



# IL MEDICO *mmf* DI FAMIGLIA



periodico mensile di informazione e discussione della F.I.M.M.G. - Modena  
Sezione "Ghassan Daya"

Segreteria Provinciale F.I.M.M.G. - Tel. 059.216846 - Fax 059.222130

E-mail: [fimmgmodena@alice.it](mailto:fimmgmodena@alice.it)

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB Modena

## "DALL'ATTESA ALL'INIZIATIVA: COSTRUIAMO IL CAMBIAMENTO" NOTIZIE DAL 65° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG

Cari Colleghi, dal 4 al 9 ottobre 2010 si è tenuto al Forte Village Cagliari il 65° Congresso Nazionale FIMMG che quest'anno era elettivo. Come molti di Voi sapranno Giacomo Milillo è stato riconfermato per i prossimi 4 anni Segretario Nazionale con il 75% dei voti, Stefano Zingoni già Segretario Regionale dell'Emilia Romagna è stato eletto Presidente. Fanno parte dell'Esecutivo cinque vice segretari: Carmine Scavone vicario, Mauro Ucci con delega alla tesoreria, Saverio La Bruzzo con delega all'organizzazione, Malek Mediatì e Silvestro Scotti. Il titolo del con-

gresso era quanto mai azzeccato visto i tempi che corrono "DALL'ATTESA ALL'INIZIATIVA: COSTRUIAMO IL CAMBIAMENTO". La tenuta del Sistema Sanitario Nazionale per tutelare la salute dei cittadini italiani deve fare i conti con l'aumento dei malati cronici e dei non autosufficienti e con l'invecchiamento della popolazione. La medicina dell'attesa, cioè quell'atteggiamento del servizio che si attiva solo su richiesta dell'interessato, si è dimostrata inadeguata ed inappropriata verso la tutela della salute. Questo sistema, tipico della formazione universitaria, è perfet-

to per l'approccio specialistico e per affrontare le malattie acute, esso è basato sul modello ospedaliero, mentre al contrario, la medicina di iniziativa è un tipo di metodo volto all'intercettazione del bisogno al di là della sua espressa formulazione. E quella che meglio si adatta alla gestione dell'Assistenza Primaria in generale e delle malattie croniche in particolare, dove l'assistenza è per gran parte estensiva e caratterizzata, dalla presa in carico a lungo termine, dal medico di riferimento della persona, cioè il passaggio da un'offerta passiva e non coordinata dei servizi, ad un'offerta di assistenza attiva personalizzata, preventiva ed integrata. Certamente non sarà un cambiamento facile né rapido per la professione della medicina generale nel passare dall'attesa all'iniziativa; deve imparare a fare squadra riorganizzarsi profondamente e lavorare all'interno di schemi organizzativi, senza nulla togliere, anzi potenziando, il rapporto interpersonale, privilegiato con il paziente. Le proposte di cambiamento elaborate in questi ultimi anni dalla FIMMG vanno in quella direzione, consapevoli di tali esigenze. La necessaria ristrutturazione del Servizio Sanitario passa attraverso la riconversione dei piccoli ospedali, devono aumentare i posti letto per la lunga degenza e quelli riferiti all'assistenza residenziale (RSA, Hospice ect.). Questo fa sì che il Sistema Sanitario Nazionale chieda ai medici di medicina generale la massima collaborazione, che non mancherà di essere data, ma non per farci raggruppare in ospedali dismessi, tralasciando la capillarità dei nostri ambulatori sul territorio per un'Assistenza Primaria efficace ed efficiente. Si rende necessario riempire

### SIAMO MEDICI O TELEMATICI?

Mai come oggi i medici di famiglia sono stati inquieti, preoccupati, disorientati, irritati per la mole di incombenze telematiche che sono loro piombate addosso e piomberanno nel prossimo futuro. Non si tratta per nulla, come qualcuno in malafede vorrebbe far credere, di arretratezza, o di battaglie di retroguardia. Si tratta al contrario di combattere contro chi ha una visione distorta, arretrata e burocratica della professione del Medico di Medicina Generale e vorrebbe far affermare questa sua visione, per di più per vie tecnocratiche anziché accettare un confronto a viso aperto.

E' noto a tutti che a Modena siamo stati precursori entusiasti della informatizzazione, oltre 20 anni fa, sia nei primi progetti collaborativi con la USL di Modena, sia, soprattutto, con un grande impegno delle nostre organizzazioni nella sensibilizzazione, motivazione, formazione e assistenza continua ai colleghi. E non siamo pentiti: l'informatizzazione degli studi medici è ormai del 100%, con un uso del computer non solo per procedure burocratiche come la stampa delle ricette, ma come ausilio alla gestione clinica mediante la cartella per problemi, gestione delle intolleranze, rispetto delle note AIFA, cura delle patologie croniche secondo protocolli, audit clinico nei Nuclei di Cure Primarie, medicina d'iniziativa.

Neppure il progetto SOLE ci ha spaventato, perché abbiamo guardato oltre le infinite "grane" quotidiane di linee, di software, di promesse mancate e abbiamo capito che un MMG connesso con chi produce e chi utilizza dati sanitari può essere di grande aiuto per i cittadini.

Allora dove è il problema? Perché i medici che hanno già scalato vette così ardue sono ora tanto irritati? La ragione sta nel fatto che vengono imposte procedure che non tengono minimamente conto del modo di operare del medico

*segue in seconda pagina*

*segue in terza pagina*

di famiglia, che di mestiere fa “altro” rispetto all’uso del computer: mentre guarda negli occhi il paziente, ascolta, parla, visita, pensa, analizza, formula ipotesi, prende decisioni, mentre fa tutto questo provvede “anche” a registrare dati, redigere e stampare ricette e certificati, inviare e ricevere dati eccetera. Perché il medico possa accettare nuove incombenze informatiche e telematiche devono verificarsi le seguenti condizioni: i compiti aggiuntivi devono essere controbilanciati da semplificazioni su altri fronti, devono riguardare procedure di rilevanza professionale e non essere semplicemente sostitutive di lavoro amministrativo di altri, devono prevedere procedure che si integrano con il contesto della visita clinica e consentono di non interferire con essa. E’ lampante che tutto ciò non si è verificato, almeno per ora, con SOLE, il cui ritorno di dati al MMG è ancora la classica montagna che ha partorito il topolino (ma continuiamo a essere ostinatamente fiduciosi!), non si è verificato con i certificati INPS di invalidità in cui un ascolto preventivo dei MMG avrebbe evitato mesi di aggiustamenti e ricerche farraginose di codici ICD9. Poi un ministro applica sanzioni draconiane ai medici che non fanno i certificati on line, incurante del fatto che la procedura di accesso richiede 12 passaggi, completi di pin, password, attese di linea, ripetizioni, per ogni certificato e palesemente non è gestibile durante una visita medica né



è professionalmente dignitosa. Infine, un funzionario regionale impone d’imperio una registrazione delle vaccinazioni che farà perdere a ogni medico, secondo un calcolo ottimistico di 2 minuti a registrazione per 400 vaccini, 13 ore di lavoro solo perché la regione stessa non si è premurata per tempo di fare confezionare le interfacce con i nostri software.

Allora, proviamo a fissare alcuni punti semplici e chiari che, se condivisi a livello regionale e nazionale, potrebbero risparmiarci per il futuro contenziosi di retroguardia come certificati sì/certificati no, rendicontazione sì o rendicontazione no.

1. **Il “cruscotto” del medico di famiglia è il suo applicativo di cartella clinica**, nella nostra regione accreditato SOLE. Principio inderogabile deve essere che il MMG registra sulla sua cartella e da lì i dati possono avere la destinazione più opportuna, come già oggi avviene per le richieste di accertamenti, ma come NON avviene per i certificati di invalidità e di malattia, né per le rendicontazioni sul portale SOLE.
2. **Fanno eccezione al principio detto sopra procedure telematiche estranee alla gestione clinica**: è accettabile scaricare dal portale SOLE i cedolini, accedere da qui ai corsi e-learning o simili.
3. Si deve tenere conto che la maggior parte delle procedure informatiche si svolgono contestualmente alla visita clinica e **non devono interferire negativamente** con essa, ma, al contrario, liberarla da incombenze gestibili dalla macchina.
4. **Le procedure devono tenere conto dell’organizzazione del lavoro in Medicina Generale**: il medico, come il notaio, l’avvocato o qualsiasi altro professionista, non redige materialmente gli atti, ma se ne assume la responsabilità suggellandoli con la propria firma. Consideriamo un progresso irrinunciabile della medicina generale essersi dotata di personale di studio cui affidare compilazione di ricette, certificati e atti di vario tipo, che il MMG commissiona al personale, verifica di persona e, se rispondenti alle specifiche date, firma assumendoli come propri. Esiste il rischio concreto, e ciò non deve accadere, che molte procedure telematiche gestite con smart card o con firma digitale ricadano sul medico senza possibilità di delega, se non si prevederà una procedura telematica analoga a quella descritta per il cartaceo.
5. **Le scelte in campo di telematica sono prima strategiche, politiche**, e come tali devono essere condivise per poi passare alla loro gestione tecnica. Non deve verificarsi che vengano contrabbandate per scelte tecniche, veicolate solo dai tecnici, scelte che tecniche non sono affatto.
6. Infine, da oltre 20 anni **la formazione ai medici di famiglia viene gestita da medici di famiglia**; i campi innovativi della telematica, gli strumenti innovativi dell’e-learning non devono sfuggire a questa regola: una formazione meno estemporanea e più condivisa tra i tecnici informatici e i nostri animatori di formazione aiuterebbe a sedare ansie e a portare i MMG ad accettare serenamente le nuove sfide.

Sono pochi, semplici punti. Ma, se condivisi, potrebbero evitarci stress nel lavoro quotidiano e elevare il confronto tra sindacato e istituzioni nazionali e regionali per discutere, trattare, litigare se è il caso, ma sulle cose che contano davvero.

# VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE, MODALITA' DI EFFETTUAZIONE E RENDICONTAZIONE

Care Colleghe, Cari Colleghi,

la settimana scorsa si è avviata la campagna di vaccinazione antinfluenzale, prevista dalla Regione Emilia Romagna, con chiusura il 15 dicembre 2010.

Pare opportuno ricordare che la Fimmg Modenese sostiene e favorisce, come sempre, la diffusione della vaccinazione antinfluenzale in quanto rappresenta uno dei più importanti interventi dei medici di medicina generale nel campo della prevenzione delle malattie infettive, sia per il numero di soggetti vaccinati annualmente (siamo i primi in RER), sia per la riduzione dell'incidenza della malattia e delle sue conseguenze nelle persone appartenenti a categorie a rischio.

La regione quest'anno ha imposto la rendicontazione delle vaccinazioni antinfluenzali sul portale SOLE. Questa decisione costituisce un inutile aggravio burocratico per i medici. La regione infatti, per ottenere questo risultato, avrebbe dovuto semplicemente, predisporre per tempo le modifiche software idonee a trasferire i dati automaticamente dalla cartella del medico al portale SOLE. Su questa posizione assunta in modo unilaterale, senza consultazione e neppure preavviso, la Regione si è irrigidita non solo ignorando le reiterate proteste della FIMMG, ma imponendo la procedura alle singole Aziende e riducendo al minimo, in questo modo, anche la nostra possibilità di un accordo a livello locale.

Pertanto, la FIMMG modenese chiede ai propri iscritti di comportarsi come segue:

1. Continuare serenamente e con il massimo impegno la campagna vaccinale perché è un importante servizio che la Medicina Generale svolge per i cittadini.
2. Effettuare la rendicontazione sul portale SOLE come indicato. Se si riscontrano problemi tecnici segnalarli all'Help Desk SOLE e per conoscenza alla FIMMG modenese.
3. Se si opera in un distretto sede di cooperativa, in caso di difficoltà a effettuare personalmente la rendicontazione SOLE, si potrà fornire il file in Excel, compilato con tutti i dati, alla cooperativa che effettuerà la registrazione SOLE, chiedendo solo un rimborso spese (il servizio sarà rivolto anche ai non soci con modalità che saranno comunicate al più presto, ovviamente tale servizio non è disponibile per chi ha personale di studio).
4. Se si opera nei distretti 4, 5, 6, dove non vi è la presenza di cooperative, in caso di difficoltà a registrare sul portale SOLE, fornire al Distretto il file Excel completo di tutti i dati: per questi distretti infatti la AUSL ha risposto positivamente alla richiesta FIMMG di mettere a disposizione personale amministrativo a supporto dei medici che dichiarino di trovarsi in significativa difficoltà (con esclusione dei colleghi che usufruiscono di incentivi per collaboratori di studio o infermieri).
5. Rivolgersi al Responsabile FIMMG del proprio Distretto per ogni chiarimento o problema.

Consapevoli dell'insopportabile carico burocratico che si sta abbattendo su di noi, stiamo, come FIMMG, già sostenendo con forza in tutte le sedi opportune l'assoluta necessità che tutte le procedure informatiche che il MMG svolge nel corso della sua attività, comprese le rendicontazioni vaccinali e le certificazioni, siano effettuate esclusivamente con la registrazione nella propria cartella clinica e di qui smistate per via telematica senza altri oneri per il MMG. Certo di una Vostra collaborazione e ringraziandoVi per la fiducia accordata alla Fimmg in questo difficile momento porgo cari saluti.

Modena 25 ottobre 2010  
Il Segretario Provinciale Fimmg  
Dante Cintori

## dalla prima pagina

re questi contenitori di professionisti mettendoli nella condizione di lavorare insieme, di definire e rispettare i ruoli di ciascuno e quelli delle altre figure professionali coinvolte con la Medicina Generale a fare da motore trainante per l'assistenza sul territorio.

\*\*\*

Come voi tutti sapete avremo una "vacanza contrattuale" di tre anni; avevamo chiesto l'aiuto del Ministro Fazio ad introdurre un emendamento nella manovra finanziaria che consentisse ai professionisti convenzionati di recuperare almeno l'aumento dei costi dei fattori di produzione durante il prossimo triennio. Il ministro Fazio intervenuto al congresso ci ha ribadito il Suo appoggio, ma difficilmente sarà accolto dal Ministero del Tesoro, mentre lo abbiamo ringraziato per l'aiuto che ci ha dato nel prolungare il collaudo dei certificati di malattia online al 31 gennaio 2011. Su questo tema ha affermato che la certificazione online di malattia è un compito di tutti i medici dipendenti e convenzionati e non deve interferire

sull'assistenza al cittadino, le sanzioni per il mancato invio non possono essere per DL ma all'interno di un accordo convenzionale come l'art. 30 dell'ACN. Nel suo discorso ha sostenuto che il territorio ha bisogno di maggiori investimenti dovendo accogliere cittadini che vengono scaricati dagli ospedali dove la degenza assume un costo sempre maggiore. Il Governatore del Lazio Polverini intervenuto al congresso ha sottolineato il ruolo fondamentale della medicina del territorio soprattutto nella sua Regione dove si impone un piano di rientro di 10 MLD di euro con la chiusura di 23 piccoli ospedali.

\*\*\*

Milillo nella sua relazione ha evidenziato l'importanza nella formulazione della nuova convenzione (avremo 3 anni di tempo per definirla visto la vacanza contrattuale) del ruolo unico del medico che accede alla Medicina Generale. L'importanza della ristrutturazione del compenso con netta distinzione tra onorario professionale e fattori di produzione. Mentre ormai quello dell'IRAP

sui redditi convenzionati dei medici di medicina generale può essere considerato un problema quasi completamente superato, come testimoniato dalle sentenze che sempre più numerose ci danno ragione e dalle stesse circolari dell'Agenzia delle Entrate, questo grazie all'impegno profuso del Vicesegretario Vicario Carmine Scavone.

Concludendo, la missione uscita dal 65° Congresso Nazionale è l'impegno della categoria ai massimi livelli, ogni giorno, su tutto il territorio nazionale nell'interesse dei loro assistiti, sforzandosi di sostenere nel migliore dei modi il crescente carico di lavoro, lanciando però un segnale di sofferenza per l'eccesso di burocrazia e per le limitazioni alla autonomia professionale, per la frequente imposizione di nuovi compiti sotto la minaccia di sanzioni. Non possiamo essere noi Medici di Medicina Generale i responsabili di tutte le inefficienze del sistema.

Dante Cintori  
Segretario Provinciale FIMMG



## Contributo della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) alla discussione sul PAL della Provincia di Modena

### 1. PRENDERE IN CARICO IL MALATO CRONICO NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE

- L'ospedale ha negli ultimi anni ridefinito la propria mission verso i pazienti ricoverati, ma fornisce anche una enorme quantità di prestazioni ambulatoriali verso pazienti prevalentemente cronici, prestazioni che non sono state oggetto di governo clinico con coinvolgimento delle Cure Primarie, salvo alcune prestazioni critiche per costo o liste d'attesa (es. RM, endoscopie).
- L'esperienza peraltro della presa in carico dei pazienti diabetici da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) è risultata particolarmente positiva in termini di qualità dell'assistenza e di soddisfazione dei pazienti.
- **PROPOSTA:** riportare in modo programmato, condiviso e sostenuto da apposita organizzazione, la gestione di un grande numero di patologie croniche nell'ambito delle cure primarie e in particolare della Medicina Generale (MG). Ciò consentirebbe al paziente e al suo medico di recuperare una gestione unitaria di percorsi oggi frammentati e di non sempre facile composizione superando la difficoltà di coordinare scadenze, accertamenti, terapie quando intervengono molti specialisti contemporaneamente. Inoltre, sarebbero disponibili risorse specialistiche da riconvertire, con abbattimento delle liste d'attesa, sul paziente complesso, scompensato, urgente o comunque di pertinenza specialistica. La riorganizzazione dovrebbe prevedere un risparmio di risorse economiche da reinvestire in una organizzazione della MG adatta a sostenere i nuovi compiti.
- Esempi: TAO, scompenso cardiaco, disturbi cognitivi, ipertrofia prostatica benigna, patologie della tiroide stabilizzate, MGUS, asma e BPCO, neoplasie stabilizzate, postumi di malattie cerebrovascolari, altre malattie neurologiche in fase di stabilità, insufficienza renale, orticaria cronica.

### 2. RIORGANIZZARE LA MEDICINA GENERALE NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE

- Ogni MMG gestisce in media 60 contatti al giorno, il che significa circa 30000 contatti quotidiani in provincia per tutti i MMG, con una mole di lavoro in costante aumento. L'organizzazione della MG, pur molto evoluta negli ultimi 20 anni (informatizzazione, reti, Nuclei di Cure Primarie, associazionismo medico, cooperative), deve ulteriormente trasformarsi per accettare le sfide dei nuovi bisogni e dei nuovi modelli di cura attraverso una maggiore integrazione al proprio interno, con gli altri servizi territoriali e con l'ospedale.
- I nuovi modelli organizzativi nell'ambito delle Cure Primarie dovranno essere condivisi con i cittadini, tenere conto del rapporto costo beneficio e della loro riproducibilità sul territorio, salvaguardare il rapporto di fiducia medico-paziente e la continuità nel tempo del rapporto assistenziale quali elementi imprescindibili per garantire l'appropriatezza delle cure, la sostenibilità economica del sistema e la soddisfazione dei cittadini.
- Le Case della Salute proposte dalla Regione E.R. sono aggregazioni "murarie" adatte ad accorpare servizi ove esistano strutture da riconvertire; tuttavia nel medio periodo non si prestano a divenire il modello di riferimento delle Cure Primarie in quanto prevedono una aggregazione fisica di servizi ma non diverse relazioni funzionali, non considerano l'integrazione con l'ospedale, sono molto costose, rischiano di accentrare servizi ora a distribuzione capillare come gli studi dei MMG con disagio della popolazione e di interferire nel rapporto di fiducia considerato essenziale da parte dei cittadini che ricorrono al medico di famiglia.
- **PROPOSTA:** promuovere in modo deciso una evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie verso unità erogative che prevedano: **a)** sedi uniche ove utile o collegamenti in rete ove maggiormente rispondenti ai bisogni **b)** promozione al loro interno di progressive aggregazioni in medicine di gruppo **c)** presenza, come minimo, di Collaboratori di Studio in ogni studio medico e di Infermieri dedicati in ogni NCP **d)** l'integrazione tra Continuità Assistenziale e MG, possibile nell'ambito delle Unità di Medicina Generale (v. punto successivo) **e)** l'utilizzo di "call center" (già disponibili presso le Cooperative mediche) per la gestione delle scadenze e dei richiami dei malati cronici come indicato al punto 1. **f)** la dotazione nei NCP e nelle medicine di gruppo di strumenti diagnostici di primo livello (piccola tecnologia) per definire al meglio una prima diagnosi e per seguire nel follow-up i malati cronici.
- Il modello proposto fa riferimento dal punto di vista progettuale alle "Unità di Medicina Generale" ([http://www.fimmg.org/c/document\\_library/get\\_file?p\\_1\\_id=10920&folderId=12137&name=DLFE-1309.pdf](http://www.fimmg.org/c/document_library/get_file?p_1_id=10920&folderId=12137&name=DLFE-1309.pdf)) proposte dalla FIMMG e dal punto di vista normativo alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dall'Accordo Collettivo Naz. per la MG.

### 3. DIFFONDERE L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE E L'ETICA DELLA PRESA IN CARICO

- La MG, attraverso lo strumento dell'audit nei NCP, ha sposato da anni la causa dell'appropriatezza prescrittiva come dovere etico prima che come obbligo o necessità economica. La metodologia dell'audit condotto in gruppi di lavoro omogenei o multiprofessionali si è dimostrata uno degli strumenti più idonei a favorire l'integrazione di percorsi di cura appropriati per la gestione della cronicità: definizione delle priorità, individuazione di standard di riferimento, confronto con la pratica, identificazione delle aree di miglioramento, verifica periodica. Questo approccio, se condiviso all'interno di tutte le categorie di operatori sanitari, può portare all'offerta ai pazienti di percorsi appropriati, condivisi, chiari, poco burocratizzati, identificabili come "presa in carico" piuttosto che come coacervo di prestazioni scollegate.

### 4. IMPLEMENTARE RETI TELEMATICHE

- Si registra nella nostra provincia l'informatizzazione e la connessione alla rete "SOLE" della pressoché totalità degli studi dei MMG. Le potenzialità della rete tuttavia sono espresse solo in minima parte, con integrazione pressoché nulla tra territorio e ospedale e talvolta in modo non congruo rispetto alle modalità operative del MMG, con una preoccupante tendenza alla "impiegatizzazione" del lavoro medico.
- Strumento indispensabile per i percorsi di integrazione ed il governo clinico è un sistema informatico in rete che permetta non solo la registrazione e la conservazione dei dati ma anche, con il contributo decisivo dei MMG, la produzione, condivisione e analisi degli stessi, metta in grado il sistema di misurare la domanda di salute e le risposte sanitarie, consenta di creare registri per patologia e favorisca lo sviluppo di una ricerca originale della Medicina Generale nelle Cure Primarie.

### 5. MIGLIORARE L'INTEGRAZIONE CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

- Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono una presenza importante in termini numerici e di prestazioni fornite, con potenzialità di flessibilità e di condivisione di percorsi con la MG fino ad ora poco sfruttate. Si propone la ricerca in ogni distretto di nuove forme di integrazione.

### 6. SOSTENERE E IMPLEMENTARE LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI ALLA LUCE DELLA NUOVA LEGGE

- Le cure palliative domiciliari centrate sulle figure dell'infermiere distrettuale e del MMG con una rete di supporti organizzativi e di percorsi integrati costituisce dal 1996 un "fiore all'occhiello" della nostra provincia, con una possibilità di presa in carico equa e distribuita e un elevato livello qualitativo e di soddisfazione dell'utenza.
- **PROPOSTA:** a) Rilanciare le Unità Territoriali di Cure Palliative come riferimento distrettuale per la formazione, l'organizzazione e il coordinamento delle CP. b) Garantire un'organizzazione interna ai NCP che preveda in ogni NCP almeno un MMG con formazione di secondo livello per consentire consulenze "tra pari" che assicurino un livello qualitativo omogeneo e validato. c) Ridefinire la politica hospice con gestione territoriale dell'attuale hospice ospedaliero che preveda il coinvolgimento anche dei MMG e ridefinizione dei posti hospice nella provincia. d) Individuare nuovi modelli di integrazione tra cure domiciliari e cure oncologiche ospedaliere alla luce dei cambiamenti sopravvenuti nella cura dei pazienti che vedono sempre più spesso coesistere il bisogno di presa in carico domiciliare e la persistenza di cure oncologiche attive.

### 7. VALORIZZARE IL RUOLO E LE COMPETENZE DEI MMG NELLE RESIDENZE

- I MMG assicurano l'assistenza sanitaria in modo capillare agli ospiti delle strutture protette e RSA della nostra provincia. Con l'evolvere della tipologia degli ospiti, i MMG hanno acquisito competenze non solo nella cura del paziente anziano non autosufficiente con polipatologie ma anche di pazienti giovani con malattie tradizionalmente gestite dall'ospedale (SLA, neoplastici, comi post-anossici, stati di minima coscienza ecc.).
- Il coinvolgimento dei MMG nell'assistenza sanitaria delle residenze favorisce la continuità con le altre risorse della rete (in particolare il domicilio), l'integrazione con i servizi del territorio, l'approccio globale e integrato con la dimensione sociale.
- **PROPOSTA:** questo ruolo del MMG deve essere valorizzato e sostenuto da una adeguata visibilità, dalle risorse strumentali ed umane che consentano di affrontare i problemi presso le strutture evitando il ricovero ospedaliero e da percorsi formativi che consentano di motivare e formare nuovi MMG a ricoprire questo delicato ruolo.

## 8. INTEGRARSI CON IL VOLONTARIATO

- Sono già in essere nella nostra provincia molte e molto positive forme di collaborazione tra MMG e Associazioni di Volontariato, per lo più nell'ambito di iniziative aziendali e distrettuali, e altre forme di collaborazione stanno nascendo. Pur senza confusione di ruoli e nel rispetto delle reciproche autonomie, registriamo che molte associazioni premono per un ruolo più attivo dei MMG nei confronti di malati cronici (es. posto ictus, parkinson, demenze) e d'altra parte le Associazioni possono mettere in campo risorse non sanitarie che possono supportare in modo valido le cure. **PROPOSTA:** Riteniamo che l'Azienda abbia un ruolo importante nella promozione e nello sviluppo di sinergie utili ai pazienti e nello stesso tempo nell'arginare interventi settoriali o impropri.

## 9. UTILIZZARE LE POTENZIALITÀ DELLA MG NELLA EDUCAZIONE SANITARIA E TERAPEUTICA.

- Numerose esperienze di educazione terapeutica volta a modificare lo stile di vita o l'approccio alla malattia sono state condotte nell'ambito della MG in questi anni con conferma dell'efficacia di questi interventi condotti nel setting della MG sia in forma individuale che di gruppo. Gli interventi (es. prevenzione cardiovascolare, cambiamento stile alimentare e motorio, fumo, alcool, adesione agli screening) sono stati tuttavia episodici e non si sono trasformati in pratica continuativa.
- **PROPOSTA:** si propone la messa a regime degli interventi condivisi come utili e efficaci anche in campi fino ad ora non esplorati (es. patologie del rachide e dell'apparato locomotore, ove esiste abuso di diagnostica e ricorso a terapie di dubbia efficacia con rischio di cronicizzazione).
- La MG può utilmente collaborare in programmi di informazione ed educazione alla popolazione finalizzati ad un corretto utilizzo delle risorse ed al coinvolgimento responsabile dei cittadini nelle scelte di politica sanitaria.
- Deve essere valorizzata la MG come risorsa di salute e di integrazione che può fornire alle persone immigrate il primo contatto sanitario, un'opportunità di educazione alla salute e all'appropriato utilizzo dei servizi, un approccio sanitario che tenga conto delle valenze familiari, sociali e culturali.

# Gruppo Partecipazione PAL Medici Medicina Generale

*1. Promozione della salute e prevenzione: medicina del lavoro, igiene pubblica, alimenti, sanità animale. Dott.ssa Angela Codifava.*

*2. Assistenza territoriale: organizzazione cure primarie, modelli di assistenza per le patologie croniche, percorsi assistenziali, integrazione socio-sanitaria. Dott. Gaetano Feltri.*

*3. Rete ospedaliera provinciale: integrazione Policlinico di Modena-Baggiovara, definizione delle missioni produttive dei singoli ospedali, nuovi modelli assistenziali di cura, focus su: aree internistiche, aree chirurgiche, aree intensive, area cardio toraco vascolare, area oncologica, area servizi diagnostici: laboratorio, diagnostica per immagini, servizio trasfusionale. Dott. Nunzio Borelli.*

*4. Aree di integrazione ospedale territorio: area materno-infantile, area della emergenza-urgenza, area della salute mentale, area della lungodegenza riabilitazione e residenze. Dott. Giuseppe Bianconi.*

*5. Ricerca, Innovazione, sviluppo e sostenibilità del sistema: la ricerca ed il ruolo dell'università valutazione e gestione delle nuove tecnologie biomediche e della innovazione, sicurezza dei pazienti e degli operatori, sistema informativo provinciale. Dott.ssa Maria Grazia Bonesi.*

# ALICe e il Dottore

Il giorno 2 ottobre, presso la sala meeting dell'Ospedale di Baggiovara, si è tenuta una riunione dell'Associazione Onlus di lotta all'ictus cerebrale ALICe. Ho partecipato in rappresentanza dei Medici di Medicina Generale della FIMMG, su invito della Presidente Renata Ferrari, che devo ringraziare per l'occasione che ci ha fornito.

Sapevo, così come molti altri MMG, dell'esistenza dell'associazione, ma partecipare alla riunione mi ha permesso di comprendere ed apprendere alcune cose. E d'altra parte spero che i membri dell'Associazione abbiano compreso ed appreso altrettante cose. Ad esempio ho appreso che i pazienti, dopo la dimissione ospedaliera, si sentono abbandonati. Questo è comprensibile, ed anche prevedibile: dopo essere stati assistiti 24 ore al giorno da personale specializzato, vengono mandati a casa, a volte senza neppure l'attivazione della dimissione protetta, e proiettati nelle difficoltà, dalle più banali alle più complesse, legate all'assistenza continuativa, al cambio del pannolone, all'igiene personale, all'eventuale presenza di disfagia o di altre situazioni più "tecniche". Alla dimissione viene detto che "se ne occuperà" il medico curante, ma questi spesso non viene avvertito, e comunque, con le sue mani e il suo fonendo, va poco lontano. Cosa ci si aspetta da noi? Non so, e credo che non possano saperlo neppure i membri di ALICe, perchè non sanno quali sono i mezzi che abbiamo a disposizione. Purtroppo questi mezzi sono scarsi, e la speranza, anche legata all'esecutività del nuovo PAL, è che i MMG siano messi nelle condizioni di poter rispondere in tempi adeguati alle necessità dei pazienti che, nel caso degli assistiti con pregresso ictus, diventano "utenti ictusati" (come proposto da un membro di ALICe con pregressa ischemia cerebrale), cioè persone con una disabilità acquisita, le cui necessità diventano "perenni". Il MMG quindi inteso non più come colui che risponde ad un immediato bisogno con un immediato provvedimento medico, ma come colui che aiuta l'utente ad accettare la sua nuova condizione e a sfruttare le sue abilità residue. Su questa strada molto possono le organizzazioni come ALICe, come dimostrato dal progetto CIAO (Conversa Insieme A noi), che la Drssa Budriesi ha illustrato durante il Convegno. Ho chiesto alla Drssa di raccontarci qui sotto cos'è CIAO:

*"Da ottobre 2008, ALICe Modena Onlus organizza incontri ed attività per persone che hanno subito ictus e per i loro familiari. Questa iniziativa, nota con l'acronimo C.I.A.O (Conversa Insieme A noi), si svolge il venerdì pomeriggio, dalle 15.30 alle 18.30, presso la sede di ALICe, da ottobre a giugno. Le attività consistono in conversazioni, giochi (carte, tombola.....), condivisione di testi, foto e filmati, incontri con esperti su temi legati all'ictus. Inoltre, il terzo venerdì del mese è dedicato al rilassamento guidato in palestra, ed il quarto ad una merenda accompagnata da musica ("Torta pizza e karaoke"). Nei due anni di attività, CIAO ha raccolto il gradimento di pazienti e familiari, che la frequentano regolarmente e la ritengono un'importante occasione di incontro e scambio di esperienze. La partecipazione è libera.*

Marina Scarpa  
ALICe Modena onlus  
Associazione per la Lotta contro l'Ictus Cerebrale  
Via S. Caterina 120/3 - 41100 Modena  
orario d'apertura: venerdì ore 15-18  
Tel: 059 260486  
email: alicemodenaonlus@gmail.com

## DAL DISTRETTO DI MIRANDOLA

### Vaccinazione Antinfluenzale 2010

Parte la vaccinazione antinfluenzale, vaccinazione che verrà eseguita dai Medici di Famiglia dell'Area Nord sino a tutto Novembre. Sono oltre 8000 in Italia i decessi per complicazioni, per lo più broncopolmonari, dell'influenza stagionale. Fanno peggio dell'Influenza l'AIDS e la TBC. L'84% dei deceduti ha oltre 65 anni. La vaccinazione presso gli studi dei medici curanti è gratuita per gli aventi diritto. Proprio alle persone di età oltre i 65 anni è indirizzata la vaccinazione antinfluenzale che nell'Area Nord sta facendo passi da gigante. Pochi lustri fa si vaccinava solo il 15% dei cittadini aventi diritto, percentuale che ha superato il 66% nel 2009. L'obiettivo è di poter arrivare al 75%. Il vaccino che consiste in un'unica somministrazione

è indicato oltre che nei cittadini con età superiore ai 65 anni anche ai pazienti con patologie croniche cardiovascolari, polmonari, diabetici, personale sanitario di assistenza, soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo etc. Particolarmente importante è vaccinare coloro che fanno assistenza domiciliare alle persone anziane così come è utile vaccinare le donne che si trovano durante l'epidemia influenzale fra il secondo e terzo trimestre di gravidanza.

Nunzio Borelli,  
Rappresentante Medici di Famiglia della FIMMG  
del Distretto di Mirandola

## Il medico di famiglia e la comunicazione delle “cattive notizie”

*Il 16 ottobre si è svolto un incontro di aggiornamento sulle cure palliative per i medici di Modena e Castelfranco presso il Centro Famglia di Nazareth di Modena. Nel corso della mattinata il dott. Giorgio Donini, nostro collega ma anche psicoterapeuta ha tenuto un apprezzato intervento di cui riportiamo di seguito una sintesi da lui stesso curata*

Spesso siamo chiamati a dare “CATTIVE NOTIZIE”. Una prova che non ci impegna nella riflessione diagnostica o nella scelta della terapia adeguata poichè si tratta di situazioni dove la diagnosi è già definita e la terapia impostata. Una prova che ci chiama in un contesto diverso che ci espone all’incertezza e al dubbio di cosa, come, quando dire un messaggio che, pur nella ricerca della maggior adeguatezza possibile, ci suona sempre difficile e mai ottimale. Una prova che ci lascia insoddisfatti e a disagio di fronte alla quale dobbiamo affrontare emozioni molto umane. Timore della reazione. Paura di identificazione. Desiderio di fuga e di demandare ad altri il compito ingrato di esprimere un’informazione catastrofica. Informazione che peggiora drammaticamente la percezione della propria vita e del proprio futuro nel paziente. Con la certezza di indurre una reazione imprevedibile e non facilmente contenibile. Poichè insieme alla cattiva notizia comunichiamo spesso anche la nostra impotenza. Il naufragio di una sicura guarigione.

La scommessa è allora quella di fare dell’impotenza una risorsa paradossale per agire.

Questo incontro vorrebbe essere un pretesto per una riflessione comune sugli aspetti della comunicazione che divengono basilari essenzialmente a livello di relazione medico di famiglia-paziente nelle sue declinazioni di rispetto, premura, lealtà e affettività.

Riflettere sul **tempo**, sullo **spazio**, sul **linguaggio** come cornice complessa della comunicazione delle cattive notizie. E riflettere sulle **emozioni** che questo evento induce nel paziente e in noi medici chiamati, come sempre avviene, ad assorbire l’insicurezza. Ma in questo caso ad attenuare l’insicurezza esistenziale proprio mentre passiamo la notizia della grande insicurezza oggettiva e indicibile. Quella della malattia grave. Fino a quella della probabile morte. Esistono spunti per riflettere ed occasioni per approfondire la problematica. Ma presumibilmente non esistono protocolli invariati e universali. Poichè come la relazione medico-paziente così ogni interazione comunicativa medico-paziente, anche/specie in questa cornice drammatica, è specifica e non riproducibile. L’incontro può allora essere utile essenzialmente come momento dove ognuno di noi può riflettere sul proprio stile personale. Nella consapevolezza che ogni stile ci offre risorse e esperienze di adeguatezza così come ci impone vincoli e esperienze di inadeguatezza. Gratificazioni e amarezze si susseguono nella esperienza quotidiana di ognuno di noi di fronte ai grandi temi della condizione umana.

**Giorgio Donini**

### Bibliografia

Maria Stella Padula “Di casa in casa” . 2010

Byron J. Good “Narrare la malattia”. Edizioni di comunità. Treviso; 1999

Marie de Hennezel “La morte amica” Bur . Bergamo, 2007

Giorgio Donini Il cancro come sentimento. (Storie di incontri tra medico di famiglia e paziente oncologico. Quattroventi. Urbino, 2006

Giorgio Donini Verso una nuova epistemologia del medico di famiglia. Quattroventi. Urbino, 2006 Cap 1

Biondi Costantini Grassi La mente e il cancro. Il pensiero scientifico Roma 1995



**LA SEGRETERIA F.I.M.M.G.  
E' APERTA AL PUBBLICO**

|                  |              |               |
|------------------|--------------|---------------|
| <b>Lunedì</b>    | -            | 15.00 - 18.00 |
| Martedì          | -            | -             |
| <b>Mercoledì</b> | 9.00 - 13.00 | -             |
| <b>Giovedì</b>   | -            | 15.00 - 18.00 |
| <b>Venerdì</b>   | 9.00 - 13.00 | -             |