



## Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del Distretto di Bologna

Il **29 marzo 2022** si è svolta su piattaforma Microsoft TEAMS l'Assemblea plenaria del CCMSS del Distretto di Bologna (convocazione del 21 marzo 2022) con il seguente Odg:

- 1) 14.30 – *Apertura dell'assemblea e comunicazioni del Presidente Paolo Ferraresi*
- 2) 14.50 – *Varie ed eventuali, approvazione del verbale della plenaria del 15/2/2022 e del verbale dell'assemblea straordinaria del 7/3/2022*
- 3) 15.00 – *La rete dei MMG: criticità e organizzazione in rapporto alla pandemia, al territorio e alle nuove direttive del PNRR – missione 6 – presentate anche nel DM 71. Interverranno la D.ssa Cristina Maccaferri e il Dr. Salvatore Bauleo*
- 4) 16.15 – *Apertura del dibattito e conclusioni*

### Presenti/assenti alla riunione del:

Comitato Consultivo Misto Socio Sanitario del Distretto di Bologna

### Foglio presenze del **29 marzo 2022**

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

<b>ANMIC</b> <i>Ass. Nazionale Mutilati Invalidi Civili</i>	T. Mauro Pepa S. Maria Grazia Properzi	
<b>ANTEAS "G. FANIN"</b> <i>Ass. Naz. Tutte Età Attive per la Solidarietà</i>	T. Lelli Luciano	P
<b>APRI</b> <i>Ass. Ricerca Sindrome Down Autismo e danno cerebrale</i>	T. Ferraresi Paolo S. Anna Torricelli	P P
<b>ARAD</b> <i>Ass. Ricerca Assistenza Demenze</i>	T. Sinoppi Marco	P
<b>AUSER</b> <i>Volontariato Bologna</i>	T. Rizzoli Stefano	P
<b>AVIS</b> Provinciale Bologna <i>Ass. Volontari Italiani Sangue</i>	T. Morello Baldassarre S. Diego Turchi	
<b>CCSVI</b> <i>Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale nella Sclerosi Multipla</i>	T. Gallo Roberta S. Mazzeo Mariantonietta	
<b>CITTADINANZATTIVA</b> <i>Emilia Romagna</i>	T. Santoro Maria Vittoria S. Licastro Federico	P
<b>DIDI' ad ASTRA</b> <i>Ass. promozione sociale</i>	T. Minelli Grazia S. Binazzi Barbara	
<b>DIRITTI SENZA BARRIERE</b> <i>Ass. di volontariato</i>	T. Bellotti Bruna	
<b>ENS</b> <i>Ente Nazionale Sordi</i>	T. Armaroli Simona S. Vaccaro Giuseppe	
<b>FAMIGLIE INSIEME</b> <i>ONLUS</i>	T. Morganti Enrico	P
<b>FANEP</b> <i>Ass. Famiglie Neurologia Pediatrica</i>	T. Morvillo Martina	
<b>FEDEREMRARE</b> <i>Federazione Associazioni Malattie Rare</i>	T. Franca Pietri S. Zucchini Carla	AG
<b>FEDERCONSUMATORI</b> <i>Ass. di tutela dei consumatori</i>	T. Colombetti Dante S.	
<b>FNP CISL</b> <i>Federazione Nazionale Pensionati Cisl</i>	T. Bacchilega Giovanni Carlo S. Tugnoli Gianni	P
<b>Fondazione ANT</b> <i>Ass. Nazionale Tumori</i>	T. Brunetti Bruno	
<b>GRD</b> <i>Ass. Genitori Ragazzi Down</i>	T. Misuraca Antonella	
<b>Il Ponte di S. Chiara</b> <i>Ass. di volontariato</i>	T. Rossi Sabrina S. Lorenzetti Antonella	
<b>In Cammino Verso</b> <i>Ass. di volontariato</i>	T. Belletti Silvio S. Sturaro Silverio	P
<b>L'Aliante</b> <i>Ass. di volontariato</i>	T. Montevecchi Viviana S. Verlicchi Paola	P
<b>LILT</b> <i>Lega Italiana per la lotta ai tumori</i>	T. Patrizia Lolli	P
<b>MEG</b> <i>Medicina Europea di Genere</i>	T. Stefani Patrizia S. Ribani Valeria	
<b>Progetto Spazio e Amicizia</b> <i>Ass. di volontariato</i>	T. Cubellis Alessandro	
<b>SPI CGIL</b> <i>Sindacato Pensionati Italiani CGIL</i>	T. Suprani Roberto	P
<b>TDS</b> <b>Tribunale Della Salute</b>	T. Grande Romano S. Hanau Carlo	P
<b>UDI</b> <b>Unione Donne in Italia</b>	T. Serra Loretta S. Scagliarini Franca	P
<b>UICI</b> <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>	
<b>Direttore Distretto di Bologna</b>	Mirco Vanelli Coralli	P
<b>Referente distrettuale</b>	Aldo Trotta	P
<b>Referente distrettuale</b>	Veronica Ferrari	
<b>Responsabile Amministrativo Distretto FF</b>	Stefano Vincenzi	
<b>Resp. UO Qualità, accreditamento e relazioni con il cittadino</b>	Vittoria Sturlese	
<b>Responsabile UASS Distretto di Bologna</b>	Rosangela Ciarrocchi	
<b>UASS Distretto di Bologna</b>	Maria Grazia Bertagni	
<b>Collaboratrice Distretto di Bologna</b>	Agresti Romina	
<i>Rappresentante ASP Bologna</i>	<i>Cognome Nome</i>	
<b>ASP Città di Bologna – Dir. Gen.</b>	Angelo Stanghellini	
<b>ASP Città di Bologna</b>	T. Irene Bruno	P
<i>Rappresentante Comune di Bologna</i>	<i>Cognome Nome</i>	
<b>Comune di Bologna</b>	Manca Caterina	
<i>Rappresentanti dei Gestori</i>	<i>Cognome Nome</i>	
<b>ANASTE</b>	Gianluigi Pirazzoli	P
<b>CADIAI</b>	Franca Guglielmetti	
<i>Rappresentanti dei familiari</i>	<i>Cognome e nome</i>	
<b>Familiare di ospite presso Beata Vergine delle Grazie</b>	Martin Stiglio	

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

Faccio una premessa doverosa, prima della mia introduzione vera e propria alle tematiche assembleari.

È stato approvato dal CCMA, il nuovo regolamento e concordato con la Direzione Sanitaria dell'AUSL. Si aspetta ora la delibera definitiva.

È stato stabilito un periodo di prova di un anno, scaduto il quale ci si potrà di nuovo incontrare, se verrà ritenuto opportuno.

Non è stato affatto semplice vararlo. Le mediazioni sono state laboriose e spesso con veti incrociati. È stato approvato con la votazione concorde di 5 CCMSSD, comprese le figure istituzionali dell'AUSL presenti nell'organigramma del CCMSSA. Vi è stato solo il voto contrario di Giordano Lanzarini, perché nelle mediazioni gli sarebbe stata accolta soltanto una modifica su quattro di quelle presentate, anche se a parer mio gli è stata accolta quella più interessante e le altre avrebbero creato solo difficoltà all'operatività e alla rappresentanza dei CCMSSD e del CCMSSA.

Speriamo di avere in qualche modo accontentato un po' tutti. L'unico aspetto che rimane in qualche modo un po' controverso è la sede dei CCMSSD. Non abbiamo avuto la possibilità di avere una nostra sede specifica, anche se volta per volta ci è stato assicurato l'impegno di trovarne una in

base alle nostre attività programmate. La motivazione ufficiale è stato che in tempo di covid molte sale distrettuali sono impegnate e trovare sale adeguate e vuote solo per noi non sarebbe possibile. Molti stessi dirigenti AUSL hanno sale condivise con altri. Verificheremo quando il COVID sarà scomparso. È stato poi ulteriormente migliorato il concetto di informazione preventiva. Vi invieremo il Regolamento non appena sarà deliberato dalla Direzione AUSL.

Proporrei comunque per aprile l'elezione del terzo delegato. Se il regolamento non sarà stato ancora deliberato voteremo per un uditor fisso al CCMSSA con la clausola formale che diventerà automaticamente il 3° delegato appena verrà deliberato il regolamento. Se non si potrà farla in presenza la faremo in collegamento On Line, ma dovremo farlo. Preannuncio fin da ora che personalmente mi asterrò dalla votazione per non influenzarla, se faremo le votazioni on line. Vi leggerò ora l'introduzione al dibattito di oggi, con tutti i temi sul tappeto. Al termine vi sarà una varia già prevista, Per gli interventi desidererei gentilmente che non si superassero max. i 7 minuti.

Vorremmo ora affrontare le tematiche pertinenti all'assemblea odierna con i due aspetti che dovrebbero caratterizzarla è cioè con le problematiche di carattere più generale, nazionale o metropolitano e poi con problematiche e criticità più locali.

**In riguardo alle prime** non vi è dubbio alcuno che la figura dei medici di MG e la loro rete organizzativa siano assolutamente importanti nel configurare una valida sanità territoriale.

Non vi è altresì dubbio alcuno che quei modelli regionali di sanità territoriale che vedevano un ridimensionamento netto del ruolo e numero dei MMG sul territorio a favore di una sanità soprattutto "ospedalocentrica" siano entrati in crisi durissima con lo scoppio della Pandemia.

Ma, più in generale in tutta Italia, non vi è dubbio che la Pandemia abbia messo allo scoperto una evidente fragilità ed inadeguatezza del "Territorio" inteso come campo di interventi assistenziali primari e costituzione di una seria attività di messa in rete di tutte le professionalità tra loro e con le strutture di comunità ed ospedaliere. Anche a Bologna non sono mancate grandi criticità nel rapporto tra l'AUSL, le USCA ed i MMG.

È proprio per ovviare a questa grave manchevolezza, venutasi a formare con anni di incuria e depauperamento della sanità in generale, ma in particolare di quella territoriale, che è stato varato il PNRR missione 6 e il D.M.71, che vedono nella figura del MMG un ruolo primario, indispensabile.

Ma, è proprio in merito a questo ultimo aspetto che negli ultimi mesi si sono venute a formare opinioni molto differenziate rispetto al ruolo dei MMG in rapporto alla organizzazione territoriale, tra i medici stessi, tra il Ministero e le Regioni.

- 1) Da una parte vi è la F.I.M.M.G. che afferma no a dipendenza e accreditamento. Le Case della Comunità non devono essere l'unico punto di accesso sul territorio, vogliono la libera professione convenzionata, l'autonomia organizzativa e scelta fiduciaria da parte del cittadino. Auspicano la costituzione di medicina di gruppo, o meglio di MICROTEAM, gruppi di MMG che solo con progetti condivisi e obiettivi comuni si porrebbero come Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e non formali associazioni solo sulla carta, con proprio personale di studio assunto direttamente dai MMG o fornito da Soc. di Servizi. Potrebbero integrarsi tra loro turnandosi in un modello di H12-H16-H24 a seconda delle esigenze e progettualità del territorio. Questi MMG dovrebbero avere le cartelle cliniche dei pazienti in rete tra loro per essere all'occorrenza intercambiabili, dovrebbero essere più professionalizzati e aggiornati, dotati di diagnostica di primo livello e telemedicina in rete informatica con gli ospedali e le C.D.C. Essere in sostanza una struttura spoke in rapporto a tutti gli altri livelli assistenziali e sanitari più alti.

- In rapporto con loro vi dovrebbero essere i MMG della continuità Assistenziale, che dovrebbero rapportarsi efficacemente con l'allargata fascia oraria dei MMG per creare un servizio continuativo dalle 20 alle 8 dei giorni feriali e dalle 10 del sabato fino alle 8 del lunedì, ma dovrebbero essere inseriti nelle Case della Comunità, per essere dotati di attrezzatura diagnostica, non come oggi che senza dotazione alcuna non sono né carne né pesce e spesso suggeriscono al cittadino il ricorso al Pronto Soccorso.

- 2) Da un'altra parte vi sono MMG che chiedono a gran voce il passaggio alla dipendenza della Sanità pubblica. Vorrebbero un unico SSN per poter garantire ai cittadini il diritto di una assistenza migliore ed uniforme, e nel contempo vedersi riconosciuti le tutele ed i diritti di tutti i lavoratori. Impegnati fra pastoie burocratiche, legislative e amministrative vorrebbero fare solo i medici e non

gli imprenditori, fra cooperative, società di servizio e accreditamenti e che non vogliono più considerare lo stato come la controparte con cui dover trattare ogni cosa.

- 3) Una variante di questa posizione è la proposta di fare i passaggi graduali nel tempo. Man mano che i medici di M.G. convenzionati vanno in pensione, si potrebbe sostituirli con M.M.G. Dipendenti

- 4) Da un'altra parte ancora, è arrivata la proposta dal Ministero per la nuova convenzione, che avrebbe la pretesa di mediare le diverse posizioni, salvando capra e cavoli. La proposta consiste in 38 ore settimanali max., di cui 20 a studio, 6 nella casa della comunità, e 12 nel Distretto. L'apertura dello Studio sarebbe fissata in 5 gg a settimana nella fascia oraria 8-20, con 2 fasce mattutine e 2 pomeridiane. Lo studio dovrà essere aperto dal lunedì al venerdì ed obbligatoriamente il lunedì. Dovranno essere strutturati in A.F.T. e costituiranno gli spoke delle CDC HUB. Il loro studi nelle aree interne, montane e piccole isole dovranno essere ulteriormente rafforzati con la diagnostica e rete telematica per garantire una assistenza di prossimità adeguata. La nuova remunerazione, e qui viene il bello, sarebbe a quota capitaria ed è così articolata:

- una quota fissa del 70% che comprende le ore destinate alle attività ambulatoriali e le 6 ore svolte di attività all'interno della casa della comunità.

- una variabile del 30% costituita da 12 ore per il raggiungimento degli obiettivi del Distretto Sanitario e comprendente Progetti di Salute, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, telemedicina, attività di studio e ricerca. Ma la partecipazione alle Aggregazioni Funzionali Territoriali ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati è condizione necessaria per avere questa quota di remunerazione.

Ora viene da porre ragionevolmente qualche domanda e qualche obiezione.

- 1) Già i MMG convenzionati avevano pochissima intenzione di essere inseriti nelle CdC. Vi sarebbe quindi il rischio altissimo che esse possano restare dei contenitori vuoti se non si trovano altre soluzioni credibili.

- 2) Già ora i MMG sono poco presenti nelle aree rurali o montane, dove la densità di popolazione è bassa, perché con 300 o 400 utenti a testa non potrebbero vivere, mentre nelle aree cittadine viaggiano tra 1300 e 1700 utenti. I sindacati dei MMG non hanno risolto questa criticità e non mi sembra che abbiano proposte convincenti.

- 3) Chiedo a tutti voi se ritenete veramente che la proposta del Ministero possa essere accettata dalla maggior parte dei MMG convenzionati? Sarà invece rigettata da tantissimi. La creativa commistione nell'orario di lavoro del medico di due modalità ben diverse sono una notevole complicazione: le 20 ore negli studi periferici sono destinate all'assistenza ai pazienti propri, con compenso a quota capitaria, le restanti ore sono pagate a quota oraria e sono destinate a chi e a fare che cosa? Si deduce a chiunque acceda a Distretto e Casa della Comunità. È come riuscirebbero a far quadrare l'orario, inevitabilmente fisso, dello studio personale periferico, con quello quasi certamente variabile, a turno, da garantire in Distretto o nelle Case? Ed in più il 30% di remunerazione complementare non è chiaro affatto come sarebbe raggiunto.

- 4) Visto e considerato che anche le Regioni avevano approvato una richiesta di modifica che prevedeva, fermo restando il mantenimento del regime convenzionale in essere, la possibilità di assunzione diretta di personale sanitario e medico sia per le Case Della Comunità che per le zone carenti, non sarebbe invece ora di pensarvi seriamente? Le Case della Comunità che sono strutture pubbliche avrebbero in tal modo la possibilità di operare a pieno regime con medici dipendenti nelle città. Nelle zone rurali e montane esse stesse invece potrebbero demandare i medici da loro dipendenti in ambulatori sparsi nei vari comuni disagiati e questi funzionerebbero né più né meno come i vecchi medici condotti, solo che ora sarebbero dipendenti del SSN. Mentre nelle aree densamente popolate i medici convenzionati continuerebbero a costituire la rete di prossimità, tanto importante per la salute sul territorio.

**“Venendo alle criticità distrettuali”**, abbiamo imparato qualche tempo fa che a Bologna sarà costituita una nuova CDC HUB in Via Faenza, al quartiere Savena, che comprenderà anche la Casa Comunale e sarà la 5°. Ma il DM 71 non parla di CDC HUB ogni 50.000 abitanti? Quindi sarebbero circa 8. E le altre 3 a completamento non si faranno? O saranno invece costituite, come più probabile, dai 3 poliambulatori attuali che saranno trasformati in CDC Spoke e cioè il Colombi, il Mengoli ed il Pilastro?

- Prendendo per buona la nuova proposta organizzativa del Ministero, sono già state stabilite o quali saranno le attività promosse dal distretto nell'ambito delle 18 ore?
- Le visite domiciliari dove saranno comprese? Se avranno almeno 1500 utenti in media nel distretto non certamente nelle 20 ore ambulatoriali, e non certamente fuori da esse, perché molto tempo verrà loro sottratto dalle attività distrettuali.
- Quale sarà la futura dislocazione della continuità assistenziale? 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?
- Come vengono regolati i pensionamenti dei MMG? Come vengono sostituiti, perché sembra che ne manchino diversi sul territorio? E sembra anche che i gli utenti non ricevano le comunicazioni in tempo utile per cercarsi un altro medico e molti utenti ne rimangano senza per parecchio tempo.
- Quale sarà lo standard futuro dei MMG nei riguardi delle vaccinazioni? Si occuperanno solo delle antinfluenzali o verranno incaricati anche di altre tipologie?
- 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.
- Quale sarà la formazione di base e successiva dei MMG? Quale sarà il rapporto tra Università e Sanità territoriale? Le borse di studio sono insufficienti. Il numero medio programmato dei Medici non è adeguato. I tirocini dei giovani MMG dovranno essere svolti anche nelle Case della Comunità? E chi si occuperà e in che modo della nuova formazione dei MMG con studio già avviato, che dovranno occuparsi anche della diagnostica di primo livello, mentre oggi molti di loro ti prendono appena la pressione?
- E infine 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 veramente gli orari degli studi medici, favorirne le associazioni in medicina di gruppo, attrezzarli in modo adeguato e creare un numero congruo di USCA. Contemporaneamente altresì 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) Varie e approvazione dei verbali della plenaria di febbraio e dell'assemblea straordinaria del 7 marzo 2022*

Si approvano i verbali. Raia ha sollevato la questione del numero limitato di componenti del Comitato che hanno approvato la bozza del nuovo regolamento, chiedendo di verificare la legittimità della votazione, e quella dell'astensione alla medesima votazione dei componenti aziendali. Lolli ha sollecitato un approfondimento sui servizi di Nefrologia alla luce di una serie di criticità riscontrate, a suo avviso, dai cittadini.

*3) La rete dei MMG: criticità e organizzazione in rapporto alla pandemia, al territorio e alle nuove direttive del PNRR – missione 6 – presentate anche nel DM 71  
D.ssa Cristina Maccaferri e Dr. Salvatore Bauleo*

Il dr. Bauleo ha tratteggiato un quadro generale soffermandosi, in particolare, su alcune delle principali criticità emerse durante la pandemia: la mancanza dei DPI nelle sue fasi iniziali; le ricadute sui MMG delle difficoltà incontrate dal Dipartimento di Sanità Pubblica, con il conseguente sovraccarico della loro attività clinica e l'emergere di varie problematiche legate alla gestione dell'elevato numero di assistiti, tra cui i disagi nel garantire la terapia domiciliare ai pazienti. Questi aspetti hanno reso evidente l'indaguatezza della Medicina di base e la necessità di una generale riorganizzazione della rete dell'assistenza primaria, del potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare, di un significativo sviluppo della telemedicina e del rinnovamento delle strutture tecnologiche e digitali. Ritiene che sarebbe a tal fine opportuno, appena le condizioni

epidemiologiche lo consentiranno, chiudere le USCA e trasferire i medici nell'assistenza primaria, migliorare il trattamento economico dei giovani medici che accettano un incarico temporaneo e ridurre i compiti burocratici dei MMG potenziando i supporti di personale infermieristico e di segreteria.

La d.ssa Maccaferri ha arricchito il quadro descrivendo le diverse cause che nell'ultimo biennio hanno contribuito a modificare l'assetto della Medicina Generale, relativamente alla numerosità dei MMG e alle modalità di gestione degli accessi agli ambulatori. Ha presentato inoltre i dati fondamentali di contesto dell'Assistenza primaria, della Continuità assistenziale e della Emergenza sanitaria territoriale, sia a livello regionale che del Distretto di Bologna. Questi ultimi sono stati presentati disaggregati per quartieri allo scopo di evidenziare le zone cittadine con le maggiori carenze. Ha delineato infine gli obiettivi e le azioni all'attenzione del Tavolo metropolitano sui MMG, vale a dire la necessità di rafforzare: la medicina di prossimità e la presa in carico dei pazienti; l'associazionismo e la medicina di gruppo; le garanzie di scelta da parte dei cittadini e le modalità di accesso alla Medicina Generale, anche in prospettiva dello sviluppo delle Case di Comunità; l'integrazione con le nuove generazioni di MMG e quella tra Medicina Generale e Continuità assistenziale.

#### *4) Sono intervenuti con domande, osservazioni e riflessioni:*

Molte le osservazioni, le questioni sollevate e le richieste di precisazioni e chiarimenti, in particolare in merito: agli ambiti territoriali di assegnazione dei MMG in base alle norme vigenti (Vanelli Coralli); alla lettera di comunicazione al cittadino del pensionamento del proprio medico curante (spesso inoltrata con ritardo), all'opportunità di dotare le Case di Comunità di spazi in grado di accogliere quei "codici bianchi" che invece gravano sui PS, e all'esigenza di organizzare dopo l'estate un'altra plenaria del CCMSS per approfondire il tema della MG (Ferraresi); agli accordi in deroga ai Contratti nazionali, agli aspetti burocratici che ostacolano l'attività clinica dei medici e alle criticità relative alle prenotazioni dirette da parte degli specialisti (Grande); all'esigenza di un radicale cambiamento culturale della MG e di un suo più stretto rapporto con la Comunità allo scopo di potenziare la prevenzione e la promozione della salute (Suprani); alle duplicazioni prescrittive tra specialistica e MG, da evitare anche mediante il potenziamento e la semplificazione dei canali e degli strumenti informatici, tra cui il FSE (Hanau); alla necessità di potenziare la telemedicina e orientare di conseguenza la formazione specifica dei MMG neoassunti (Serra); alle difficoltà che incontrano i cittadini nel passaggio dalla specialistica privata al sistema sanitario pubblico (Lolli).

La riunione è terminata alle ore 17.30. Il prossimo incontro del CCMSS si terrà il 26 *aprile* 2022, salvo cambiamenti che saranno tempestivamente comunicati. Su proposta del Presidente si procederà all'elezione del terzo delegato per il CCMSSA.

*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*