





AUSL IMOLA								
Neuropsichiatria	Elesabetta Zucchini		G					
Comitato di Distretto N.C.I.	Spadoni Daniela Conti Elisa (sostituta)	P						
Direttrice DSM	Alba Natali	P						
Direttrice NPIA	Elisabetta Zucchini Giulia Suzzi (sostituta) Chiara Cerbai (sostituta)	P	G G					
Direttore Dipendenze Patologiche	Stefano Gardenghi Francesca Negretti (sostituta)				Grisolia Antonio	P		
Operatori DSM	Carla Berti Antonella Ceroni Emanuela Cenni	P						
Operatore CSM	Leoni Anttonella	P						
Operatore SPDC RTI	Galeotti Mara	P						

Ordine del giorno:

**-Approvazioni verbali precedenti**

**-Medici di Medicina generale: attività e funzioni a cura di Dipartimento Cure Primarie e MMG**

**- Varie ed eventuali**

**- approvazione unanime del verbale CCM del 3 maggio ???**

### **Il Presidente Remo Martelli**

Si procede con il secondo punto all'ODG riservando l'approvazione del verbale CCM del 3 maggio ad un momento successivo. Forte necessità di un incontro con MMG e i PLS anche per avere informazioni sulla situazione attuale e sulle ipotizzabili future carenze che ci saranno sul territorio.

**MMG Conti** fa il punto della situazione lavorativa nel post covid ed elenca le difficoltà degli MMG.

Dall'inizio pandemia la situazione lavorativa è molto cambiata: nel primo periodo Covid i contatti con gli assistiti avvenivano esclusivamente attraverso il telefono, whatsapp (WA), e-mail e attraverso i medici USCA. L'aumento dell'uso di canali tecnologici rimane anche dopo la pandemia e l'MMG deve attenzionare tra i propri assistiti chi non ha competenze tecnologiche perché ha meno canali per contattarlo. Il dr. Conti illustra una sua giornata lavorativa tipo, in cui prima di ogni apertura dello studio ed al termina dello stesso, si dedicano molte ore alla risposta alle mail degli assistiti e alle pratiche relative. Riferisce che il carico di lavoro è aumentato a causa di una forte medicalizzazione della salute, che si riversa sul curante soprattutto con l'aumento di adempimenti burocratici, anche per accedere alla sanità privata oltre che per il pubblico.

Paradossalmente questo toglie tanto spazio lavoro da creare difficoltà nel trovare posto all'assistito che chiama per un reale bisogno di salute.

Laddove si verificano delle necessità in giornate in cui non è realisticamente possibile visitare ulteriori pazienti, l'assistito può essere inviato all'ambulatorio di continuità assistenziale feriale diurno, attivo dalle 12 alle 17 dal lunedì al venerdì, dove il mmg in turno può visitarlo, mentre se la persona davvero non riesce a spostarsi da casa, si organizza l'accesso domiciliare all'inizio o alla fine del turno di lavoro.

Un'altra criticità è la percezione da parte dell'assistito di una diminuzione dell'attenzione del curante nel passaggio tra PLS e MMG. Ciò avviene perché il PLS, oltre ad avere 800 assistiti versus i 1800 di un MMG, ha anche un piano di monitoraggio che prevede delle visite di controllo definite, anche al di là del bisogno sanitario emergente.

Conti considera positivamente l'iniziativa della Regione E-R e dello Stato di portare la diagnostica di base (ecografia-ECG-spirometria) dentro gli studi dell'MMG, ma la preoccupazione è come trovare il tempo anche per sottoporre il paziente e poi valutare gli esiti di questi esami.

In generale, diminuisce il contatto con gli assistiti e la mail è un mezzo "barbaro", che però consente di dare una risposta rapida a molte persone.

**MMG Buscaroli** ribadisce che i cittadini ripongono troppa fiducia negli esami diagnostici e che hanno assunta l'errata abitudine a rivolgersi al proprio MMG presentando non il problema di salute, ma la richiesta di prescrizione. A suo avviso invece il MMG è un professionista che deve vedere e valutare clinicamente la persona per poi definire eventuali necessità di approfondimento diagnostico: a volte lo stesso mmg può avere dubbi su quali accertamenti richiedere, mentre paradossalmente le persone pretendono di autogestirsi e fanno resistenza a prendere appuntamento per andare in ambulatorio. La disponibilità telefonica c'è, la tecnologia è vincente, ma l'"occhio" del medico, finché c'è, è da sfruttare.

**Il Presidente Remo Martelli** precisa che attualmente sul nostro territorio si è riusciti a compensare i pensionamenti con nuovi MMG e quindi non c'è "scopertura".

**MMG Conti** ritiene che la situazione di equilibrio non avrà una lunga durata neppure nel nostro territorio

**Il Presidente Remo Martelli** sottolinea che alcuni cittadini si troveranno a non avere un medico di medicina generale di riferimento ed afferma che i rappresentanti dei cittadini sono consapevoli della difficoltà di seguire 1800 assistiti. In merito all'utilizzo della mail, si riconosce la validità dell'uso, pur coi limiti descritti dai medici, ma si chiede se non si potrebbero aumentare le ore di ambulatorio, magari prendendo ad esempio i nuclei cure primarie di CSPT e Medicina dove i cittadini possono trovare sempre un MMG di riferimento all'interno della Casa della Comunità

**MMG Buscaroli** afferma che con tutti i mezzi e servizi a disposizione, l'assistito riesce a contattare un MMG dalle 8 alle 20.

**MMG Conti** porta ad esempio il proprio gruppo precisando che si tratta di 7 MMG e 2 PLS, che condividono le cartelle degli assistiti. Ci sono sempre 3 segretarie in servizio la mattina, 2 al pomeriggio nel periodo invernale e 1 al pomeriggio per il periodo estivo. La linea telefonica ha la possibilità di accodare 7 chiamate. Insomma esiste un'ampia disponibilità ai contatti.

**Direttore CP Berveglieri** precisa che sul territorio sono solo 3 i medici non associati, mentre tutti gli altri fanno parte di un gruppo, come descritto da Conti, o di una Medicina in Rete che non funziona diversamente dal gruppo se non per il fatto che i MMG non hanno gli ambulatori nella medesima sede fisica. Organizzativamente però anche i Medici in Rete possono accedere alle cartelle di tutti gli assistiti dei medici associati a quella rete e ricevere gli assistiti di altri mmg nei loro ambulatori. Berveglieri quindi anticipa che a breve si introdurranno cambiamenti organizzativi, a seguito delle modifiche dell'accordo convenzionale successivo al DM 77.

Le molteplici possibilità di contattare l'MMG sono tali da renderle difficilmente governabili. Le criticità a coprire i fabbisogni di MMG sono difficili da superare, ci sono oggettivi problemi a coprire alcune zone, in genere quelle più disagiate, anche per periodi brevi di tempo. I nuovi MMG assegnati sono spesso ancora dei corsisti e non può essere assegnato loro il numero massimo di assistiti. Peraltro, considerando la loro inesperienza, preferisco essi stessi entrare nelle medicine di gruppo in cui trovano il supporto di colleghi esperti e si sentono maggiormente tutelati. Ancora oggi sono stati fatti pochi passi e sono insufficienti per risolvere il problema. Si rendono necessarie scelte centrali nazionali forti. Il DM 77 per ora è solo nella carta e ci saranno comunque tanti cambiamenti quando uscirà la variazione dell'accordo nazionale, ieri (6 giugno 2023 ndr) è uscito l'accordo dei medici dell'emergenza-urgenza. Alla RER non sono ancora arrivati i fondi per la dotazione negli studi MMG. Ridurre il numero degli assistiti è impensabile perché non ci sono medici

**Il Presidente Remo Martelli** fa una breve sintesi della presentazione recentemente effettuata al CCRQ regionale dal Direttore generale dell'Assessorato Baldino che evidenzia le soluzioni che si prospettano con la concreta applicazione del DM77 in cui il MMG non è più pensato in un'ottica tradizionale anche grazie all'attività di integrazione dei servizi che potrà realizzarsi attraverso le COT, l'esperienza della telemedicina, etc..

**Ehrlich Shirley** evidenzia come il Covid si sia abbattuto come una grande valanga sugli MMG, anche se la porta medicalizzata è sempre aperta e gli MMG danno disponibilità h 12, le persone vogliono comunque andare in PS per fare esami o accertamenti. E' una fissazione, le persone consultano *dr. Google* e la politica non le ferma perché sono elettori. Le famiglie coinvolgono molto l'MMG che, non essendo un dipendente, non stacca mai dal lavoro e deve trovarsi anche il sostituto. E' molto differente dal lavoro di un medico ospedaliero. E' quindi necessario educare le persone a venire in ambulatorio, le cartelle dovrebbero essere in condivisione anche con i servizi ospedalieri e territoriali pubblici (esempio Centro Disturbi Cognitivi, Centro Diabetico, etc.), ma ci sono problemi legati alla privacy. Carente anche il supporto informatico: nel passaggio tra PLS ed MMG il passaggio della cartella è da fare manualmente.

**Direttore CP Berveglieri** rinforza il concetto più volte espresso che le persone dovrebbero ricominciare a rivolgersi all'MMG manifestando un bisogno e non una richiesta. L'ospedale ha una forza attrattiva enorme per la presenza della diagnostica, spesso le persone vengono dimesse da PS con le stesse indicazioni che hanno ricevuto dal proprio curante. Anche al PS Pediatrico ci si rivolge con troppa facilità, ci sono molti accessi impropri.

Il DM 77 funzionerà solamente se ci sarà un adeguato supporto informatico e se verrà ricostruita la corretta relazione con l'MMG.

**Galavotti** le persone arrivano dall'MMG con le richieste e non i bisogni perché consultano *dr. Google*. Effettivamente in ER c'è già esperienza di cartella informatizzata avanzata, come ad esempio la cartella CURE DSM che è consultabile da tutti. Il medico in passato visitava, ascoltava e risolveva, il medico deve ascoltare, riflettere, visitare e prescrivere esami se necessari, deve recarsi a domicilio e utilizzare la telemedicina solo a supporto ed integrazione ma non come modalità sostitutiva. Questo è un momento cruciale: si leggono articoli terrorizzanti sulla mancanza degli MMG e non solo, per metterli in condizione di fare in ambulatorio la diagnostica sono necessari fondi. Come cittadini dovremmo iniziare a pensare di scendere nelle strade a protestare.

Galavotti pone una domanda rispetto al rapporto di lavoro dei MMG: meglio che restino liberi professionisti o che diventino dipendenti pubblici? Quali sono i pro e contro?

**MMG Pasotti** spiega che sono in aumento degli aspetti medico legali in tutta l'attività, e non è sempre semplice restare dentro le regole con tanti assistiti e tanti scambi che avvengono attraverso tecnologie che non garantiscono la privacy come richiesto dalla normativa vigente. Le criticità sono ovvie e conosciute ed è necessario fare un passo indietro e ricominciare a fare educazione alla salute nelle scuole ed in famiglia. Chi viene in ambulatorio perché ha una febbre, porta via spazio alle persone che hanno un bisogno di salute reale. Bisogna riconquistare la fiducia nella forza risanatrice della natura, gestire la cronicità ed educare le persone a mantenersi in salute. C'è troppo consumo di tutto: dobbiamo imparare a consumare di meno. La famiglia e la scuola hanno delegato ai social media una funzione di apprendimento.

**Lannuti** presenta brevemente la mission della Fanep e rispetto al tema dei disturbi alimentari evidenzia che talora il MMG temporeggi a fronte di segni e sintomi. Occorre un richiamo di sensibilità agli MMG ed attività di sensibilizzazione in accordo?

**Perrone PLS** ritorna sul tema dell'utilizzo di watsup precisando che i legali ne sconsigliano vivamente l'utilizzo per problematiche relative alla privacy. I medici sono esseri umani e sono stressati come tutte le persone per l'elevato carico di lavoro, e la telemedicina allontana nel rapporto con le persone. La diagnostica serve, ma allontana: le persone necessitano di essere ascoltate.

L'educazione deve essere fatta soprattutto con i mass media. C'è esperienza di bassa adesione ai corsi organizzati con le scuole. I pediatri devono rieducare i genitori ad essere genitori.

La dipendenza e il rapporto con l'MMG /PLS si è intaccato con gli anni.

**Direttore CP Berveglieri:** il PLS e l'MMG sono gli unici medici che la persona si sceglie, questa è una grande forza e risorsa utile anche per garantire la fidelizzazione. Il rapporto di fiducia è alla base del rapporto tra MMG e persona assistita.

**MMG Conti:** se l'MMG deve essere un dipendente o un libero professionista lo decide lo Stato. In LP il medico opera in scienza e coscienza per fare le scelte migliori per l'assistito, scelte che sono libere e non imposte. Il medico dipendente deve seguire le regole e le indicazioni della struttura. Sicuramente, con il sistema attuale, la libera professione da maggiori garanzie al cittadino.

Per migliorare la situazione nell'immediato devono diminuire gli oneri di burocrazia richiesti dal pubblico ma anche dalle assicurazioni sanitarie, che risultano deleterie.

La scuola è determinante per l'educazione, le visite ambulatoriali hanno una durata di 15', ma ci sono problematiche particolari (es disturbi di tipo alimentare) che l'MMG fatica ad inquadrare in tempi così stretti.

**Galavotti** ribatte che i provvedimenti sono del Governo, ma l'opinione pubblica è narcotizzata. Occorre maggiore attenzione ai disturbi manifestati dagli adolescenti: i disturbi alimentari, la sofferenza psicologica, i disturbi del sonno, l'ansia. Il DSP accoglie e cura questi disturbi ma devono essere identificati dal medico curante.

Viene poi posta una delle domande predisposte anticipatamente.

Quando un MMG invia un paziente al CSM e quando invece ritiene di poterlo seguire personalmente?

**Spadoni Daniela** interviene ringraziando per l'opportunità di incontro e precisando che l'ambulatorio deve essere organizzato come un'impresa, le pratiche burocratiche vanno gestite con l'organizzazione. L'MMG/PLS presidia il territorio, ed è praticamente l'unica figura medica di prossimità per questo ritengo che debba restare un libero professionista. Tanto può fare la dimissione protetta, l'educazione alla salute, l'educazione familiare anche da parte del PLS. Educiamoci tutti a rispettare le professionalità a cui ci rivolgiamo per qualsiasi motivo.

**Il Presidente Remo Martelli** illustra la normativa e gli scopi del CCM Aziendale e regionale.

I membri del CCM e il CUF svolgono azione educativa anche con il semplice passa parola ai propri conoscenti e familiari.

**MMG Buscaroli** risponde alla domanda di Galavotti: i problemi più lievi vengono presi in carico e trattati dall'MMG; la difficoltà maggiore è far capire all'assistito che un problema presentato non è di natura fisica ma di natura psichiatrica/psicologica. La familiarità aiuta ad indirizzare gli MMG nell'inquadrare il problema presentato.

**Anna Marchi** Presidente del CUF propone un'ulteriore domanda rispetto all'opinione dei mmg sulle modalità di accesso al CSM (richiesta del MMG, eventuale visita in urgenza, orari di apertura, ecc)

I medici concordano sul fatto che le modalità organizzative del CSM sono ottimali perchè sempre aperto e ad accesso diretto. La depressione minore e l'ansia cronica sono molto diffuse, i servizi sono sovraccaricati anche di problematiche sociali. La Neuropsichiatria infantile, ad esempio, riceve molte richieste ed il personale è poco.

**MMG Pasotti** il problema vero è riuscire ad intercettare gli adolescenti che hanno queste problematiche. Il colloquio psicologico deve passare dalla consulenza psichiatrica.

**PLS Perrone** il PLS, che ha meno assistiti, dovrebbe seguire l'adolescente fino al 18 anno di età.

**Ehrlich** il genitore non vuole assolutamente sentir parlare di problematiche psichiatriche, preferiscono la diagnosi di un braccio rotto. Permane lo stigma.

**Direttore DSM Natali:** la nostra organizzazione è l'espressione del modello applicato e ci sono una pluralità dei servizi a disposizione a seconda delle situazioni. I giovani possono ad esempio accedere al Consultorio familiare - Spazio Giovani

Confermo che al CSM c'è l'accesso diretto anche senza impegnativa, ma è vero che in tutta Italia siamo sotto organico ed il bisogno è grande. Quello che può fare il CSM è accogliere tutte le persone, e fare filtro, ma non possiamo prendere in carico tutti. Spesso i problemi sono economici, sociali o di aggregazione. Sulle scuole il problema è delicato: si fanno molti interventi, forse poco coordinati.

Il nostro territorio è ricco di risorse e di interventi. Il nostro organico dovrebbe prevedere 13 +1/2 psichiatri, mentre siamo in 9. Lavoriamo su Linee Guida e rispondiamo con scelte appropriate.

Si prosegue con le domande preordinate

Il medico sostituto ha limitazioni nel prescrivere farmaci, presidi sanitari e prestazioni a domicilio? No  
Il medico deve essere reperibile al telefono fuori dagli orari di ambulatorio? No (comunque la persona può inviare email, watsup o lasciare un messaggio in segreteria telefonica)

Ci sono limiti per la prescrizione di farmaci, sia per costo che di quantità, in particolare per cittadini che hanno necessità di cure continuative? Sì, per il costo e sì per la quantità (è possibile prescrivere al massimo la quantità per 2/3 mesi di terapia cronica continuativa). Non avrebbe senso fare

diversamente perché le terapie croniche possono comunque essere modificate e si sprecherebbero farmaci.

È dovuta la visita a domicilio? No

In assenza del proprio medico a chi ci si può rivolgere per prescrizione di farmaci e certificati di malattia? Come detto precedentemente, a qualsiasi medico in rete o in gruppo o negli orari preposti agli ambulatori di continuità assistenziale feriali e nei prefestivi e festivi alla Guardia Medica.

Va precisato che quando il PS dimette le persone è tenuto a rilasciare il certificato INPS di assenza dal lavoro.

In caso di controversie col proprio medico chi ha competenza per l'inoltro di una segnalazione?

All'URP

Con le difficoltà che oggi si riscontrano per la scelta di un medico, il cittadino può essere rifiutato dal medico individuato?

Tra MMG e assistito deve esserci un rapporto di fiducia, se si perde la fiducia, l'MMG può ricusare l'assistito ma ha il dovere di segnalare all'Az.USL il motivo della perdita di fiducia. La % di revoche è comunque molto bassa.

Infine ci si accorda perché la dr.ssa Bonoli invii ai MMG alcune informative sulle associazioni che possono supportare pazienti e famigliari.

Prossima assemblea CCM prevista per il 6 settembre 2023

Il Presidente CCM  
**Remo Martelli**

Segreteria verbalizzante  
**Giovanna Minguzzi**