



Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del Distretto di Bologna

Il **15 novembre 2022** si è svolta su piattaforma Microsoft TEAMS l'Assemblea plenaria del CCMSS del Distretto di Bologna (convocazione del 4/11/2022) con il seguente Odg:

- 1) 14.30 – *Apertura dell'assemblea e comunicazioni del Presidente Paolo Ferraresi:*
- 2) 14.50 – *Varie e approvazione del verbale della plenaria del 18/10/2022*
- 3) 15.00 – *La missione 6 del PNRR: reti di prossimità e assistenza sanitaria territoriale.*
Dr. Mirco Vanelli Coralli – D.ssa Donatella Pagliacci
- 4) *Comunicazione della d.ssa Vittoria Sturlese relativa ad una futura indagine sulle Case della Comunità Metropolitane, da svolgersi congiuntamente con AUSL Bologna e CCMSSA.*
- 5) *Apertura del dibattito e conclusioni – Termine dell'assemblea ore 17.30*

Presenti/assenti alla riunione del:

Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del Distretto di Bologna

Foglio presenze del **15 novembre 2022**

ASSOCIAZIONE	COGNOME e NOME	FIRMA
A.B.I.STOM <i>Ass. Bolognese Incontinenti Stomizzati</i>	T. D'Elia Maria	
ACLI <i>Ass. Cristiane Lavoratori Italiani</i>	T. Di Cocco Ettore	P
ADB <i>Ass. Diabetici Bologna</i>	T. Sarti Armando S. Burzi Gloria	AG
AIAS <i>Ass. Italiana Assistenza Spastici</i>	T. Ardizzoni Marta S. Mauro Paolini	
AIPA <i>Ass. Italiana Pazienti Anticoagulati</i>	T. Colombo Antonia S. Marani Mara	P
AISM <i>Ass. Italiana Sclerosi Multipla</i>	T. Anna Fiorenza S. Mestitz Carlo	P
AITSAM <i>Ass. Italiana Tutela Salute Mentale</i>	T. Fregni Raul S. Serio Alberto	
ANAP <i>Ass. Nazionale Anziani e Pensionati</i>	T. Tazzari Vincenzo S.	
A.L.I.Ce. <i>Associazione Lotta Ictus Cerebrale</i>	T. Bernardoni Lucia S. Cavallari Cristina	P
ANDROMEDA <i>Ass. di volontariato</i>	T. Raia Enrico Paolo S. Boccia Ernestina	P
ANFFAS <i>Bologna ONLUS</i>	T. Ferraresi Paolo	P
ANGSA <i>Ass. Nazionale Genitori Soggetti Autistici</i>	T. Stasi Anna Rita S. Corona Marialba	P

ANMIC <i>Ass. Nazionale Mutilati Invalidi Civili</i>	T. Mauro Pepa S. Maria Grazia Properzi	
ANTEAS "G. FANIN" <i>Ass. Naz. Tutte Età Attive per la Solidarietà</i>	T. Lelli Luciano	AG
APRI <i>Ass. Ricerca Sindrome Down Autismo e danno cerebrale</i>	T. Carlo Hanau S. Anna Torricelli	P P
ARAD <i>Ass. Ricerca Assistenza Demenze</i>	T. Sinoppi Marco	P
AUSER <i>Volontariato Bologna</i>	T. Rizzoli Stefano	P
AVIS Provinciale Bologna <i>Ass. Volontari Italiani Sanguie</i>	T. Morello Baldassarre S. Diego Turchi	
CCSVI <i>Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale nella Sclerosi Multipla</i>	T. Gallo Roberta S. Mazzeo Mariantonietta	
CITTADINANZATTIVA <i>Emilia Romagna</i>	T. Santoro Maria Vittoria S. Licastro Federico	P
DIDI' ad ASTRA <i>Ass. promozione sociale</i>	T. Minelli Grazia S. Binazzi Barbara	
DIRITTI SENZA BARRIERE <i>Ass. di volontariato</i>	T. Bellotti Bruna	
ENS <i>Ente Nazionale Sordi</i>	T. Armaroli Simona S. Vaccaro Giuseppe	
FAMIGLIE INSIEME <i>ONLUS</i>	T. Morganti Enrico	P
FANEP <i>Ass. Famiglie Neurologia Pediatrica</i>	T. Morvillo Martina	
FEDEREMRARE <i>Federazione Associazioni Malattie Rare</i>	T. Franca Pietri S. Zucchini Carla	P
FEDERCONSUMATORI <i>Ass. di tutela dei consumatori</i>	T. Colombetti Dante S.	
FNP CISL <i>Federazione Nazionale Pensionati Cisl</i>	T. Bacchilega Giovanni Carlo S. Tugnoli Gianni	AG P
Fondazione ANT <i>Ass. Nazionale Tumori</i>	T. Brunetti Bruno	
GRD <i>Ass. Genitori Ragazzi Down</i>	T. Misuraca Antonella	P
Il Ponte di S. Chiara <i>Ass. di volontariato</i>	T. Rossi Sabrina S. Lorenzetti Antonella	
In Cammino Verso <i>Ass. di volontariato</i>	T. Belletti Silvio S. Sturaro Silverio	P
L'Aliante <i>Ass. di volontariato</i>	T. Montevicchi Viviana S. Verlicchi Paola	P
LILT <i>Lega Italiana per la lotta ai tumori</i>	T. Patrizia Lolli	P
MEG <i>Medicina Europea di Genere</i>	T. Stefani Patrizia S. Ribani Valeria	
Progetto Spazio e Amicizia <i>Ass. di volontariato</i>	T. Cubellis Alessandro	
SPI CGIL <i>Sindacato Pensionati Italiani CGIL</i>	T. Suprani Roberto	P
TDS Tribunale Della Salute	T. Grande Romano S. Hanau Carlo	P
UDI Unione Donne in Italia	T. Serra Loretta S. Scagliarini Franca	

UICI <i>Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti</i>	T. Di Ridolfo Nicolina S. Prantoni Andrea	P
<i>Rappresentanti Aziendali</i>	<i>Cognome Nome</i>	
Direttore Distretto di Bologna	Mirco Vanelli Coralli	P
Referente distrettuale	Aldo Trotta	P
Referente distrettuale	Veronica Ferrari	
Responsabile Amministrativo Distretto FF	Stefano Vincenzi	
Resp. UO Qualità, accreditamento e relazioni con il cittadino	Vittoria Sturlese	P
Responsabile UASS Distretto di Bologna	Rosangela Ciarrocchi	
Collaboratrice Distretto di Bologna	Agresti Romina	
<i>Rappresentante ASP Bologna</i>	<i>Cognome Nome</i>	
ASP Città di Bologna – Dir. Gen.	Angelo Stanghellini	
ASP Città di Bologna	T. Irene Bruno	
<i>Rappresentante Comune di Bologna</i>	<i>Cognome Nome</i>	
Comune di Bologna	Manca Caterina	
<i>Rappresentanti dei Gestori</i>	<i>Cognome Nome</i>	
ANASTE	Gianluigi Pirazzoli	P
CADIAI	Franca Guglielmetti	
<i>Rappresentanti dei familiari</i>	<i>Cognome e nome</i>	
Familiare di ospite presso Beata Vergine delle Grazie	Martin Stiglio	

1) Apre la seduta il Presidente Paolo Ferraresi. Si riporta di seguito, su sua richiesta, la relazione introduttiva

Buon pomeriggio colleghe e colleghi. Intanto ringrazio caldamente la Dr.sa Pagliacci, la Dr.sa Sturlese ed il Dr. Vanelli Coralli per essere presenti con noi oggi.

In effetti la riunione di oggi è particolarmente importante, non solo per gli argomenti che verranno discussi, ma anche perché dovrebbe essere propedeutica per la costituzione di una futura indagine metropolitana relativa alle Case della Comunità, da svolgersi unitamente alla AUSL di Bologna e dovrebbe vedere coinvolti anche i Distretti Sanitari Metropolitan.

Dovevamo incontrarci io, Bacchilega e la Dr.sa Sturlese, l'11-11-2022 con la prof. Guerra, portavoce ufficiale dell'Università Bolognese nei confronti della cittadinanza, perché anche lei, come rappresentante dell'Università, sarebbe interessata alla ricerca, ma purtroppo l'incontro è slittato a fine mese. Ovviamente vi terremo aggiornati e poi dovremo portare anche i contenuti emersi dall'incontro al CCMSSA e ovviamente al nostro Distretto Sanitario.

Non vi sto a sintetizzare i contenuti dell'ultima riunione del CCMA, perché in gran parte li ho inseriti nel verbale che vi ho inviato per email riguardante la riunione del 31/10 del Gruppo tematico sulle C.D.C.

Nell'assemblea odierna affronteremo le tematiche relative al PNRR missione 6 un po' in generale sull'organizzazione della medicina di prossimità, MMG, CDC e strutture varie, ed altre più mirate al nostro Distretto. Abbiamo svolto una riunione di preparazione il 31 ottobre alla giornata di oggi. Le domande che vi rivolgiamo sono state tratte in gran parte da quell'incontro. **E per favore non meravigliatevi se abbiamo**

tantissime domande e chiarimenti da porre, anche se, ovviamente, non si pretende che a tutti sia possibile rispondere oggi. Certamente nel corso del 2023 avremo occasioni di riprendere tali argomentazioni.

Seguirà poi anche una comunicazione della Dr.ssa Vittoria Sturlese inerente ad una futura probabile indagine metropolitana sulle C.R.A.

- Come viene indicato da più parti, anche dal Prof. Licastro di Cittadinanzattiva, se le Case della Comunità saranno importanti nella nuova organizzazione sanitaria territoriale di prossimità, perché, così come sono concepite si presentano come un vero e proprio **nuovo parametro di riferimento** sociale, sociosanitario e sanitario nei confronti della loro popolazione di riferimento e non dovranno essere solo una modificazione lessicale delle C.D.S.

- Basandosi sul documento importante della RER del 5-12-2012 avente per oggetto l'organizzazione delle Case della Salute, occorre far notare l'importanza dell'inserimento dei CCM all'interno delle Case della Salute. Nel documento si cita addirittura la presenza del Volontariato dei Cittadini nel Board delle CdS. In effetti sarà importante che le future CDC siano predisposte verso il territorio, verso la comunità che deve essere coinvolta nei processi partecipativi, attraverso le proprie organizzazioni, come i CCMSS, che dovrebbero essere coinvolti nella CABINA DI REGIA della struttura.

Tuttavia esse presentano però diverse criticità che veniamo ad esporre.

- **Non viene definito ancora il rapporto tra MMG, PDLs e Case della Comunità.** Abbiamo seri dubbi che molti Medici di Medicina Generale possano accettare l'organizzazione che viene loro offerta, come da progetto del Ministero, sia per la frammentazione professionale settimanale tra il proprio ambulatorio, tra il Distretto e tra la CDC, sia per la divisione degli emolumenti ricevuti, di cui il 70% risulterebbero con quota capitaria ed il 30% ad ore quando lavorano per il Distretto e per le CDC. – In più già ora i MMG hanno poca intenzione di essere inseriti nelle CDC o di lavorare per esse. Già ora sono poco presenti nelle aree rurali e montane dove la densità della popolazione è bassa. I sindacati dei MMG non hanno risolto questa criticità e non sembra che abbiano proposte convincenti. **Non si potrebbe pensare di assumere MMG come dipendenti del SSN nelle aree disagiate e con pochi utenti, ma là, dove venissero a mancare, anche nelle aree cittadine?**

- Non è prevista la presenza di mediatori culturali.

- Viene lasciata troppa libertà di attuazione alle Regioni, che sarà fonte certa di diseguaglianze, ma questo aspetto è più propriamente politico.

- Non sembra che sia previsto un progetto salute biennale o triennale per ciascuna CDC attraverso cui si possano verificare a posteriore i risultati conseguiti sul territorio, come osserva giustamente Federico Licastro.

- Non sembra garantita nelle CdC l'integrazione fra il sociale da una parte ed il Socio-sanitario e sanitario dall'altra. L'inserimento dei Servizi sociali Comunali è soltanto molto raccomandato.

- **Infine, manca totalmente l'odontoiatria.** Si sa come sia difficile e problematico affrontare questo aspetto. L'odontoiatria è generalmente demandata al servizio privato senza accreditamenti alcuni. Sappiamo che nei LEA è prevista la prestazione odontoiatrica per popolazione con limiti reddituali come da ISEE e per la popolazione infantile fino ai 14 anni di età con finalità prevalentemente di prevenzione. Questo aspetto non ci ha mai trovato d'accordo. Potrebbe essere utile riprendere l'argomentazione al CCMA ed in ogni Distretto ed auspicare anche un inserimento dell'odontoiatria nelle C.d.C.

- Si sente ventilare da un po' di tempo che le CDC potrebbero essere anche private accreditate (vedi Lombardia). Ma che senso avrebbe? Non possono essere a gestione privata, e non devono avere servizi al proprio interno gestiti da privati.

- Occorre cercare infermieri e medici per le Case della Comunità. Nelle Case della Comunità ci devono essere MMG, dipendenti o professionisti, deciderà l'AUSL quale categoria a seconda degli eventi o delle necessità, ma vi devono essere.

- A che punto siamo con l'implementazione e l'utilizzo degli strumenti tecnologici per la diagnostica di primo livello negli ambulatori dei MMG e la loro aggregazione in medicina di gruppo?

- Una volta che gli ambulatori dei MMG si sono tecnologizzati, e questo dovrebbe essere un aspetto indispensabile, quali altre caratteristiche dovranno avere per essere definiti strutture spoke nei confronti delle Case della Comunità, sia SPOKE che HUB?

- Inoltre per riordinare le cure primarie occorre **prevedere anche il ruolo dello specialista ambulatoriale,** figura essenziale nell'equipe multidisciplinare al pari del Medico di Medicina Generale, del Pediatra, dell'Infermiere del Farmacista e degli altri Professionisti sanitari. La specialistica a Bologna è praticamente sempre stata ospedaliera. I medici specialisti in futuro dove dovrebbero stare? Solo all'interno delle CDC o svolgere attività in parte ospedaliera e parte territoriale, con attività frazionate come quelle dei MMG?

- A tal proposito il modello organizzativo della missione 6 del PNRR per il potenziamento del territorio sta

sollevando dubbi in relazione all'efficienza futura del sistema ed al fabbisogno di personale che esso assorbirebbe, tanto che alcuni invocano una revisione del Piano stesso, pena il suo fallimento, **senza però indicare a quanto ammonterebbe il personale indispensabile.**

Sul piano economico finanziario come siamo messi con l'assunzione di nuovo personale tra medici e infermieri e dove si prenderanno le risorse necessarie? È stato già fatto un piano per il personale necessario per avviare il rinnovato modello di assistenza territoriale?

- Molti tra noi hanno altri dubbi in merito: i MMG non entreranno mai nelle CDC., i MMG non diventeranno mai dipendenti. In oltre se l'integrazione socio sanitaria dovrebbe essere il primo compito da svolgere si teme che i servizi sociali rimarranno nei quartieri. Sarebbe indispensabile mettere i Servizi Sociali in rete con la Sanità.

- A tal proposito come si intende realizzare l'integrazione tra sociale e sanitario? Chiediamo se in base alla Missione 6 C1 punto 1.2 è stato già previsto uno scenario scadenzato nel tempo puntando almeno su tre priorità strategiche: **l'assistenza ai pazienti cronici, l'assistenza domiciliare e l'integrazione socio-sanitaria.**

E per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, per giungere al valore del 10% di pazienti over 65 presi in carico sono già iniziati i lavori di ristrutturazione del settore con una maggiore partecipazione dei medici di medicina generale, anche attraverso quote di tempo destinate a tali iniziative?

- **In merito a quanto appena detto**, il rafforzamento del sistema assistenziale sul territorio finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, passa attraverso l'integrazione di diverse figure professionali, tra le quali **l'infermiere di comunità riveste un ruolo fondamentale.**

Quanti infermieri di comunità sono già stati assunti, oppure quanti ne penserete di assumere?

- **Sempre a tal proposito la COT sarà la sede vera dell'integrazione sociosanitaria** e vi parteciperanno figure del sociale. Dove verranno costituite? Il Regolamento prevede che ve ne siano una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sociali, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. A Bologna ne sono previste 3. Basteranno se i quartieri sono 5-6? E come si rapportheranno con le case della Comunità e soprattutto con i Distretti Sanitari-

- **A tal proposito non è ancora chiara quale sarà il nuovo ruolo del Distretto Sanitario** nella nuova organizzazione di prossimità. Ci auguriamo che abbia un ruolo di super coordinamento nell'organizzazione territoriale con tutte le strutture e un budget di spesa proprio.

- **Quale sarà la futura dislocazione della medicina d'urgenza?** Sarà inserita nelle C.d.C. HUB come vorrebbe il D.M.71 o rimarrà in Via Montebello, dove per altro si è trasferita da poco tempo?

- Quale è l'orario effettivo oggi della continuità assistenziale? Non sembra affatto chiaro il servizio orario che svolgono i medici della Guardia Medica. Non sarebbe da rivedere?

- **Quale sarà il rapporto dei medici con gli Ospedali di Comunità** e le Cure Palliative? Quali medici vi entreranno? I MMG, i Medici di comunità o i medici ospedalieri? E quante U.S.C.A vi saranno a Bologna? Il DM71 parla di 1 USCA ogni 100.000 abitanti

- **A proposito degli Ospedali di Comunità.** Così come vengono delineati dal PNRR, sembrano avere una notevole importanza. Potenziando l'offerta dell'assistenza intermedia, in dimissioni dal post-acuzie o in uscita dal proprio domicilio e contribuiscono ad una maggior appropriatezza delle cure, con una riduzione di accessi impropri ai PP.SS. o ad altre strutture di ricovero ospedaliero. Ma gli OSCO (o ODC) a Bologna dove sono o saranno?

Ne è stato previsto 1 al Padiglione Palagi con 18 posti letto. Ma se sono così importanti, non vi sembra siano pochini, anzi, meglio, irrisori?

- Ed infine un ultimo punto, ultimo ma non per importanza. Crediamo in tanti che uno degli aspetti importanti della medicina territoriale sia quello di ridurre gli accessi al P.S. Ma per poter attuare questa riduzione, da sempre tanto auspicata realmente dalla popolazione, ci sembra che **sia indispensabile riformare oltre all'organizzazione, associativa e tecnologica, degli studi medici** in rapporto **anche** con la continuità assistenziale, oltre a creare un numero congruo di USCA, contemporaneamente **ci sembrerebbe indispensabile attrezzare le case della comunità con luoghi adeguati per ospitare codici bianchi** e parte dei verdi e con medici di comunità, o medici dipendenti che, insieme a qualche infermiere, si occupino di questi primi soccorsi.

2) Ha partecipato alla riunione il Sig. Stefano Cassanelli del CCMSS del Distretto Reno Lavino Samoggia.

È stato approvato il verbale del 18/10/2022.

- Vanelli Coralli ha ringraziato i volontari delle Associazioni, in particolare quelli di ANTEAS, per l'importante contributo dato finora a sostegno dei percorsi di accesso dei cittadini agli ambulatori delle vaccinazioni anticovid programmate.

- Ferraresi ha informato i presenti che la relazione conclusiva delle attività svolte dal CCMSS nel corso del 2022 probabilmente non sarà ultimata entro dicembre.
- Nella prossima riunione ci si concentrerà sulla programmazione del CCMSS per il prossimo anno.

- 3) Vanelli Coralli ha illustrato il tema all'ordine del giorno – un tema complesso e in costante evoluzione – cercando di fissare alcuni concetti fondamentali, a partire dalle linee di intervento e dai finanziamenti relativi:
- 1) alle *Case della Comunità* (Hub e Spoke), quali luoghi di coordinamento di tutti i servizi territoriali;
 - 2) agli *Ospedali di Comunità*, finalizzati a potenziare l'assistenza territoriale e facilitare i percorsi di transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio;
 - 3) alle *Centrali Operative Territoriali* (una per ogni Distretto), che avranno funzioni di coordinamento tra servizi domiciliari e altri servizi.

Tutto ciò, ha tenuto a precisare, all'interno del nuovo paradigma della *medicina d'iniziativa*.

Ha accennato inoltre agli interventi previsti nel contesto dell'Ausl di Bologna e alle prime indicazioni predisposte da AGENAS, dettagliando nello specifico le azioni per il Distretto di Bologna, vale a dire gli interventi di riqualificazione della CdC Saragozza e quelli per le CdC Colombi, Mengoli e Pilastro. Ha infine puntualizzato che, mentre a livello distrettuale è in programma la nascita delle Centrali Operative Territoriali, a livello aziendale è prevista la creazione di una *Centrale Unica Metropolitana*.

La d.ssa Pagliacci ha accennato al DM 77 confermando il carattere dinamico e di progressivo sviluppo organizzativo della fase attuale, sia a livello nazionale che regionale. Privo di specifiche indicazioni sulla Medicina generale, il decreto ministeriale si concentra sul Distretto, sugli standard che deve avere e sulle sue strutture fondamentali, anche se le indicazioni che esso riporta non sono sempre chiare e di univoca interpretazione, come ad esempio quelle relative alle UCA (Unità di Continuità Assistenziale), che secondo il DM 77 dovrebbero essere una ogni 100 mila abitanti. Sebbene il tema della riorganizzazione della Medicina Generale non sia previsto dal Decreto, si è cercato comunque di portare avanti un percorso di ridefinizione di questo settore; il percorso si è però interrotto in seguito alla caduta del precedente governo e pertanto le prospettive della sua riorganizzazione restano legate a quanto previsto nell'ultimo Accordo con i MMG. Circa la Medicina territoriale, il PNRR prevede linee di finanziamento esclusivamente per le strutture, mentre gli standard di personale restano in capo alle Regioni: il Fondo Sanitario Nazionale verrà distribuito in base al posizionamento di ogni singola realtà regionale rispetto agli standard e ciò potrebbe risultare penalizzante per quelle regioni, come l'Emilia-Romagna, che negli anni hanno maggiormente investito nell'assistenza territoriale. In tutte le Case della Comunità operano MMG e PLS e c'è un'ampia offerta di prestazioni specialistiche anche se tale offerta non è organizzata per percorsi assistenziali e/o per la presa in carico di persone con problematiche croniche. Questa pertanto dovrebbe essere la frontiera per una positiva riconfigurazione delle CdC nell'ottica della medicina d'iniziativa. Ha infine risposto ad alcune questioni poste nella relazione introduttiva, in particolare quella dei PS, ricordando che è stata lanciata dall'Assessore regionale l'idea di istituire degli Ambulatori a Bassa Complessità (ABC) per ridurre il numero di accessi dei codici bianchi e verdi, ovvero come soluzione temporanea in attesa di una ridefinizione più complessiva delle CdC.

Vanelli Coralli ha integrato la sua relazione con un intervento sulle progettualità strutturali e dei servizi da implementare nella CdS del quartiere Savena-S. Stefano.

- 4) Vittoria Sturlese è intervenuta in merito ad una futura indagine sulle Case della Comunità Metropolitane, da svolgersi congiuntamente con AUSL Bologna e CCMSSA. Ha posto una domanda: come è possibile accompagnare questa riorganizzazione del sistema con un approccio partecipativo/comunitario? Si è dunque soffermata su alcuni aspetti del contesto attuale per rimarcare la necessità di un cambio di prospettiva e di una valorizzazione di un modello compartecipativo. Ha spiegato come l'Ausl si prefigga una nuova integrazione tra partecipazione, equità e uguaglianza mediante la costituzione di un Board aziendale al fine di orientare le azioni, monitorare le buone prassi, sviluppare iniziative di ricerca, formazione e approfondimento. All'interno di questo scenario è possibile un contributo dei CCMSS: si tratta dunque di definire i contesti di attività in base agli obiettivi, coinvolgere i portatori di interessi ai livelli distrettuali e aziendale e avviare le progettualità in coordinamento con il Board. Un'eventuale indagine sulla qualità percepita sulle CdC dovrebbe perciò essere circoscritta ad una delle criticità emerse da un'indagine già effettuata, ad esempio l'accesso alle strutture.

Sono intervenuti:

Morganti ha proposto di limitare la programmazione del CCMSS del 2023 a due o tre priorità.

Suprani ha condiviso quanto detto da Morganti e ha aggiunto che l'innovazione rappresentata dalla CdC deve essere centrata su modalità di intervento che oltre alle fragilità dei singoli focalizzino l'attenzione anche

sulle fragilità del territorio, ovvero sugli aspetti sociali e culturali della salute, cercando in tal modo di rispondere ai bisogni sia dei singoli che delle collettività; il tema della compartecipazione sollevato da Sturlese dovrebbe pertanto essere dirimente per il CCMSS, nel suo ruolo consultivo e propositivo, all'interno delle CdC quali luoghi in cui i cittadini non sono semplici fruitori di prestazioni e servizi ma anche attori più o meno competenti e propositivi. A tal fine si rende necessario anche un salto di paradigma delle Università di Medicina: i futuri medici dovrebbero essere consapevoli che oltre alla dimensione bio-medica esistono anche aspetti sociali e culturali della salute.

Rizzoli si è detto soddisfatto del superamento della vecchia idea secondo la quale le CdC non saranno esclusivamente luoghi di erogazioni di prestazioni ma sedi di comunità professionali, ha apprezzato il riferimento alla medicina d'iniziativa e di comunità affidate al settore pubblico e tuttavia, pur apprezzando i riferimenti alla dimensione sociale della salute, ha invitato alla cautela in merito all'abbandono frettoloso della medicina prestazionale, che dovrebbe essere mantenuta e potenziata.

Ferraresi ha rimarcato che le CdC devono avere funzioni di carattere sanitario, socio-sanitario e sociale; di importanza cruciale sarà la partecipazione dei cittadini e dei CCMSS. Ha auspicato che vengano costituiti anche dei laboratori del cittadino all'interno dei quali il tema della salute territoriale abbia la possibilità di essere discusso collegialmente insieme ai rappresentanti della sanità e degli enti locali dei quartieri e dei distretti. Ha accennato al tema della programmazione 2023 del CCMSS e alla tempistica della sua definizione e approvazione. In merito al punto affrontato dalla Sturlese, ha proposto di programmare delle visite all'interno delle CdC e ribadito l'utilità di un'indagine sulla qualità percepita dai cittadini.

Pietri ha sottolineato l'importanza di informare la cittadinanza sulla progettualità delle nuove CdC anche eventualmente con la diretta partecipazione del CCMSS.

Sturlese ha proposto di accantonare la linea della ricerca della qualità percepita e di provare a sperimentare l'effettiva partecipazione dei cittadini e dei CCMSS all'interno dei PUA (Punto Unico di Ascolto), in particolare in merito all'accoglienza nelle CdC.

La riunione è terminata alle ore 17.15. Il prossimo incontro del CCMSS si terrà il *13 dicembre*, salvo cambiamenti che saranno tempestivamente comunicati.

Si ricorda che presso la segreteria del Distretto di Bologna è disponibile la registrazione integrale della seduta.

Il verbalizzante
Aldo Trotta

Il Presidente del CCMSS Distretto di Bologna
Dr. Paolo Ferraresi