



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA
EMILIA ROMAGNA

CONTRATTAZIONE REGIONALE

ADELANTE PEDRO

DI MARIO STELLA

Anche nella nostra regione, è stato formalizzato il tavolo della trattativa per l'accordo regionale, presieduto dall'Assessore Bissoni, che ha presentato la delegazione trattante di parte pubblica; ma il confronto politico sindacale, per impostare ed avviare la contrattazione sui vari aspetti normativi ed economici non decolla.

A parte gli arretrati già ricevuti, con la terza rata fissata per gennaio 2006, ed il primo cedolino calcolato sulle nuove tariffe previsto con le competenze di settembre, siamo in attesa di fissare un ragionevole calendario per entrare nel vivo della trattativa. Nel frattempo abbiamo vissuto il balletto del servizio per l'assistenza ai turisti, secondo il nuovo A.C.N, trascinandosi fino a stagione iniziata, con le ASL interessate in ordine sparso e non pochi disagi per i cittadini e danni soprattutto ai medici di C.A.

In assenza di un tavolo "ad acta" da noi più volte richiesto, atto a dare risposte univoche alle ineludibili criticità connesse con le non poche regole affidate alla contrattazione regionale (ex art 14), si sono verificate tensioni e proteste che probabilmente con maggiore buon senso e migliore conoscenza del testo convenzionale, si sarebbero potute evitare.

E' una manfrina che si ripete ad ogni rinnovo contrattuale e che purtroppo, stando ai ben noti non rapidi tempi di contrattazione e di metabolizzazione degli accordi, rischia di creare danni non trascurabili ai colleghi. A titolo di esempio valgono due recenti segnalazioni: 1) ri-

tenuta di 500 euro per revoche di ufficio senza preavviso e preventivo accordo di rateizzazione con il medico, 2) sospensione del pagamento dell' I.C.S. ad alcuni colleghi, pur avendone diritto secondo il nuovo ACN. Qualcuno pensa ancora che alleggerire di qualche migliaio di euro i cedolini dei medici di m.g. sia irrilevante, ignorando che essi non godono di crediti a tassi privilegiati quando vanno in rosso, e che stipendi e contributi per i dipendenti vanno pagati comunque tutti i mesi, pena gravi sanzioni. Pur tenendo conto che, oltre al "rallentamento" pre e post elettora-

le, nell'ultimo anno lo staff dirigenziale regionale di riferimento per la medicina generale ha subito un pressoché totale rinnovamento, completato anche dalla nomina di un nuovo Direttore generale, riteniamo che il tempo sia più che maturo per chiarirsi e procedere. Da parte nostra con spirito istituzionale ed attenzione anche agli interessi dei cittadini, ma soprattutto a quelli dei M.G. decisi a sostenere modalità di confronto e di approccio ai problemi ispirate alla trasparenza, rispetto dei rispettivi ruoli,

Segue a pag. 4

CORSO FIMMG FRER PER REFERENTI NCP

L'ASSOCIAZIONISMO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

**BOLOGNA SABATO 15 E 22 OTTOBRE
NOVOTEL BOLOGNA CASTENASO VIA VILLANOVA 31**

**Destinatari: REFERENTI NCP, QUADRI
SINDACALI FIMMG.**

Argomenti dei seminari

LO SCENARIO STRATEGICO

(Stella)

**I M.M.G. E LA STRUTTURE ORGANIZZATIVE
DELLE AZIENDE SANITARIE**

(Vespa)

**ASSOCIAZIONISMO IN EVOLUZIONE:
medicina di gruppo, NCP, UTAP**

(Borrelli, Levato)

I NCP NELLE AZIENDE SANITARIE

(Ronchini)

IL REFERENTE DI NCP

(Zingoni)

FORMAZIONE E ASSOCIAZIONE, GLI

STRUMENTI

(Bagnoli)

L'offerta di seminari si pone l'obiettivo formativo di fornire ai partecipanti spunti di riflessione ed elementi di conoscenza in tema di:

- ACN, accordo regionale e accordi locali: le nuove opportunità
- Distretti e Dipartimenti di Cure Primarie nelle Aziende Sanitarie Locali.
- l'evoluzione delle forme associative in Medicina Generale
- i contenuti degli accordi aziendali stipulati in tema di associazionismo
- il sistema di budget e le forme associative
- il sistema di valutazione della qualità.
- la metodologia per i programmi formativi

Segue a pag. 4

TRATTATIVA PER L'ACCORDO REGIONALE

Principi e Priorità della FRER FIMMG

Principi e le priorità individuate dalla Fimmg Regionale come presupposti condivisi per il conseguimento degli obiettivi di sviluppo e di ulteriore miglioramento dell'assistenza territoriale da perseguire attraverso la contrattazione regionale ed aziendale.

Centralità di ruolo professionale del M.G. attiva e non burocratica, superamento della marginalizzazione partecipativa e di concertazione ai livelli decisionali della programmazione e delle scelte.

Valorizzazione dell'assistenza primaria e della funzione del m.g. riconoscibile dal cittadino come risorsa qualificata di primo impatto per il cittadino, efficace, affidabile ed autosufficiente per le esigenze assistenziali anche urgenti dello stesso che non richiedano il ricovero in ospedale nell'arco delle 24 ore.

Evoluzione del NCP da aggregazione funzionale in modello organizzativo con caratteristiche anche strutturali, con conseguente disponibilità di adeguati investimenti economici aggiuntivi, di risorse umane e professionali e di supporti amministrativi ed organizzativi.

Definizione condivisa del ruolo e delle attribuzioni del referente/coordinatore del NCP, con l'obiettivo di ricercare e promuovere adesione ai progetti assistenziali concordati a livello sindacale, attraverso la condivisione attiva e paritaria degli obiettivi e dei risultati possibili; con preferenza a promuovere l'assunzione attiva di responsabilità di team, rispetto ad un'impostazione gerarchica delle relazioni all'interno del NCP.

Responsabilizzazione dei m.g. ed incentivazione partecipativa alle attività ed alle opportunità culturali, professionali ed economiche connesse con la pratica professionale in forma coordinata ed integrata, senza rinunce identitarie, promozione della responsabilizzazione attiva, uniformemente ed equamente condivisa, identificabile e sanzionabile in tutte le figure professionali impegnate al rispetto dell'appropriatezza. Armonizzazione delle responsabilità con le garanzie, in funzione dell'equità ed uniformità dei criteri di valutazione dei comportamenti e degli obiettivi e dei risultati.

Riconoscimento della specificità del setting assistenziale della medicina generale territoriale, i cui modelli operativi, decisionali e relazionali non possono essere mutuati o riprodotti dall'esperienza assistenziale ospedaliera.

Promozione della stabilità occupazionale dell'area attraverso una sostanziale modifica del R. **Ottimale** nei limiti previsti dall'ACN pur con elementi di flessibilità in base a particolari situazione locali anche attraverso l'allargamento degli ambiti di scelta.

Letture condivisa di tutta la parte normativa secondo la tradizione ormai consolidata mirata ad un'uniforme ed equo orientamento interpretativo applicativo delle norme convenzionali su tutto il territorio regionale, con particolare riferimento alle esigenze di trasparenza e flessibilità amministrativa, al rispetto delle procedure di garanzie sancite dagli specifici richiami convenzionali, ove previste, e dal buon senso, ove necessario, nel rispetto dei diritti sia dei medici sia dei cittadini.

Riconoscimento del forte impegno partecipativo, contrattuale, propositivo e di supporto interpretativo - applicativo delle OO. SS. firmatarie maggiormente rappresentative sia a livello regionale che aziendale, attraverso la valorizzazione della funzione istituzionale degli organismi di partecipazione previsti dall'ACN (con particolare riferimento ai Comitati ex art 24 e 23) e l'instaurazione o, laddove già operante, il rafforzamento di un sistema permanente di relazioni e di consultazioni atte a favorire e sostenere, nel rispetto delle reciproche responsabilità e competenze, l'adozione e lo sviluppo di scelte condivise ed il superamento di criticità eventualmente emergenti su tutte le problematiche ed iniziative che coinvolgano ed interessino, in maniera diretta o indiretta, l'area della medicina generale.

L'inserimento dei m.g. negli organigrammi aziendali, distrettuali e dipartimentali con specifiche attribuzioni e competenze di supporto, consulenza e proposizione alle rispettive figure dirigenziali responsabili. Tutela delle carriere per i medici impegnati nell'organigrammi aziendale

Promozione e sistematizzazione delle attività extracliniche dei m.g. previste dalle leggi vigenti e dalla convenzione (attività di docenza. Tutor, formazione tirocinio pre e post laurea).

Riqualficazione dell'associazionismo secondo modelli organizzativi avanzati coerenti con le rinnovate esigenze di evoluzione e riqualficazione dei NCP.

L'impegno istituzionale condiviso ai livelli regionale ed aziendale e distrettuale con particolare sensibilizzazione delle autorità locali, per la promozione dell'informazione e del coinvolgimento culturale dei cittadini in funzione dell'uso appropriato delle risorse disponibili, a sostegno della stabilità del S.S.R. ed a tutela del diritto alle prestazioni essenziali delle fasce più deboli della popolazione.

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

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

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

e-mail emiliaromagna@fimmg.org

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

MMG E PSICHIATRI: UN' INTEGRAZIONE POSSIBILE

PROGRAMMA REGIONALE:**"GIUSEPPE LEGGIERI"**

DI ALBERTO SERIO

Quelli psichici sono disturbi ad alta prevalenza, responsabili di grado di disabilità e costi per la Collettività, diretti ed indiretti, superiori a qualsivoglia condizione medica.

Il loro precoce riconoscimento, accurato trattamento e gestione, sono obiettivo prioritario di ogni Sistema Sanitario.

Come per altre malattie a forte impatto sociale, responsabilità rilevante è a carico del MMG, per Ruolo Istituzionale e capillarità geografica, quale interlocutore fisiologico e permanente di una domanda assistenziale vasta, per l'imponenza dell'utenza, per la profonda conoscenza dei contesti familiari e sociali dei propri Assistenti, per la riconosciuta consuetudine a ricevere richieste di consigli e fornire suggerimenti.

Il mutamento dei bisogni evoca tuttavia necessità di interventi precisi, non solo "buon senso".

Per ottimizzare i "PERCORSI di CURA", perchè non abbiano a soffrire difficoltà, per carenza di adeguate strategie decisionali e per scarsa condivisione, risulta imprescindibile costruire percorsi assistenziali caratterizzati dall'instaurarsi di procedure collaborative e relazionali significative, fra i diversi Operatori, "PROGRAMMA REG. G.LEGGIERI", in una funzionale Rete di Servizi, pur rimanendo il Medico di Famiglia referente obbligato per il Malato ed i Familiari.

Quali Utenti accedono e quale grado di disabilità viene proposto negli Studi del MG? E' ormai patrimonio acquisito come non vi sia spazio per semplificazioni...; il "disagio psichico" trova rappresentazione in tutte le sue forme, dalla nosografia più aderente, a quella della comorbilità meno definibile, da quella subito chiaramente grave, a quella sfuggente più insidiosa, da quella che esordisce in ambienti socio-culturali "protetti", a quella che viceversa matura e si alimenta nell'instabilità familiare e sociale, da quella che trova comprensione nella famiglia, a quella che si avvilisce e si degrada nella solitudine, da quella a intensa componente somatica, a quella intrinseca da abuso di sostanze, entrambe fortemente fuorvianti, da quelle forme che insistono presso i Centri Psichiatrici, a quelle che invece ne paventano.

Psichiatria e M.G. sono branche della Medicina con notevoli affinità, in primis l'approccio olistico, il primato della relazione, il trascurabile supporto tecnologico, presupposti facilitanti di atteggiamenti collaborativi, ineludibili in una realtà complessa come quella della tutela della salute mentale.

In letteratura viene ancora rappresentata, spesso con enfasi immutata, la criticità del mancato, comunque insufficiente riconoscimento dei Disturbi Psichici nella Medicina Generale; in parte non è negabile, sicuramente andrebbe condotta un'analisi diversa del fenomeno, non già sostenibile solo su una supposta incompetenza clinica, ma più correttamente orientata, da una parte su aspetti motivazionali culturali che forse ancora troppo spesso non trovano adeguata collocazione nei MMG e dall'altra sulle caratteristiche del "setting" di operatività della M.G., che appare tuttora carente di opportunità creative di condizioni facilitanti, nella produzione di "alleanze assistenziali".

Se da un lato, facile accessibilità, modulo assistenziale rivolto di sovente all'intero nucleo familiare con costanza di osservazione longitudinale, risultano aspetti facilitanti per il MG, da un altro, le pressanti richieste di carattere medico e burocratico che incalzano nell'attività ambulatoriale quotidiana, con assai ridotte soluzioni di continuità, ma ancor di più le ricordate specifiche culturali e una insufficiente "vision" gestionale delle problematiche psichiche, risultano di ostacolo, inducendo talora ad atteggiamenti che possono

apparire di scarsa accuratezza diagnostica e terapeutica, mentre la gran parte dei casi "sottosoglia" e delle "comorbilità", di così elevata frequenza, potrebbe e dovrebbe trovare adeguata e puntuale accoglienza negli "studi" dei MG.

Nell'ambito delle Cure Primarie vanno pertanto ricondotte le strategie di risposta a innumerevoli tipologie di disagio psichico, purché ci si adoperi attivamente alla creazione di "Modelli Assistenziali" condivisi, consoni, innovativi, ma al contempo non ignari di esperienze produttive già sperimentate, che vedano MMG e Psichiatri operare nel tessuto culturale dell'integrazione, non formale ma assolutamente sostanziale, dove rispetto e autonomia delle professionalità vadano a coniugarsi con modalità affatto particolari di "comunicazione" e "partecipazione", in un sistema auspicabile di relazioni privilegiate.

Questo è l'indirizzo del ricordato "PROGRAMMA REGIONALE", che proprio in funzione degli obiettivi ricercati, prevede, come imprescindibili, qualificanti "momenti formativi", dove il concetto di "integrazione" possa assumere le più alte valenze.

CONGRESSO NAZIONALE FIMMG CASTELLANETA

L'ECOGRAFIA GENERALISTA

NELLO STUDIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La medicina generale si sta rapidamente evolvendo per consentire una nuova gestione del territorio, in grado di dare una più adeguata risposta alle mutate esigenze assistenziali dei cittadini, utilizzando percorsi diagnostico terapeutici sempre più tempestivi ed appropriati.

È di tutta evidenza che l'appropriatezza consente la non dispersione delle risorse e della competenze professionali ed una loro corretta allocazione.

È anche evidente come, a fronte di una medicina specialistica ipertecnologica, nello studio del MMG i principali strumenti diagnostici, filtro all'accesso ad altri livelli della sanità, sono la semeiotica classica associata alla clinica che, sebbene importantissime, risultano non più sufficienti.

Indipendentemente dai modelli di gestione territoriale adottati dai MMG (reti, gruppi, ecc.) l'ecografia generalista risulta essere lo strumento più duttile, in considerazione dei numerosissimi campi di utilizzo, per ampliare le capacità diagnostiche del MMG e ridurre l'uso o, comunque, avere un uso più mirato dei servizi specialistici di secondo livello e, di pronto soccorso.

In questi ultimi anni circa l'8% dei MMG hanno dotato il proprio studio di un ecografo, molti altri MMG sono però frenati dalla mancanza di un adeguato supporto sia culturale che pratico per l'ecografista generalista; un supporto formativo e di educazione continua ma anche di una rete di supporto nella attività di tutti i giorni.

Questi sono gli obiettivi che si pone il Progetto Ecografia Generalista della FIMMG-Metis, in collaborazione con SIUMB e SIRM, attraverso una serie di corsi teorico-pratici per medici di famiglia e strutturare una rete territoriale di medici di famiglia, già esperti in ecografia, che possano essere di supporto sia culturale (corsi periferici di ecografia) che pratico (second opinion) nella attività di tutti i giorni dei neo-ecografisti generalisti.

I colleghi interessati sono invitati a consultare il programma del 1° Corso di Ecografia Generalista FIMMG - Metis

(www.fimmg.org/congressi),

e per qualsiasi informazione contattare il dott. Fabio Bono (indirizzo email: twkeb@tin.it) Coordinatore Scientifico del progetto: Ecografia Generalista.

ADELANTE PEDRO

Segue da pag.1

concretezza operativa. impegno applicativo
Per quanto ci riguarda siamo da tempo pronti ad affrontare tutta la parte normativa, abbiamo già espresso il nostro orientamento sulla Commissione di disciplina, sulla composizione ed i compiti dei Comitati regionale ed aziendali, secondo gli art. 23 e 24, per i quali siamo in attesa di risposta, e presentato una piattaforma articolata di priorità e principi riportata in altra parte del bollettino.

Da parte sua l'assessore Bissoni ha confermato la volontà politica di garantire una risposta assistenziale, il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni sociali e sanitari derivanti dall'invecchiamento della popolazione e della crescente presenza di cittadini extracomunitari. Da qui la scelta di puntare al potenziamento dell'assistenza territoriale extraospedaliera ponendo definitivamente al centro del sistema il **Distretto**, consolidandone il ruolo di committenza ed integrazione. Fra gli Organismi del Distretto, il P.S.S. punta, in particolare, sul **Nucleo delle Cure Primarie (NCP)**, che, attraverso l'azione congiunta di MMG, PLS, infermieri, operatori socio assistenziali e servizi di prevenzione, potranno assicurare lo sviluppo del modello di reti cliniche integrate finalizzate a rispondere alle differenti esigenze sanitarie ed assistenziali dei cittadini.

In questo contesto, i MMG assumono un ruolo fondamentale, in quanto chiamati, non solo alle funzioni di erogazione delle prestazioni, ma anche a quelle di committenza e di partecipazione, attraverso il loro inserimento negli organigrammi aziendali e distrettuali, alla definizione delle strategie organizzative ed ai livelli decisionali delle Aziende sanitarie regionali.

Le aree di intervento individuate nel documento di parte pubblica. con disponibilità ad investimenti economici aggiuntivi rispetto a quelli già previsti dall'accordo nazionale sono:

- **L'evoluzione organizzativa** dei NCP, in senso anche strutturale con ampliamento del bacino di utenza, laddove possibile; si tratta di un obiettivo prioritario condiviso con disponibilità a mettere in gioco fondi aggiuntivi, a quelli previsti in ACN per incentivarlo e creare un modello integrato (h 12), con il coinvolgimento dei colleghi della C.A. anche nelle ore diurne.

- **L'individuazione** di aree di autonomia e responsabilità, attraverso un percorso che tenga in giusto conto le caratteristiche proprie del NCP ed in particolare l'impossibilità a riprodurre nei NCP modelli organizzativi gerarchici, divisionali.

- **lo sviluppo** degli investimenti tecnologici per la informatizzazione ospedale territorio, centrata intorno allo studio del MMG (progetto SOLE)

- **lo sviluppo** della formazione e della ricerca

- **l'integrazione** professionale tra settori sanitari e il settore sociale.

La nuova convenzione mette a disposizione gli strumenti normativi e le opportunità contrattuali regionali e locali per promuovere e sviluppare le necessarie intese per il conseguimento degli obiettivi di miglioramento organizzativo e funzionale del sistema al servizio della salute dei cittadini.

Il presupposto è la piena e convinta condivisione delle scelte e delle intese, seppur non facili, da parte di tutti gli attori. Da parte nostra come "figure centrali" ce la metteremo tutta, nel rispetto delle priorità e dei principi enunciati.

CORSO REFERENTI N.C.P.

Segue da pag.1

applicato alle forme associative

I Parte

SABATO 15 OTTOBRE 2005

Federazione Regionale Emilia Romagna F.I.M.M.G.

- Ore 9.30 "**Le forme associative: le nuove opportunità fornite dall'ACN e dall'Accordo Regionale**"
Mario Stella (Bologna)
- Ore 10.00 "**i Medici di Medicina Generale e la struttura organizzativa delle Aziende Sanitarie locali**"
Fabio M. Vespa (Bologna)
- Ore 10.30 "**L'evoluzione dell'Associazione in Medicina Generale**"
Nunzio Borelli (Modena)
- Ore 11.00 "**I Nuclei delle Cure Primarie negli Accordi Aziendali della Regione Emilia Romagna**"
Francesco Levato (Ferrara)

11.30. Dibattito relazioni

13,00 pranzo

Ore 14.30 **TAVOLA ROTONDA**

Conduttore: M. Patierno

Vantaggi e opportunità per il MG organizzato: i percorsi di integrazione dell'assistenza e i riflessi sulle attività professionali
Michele Tamburini, Mario Stella...

16.00 Dibattito

17.00 conclusione lavori

II Parte

SABATO 22 OTTOBRE 2005

Federazione Regionale Emilia Romagna F.I.M.M.G.

- Ore 9.00 "**La continuità assistenziale e la Medicina Generale: un necessario percorso d'integrazione**"
Michele Tamburini (Bologna)
- Ore 9.30 "**Il Nucleo di Cure Primarie nella competizione per le risorse. Il sistema di budget**"
Paolo Ronchini (Parma)

Ore 10,00 Dibattito

coffe break

Ore 11,00 Relazioni in tema di: I Nuclei di Cure Primarie nel Distretto, gli aspetti organizzativi e le criticità applicative

- "**I Nuclei di Cure Primarie nel Distretto di Reggio Emilia: aspetti contrattuali, organizzativi e le criticità applicative**"
Feroni Vittorio (Reggio Emilia)

- "**La mission dei Nuclei di Cure Primarie, un modello di Nucleo di Cure Primarie**"

Nunzio Borelli (Modena)

- "**Un Progetto per Nucleo di Cure Primarie, un modello organizzativo di Nucleo di Cure Primarie**"

Lino Graziani (Ravenna)

- "**Un Progetto per Nucleo di Cure Primarie, un modello organizzativo di Nucleo di Cure Primarie**"

Andrea Fiorini (Ferrara)

Relazioni di circa 20' ciascuna

Ore 12.30 dibattito

13,00 pausa pranzo

Ore 14.15 "**Le competenze formative in rapporto agli obiettivi della Medicina in Associazione: analisi dei bisogni, audit, valutazione dei report**"

Presentazione di esperienze con interventi preordinati
coordina: Luigi Bagnoli (Bologna)

Ore 16,00 "**Il ruolo di Referente di Nucleo di Cure Primarie secondo la FRER - FIMMG**"

Stefano Zingoni (Bologna)

Dibattito guidato con interventi preordinati

17.00 Conclusione dei lavori