi sanitari.
- Per ogni indicatore di salute vi sono specifici obiettivi che devono essere usati

per valutare i progressi di salute nella popolazione nei prossimi 10 anni.

- La sfida è trovare l'equilibrio tra un set omnicomprensivo di obiettivi di salute e un piccolo gruppo di priorità.

Schema di un progetto di intervento contro la diffusione dell'obesità

- Presupposti – rationale dell'intervento;
- obiettivi generali, secondari e parcellari;
- soggetti coinvolti (Istituzioni - medici-pazienti);
- individuazione degli indicatori d'intervento;
- strategie d'intervento: modalità e tempi del rilievo degli indicatori;
- strategie d'intervento: impiego di tecnologia informatica per la pianificazione di regimi alimentari e programmi di incremento dell'attività fisica individualizzati*.

Area sovrappeso-obesità

Cosa misuriamo

- Bmi;
- consumi specifici (rischio e protezione);
- consumo di grassi;
- porzioni minime di verdura/legumi e frutta;
- consumo di alcool;
- abitudine al fumo;
- attività fisica.

Indicatori di esito intermedio

- Mantenimento a tre anni del BMI;
- calo di 1 punto BMI nei sovrappeso;
- modifica del 30% dell'introito qualitativo dei grassi ingeriti (questionario sulla frequenza di consumo di alcuni alimenti);

* Un sistema informatizzato di programmazione individuale d'incremento dell'attività fisica dovrebbe considerare:

- età e sesso;
- bmi e peso ideale;
- attività fisica attuale e progressa;
- presenza di patologie metaboliche o cardiovascolari;
- terapia farmacologica in atto;
- preferenze individuali, anche in base alle strutture utilizzabili (possibilità di più opzioni).

e dovrebbe fornire uno schema giornaliero di incremento graduale dell'attività fisica, sulla falsariga degli schemi dietetici, eventualmente integrandosi a questi.

- numero soggetti che incrementano il consumo di verdura e legumi dalla classe o ad una successiva (questionario).

Bibliografia

- [1] Spoleto 2004, "1° Congresso Nazionale SIMPeSS".
- [2] Davies RM. Healthy People 2010: objectives for the United States BMJ 2000; 320: 818-819.
- [3] Healthy People 2010 HYPERLINK "<http://www.health.gov/healthypeople/>" <http://www.health.gov/healthypeople/>
- [4] Healthy People 2010 [http://www.health.gov/healthypeople/Volume1-determinantes of health](http://www.health.gov/healthypeople/Volume1-determinantes%20of%20health).
- [5] Health For All 21 - WHO "Regional Programme".
- [6] Carosino G. "Ricerca e Sanità" 2000, volume 1 n° 3.
- [7] Pagni A. "Sanità Management" maggio 2004, pag. 4.
- [8] Firenze 2003 "20° Congresso Nazionale SIMG".

Pneumologia Campania - IV Edizione

Il 27 e 28 gennaio si è svolta la IV edizione di "Pneumologia Campania", appuntamento ormai consueto, durante il quale gli specialisti pneumologi campani si riuniscono per discutere di progressi scientifici e di problemi organizzativi inerenti la disciplina. Quest'anno, dopo le riuscite riunioni di Napoli, Salerno e Caserta è toccato alla Pneumologia Beneventana, rappresentata da Gianni Balzano e Mario Del Donno, direttori, rispettivamente, della UOC di Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria della Fondazione "Salvatore Maugeri" di Telesse Terme e della UOC di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" di Benevento. L'evento si è svolto in due giornate, la prima a Benevento e la seconda a Telesse. Gli organizzatori hanno scelto di incentrare le due giornate su argomenti che presentano un notevole impatto sul carico assistenziale non solo delle UO di Pneumologia, ma anche degli ambulatori di Medicina Generale. Un aspetto innovativo della riunione di quest'anno è stata, infatti, la notevole partecipazione di Medici di Medicina Generale (MMG), a sancire l'importanza di una costante collaborazione nella gestione delle malattie respiratorie tra specialisti e generalisti. La I giornata è stata dedicata alle interstiziopatie e all'asma. Nella sessione sulle interstiziopatie sono stati affrontati temi attuali, quali la diagnostica di laboratorio, con una certa enfasi sul ruolo del lavaggio bronchiolo-alveolare, l'imaging polmonare, con in primo luogo la TC del torace ad alta risoluzione, la corretta valutazione funzionale del paziente, soprattutto nel follow-up, le nuove terapie, incluso l'impiego dell'interferone gamma 1b nella UIP e, infine, l'attualissimo tema del trapianto polmonare, con le diverse opzioni che il chirurgo deve affrontare quando si decide di trapiantare un organo complesso come il polmone. Per quanto riguarda l'asma, si è discusso di nuove acquisizioni patogenetiche, di attuali opzioni terapeutiche, compreso il ruolo degli anticorpi monoclonali anti-IgE, di programmi educazionali, di linee guida e dei ruoli, diversi ma complementari, svolti dal MMG e dallo specialista.

La II giornata congressuale si è svolta a Telesse ed è stata interamente dedicata alla BPCO. Il tema della patogenesi è stato affrontato con interventi interessanti e suggestivi, quali quello sulla ipotesi autoimmune nella genesi e automantenimento della malattia, quello sull'infiammazione delle vie aeree e sui metodi per studiarla, quello sul ruolo dello studio fisiopatologico e dell'importanza del test da sforzo cardio-polmonare nel corretto inquadramento del paziente. Riguardo al trattamento in fase di stabilità della malattia, largo spazio è stato dato agli interventi educazionali e alle esigenze del paziente, con la partecipazione al dibattito di rappresentanti dei MMG e di associazioni di pazienti. Il trattamento della BPCO riacutizzata, con interventi sul ruolo dei farmaci, della terapia intensiva e della riabilitazione ha concluso le due interessanti giornate di lavori, nel corso delle quali non sono mancati alcuni apprezzati momenti conviviali. Appuntamento per l'anno prossimo ad Avellino, con la V Edizione.

