

FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA

FIMMG

PROVINCIA DI

BOLOGNA

BOLLETTINO

NOTIZIARIO

Firmato l'accordo tra FIMMG ed ASL Bologna

LA FORZA DELL'OTTIMISMO

di STEFANO ZINGONI

Forse la sensazione prevalente tra i MM. MM. GG. in questo periodo è quella dell' "accerchiamento": nuove norme sulla prescrizione e controlli conseguenti, nuovo ricettario, novità in materia di privacy, nuove disposizioni sull'IVA e chi più ne ha ne metta! La reazione sfocia spesso nello sconforto e nella sensazione di essere lasciati soli contro i mille tentacoli di una piovra normativa – amministrativa - sanzionatoria soffocante. L'esasperazione difficilmente si sposa con la lucidità e porta ad anatemi del tipo: "ma il Sindacato cosa ci sta a fare!!!!"

Se il Sindacato, e cioè la FIMMG, non ci fosse, tutte quelle norme, che tanto ci fanno sbuffare, sarebbero passate, per la forza non negoziabile della Legge, nella loro stesura originaria ed oggi l'area della medicina generale non potrebbe che applicarle, restandone schiacciata. Se non ci fosse la FIMMG, non avremmo neppure la speranza di progettare il futuro della categoria percorrendo una strada insidiosa, certo "lento pede", ma con il supporto di una pattistica contrattuale di tutela economica e normativa.

Se questo è vero a livello nazionale è tanto più vero a livello locale provinciale, ne è palese dimostrazione, tra le tante, il rinnovo dell'accordo con l' **Asl Metropolitana di Bologna**.

Per capire la forza incontestabile di questa affermazione basti considerare che gli accordi precedenti stipulati dalla FIMMG Bologna con le ex AA.SS.LL. di Bologna città, Nord e Sud, ora confluite nella ASL di Bologna, hanno rappresentato per i colleghi, in termini puramente economici, un introito aggiuntivo per l'anno 2003 di 3.660.304 euro, pari al 10,51% della cifra percepita, nello stesso anno, per la quota fissa da ACN vigente.

Uno spazio di lavoro, economico, professionale, di radicamento nella realtà assistenziale del territorio, che soltanto dei folli disperderebbero o disconoscerebbero! La FIMMG Bologna non solo, in passato, lo ha evidenziato ed istituzionalizzato, naturalmente col concorso positivo delle controparti aziendali, ma lo ha saputo in questi mesi difendere, ribadire ed ampliare con un rinnovo dell'Accordo Aziendale di notevole respiro prospettico, che dà ai medici una possibilità professionale/economica acquisibile del +28%, facendo sempre riferimento alla quota fissa, anno 2003, dell'ACN in vigore.

Punti di forza di questo accordo sono: **una visione metro-**

politana che porta a far crescere di più chi era più attardato. **Il mantenimento delle stimmate di professionalità:** ADI e suoi supporti (équipe), progetto diabete, associazionismo avanzato, formazione, progettualità innovativa, strumenti di consultazione e condivisione cogenti. **L'introduzione di novità organizzative/economiche sostanziali:** la possibilità dell'aumento della tariffazione del progetto diabete per tutti e la certezza per molti, l'aumento tariffario dell'ADI con incentivi conseguibili, l'introduzione della remunerazione della deospedalizzazione senza ADI, la conferma della remunerazione dei referenti NCP, la remunerazione per tutti della partecipazione alle riunioni di NCP, il riconoscimento economico dell'impegno profuso nelle commissioni derivanti dall'accordo, il sabato coperto dalla continuità assistenziale in tutta l'ASL, i fondi per diversi tipi di sperimentazioni e d'iniziativa, il riconoscimento di una appropriatezza professionalizzante e di un audit retribuito, quanto non speso nel capitolo 4 resta per il 50% nell'accordo futuro, il concetto, infine, dei fondi a vasi comunicanti per consentire di finanziare le iniziative più diffuse, spendendo eventuali residui inutilizzati.

Nel rispetto di quella trasparenza che, da sempre, la FIMMG Bologna ha nei riguardi dei colleghi, documentata nel corso di questa lunga e difficile trattativa dalla pubblicazione della bozza proposta dal Sindacato ancora in fase di contrapposizione tra le parti, il testo definitivo dell'accordo è sul nostro sito <http://bologna.fimmg.org>. **Letture istruttive, che consigliamo a tutti!**

Per evitare equivoci, ribadiamo come l'opportunità che gli uomini della FIMMG hanno costruito per tutti i colleghi con intelligenza, perseveranza, coraggio e capacità, potrà essere fortemente influenzata in senso negativo o positivo da alcune variabili quali la correttezza applicativa aziendale e la condivisione dei medici, ma soprattutto dalla vigilanza e dall'impegno che il Sindacato riuscirà a fornire in misura proporzionale al supporto dei consensi che raccoglierà.

Nessuno s'illuda, chi sfrutterà i vantaggi dell'accordo e negherà la sua adesione al Sindacato, di fatto contribuirà a promuovere il fallimento di questo e dei prossimi accordi, se mai ci saranno, ed a precludere a sé ed ai MM. MM. GG. dell'Azienda ogni speranza di miglioramento per il futuro.

PUNTO E A CAPO

Il testo dell'Accordo metropolitano ci consente di intravedere la storia delle divisioni e dei contrasti che hanno segnato in questi mesi i rapporti tra la delegazione della Fimm provinciale e la Parte Pubblica.

Sin dalle prime pagine si susseguono affermazioni vagamente contraddittorie come: "...promuovere uniformità... realizzare una relativa eterogeneità" oppure "diffondere innovazioni e...uniformare" e si rincorrono parole e quindi logiche che evocano latenti divergenze. Parole che sono lo specchio di un confronto sofferto, passo dopo passo, al fine di creare un difficile equilibrio tra incolmabili distanze.

Nel testo, forse, possiamo anche percepire il fastidio, il disagio che una visione manageriale esprime per la mancanza di omogeneità nei risultati "produttivi" della Medicina territoriale: a qualcuno piacerebbe che ciascuno di noi avesse uguali pazienti, uguali ricoveri, uguali livelli di spesa... e secondo lo stesso filo conduttore, spunta nel testo, di tanto in tanto, a rendere più difficile il confronto, anche la parola equità, confusa nel suo significato.

In sostanza le differenze della Medicina generale, nell'enorme area metropolitana, sarebbero il risultato di comportamenti iniqui, ingiusti dei MMG: si coglie vagamente il sapore di un giudizio etico che certo funzionariato somministra e la facilità con cui si danno Pagelle a coloro, la cui vita e professione, non si conosce e non si condivide nella quotidianità.

Solo il senso di responsabilità nei confronti dei MMG ci ha consentito di giungere ad un Accordo che conferma, nell'area metropolitana, **disponibilità economiche equiparabili a quelle di un rinnovo della Convenzione Nazionale.**

Veniamo al dunque: le **tariffe del Progetto Diabete** sono state sostanzialmente **omogeneizzate al massimo livello** previsto nei precedenti Accordi. E anche se, nel testo, riusciamo ancora ad individuare il tentativo di vincolare i nostri emolumenti a molteplici **obiettivi palesemente irraggiungibili o non monitorabili**, questi vengono poi valorizzati in modo non realmente incisivo e comunque al di là di quanto previsto dalle precedenti intese.

Le tariffe dell'ADI vengono difese e rese omogenee su tutto il territorio Aziendale e le somme precedentemente erogate al raggiungimento di volumi o di obiettivi, divengono parte integrante di quanto dovuto al singolo MMG per la singola prestazione. Possibili sono incrementi potenziali su ancora poco definiti percorsi di dimissioni protette.

I Livelli di spesa programmati (farmaceutica, ricoveri, specialistica), sono oggi ipotizzabili solo su criteri di appropriatezza e finalmente su obiettivi pressoché identici a quelli dei Collegli Ospedalieri.

Abbiamo dovuto anche superare ostacoli fantasiosi come quello del **"debito informativo"** del MMG, finalizzato al trasformarci in produttori di inutile reportistica, scrivani pronti a produrre periodici report ai quali vincolare somme significative, o ancora, quello dell'introduzione di **logiche incremental** dal sapore industriale: il numero di vaccinati veniva considerato come dato acquisito ed andava di anno in anno incrementato...

Abbiamo contrastato con forza il tentativo di ridurre i tetti convenzionali per le **P.P.I.P.** o di vincolarle a "modelli organizzativi". Secondo questa ipotesi si sarebbe dovuti giungere a retribuire, attraverso la retribuzione delle P.P.I.P., anche lo strutturarsi organizzativo delle Cure Primarie o persino forme di continuità assistenziale (e chissà dove sarebbe andata a finire l'appropriatezza!). Abbiamo respinto quest'ottica ed abbiamo ottenuto la possibilità di avere riconosciute "prestazioni oggi espletate in altri settori del Sistema Sanitario..." anche al di là dei tetti Convenzionali.

Difficoltà di cassa, Consulenti Economisti, forse una dose di fantasia perversa, facevano ipotizzare, perfino, di conteggiare, tra gli emolumenti dei MMG, anche gli investimenti strutturali fatti in alcune zone (Centri di Medicina Generale). Per capirci sarebbe stato come se i costi di ristrutturazione di un ospedale venissero definiti come benefit dei Collegli ospedalieri.

"Non avrete più soldi a pioggia ma solo su esiti e obiettivi" dicevano, e trasformavano gran parte delle normali tariffe professionali in inesigibili arzigogoli (Voi ricordate soldi a pioggia?).

Difficile comprendere tanto accanimento, soprattutto sapendo che le somme variabili alla dipendenza, vengono erogate attraverso acconti ed anticipi non appena individuati gli obiettivi.

"**Tirem innanz**", disse un patriota condannato, e abbiamo continuato, pensando al valore delle esperienze della nostra Provincia, di

Imola dove vai?

L'ultimo Accordo di Budget AUSL di Imola ha la data del 2003. Da allora i medici imolesi non hanno più avuto nessun accordo con l'AUSL. Abbiamo avuto fiumi di riunioni prima di quella firma, ma poi..... quali risultati ?? incentivi.. pochi... Report ...pochi... voci di corridoio tante " Spendete troppo nei farmaci" !!! poi da allora un silenzio tombale !! ovattato !! A livello nazionale... si sa.. grossi problemi ancora non risolti E a livello locale nessun segnale di voler intervenire salvo dichiarazioni pubbliche, che poi non hanno avuto un seguito di proposte concrete a cui dovevano seguire dibattiti e confronti sui contenuti e le forme .

*Le nostre sollecitazioni verbali e scritte, le nostre insistenze affinché si costruisca una piattaforma di accordo di budget non hanno avuto alcun riscontro! una parte dei medici "canta vittoria" – quella parte che cerca di eludere l'impegno e la responsabilità dell'assumersi un ruolo nel territorio! "facciamo il minimo indispensabile e andiamo avanti così" questo il senso delle frasi di coloro che sono **contrari** agli accordi Regionali e Aziendali, all'associazionismo (nelle sue varie forme), ai percorsi di miglioramento della qualità mediante l'impegno (EBM) nel seguire linee guida nelle varie patologie croniche (percorsi diagnostici e terapeutici) ecc. ecc. Il silenzio dell'ASL non aiuta il lavoro sindacale locale e paradossalmente si allea proprio con lo spirito di disimpegno sopracitato. Tenere alto l'interesse dei medici è importante! Molto ! Sempre meglio "la rissa" che il silenzio.... e/o l'indifferenza (forse..) che traspare dalla "immobilità apparente" della Direzione di questa AUSL. Forse – come dicono - sono problemi organizzativi... forse mancano le persone fisiche nell'organico del Distretto... forse.... forse...*

Non hanno ben presente quanto abbiamo contribuito in questi anni ad una inversione di tendenza (decentramento della sanità) grazie alla quale la FIMMG ha cercato collaborazione ed integrazione con l'attività Distrettuale ed Aziendale. La FIMMG ha cercato di rendere forte l'appartenenza dei medici all'Azienda richiedendo il riconoscimento di un ruolo svolto con onestà e competenza ... però il lavoro sindacale si arena quando non ci sono spiragli all'orizzonte, non ci sono gratificazioni, non ci sono accordi di miglioramento economico. La maggior parte dei progetti impostati sono risultati irraggiungibili ... mero caso.... o "strategia fine" per mantenere una situazione "di stallo" per non dirottare risorse sul territorio ... chi capisce qualcosa è bravo!!

Se prevale il partito dei "contrari" ?? ... quale previsione ci possiamo attendere; medici che non potranno sommare al loro stipendio nazionale nulla di più ... un appiattimento operativo che potrà solo favorire "penetrazioni specialistiche" sul territorio con la costruzione di percorsi diagnostici e terapeutici che celano impegni di spesa importanti da parte della Azienda a favore di una politica di eccessiva "medicalizzazione" di un'assistenza territoriale che non risponde alle vere necessità, che solo il medico di MG conosce veramente bene. Che miopia! È proprio vero che la storia si scrive con "lacrime e sudore..".

Shirley Ehrlich

quelle esperienze di cui i Collegli, in tutta Italia, spesso ci chiedono notizie. Abbiamo evitato, con fatica, il rischio della demolizione sistematica di quanto sino ad oggi abbiamo costruito, nella direzione di un sistema delle Cure Primarie forte ed innovativo.

Fabio M. Vespa

FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE
BOLLETTINO DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA
ORGANO UFFICIALE DELLA F.I.M.M.G. BOLOGNA

Direttore: **STEFANO ZINGONI** Direttore responsabile: **RENZO LE PERA**
Comitato di redazione: CAMANZI, DRAGO, EHRlich, PARENTI,
SAVORANI, SPINNATO, STELLA, VELONÀ, VESPA.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8
40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

e-mail fimmgbo@libero.it

L'ASSISTENZA DOMICILIARE NEL NUOVO ACCORDO AZIENDALE

Il capitolo 3 dell'accordo aziendale è dedicato al tema delle cure domiciliari, ed in particolare ai vari livelli di ADI. Il testo dell'intesa, innanzitutto, riconosce la grande valenza e qualità dell'assistenza che i medici di famiglia sono riusciti, negli ultimi anni, a raggiungere nel territorio, prima sperimentando e poi, nel tempo, perfezionando il modello dell'assistenza domiciliare integrata.

Partendo dal patrimonio culturale ed organizzativo raggiunto, si prevede nel prossimo futuro di raggiungere ulteriori obiettivi:

- Equilibrare su tutto il nuovo territorio aziendale gli interventi di ausilio all'attività del medico di famiglia (servizi, personale, metodiche)
- Diffondere e rendere operativa la "Equipe di supporto" in tutti i distretti, vecchi e nuovi; per la esecuzione di tutti gli interventi previsti nell'apposito mansionario.
- Garantire la consulenza specialistica domiciliare, utilizzando prioritariamente gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, ma, prevedendo, in caso di carenza degli stessi, la possibilità che, alle medesime retribuzioni, possano svolgere questo compito medici di medicina generale in possesso della specializzazione necessaria, oppure ricorrendo a specialisti liberi professionisti, individuati dall'Azienda stessa.
- Sperimentare forme di collaborazione e integrazione con i servizi sociali locali, nelle ADI di primo livello e nella valutazione geriatria.
- Migliorare l'integrazione multidisciplinare con le altre professionalità sanitarie che interagiscono sullo stesso terreno assistenziale (specialisti, ospedalieri..)

In logica conseguenza anche il sistema remunerativo viene revisionato, riconoscendo alle cure domiciliari due distinti capitoli di spesa: il primo destinato a retribuire l'opera assistenziale del medico di famiglia per l'attivazione, la gestione dei programmi integrati e gli accessi al domicilio dell'assistito.

Nello specifico, in caso di attivazione di ADI di primo, secondo o terzo livello, è stato concordato che l'azienda riconosca, oltre al costo degli accessi e delle PIP come da accordo nazionale (eventualmente integrato dall'accordo regionale), ulteriori 120 euro a caso attivato di primo livello, 332 euro per il secondo livello (+ 80 euro se trattasi di dimissione protetta come da accordo specifico), 485 per il terzo livello (+ 120 euro se trattasi di dimissione protetta come da accordo specifico).

Il secondo e distinto capitolo di spesa infatti è legato al raggiungimento di un obiettivo, previsto dall'accordo, consistente nell'aderire ad un programma di dimissioni protette rivolto alla popolazione anziana; (i dettagli del programma e le loro modalità operative, saranno concordate tra le parti). Un fondo, previsto in 225.000 euro, è inoltre destinato, per i pazienti dimessi, le cui condizioni cliniche non rendono necessario attivare ADI, alla remunerazione della preparazione del piano di assistenza domiciliare finalizzato a garantire la continuità assistenziale dopo il periodo di ricovero.

Il raggiungimento dell'obiettivo di consolidare l'offerta di ADI soprattutto nei confronti della popolazione ultrasessantatreenne, raggiungendo una percentuale dell'1% nel periodo di validità dell'accordo, avrà un riconoscimento economico di 50 euro per caso di ADI attivato.

Il modello organizzativo dell'istituto della Assistenza Domiciliare Integrata quindi, raggiunge una molteplicità di obiettivi.

Rende misurabile e documentata una attività professionale da sempre patrimonio della figura del medico di famiglia; e nella realtà attuale solo ciò che è misurabile e documentabile esiste.

Contribuisce a realizzare, quando organizzata e supportata adeguatamente, il modello sanitario più razionale per il cit-

tadino utente che necessiti di intervento sanitario ad elevata intensità assistenziale e bassa intensità tecnologica. Contribuisce, nel pieno mantenimento della esclusività del rapporto fiduciario col proprio assistito, a perfezionare una collaborazione sul campo con le altre professionalità sanitarie.

Contribuisce a rivalutare professionalmente ed economicamente il "saper fare" del medico di medicina generale, documentando, e vedendo poi riconosciuta, non solo i singoli interventi quanto anche la gestione clinica complessiva del caso.

Le parole "governo clinico" trovano nel terreno dell'ADI, probabilmente, la più alta possibilità di espressione.

Una possibilità che i medici di medicina generale della asl di Bologna, hanno la concreta facoltà di realizzare grazie all'accordo aziendale sottoscritto dalla Fimmg Bologna.

Renzo Le Pera

FORMAZIONE E DIABETE NEL NUOVO ACCORDO AZIENDALE

L'accordo integrativo aziendale firmato rispetta i principi definiti nei precedenti accordi e che possono essere riassunti come segue: 1) fare una sintesi delle esperienze progettuali degli anni precedenti nel rispetto delle indicazioni derivanti da leggi o piani sanitari nazionali e regionali, 2) ricerca di processi di integrazione e coordinamento dei diversi servizi siano essi sanitari o sociali, 3) compatibilità economica del sistema, ricerca dell'appropriatezza delle varie azioni e rispetto del governo clinico 4) fornire strumenti idonei al Medico di Famiglia riconoscendogli il ruolo di primo gestore della salute del cittadino e pertanto salvaguardando la sua libertà di scelta professionale e di tutela del rapporto di fiducia con il cittadino, 5) di fatto affrontare **una nuova organizzazione sanitaria dell'assistenza territoriale**.

Fra i punti qualificanti vi sono:

La FORMAZIONE In questi ultimi anni è stato richiesto ai medici uno sforzo notevole anche per ottenere che passasse il principio che l'aggiornamento professionale e l'adesione alle linee guida condivise e contestualizzate potesse essere la via per cambiare, piuttosto che un'acritica adesione a norme spesso solo burocratiche o derivate da prevalenti esigenze economiche. Siamo così riusciti trasformare la difformità prescrittiva da sanzione per il medico ad impegno nella formazione facendo prevalere il criterio **INFORMATIVO-FORMATIVO** rispetto a quello **INQUISITORIO-SANZIONATORIO** applicato da altre parti. Bisogna però registrare come negli ultimi tempi vi sia stata una regressione da parte dello stato e delle regioni che attraverso strumenti non formativi ne di confronto sindacale o professionale quali leggi finanziarie, note AIFA, nuovo ricettario, guardia di finanza, stanno cercando di imporre strumenti di controllo più legati a contenuti di risparmio e limitazione prescrittiva che non di qualità assistenziale. Inoltre siamo riusciti ad ottenere che le ore d'aggiornamento obbligatorio fossero contemporaneamente accreditate e che fosse sempre rispettata l'analisi dei bisogni fatta annualmente sui medici di famiglia. Questo ha permesso di proporre tutti i sabati la guardia medica a partire dalle ore 8 in cambio dei 10 previsti dalla ACN da scegliere come possibile soluzione per la formazione. Si è così potuto realizzare una mediazione praticabile per garantire da una parte gli obblighi convenzionali e dall'altra il riposo dei Medici di Famiglia. Altro strumento previsto dall'accordo integrativo è quello delle commissioni paritetiche aziendale e distrettuali. Queste hanno la funzione di decidere quali eventi formativi scegliere e con quali metodi formativi procedere, con quale calendario e rispettando anche le varie esigenze territoriali. Costituiscono poi uno strumento a tutela di una formazione che pur in

segue a pagina 4

FORMAZIONE E DIABETE NEL NUOVO ACCORDO AZIENDALE

segue da pag. 3

parte derivante dai vari accordi non sia imposta ai Medici di Famiglia o gestita da altri più come cassa di risonanza di iniziative per esempio extraterritoriali che non legate alle esigenze pratiche.

PROGETTO DIABETE (Percorso Diagnostico Terapeutico)

Altro progetto che potremmo definire storico per la provincia di Bologna è quello che riguarda l'**assistenza al paziente diabetico di tipo 2 non insulino trattato non complicato**. Dall'analisi dei vari progetti DIABETE della provincia di BO si può dire che tutti fanno capo alle linee guida SID/AMD/SIMG anche se poi nel processo di contestualizzazione vi sono delle differenze. Sono emerse alcune **criticità generali** che potremmo riassumere come segue:

- disomogeneità delle esperienze fatte nelle diverse realtà territoriali non solo derivate da contesti differenti ma da carenze di condivisione ed applicazione di linee guida e spesso per mancanza di accordo fra gli specialisti di 2° livello
- non si è forse pensato a definire una vera banca dati per analisi epidemiologiche e di esito degli interventi a livello del territorio, per elaborare indicatori e quindi possibilità di valutare i risultati attesi intermedi e finali e modalità di verifica.
- frammentarietà per mancanza di comunicazione e supporto organizzativo adeguati
- mancanza del ritorno delle informazioni

Secondo il nostro parere i margini di miglioramento per garantire equità di accesso alle cure, tempestività della presa in carico e continuità delle cure dovrebbero fare riferimento in particolare a:

- interventi di prevenzione e promozione della salute a carattere educativo non solo nei riguardi dei comportamenti e stili di vita del cittadino ma pure nella sua responsabilizzazione cercando di renderlo più attore nelle strategie che riguardano la sua salute
- modalità di realizzazione del percorso diagnostico meglio accessibile e comprensibile chiarendo bene inoltre le strategie di riorganizzazione della struttura dell'offerta con particolare

riferimento al funzionamento in rete dei servizi, all'integrazione fra i professionisti e all'integrazione delle strutture.

- gestione e presa in carico del paziente cronico con ricerca di integrazione e definizione della risposta oltre che ai bisogni sanitari anche ai bisogni sociali del cittadino, la dove sanitario e sociale sono difficilmente separabili, onde evitare ancora una volta di procedere per compartimenti stagni. L' accordo integrativo a questo proposito prevede investimenti per poter assistere in modo integrato il 2,5% della popolazione quando ormai si sa che la popolazione affetta da diabete la si può stimare intorno al 6%. Si tratta pertanto di realizzare una copertura assistenziale prevalentemente per diabetici già diagnosticati più verso una sorta di prevenzione secondaria che non una vera e propria prevenzione primaria che è da riservare al prossimo futuro. Le incentivazioni per i medici sono prevalentemente legate alle prestazioni (notulabili ogni mese) ed in minor parte alla realizzazione di alcuni obiettivi legati ad indicatori di processo o di compenso metabolico (da realizzare nell'arco dell'anno) che sono identici sia per il singolo medico che per il Nucleo di Cure Primarie corrispondente. I MMG dovranno impegnarsi quindi presso i distretti per ottenere la realizzazione di quanto pattuito cercando di ridurre al minimo le disomogeneità e i disservizi del recente passato segnalando al sindacato difformità e possibili argomenti di contesa. In attesa di realizzare un progetto che possa avere un valore aziendale varranno quelli già in vigore la dove esistono esperienze precedenti.

La trattativa per arrivare ad un 'accordo è stata lunga e faticosa e sicuramente non ha permesso di colmare completamente le divergenze culturali che lasciano spesso il Medico di Famiglia da solo. Possiamo però affermare che sono previsti spazi professionali che vanno riempiti e che permetteranno di realizzare progetti legati a migliorare l'assistenza. Si tratta infatti di un'occasione ulteriore per cercare di coniugare esigenze differenti. Da una parte l'esigenza di un sistema sanitario nazionale equo che deve dare prestazioni eguali al cittadino ma dall'altra il cittadino che come soggetto unico richiede prestazioni personalizzate. Il Medico di Famiglia può essere l'interprete della personalizzazione dell'assistenza proprio in virtù della scelta fiduciaria fatta dal cittadino/paziente e della scelta professionale "ippocratica" di agire secondo scienza e coscienza.

Giandomenico Savorani

Il presente Bollettino viene inviato ai medici di Medicina Generale della provincia di Bologna i cui recapiti sono ricavabili da elenchi pubblici. Chi non desiderasse ricevere la pubblicazione deve comunicarlo per iscritto alla redazione ai sensi della L. 675/1996.

**ULTIM'ORA: LA NUOVA CONVENZIONE NAZIONALE E' DEFINITIVAMENTE APPROVATA
DAL 28 MARZO; ADESSO CI ASPETTIAMO RICORSI ALLA... SACRA ROTA**

IL SOTTOSCRITTO DR. COD. REG.
NATO A.....IL RESIDENTE A
VIA..... N..... CAP.....TEL.....
LAUREATO IL..... APPARTENENTE ALLA AUSL
CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA FIMMG E DELEGA IL SINDACATO A TRATTENERE PER
IL FUTURO LE QUOTE ASSOCIATIVE SUL PAGAMENTO DEI MESI DI NOVEMBRE E
DI MAGGIO DI OGNI ANNO.
DICHIARA DI AVERE N° SCELTE E DI IMPEGNARSI A CONOSCERE LO
STATUTO DELLA FIMMG. AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY AUTORIZZA LA
FIMMG AD UTILIZZARE I PROPRI DATI PER GLI SCOPI PREVISTI DALLO STATUTO
SINDACALE.
DATA..... FIRMA.....