

UN PROGETTO SPERIMENTALE DI SPEDALIZZAZIONE TERRITORIALE

Pierclaudio Brasesco
Medico Generale - Genova

Le attuali politiche sanitarie dei paesi occidentali sono orientate al trasferimento di risorse umane e finanziarie dal "secondary care" al "Primary care" con lo scopo di realizzare un risparmio di spesa a fronte di una migliore qualità di cura. In quest'ottica si muove il progetto di Spedalizzazione territoriale che sarà attivato per un triennio dalla Regione Liguria sul territorio della AUSL 3 "genovese" su finanziamento speciale ministeriale. Il termine differisce da quello di ospedalizzazione domiciliare e da quello di assistenza domiciliare integrata perché si vuole sperimentare un modello organizzativo nuovo di rete assistenziale, composta da servizi pubblici sanitari e sociali, ma anche dal Terzo Settore e dal volontariato, dove il focus è dato dall'utente e dal suo nucleo familiare. Si rende quindi necessario riconvertire l'attività ospedaliera di base (medicina) in attività territoriali ove si svolgano le funzioni ospedaliere improprie a minor costo e con maggior soddisfazione dell'utente, anche in fase di acuzie. La spedalizzazione territoriale richiede una specifica architettura organizzativa che valorizza cinque soggetti fondamentali:

l'anziano e il gruppo familiare

il Medico Generale

i servizi geriatrici, infermieristici e riabilitativi della AUSL

i servizi socioassistenziali del comune dell'ambito territoriale dell'AUSL

la rete di attività socio sanitarie e di solidarietà sociale del territorio

Occorre inoltre che si stabilisca una sinergia tra i vari livelli di assistenza sanitaria offerti dal SSR (vedi Tabella 1)

Premessa fondamentale a questa architettura organizzativa è lo sviluppo di alcuni processi:

elevata collaborazione tra servizi ospedalieri e assistenziali domiciliari, in particolare con il Medico Generale, attraverso l'uso degli strumenti della valutazione multidimensionale;

facilitazione all'utilizzo di attività diagnostiche e laboratoristiche e pronto soccorso per i pz. in S.T.;

capacità di lavorare in gruppo tra operatori dell'area sanitaria e dell'area socioassistenziale, misurandosi su progetti scritti e sulla valutazione del "caso";

capacità di osservare e registrare le azioni per la loro analisi e riproducibilità;

privilegiare la soddisfazione dell'anziano;

sostenere il nucleo familiare;

Di conseguenza gli obiettivi del progetto possono essere così riassunti:

1. ottenere una riduzione significativa e programmata dei ricoveri (specie inappropriati), delle giornate di degenza e dei ricoveri in R.S.A.
2. agevolare la permanenza a domicilio dei sogg. non auto sufficienti in stato di "acuzie", sostenendo le cure del Medico Generale

3. creare un organismo di Distretto che attraverso il Medico Generale comunichi in maniera stabile con strutt. Osp. e di P.S.
4. prevedere per i pz.in S.T. corsie preferenziali per le prestazioni specialistiche e in D.H.
5. comparare il trattamento osp. tradizionale al trattam. domiciliare in termini di efficacia, efficienza e adeguatezza e qualità tecnico scientifica, identificando delle patologie bersaglio e definendone il costo medio.

Per un migliore inquadramento del progetto si propongono alcune tabelle relative ai dati demografici e assistenziali (Tab. 2) e alla localizzazione dell'intervento (Tab.3)

Le attività assistenziali sono affidate a tre équipes professionali: una di composizione ospedaliera e due di afferenza territoriale, (articolate come da Tab. 2).

Le attività si inseriscono nella rete di servizi esistente: è quindi previsto un collegamento tra le attività della S.T: e le attività di ADI, RSA, CAD e R.P.

È stata poi elaborata un'ipotesi gestionale sulla base di due modelli operativi predisposti alla realizzazione delle cure domiciliari: a) modello di derivazione ospedaliera b) modello di derivazione territoriale

Alle Tab. 4 e 5 si evidenziano gli organismi di gestione e quelli operativi.

L'accesso al servizio è un momento fondamentale per la presa in carico dell'anziano; prevede un'prima valutazione del soggetto e un "inquadramento formale" del richiedente assistenza;

segnalazione telefonica :può essere effettuata dal reparto ospedaliero, dal Medico Generale, dagli operatori del Nucleo Anziani e/o del Distretto;

segnalazione scritta: effettuabile dai soggetti individuati sopra.

La valutazione del caso viene effettuata attraverso la visita presso la struttura ospedaliera o presso il domicilio, unitamente al Medico Generale, al Geriatra di zona e all'infermiere oltre all'ass. sociale, dopodiché viene predisposto un progetto personalizzato di cura da parte dell'UVG.

La presa in carico avviene entro 24/36 ore dalla valutazione, ed avviene per i soggetti portatori di una o più delle seguenti patologie:

1. esiti di episodi CV acuti
2. fratture ed esiti di altri interventi ortopedici
3. esiti di patol. Chirurgiche
4. mal. acute temporaneamente invalidanti
5. riacutizzazione di pat. Croniche
6. malattie terminali

È condizione che facilita l'accesso la polipatologia la cessazione della spedializzazione territoriale è determinata da:

guarigione / decesso

minor intensità di bisogno e presa in carico ADI

solo bisogni socioassist. (AD)

ricovero in RSA o RP per impossibilità a rimanere a dom.

ricovero osped. per aggravamento

Per quanto attiene al ruolo specifico del Medico Generale:

La responsabilità del programma di cura e il piano di intervento fa carico (interamente) al Medico Generale (all'interno dell'UVG), il quale è responsabile delle risorse impiegate direttamente, svolge

L attività di assistenza medica domiciliare per quanto consentito dai supporti tecnologici disponibili e dalle condizioni operative, propone l attivazione dell assist. specialistica quando la ritiene necessaria, coordina l attività degli I.P. e dei T.d.R. eventualmente coinvolti nell assistenza.

Quanto ai compiti del Medico Generale, possono essere così sintetizzati:

inoltre la richiesta di S.T.

raccoglie dati utili alla valutazione multidimensionale

partecipa alle riunioni di verifica e valutazione intermedie e finali

è reponsabile del piano assistenziale e sanitario concordato

coordina e attiva le varie figure professionali coinvolte nell ADI compresi gli specialisti

richiede il materiale necessario per medicazioni e altri ausili

redige la cartella del paziente secondo le modalità fissate dal piano assistenziale

attiva processi di VRQ dei piani assistenziali

funge da responsabile terapeutico garantendo la disponibilità ai sensi del DPR 484/96 dalle ore 8 alle 20 in tutti i giorni non festivi e dalle 8 alle 10 il Sabato e i prefestivi.

Aspetti operativi legati alla spedializzazione territoriale (st)

Assistenza farmaceutica

L erogazione di tutti i farmaci utilizzati in ST avviene tramite le farmacie ospedaliere della U.S.L. n. 3 o la farmacia dell Osp. Galliera, previa prescrizione del farmaco su ricettario regionale da parte del Medico Generale.

Quanto sopra si applica anche a particolari categorie di farmaci

Ossigenoterapia con ossigeno liquido;

Farmaci antitumorali,

Farmaci per terapia del dolore;

Farmaci in fascía H (compreso il materiale per nutrizione parenterale)

le modalità sopra descritte acquistano particolare significato in quanto saranno oggetto di una specifica comparazione tra la

spesa Farmaceutica in Spedializzazione Territoriale e quella in regime di assistenza ospedaliera

Assistenza integrata

Materiale sanitario

Verrà fornito al paziente, su indicazione del Medico Generale, dall operatore di riferimento.

di medicazione e nutrizionale

L erogazione avviene tramite le farmacie della U.S.L. n. 3 e dell Ospedale Galliera.

Protesi, presidi e ausili La U. S. L. n. 3 ha stipulato una convenzione con un Associazione per la pronta disponibilità dei

presidi (anche per gli assistiti che fanno capo all osp. Galliera)

Diagnostica e specialistica

Prelevi ematici

Su prescrizione dei Medico Generale, l'infermiere professionale procederà all'effettuazione tempestiva dei prelievi e al suo Invio al laboratorio dell'ospedale di zona coinvolto nella ST.

Parimenti il suddetto operatore provvederà al ritiro dei referti nei tempi richiesti dall'urgenza.

Diagnostica strumentale

Su prescrizione dei Medico Generale, l'operatore di riferimento provvederà ad attivare, con l'ospedale di zona coinvolto nella

ST, l'effettuazione della prestazione.

Consulenze specialistiche

Sono attivate con la stessa procedura prevista per la diagnostica strumentale. Per l'effettuazione delle visite specialistiche domiciliari è prevista la creazione di un percorso preferenziale con l'ospedale di riferimento

nel caso in cui il paziente necessiti di più prestazioni, o di prestazioni complesse (es.: prelievi ematici, diagnostica strumentale di vario tipo, consulenze specialistiche), il paziente verrà inviato presso l'ospedale di zona coinvolto nella st per un day hospital o per un breve ricovero

Adesione del paziente alla S.T.

Viene recepita dalla U.S.L. tramite la visita della U.V.G. che chiederà al paziente (o ai suoi famigliari) un consenso al programma assistenziale

Disponibilità del Medico Generale

Il Medico Generale deve garantire la propria disponibilità effettuare, oltre a quelle previste dal programma assistenziale individuale, anche visite che rivestano carattere d'urgenza. A questo ultimo il Medico Generale dovrà rispondere il più presto possibile (almeno entro 3 ore), fatto salve le fasce orarie coperte dal Servizio di Continuità Assistenziale.

Si sottolinea comunque che la disponibilità del Medico Generale si articola, ai sensi del D.P. R n. 484/96, in tutti i giorni non festivi, dalle ore 8 alle ore 20: il Sabato e i giorni prefestivi, dalle ore 8 alle ore 10

Operatore di riferimento

È l'operatore che l'UVG individua nominativamente per ciascun paziente. Funge da referente per il paziente, per il Medico Generale e l'Ospedale, e ne garantisce i collegamenti

Considerazioni sui primi tre mesi di realizzazione della sperimentazione

Premessa

Il progetto sperimentale di spedializzazione territoriale è stato seguito fin dall'inizio dalla SIMG con

una delega ad hoc, poiché eravamo consci dell'importanza della sfida:

riconoscimento da parte del Ministero della Sanità e della Regione Liguria della funzione sempre più importante dei servizi sanitari territoriali e in particolare del ruolo che in essi ricopre il Medico di Famiglia, in modo concreto e non solo per dichiarazioni di principio;

verifica sul campo delle potenzialità dei "nostri" medici di famiglia, cioè della risposta che essi possono/vogliono dare a proposte di questo tipo;

occasione di sviluppo delle proprie capacità professionali, attraverso un'esperienza che è clinica ma anche di formazione.

Anche per questi motivi abbiamo insistito perché al tavolo del Comitato di Regia Politico Istituzionale e di quello Tecnico Scientifico del Progetto sedesse, accanto ad un delegato FIMMG, anche un delegato SIMG: tra l'altro non è stato facile far capire ai nostri amministratori che la SIMG ha una sua autonomia e un suo ruolo specifico tra i Medici Generali, differenti da quelli sindacali, e che pertanto tale ruolo doveva essere riconosciuto ufficialmente (ma è peraltro vero che anche tra i medici di famiglia esiste talvolta questa confusione tra le due sigle).

Quanto all'elaborazione del progetto, il lavoro del Comitato di regia è durato oltre un anno fra le difficoltà più varie dovute anche all'interazione delle diverse realtà coinvolte in un progetto nato per essere multidisciplinare: Università, Aziende ospedaliere, Azienda Usl 3, Comune di Genova, Medici di famiglia, Infermieri professionali e Assistenti sanitari Funzionari regionali e ministeriali, Sindacati e Associazioni di volontariato.

Quale è stato il ruolo della Simg in questa fase? Come società scientifica abbiamo un obiettivo, tra gli altri: aiutare i Medici Generali a realizzare interamente le loro potenzialità offrendo loro strumenti di formazione affinché la medicina di famiglia possa dare un contributo insostituibile per la promozione ed il miglioramento della salute dei cittadini: abbiamo perciò contribuito, a mano a mano che il progetto prendeva forma a sottolineare la centralità della figura del Medico Generale che di ogni paziente è il primo responsabile e che questa responsabilità (da noi Medici Generali esercitata non da oggi) deve essere riconosciuta nel modo consono; abbiamo proposto la realizzazione di un percorso di formazione dei medici di famiglia sulle problematiche cliniche inerenti la Spedalizzazione territoriale, abbiamo contribuito in modo determinante, in collaborazione con le Associazioni Culturali Territoriali dei Medici Generali al coinvolgimento degli stessi, anche attraverso la realizzazione di tre seminari informativi tenutisi nel novembre 1998.

Ci attende ora un lavoro di progettazione e realizzazione di interventi di aggiornamento e formazione clinica in collaborazione con la SIGG (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia) su temi che gli stessi Medici Generali coinvolti saranno chiamati ad indicare.

La managed care

Rientra nella MISSION della SIMG la responsabilità primaria di assistenza e monitoraggio dei soggetti anziani e disabili; e pertanto da anni si dibatte sulle strategie di management per una assistenza sanitaria integrata: la Managed Care altro non è che un piano strutturato di assistenza sanitaria con almeno cinque obiettivi principali (T.Johannessen SIMG 1,1998):

1. Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria
2. Ridurre i costi o contenere l'aumento delle spese sanitarie

3. Valutare malesseri e malattie
 4. Sviluppare procedure standardizzate per la loro gestione
 5. Creare una "shared health care", ovvero un sistema dove medici ospedalieri, medici di famiglia ed altre figure sanitarie ed eventualmente socio assistenziali collaborano per integrarsi l'uno con l'altro
- Il disease management prevede, per il paziente e per la sua malattia un processo piuttosto che interventi separati, episodici, frammentari di strutture e/o operatori sanitari; consente quindi di raggiungere alcuni obiettivi:

1. Valutazione economica dell'intero processo di cura
2. Sviluppo di linee guida per l'erogazione di cure efficaci ed efficienti
3. Nuove opportunità di integrazione (tra strutture del SSN, volontariato, industria, ecc.)

In estrema sintesi il disease management prevede le seguenti fasi:

1. Fissare obiettivi di cura
2. Definire le risorse necessarie
3. Analizzare le risorse disponibili per la condizione clinica
4. Elaborare linee guida specifiche
5. Identificare il contributo di ciascuna componente del Servizio Sanitario
6. Analizzare i risultati
7. Modificare il processo iniziale, se necessario

Managed care e spedializzazione territoriale

Il progetto di spedializzazione territoriale rientra, a nostro parere, pienamente nella definizione sopra data di Managed care, anzi costituisce una esperienza avanzata di Managed Care, poiché fa riferimento al modello organizzativo della Rete Assistenziale, che prevede una specifica Architettura Organizzativa, lo sviluppo di una sinergia tra i vari livelli di assistenza sanitaria, e di alcuni processi di elevata collaborazione tra servizi ospedalieri e Medici Generali, tra operatori dell'area sanitaria e dell'area socio assistenziale.

Bilancio dei primi tre mesi

Tipologia delle diagnosi cliniche:

1. Sindromi da immobilizzazione (L.d.D., Incont. Urin.)
2. Patologia cerebrovascolare (ictus c.)
3. Patologia dismetabolica (diabete, cirrosi ep., ins. Renale)
4. Patologia ortopedica (fratture)
5. Patologia neoplastica
6. Demenze
7. Arteriopatie periferiche
8. BPCO
9. Cardiopatie (Scompenso c.)

Formazione

È prevista in corso di sperimentazione.

È rivolta ai medici di famiglia, anche se sarebbe auspicabile realizzare un progetto rivolto a tutte le figure professionali sanitarie coinvolte nella sperimentazione.

La metodica è quella dell'apprendimento attivo con un massimo di 40 persone ad incontro, gestiti da animatori di formazione e docenti specialisti.

La scelta dei temi si basa su un'indagine preliminare svolta tra i Medici generali aderenti alla sperimentazione e sui dati emersi nel primo trimestre di sperimentazione.

I primi due corsi, che si svolgeranno nel corso del 1999, avranno come tema: 1. Prevenzione e cura delle lesioni da decubito (e della sindrome da immobilizzazione); 2. Diagnosi e trattamento dell'incontinenza urinaria.

La sperimentazione è stata avviata su tre aree territoriali del Comune di Genova e i dati delle rispettive aree al 30.3.1999 sono i seguenti:

Medici di Famiglia che hanno aderito al progetto:

148 su 520 Medici Generali dell'area metropolitana della AUSL 3

Medici di famiglia attivati:

54 nelle tre zone previste dalla sperimentazione

Pazienti presi in carico:

126 (su 187 segnalazioni)

Provenienza delle segnalazioni:

Medici Generali: 90

Ospedale: 44

Altri: 53

Numero di visite domiciliari svolte dai medici di famiglia:

976 (mediamente 18 visite a medico nell'arco di 14 settimane)

Numero di visite Specialistiche Domiciliari:

42 (mediamente 3 visite specialistiche a settimana)

Prospettive future

1. Alla luce di questa pur breve esperienza appare auspicabile l'allargamento della Spedializzazione Territoriale ad altre aree della città, sia per ragioni di equità dei servizi nei confronti dei cittadini di uno stesso comune, sia per consentire il raggiungimento degli obiettivi di riduzione dei ricoveri ospedalieri, delle giornate di degenza e dei ricoveri in R.S.A.

2. Nell'ambito della verifica degli obiettivi del progetto, occorre poi attivare le procedure per la comparazione tra il trattamento ospedaliero e quello domiciliare in termini di efficacia, efficienza, adeguatezza e qualità tecnico scientifica (fase non ancora realizzata)

A tal fine sarebbe utile incominciare a definire un monitoraggio del "risparmio" in giornate di degenza ospedaliera, anche attraverso il confronto pesato tra DRG ospedaliero e costo giornaliero medio della ST, oltre alla già citata verifica della riduzione dei ricoveri incongrui e dell'aumento delle dimissioni precoci.

Occorre peraltro rilevare che tali verifiche costituiscono, se positive, la premessa per consentire il riconoscimento di un maggior peso economico del settore territoriale attraverso due ipotesi possibili: conversione di fondi dall'ospedale al territorio o spostamento di risorse umane dell'ospedale

dall'ospedale al territorio

3. Alla SIMG in particolare, e in collaborazione con le Associazioni Culturali Territoriali dei Medici Generali, spetterà la realizzazione dei corsi di formazione e aggiornamento specifici e di eventuali linee guida condivise, tenendo conto delle richieste espresse dai Medici Generali che hanno partecipato alle serate di avvio del progetto e delle tipologie dei pazienti che sono stati arruolati nella ST.

4. Appare infine necessaria al fine di una migliore funzionalità del sistema della ST, la realizzazione in tempi brevi dei Distretti, mai realizzati nella provincia di Genova.

Tabella 1

Livelli di assistenza specialistica fornita attualmente dal S.S.R. agli anziani

1
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

2
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

4
Spedalizzazione territoriale (ST)

3
Ospedale

presa in carico dell'anziano per prestazioni di xxxxx generale, geriatria e altre specialità, prestazioni infermieristiche e di riabilitazione

aiuto domestico-familiare => Comune

- controllo medico-generico e specialistico
- nursing infermieristico professionale
- terapia fisica e prestazioni riabilitative di fisiokinesiterapia o logopedia
- terapia occupazionale
- nursing tutelare
- socializzazione
- assistenza alberghiera

- Cura e terapia medica generale e specialistica
- assistenza infermieristica
- nursing tutelare
- prestazioni diagnostiche e di laboratorio

Il modello organizzativo attuale fornisce in grande prevalenza i livelli di assistenza 1-2-3.

Il progetto propone di avviare sperimentalmente una nuova organizzazione che attraverso la sinergia ospedale-territorio fornisca anche il livello di assistenza 4

Tabella 2

Quadro demografico Imperia Savona Genova La Spezia

	USL 1	USL 2	USL 3	USL 4	USL 6
Popolazione totale	217.058	262.080	781.125	149.678	220.584
Popolazione >65 anni	51.170	69.980	196.150	36.970	54.500
Ipotesi di non autosuf. totali e parziali da assistere	4.606	5.298	16.933	3.507	4.905
Distribuzione posti in residenzialità sanitaria assistenziale (RSA)	200	370	1.329	60	41
Distribuzione posti in residenzialità socio sanitaria	335	261	1.391	170	362
Distribuzione casi ADI	992	1.362	3.649	823	1.089
Personale ADI	54	71	197	37	56
Numero ricoveri area funzionale medicina anno 1996	8.661	12.358	25.070	4.375	6.024

Equipe territoriale Il nucleo fisso dell U.V.G. composto dal Geriatra di zona delegato dal Responsabile N.O. Anziani ASL 3 e da un Assistente sociale di nomina dell Ente Locale:

Specialista Geriatra a tempo pieno, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione OTA.

Il personale medico e infermieristico afferisce al Nucleo Anziani dell ASL 3.

È stato inoltre individuato un reparto di Medicina Generale nei presidi ospedalieri del Ponente (Osp. di Voltri) e nei presidi della Valpolcevera (Osp. Gallino) al fine di assicurare l'esecuzione di esami urgenti, day hospital e/o brevi appoggi programmati in degenza.

L attività specialistica è affidata a personale medico dei suddetti presidi ospedalieri.

Sono fatti salvi i ricoveri di emergenza che seguono la prassi "usuale"

Equipe Ospedaliera (Galliera) Nucleo fisso dell U.V.G. composto da Specialista geriatra delegato dal Primario del reparto di Geriatria dell Ospedale Galliera e da un Assistente sociale di nomina dall Ente Locale.

Il personale medico e infermieristico afferisce al reparto di Geriatria ed il reparto stesso assicura l esecuzione di esami urgenti, day-hospital e/o brevi appoggi programmati in degenza per tutti gli utenti della zona di competenza. L attività specialistica è affidata al personale medico dell Ospedale Galliera. Sono fatti salvi i ricoveri di emergenza che seguono la prassi "usuale"

Tabella 3

Localizzazione dell intervento

Si riporta la pianimetria delle USL Liguri precisando che l intervento viene inizialmente attivato in tre zone ambiti, all interno dell area territoriale dell Azienda Sanitaria 3 (zone contrassegnate con il colore rosso) il primo anno prev ede 521 utenti

Vengono scelti per la sperimentazione, inizialmente, per quanto attiene l area della AUSL 3

Zona ponente Ambiti Popolazione residenziale >66 anni

Voltri 1.392

Pra 2.036

Pegli 2.893

Sestri 4.833

Cornigliano 1.326

Totale 12.482

Zona valpolcevera Ambiti Popolazione residenziale >66 anni

Sampierdarena 4.472

Certosa Rivarolo 3.043

Bolzaneto 1.361

Pontedecimo 1.244

Totale 10.140

Zona centro Ambiti Popolazione residenziale >66 anni

Pre Molo Maddalena 1.659

Oregina Legaccio 2.571

S. Teodoro 2.178

Tabella 4

Organismi di gestione del progetto

Organismi di governo e scientifici

=gruppi che governano il Progetto Comitato di regia Politico istituzionale.

Le sedi istituzionali (Regione, Comune, Università, USL, Aziende Ospedaliere) del Comitato di regia esprimono una rappresentanza tecnica composta da loro esperti, esperti Residenza del Consiglio, Ministero Affari Sociali e Sanità e rappresentante Medici Generali.

La rappresentanza tecnica è denominata coordinamento tecnico-scientifico.

Il Coordinamento scientifico elabora protocolli per le intese tra UVG ospedaliere e territoriali, per la verifica degli esiti e delle qualità, elabora la documentazione sui casi, si avvale anche di referenti per l'assistenza infermieristica, tutelare, riabilitazione, e attività sociali

Tabella 5

Organismi operativi

Per ciascuna zona è individuato un punto di accesso e di gestione tecnico-funzionale delle attività, che ha le seguenti caratteristiche:

- dotazione telefonica (numero verde) e Fax, in cui afferiscono segnalazioni dall'ospedale, dai Medici Generali, da altri soggetti (es.: nucleo familiare, servizi sociali dei Comuni, Organismi sociali e di volontariato);

- riferimento per attivare gli specialisti;

- predisposizione delle condizioni per esami a domicilio o particolari trattamenti richiedenti attrezzature (es.: esami RX);

- predisposizione delle collaborazioni con Centri e Terapia del dolore;

- facilitazione degli accessi con pronto soccorso e reparti ospedalieri per i posti "programmati" (breve ricoveri funzionali alla S.T.);

- dotazione di una "scorta" di materiale sanitario e di medicazione e di ausili per la fornitura a domicilio e si avvale, per la consegna e la distribuzione, di sedi decentrate già operanti;

- conservazione e riordino della documentazione relativa a ciascun caso;

- predisporre le riunioni per il Gruppo di gestione;

Box

L'Associazione Medici per l'Ambiente (Isde-Italia), è nata nel 1989 per promuovere e organizzare iniziative finalizzate alla promozione ambientale. Gli iscritti sono oltre 6.000, dei quali 2/3 sono Medici di famiglia.

L'Isde-Italia si propone tra l'altro di valorizzare il ruolo di interfaccia che il Medico Generale può svolgere tra il mondo degli operatori della salute ed i propri pazienti, per una corretta diffusione delle conoscenze relative ai problemi della salute legati all'ambiente.

In questo contesto si inserisce la nostra iniziativa di promuovere un progetto di sensibilizzazione del Medico Generale e di informazione per i pazienti su tema: "Inquinamento atmosferico e salute". Per questo abbiamo chiesto ed ottenuto il patrocinio della SIMG e di varie istituzioni e la collaborazione di una azienda farmaceutica: Astra, particolarmente attenta a queste problematiche.

Gli argomenti scelti e le metodiche proposte sono il risultato di un ampio sondaggio e di alcuni incontri con i Medici Generali dai quali è scaturito il grande interesse rispetto alle problematiche ambientali e l'attuale livello di conoscenza non del tutto soddisfacente.

Quello che proponiamo è la partecipazione ad un vero e proprio corso di aggiornamento al termine del quale ciascuno di noi potrà assolvere, forse la meglio, al proprio ruolo di referente più autorevole per l'informazione e l'educazione dei propri pazienti.

Per aderire all'iniziativa è sufficiente inviare compilato il coupon che troverete a fondo pagina. Vi faremo avere in tempi stretti e gratuitamente il materiale appositamente preparato. Saranno molto gradite tutte le osservazioni e i suggerimenti che potranno in qualche modo migliorare l'iniziativa.

Roberto Romizi
Presidente Sezione SIMG di Arezzo
Presidente Associazione Medici per l'Ambiente Isde-Italia

Nome.....
Cognome.....
indirizzo.....

Ritagliare, compilare e spedire a
Associazione Medici per l'Ambiente Isde-Italia Via della Fioraia, 17/19 - 52100 Arezzo - Fax 0575-28676 -

e-mail: isde@ats.it

