



ELSEVIER 18 febbraio 2014

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Cronicità, Rossi (Omceo Milano) assegnarle direttamente a mmg

«Il semplice fatto di lavorare in gruppo non migliora automaticamente l'assistenza offerta dai medici di medicina generale». Ne è convinto il presidente dell'OMCeO di Milano **Roberto Carlo Rossi** che prende le distanze da alcune recenti inchieste giornalistiche secondo cui la tendenza ad associarsi comporterebbe soltanto vantaggi. «Lo stare in gruppo ha indubbiamente vantaggi operativi – riconosce Rossi – ma può aumentare il rischio di spersonalizzazione nel rapporto tra medico e paziente». Il presidente dell'Ordine milanese ritiene invece che debba essere recuperato e potenziato il ruolo di ascolto del medico di base: «ci scordiamo sempre che la medicina generale non consiste nel fare ricette quando le scatolette dei farmaci finiscono, ma è una disciplina che si occupa di fare prevenzione e comprende il dialogo con i pazienti per capire le loro necessità». Al recupero di questa figura, che ha sempre caratterizzato in maniera positiva la medicina del territorio in Italia, si frappone un ostacolo: la burocratizzazione. «Io una ricetta ce l'ho, ma nessuno la sta a sentire – lamenta Rossi – perché, pur facendo alla lunga risparmiare, inizialmente costa: far gestire direttamente una serie di problematiche croniche, come diabete o ipertensione ai medici di medicina generale. Gestire le cronicità non significa telefonare al paziente per prendergli l'appuntamento per i controlli dell'emoglobina... questi sono compiti di segreteria. L'aspetto assistenziale deve essere separato dall'aspetto burocratico, che deve essere in capo a qualcun altro. È invece importante che il medico parli periodicamente con i pazienti di stili di vita, fumo, attività fisica o alimentazione, dedicando tempo all'ascolto. Ma l'attuale carico di lavoro è già enorme e una responsabilità diretta sulle cronicità deve essere necessariamente remunerata, o riducendo il carico di pazienti a fronte di un compenso superiore oppure attraverso un finanziamento ad hoc ai medici che decidono di assumersi questo impegno aggiuntivo. In Lombardia si è fatta l'esperienza dei CREG (Chronic related group) ma non era la strada giusta».

Renato Torlaschi

Sigm: inserimento giovani medici in Case salute è a rischio

Valorizzare i neodiplomati in medicina generale all'interno delle Case della salute, che verranno istituite nella Regione Lazio. La proposta era stata avanzata dalla sezione regionale del Sindacato dei medici italiani (Smi) e aveva acceso le speranze dei giovani medici. «Ora però siamo all'ultima settimana di contrattazione, poi ci sarà un accordo tra Regione e sindacati e le prospettive non sembrano buone», confessa Paola Bonetti, consigliera dell'Associazione italiana giovani medici (Sigm) nella sede provinciale di Roma. Nelle Case della salute si prevedono effettivamente inserimenti di medici di medicina generale ma, come spiega Bonetti, «sta prevalendo l'idea di riservarli ai medici già operativi, che impiegherebbero tre ore al giorno in queste aggregazioni territoriali, ma non farebbero altro che traslare il lavoro che già compiono nel proprio studio senza poter incidere sulla riduzione degli accessi ai dipartimenti di Pronto soccorso o nella gestione della cronicità». I giovani medici prefigurano invece un modello diverso e la possibilità di inserire neodiplomati in medicina generale nelle Case della salute con contratti a tempo pieno: si tratterebbe di «un modo innovativo di indirizzare le politiche sanitarie della Regione, in un momento storico in cui non può essere più il semplice criterio di anzianità lavorativa a condizionare le scelte del decisore, in particolare in un settore nel quale è necessario investire le poche risorse disponibili, al fine di soddisfare in maniera produttiva i bisogni di salute». Bonetti prefigura un approccio fondato sulla medicina di gruppo in cui i medici di medicina generale farebbero da ponte tra territorio e ospedale, con uno stipendio che potrebbe essere molto inferiore rispetto ai medici senior. Ma ovviamente l'istituzione di nuovi posti di lavoro a tempo pieno richiederebbe comunque un investimento e la consiglia Simg teme che sia proprio la carenza di risorse della Regione Lazio a far pendere la bilancia verso una decisione che penalizzerebbe non solo i giovani medici ma anche la tutela della salute della popolazione.

Bpco: per la diagnosi precoce basta una spirometria

L'opportunità di diagnosticare precocemente la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) viene spesso mancata, sia dai medici di medicina generale sia dagli specialisti. Che in altri termini vuol dire: le occasioni per fare diagnosi ci sono, ma nessuno le coglie, secondo quanto emerge da uno studio retrospettivo britannico pubblicato su *The Lancet Respiratory Medicine*. Dice **Rupert Jones**, ricercatore alla Plymouth University Peninsula School of Medicine and Dentistry di Plymouth, Regno Unito: «Una diagnosi precoce poteva essere fatta nell'85% dei casi, e questi numeri consistenti di pazienti mal diagnosticati e sotto diagnosticati sono motivo di grande preoccupazione. Data la sua natura progressiva, è importante che la Bpco venga scoperta il più presto possibile per avere la possibilità, con le opportune terapie, di ridurre il danno polmonare migliorando la qualità e l'aspettativa di vita» spiega **Jones**. I primi segni della malattia polmonare, come tosse, dispnea ed espettorazione frequente specie mattutina dovrebbero indurre gli opportuni accertamenti, prima fra tutti la spirometria. «Ma spesso i medici, e anche i pazienti, non riconoscono o sottovalutano il significato dei sintomi, e la necessaria spirometria non viene prescritta».

«Il Ministero britannico della Sanità stima che circa 2,2 milioni di persone siano attualmente sottodiagnosticate nel Regno Unito, e che una diagnosi precoce e una tempestiva terapia potrebbero far risparmiare al servizio sanitario oltre 1 miliardo di sterline in 10 anni» riprende il ricercatore, che assieme ai colleghi ha utilizzato gli archivi informatici del General Practice database e dell'Optimum Patient Care Research per verificare se sarebbe stato possibile scoprire la BPCO durante precedenti visite di assistenza primaria o secondaria in 38.859 ultraquarantenni in cui la diagnosi della malattia era stata fatta tra il 1990 e il 2009. Ebbene, nei 5 anni prima della diagnosi ben l'85% dei pazienti aveva riferito almeno una volta sintomi respiratori al medico di famiglia o durante una visita specialistica, ma nessun esame diagnostico era stato prescritto. E **Chris van Weel**, professore di Primary Health Care Research presso l'Australian National University di Canberra, commenta in un editoriale: «La diagnosi precoce della BPCO richiede un'attenta valutazione dei segni e dei sintomi respiratori del paziente che, specie se è o è stato un fumatore, dovrebbe essere sempre sottoposto a una spirometria».

[The Lancet Respiratory Medicine, 2014.](#)