

Governo clinico nelle catastrofi SIMG Abruzzo: proposta per una discussione

L. Zinni

Collaborazione del Gruppo di Studio e del Direttivo Regionale SIMG Abruzzo: G. Salladini, G. Ianiro, G. Gentile, A.K. Rieve, A. Di Fulvio, C.F. Marulli, L. Lippa, B. Bernardino, R. Pulsoni, L. Giacci, G. Salvio, R. Seller, F. Gioia

“Quando la catastrofe è accaduta non è tanto importante sapere cosa è stato a causarla. È essenziale sapere cosa fare e farlo con la più grande umanità”

(Personale interpretazione dal libro “The road” di Cormac McCarthy, Premio Pulitzer 2007)

Premessa

Il sisma abruzzese del 6 aprile 2009 ha posto all'attenzione della Medicina Generale una serie di esigenze e difficoltà che sono state affrontate con grande coraggio e dedizione da parte dei professionisti nei confronti della popolazione colpita. La collaborazione e la condivisione è stata ampia in tutta la Regione fra i medici di medicina generale (MMG) e si è avvalsa anche di quella dei medici delle Regioni limitrofe, realizzando un intervento che, seppur necessariamente improvvisato per la contingenza, ha sortito effetti molto positivi presso la popolazione colpita, sia nelle sedi del sisma sia a grande distanza da esse (popolazione sfollata sulla costa). Si sono rivelate molto efficaci le reti di MMG variamente organizzate, ma in particolare quelle che lavorano in una sede fisica comune, e che però hanno dovuto affrontare un carico di lavoro insolitamente gravoso e prolungato nel tempo, a volte inventando un'organizzazione lì e allora senza che vi fosse nulla di preordinato.

Siamo tutti, come cittadini e come medici, abituati a pensare all'emergenza sanitaria nelle catastrofi come ad un intervento che sia rapido ed efficace per correggere quelle acuzie di ferite alla salute privata e pubblica che necessariamente si producono con una catastrofe, sia essa naturale, sia essa di altra natura. Eppure vi è nelle popolazioni colpite da un disastro un altro bisogno di salute che resta sottotraccia, che non viene portato alla luce, anche se quel bisogno viene soddisfatto attraverso l'opera volontaria e nascosta di molti. Dove sono, infatti, i diabetici, gli ipertesi, i bronchitici cronici in una

catastrofe? Quali strade prendono le comuni patologie dalle quali erano affetti prima della catastrofe i pazienti? Che spazio hanno quelle patologie cosiddette “minori” e che pure affollano gli studi medici in tempi normali? Tutte le patologie, dalle più semplici e frequenti, a quelle più complesse e croniche, che portano i pazienti a recarsi presso lo studio del proprio medico curante nei giorni normali prima che la catastrofe accada si risolvono forse magicamente una volta che un terremoto, ad esempio, sconvolga la vita di un individuo e di una popolazione? Sappiamo che non è così e che occorre farsi carico anche di questi problemi e che anch'essi assumono aspetti particolari in tempi di eventi così terribili. A queste domande si è cercato di dare una risposta in questo lavoro.

Il contesto

Il terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito l'Aquila e il suo territorio ha riproposto problemi alla società italiana tutta, oltre che alla popolazione locale e alle sue istituzioni. Non è questa la sede per esaminare gli aspetti di problemi emergenziali che si ripropongono cronicamente in Italia pur con diversità e indubitabili miglioramenti rispetto ad esperienze passate con diverso impatto quali-quantitativo alle stesse o in diverse latitudini.

In questa occasione la Medicina Generale ha dovuto giocare un ruolo nuovo che, in forma organizzata, forse, non le era ancora toccato svolgere. Cioè essa ha dovuto assicurare assistenza per un lungo periodo di tempo ad un numero impressionante di pazienti, improvvisamente privi dei consueti riferimenti, a cominciare dal consolidato rapporto con il proprio medico di famiglia, egli stesso ferito dal medesimo sisma. Le patologie comuni, non urgenti eppure non differibili, sono state aggravate dalla congiuntura del sisma, in aggiunta agli evidenti problemi sanitari urgenti dell'emergenza pura, dove i servizi integrati sanitari della Protezione Civile hanno svolto un lavoro assolutamente egregio.

In sostanza alla Medicina Generale Abruzzese è toccato sperimentare ex novo un modello assistenziale alla popolazione col-

Le parti relative alla ipotesi di struttura dell'UTAP-E e tutte le illustrazioni riportate in figura nel presente lavoro sono dovute alla gentile concessione della prof.ssa Domizia Mandolesi e dell'arch. Pina Colamarino.

TABELLA I
Struttura nazionale permanente della
Medicina Generale per le catastrofi.

Area Specifica del Governo Clinico nelle Emergenze
• Studio, ricerca e formazione
Una Task Force Nazionale
• Sempre disponibile e con articolazioni Regionali
Una o più UTAP-E (Unità Territoriale per l'Assistenza Primaria nelle Emergenze)
• Individuata come l' <i>Unità Operativa sul campo</i>
• Ha una struttura operativa modulare
• I moduli si attivano secondo la gravità del disastro e secondo le richieste della Protezione Civile

pita e questo è avvenuto tra le tende, i vagoni ferroviari, le case ancora in piedi e gli alberghi (in genere sulla costa adriatica e cioè a grande distanza dal territorio aquilano) dove i MMG in forma organizzata quanto improvvisata, si sono prodigati e hanno fornito la propria opera integrandosi per quanto possibile all'interno del sistema della Protezione Civile, ma rimanendone comunque irrimediabilmente al di fuori, poiché non precedentemente strutturata la Medicina Generale all'interno di tale sistema.

Riferimenti culturali e analisi dei bisogni

Occasioni drammatiche come le maxi emergenze a seguito di catastrofi naturali comportano una cesura nella vita degli individui, delle famiglie e delle popolazioni colpite che segnano indelebilmente un prima e un dopo. Per sempre.

Al di là delle necessità emergenziali e urgenti delle prime ore e dei primi giorni tutti gli osservatori concordano nel ritenere che il bisogno che progressivamente si fa strada nelle popolazioni colpite è quello di normalità. Questo bisogno si traduce nel tentativo, spesso frustrante, di tornare ad uno *status quo ante* forse mai più raggiungibile. Si pensi semplicemente ai lutti che una catastrofe può aver comportato, o a invalidità o semplicemente alla perdita definitiva di cose e di case. Ecco: il senso di perdita e la necessità di recuperare tale perdita sono i limiti entro i quali si gioca una partita che vede l'intervento di molte discipline e di molte competenze.

All'interno della catastrofe tuttavia non c'è solo il cittadino *tout court*. C'è anche il malato. In tempi normali nella società civile la figura del malato, del paziente, ha una sua connotazione specifica, e dei suoi bisogni si fa carico la società attraverso una serie di misure socio-assistenziali che fanno perno sul MMG. Eppure, in tanti anni di calamità naturali (alluvioni, esondazioni, terremoti, frane, nubi tossiche, con conseguenti sfollamenti a vario titolo e natura) *in Italia, con un Sistema Sanitario Nazionale che pure ha uno spirito di eccellenza, con una Protezione Civile che ha raggiunto livelli di efficienza e di efficacia encomiabili, la Medicina Generale non è ancora strutturata per un intervento organizzato nelle catastrofi stesse. Non è previsto in nessun piano per le emergenze il ruolo attivo e organizzato del MMG.*

Eppure, il bisogno di normalità che è necessità per tutti, per il malato diventa l'elemento primo, il più potente, poiché non c'è nulla che sia così necessario come avere *qualcuno che si prenda cura* di una persona quando ha bisogno. E il malato è la persona che ha più bisogno. Egli è, infatti, nella società ed in tempi normali il soggetto che ha subito un *vulnus*. Nella catastrofe tutti coloro che ne sono colpiti hanno subito un evidente *vulnus*, ma il malato era già ferito e quindi nella catastrofe è oggetto di un *vulnus* ancora più grande. La certezza per lui di avere qualcuno che si prenda cura della sua salute diventa un bisogno assoluto, essenziale. Diventa di primaria importanza, *non appena siano trascorsi i primi giorni dall'evento catastrofico*. I supporti psicologici necessari sono attualmente presenti e probabilmente efficaci ma sono, appunto, supporti. Occorre una gestione della parte clinica della malattia e la Medicina Generale ha le competenze e la capacità di esercitare (come peraltro già accade in condizioni e luoghi di assoluta normalità) tutta la sua funzione di Governance all'interno di un intervento della Protezione Civile verso gli individui e le popolazioni colpite. E questo intervento, si sottolinea ancora, è rivolto verso quei *bisogni non urgenti* (nel senso che non mettono in pericolo immediato la vita del paziente) ma pure *non differibili né demandabili ad altre figure mediche* pure già operanti all'interno del sistema di Protezione Civile.

È necessario uno sforzo per un pensiero originale che possa perseguire e realizzare un obiettivo così ambizioso. Fino ad oggi infatti tutti gli sforzi si sono appuntati sull'intervento medico urgente e sull'aspetto "Ospedaliero" del malato nelle tendopoli e tra gli sfollati, riflettendo peraltro una distorsione già esistente nella società al di fuori dei disastri.

Una nuova organizzazione

Per fare questo è necessaria un'organizzazione capace di avere attenzione per gli aspetti di natura politica che tale modello comporta e capace altresì di avere le competenze all'uopo formate e periodicamente aggiornate con *stage* e con materiali individuati come idonei.

La SIMG ha la competenza, le figure idonee, l'elaborazione culturale necessaria, l'esperienza formativa costruita in tanti anni, che possono consentirle di progettare, predisporre, realizzare e



TABELLA II
Task Force.

- Operatori volontari disponibili in elenco nazionale:
 - MMG
 - infermieri
 - amministrativi
- Personale già operante nell'Assistenza Primaria e/o da organizzazioni di volontariato ONLUS
- Attiva e rende operativi i moduli di UTAP-E necessari
- Organizza i turni e il cambio di personale sul campo di crisi
- Tiene i rapporti istituzionali e organizzativi con la Protezione Civile durante la crisi

correggere, persino mentre opera, una struttura capace di tale intervento e capace al tempo stesso di relazionarsi integrandosi nel Sistema di Protezione Civile.

Ciò che qui si propone è la costituzione di un'Area Specifica di studio, ricerca e formazione per i MMG facenti richiesta e disponibili all'intervento in qualsiasi parte del territorio nazionale, in qualsiasi periodo dell'anno, o, persino, se ve ne fosse la necessità, anche in territorio estero (ma questo aspetto, molto particolare, esige approfondimenti di non poco conto dei quali si può e si dovrebbe discutere; ci sono zone e situazioni nel mondo che potrebbero utilmente avvalersi dell'opera di MMG italiani). Questa Area Specifica dovrà avere contatti diretti con la Protezione Civile Nazionale attraverso la quale è chiamata ad operare.

Il nocciolo della questione è infatti proprio questo: *rendere operativa la Medicina Generale all'interno del Sistema di Protezione Civile*. Realizzare un intervento non spontaneo, non sporadico, ma omogeneo, riproducibile e, soprattutto, integrato con tutte le componenti che operano all'interno della Protezione Civile.

Un'Area Specifica di "Governo Clinico" nelle catastrofi che contempra tra i suoi compiti:

- studio e ricerca innanzitutto. A partire da esperienze vissute dalle popolazioni e dai sistemi pubblici, nelle varie epoche e alle diverse latitudini, devono essere esaminate le migliori risposte possibili in termini di non peggioramento (in particolare per i disordini di tipo psichiatrico) e di miglioramento della salute della popolazione colpita, sia per quanto attiene alle patologie, sia per quanto attiene alle modalità di management di esse nella situazione particolare che si verrà a determinare;
- formazione per i MMG per prepararli in tempi normali ad un intervento in automatico dove tutto è programmato e preordinato, quando il disastro sia avvenuto;
- l'organizzazione di una *Task Force ESCLUSIVA della Medicina Generale* che nell'arco di 48-60 ore dall'evento (non, quindi nelle ore immediatamente successive ad esso, come accade per i soccorsi sanitari che già operano "all'interno" del Sistema di Protezione Civile) è in grado di recarsi ed essere operativa sul luogo del disastro.

Il numero complessivo dei componenti della Task Force deve essere tale da coprire turni h24 per un numero di sfollati pari a 5000 persone e in grado di fornire un ricambio di personale ogni

settimana per le prime quattro settimane (e poi eventualmente a seguire, se non è ancora stato possibile ripristinare e formare l'operatività dei MMG locali in tutto o in gran parte).

Della Task Force fanno parte MMG, infermieri, collaboratori di studio già operanti nell'Assistenza Primaria, nonché personale volontario di Organizzazioni ONLUS che voglia farne parte e che dia la propria disponibilità attraverso contatti nazionali con l'Area Specifica.

La parte operativa sul campo del disastro di tale Task Force è l'*UTAP-E* (Unità Territoriale per l'Assistenza Primaria nelle Emergenze) che interviene ed è operativa alla 48^a-60^a ora. L'*UTAP-E* si attiva a moduli secondo i livelli di gravità dell'evento codificati dalla Protezione Civile e, quindi, secondo le richieste di essa.

I moduli sono innanzitutto *quantitativi* (numero di MMG, infermieri, amministrativi) e sono composti da 8 MMG; 2 infermieri; 2 collaboratori di studio. I moduli sono anche *qualitativi* secondo la tipologia di materiali e gli allestimenti da usare nelle varie situazioni e nei vari gradi di gravità del disastro).

Nelle settimane successive alla prima il numero dei MMG della Task Force operativa sul campo si andrà progressivamente riducendo a favore della *formazione sul campo dei MMG locali* che, restando i referenti principali per la salute degli individui colpiti, dovranno al più presto possibile riprendere la consueta attività e la naturale centralità nella gestione della salute dei propri pazienti. Questo aspetto della formazione sul campo dei MMG locali è essenziale ed è parte integrante di quel desiderio di ritorno alla normalità cui si faceva riferimento nella parte dedicata ai riferimenti culturali e all'analisi dei bisogni. È insomma necessario che anche il rapporto tra un paziente e il suo medico torni ad essere di tipo personale quanto prima e quanto più possibile vicino a quello di sempre. A tal fine anche l'organizzazione della Task Force vedrà di avere dei referenti Regionali al suo interno, in modo da favorire una rapida integrazione con il Sistema Sanitario Locale. È da considerare che l'*UTAP-E* dovrà avere un *asset* di tipo gerarchico per prendere le decisioni e per assumere responsabilità delle scelte. Le implicazioni che questo comporta per la tradizionale organizzazione della Medicina Generale non ci sfuggono. Tale tipologia di organizzazione è tuttavia necessaria. In sostanza si va verso una temporanea organizzazione molto più vicina ad un rapporto di lavoro di dipendenza, o, comunque di tipo gerarchico, rispetto ad un'organizzazione autonoma del professionista coinvolto. *Briefing* sul campo aiuteranno a condividere le decisioni la cui responsabilità ultima sarà tuttavia riconducibile ad un MMG responsabile di quella *UTAP-E* individuato già prima che il disastro si verifichi.

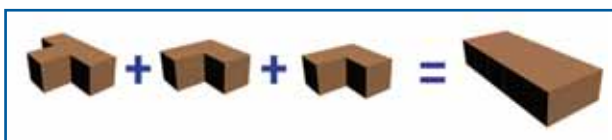
Il responsabile operativo sul campo dell'*UTAP-E* è quel MMG per quel determinato periodo di tempo durante il quale il personale dell'*UTAP-E* resta in attività per quell'evento ed è l'operatore che cambierà meno frequentemente durante tutta la permanenza della *UTAP-E*. L'*UTAP-E* opera in una struttura essenziale molto simile ad una Postazione Medica Avanzata di 2° livello ed è pertanto dotata di: Ingresso/Accettazione/Attesa dove si posizionerà un Collaboratore Amministrativo, come primo locale. Due sale di Medicheria/Osservazione/Diagnostica dove opererà l'infermiere di turno e il medico, e due sale per visita medica. Possiamo immaginare che tale struttura possa avere una pianta a "croce maltese", ma sono



possibili anche altre soluzioni che pure abbiamo esaminato. La strumentazione a disposizione è quella necessaria per una diagnostica di primo livello con un mini-laboratorio, ecografo, elettrocardiografo, ecodoppler, saturi metro, spirometro. Non si scende nel dettaglio della strumentazione che ovviamente comprende anche il bagaglio consueto della "buona borsa del medico".

Tale struttura funge da Unità Centrale di crisi per la Medicina Generale da posizionare a cura della Protezione Civile secondo i propri moduli di intervento e possibilmente nella parte dove si attesta la maggior concentrazione di popolazione che potrebbe trovarsi in campi di sfollamento diversamente allocati e diversamente realizzati (tendopoli, container, vagoni ferroviari, alberghi). Le caratteristiche di tale Unità si ispirano al modello della UTAP con assistenza h24 e con più aree di competenze ambulatoriali ma con una differenza formale e sostanziale che sia anche espressione della centralità del paziente rispetto alla sua malattia. Il paziente viene individuato e seguito per livelli di severità e complessità, e non per specializzazioni, della patologia dalla quale è affetto all'interno della UTAP-E (crediamo che la Medicina Generale possa giocare un grande ruolo in questo senso e possa aprire un grande dibattito culturale e scientifico sul tema. Non solo in caso di emergenze).

Non sono da escludere forme di Osservazione Breve all'interno della UTAP-E per patologie che richiedano un basso livello di intensità di cura e che riguardino alcune categorie di pazienti particolari (ad es. riacutizzazione di BPCO). Non potendosi escludere che vi sia necessità di intervento anche in più punti a grande distanza fra essi (come in effetti è stato per il sisma recente con necessità di assistenza nelle tende, vicino alle case crollate, e negli alberghi sulla costa), l'UTAP-E si occupa di gestire, organizzare il personale e gli interventi su tutti i punti di sfollamento con propri mezzi (Unità Ambulatoriale Mobile) ma comunque all'interno della struttura operativa della Protezione Civile in piena coordinazione con essa. Nell'UTAP-E, come abbiamo detto, opera esclusivamente la parte del personale della Task Force Nazionale individuata e selezionata per quella emergenza.



La formazione specifica dei MMG operanti all'interno di tale Task Force avviene a livello regionale ma attraverso un coordinamento nazionale dell'Area Specifica. È nel momento del bisogno che deve essere individuato il referente regionale della Task Force per integrare e rapidamente integrarsi con le strutture regionali e locali di riferimento per favorire appena possibile il ritorno alla normalità. La registrazione degli interventi deve essere meticolosa e su supporto informatico. I dati dell'intervento sono a disposizione dei MMG curanti e integrano i loro database, ma sono altresì a disposizione della Task Force Nazionale per studi, ricerche e per migliorare e rendere più puntuali gli interventi in atto e quelli futuri. Occorre siano disponibili immediatamente i dati clinici della Medicina Generale e degli Ospedali; non solo delle schede anagrafiche, che hanno un'importanza assolutamente relativa in tempi di catastrofe).

Occorre perciò, ed è l'altro punto cruciale della proposta, un *Server Nazionale Unico* cui conferire dati in periodo "out of crisis" in modo da poter avere i dati a disposizione nel momento in cui l'emergenza sanitaria ha luogo. I MMG aderenti a tale sistema, sottopongono a validazione quali-quantitativa i dati conferiti.

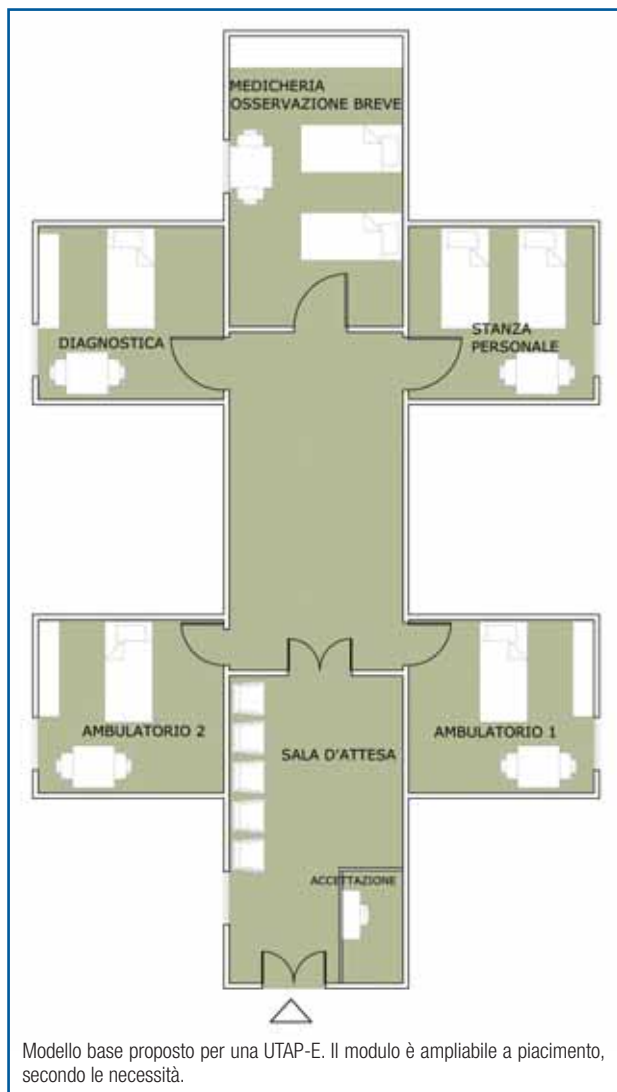
Il sistema attraverso il quale raccogliere i dati è innanzitutto di tipo informatico. Il software da utilizzare deve essere di facile utilizzo per il personale che sarà stato formato al suo uso. Non può perciò trattarsi di uno dei software già utilizzati e di più o meno largo uso. Deve essere un software esterno al gestionale abituale, ma interfacciabile con esso. Il modello al quale pensiamo è un Quick-E sul modello di quelli già utilizzati in diverse regioni per attività di rilevazione di dati per il Governo Clinico, come, ad esempio, in Abruzzo. Attraverso uno strumento simile pensiamo possano essere trasferiti i dati anche al Server Nazionale Unico e ripresi poi quando la necessità lo richieda per una determinata zona.

Per ciò che attiene all'organizzazione degli interventi sui pazienti occorrerà prioritariamente individuare i pazienti con priorità per l'Assistenza Primaria ovunque essi siano allocati, e cioè:

- invalidi e diversamente abili (immobilizzati totalmente o parzialmente);
- diabetici;
- cardiopatici;
- affetti da malattie respiratorie croniche;
- pazienti in trattamento anticoagulante orale;
- affetti da IRC e dializzati;
- oncologici;

TABELLA III
UTAP-E.

Struttura operativa sul campo del disastro	
•	Attivata per moduli:
–	Secondo i livelli di gravità dell'evento
–	Assolvono alle necessità di 5000 assistiti
-	I moduli sono quantitativi
»	8 MMG;
»	2 infermieri;
»	2 collaboratori di studio
-	I moduli sono qualitativi
»	tipologia di materiali
»	sistemi da usare nelle varie situazioni e nei vari gradi di gravità
•	È operativa alla 48 ^a -60 ^a ora dal disastro
•	Ha un responsabile sul campo
•	Effettua interventi che sono registrati
•	Adotta metodologie di condivisione delle scelte e delle responsabilità
•	Assiste i pazienti secondo gradi di complessità e di severità



- tossicodipendenti;
- pazienti già in ADI.

Occorrerà redigere un piano di intervento per tutti questi pazienti con puntuale registrazione delle necessità e di quanto viene effettuato in una logica di “correzione dell’errore” propria degli audit. Occorrerà altresì tenere traccia di tutte le problematiche delle patologie “minori”, dalle faringiti, alle dermatiti, alle lombalgie, solo per fare degli esempi, per sviluppare anche lì interventi che producano, pur in condizioni disagiate e vincolanti, un miglioramento della salute dei cittadini secondo un obiettivo di uniformità di interventi assistenziali su tutta la popolazione colpita.

Metodologia di lavoro dell’UTAP-E

Abbiamo già detto della necessità metodologica dei *Briefing* (incontri di discussione) per la condivisione di tutti i problemi, delle scelte, e delle criticità che si produrranno. I *Briefing* avranno le seguenti caratteristiche di:

- universalità – cioè coinvolgeranno tutto il personale dell’UTAP-E contemporaneamente;
- quotidianità – per non consentire ai problemi di accumularsi e alle decisioni di essere rinviate;
- interscambio – al momento del cambio del personale, cioè quando nuovo personale arriva a sostituire quello che fino a quel momento è stato operativo sul campo;
- riesame – da effettuarsi a livello nazionale per un momento di riflessione complessiva sugli interventi effettuati e coinvolgendo tutti gli operatori interessati al termine della campagna.

Non si può dimenticare che prestare soccorso di per sé è un’attività impegnativa anche dal punto di vista emotivo e non si può pensare che i soccorritori, benché professionisti, siano immuni da un eccessivo coinvolgimento emotivo. Devono perciò essere previsti dei *de-briefing* per singoli interventi o, comunque, al termine della giornata per consentire agli operatori di condividere ed esternare anche l’aspetto emozionale che l’intervento stesso ha comportato e per fare in modo che questo non limiti le capacità e l’operatività del personale. A tal fine il Responsabile dell’UTAP-E si occuperà di organizzare i *de-briefing* e l’assistenza psicologica al personale, facendo riferimento alle strutture che la Protezione Civile già mette a disposizione delle popolazioni colpite, in modo da prevenire la sindrome del *burn out* sempre in agguato in queste circostanze.

L’Area Specifica di Governo Clinico nelle catastrofi curerà la programmazione di *audit* sulle attività svolte e sui risultati raggiunti e raggiungibili. Tali *audit* si svolgeranno, ovviamente, “out of crisis” e saranno illustrati negli *stage* nazionali. La loro utilità per migliorare le attività, per programmare meglio quelle future, per misurare la salute degli individui e delle popolazioni, è indubitabile ed è direttamente connessa alla registrazione puntuale dei dati e all’attività di *reporting* di ogni criticità come si è detto estesamente in precedenza.

Un accenno al problema dei costi:

1. l’attività di volontariato nelle catastrofi ha un costo e fa parte dei “costi della catastrofe” come tutta l’organizzazione della Protezione Civile e il personale che all’interno del suo Sistema opera;
2. la Task Force ha un costo di impianto e un costo di gestione;

3. la struttura "fisica" della UTAP-E ha un costo di acquisto dei materiali, di manutenzione e di gestione.

Tali costi dovranno perciò far parte del bilancio della Protezione Civile. La formazione del personale, l'attività di studio e ricerca dell'Area Specifica, gli stage nazionali dovranno rientrare in quei costi e si dovrà cercare collaborazione con istituzioni regionali e collaborazione etica con aziende, non solo farmaceutiche, interessate, per sostenerne le attività.

La medicina è passata nel corso del tempo dall'eroismo all'organizzazione anche nel settore delle emergenze. Le procedure automatiche, l'uniformità degli interventi, l'analisi dei risultati, hanno progressivamente migliorato la qualità complessiva dell'assistenza, anche se si è perso, forse, il fascino del momento eroico. Anche nel settore dei disastri occorre che si passi dall'entusiasmo della solidarietà all'organizzazione delle volontà per ottenere i migliori risultati possibili.

"Andrea Sarti: *Infelice la terra che non ha eroi!*
Galileo: *No. Infelice la terra che ha bisogno di eroi!*"

Da *Vita di Galileo*, di Bertolt Brecht

Bibliografia di riferimento

Donker GA, van der Velden PG, Kerssens JJ, et al. *Infrequent attendance in general practice after a major disaster: a problem? A longitudinal study*

using medical records and self-reported distress and functioning. Family Practice 2008;25:92-7.

General Practitioner Guide for Management of Mental Health and Related Consequences in the Victorian Bushfires. Produced by National Mental Health Disaster Response Committee and Taskforce Disaster Medicine, University of Western Sydney Australian Child and Adolescent Trauma, Loss and Grief Network. 16 February 2009.

Gioia F. *Il ruolo del MMG in caso di catastrofi: l'esperienza de L'Aquila dopo il 6 aprile 2009.* Tesi di Specializzazione in Medicina Generale, Novembre 2009.

Guerroni A. *Efficacia del pronto intervento in caso di disastro aereo in un centro abitato del territorio di Malpensa 2000. Quale ruolo dei medici di medicina generale.* Rivista SIMG 2005;(2):15-17.

Madamala K, Campbell CR, Hsu EB, et al. *Characteristics of physician relocation following Hurricane Katrina.* Disaster Med Public Health Prep 2007;1:21-6.

Mc Farlane AC, Raphael B. *After the fires: looking to the future using the lessons from the past.* Medical Journal of Australia 2009;190:291-2.

Van den Berg B, et al. *Risk factors for unexplained symptoms after a disaster: a five-year longitudinal study in general practice.* Psychosomatics 2009;50:69-77.

Salladini G. *Bisogni di salute della popolazione aquilana sfollata sulla costa abruzzese: esperienza di 2 nuclei di cure primarie.* Intervento al 26° Congresso Nazionale SIMG, Firenze 26/28 novembre 2009. Atti Congressuali – <http://www.simg.it/documenti/atti/2009/nazionale/rel.asp?rel=0036-G.>+Salladini

Zinni L. *Governo Clinico nelle catastrofi.* Intervento al 26° Congresso Nazionale SIMG, Firenze 26/28 novembre 2009. Atti Congressuali – <http://www.simg.it/documenti/atti/2009/nazionale/rel.asp?rel=0035-L.>+Zinni

inratio 2

La soluzione a portata di mano

Per eseguire il PT/INR in ambulatorio o a domicilio in **UN SOLO MINUTO**



Per **ADATTARE IN TEMPO REALE** la Terapia Anticoagulante Orale



Per gestire il paziente a **360°**



Nuovo sistema portatile per il monitoraggio del PT/INR per il paziente in Terapia Anticoagulante Orale

Per maggiori informazioni:

Numero Verde

800-869110

www.menarindiagnosics.it
servizioclienti@menarini.it

A.MENARINI
diagnostics