



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA
EMILIA ROMAGNA

CRISI DI GOVERNO E RINNOVO DELLA CONVENZIONE

FERMEZZA E RAZIONALITA'

DI STEFANO ZINGONI

Nel momento in cui scrivo non è facile immaginare lo scenario politico nazionale quando queste considerazioni verranno lette. Ci sarà un nuovo Governo? Se sì di che tipo? Saremo in piena campagna elettorale? Pochi lo possono sapere ora e certo io non sono tra questi eletti. Tuttavia come MMG, come sindacalisti, come Fimmg abbiamo il dovere di porci ancora una volta il problema di una ACN scaduta da oltre due anni e sulla quale la parte pubblica non smette di fare il suo ridicolo teatrino di promesse e di palleggiamenti di responsabilità. Ultimo in ordine di tempo il confronto tra la Conferenza Stato-Regioni ed il Ministero dell'Economia sulle fonti di finanziamento finalizzate al rinnovo della convenzione o meglio sull'attribuzione di competenza di una risibile parte di esse, sufficiente però a consentire al Governo di non assumere l'atto di indirizzo perchè incapace di garantirne la necessaria copertura finanziaria. Così la commedia delle parti impedisce anche l'ordinaria amministrazione e l'impegno preso dalle Regioni non si traduce nella sua logica fase attuativa: l'apertura del tavolo negoziale presso la SISAC. Ma veramente si pensa che la concertazione di queste manovre serva a confondere la pubblica opinione? I disagi per la popolazione assistita conseguenti agli inevitabili e legittimi atti di tutela che le OO.SS. mediche indiranno hanno responsabilità certe ed ineludibili. Così come non abbiamo bisogno di spendere parole per convincere i medici sulla veridicità dei fatti che riportiamo. Infatti l'ambiguità è esperienza comune a qualsiasi livello sia distrettuale che aziendale che regionale così come l'abitudine a dilazionare il riconoscimento di diritti acclarati per sostituirli con decisioni dirigistiche e limitanti non solo la dignità professionale, ma anche i diritti della persona. Si può pensare che sia diverso a livello nazionale? Qualche ben pensante in questo

marasma ha detto che Fimmg ha sbagliato a scegliere come interlocutore il Ministro, ma Fimmg si rapporta con le cariche istituzionali non le sceglie, semmai aspirerebbe ad averli degli interlocutori!!!! Siamo certi che anche i cittadini lo vorrebbero, ma al contrario del Sindacato hanno il potere di creare le condizioni per trovarli o cambiarli, noi siamo pronti a svolgere un ruolo di supporto per una scelta correttamente informata. Il momento è grave, la Fimmg ha indicato la linea dell'unità; l'Intersindacale della medicina territoriale nasce per una scelta politica della nuova Segreteria Nazionale ed ha trovato il riscontro convinto di tutti, il 21 Febbraio decideremo tutti insieme, intanto.... ci siamo messi avanti col lavoro dichiarando lo stato di agitazione ed avviando i meccanismi di conciliazione resi obbliga-

tori dalla legge che regola il diritto di sciopero nei Servizi pubblici. La Fimmg ha una proposta di ridefinizione della Medicina Generale, abbiamo bisogno di una controparte che guardi agli interessi complessivi dell'assistenza e quindi nel pieno di un mandato elettorale, ma comunque occorre firmare l'atto d'indirizzo (atto di ordinaria amministrazione) ed aprire il tavolo di trattativa, il confronto istituzionale man mano che procederà s'indirizzerà verso delle scelte che potranno essere contingenti o programmatiche. Abbiamo competenza per le une e per le altre, quello proprio che non siamo più disponibili ad accettare è il non governo, l'inerzia, l'imputridimento delle criticità. Contro questo dovremo combattere uniti per tutto il tempo necessario.

PARMA : FIRMATO CONTRATTO APPLICATIVO A.C.R.

C3 : CHI ERA COSTUI ?

DI PAOLO RONCHINI

Mercoledì 30/01/08 è stato firmato a Parma da ASL, FIMMG e SMI un importante contratto, applicativo dell'Accordo Regionale vigente. All'atto della firma il sindacato SNAMI, dopo aver incaricato un proprio rappresentante a partecipare ad alcune riunioni del tavolo tecnico, si è defilato per "sopraggiunti impegni professionali" ed astenuto dalla sigla tecnica, con motivazioni che non sono note. Due sono i punti qualificanti dell'Accordo:

1. **Continuità assistenziale diurna**, attuata mediante l'estensione della fascia oraria di apertura coordinata degli studi medici oltre la 7^a ora
2. **Integrazione funzionale e professionale**, da ottenersi con l'identificazione e sperimentazione di sedi dei Nuclei di Cure Prima-

rie (NCP), nelle quali avviare incontri interprofessionali finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva specialistica e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici. Entriamo nel dettaglio.

Chi sono i mmg interessati all'estensione della fascia oraria?

Tutti coloro che, singoli, in Rete o in Gruppo, hanno già sottoscritto il C1 e il C2, cioè la conoscenza informatica e l'impiego della cartella informatizzata, la logica di integrazione professionale (C1), nonché l'estensione dell'apertura cumulativa degli studi per 7 ore complessive al dì, per 5 giorni alla settimana (C2). E' condizione indispensabile e preliminare la disponibilità dei mmg, aderenti alla sperimentazione, a coordinare gli orari di ricevimento,

Segue a pag. 4

LETTERA APERTA DI ROBERTA FRANCIA (M.G.)

A PROPOSITO DI FARMACI BIOEQUIVALENTI

Per l'attività di medico di famiglia che svolgo, con soddisfazione e da molti anni, utilizzo farmaci bioequivalenti, poiché considero il loro uso un'opportunità per la razionalizzazione della spesa farmaceutica che libera risorse per le terapie con farmaci nuovi ancora sotto brevetto e quindi più opportunità di cura (Milillo 2007).

Nella nostra regione l'Emilia Romagna i consumi degli equivalenti rappresentano un caso di eccellenza. Nel 2005 il dato medio regionale dei consumi di questi farmaci si è attestato al 33% rispetto al dato medio nazionale del 25,5%. Per 2010 in Italia è previsto un uso dei bioequivalenti vicino al 75%. (sesto rapporto dell'OsMed, giugno 2006). Contemporaneamente cresce in Italia anche il consumo di tutti i farmaci; mediamente ogni italiano consuma annualmente una media 28 confezioni. Confrontando i dati del 2000 con quelli del 2005 (sesto rapporto dell'OsMed, giugno 2006), si nota un incremento consistente (+ 39%), crescita che non accenna a diminuire in quanto nel primo trimestre del 2006 si è registrato un ulteriore incremento del 9,9 per cento. I farmaci più consumati in assoluto sono quelli per il sistema cardiovascolare. Questa tipologia rappresenta da sola quasi il cinquanta per cento del totale. Secondo uno studio europeo, coordinato da R. Bernabei, pubblicato su JAMA, il 26,5% degli anziani italiani assume farmaci in modo esagerato e spesso anche in modo inappropriato. I farmaci, infatti, sono responsabili di almeno il 40% dei ricoveri degli over 65. La patologia "iatrogena", rappresenta un'autentica emergenza sanitaria in tutto il mondo avanzato.

I problemi dei medici di famiglia ed in particolare dei loro pazienti anziani riguardo l'uso dei bioequivalenti :

1. Con l'uso dei farmaci bioequivalenti è aumentata la possibilità di scambio dei principi attivi e di conseguenza l'errore di assunzione. Quando prescrivo al mio paziente, un farmaco equivalente, perché il "colore della scatola rimanga sempre lo stesso (*attualmente poi cambiano i colori, anche se il farmaco è commercializzato dalla stessa azienda, poiché quando si "fondono" due aziende farmaceutiche è la "più forte determina il colore della "linea"*) devo scrivere **NON SOSTITUIBILE** anche per il farmaco bioequivalente (*quindi si perde il principio del minor prezzo*), altrimenti, la confezione, colore e forma della scatola cambiano ogni volta a seconda della disponibilità della farmacia e dell'aggiornamento del prezzo. Dopo qualche mese si ricorderà il mio paziente anziano a cosa serviva ? Bisogna considerare, infatti, che i "vecchi" farmaci sono conosciuti per nome, per colore delle compresse e della scatola perché usati da tanti anni, mentre per i bioequivalenti si deve attingere alla "memoria a breve termine", la memoria appunto di cui sono più carenti gli anziani.

2. Le aziende farmaceutiche che commercializzano i farmaci bioequivalenti utilizzano tutte lo stesso colore di scatola per diversi principi attivi. (*Secondo dati emersi dal Forum Nazionale di Medicina Interna, risulta che in Italia 20 anziani su 100 sono affetti da più malattie; 40 anziani su 100 assumono 5 diversi farmaci contemporaneamente e 12 anziani su 100 ne assumono addirittura 10*). Succede quindi che la stessa scatola con lo stesso colore e con la stessa grafica contenga principi attivi molto diversi. Sulla pericolosità della cosa non credo sia necessario fare commenti.

3. Poiché gli errori più frequenti dei miei pazienti riguardano il dosaggio dei farmaci; la somministrazione di una dose superiore od inferiore rispetto a quella prescritta, o la somministrazione di una o più dosi supplementari che non sono state prescritte. [Ho imparato da tempo ad esempio a non scrivere mai il dosaggio in frazione di numero come $\frac{1}{2}$ o $\frac{1}{4}$, poiché spesso è interpretato come una com-

pressa due volte al giorno, oppure molto più pericoloso: un giorno una compressa e il successivo quattro compresse]. Per i bioequivalenti i problemi si moltiplicano in maniera esponenziale.

Alcune proposte per semplificare la vita ai medici e soprattutto ai pazienti anziani.

Le aziende farmaceutiche mettano a punto un sistema di packaging e naming che riduca la confusione e prevenga gli errori di assunzione. Esempio: icone per distinguere la funzione del farmaco, per il cuore, per il diabete ecc. oppure che la scatola sia sempre dello stesso colore per lo stesso principio attivo indipendentemente dall'azienda che produce o commercializza il farmaco, quindi ad esempio rossa per il cuore, gialla per il diabete, ecc., almeno per le grandi classi; cardiovascolari, osteoarticolari, diabete, psicofarmaci ecc.

Le prescrizioni potrebbero essere scritte integralmente al computer con un sistema adesivo che possa essere incollato alla scatola. Si potrebbe studiare dei software ad hoc. Nella maggior parte dei casi l'errore riguarda la frequenza e il dosaggio dei farmaci: basterebbe controllare questi due fattori per prevenire quasi il 95% degli errori (Gandhi 2005).

Che nelle scatole vi sia uno spazio bianco destinato alla scrittura (solo un'azienda italiana prevede un talloncino per la scrittura, altrimenti con le comuni biro o con i pennarelli non è possibile scrivere) per nominare di chi è il farmaco ... farmaco di Tizio, farmaco di Caio, farmaco di Sempronio. Questo sarebbe molto utile ad esempio, quando pazienti anziani coetanei convivono senza parenti.

Queste brevi proposte non pretendono di essere esaustive verso il "problema farmaco", e non sono in grado di intervenire con competenza sulla discussione degli ultimi mesi riguardo la prescrizione del solo principio attivo, peraltro ripresa dall'iniziativa europea del 2005 dell'Association Mieux Prescrire, la Fédération Nationale de la Mutualité Française e l'Union Fédérale des Consommateurs e che mi risulta mai applicata in Europa.

Il mio appello tenta di esprimere alcune problematiche e alcuni suggerimenti di chi come noi, medici di famiglia, lavora ogni giorno con i farmaci e con il loro impiego. Non sarebbe male ad esempio aprire un forum dove i professionisti, i pazienti e i loro famigliari possano portare le loro esigenze quotidiane e le loro soluzioni. Ho sempre presente ad esempio che i migliori ausili per i diversamente abili, (soprattutto per migliorare la qualità della vita) sono stati inventati dagli stessi pazienti, o di chi ne aveva cura.

Spero che queste poche osservazioni siano condivisibili e si possa proporre per migliorare la compliance dell'impiego dei bioequivalenti e dei farmaci in generale.

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE
BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: STEFANO ZINGONI Direttore responsabile: RENZO LE PERA
 Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, PARODI,
 RAGAZZINI, SACCHETTI, STELLA, SUBINI.

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

e-mail emiliaromagna@fimmg.org

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

CONSIGLIO NAZIONALE FIMMG 1e2/02/2008**LA MOZIONE FINALE**

Il Consiglio Nazionale della Fimmg riunito in data 1 e 2 Febbraio 2008 presso l'Hotel Jolly Villa Carpegna Roma, sentita la relazione del Segretario Generale Nazionale Giacomo Milillo, sulla situazione politico sindacale, sulla necessità di salvaguardare in ogni sede l'autorevolezza della professione, sull'esigenza di presidiare la politica del farmaco e di difendere e potenziare la proposta della Ri-Fondazione della Medicina Generale, dopo ampia ed approfondita discussione, la

APPROVA.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg, in particolare,
DENUNCIA

la responsabilità della Conferenza Stato-Regioni nella mancata approvazione dell'atto d'indirizzo individuato dal Comitato di settore per il quadriennio normativo 2006-2009 e per il biennio economico 2006-2007.

CONSIDERA

come inconcepibile che, ad oltre due anni dalla scadenza dell'ACN, la Conferenza Stato-Regioni ed il Ministero dell'Economia aprano un contenzioso sulle fonti di finanziamenti finalizzate al rinnovo della convenzione, e

SOLLECITA

il Governo ad assumere l'atto di indirizzo garantendone la necessaria copertura finanziaria.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

INDIVIDUA

l'avvio immediato del tavolo negoziale presso la SISAC ed il perfezionamento di tutti gli indispensabili adempimenti preliminari come un atto di coerenza politico amministrativa dovuto alla categoria ed alla popolazione assistita.

DENUNCIA

alla pubblica opinione ogni manovra dilatoria di adempimenti di ordinaria amministrazione che miri ad impedire un confronto istituzionale tra le parti.

INDICA

in tali comportamenti la chiara responsabilità degli inevitabili disagi a carico della popolazione assistita derivanti dagli indispensabili e conseguenti atti di tutela sindacale della categoria.

RIBADISCE

come non ulteriormente procrastinabile l'avvio del processo di ammodernamento della Medicina Generale proposto dalla FIMMG ed in parte ripreso dal DDL collegato all'ultima legge finanziaria.

In forza di quanto sopra affermato il Consiglio Nazionale della Fimmg
APPROVA

la proclamazione dello stato di agitazione della categoria deliberato dall'Intersindacale della Medicina Generale in data 23/01/08 e
DA MANDATO,

al Segretario ed alla Segreteria Nazionale, in assenza del raggiungimento degli obiettivi precedentemente individuati, di calendarizzare una serie di iniziative di lotta sindacale, i cui tempi e modalità saranno condivisi con le altre Associazioni partecipanti alla Intersindacale della Medicina Generale già convocata per il 21 febbraio corrente anno.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

PRENDE ATTO

della necessità della categoria di rafforzare il sistema di tutela previdenziale anche attraverso la destinazione di una quota importante degli incrementi economici del futuro ACN all'aumento della contribuzione Enpam.

SOLLECITA,

di conseguenza, il Segretario e la Segreteria Nazionale a continuare ad utilizzare tutti gli strumenti in possesso dell'Associazione per esercitare un attento controllo sulle scelte di politica previdenziale dell'Ente.

INDIVIDUA

come bisogno per la categoria l'approfondimento della conoscenza dei meccanismi di tutela messi in atto dall'Enpam per garantire una soddisfacente resa del capitale. In conseguenza di ciò

DA MANDATO,

al Segretario Nazionale di relazionarsi direttamente col Presidente dell'Enpam, al quale si rinnova la totale fiducia della Fimmg, per ottenere una piena informazione sulle scelte tecniche che presiedono e garantiscono la gestione delle risorse, al fine di consentire al Sindacato di esercitare il proprio ruolo di tutela della categoria che rappresenta e che contribuisce e contribuirà per così grande parte al capitale dell'Ente.

Approvata a maggioranza con un voto contrario e due astenuti

POCA INFORMAZIONE SUI FARMACI**L'80% BOCCIA LE AZIENDE**

Pollice verso dei medici di famiglia per l'informazione ricevuta dalle aziende farmaceutiche: il 75,60% dei camici bianchi è insoddisfatto e l'80% ritiene indispensabile che gli informatori conoscano meglio il pianeta della medicina generale.

A rilevare il malcontento è un'indagine del Centro studi nazionale della Fimmg, il maggior sindacato dei medici di base, che ha somministrato un questionario di 11 domande a un campione di 900 dottori, rappresentativo dell'universo dei "generalisti". Tre le ragioni principali del disappunto: la scarsa conoscenza da parte degli informatori della medicina generale, le difficoltà organizzative e l'utilizzo di strumenti e metodi ritenuti ormai obsoleti.

«Le aziende farmaceutiche ci mettono a disposizione professionisti con grandi competenze sulla specifica molecola, ma con scarse conoscenze sulla realtà territoriale in cui operiamo e sui programmi in cui siamo impegnati», spiega Fiorenzo Corti, responsabile comunicazione Fimmg. Un esempio per tutti: l'emergenza cronicità, che impone ai medici di famiglia non solo la gestione di patologie a lungo termine, ma anche la prevenzione attiva, concentrata soprattutto su malattie respiratorie, cardiovascolari e reumatiche.

«Ben l'80% del campione reputa indispensabile che gli informatori sappiano come lavoriamo», sottolinea Stefano Zingoni, responsabile del Centro studi Fimmg e segretario Emilia Romagna. Regione in cui sono stati già compiuti alcuni passi: nelle province di Ferrara e Forlì gli informatori di una grande azienda farmaceutica sono stati formati dai quadri Fimmg sulle modalità di lavoro e sulle attività dei medici di famiglia della zona. «Momenti utilissimi di integrazione e di formazione», dice Zingoni.

Urgono, secondo i medici, nuovi metodi di comunicazione. Materiale online, come auspica il 24,9% dei generalisti, o incontri in piccoli gruppi (13,2%) al posto delle visite in ambulatorio. Bocciati anche i gadget: 56,6% li giudica «inutili ma comprensibili». Senza novità, avvertono i dottori, si rischia la perdita di interesse per l'informazione scientifica. Dolente pure il fronte organizzativo. Il 57,8% dei medici non calendarizza gli appuntamenti con gli informatori; il 37% li riceve tra una visita e l'altra; solo il 37,7% li vede per appuntamento. Un medico su tre riceve in un mese tra dieci e venti informatori.

Adeguare l'informazione sul farmaco alla professione che cambia: questa la richiesta dei medici. Che sono nel pieno di una rivoluzione professionale, basata su lavoro di gruppo e informatizzazione. E che reclamano il rinnovo della convenzione con il Ssn scaduta a fine 2005. Mercoledì scorso tutti i sindacati dei camici bianchi, dai medici di famiglia ai pediatri, hanno proclamato lo stato di agitazione.

Chiedono al Consiglio dei ministri di approvare subito l'atto di indirizzo per l'avvio della trattativa, varato dal Comitato di settore in autunno.

E rimasto nei cassetti.

LA PROPOSTA

Puntare su presentazioni e comunicazioni on line o su incontri con piccoli gruppi di dottori piuttosto che sulle visite ambulatoriali

“il Sole 24 ore” Manuela Perrone

NUOVA INIZIATIVA DA "ELISIR DI SALUTE"

NASCE LA MEDICAL DOCTOR CARD

Elisir di Salute, la rivista di Informazione sanitaria, Alimentazione, Psicologia ed Ecologia, scritta direttamente da Medici e Ricercatori, ha ideato la Speciale Convenzione M.D.CARD (Medical Doctor Card).

Attraverso questa utile iniziativa saranno riservate, in esclusiva a Medici e Odontoiatri, condizioni agevolate per acquisti nelle varie attività commerciali e di servizi (bancari, finanziari e di consulenza immobiliare), attraverso una selezione accurata di aziende ad alto livello. In questo modo si desidera promuovere ed estendere la collaborazione dei Medici e Odontoiatri al progetto "Elisir di Salute", considerando infatti determinante la partecipazione degli stessi all'obiettivo fondamentale della corretta e puntuale informazione nell'ambito della salute e della prevenzione ed al fine di migliorare e facilitare il corretto dialogo Medico-Paziente.

Per usufruire della Convenzione è sufficiente esibire la M.D.CARD insieme alla propria tessera di iscrizione all'Albo professionale.

Attualmente la M.D.CARD è gratuita, è comunque gradita la sottoscrizione dell'abbonamento (15 euro annuali) al fine di divulgare i contenuti della rivista esponendola nella sala d'attesa. Gli iscritti alla Fimmg la riceveranno col prossimo numero di Avvenire Medico.

Se si desidera avere ulteriori chiarimenti o essere informato su altre iniziative, si può contattare la segreteria di redazione:

Tel . 051/307004 - info@elisirdisalute.it

Le speciali agevolazioni concordate con le singole aziende possono avere durata e validità limitate nel tempo.

I titolari di MD Card che volessero ricevere informazioni direttamente dalle aziende convenzionate possono compilare il form di registrazione (www.elisirdisalute.org).

Di seguito l'elenco delle aziende convenzionate:

ALPITOUR WORLD
ANTICO FRANTOIO SOMMARIVA
CANTINA SOCIALE DI CESENA
CARISBO
DORELAN
FIAT
GOLMAR
IHG
LIFE FITNESS ITALIA
LUCAELETTRONICA
MB DIVISIONE COSMETICA
MD house
MORTARA RANGONI EUROPE
OTTICI ASSOCIATI
SEGAFREDO ZANETTI COFFEE SYSTEM

C3 : CHI ERA COSTUI

Segue da pag.1

in modo da assicurare il ricevimento dei pazienti per almeno 7 ore, distribuite fra mattino e pomeriggio.

Quali sono le novità per i colleghi nelle condizioni contrattuali sopra esposte e già in atto?

Le Reti e i Gruppi potranno decidere di estendere l'apertura complessiva degli studi dall'8^a fino alla 12^a ora diurna, dal lunedì al venerdì; potranno **integrare** nella sperimentazione **tutti i mmg singoli**, in regola con i punti previsti da C1 e C2 (utilizzo di programmi informatici compatibili e collegati in rete), che ne facciano richiesta e si adeguino alle regole.

Quali sono le modalità di organizzazione della estensione della fascia oraria?

- estensione dell'apertura oraria degli studi

Ogni aggregazione medica provinciale dovrà programmare in modo autonomo, ma condiviso fra i colleghi, le ore e le sedi ove sarà possibile rintracciare i mmg aderenti alla sperimentazione. Dovrà comunicare al Distretto di appartenenza la disponibilità e gli orari di tutti i mmg interessati, anche ai fini contabili. Dovrà assicurare ampia informazione scritta agli utenti di quell'area.

- rintracciabilità tramite telefono fisso, con supporto infermieristico presente in studio

- rintracciabilità tramite telefono cellulare

Queste due modalità potranno essere utilizzate, anche in modo integrato, essenzialmente da quei colleghi che, operando in realtà decentrate, territorialmente disagiate o con uno scarso numero di mmg aderenti alla sperimentazione, si troverebbero in difficoltà ad assicurare le visite domiciliari e l'estensione dell'apertura degli studi.

Qual'è il vantaggio per i pazienti in carico a quel determinato gruppo/rete allargato?

Tutti i cittadini, iscritti negli elenchi dei mmg aderenti, potranno rivolgersi gratuitamente al mmg in studio/rintracciabile e concordare con lui un approfondimento del problema clinico emergente.

Sono esclusi i cittadini iscritti in elenchi di mmg non aderenti alla sperimentazione. Eventuali prestazioni mediche effettuate a loro favore sono a carico dell'assistito. (art. 57 Convenzione)

Qual'è il vantaggio per il mmg aderente alla sperimentazione?

Ad ogni mmg del gruppo/rete /singolo aderente, che si impegna a garantire l'apertura coordinata degli studi, dalla 8^a fino alla 12^a ora diurna, dal lunedì al venerdì, è riconosciuto il pagamento di 1€ assistito/anno per ogni ora aggiuntiva. Sono previste campagne informative agli utenti.

Da quando decorrono i compensi?

Dalla data di comunicazione all'ASL dell'impegno formale.

La **seconda parte** della sperimentazione **individua le sedi dei NCP**, con l'obiettivo di:

- favorire l'**integrazione fra le figure professionali** (mmg, specialisti, pediatri, medici della continuità assistenziale, figure che devono essere sempre più coinvolte nei progetti della medicina generale, infermieri domiciliari, ecc.),
- garantire la **presa in carico** del cittadino bisognoso
- assicurare la **continuità delle cure**, anche attraverso condivisione di percorsi assistenziali

In concreto **cosa può fare il mmg nella sede del NCP?**

Riunioni, incontri con altre figure professionali, attività clinica (visite mediche, anche come estensione della fascia oraria sopra esposta, ambulatori per patologia, distribuzione diretta di farmaci a doppia via, ambulatorio infermieristico per medicazioni e terapia iniettiva, indagini diagnostiche di primo livello, ecc.).

Dove può essere collocata la sede del NCP?

- Sede messa a disposizione dall'ASL/Amministrazioni comunali
- Sede di una medicina di gruppo
- Uno studio di un mmg in Rete
- Uno studio di un mmg singolo aderente

Tale scelta deve avvenire secondo **modalità e percorsi concordati e condivisi** fra le parti.

Le parti convergono l'impiego di indicatori di processo e di risultato, quali la verifica temporale del n° di mmg aderenti alla sperimentazione, n° di assistiti coinvolti, n° di accessi "codice bianco" al PS, n° di mmg partecipanti alle riunioni di NCP.