

Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare

**COMITATO CONSULTIVO REGIONALE PER LA QUALITA' DEI SERVIZI
SANITARI DAL LATO DEL CITTADINO (CCRQ)**

Verbale N° 1/2022 del 26/1/2022

Componenti del CCRQ

Presenti: *Romano Grande, Pino Gino Perini, Gabriella Fabbri, Luigi Tirota, Ottavio Nicaastro, Antonio Cesare Guzzon, Remo Martelli, Angela Lucarelli, Matteo Biagini, Maria Paola Lumetti, Sarti Pierpaolo, Luciano Sighinolfi, Folli Ilaria, Bruna Borgini, Luigi Palestini, Luigi Scortichini, Bettini Annalisa, Ferri Elio, Pierantonio Marongiu, Bertolani Eleonora, Milco Forni, Barbara Murtas.*

Assenti Giustificati: *Luigi Mazza, Barbara Schiavon, Ester Sapigni, Imma Cacciapuoti, Liliana Tomarchio, Annarita Fabbri, Lina Pavanelli, Mario Fecondo, Marco Vanoli.*

Assenti: Giuseppina Poletti

Per la Segreteria con ruolo di verbalizzante: *Roberta Franceschini.*

ODG:

- ore 9:00** **Saluto della Presidenza e approvazione del verbale della seduta del 15/12/2021;**
- ore 10,00** **Aggiornamenti relativi all'assistenza di base e misure di contrasto all'emergenza MMG (dott. Alfonso Buriani, RER);**
- ore 11,00** **Buone pratiche: organizzazione dei CCM A USL di Modena (Luciano Sighinolfi);**
- ore 12,15** **Varie ed eventuali: o.d.g. seduta di febbraio 2022.**

Saluto della Presidenza e approvazione del verbale della seduta del 15/12/2021.

Il Presidente Guzzon saluta i presenti e apre la seduta.

Approvato il verbale della seduta del 15/12/2021.

Perini: Segnala che il giorno 11 gennaio ha partecipato al Convegno “*Verso il nuovo Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna*”. Elenca le autorità istituzionali, i rappresentanti dell'ANCI, quelli del terzo settore, quelli sindacali, della cooperazione, i relatori universitari (Parma, Bologna e del Brasile) e segnala che nessuno dei relatori od ospiti proveniva dalla provincia di Ferrara o dalla Romagna. Perini ha inviato agli organizzatori la seguente chat: "Si è parlato del terzo settore e dei sindacati: non una parola dei CCM, del CCRQ. I CCM non possono partecipare agli uffici di Piano di zona dove il Piano Sanitario e sociale verrà discusso. Il CCRQ sollecita nuovamente l'assessore Donini a realizzare quanto già da noi richiesto".

Tirotta: presente anche lui al convegno è d'accordo con Perini. Segnala che è stato invitato a partecipare per la prima volta all'Ufficio di Piano a Piacenza. Constata che la maggior parte delle persone non sanno cosa sono i CCM. Dopo tanti anni, non sono ancora conosciuti.

Scortichini: Ritiene che come membri CCM se ci si dà davvero da fare si è poi conosciuti. La partecipazione “personale” non funziona.

Tirotta: non d'accordo si ritiene un volontario attivo.

Sighinolfi: anche lui ha partecipato al seminario ed ha inviato alla segreteria CCRQ le slides di presentazione e il GANT di processo previsto per l'adozione del nuovo Piano. Ha inviato allo stesso tempo una lettera alla Vicepresidente Elly Schlein, chiedendo le motivazioni della non partecipazione di rappresentanti dei CCM e del CCRQ.

Ritiene che sul territorio, come componenti CCM, si deve partecipare a tutte le consultazioni per il ruolo che si ha. Collaborare come associazioni, non essere alternativi ma complementari alle Aziende e soprattutto conoscere ciò che avviene e ciò che viene deciso dai vari interlocutori istituzionali.

Guzzon: ribadisce che l'argomento principale della sua candidatura era di essere considerati ed essere interlocutori come rappresentanti dei cittadini/utenti.

Si deve lavorare all'interno del CCRQ in sottogruppi, anche con delega del ruolo. Fare squadra. CCM e CCRQ devono avere forza e rappresentanza.

Segreteria: in relazione all'argomento introdotto, comunica che ha avuto contatti con la coordinatrice regionale per il Piano Sociale Sanitario regionale, dott.ssa Fabrizia Paltrinieri, che ha inviato il materiale relativo al convegno e la registrazione dell'evento.

Tutto il materiale verrà inviato ai componenti del Comitato.

Anticipa che per l'incontro del 16/2 l'approfondimento sarà proprio su questo tema.

La dott.ssa Paltrinieri sarà presente all'incontro per avviare, anche con il coinvolgimento del nostro Comitato, il percorso di ascolto verso l'adozione del Piano, prevista entro la fine del 2022.

Aggiornamenti relativi all'assistenza di base e misure di contrasto all'emergenza MMG

Buriani: illustra i dati sui medici convenzionati in Regione Emilia-Romagna.

In relazione al sentito problema della carenza di medici segnala, per l'assistenza primaria, la diminuzione di 49 titolari da aprile 2021 (data del precedente approfondimento in CCRQ) e l'aumento per 15 incaricati provvisori, diminuzione di 63 titolari di continuità assistenziale contestualmente all'aumento di 425 provvisori USCA. Diminuiscono gli incaricati provvisori per l'emergenza così come tre unità di titolari.

Illustra la distribuzione dei 2.792 Medici di assistenza primaria su tutto il territorio regionale.

Mostra l'andamento degli ultimi otto anni riguardo alla presenza dei medici di assistenza primaria. Considerando solo i titolari dal 2014 al 2021 si è verificata una perdita di 294 unità.

Il problema è evidente e sotto gli occhi di tutti. Non è possibile prevedere i risvolti futuri.

Non determinabile l'uscita per pensionamento. Si è fatta una previsione basata sugli ultrasettantenni. L'ipotesi presenta un calo nel numero di medici in servizio fino al 2026 e poi leggera crescita successivamente. Si mostra un diagramma di previsioni fino al 2030.

Per quanto riguarda la graduatoria regionale per la medicina generale. Per il 2022, 759 sono i medici in graduatoria, 94 medici di meno rispetto all'anno precedente. Se si osservano i dati forniti dal 2016 si constata un fortissimo calo che fa pensare che esista meno attrattività verso la medicina generale.

Per quanto riguarda il Corso di formazione in medicina generale regionale, non universitario, che permette l'iscrizione nelle graduatorie regionali, dai dati si evince lo sforzo di aumentare le borse di studio per la partecipazione dalle 98 per il triennio 2014/2017 alle 317 per quelle del triennio 2021/2024.

Questa è una delle principali risposte al problema delle carenze di medici per i citati settori.

Le zone carenti pubblicate sono inoltre in continuo aumento.

Sono state coperte solo in modeste percentuali per il 2021. Domanda bassa di assistenza primaria. Assegnato solo il 30% dei posti messi a bando.

Tendenza in aumento negli ultimi anni: più si alzano i posti pubblicati, più di pari passo si alza il livello delle non assegnazioni.

Per la continuità assistenziale il problema della non assegnazione è cronico dal 2016.

Anche quando il medico accetta l'incarico non sempre poi decide di aprire l'ambulatorio.

Azioni immediate: proposta un'azione sui MMG *autolimitati*. E' stata compiuta una ricerca con le Aziende sanitarie. In totale sono in Regione complessivamente circa 600 i MMG con possibilità di andare oltre il massimale richiesto. Può essere avviata una revisione dei contratti in essere. Modificare o revocare quelli con forti limiti da parte delle aziende. In alcune zone i dati sull'argomento sono importanti (es. Bologna e Modena).

Proposte emendative alla legge di bilancio. Il DL 135/2018 convertito e modificato dalla L. 12/2019, prevedeva che fino al 31/12/2021 i Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale potessero partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali.

Questa possibilità è stata recepita in ACN del 18/6/2020.

Si prevede per questo target incarichi temporanei per 500 pazienti elevabile dalle regioni a 650 con un massimale di 24 ore. (Misura integrativa non esaustiva per la carenza perché se manca titolare questo ha 1500/1800 pazienti che lascia scoperti).

La Regione Emilia-Romagna ha inoltrato proposte emendative decise in Commissione salute di concerto con le altre regioni, di estensione del provvedimento fino al 2024.

La Regione ha di recente aggiornato a 650 il limite, come previsto dal D.L. citato, perché si è finalmente trovato accordo tra parte pubblica e parte sindacale.

Altre proposte come emendamenti alla legge di bilancio 2022 hanno riguardato tra le altre, per gli studenti del corso regionale, la presa in carico di 1.000 pazienti nel primo anno e fino 1500 dal secondo anno e il riconoscimento dell'attività lavorativa come tirocinio.

Per questo tipo di attività è prevista la presenza di un tutor, medico di assistenza primaria.

Chiesto anche modifiche al D.M. Salute 7 marzo 2006 con la possibilità per chi partecipa al corso di svolgere attività libero-professionale con sospensione della borsa di studio. In questo caso, inoltre, possibilità di partecipare al corso di medicina di emergenza.

Proposta possibilità per i medici di continuità assistenziale di accettare incarichi provvisori o di sostituzione di assistenza primaria con deroga al massimale attualmente previsto a 650. Riconoscimento a tutti lo stesso trattamento economico dei medici titolari.

Nella Legge 234 del 30/12/2021, legge di bilancio, nessuna proposta delle Regioni è stata accolta.

Ciò che è passato riguarda solo il settore dell'emergenza- urgenza.

Nel caso in cui il Medico possieda almeno 36 mesi di incarico in questo ambito, negli ultimi 10 anni, senza diploma del corso di formazione in medicina generale, può partecipare a procedure per l'assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato destinati al servizio di emergenza 118.

Le proposte devono essere inserite nel contratto nazionale dei MMG.

A volte servono molti anni per essere recepiti negli ACN.

La situazione complessiva non può essere gestita aspettando molti anni.

Proposte in bozza del coordinamento tecnico area assistenza territoriale

Tra le proposte avanzate da questo organismo e, in fase di approfondimento, la semplificazione della procedura per le assegnazioni delle zone carenti e l'aumento della frequenza delle pubblicazioni (superare le due attuali, per esempio, per la nostra Regione), ridurre i tempi per l'apertura di uno studio per le croniche o urgenti situazioni, ridurre i tempi di presentazione delle

domande.

Prevedere poi forme di penalizzazione, nelle assegnazioni successive, in relazione ad una rinuncia da bando precedente. Inserire inoltre la possibilità di conferire due incarichi provvisori in zone carenti limitrofe, in situazioni veramente critiche e da molto tempo, solo per periodi limitati. Uniformare, ultimo ma non ultimo, il trattamento economico dei medici con incarico provvisorio con quello dei medici titolari.

Considerare inoltre la possibilità di derogare al massimale dei 1500 pazienti, ecc.

Potrebbero poi essere considerate forme di agevolazione di tipo logistico e di ordine economico per l'apertura degli studi medici, soprattutto con la collaborazione dei comuni. Prevedere un adeguato compenso accessorio per chi accetta l'apertura dello studio in zone montane o particolarmente disagiate. Dare priorità nei trasferimenti a chi è rimasto a lungo nelle zone disagiate e disagiatissime.

Promuovere le forme associative. Sostenere e favorire le associazioni innovative e l'inserimento di nuovi medici, anche per chi è iscritto alla scuola regionale di medicina generale.

Revisione dei trattamenti fiscali ed economici, tenendo conto anche della situazione economica più favorevole delle USCA.

L'organizzazione delle attività e il trattamento economico delle USCA, per il momento, è legato particolarmente alle necessità assistenziali dettate dalla pandemia.

L'intenzione è comunque quella di dare continuità a questo forma di assistenza anche al rientro dell'emergenza.

Altre proposte riguardano la medicina penitenziaria con il passaggio alla titolarità convenzionale del rapporto di lavoro.

Per quanto riguarda l'emergenza sanitaria territoriale la proposta riguarda l'inquadramento nel ruolo sanitario per i medici con almeno 5 anni di titolarità con l'obbligo di rimanere almeno 5 anni nel posto assegnato.

Per la formazione specifica in medicina generale, le stesse proposte fatte con gli emendamenti alla legge di bilancio 2022.

Tutto questo con un ACN firmato da poco. Il 20 gennaio 2022 è stato firmato un ACN per il triennio 2016-2018. Recepisce il Decreto Balduzzi che è del 2012 (n. 158/2012).

Ci sono voluti dieci anni per la sottoscrizione di questo Accordo nazionale.

Per citare alcuni dei contenuti: ruolo unico della medicina generale (scompare il medico di continuità assistenziale così come visto finora). Forme organizzative innovative AFT ed UCCP e altri istituti normativi di notevole impatto. Tutti elementi importanti, ma già molto superati per la realtà della nostra Regione.

Evidenzia infine che, tra le tante proposte attualmente in essere, ne esiste una formulata dalla Commissione Salute, ancora totalmente in bozza, che dovrà essere vagliata dalla Conferenza Stato-Regioni e poi, eventualmente, proposta al Ministro della Salute. Se sfocerà in un decreto da parte del Ministero competente, potrà essere assunto quale atto di indirizzo futuro per un nuovo ACN. Le ipotesi contenute in tale proposta prevedono un impegno orario – sempre con rapporto convenzionale – da parte dei futuri MMG, ora ipotizzato a 38 ore settimanali, simile a quello degli specialisti ambulatoriali, con 20 ore da dedicare all'attività presso il proprio studio medico, altre 18

ore in ambito aziendale, di cui almeno 6 nella Casa della comunità e, comunque, nel Distretto di afferenza.

Scortichini: chiede se ritiene che sia possibile che un MMG con 1.800 assistiti possa non essere soddisfatto per quello che fa, anche tenendo conto degli aspetti relativi alla remunerazione.

Buriani: si è investito sempre poco nella medicina di base negli ultimi anni. La specializzazione non riconosciuta a livello universitario può contribuire. Non investito sufficientemente a partire dal livello nazionale. L'errore di non fare mai diventare dipendenti del SSN questi medici, forse, è solo in parte il problema. Gli USCA hanno probabilmente interferito in questo processo, in relazione alla tipologia di remunerazione (il compenso orario è stato stabilito in 40 €) e i tempi brevi per ottenere l'incarico.

Fabbri: segnala che i MMG offrono disponibilità oraria in modo molto eterogeneo sul territorio. Sarebbe necessario uniformare. Trovare strumenti di valutazione della qualità delle prestazioni per i medici di medicina generale, da prevedere nei contratti, anche in termini di autovalutazione.

Buriani: è in essere la misurazione della qualità su obiettivi specifici (es. sulla gestione di alcune cronicità) ma questi medici possiedono un contratto autonomo (rapporto libero-professionale) e quindi non sono sottoposti a valutazione come altri dipendenti. Sarebbe auspicabile, bisogna arrivarci. Deve esserci incontro tra parte pubblica e parte sindacale.

Perini: ottimo intervento del dott. Buriani, in linea con ciò che ha detto l'Assessore.

Al primo punto l'Assessore Donini ha messo il concetto di *Equità*. E' d'accordo sulle agevolazioni per questi medici.

Accorciare i tempi sia per i medici di continuità assistenziale (decreto Calabria) e priorità per gli USCA, che possono poi fare i corsi per la medicina generale e poi entrare in tempi più brevi nella professione di MMG.

Buriani: Proposte già previste appunto dal decreto Calabria.

Alcuni studenti in realtà vorrebbero aver l'opportunità di un corso non semplificato per specializzarsi bene. Si poteva prevedere la possibilità di accedere al posto da MMG già a partire dal terzo anno di corso.

Per i partecipanti al corso di Medicina generale in alcune realtà territoriali è previsto obbligo di coprire zone carenti, come avviene nelle province autonome di Trento e Bolzano.

In Regione Emilia-Romagna non è stato previsto l'obbligo.

Tirotta: oggi parliamo dei MMG, domani di quelli ospedalieri. Rischio di mettere una pezza ma poi avremo problemi da altre parti. Bisogna affrontare il problema in maniera globale a partire dalla Facoltà di Medicina. A Piacenza, parlando con la Responsabile delle Cure Primarie si sono trovate delle soluzioni per garantire i pazienti nell'assistenza.

Chiede se la proposta di rendere i MMG, prima dipendenti poi ora a convenzione, con 18 ore per l'A USL e 6 ore almeno nelle Case della comunità, non rende ancora più complicata l'accettazione con accordi. Considerare sia il professionista estremamente corretto sia chi, come un dentista che fa il MMG e insieme la libera professione, potrebbe tendere a trascurare la prima attività per svolgere qualcosa di più remunerativo.

Trovare una maniera più vincolante per questi professionisti.

Buriani: risposta più politica che tecnica. Si constata alto livello di coesione tra Assessori alla Salute su questi temi ma tempi lunghi di approvazione degli ACN che intralciano la resa operativa di qualsiasi decisione.

I sindacati sono molto incisivi nei contratti.

Le 18 ore per l'A USL e 6 ore nelle Case della comunità sono un progetto ancora da sviluppare.

Un modello a breve dovrà uscire.

Guzzon: offre una riflessione sul paradosso che si verifica in sanità.

Sistema non più esaustivo delle richieste dei cittadini. Si è persa la fiducia dei pazienti/utenti. Il Sistema si è rotto. Maggiore richiesta di qualità da parte dei cittadini e al contempo perdita di tenuta del sistema sanitario.

Occorre spezzare una lancia nei confronti della professione sanitaria. Molti medici spesso si trovano ad affrontare a mani nude questa emergenza.

Ricorda che erano stati previsti già negli anni '80 strutture da dedicare ai malati di AIDS che poi avrebbero dovuto diventare di riserva per essere messe a disposizione di pandemie future.

Non sono mai state fatte. Oggi forse avremo avuto meno problemi a gestire quella in corso.

Segnala sempre il problema delle carenze di assistenza primaria sulle zone di Goro e Mesola del territorio della sua A USL di riferimento.

Buriani: storiche carenze in quelle zone.

Grande: ritiene che la parte pubblica abbia commesso molti errori ed in forte carenza per la programmazione sulla formazione di questi professionisti. Chiede se si ritiene che adesso sia adeguata la programmazione in corso. Chiede altresì di capire quali sono le competenze contrattuali delle aziende rispetto a quelle regionali su questo argomento.

Buriani: si fa fatica a rispondere se sono sufficienti quelli programmati. Probabilmente no. Contingenti stabiliti a livello nazionale e la Regione non può intervenire.

Nei consigli dei corsi sono presenti medici, quasi sempre rappresentanti sindacali. Tutte le decisioni sono prese, quindi, coinvolgendo sempre anche la parte sindacale. Tre sono i livelli di contrattazione: nazionale, regionale e aziendale, contenuti nei contratti convenzionali.

A livello aziendale non si possono prevedere procedure che non siano contenute già a livello regionale e nazionale.

Su alcuni temi, come ad esempio le vaccinazioni, le A USL si sono mosse in modo anche autonomo. Su queste procedure non si ha molto margine a livello aziendale.

Si inviano le slides messe a disposizione dal dott. Buriani.

Buone pratiche: organizzazione dei CCM A USL di Modena

Sighinolfi: sarebbe opportuna un'esposizione del dott. Buriani anche a livello delle conferenze territoriali per una buona riflessione anche a livello locale.

Segnala che sono in corso alcune integrazioni al regolamento dei CCM A USL di Modena, rispetto al testo inviato.

Le modifiche sono all'attenzione del Direttore generale dell'A USL di Modena.

L'intenzione era di aggiungere elementi potenziando il ruolo del Comitato di distretto nella relazione con Presidente CCM.

Ad esempio, è stata inserita, per le associazioni che vogliono entrare nei CCM, la clausola discrezionale data da parte del Direttore del distretto. Possono entrare solo le associazioni che abbiano particolari competenze in settori utili alle attività programmate dal territorio.

I Responsabili dei Dipartimenti di cure primarie e di Sanità pubblica vengono periodicamente a riportare i lavori in corso nei loro rispettivi ambiti a livello aziendale.

Le piccolissime associazioni che venivano solo per fare delle provocazioni, in questo modo, non avranno più accesso. Si è inoltre previsto che una serie di provvedimenti aziendali debbano passare attraverso il Comitato.

E' stato inoltre istituito l'Ufficio di Presidenza, nucleo che si riunisce in modo ristretto al posto di plenarie a volte molte vaste (esistono CCM di 40 persone)

Le decisioni vengono quindi facilitate nell'ambito più ristretto e poi ratificate nel comitato allargato.

Il dott. Brambilla, Direttore generale attuale, ci tiene moltissimo alle associazioni di volontariato. Esiste un rapporto di confronto reale (i CCM sono complementari rispetto all'Azienda).

Il rapporto è basato sul rispetto reciproco.

A rotazione le associazioni portano nel CCM il resoconto delle loro attività per mettere a conoscenza di tutti i lavori in corso.

I dirigenti dell'Azienda vengono a turno nei CCM a raccontare cosa si fa in Azienda. Ci si confronta raccontando cosa si mette a disposizione, come volontariato, e cosa ci si aspetta.

Sighinolfi anticipa l'iniziativa programmata con l'Università, l'Azienda Ospedaliera e altri soggetti istituzionali del territorio. Iniziativa prevista in presenza e rimandata a causa dell'emergenza sanitaria.

Il ruolo dei CCM è di promuovere anche ciò che si fa tutti i giorni, anche in Conferenza socio-sanitaria. La collaborazione del volontariato è preziosa.

Le associazioni devono far sapere cosa fanno e socializzare le iniziative in CCM.

Come Presidente passa in tutti i CCM per riportare le decisioni nei Comitati di direzione e nelle Conferenze perché tutti siano messi a conoscenza di cosa fa l'Azienda (dirigenti a turno che riportano iniziative).

Selezionare i componenti dei CCM in modo che passi la conoscenza e l'esperienza.

Nel nuovo regolamento è stata avanzata la proposta di durata quadriennale dei CCM.

Devono essere fatti minimo 3 incontri all'anno per tutti i CCM e, per quanto riguarda i componenti, dopo 3 assenze si prende contatto con l'associazione e se ne richiede la sostituzione oppure si passa all'esclusione dell'associazione stessa.

Nel Coordinamento dei CCM viene eletto un Presidente che è espressione dell'associazionismo e un Vice-presidente che non deve necessariamente appartenervi.

IL Presidente è convocato nella Conferenza territoriale socio-sanitaria (o il vice).

Confronto e parte attiva anche sui progetti del PNRR. Un Dirigente aziendale ha spiegato i progetti e le ipotesi dei fondi. I CCM sono parte attiva nella programmazione.

Guzzon: inviare i regolamenti dei vari CCM alla segreteria in previsione della rispettiva presentazione.

Grande: segnala che per l'adozione del loro nuovo regolamento sono allo stesso punto di Modena. Non è ancora in delibera. Il regolamento dell'A USL di Bologna si trova all'ultimo step da bozza.

Regolamento che propone criteri non solo per la gestione dei CCM ma regola anche il rapporto con l'Azienda USL.

Punto fondamentale è quello dell'obbligo come CCMSS, di essere interpellati prima delle decisioni aziendali.

E' stato inserito il diritto alla partecipazione all'Ufficio di direzione e alla Conferenza territoriale socio-sanitaria. Auspica di lavorare a livello metropolitano in rete con gli altri CCM del territorio bolognese, per momenti di coordinamento interaziendale.

Tirotta: chiede a Sighinolfi cosa non funzionasse nel vecchio regolamento che ha portato ad adottarne un altro. Chiede invio della bozza delle nuove proposte da parte di Modena.

Sighinolfi: le modifiche non sono ancora disponibili in quanto all'attenzione del Direttore Generale dell'A USL.

Tra gli aspetti di maggior rilievo, la necessità di puntualizzare meglio la formazione, anche con CCM dell'A OSP di Modena, sulla programmazione del socio-sanitario e verifica più puntuale sulle associazioni da ammettere ai comitati.

Bettini: chiede se anche Modena sta andando come Bologna verso un regolamento come CCM socio-sanitario.

Sighinolfi: il regolamento a Modena non è tarato sulle sperimentazioni CCMSS, così come previste a suo tempo per impulso del CCRQ.

Tirotta: ritiene che sia necessario un coordinamento che tiene insieme tutti i regolamenti aziendali. Non validata dal CCRQ, a livello regionale, la sperimentazione di Bologna.

Perini: conferma quanto riferito da Tirotta in quanto servono delle linee guida dell'Assessorato per la partecipazione dei CCM.

Martelli: Ritiene che ci sia una deriva da caos. D'accordo con Perini sull'adozione di nuovi modelli di regolamento che devono essere verificati e conformi alle norme attuali. Oppure si cambia e si norma però a livello regionale. Ritiene che la consultazione che viene chiesta come CCM nella sua Azienda gli basti. L'obiettivo è quello di verificare ciò che serve per il cittadino. La deriva è che ognuno faccia quello che vuole. Serve un'azione congiunta tenuta insieme con azione comune, con il CCRQ.

Guzzon: Se dobbiamo essere consultivi dobbiamo anche essere consultati. Pensare a un Gruppo di lavoro sul regolamento.

Marongiu: in Romagna è stata fatta revisione del regolamento, non per modificarlo ma per meglio specificare alcuni aspetti.

E' in corso il rinnovo dei CCM.

Ritiene che serva un confronto con l'obiettivo di uniformare i regolamenti.

Varie ed eventuali: o.d.g. seduta di febbraio 2022.

Nell'incontro previsto per il 16/2, come anticipato, sarà presente la dott.ssa Fabrizia Paltrinieri della Regione, coordinatrice per il Piano Sociale e Sanitario, con la quale si avvierà un percorso di ascolto per la definizione del Piano, che si prevede di adottare a fine 2022.

Per le Buone pratiche ci sarà la presentazione di Romano Grande della realtà del CCMSS dell'AUSL di Bologna.

Sarà presentata la bozza del nuovo regolamento aziendale.

La seduta termina alle 12,50.

Per la Segreteria
Roberta Franceschini


Il Presidente del CCRQ
Antonio Cesare Guzzon
