

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLVII - SUPPLEMENTO DOSSIER 1/2017

CONVEGNO

CASE DELLA SALUTE: LA PROPOSTA DELLA GIUNTA REGIONALE

SABATO 18 FEBBRAIO 2017
DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna
Coordinano: Avv. Gianfranco Iadecola, Dott. Giancarlo Pizza



BOLLETTINO NOTIZIARIO



ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE

Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE

Abbiati dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento postale 70% -
CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi
ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

Convegno

CASE DELLA SALUTE: LA PROPOSTA DELLA GIUNTA REGIONALE

SABATO 18 FEBBRAIO 2017 DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna
Coordinano: Avv. Gianfranco Iadecola, Dott. Giancarlo Pizza

- | | |
|-------------------|---|
| Ore 8:30 - 8:45 | Saluto del Dott. Pizza Presidente OMCeO Bologna |
| Ore 8:45 - 9:00 | Dott. Salvatore Lumia, Consigliere OMCeO Bologna e Coordinatore Commissione Sanità del Territorio ed Ospedaliera: "Valutazioni dell' Ordine di Bologna sulla delibera regionale intorno alle Case della Salute" |
| Ore 9:00 - 9:15 | Dott. Giuseppe Lavra, Presidente OMCeO Roma: "Le Case della Salute a Roma" |
| Ore 9:15 - 9:30 | Dott. Carlo Roberto Rossi, Presidente OMCeO Milano: "Le Case della Salute a Milano" |
| Ore 9:30 - 9:45 | Dott. Paolo Ronchini, Vice Presidente OMCeO Parma: La prima Casa della Salute della provincia di Parma: esperienza contro corrente?" |
| Ore 9:45 - 10:00 | Dott. Giandomenico Savorani, Presidente Provinciale FIMMG: "Case della Salute: il pensiero della FIMMG" |
| Ore 10:00 - 10:15 | Dott. Francesco Biavati, Presidente Provinciale SNAMI Bologna: "Case della Salute: il pensiero dello SNAMI" |
| Ore 10:15 - 10:30 | Dott. Eugenio Roberto Cosentino, Segretario Regionale CIMO-ASMD: "L'opinione della CIMO" |
| Ore 10:30 - 10:45 | Dott. Sandro Macchia, Segretario Regionale ANAAO-ASSOMED: "L'opinione dell'ANAAO" |
| Ore 10:45 - 11:00 | Dott.ssa Marica Faraca, Segretario Regionale CISL - MEDICI: "L'opinione della CISL - MEDICI" |
| Ore 11:00 - 11:45 | Coffee Break |
| Ore 11:45 - 12:00 | Prof. Carlo Hanau, Presidente Tribunale della Salute: "Case della Salute: cosa ne pensano i cittadini" |
| Ore 12:00 - 12:15 | Sig.ra Anna Baldini - Associazione Cittadinanza attiva: "Case della Salute: l'opinione dei cittadini" |
| Ore 12:15 - 12:30 | Dott. Roberto Pieralli Segretario Regionale SNAMI: "Case della Salute, Sovraffollamenti ai PS, Relazione fiduciaria, c'è una relazione?" |
| Ore 12:30 - 12:45 | Avv. Gianfranco Iadecola: "I rapporti interprofessionali nelle Case della Salute" |
| Ore 12:45 - 13:00 | Discussione |
| Ore 13:00 - 13:30 | Dott. Pizza - Conclusione |

LA CITTADINANZA E LA STAMPA SONO INVITATE

Dott. Giancarlo Pizza - Abbiamo organizzato un incontro con coloro i quali devono utilizzare la Casa della Salute, quindi i cittadini. Come sapete sono stati invitata la stampa e i cittadini. Soprattutto le organizzazioni dei cittadini. Abbiamo qui dei rappresentanti che parleranno. E naturalmente non potevano non essere sentiti coloro i quali all'interno della Casa dovranno fare delle cose, quindi i medici. Di qui l'idea di sentire le opinioni delle varie organizzazioni sindacali, associazioni dei medici, del territorio e degli ospedali. Poi abbiamo avuto l'idea di invitare un giurista, l'avvocato Gianfranco Iadecola. Egli è stato magistrato di cassazione, poi si è stancato di fare il giudice e ha pensato di venire a darci una mano in ambito sanità. Io mi fermo qui.

Il dottor Lumia è uno dei coordinatori della commissione che si è occupata dello studio della delibera proposta dalla Regione per le Case della Salute ed è la persona che il Consiglio ha individuato per rappresentare le criticità che erano state individuate e sollevate.

Sarò molto stretto nei tempi. Ricordo quindi a tutti gli oratori che i tempi qui scritti saranno seguiti molto rigidamente, perché alcuni relatori hanno degli impegni e dovranno andare via. L'intervento dell'avvocato Iadecola sarà anticipato perché gli è stato anticipato un treno. Quindi quando dirà che vorrà intervenire, dopo aver ascoltato alcuni interventi, potrà farlo.

Il dottor Lumia è anche consigliere dell'Ordine.

Dott. Salvatore Lumia - Buongiorno a tutti. Grazie Presidente per avermi dato questa opportunità di illustrare quello che è stato il lavoro della commissione che coordino insieme alla dottoressa Raggiotto. Quando abbiamo avuto in mano la delibera sulle case della salute abbiamo un po' studiato il problema e fatto una riflessione, per vedere cosa dicesse di nuovo, insieme a tutti i medici che fanno parte della commissione. Sono medici che vengono da tutte le estrazioni professionali: medici di famiglia, medici del territorio, medici ospeda-

lieri. Faccio una brevissima introduzione. Dal sito della regione le case della salute sono: un punto di riferimento per i cittadini e un modello organizzativo. Sicuramente la descrizione è di qualcosa di veramente nuovo, innovativo, utile nella maniera di dare assistenza. La Casa della Salute nasce un po' di anni fa su iniziativa della ministra della salute Livia Turco. La propose nel 2006 come un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione di strutture polyvalenti, polifunzionali in cui dovesse esserci dentro un po' di tutto. Un po' tutti i servizi tra cui, guarda caso, un punto di soccorso con un'ambulanza dotata di medico. Probabilmente nel corso degli anni qualcuno se ne è dimenticato di questa cosa. La giunta regionale fa la prima delibera nel 2010. Una delibera con un allegato molto articolato in cui si descrive come deve essere fatta la Casa della Salute e cos'è: una struttura in cui deve stare dentro un po' tutto per l'assistenza sanitaria. Descrive alcune tipologie di Casa della Salute: grande, media, piccola. Descrive la tipologia della Casa grande dove ci deve essere dentro tutto: dal Cup allo Sportello Unico, l'ambulatorio pediatrico, l'assistenza primaria, gli automezzi sanitari, i servizi sanitari, l'area clinica e anche servizi sociali e uffici. Quindi la Casa della Salute è configurata come un punto, sul territorio, dove il cittadino può trovare una risposta ai suoi bisogni, in tutti i sensi. La Casa della Salute, nella sua tipologia piccola, ha molte meno strutture di quella grande. Quella delibera dava indicazioni molto precise anche su come sono organizzati gli spazi, dava indicazioni che agli architetti servono molto. Probabilmente servono molto agli architetti e agli ingegneri anche le Case della Salute. Viene descritto come sono fatti gli ambulatori: quello infermieristico, quello medico, quello odontoiatrico, addirittura una piccola sala operatoria chirurgica. La delibera dice anche come deve essere fatto il logo della Casa della Salute. Negli anni successivi ci sono stati altri documenti regionali sulla Casa della Salute: su come è organizzata la rete dei professionisti, sul monitoraggio de-

gli investimenti, ecc. Sicuramente il modello di sanità, sul territorio, offerto ai cittadini dalla Casa della Salute è innovativo. Può dare un miglioramento o, quantomeno, cambiare un po' il paradigma dell'assistenza in senso positivo, almeno nelle dichiarazioni di intenti o nelle prime idee. Però questa ultima delibera, che è uscita come proposta il 22 novembre e poi è stata approvata a dicembre poco prima di Natale, darebbe delle indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle Case della Salute. Quindi ci siamo messi a leggerla e a fare le nostre considerazioni. Per cui queste considerazioni che vi faccio vedere non sono solo mie ma di tutta la commissione che ha partecipato. Ho voluto riportare alcune frasi proposte da alcuni medici della commissione perché indicative di cosa pensano i medici dell'Ordine di Bologna, che sono diecimila. Non sono pochi. Peraltro alcune di queste considerazioni sono simili a quelle che fa la confederazione regionale degli ordini dei medici. Quindi i medici dell'Emilia Romagna la pensano più o meno così. Questi sono gli obiettivi della delibera. Già qui cominciamo, però, ad avere dei discorsi un po' fumosi, un po' generici: "l'obiettivo di definire insieme gli elementi organizzativi e assistenziali a supporto del coordinamento con l'attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari ecc..". Quindi tante cose. Infatti l'indice è molto corposo. Le premesse, le finalità sono assolutamente condivisibili. In particolare: "le Case intendono qualificarsi come struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dove, oltre all'assistenza sanitaria, c'è l'assistenza sociale..". E qui si va avanti con lo sviluppo di come devono essere. Andando avanti c'è il disegno dello stato dell'arte. Scompare un po' la tipologia delle Case medie: quindi ci sono tipologie di Case grandi e medie e Case piccole. Nelle Case piccole, o a bassa complessità assistenziale, ci sono le strutture e i servizi che abbiamo visto. In quelle a media/alta complessità ci dovrebbe essere tutto, compreso quello che riguarda un'assistenza sociale. Dovrebbero essere presenti anche le strutture

semiresidenziali, gli ospedali di comunità, gli hospice. La popolazione di riferimento è questa. Questa è la distribuzione delle Case della Salute attualmente presenti sul territorio. Poi ci sono alcuni discorsi molto complessi sulla funzione delle Case della Salute.

La parte che incomincia ad interessarci è quella dove si parla della comunità di professionisti. Dovrebbero lavorare equipe multiprofessionali interdisciplinari con medici, infermieri, assistenti sociali, assistenza osteetrica, un po' tutto. Nella delibera si dice quali sono attualmente le situazioni. Le funzioni descritte in questa delibera sono: accoglienza e orientamento per quello che riguarda tutti i bisogni dei pazienti e la valutazione del bisogno. La valutazione del bisogno viene svolta preferibilmente da parte del punto unico di accesso sociale da infermiere, assistente sociale, altre figure professionali, ecc. Questo è uno dei primi punti critici. Perché la valutazione del bisogno chi la fa? È una sorta di triage affidato ad un operatore. Non è ben descritto come viene valutato questo bisogno. Perché se è un bisogno di natura sociale va benissimo che ci sia un assistente sociale. Ma se il bisogno è di natura sanitaria chi è che lo valuta? La funzione del medico di medicina generale, quello di famiglia, è fondamentale nel nostro sistema sanitario. Togliere questa funzione e darla ad un operatore di sportello è un aspetto che non è ben chiaro. Non mi piace la parola triage perché il triage è quello che si fa sui campi di battaglia, nella medicina di guerra, mettendo da una parte i feriti che moriranno rispetto a quelli che possono essere curati. Quindi questa parola non va bene nella nostra sanità. Però chi valuta il bisogno potrebbe anche indirizzare in maniera sbagliata il paziente, ad un uso sbagliato di esami, di risorse e di prestazioni.

Il coordinamento della Casa della Salute è affidato ad un responsabile organizzativo, preferibilmente un coordinatore infermieristico che coordina anche un board gestionale organizzativo. Il coordinatore deve essere sempre presente in sede. Qui in giallo vedete

le frasi che abbiamo messo nel documento, in bianco quello che c'è scritto nella delibera. Se è vero che un coordinatore infermieristico potrebbe avere funzioni soltanto di tipo organizzativo, le valutazioni o tutto quello che riguarda la funzione clinica assistenziale non possono essere, a nostro avviso, affidate ad un infermiere. Il *board* è composto da diverse figure: oltre al responsabile organizzativo ci sono dei referenti di area clinica, a seconda del tema affrontato. Il referente di area è una figura professionale. Così dice la delibera. Il referente clinico può essere un medico. No. Il referente clinico deve essere un medico. La delibera dice che il coordinatore assistenziale è un infermiere. Però, secondo noi, non può essere un infermiere che gestisce una struttura così complessa senza una supervisione medica a monte.

Finalmente, nella delibera, si incomincia a parlare dei medici di medicina generale di libera scelta. Questi sono un punto di riferimento per l'accesso e la presa in carico nella rete dei servizi. E questo è vero. Però prima e dopo questi medici che fine fanno? Poi anche i medici specialisti stanno all'interno della Casa della Salute, sia dipendenti che convenzionati. Qui ci sono tanti problemi, con dei risvolti sindacali importanti, che non sono assolutamente affrontati. Sicuramente, dopo, i colleghi sindacalisti li tratteranno. Poi all'interno della Casa della Salute possono esserci ambulatori dotati di strumenti di telemedicina, di ecografia di base. Ecco questo ricorso alla telemedicina ci piace poco; perché la telemedicina, così come la teleradiologia, presente all'interno di una struttura di questo genere deve essere sempre gestita dai medici. Non può essere gestita da personale non medico. Sappiamo le criticità che ci sono per la radiologia. Sappiamo che anche i tecnici stessi, di radiologia, non vogliono sobbarcarsi questa cosa. Per cui questo è un altro punto critico.

Quando si parla della presa in carico dei bisogni, questi possono essere di natura sociale ma sono soprattutto di natura sanitaria, cioè delle patologie, quindi bisogna che qualcuno

lo valuti.

Poi all'interno delle Case della Salute ci sono gli ospedali di comunità. La Casa della Salute dovrebbe essere un punto di raccordo tra i flussi dei pazienti in entrata e uscita dall'ospedale. Può avere un ruolo di filtro. Gli ospedali di comunità sono questa nuova modalità di gestione della degenza e della riabilitazione. Però anche questi sono fatti a moduli e hanno come responsabile un infermiere e al medico di famiglia è affidata la responsabilità clinica. Non siamo molto d'accordo su questo.

La delibera parla di medicina d'iniziativa con un ambulatorio infermieristico che prende in carico la cronicità, secondo un paradigma che consiste di percorsi per ogni patologia. Però la presa in carico del paziente non può essere fatta dall'infermiere, con il medico di medicina generale che fa da consulente e non è la figura principale. Se è l'infermiere che valuta il paziente e lo dirige verso i percorsi e gli esami, questo è abuso di professione. E chi scrive queste delibere fa un'istigazione all'abuso di professione. Quando, nella delibera, si parla di *follow-up* secondo linee guida e algoritmi va bene ma ci deve essere sempre la valutazione del paziente da parte del medico di medicina generale o dello specialista. Anche per altre cose come l'educazione terapeutica, l'autogestione della propria patologia, l'addestramento all'identificazione di segni e sintomi, ci vuole sempre una supervisione del medico. Poi vengono citati, ma non proposti nella delibera, dei questionari di valutazione dei percorsi assistenziali. Anche questi non possono sostituire la figura del medico.

Nella delibera c'è un riferimento alla comunicazione tecnologica, tramite internet, della storia dei pazienti. Va benissimo. Come vanno bene la cartella clinica informatizzata e il fascicolo sanitario elettronico. Però non possono essere strumenti che permettano a chi è al bancone di accettazione di andare a vedere la storia clinica del paziente. Ci sono grossi problemi di *privacy*. Già dentro le nostre aziende i professionisti fanno fatica ad accedere ai dati dei pazienti perché ci sono problemi di *privacy*.

Questi strumenti non possono essere usati dal banconista o dall'infermiere per indirizzare il paziente verso una qualche prestazione.

Questo è uno studio internazionale in cui si dice che, in queste strutture, la presenza di un medico a conoscenza della storia dei pazienti dà a questi ultimi una maggiore soddisfazione del servizio. Quindi ci vuole il medico all'interno di queste strutture. Questo è scritto nella delibera del 2010. Nel 2016 questo ragionamento viene completamente dimenticato.

Quindi la Casa della Salute a media/alta complessità è una struttura molto complessa che ha dentro tante attività, tanti servizi. È praticamente un grosso poliambulatorio o un piccolo ospedale. Quindi ci deve essere una regia. Ci deve essere un direttore d'orchestra che sia sempre presente. E questo deve essere un direttore sanitario. Vi abbuono la lettura di cosa fa il direttore sanitario perché tutti lo sapete. In più anche nei criteri di accreditamento dell'agenzia sanitaria regionale è importante la presenza del direttore sanitario tecnico che valuta tutte le cose, tra cui anche i fabbisogni di personale. Ma, forse, di questo nelle aziende si sono dimenticati.

Finisco facendo il riassunto dei punti critici.

In questa delibera la responsabilità medica è completamente trascurata. Il medico di medicina generale ha una funzione importante, oltre a quella clinica, perché orienta il paziente, fa da filtro. Il medico di medicina generale non ha bisogno di andare a leggere la storia del paziente o di capire i suoi bisogni sociali perché lo conosce da quando ce l'ha in carico, magari da quando è nato. Conosce la famiglia e le sue condizioni. **Nella nostra assistenza è fondamentale la valutazione del bisogno di salute fatta dal medico di medicina generale: il medico di famiglia.**

L'appropriatezza. Siamo in un momento in cui si valuta l'appropriatezza della prescrizione o dell'esame diagnostico prescritto dal medico. Dentro queste strutture come funziona? Possono essere avviati percorsi che comportano esami o la medicina d'iniziativa, cioè l'applicazione di protocolli di *follow-up* di una malat-

tia. Se c'è un filtro medico, si possono indirizzare meglio i pazienti verso gli esami da fare o non fare.

Il rapporto medico paziente non viene tutelato, perché il medico è un consulente del coordinatore della Casa della Salute. Invece questo rapporto, che dà fiducia e che veniva affrontato nella delibera del 2010, è un elemento forte nell'assistenza sanitaria oltre che di risparmio economico. Non è dichiarato che nelle Case della Salute ci sia la funzione del direttore sanitario. Poi non ci sono diagrammi di flusso o schemi illustrativi di come debba funzionare questa Casa della Salute.

Per concludere e riassumere l'opinione del Consiglio Direttivo dell'Ordine di Bologna cito le frasi di un Collega che ha partecipato ai lavori della Commissione incaricata dell'analisi e che, giustamente, notava che il documento regionale è eccessivamente lungo, con un'estensione che non è motivata in declinazioni compiute e che ha un obiettivo, criptico ma evidente, che è negare nei fatti il ruolo del medico come professionista e organizzatore, ma affida ad un responsabile, non medico, la sintesi delle attività che vengono svolte. Inoltre questo tipo di organizzazione vuole cancellare quella attuale e dare al medico un ruolo secondario, subordinato ad altre professioni. La Casa della Salute nei primi disegni era sicuramente un buon modello ma questo documento della Regione non lo dimostra. E soprattutto non tiene conto del parere di chi ci dovrebbe lavorare, cioè dei medici. L'Ordine dei Medici di Bologna e la Federazione Regionale, così come anche i sindacati, hanno dichiarato la loro disponibilità a partecipare alla costruzione di queste strutture. Ma l'attuale giunta Regionale scrive, dà disposizioni. Questa è una maniera che hanno in assessore da un po' di tempo a questa parte e che abbiamo visto anche in altre situazioni. **Per cui l'Ordine dei Medici di Bologna, e credo anche le categorie sindacali, dà la sua disponibilità a costruire un modello di Casa della Salute che sia efficace e ben costruito.** Ho finito.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie. Credo si sia ben capito cosa pensa l'Ordine di questa situazione. E allora abbiamo chiesto ai colleghi presidenti degli ordini di Roma e Milano le loro esperienze sulle Case della Salute. Il dottor Giuseppe Lavra è il presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, "governa" 45000 medici. Non so quante Case della Salute ci siano a Roma e nel Lazio, ma adesso ce lo dirà lui. Prego Giuseppe. Grazie per essere venuto qui.

Dott. Giuseppe Lavra - Buongiorno. Grazie a te Giancarlo. Grazie per questo gradito invito. Ormai mi sento di casa qui, anche in ragione dell'amicizia e della stima che ci legano. Il tema, ahimè, è sempre lo stesso perché probabilmente ci troviamo di fronte ad una situazione che non è chiara. Mi spiego. Le Case della Salute a Roma sono circa 16. Queste, che, di fatto, sono dei semplici ambulatori e delle strutture organizzate in maniera tale da allocare risorse umane e qualcos'altro, in realtà funzionano esattamente come i Cad della regione Lazio, cioè non producono servizi. Producono stipendi, producono occupazione di forze lavoro ma, di fatto, i cittadini laziali che hanno bisogno di soddisfare le loro esigenze di salute hanno una sola porta a loro disposizione che è quella del Pronto Soccorso. E la agiscono quotidianamente in modo da sovrappollare questa struttura in maniera indegna di un paese civile. Per quanto riguarda ciò che dovrebbe contenere questo contenitore denominato Casa della Salute, debbo dire che abbiamo preceduto questa regione, che è sempre capofila, di almeno due anni. Perché le nostre Case della Salute sono state deliberate dalla Regione nel dicembre 2015, esattamente 8 mesi dopo la promulgazione del decreto ministeriale 70 dell'aprile 2015. Questo decreto è il padre di queste situazioni. Noi del Lazio, questa volta, siamo arrivati due anni prima della regione Emilia Romagna nello stabilire che cosa ci deve essere dentro le UDI. Ma siamo andati oltre. Vedo che nelle vostre Case della Salute sono previste queste cose, che noi chiamiamo UDI, che contengono in sé una sorta di

lapsus. Potevano benissimo essere chiamate Unità a Gestione Infermieristica; invece sono state chiamate Unità a Degenza Infermieristica (UDI). Queste riguardano sia le Case della Salute del territorio delle cure primarie sia le UDI dell'ospedale per acuti. Essendo una delle regioni canaglia che hanno necessitato circa dieci anni fa di essere commissariate, andiamo avanti con DCA (decreto di Commissario ad Acta). Il Commissario ad Acta, nel dicembre 2015, ha istituito con questo DCA le UDI. UDI ospedaliere e UDI per le Case della Salute. Che cosa contengono nella sostanza? Contengono una degenza di tipo residenziale a gestione e direzione infermieristica con autonomia clinica per ammissione, piano diagnostico terapeutico assistenziale, il famoso PDTA, e per dimissione. Queste sono le competenze scritte inequivocabilmente nell'ambito di queste UDI, sia nell'ambito delle Case della Salute sia in quello degli ospedali. Di queste UDI negli ospedali ne abbiamo 3 che si prestano anche a spunti che potrebbero benissimo essere usati nei settori dello spettacolo per la comicità che trapela da questa conduzione. Non lo dico con mancanza di rispetto. È che sono veramente indignato da tutto quello che sta accadendo. Quindi lo sottolineo più per un sentimento personale che per una volontà di voler, anche indirettamente, offendere chicchessia. Queste UDI, sia a livello ospedaliero che nel territorio, hanno lo stesso modello. Dico solo un'altra cosa su queste. Un'organizzazione sindacale del Lazio ha promosso un ricorso al Tar Lazio, ovviamente argomentando in maniera seria e responsabile tutte le assurdità contenute in questo modello organizzativo e con questi livelli di riferimento di responsabilità professionali che accadono in un contesto simile. Bene questo è accaduto nel gennaio 2016, adesso siamo nel febbraio 2017, il Tar Lazio, nonostante numerose sollecitazioni, non ha mai affrontato il problema. Lo tiene nel cassetto. Questo è un dato di realtà che ci tengo a sottolinearvi.

Ora, il decreto ministeriale che, come vi dicevo, è il padre di tutte queste situazioni, di fatto

è stato rigorosamente gestito, a livello istituzionale, separato dal livello operativo del Servizio Sanitario Nazionale. Cioè il Ministero è stato anche bloccato dalla Corte costituzionale che ha detto: "Voi non potete adottare questo provvedimento, cioè il decreto ministeriale 70 del 2 aprile 2015, solo sentendo la conferenza permanente per i rapporti stato e regioni ma dovete fare una previa intesa con essa, cioè con la conferenza." Sono tre i passaggi che io voglio stigmatizzare di questo decreto ministeriale che sta passando come il Verbo dei modelli organizzativi del nostro Paese. Cioè voi sentirete tutti che ragionano in funzione del D.M. 70. Il D.M. 70 è praticamente la via che ci ha mostrato Mosè. Ad un certo punto dice che: "bisogna assicurare la maggiore flessibilità organizzativa dando specifica rilevanza per le necessità, provenienti dal Pronto Soccorso, aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza". Questo è il primo tassello. Quindi assicurare maggiore flessibilità organizzativa. Ma questo, diciamo, è poco. Se noi andiamo a vedere come puntualizzano l'aspetto ancora più importante che questo decreto ministeriale vuole definire troviamo che: "il modello organizzativo, ormai, deve diventare coerente con la complessità assistenziale". Come se la complessità del mondo della medicina fosse determinata dalla complessità assistenziale. Come vado dicendo da molto tempo, la complessità esiste ed è molto rilevante, ma non poggia sull'aspetto della complessità assistenziale. La complessità ci deriva dal fatto che noi abbiamo dovuto far esplodere le specialità. Noi abbiamo dimenticato di integrare, nell'interesse della persona assistita, le discipline mediche che per necessità sono diventate discipline riduzioniste. La complessità deriva dall'enorme ricorso che abbiamo dovuto fare della tecnologia. La tecnologia aiuta ma rende tutto più complesso. La complessità deriva dalla questione economica, cioè dalle interferenze delle questioni economiche nel Servizio Sanitario Nazionale. Basta pensare che solo 5-7 anni fa il nostro fondo sanitario nazionale era circa un decimo di quello che è

attualmente. Voi pensate che centododici miliardi e quattrocento milioni (perché pare ne abbiamo sottratti circa 600) non influiscano? E allora si può ridurre la complessità a quella assistenziale? Non c'è qualcosa di strumentale in questo? E allora siamo davvero in presenza di un problema di carattere strumentale. E qui bisogna denunciarlo senza mezzi termini. Perché noi stiamo rischiando in questo paese. Perché se una regione così evoluta come l'Emilia Romagna si trova a fare i conti con questa situazione, che meritoriamente il presidente di Bologna sta portando avanti, vuol dire che in questo Paese c'è qualcosa che sta andando avanti in maniera un po' strana. L'altra cosa che afferma questo D.M. è che il modello organizzativo è diventato un modello dipartimentale e deve essere affiancato dal modello che riguarda l'intensità di cura. Cioè, nel cambiamento collegato alla complessità assistenziale, dobbiamo organizzare il tutto tenendo presente il modello dipartimentale e il modello dell'ospedale per l'intensità di cura. Queste sono le enunciazioni su cui si fonda il D.M. 70 dell'aprile 2015. Il modello dipartimentale ha circa 40 anni in questo Paese; lo abbiamo discusso per decenni confrontandoci sul fatto di considerarlo funzionale o strutturale, su che compiti dare al direttore di dipartimento o al comitato di dipartimento. Poi le regioni hanno concluso che il direttore di dipartimento deve essere una figura fiduciaria. Perché la legge delega alle regioni la definizione di cosa devono fare i comitati di dipartimento e di come deve essere individuata la figura del direttore di dipartimento. Guarda caso, tutte le regioni hanno deciso che i direttori di dipartimento debbano essere individuati, in via fiduciaria, dalla politica, per un ruolo tecnico professionale. Ecco perché non funzionano i dipartimenti. Non funzionano ma quantomeno hanno una storia per cui si è studiato come individuare il modello dipartimentale. poi non lo si è fatto funzionare perché evidentemente c'è un inciampo, una chiarissima interferenza. Adesso si affianca al dipartimento il modello per l'intensità di cura. Fondato su che cosa?

Discusso dove, come, con chi e quando? Alla fine il D.M. 70 decide come deve essere organizzato l'ospedale di comunità. Lo dice chiaramente: gestito da personale infermieristico. Quindi, noi siamo arrivati prima nel Lazio, voi arrivate due anni dopo, ma questo era già scritto nel D.M. 70 dell'aprile 2015. Questo è il dato di realtà, anche normativo, nel quale siamo calati. E quando hanno scritto questo decreto, queste figure di così elevato spessore intellettuale e culturale del ministero certamente si sono confrontate con la conferenza stato regioni. Siamo sempre lì. Tutto il resto del mondo della Sanità: federazioni ordinarie dei medici, collegi professionali delle altre professioni, organizzazioni sindacali ufficialmente non esistono in tutto questo. Per produrre un modello organizzativo da affiancare a quello dipartimentale, su cui si è discusso per quarant'anni per trovarci poi imbrogliati dall'interferenza di cui vi ho detto prima, oggi questi, in quattro minuti, si sono trovati una soluzione per cui buttano al macero i dipartimenti, che non hanno voluto che potessero funzionare, per realizzare queste cose in modo strumentale e tendenziale.

Vorrei fare una disanima rapidissima della figura dell'infermiere. Parliamoci chiaro. Io non ho assolutamente nulla contro gli infermieri. Io sono preoccupatissimo per i pazienti, per i cittadini. Il regio decreto del '34 prevedeva che la figura dell'infermiere fosse quella di una sorta di convitato. A parte che allora si parlava solo di infermiere al femminile; erano una sorta di suore. È una cosa che grida vendetta. Per me era una cosa assurda. Perché io ho una concezione di estrema stima e ammirazione per questa figura professionale. E spero che non ci sia nessuno che, ancora una volta, mi parli di paternalismo perché questa volta mi arrabbio. Quando dico una cosa, la dico in maniera sincera. Nel '37, finalmente, si cominciò a parlare di infermiere professionale. Siamo però sempre in un regio decreto. Nel '74 si cominciò a parlare di mansioni dell'infermiere però con funzione ancillare. Anche questo è un termine per cui io chiederei quasi scusa

agli infermieri. Io non c'entro niente, ma è veramente assurdo immaginare che la funzione dell'infermiere possa essere interpretata come ancillare. È anche offensivo. Però questo accadeva nella legge del '74. Poi la 421 del '92 parlò di funzione ausiliaria dell'infermiere. E già stiamo nell'era del decreto legislativo 502. Nel '94 l'infermiere, finalmente, partecipa con responsabilità specifica alle attività cliniche. E qui già ci siamo. La legge 42 del '99, quindi siamo vicini ai giorni nostri, dà un'autonomia e istituisce la laurea in scienze infermieristiche. Non più con funzioni ausiliarie ma con un autonomismo più avanzato. Con la 251 poi si definisce la dirigenza sanitaria e la possibilità di adire, attraverso i master e quant'altro, appunto alla dirigenza sanitaria. Nel 2004 c'è l'idea di trasformare i collegi in ordini e quant'altro. E queste sono cose su cui si può tranquillamente ragionare. Arriviamo ai giorni nostri e vediamo che nel dicembre del '14 accade qualcosa di strano che non abbiamo ancora digerito: il comma 566. Alcuni amici infermieri, a tal proposito, dicono che a loro "questo medico nano non piace". Ma di fatto il 566 tende a produrre il medico nano. Dopo di che c'è anche l'incipit dell'articolo 5 della legge sulla responsabilità professionale che di fatto è in perfetta assonanza con il 566.

Tutta questa confusione voluta e strumentale non sta portando nulla di buono, anzi nella mia realtà sta solo portando sprechi, confusione, malintesi, dissonanze negli ambiti organizzativi. C'è una realtà che è preoccupante e allarmante per i cittadini. I medici che hanno un po' di personalità e di carisma se la cavano ancora; quelli che, poverini, sono miti o che debbono subire ciò che sta derivando da queste situazioni stanno sempre più meditando su quando scappare da queste trappole che ci stanno creando. La situazione è veramente pesante. L'Ordine di Roma ha dovuto fare ricorso su *See and Treat* che prevedeva che il medico, a distanza, senza vedere il paziente, dovesse legittimare la valutazione clinica dell'infermiere fatta in una sorta di pronto soccorso. Abbiamo perso questo ricorso. Il Tar Lazio ci ha det-

to che avevano ragione di agire così. Abbiamo fatto l'appello al Consiglio di Stato.

Punti nascita. Abbiamo prodotto due protocolli operativi dei punti nascita nel Lazio che se io fossi ostetrico me ne vergognerei. Non è previsto un neonatologo. E devono essere lontani dalle sale parto e dalle camere operatorie. Cose di una pericolosità assoluta. Io dico che i medici dovrebbero dire alla signora Lorenzin, e anche alla conferenza stato regioni, in maniera chiara e forte, che hanno bisogno, per portare avanti la loro opera, di qualcuno che collabori con loro. Magari su questo, Giancarlo, proviamo a rinforzare un po' le corde vocali della nostra presidente della FNOMCeO Roberta Chersévani. Se c'è chi ritiene di lavorare in modo disgiunto tra la fase clinica e la fase assistenziale, lo dica. Non è un problema. Però noi per continuare ad occuparci del paziente abbiamo bisogno di qualcuno che collabori con noi. Se i nostri infermieri, o l'IPASVI, non ritengono di poter più collaborare con noi, noi non siamo più in grado di svolgere il nostro compito. Questo lo dovremmo dichiarare in maniera chiara e forte perché, ad un certo punto, anche noi avremo diritto di poter affermare ciò che va o non va fatto. Noi abbiamo bisogno di determinate condizioni. Come posso immaginare un chirurgo che sta in camera operatoria e non ha un ferrista che lo aiuta? Perché deve disgiungere i suoi compiti da quelli del chirurgo. E il paziente poi dove lo mettiamo? Come si fa nell'autonomia a disgiungere ciò che è l'indirizzo diagnostico terapeutico? Che facciamo? Noi in fase clinica definiamo il percorso diagnostico terapeutico e, dopo in autonomia, in modo disgiunto, accadono delle altre cose? E il paziente che fine fa?

Pari dignità professionale. Sì. Assolutamente sì. Pari dignità professionale assoluta, ma non pariteticità di responsabilità. Se andiamo a vedere il contenzioso legale, è quasi tutto medico.

Pari dignità di partecipazione alle scelte organizzative? Sì. Dieci volte sì. In un contesto organizzativo, tutti devono partecipare alle scelte organizzative.

La gestione clinica e i suoi aggiornamenti non consentono tutto questo costruito che, in maniera magistrale, ci ha relazionato il collega che mi ha preceduto. Perché l'aggiornamento e la definizione della diagnosi è tutta clinica, è tutta medica. Non si può abdicare a questo. C'è un percorso formativo chiaro e preciso. Bisogna definire quali sono i momenti più impegnativi e più necessari della gestione clinica. Dobbiamo definire qual'è la fase delle acuzie, in cui è chiaro che c'è maggiore impegno dal punto di vista clinico. Nei contesti dove si praticano attività di carattere elettivo è meno importante. Non si può eludere la competenza esclusiva del medico, come dice l'articolo 3 del codice deontologico in tema di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, che non è nemmeno delegabile. E quindi è perfettamente assurdo e sacrilego che cinque o sei mesi dopo, dal maggio 2014 al dicembre 2014, abbiano voluto produrre il famigerato comma 566, che non sono nemmeno capaci di cancellare pur essendosi impegnati più volte. Grazie per l'attenzione.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie Giuseppe. Il Lazio è arrivato due anni prima però pare non abbia fatto molto bene. Sentiamo cosa è successo a Milano. Abbiamo qui il presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, che è anche un medico di medicina generale. Il dottor Lavra è un medico ospedaliero.

Dott. Roberto Carlo Rossi - Buongiorno a tutti. Il doveroso ringraziamento a Giancarlo per l'invito. Mi ricordava un suo dipendente che sono dieci anni che circolo per questi luoghi. In verità mi ricordo di un'assemblea sindacale fatta con il dottor Biavardi quindici, sedici anni fa. Quindi è una sala che conosco molto bene. Poi adesso mi sento anche mezzo bolognese, per varie ragioni. Questo per dire che mi sento a casa. Ho appreso, guardando internet, che ci sono delle Case della Salute in Lombardia. Ecco, non è vero. Ho visto che i CREG sarebbero delle Case della Salute, costruite come rete territoriale. Ci sono delle robe stra-

nissime. La verità è che in Lombardia di Case della Salute non ce ne sono. Io vedo acronimi di ogni tipo UCCP, NCP, UCN. Sembra che ci sia qualche pazzo che si mette a fare sigle. E sono vari tipi di condimenti per al stessa ricetta, un po' triste e trita, ormai. Mi viene da pensare al mio amico Ivan Cavicchi che dice che la medicina generale non deve essere regressiva. Ma veramente a me sembra che siano gli amministratori e i politici ad essere regressivi. Lui dice che si è "regressivi" quando ci si arrocca sulle proprie posizioni. Io non mi arrocco sulle mie posizioni. Sono disponibilissimo al cambiamento qualora questo sia deciso con la professione che esercito e abbia un senso dal punto di vista assistenziale per la gente.

In Lombardia è tutto budgettizzato e quindi si è costruito tutto intorno a questo mito dei CREG, che in realtà sono già stati mandati in soffitta. Perché l'evoluzione è rapida. Purtroppo queste cose vengono fatte a tavolino da dei funzionari che di solito sono sani, ricchi e si guardano bene dal frequentare le strutture sanitarie di base, perché magari vanno privatamente quando serve. Questo temo provochi delle terrificanti distorsioni. Questi signori, che si mettono a scrivere e non hanno mai messo la mano sulla pancia di una persona, non sanno bene cosa succede tutti i giorni negli studi. Hanno inventato, prima una roba terrificante che noi eravamo pronti a denunciare in tutte le sedi opportune, e quindi non è mai stata fatta davvero. Il CREG, in buona sostanza era questo: si budgettizzava all'inizio dell'anno quanto costa una determinata patologia e si davano questi soldi (reali) ad una cooperativa di medici che dovevano andare in giro a fornire prestazioni e acquistare tutto ciò che era necessario per la cura. Il ricavato, inizialmente fino ad un tetto del 10%, poi si era un po' scesi, se lo tenevano loro. Se la quantità di denaro era insufficiente, dovevano starci lo stesso. Questa cosa è terribile da un punto di vista etico e deontologico. Non devo spiegare perché. Quindi ho comunicato a tutti che, se fossero andati avanti su questa strada, avrei fatto i miei passi come presiden-

te dell'Ordine dei Medici di Milano. Adesso è cambiato l'assessore e quindi hanno mandato in soffitta questa gestione. Per dirla tutta, siccome i medici non sono formati per fare i gestori di denaro, spesso non ci stavano dentro e la Regione per non fare brutta figura ha tamponato la cosa e i passaggi di denaro sono rimasti virtuali. Adesso si sono inventati un'altra cosa che fa riferimento al PAI (Piano Assistenziale Individuale). Questa cosa deve essere fatta da un gruppo di medici, ma anche no, da un gestore, avvalendosi o no di medici. Questo è tutto da vedere perché bisogna aspettare i bandi per i gestori per vedere quello che si vuole da loro. C'è ancora una budgettizzazione ma di tipo virtuale. Il gestore ricava l'8% della budgettizzazione indipendentemente da quello che spende. Se sfora verrà eliminato dal sistema ma non ci sono più passaggi di denaro reali. Alla fine dell'anno si calcola quanto si è speso. Anche questa cosa è fatta senza nessun riferimento scientifico o ad un'esperienza precedente. Senza nemmeno della bibliografia. Voi sapete che su questo argomento molti hanno scritto e quindi la letteratura è abbondante. Certo bisogna anche avere la voglia di andarsela a studiare. Quindi adesso stiamo aspettando. Abbiamo già fatto numerose critiche. La parte etico-deontologica, così viva come c'era prima, non c'è più. Permangono delle problematiche perché i gestori prendono in carico i pazienti che però, come scelta, rimangono in carico al medico. Perché non possono eliminare la convenzione nazionale, per il momento. E quindi pagano due volte per la stessa funzione e ci saranno dei conflitti tra i gestori e i medici di medicina generale. Perché è ovvio che il gestore cercherà di attrarre a sé il paziente in tutti i modi. Furbescamente stanno pensando di accreditare non solo i gruppi di medici, che fino ad un certo livello di cronicità possono entrare in questo sistema e addirittura hanno la precedenza per fare il gestore rispetto al gruppo di pizzicagnoli, ma è previsto che possano entrare anche i salumieri. Con tutto il rispetto per i salumieri. Come potete vedere li frequento. Questo è, più o

meno, l'assetto che hanno in mente questi signori. Vedremo cosa succederà. Devo dire, per onestà, che il Comune di Milano sta pensando di realizzare delle Case della Salute mettendo a disposizione dei locali per un gruppo di medici e di specialisti, cercando di aprire, per un tempo piuttosto prolungato durante la giornata, alla popolazione. Delle AFT e UCCP che sono contenute nella Balduzzi se ne sta discutendo in regione. Le UCCP non sono neanche all'orizzonte. C'è qualcuno che ha realizzato qualcosa di sperimentale sulle UCCP in regione Lombardia ma, in realtà, non c'è niente di organico e di deciso con delibera della giunta regionale. Per le AFT si è fatto poco e niente. Li vedo molto svogliati sulla realizzazione delle AFT. hanno fatto delle ricognizioni. In Lombardia, con la riforma recente, si è tutto riscritto come aree geografiche. Sono state fatte delle ATS, le ex ASL, molto grandi. Quindi hanno dovuto rifare due volte l'assetto topografico delle AFT. Però non vedo grande voglia di realizzare questo tipo di aggregazione che è essenzialmente virtuale e non strutturale. Probabilmente le AFT prima o poi si faranno però non mi pare ci sia la voglia di realizzare aggregazioni che lavorino in maniera attiva. A meno che non si inseriscano in questo meccanismo di gestione. Che è sempre una gestione che è pensata per risparmiare, naturalmente, perché questo è il punto di vista della regione Lombardia.

Credo che la mia funzione oggi sia raccontarvi quello che succede nella mia regione. Avrei molto da dire sul ruolo della medicina generale, sul grandissimo equivoco della continuità delle cure, sui grandissimi fraintendimenti che ci sono su questo punto, ma io sono sicuro che ci saranno delle persone che meglio di me potranno dire queste cose.

Vorrei utilizzare gli ultimi minuti per informarvi invece che stanno andando avanti le strutture, diciamo così, intermedie, articolate in vari modi. Anche lì non vedo un'unità di intenti. Si parla di PRESSST, si parla di vari tipi di strutture intermedie. Il discorso delle strutture a cuscinetto, tra la cronicità e l'acuzie, mi

sembra un'idea interessante, perché a volte c'è la necessità di utilizzare queste strutture. Sono stati previsti più tipi di queste strutture; in alcuni di questi, la voglia di affidare la direzione e il coordinamento al personale infermieristico è grande, anche in Lombardia. Per ora, sono state fatte tante delibere ma non hanno mai avuto il coraggio di dire che debbano essere comandate solo da degli infermieri. Con tutto il rispetto per la professione infermieristica. Tra l'altro, con il mio amico Mutillo, a Milano, ho realizzato tantissimi convegni e siamo in grande sintonia. È sempre previsto che ci possano essere diverse persone a coordinare queste strutture, tra cui anche gli infermieri. Ma siamo solo all'inizio. Non c'è ancora un'articolazione definitiva di queste strutture. Per non rubare altro tempo, mi fermo.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie Roberto. Adesso sentiamo il dottor Paolo Ronchini che è il vicepresidente dell'Ordine dei Medici di Parma. È un medico di medicina generale che ha esperienza diretta sulle Case della Salute. Pregho Paolo

Dott. Paolo Ronchini - Buongiorno a tutti. Faccio il vicepresidente dell'Ordine di Parma ma fondamentalmente faccio il medico di famiglia. Quello che dirò è frutto della mia esperienza, insieme ad altri colleghi, in anni di lavoro. Avevo dubbi sul titolo di questa relazione ma stamattina li ho fuggiti sentendo quello che si è detto. Sarò molto conciso però vi do il mio piano di lavoro. Quando ho letto la delibera regionale nel 2010 sulle Case della Salute, nelle, se non erro 173 pagine, ho letto tante cose e ho visto che, come diceva il dottor Lumia, c'era persino il logo ma del mio ruolo professionale, di medico che già lavorava in strutture di cui poi vi parlerò, non si faceva un grande cenno. Non mi ritrovavo. E allora ho cercato di capire quali presupposti normativi nazionali mi potessero permettere di identificare il mio ruolo in quelle pagine che non lo ritenevano esiziale. Quindi quale ruolo ci fosse per il medico di medicina generale nelle Case della Sa-

lute. A quel punto abbiamo pensato a come fare una proposta alla nostra azienda che permettesse di sperimentare, in un vuoto normativo, una presenza e un ruolo del medico di medicina generale. E quindi, alla fine, vi parlerò di quello che da diversi anni faccio nella mia casa della salute. La farò molto breve su queste sigle; le detesto pure io. I nuclei di cure primarie sono serviti, nella mia regione, per portare a togliere l'isolamento del medico di famiglia che ha sempre lavorato, ed io ne sono testimone, da solo per tanti anni. L'insieme dei nuclei di cure primarie nell'ambito della collaborazione con i professionisti specialisti e altre figure configura l'unità complessa di cure primarie. Questo accenno normativo a noi è servito per poter strutturare un'ipotesi di lavoro che permettesse, appunto, di identificare il ruolo del medico di famiglia nell'ambito delle Case della Salute. Se le AFT, i nuclei di cure primarie, sono l'insieme dei medici di medicina generale e dei pediatri, l'UCCP è costituito dai medici convenzionati (che poi saremmo noi), si avvale degli operatori amministrativi, sanitari, sociali, secondo quanto previsto da accordi regionali. E qui apro un chiarimento: nella mia Casa della Salute i medici di medicina generale e i pediatri lavorano insieme a personale non dipendente, cioè non alle proprie dipendenze ma a quelle dell'azienda sanitaria locale. Cioè sono dipendenti del mio distretto. Quindi se noi dobbiamo dare l'accesso ai servizi di primo livello e dobbiamo realizzare la continuità dell'assistenza, ecco che, su questo presupposto dell'UCCP, noi abbiamo strutturato che il ruolo del medico di medicina generale è un punto di riferimento per il cittadino. Ed ecco qui che, siccome l'accordo collettivo nazionale prevede un ruolo di un referente unico nell'UCCP, noi riteniamo che questo ruolo debba essere svolto dal medico di famiglia. E, su questa base, abbiamo identificato un progetto che è partito subito, dal 2010, ma che ha visto la partenza, strutturato nell'ambito dell'accordo locale, dal 2015 al 2017. Quindi per un triennio abbiamo fatto un accordo locale sperimentale che identificasse un ruolo or-

ganizzativo e un ruolo clinico. Parlerò molto di più del ruolo clinico, che è il mio; che è quello che noi abbiamo ritenuto di riappropriare nell'ambito di una carenza normativa. Che cosa deve fare il medico di famiglia nell'ambito della Casa della Salute? Deve occuparsi della equità. Cioè deve cercare di dare i livelli essenziali di assistenza a tutti i cittadini. Cioè deve cercare di identificare le necessità assistenziali in rapporto a quel luogo. Faccio un esempio. Da me c'è una popolazione piuttosto anziana e c'è bisogno di un centro demenze. Io lavoro in una zona rurale e per portare una persona ad una visita in un centro demenze c'è da fare 20 km all'andata e 20 km al ritorno. Quindi un figlio deve stare a casa dal lavoro per portare il padre al centro demenze. Allora abbiamo portato il centro demenze nella mia Casa della Salute. Ho ottenuto che il neurologo venisse a fare la valutazione. Quindi è un'analisi dei bisogni. È una valutazione dei bisogni dei cittadini e su questo va progettata l'assistenza. L'altro ruolo che deve svolgere il referente clinico, cioè il medico di famiglia, è assicurare e semplificare l'accesso. Noi andiamo per appuntamento e facciamo 70000 visite all'anno. Le visite sono ogni 15 minuti. Facciamo una ripetizione di ricette attraverso un sistema che comporta la responsabilità del medico. Mentre il personale di segreteria, che non è mio dipendente, mi prepara le ricette, la responsabilità è mia e le ricette di tipo ripetibile vengono date, in busta chiusa il giorno dopo, alle persone che hanno lasciato la richiesta, secondo le modalità organizzative che ci siamo dati. Ogni persona viene valutata dalla segretaria ma, in tanti anni, non ho mai avuto una protesta perché noi visitiamo tutti. E io non voglio andare in mezzo alle grane per qualcuno che viene e vuole essere visitato, pur non avendo l'appuntamento. Prenotiamo gli esami al mattino nel CUP, che è presente nella Casa della Salute, e al pomeriggio nella segreteria, attraverso il personale addetto. Distribuiamo i farmaci (poi vi farò vedere i numeri di distribuzione diretta dei farmaci che diamo) anche allo scopo di diminuire l'accesso im-

proprio al Pronto Soccorso. Questo lo abbiamo scritto. Se poi vi interessa vi faccio vedere anche i numeri di questa riduzione. Che però non è uno dei miei obiettivi essenziali. Migliorare la collaborazione tra noi e la continuità assistenziale, che, ovviamente, non è un impegno piccolo, vista la non stanzialità dei colleghi della guardia medica. E qui apro un tema che mi trova d'accordo con il dottor Lumia: impiegare strumenti di gestione per garantire trasparenza e responsabilità. Vela faccio molto chiara. Io ho bisogno di sapere che servizi sono necessari, chi li fa e in che modo li fa. Per farvi capire cosa intendo, facciamo la gestione del piede diabetico. La segretaria chiama in gestione integrata a casa i pazienti, gli dà un appuntamento, l'infermiera gli fa lo stick, gli controlla la pressione, gli guarda il piede. Come sapete si fa molta fatica con il piede diabetico perché nessuno di noi ha più tempo di guardarlo. Nel momento in cui ha criteri di allarme, ci telefona al medico e lo convoca. La callosità, l'ulcera, la diminuzione di temperatura, la cianosi, sono tutti segnali che ovviamente sono codificati. La responsabilità è mia. Il lavoro preliminare lo fa l'infermiera, ma la responsabilità professionale rimane in mano a me. Quindi non c'è il problema dell'infermiera che fa in modo autonomo. L'infermiera ha un percorso autonomo così come gestisce una quantità, che poi vi farò vedere, di medicazioni, ma in tempi fissi o quando non se la vede, chiama il medico che rimane il responsabile di quel percorso di cura. Nel ruolo clinico il medico di famiglia deve anche coordinare la strutturazione e la revisione dei percorsi. Vi faccio l'esempio. La gestione integrata del diabete l'abbiamo organizzata in modo che se uno non viene, gli telefono e gli dici di venire. Se non viene la segretaria lo richiama per dire che il medico e l'infermiera l'hanno aspettato e lui non è venuto. Gli programiamo gli esami di laboratorio, in maniera che il diabetico li venga a prendere. Vi farò vedere, poi, la quantità di dosaggi di anticoagulante che facciamo in un anno, su appuntamento a tutti gli scoagulati. Nel caso degli scoagulati

che non possono accedere ai luoghi di cura, per un contratto che abbiamo fatto con l'azienda, andiamo noi, medici di famiglia, a casa. E voi sapete quanti anziani fibrillanti, non deambulabili ci sono in questo momento. Abbiamo fatto un altro percorso sullo scompenso cardiaco e sulla base di alcuni parametri, che potete immaginare, come peso, pressione, frequenza, indici di scompenso, l'infermiera valuta e riferisce al medico che rimane il responsabile di quella organizzazione di cura. Della demenza ve lo dicevo. Abbiamo un certo numero di problemi psichiatrici, di cui vi parlerò poi, perché ci hanno toccato anche come comunità medica, visto che uno dei miei colleghi ci ha lasciato la vita. Quindi abbiamo una collaborazione particolarmente importante anche con lo psichiatra. Sul budget, direi che l'abbiamo scritto ma non abbiamo finora una grande evidenza. È responsabilità del referente clinico promuovere rapporti con il volontariato. È dell'altro giorno una mia provocatoria richiesta di utilizzo di quella miriade di extracomunitari che stanno davanti alla porta a chiedere l'elemosina perché vengano a dare una mano a pulire le zone comuni che non fanno più parte del budget di pulizia dell'azienda. Integrazione fra l'assistenza sanitaria e il sociale, due mondi che sempre fanno grande fatica a collaborare. Noi abbiamo l'assistente sociale nell'ambito della casa della salute. E, come dico in molte parti, niente aiuta le categorie professionali come fare formazione congiunta. Facciamo corsi per i BSLD. Facciamo corsi mensili di revisione dei casi clinici, in maniera da creare un clima di collaborazione con le diverse figure professionali.

“Sperimenta scelte innovative garantendo misurabilità, sostenibilità e condivisione col dipartimento cure primarie.” Se questo è il ruolo clinico che, ripeto, è del medico di famiglia, abbiamo ritenuto che, nelle Case della Salute medie e grandi, il ruolo organizzativo sia lasciato al direttore sanitario del distretto o a sua emanazione professionale. Quindi il direttore sanitario si occupa di tutta quella parte che io, forse erroneamente, definisco burocratica: la

626, le vie di fuga, l'antincendio, il personale. Tutte cose che io non so fare e che, onestamente, non voglio nemmeno fare. Nelle Case della Salute piccole è possibile che questo ruolo sia svolto dallo stesso medico che svolge il ruolo clinico. L'incarico che abbiamo è triennale; dal 2015, come vi dicevo, nell'accordo locale. Stamattina mi sono premurato di informare la direzione generale di ciò che vi avrei esplicitato, visto anche le presenze che sapevo ci sarebbero state.

Abbiamo anche quantificato il riconoscimento economico di un referente di nucleo di cure primarie. Questa è la foto di un ex macello, che è la sede della nostra Casa della Salute, in cui una volta uccidevano i bovini e i maiali e che oggi è diventato la nostra sede. Disgraziatamente questa foto è stata fatta da un collega poche settimane prima di essere ammazzato dalla fucilata di un paziente matto che purtroppo ce l'ha tolto dalla combriccola.

La storia nostra è questa. Nel 2000 siamo nati come medicina in rete. Non trovavamo mai un sostituto. Abbiamo dovuto metterci insieme perché nessuno voleva mai venire da Parma in uno dei paesi più lontani della provincia. Siamo più vicini al piacentino e al cremonese. Per inciso, ormai abbiamo il doppio delle Case della Salute di Roma, attive in questo momento. Nel 2005 si trasforma in medicina di gruppo e quindi entriamo nei locali della casa di riposo. A quel punto mi viene detto: "Ma perché non cerchiamo di mettere a posto il macello che cade?" Riesco a convincere l'azienda che lo ristrutturava, con i soldi con cui era in affitto nella casa di riposo, liberando così quei locali. Dal 2011 siamo formalmente attivi nei nuovi locali. Ci sono dentro 7 medici, 2 pediatri, 2 infermiere, 3 segretarie che sono dipendenti dell'azienda. I locali sono di proprietà del comune, concessi in comodato d'uso perché l'azienda ha fatto i lavori all'azienda stessa che ovviamente li ha dati a noi per l'utilizzo. L'area comunale è quella che vedete in fondo e gli abitanti sono questi.

Apro una parentesi. Sono certo che queste cose funzionano bene dove la casa della salute

è un punto di riferimento per la cittadinanza. È evidente che in un quartiere questo diventa più difficile perché se io ho il medico dall'altra parte della città, io sono fidelizzato più a quel quartiere, a quella casa della salute che non al mio medico. Nelle aree rurali come la mia, è chiaro che questo invece diventa un punto di riferimento per i cittadini. Vi dicevo che ci sono i medici di medicina generale, i pediatri, le infermiere dell'ADI, che sono in quella stessa struttura. Questo ha facilitato un contatto giornaliero di tipo professionale e umano con le persone. Stamattina erano mortificate perché avrebbero voluto venire con me a questo incontro, ma non potevano. Come dicevo c'è il CUP, al mattino, che è il punto unico dove vengono portate tutte le pratiche: dal materassino al prelievo dell'emocromo. Quindi c'è anche il centro prelievi. C'è un'ostetrica. C'è il centro dei disturbi cognitivi. Facciamo più di 2000 prelievi su appuntamento della terapia anticoagulante. Da poco tempo c'è anche un medico che viene a rinnovare in loco i piani terapeutici per i nuovi anticoagulanti orali, proprio per evitare che la gente, ogni 6 mesi, debba trasferirsi dal nostro paese ad un altro paese, dove c'è l'ospedale, a fare il rinnovo del piano terapeutico. C'è l'assistente sociale e questi sono gli specialisti che ci sono, insieme all'igiene pubblica. Queste sono le forze in campo. Questo è l'interno di quella struttura. Questi sono i locali, questo è il mio studio. Vi faccio vedere con molta rapidità le cose che facciamo. Facciamo gli holter pressori; li monta l'infermiera, mi stampa la risposta, la trovo in studio. Facciamo medicazioni. Questo è il numero di medicazioni e di bendaggi elasto-compressivi. L'educazione sanitaria la fa l'infermiera. Fa il peso, lo stick glicemico, la pressione, la saturazione, insegna ad impiegare l'insulina, fa la misurazione dell'anticoagulante orale per 2165 prelievi all'anno su appuntamento, poi mi dà la risposta ed io stampo ed elaboro la risposta del dosaggio nel tempo futuro, sempre sotto la mia responsabilità. Gestione integrata del diabete secondo quella modalità che vi dicevo. La segretaria chiama il paziente,

l'infermiera lo controlla, io faccio gli esami e li verifico. Il piede diabetico, con quei parametri che vi ho detto: l'infermiera guarda e se c'è un segnale d'allerta, chiama il medico. La distribuzione dei farmaci è diretta. Ho avuto due volte i N.A.S. Questa è la mole di pacchetti nominativi che vengono dati ad ogni persona per evitare i guai che i N.A.S. vengono a verificare. Questi sono gli elettrocardiogrammi, queste sono le suture. Facciamo anche l'ecografia generalista. Questa è la gestione dei cateteri venosi centrali. E poi quanti più servizi dai, tanti più la gente ne prende. Quindi anche intramucolari, endovenose, sottocutanee e flebo.

Chiudo dicendo una cosa che è ufficiale ma non me ne voglio assolutamente gloriare: Parma è il posto con meno Pronti Soccorsi, che ha minori accessi di tutta la regione al pronto soccorso. E se guardate i numeri non urgenti, cioè i codici bianchi e i codici verdi, sono quelli che in regione sono più bassi. Purtroppo il direttore sanitario non mi ha fornito i dati che, in modo ufficioso, dicono che nei posti dove ci sono le circa 30 Case della Salute della provincia di Parma, lì c'è meno accesso al Pronto Soccorso. Questo è in dato che mi è stato riferito ma non vi posso dare in modo formale. Grazie.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie Paolo. Un'esperienza certamente interessante. Ora cominciamo a sentire le opinioni delle organizzazioni sindacali. C'è qui il dottor Giandomenico Savorani che è il presidente provinciale della FIMMG, Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale della provincia di Bologna. Prego Giandomenico.

Dott. Giandomenico Savorani - Grazie presidente. L'occasione di discutere, nell'ambito della professione medica, con altre figure che si occupano della sanità e che si occupano anche del lavorare nel territorio, con tutta la sua complessità, che l'Ordine dei Medici ci dà, è un'occasione ghiotta. Io dal punto di vista storico vado ancora un po' più indietro rispetto a quello a cui i colleghi che mi hanno

preceduto hanno fatto riferimento. Parto dalla definizione della Casa della Salute, come la potete trovare sul sito del Ministero, che, sia a livello ministeriale sia a livello regionale, parla sempre e comunque di una struttura. E questo purtroppo è un peccato originale che ancora non è stato risolto. È chiaro che, parlando di struttura, parlano anche del fatto che i medici di medicina generale vi entrino perché, naturalmente da sempre, questi sono al centro del sistema come lo sono i cittadini. Però bisogna anche capire cosa vuol dire essere al centro del sistema. Naturalmente nella Casa della Salute, come ha detto chi mi ha preceduto, ci sono tutte le funzioni da quelle sanitarie a quelle amministrative a quelle sociali, però è chiaro che la politica si è prevalentemente interessata del contenitore e dell'effetto annuncio. Parto quindi dal 2004, quando per la prima volta, riparlano dell'organizzazione delle cure primarie, si comincia a parlare di UTAP. Gli acronimi non piacciono neanche a me ma li dobbiamo usare. L'UTAP precede l'UCCP, le AFT e tutto quello che è venuto successivamente. I medici di famiglia, che a quell'epoca contribuivano alla creazione di un sistema sanitario, che è di welfare come tipico delle culture europee, si preoccupano di creare gli strumenti normativi e anche gli obiettivi di salute. Perché fare sindacalismo in sanità non è come farlo nel mercato profit. Siamo in un non mercato. Quindi, quando noi facciamo contrattazione, non possiamo non preoccuparci di quelli che sono gli obiettivi di salute e dell'assistenza. Questo è un principio fondamentale che poi vedremo perché per noi è così importante. Passiamo ora alla legge finanziaria del 2007 dove si trovano le prime citazioni di cosa potrà essere e di quali sperimentazioni si potranno fare nella Casa della Salute. Sono passati 17 anni. L'amministrazione pubblica e la politica hanno avuto l'occasione per poter creare dal modello il progetto definitivo e non l'hanno colta. Non ripeto alcuni riferimenti normativi regionali perché sono già stati detti da altri. Si è partiti anche qui con la struttura, sono stati fatti diversi documenti su cosa poteva essere

la programmazione della casa della salute, ma questo è avvenuto in assoluta mancanza di un confronto sindacale. L'assessorato è andato per la sua strada; ha emanato tutta una serie di documentazioni ma non c'è stato un confronto vero con tutte le rappresentanze sindacali, non solo quella che io rappresento qui. Ci sono due considerazioni importanti a fronte di un atteggiamento di questo tipo. La prima è che noi, medici di famiglia, siamo, dal punto di vista giuslavoristico, riconosciuti come a rapporto parasubordinato, quindi convenzionale. Per cui se vogliamo rispettare le cosiddette gerarchie delle fonti legislative sono le convenzioni che valgono. Non è la delibera, non è la legge che successivamente viene fuori, non è la circolare. Nell'ambito di quello che è la convenzione, nell'ambito della contrattazione possiamo trovare tutti gli strumenti per accordarci e fissare tutele e patti. La seconda è che se la Regione non accetta di andare a patto è chiaro che fallisce quello che è un accordo tra gentiluomini, chiamiamolo così, e quindi anche il valore etico della contrattazione. È una critica forte che noi facciamo da anni soprattutto in una regione che teoricamente non dovrebbe avere deluso queste aspettative. La FIMMG quindi che cosa fa? Nel 2007, alla luce di quello che è stata la convenzione precedente, si preoccupa di disegnare per i suoi iscritti e per il futuro del sistema sanitario quella che è la rifondazione della medicina generale. Le analogie con le documentazioni che a livello normativo regionale sono assolutamente sovrapponibili e creano degli spazi per poter creare una condivisione degli obiettivi finali ma molto diverso è il modello organizzativo che ne viene fuori. E anche su questo è bene che cerchiamo di capire due concetti fondamentali. Supporto organizzativo vuol dire tutto ciò che serve ad un modello per essere realizzato. Gerarchia organizzativa vuol dire: io decido chi comanda o che responsabilità di comando ci sono. L'amministrazione pubblica si occupa sempre e prevalentemente di quello che è la gerarchia. Non interessa noi; noi non siamo un modello gerarchico. Abbiamo bisogno

però di supporti organizzativi di chiarezza. Possiamo partecipare senza problemi anche alla gerarchia, però la prima cosa sulla quale noi dobbiamo assolutamente avere risposte è il supporto organizzativo all'assistenza territoriale. Nel 2013 la federazione regionale della FIMMG si preoccupa dell'assenza di condivisione e fa un primo documento cercando di mettere giù i paletti che creano le premesse per un confronto. Perché questa è la nostra costante e, quindi, anche attuale preoccupazione. Primo punto: non possiamo pensare ad una struttura perché i medici hanno una presenza capillare e diffusa nel territorio. Perché i medici sono l'unica figura sanitaria che può essere scelta o riusata. È difficile riusare il S.Orsola a Bologna, il dottor Savorani lo potete riusare quando volete in pochissimo tempo. La Casa della Salute quindi non può essere una struttura, non può essere un'organizzazione che sostituisce quello che è il rapporto personale di fiducia con il paziente. Questo, anche se qualcuno può avere delle perplessità e scossa la testa quando si fanno queste affermazioni, vuol dire non avere compreso quelle che sono le funzioni reali del rapporto di fiducia. Questo però non vuol dire che non siamo capaci di pensare a delle modulazioni che siano rispettose del contesto, della storia, di quello che è il territorio. Si tratta solo, come è stato fatto in passato, di mettersi d'accordo su come procedere. Questa critica, cioè il non volere avere dei modelli territoriali che siano ospedalocentrici, non è una questione provinciale di Bologna o provinciale dell'Emilia Romagna. C'è una letteratura, datata da tempo, che dice che i sistemi complessi si preoccupano prevalentemente delle patologie acute, di quella che oggi viene considerata l'intensità di cura, ma non si occupano di quello che è la cronicità.

La realizzazione degli ambulatori infermieristici. Non c'è dubbio che tutto quello che è stato detto prima di me è più che condivisibile. Lo ha detto da sempre l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Non è concepibile un sistema sanitario senza la figura degli infermieri. È

chiaro però che non bisogna creare delle situazioni in cui ci sia confusione. Non c'è dubbio che i medici debbano avere la responsabilità clinica e terapeutica. Il medico di famiglia è il medico che si occupa in maniera olistica dalla prevenzione alla terapia. Ma quando interviene una figura specialistica, lo fa sempre dopo una diagnosi e, conseguentemente quindi, su un progetto. Il progetto molto spesso si adatta quando la diagnosi è già stata formulata, non quando si è di fronte alla complessità. Questa diapositiva cerca di rappresentare quella che è la complessità territoriale. Noi quando affrontiamo la complessità territoriale affrontiamo le cure curative, cioè quelle che hanno la capacità di cambiare la storia naturale della malattia, ma dobbiamo anche affrontare le cure palliative, quando ormai, purtroppo, il progetto di risoluzione del problema non c'è più. È un continuum, che molto spesso non riguarda solo la persona ma anche la famiglia. E che molto spesso va oltre. Oltre nel senso che, una volta deceduto, c'è qualcuno, un familiare o anche solo una badante, che rimane e che va curato. Il concetto fondamentale di questa diapositiva è la commistione fra sanità e sociale. Bisogna che cominciamo a vedere come risolverlo. Perché, come dicono le scienze sociali, molte volte il disagio sociale è il generatore di patologie. Ma se noi non risolviamo i problemi di tipo sociale, non ridurremo l'uso improprio della sanità da parte del cittadino stesso.

Il *case manager*. Anche sul *case manager* il problema non esiste se può essere la persona che facilita dal punto di vista del percorso stesso. Teniamo presente che il *case manager* interviene comunque a fronte di una patologia, a fronte di un ipotetico PDTA, se esiste nella medicina territoriale, per usare un altro acronimo. È un modello anche questo specialistico, è un modello ospedaliero, non è un modello quando si ha la comorbidità, la multicomplexità, la multiterapia.

Come ho detto prima, attenzione! I progetti politici fanno molto chiasso. Sono vendibili bene ai *mass media*, ai sindaci, alla politica in generale. Però non possiamo pensare sempre

di andare avanti con un effetto semplicemente annuncio. Il rapporto di fiducia rimane la cosa che noi riteniamo essere più importante e preziosa per il medico di famiglia. La continuità sulle 24 ore, sui 7 giorni su 7, la possiamo tranquillamente discutere. Ma anche qui ci vogliono delle risorse. Non è che se abbiamo maggiore disponibilità avremo una diminuzione delle emergenze o la risoluzione dei problemi delle liste d'attesa. Bisognerà discutere quali strumenti noi potremo dare nell'ambito della continuità assistenziale, per evitare che si vada incontro a questi abusi, che ci sono, di un uso improprio del Pronto Soccorso.

Questa è una definizione del paziente complesso fatta dal FADOI. Non la fanno i medici di famiglia. Molto anziani, comorbidità, fragili, disabili, complessi, in alcuni casi critici, in alcuni casi a rischio di dimissione difficile. È il quadro del paziente cronico anziano. Ma ricordo che i medici di famiglia non fanno solo questo. Attenzione a fare dei modelli dove vengono selezionate, anche se importanti, solo frazioni di popolazione. Oggi i medici di famiglia si sono dati strumenti e cultura per fare: elaborazioni informatiche, indicatori di patologie, indicatori di aderenza e persistenza terapeutica, prevenzione primaria, educazione terapeutica, educazione sanitaria, patologie acute di gestione territoriale, che esistono e che non vanno tutte al Pronto Soccorso, certificazione a tutela dei diritti dei cittadini, che oggi, purtroppo, la burocrazia sta moltiplicando in maniera esagerata.

Queste sono le caratteristiche che oggi ha la medicina generale: la generalità, la continuità, la globalità, il coordinamento, la collaborazione, l'orientamento alla famiglia, l'orientamento alla comunità. E questa è la definizione che gli organismi internazionali danno della medicina generale: i medici di famiglia sono specialisti con formazione specifica nei principi della disciplina che esercitano. In tutti i *welfare* evoluti la medicina generale fa parte del mondo accademico, in Italia non si vuole metterla dentro il mondo accademico. Bisogna che riflettiamo anche su questo. È un'occasione

ne non solo di cultura ma anche di lavoro. Nei prossimi anni avremo una carenza di medici di famiglia dell'ordine di decine di migliaia di medici che mancheranno. Non c'è bisogno di andare solo al di fuori della nostra realtà. Questo è un articolo che porta come primo firmatario Claudio Cricelli, che è il presidente della Società Italiana di Medicina Generale, nel quale noi, già qualche anno fa, riflettevamo su quello che poteva essere non solo l'analisi dei bisogni ma anche le soluzioni che ne possono venire fuori.

La complessità. Si parla sempre di come selezionare le popolazioni. Io credo che ormai non sia più un problema di come. Possiamo prendere modelli da tutte le parti. Consideriamo il *business management*. Il *business management* ha avuto fortuna negli Stati Uniti e, sostanzialmente, non è un modello che sia proprio economico e che non metta fuori dal sistema sanitario una larga fetta di popolazione che non se lo può permettere. Comunque ci sono idee sono buone: un sistema di interventi sanitari coordinati, un'efficace comunicazione di specifici gruppi di popolazione con malattie croniche e il *self care*. Le caratteristiche del *business management*, fondamentalmente, sono tipiche della patologia cronica. Nell'ambito di quella che è una stratificazione di questo tipo, succede che vengono fatte le piramidi e il vertice della piramide è quello in cui il paziente ha maggiore necessità e intensità. E lì c'è il *case manager*. Il *case manager* viene fuori da modelli che sono stati sperimentati da altri sistemi sanitari e che possono essere presi e adattati alla realtà. Ma noi possiamo avere anche modelli di selezione assolutamente nostri. Questa è una piramide che ha costruito l'ASL, sull'elaborazione di tutte le sue banche dati, nel 2013, quando facemmo un accordo per lavorare sulla fragilità e cercare di capirne il significato. Se questa piramide non la restringiamo nella sua base, e quindi non andiamo verso l'autocura, verso la prevenzione primaria, con investimenti di educazione sanitaria e terapeutica, è chiaro che avrà un apice a base molto larga. Quindi le risorse economiche che dovranno

essere messe per questo tipo di cittadino porteranno a delle scelte: lo curo o non lo curo. In quell'occasione noi lavorammo come medici sull'indice di comorbidità di Charlson, che è un indice riconosciuto a livello internazionale. I risultati furono sorprendentemente sovrapponibili all'elaborazione statistica. Quindi noi possiamo tranquillamente scegliere diversi tipi di modelli, possiamo stratificare la nostra popolazione ma dobbiamo vedere che supporto organizzativo dare per poterla assistere.

Quello che proponiamo è di cercare di mettere insieme la complessità del territorio, che non è solo medicina generale. Nessun medico di famiglia oggi può pensare di fare da solo. Tutti i medici di famiglia oggi sono informatizzati. Lo dimostrano le certificazioni INPS di malattia o di invalidità. È chiaro che mettere insieme vuol dire: degenza post-acuta e riabilitazione, cure intermedie (un altro mantra che è venuto fuori e di cui non sappiamo i contenuti attuali), dimissione, dimissione protetta, Day Hospital, RSA, centri diurni, ADI. Sull'ADI va fatta una riflessione. Nella nostra realtà, oggi, viene favorita l'ADI fatta solo dagli infermieri. Molte volte gli infermieri vengono strumentalizzati per impedire che l'ADI sia integrata veramente. Non è un modo per poter creare collaborazioni e integrazioni. E nello stesso tempo, io credo che dare in mano a qualcuno che è interessato la gestione delle ADI, vuol dire creare un conflitto di interessi sul quale bisognerà cercare dei momenti per capire bene perché le ADI gestite da infermieri stanno aumentando mentre quelle gestite da medici stanno calando.

La proposta finale è che noi desidereremmo lavorare in rete. Questa è una definizione, che a me piace molto, del professor Zangrandi, un economista di Parma, che forse Ronchini conoscerà, e che credo sintetizzi bene cosa significa lavorare insieme rispettandosi. Per cui ve la leggo: "La rete è identificata come una modalità organizzativa che premia e valorizza le professionalità, le intuizioni, la storia delle istituzioni, la storia delle persone e le loro competenze. Nella rete si mantiene l'autono-

mia di ciascuna struttura e di ciascuna entità. Nella rete si collabora e si modificano i comportamenti. La rete funziona se si investe sul coordinamento che è un'attività costosa, impegnativa ma indispensabile. La rete funziona nella misura in cui ci si ascolta e si vuole progettare, programmare, non lasciando al caso e all'abitudine la risoluzione dei problemi. Altrimenti le reti non sono tali e la continuità assistenziale, che è il tema cruciale della rete, viene meno e diventa astratta e burocratica." Grazie per l'attenzione e buon lavoro.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie Giandomenico. Adesso c'è l'altra voce del sindacato dei medici di medicina generale, il dottor Biavati dello SNAMI.

Dott. Francesco Biavati - Buongiorno colleghi, buongiorno signore e signori, sono il dottor Biavati. Sono un medico di medicina generale. Penso di essere il decano dei medici di medicina generale in attività. Fra un mese andrò in pensione per vecchiaia. Sono un medico che ha cominciato ad esercitare ai tempi della mutua. Sarò abbastanza sintetico. A parere dello SNAMI, almeno per quello che riguarda la situazione cittadina, le Case della Salute sono molto spesso inutili e quasi sempre dannose. Io parlo dal punto di vista del medico di medicina generale. Sono inutili perché le competenze che vengono assegnate alle Case della Salute sono competenze che di solito svolge benissimo il medico di medicina generale. Sono dannose perché molto spesso, e abbiamo visto anche il caso del collega di Parma, tutte queste ristrutturazioni, acquisti e cose varie implicano un notevole giro di denaro e quindi probabilmente ci sono dei problemi per le casse dello stato. Noi come SNAMI avevamo proposto varie volte delle situazioni alternative alle Case della Salute. Ultimamente si è vista anche la polemica dell'assessore sugli accessi impropri al Pronto Soccorso, durante il periodo dell'epidemia di sindrome influenzale, sul fatto che il medico di medicina generale non faccia da filtro. Noi, come SNAMI, avevamo

proposto: prima di tutto il modello Modena. A Modena c'è un pronto soccorso nel quale il cittadino arriva e poi l'infermiere del triage, a seconda della patologia, lo destina o al vero Pronto Soccorso o nella continuità assistenziale che ha sede all'interno della sede ospedaliera. Altra proposta era quella di utilizzare il modello che viene attualmente utilizzato, mi sembra, a Pian di Setta dove c'è un ambulatorio gestito dal 118 in cui il cittadino può accedere tranquillamente. Vengono fatte medicazioni, flebo, endovene, visite, elettrocardiogrammi d'urgenza, e, anche qui, si è visto che gli accessi al Pronto Soccorso, in questa zona, sono ridotti al 90%. Altra struttura che, al limite, in zone periferiche e rurali può andare bene può essere quella di Copparo, che è una Casa della Salute veramente e che funziona abbastanza bene. Ho qui un documento della Regione da cui risulta che la Casa della Salute fa diminuire gli accessi al Pronto Soccorso del 25%. Questo perché in quel caso ogni medico di medicina generale esercita nel proprio ambulatorio sul territorio e va a fare delle ore integrative volontarie nella Casa della Salute. Quindi i sistemi molto complessi ci lasciano molto perplessi. Mi sia consentito di andare un attimo a monte per fare un discorso anche di tipo politico. Perché si è giunti a questa situazione? La prima cosa che vedono i pazienti entrando nello studio del dottor Biavati è una foto da me scattata in piazza san Venceslao e mostra Jan Palach e Jan Zajic. E sotto c'è scritto: tutte le vittime del comunismo. È chiaro che un discorso del genere può non andare bene ai signori che comandano. Quando ero un giovane medico, qui c'è il dottor Bagnoli, ci fu un incontro organizzato dall'Ordine dei Medici, era l'inizio degli anni 80, sulla riforma sanitaria. Ero un giovane medico molto timido, rispettoso dell'autorità costituita. Prima di me parlò l'assessore alla sanità che fece una serie di bla, bla, bla, dicendo che sarebbe stato valorizzato il ruolo del medico di famiglia e che il medico di famiglia era una figura indispensabile. Io presi la parola dopo di lui e dissi: "Non credo ad una parola di quello che ha detto l'assesso-

re. Lo scopo di questa riforma è di distruggere il rapporto medico-paziente. Citavo un libro scritto da un medico dello SNAMI, il dottor Clementi, che si chiama "La sicurezza inventata". In esso veniva esaminata punto per punto la riforma sanitaria inglese e si dimostrava che lo scopo era quello di distruggere il suddetto rapporto. Io sono un medico che continua ad esercitare *single*, sempre *single*, non ho aderito sa rete né ad altre situazioni perché ritengo di poter curare bene i miei pazienti e di avere un rapporto medico paziente che sia fondamentale. I miei pazienti accedono al Pronto Soccorso solo ed esclusivamente per problemi di traumi, oculistici e ginecologici. C'è qualche raro paziente che va al Pronto Soccorso perché ha mal di schiena, ma quando torna da me gli faccio quello che si dice un "cazziatone" che non finisce più. Perché gli dico che non deve andare ad impegnare delle strutture con patologie che risolvo benissimo io. E questo è un discorso fondamentale. Cioè, il fatto di voler distruggere il rapporto medico-paziente è un fatto che non sta né in cielo né in terra.

Sugli accessi inappropriati al Pronto Soccorso vi è uno studio fatto dalla collega Raggiotto, che mi sembra sia ancora qua. Questo studio è stato fatto nel 2012. Si riferisce a Bologna, quindi parlo solo di Bologna. La dottoressa Raggiotto è la stessa dottoressa, del centro studi SNAMI, che 7 anni fa fece uno studio sulla carenza che ci sarebbe stata di medici di medicina generale su tutto il territorio nazionale. Venne a parlare con il presidente dell'Ordine che la mandò alla FNOMCeO a Roma, dove venne sbeffeggiata. Cioè la trattarono da povera scema dicendo che portava dei dati che non stavano né in cielo né in terra. Nell'ultimo congresso SNAMI, che si è tenuto l'ottobre scorso in Sicilia, il presidente dell'ENPAM è venuto dichiarando l'allarme che nei prossimi 5 anni mancheranno 55000 medici, buona parte di questi di medicina generale. Per dire che i dati che vi faccio vedere sono stati elaborati da una persona che sa quello che fa. Questi sono i distretti di Bologna. Questi sono i Nuclei di Cure Primarie. I Nuclei di Cure Primarie

sono stati il primo tentativo di aggregare i medici insieme. Io non nego che sia importante il lavoro di *equipe*. Per me è importantissimo avere il cardiologo di riferimento, il dermatologo di riferimento, gli infermieri del distretto con i quali collaboro. Però fare parte di un nucleo fatto solo da medici che non hanno nulla in comune se non il fatto di insistere nello stesso quartiere mi sembra un'idiozia che non sta né in cielo né in terra. E questi operano in area omogenea, hanno come fine la continuità assistenziale, il miglioramento della qualità operativa, il governo clinico. Il distretto di Bologna nel 2010 è composto da questo numero di assistiti, l'età media dei pazienti è di 55 anni. Gli assistiti con più di 65 anni erano il 31%, adesso chiaramente sono aumentati. Il numero di medici di medicina generale varia per ogni Nucleo di Cure Primarie dagli 11 ai 22. I medici non sempre si conoscono, cioè imparano a conoscersi poco alla volta frequentando gli stessi posti. L'età media dei medici di medicina generale era di 58 anni, adesso si è ulteriormente accresciuta.

Come lavoravano i medici di medicina generale: 36% singoli, 64% associati. Degli associati 59 in gruppo, 39 in rete, 2 erano associazioni semplici che adesso credo non esistano più. Poi qui spiega come viene fatto il test di qualità. I Nuclei di Cure Primarie sui profili assistenziali sono stati elaborati da queste società. Che cos'è un profilo assistenziale. Caratteristiche dei medici di medicina generale, caratteristiche demografiche di tutti gli assistiti, caratteristiche cliniche, utilizzo dei servizi, l'appropriatezza descrittiva. I dati provengono dalla banca dati regionale, con la collaborazione della Thomas Jefferson University.

Dato interessante è questo: nei Nuclei non bravi, diciamo, si vede che il 73% dei medici sono in gruppo, il 35% singoli e il 6% in rete. Nei Nuclei virtuosi, caso strano, si vede che il 50% sono singoli, il 48% in rete, il 20% in gruppo.

Premessa: la rete non serve a niente. Io ho dei colleghi che lavorano in rete. In un anno vedono, sì e no, un paziente di un altri medici.

Quindi diciamo che soprattutto sono i medici singoli. Caso strano i pazienti dei medici singoli sono quelli che vanno meno al pronto soccorso. Perché? Il rapporto di fiducia tra il medico e il suo assistito rimane ancora fondamentale. È quello che io sostengo e che continuo a sostenere. Cioè il rapporto che c'è tra me e il mio paziente non potrà essere sostituito da un computer o da qualunque altra struttura. I pazienti che vengono da me sono completamente diversi da quelli che vanno dal dottor Savorani e viceversa. Cioè io ho un rapporto con i miei pazienti che con i pazienti di un altro medico probabilmente non riuscirei ad avere. Il paziente che va in una struttura dove ci sono 10 medici, ogni volta ne vede uno diverso. Ultimamente ho ricevuto parecchi pazienti di una medicina di gruppo che non è tanto distante da me perché mi dicono: "Dottore una volta vedo il dottor A, una volta vedo il dottor B, una volta vedo il dottor C, nessuno ci capisce mai niente." Quindi questo è il pensiero fondamentale dello SNAMI. Vi ringrazio.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie Francesco. Adesso c'è l'intervento del dottor Cosentino

Dott. Eugenio Cosentino - Grazie Giancarlo. Complimenti alle letture precedenti. Io vi ruberò solo 10 minuti. Una premessa però è importantissima. Non possiamo non parlare di dati epidemiologici. Sono d'accordo sul contenitore, sulla Casa della Salute, però andiamo ad analizzare in modo dettagliato che cos'è che manca. Questi sono i dati di comorbidità. I colleghi in precedenza ne hanno già parlato. Questa è la nostra popolazione Tra maschi e femmine, vediamo persone con almeno una malattia cronica grave, persone con 3 o più malattie croniche. Sono d'accordo con il collega di Parma. È bene curare il diabete. Ma il diabete è una patologia che richiede comunque una valutazione multidisciplinare. Probabilmente, in passato, la medicina generale aveva l'idea di come andava affrontata la patologia cronica. Andiamo a vedere la popolazione anziana residente nella nostra ASL. Anno 2014: pazien-

ti con 65 anni 23,4%, pazienti superiori a 75 anni 12,4%, pazienti che hanno 80 anni e oltre 7,6%. Questa è la nostra popolazione anziana residente over 65: dall'anno 2004 da 937000 pazienti siamo arrivati ad 1000000. Per la popolazione anziana residente over 75 siamo passati da 461000 a 553000. Quindi, forse qui, la medicina in generale, che non è solamente la medicina ospedaliera, avrà ottenuto dei benefici per questi dati, no? La vita si è allungata. Bene. Popolazione anziana residente over 80. Anche qui potete vedere crescita: da 265000 a 338000. L'eccesso di mortalità nel 2015. Questi sono dati dell'Emilia Romagna. Guardate. Tassi standardizzati. Dall'anno 2000 al 2014 la mortalità è aumentata. Vi ricordo che nel 2016 sono morti in Italia circa 50000 pazienti. E se andiamo a vedere la variazione percentuale del numero di decessi occorsi dal 1 ottobre 2014 al 30 settembre 2015, rispetto al numero medio di decessi del triennio ottobre 2011 - settembre 2014, si può vedere come l'Emilia Romagna si colloca con un aumento del 6.6%. E guardate: nel 2015 c'è stata una maggiore mortalità soprattutto a gennaio (13%) e a luglio (15%). Bene, perché a gennaio comunque c'è il freddo e l'influenza. Ma forse a luglio riduciamo anche troppo i posti letto. Questi sono i numeri assoluti: la differenza di morti in tutte le regioni. Sono tutti in aumento. Differenza di percentuali dei morti nel 2015 rispetto al 2014. Andiamo a vedere i dati dell'Emilia Romagna: 10,3%. Andiamo a vedere anche le singole realtà. Andiamo a vedere Piacenza, Parma, Reggio Emilia. Le prime Case della Salute sono nate a Parma. Se andiamo a vedere i dati, dal 2014 al 2015, è aumentata la mortalità. Posti letto: 18000 nel 2015, ridotti a 17330 nel 2016. Guardate anche la riduzione dell'attività in *day hospital*.

Personale sanitario. Allora, noi abbiamo questo contenitore ma dobbiamo anche riempirlo. Dal 2008 al 2016, il S.Orsola è passato da 1758 a 1547 posti letto, il Maggiore da 723 a 631. Guardate, comunque, il calo del personale sanitario è progressivo. Gli infermieri sono passati da 2401 a 2363 nella ASL di Bologna,

da 2125 a 2070 al S.Orsola, da 461 a 434 al Rizoli.

Casa della Salute. Da dove Parte? Effettivamente si è passati dal principio dell'*hosting* e dal *case management*. Cioè dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico della persona. Possiamo essere d'accordo. Però questo viene comunque dal modello della Toyota. Infatti vedete: è sorta l'esigenza di individuare un sistema produttivo in grado di massimizzare i risultati e minimizzare i costi e gli sprechi. Ha anche dei costi la Casa della Salute. Questi sono dati del 2013, siamo sui 75 milioni di euro, per poi passare a 117 milioni di euro. Queste sono le fonti finanziarie su come vengono effettivamente ripartiti i costi tra Stato, Regione e ASL. Dall'altra parte questi sono i primi dati sulle Case della Salute, anni 2013, capisco. Ma i protagonisti, i medici in generale, sono stati consultati? Qui sono stati dati dei questionari che misurano la qualità, l'esperienza della persona, l'organizzazione della struttura, il sistema informativo. Questi erano i caratteri distintivi: accoglienza diffusa, clima organizzativo, percorso informativo integrato, programmi di medicina d'iniziativa, il the del giovedì, la prevenzione della caduta negli anziani, Questa è la Casa della Salute Barberini però qui manca sempre la figura del medico. Capisco che bisogna dare una responsabilità agli infermieri però preferirei ogni tanto vedere anche la figura del medico. È un modello organizzativo, siamo tutti d'accordo. Però come per tutte le sperimentazioni, come per tutti i *trial* clinici io ho bisogno di tutta una serie di parametri. Questi sono gli studi clinici correttamente programmati, correttamente eseguiti, condotti da sperimentatori qualificati, eseguiti secondo i principi etici, indicati dalle linee guida di riferimento. Quindi all'interno delle Case della Salute pretendo, non solo come medico, ma anche come cittadino, che vi siano tutti questi elementi. Perché nel momento in cui faccio un protocollo clinico ho bisogno di sapere l'*end-point* primario, l'*end-point* secondario e i risultati in termini di ospedalizzazioni, di ricoveri e di riduzione

della mortalità. E all'interno di questo ho anche bisogno di un comitato etico, è ovvio. E di un consenso informato.

Abbiamo parlato di contenuti, ora andiamo a vedere i macchinari. Questi sono dati di AssoBiomedica. L'Italia è il paese europeo con il parco macchine più vecchio, per quanto riguarda i *medical devices*: 58000 tra risonanze magnetiche, PET, TAC, angiografi, mammografi e ventilatori per anestesia sono infatti di età avanzata, a tal punto da superare ampiamente la media dei Paesi vicini. Francia, Danimarca e Svezia registrano tra il 60 e il 70% di apparecchiature con età non oltre i 5 anni. In Italia soltanto il 30% di angiografi risulta sotto tale soglia. Questi sono dati presentati nel 2016. Tra i mammografi convenzionati il 74% ha più di 10 anni di vita, delle apparecchiature mobili per radiografia il 60%. E qui potete vedere come i costi di gestione sono enormi e potrebbero essere abbattuti sostituendo gradualmente le macchine.

Parliamo della prevenzione. Siamo tutti d'accordo. Questa è la spesa italiana per la prevenzione. Siamo al di sotto dell'1%. È addirittura all'ultimo posto dei paesi OCSE per l'investimento in prevenzione; dietro Turchia, Messico e Corea. Mi piace aver messo questa lettura. Qui parlano gli economisti. Siamo tutti d'accordo sulla prevenzione ma questa non si fa solo sugli stili di vita. Perché se andiamo ad affrontare un argomento importante come l'ipercolesterolemia, dovremo anche somministrare i farmaci. Non possiamo pensare di dire ai medici che non possono prescrivere i farmaci e che devono fare il piano terapeutico. Perché poi fondamentalmente bisogna anche trattare. Vi ricordo che la *compliance* dei farmaci per il colesterolo è al di sotto del 50%, tra il 42 e il 49, la *compliance* dei farmaci antiipertensivi è al 60%. E allora, è uscito questo documento, anche dagli stessi vertici della Regione, in cui dicono: "Qualche perplessità permane sullo sfondo, soprattutto per quanto concerne l'aspetto promozionale della salute. Al riguardo è emerso che i vari operatori della Casa della Salute tendono ad interpretare la promozione

della salute sotto il profilo di educazione sanitaria anziché di sviluppo di competenze appropriate ai fini della partecipazione ai processi decisionali in materia di salute e malattia." La prevenzione non si fa a parole ma occorre identificare i bisogni, le finalità educative, gli obiettivi, i destinatari e le valutazioni dei risultati. Mi piace concludere con questo aforisma: "Se vuoi costruire una barca no radunare uomini per tagliare legna, dividere i compiti e impartire ordini, ma insegna loro la nostalgia per il mare vasto e infinito." Vi ringrazio per l'attenzione.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie Eugenio. Ora parlerà l'avvocato Iadecola che è stato un giudice di cassazione. Ha operato anche qui a Bologna molti anni fa, per 5 o 6 anni come PM nella corte d'appello. Si ricorda di una Bologna di un tempo che ha trovato un po' cambiata. Ha un'esperienza vastissima in campo sanitario. Segue attentamente ogni questione soprattutto quella che riguarda i rapporti interprofessionali. Io ho pensato fosse importante averlo qui per avere l'opinione di un giurista di questo livello su un problema che è estremamente consistente: quello dei rapporti interprofessionali nell'ambito del servizio sanitario.

Avv. Gianfranco Iadecola - Grazie, presidente Pizza, per questo invito, a me particolarmente gradito, perché è stata l'occasione di tornare in questa città che rimane certamente una bella città al di là della situazione attuale. Io sono un esterno e parlo da esterno, da osservatore esterno e da operatore giudiziario che osserva il delinearsi di questa nuova forma di attività sanitaria. E da osservatore esterno emerge un modello preoccupante di medicina remissiva, di figura del medico remissiva, rispetto a una sorta prepotente incedere di una, viceversa, immagine politicamente corretta e sostenuta dai tempi del personale infermieristico, del ruolo dell'infermiere che certamente è cresciuto di importanza e di rilievo, avuto riguardo al perfezionamento delle conoscenze

e ai corsi di studi che sono stati istituiti e che esso è in grado ormai di frequentare. Un'immagine "mite" che non è però un'immagine adeguata a quella che è l'esigenza primaria e fondamentale che rappresenterà il punto di riferimento di tutto questo mio intervento che è la tutela del bene della salute. Quello che non si deve mai dimenticare, che non si dovrebbe mai dimenticare, quando chi di competenza organizza il servizio sanitario, è che la carta costituzionale, che tante volte viene evocata, attribuisce la qualifica di diritto fondamentale proprio al diritto alla salute. Ed è l'unico dei diritti costituzionalmente garantiti che ha questa attribuzione di fundamentalità. È quindi un bene la cui tutela è assolutamente imprescindibile ed è indefettibile, che prescinde da ogni ulteriore profilo anche di difficoltà materiale dell'organizzazione sanitaria o di problemi finanziari della stessa. Ora se questo bene è così importante, un atteggiamento remissivo del medico ci preoccupa. Ci preoccupa come cittadini, alla pari, se non più, della medicina difensiva perché la medicina difensiva è un atteggiamento oggettivo riscontrato che speriamo parentetico, connesso a un orientamento giurisprudenziale. Io ho fatto parte della magistratura in particolare della Corte di Cassazione. Ne ho grandissimo rispetto e, però, evidentemente *amicus Plato, sed magis amica veritas*, come si dice. E poi la critica e il dibattito sono il fondamento del superamento anche delle posizioni giurisprudenziali. La giurisprudenza ha modificato la valutazione del nesso causale in materia di responsabilità medica, ritenendo necessaria la prova certa della correlazione, sulla spinta del dibattito dottrinale. Quindi esso può essere proficuo e può essere utile. Ora la medicina difensiva è senz'altro l'effetto di un atteggiamento di eccessiva severità interpretativa di una corte di cassazione che, preoccupata della tutela continuativa indiscutibile del bene della salute, praticamente giunge a ravvisare una responsabilità del medico in ogni processo che venga avviato nei suoi confronti; avendo persino modificato i tratti della responsabilità medica,

dico del medico pubblico, che è sempre stata qualificata responsabilità di tipo extra contrattuale, con oneri probatori maggiori in capo al paziente, facendola diventare, in forza del cosiddetto contatto sociale, e cioè del rapporto che si instaura tra cittadino e medico pubblico, una responsabilità di tipo contrattuale. Che, come voi sapete perfettamente, vuol dire dieci anni di prescrizione per il diritto del paziente di agire contro il medico. Dieci anni che, fra l'altro, non decorrono dal momento della prestazione ma decorrono da quando il paziente ha la possibilità di percepire che il pregiudizio che lamenta possa essere stato proprio la conseguenza di quella prestazione. Atteggiamenti di rigore. La cassazione ha creato un sottosistema di responsabilità civile per il medico, sostituendosi al legislatore. Inerte per altro. Non è che la magistratura obbedisca a dei piani sotterranei strategici, per cui dice: "Cerchiamo di occupare spazi che non ci competono, violando i principi fondamentali del Montesquieu". Quando il legislatore non risponde ai bisogni della collettività accade sempre che la collettività insista e si rivolga al giudice. E il giudice deve dare una risposta. E, spesso, siccome è figlio del suo tempo, e avverte le problematiche, la dà, magari, anche a costo di forzare un testo normativo che risale al 1942 o che risale, come quello penale, al 1930. Pensiamo alla violazione della regola del consenso intesa come lesione personale volontaria. Il notissimo caso Massimo che ormai è diventato un caso di scuola nell'ambito degli stessi studi di materie giuridiche. Ecco quindi che la medicina difensiva è l'effetto di quella fenomenologia parentetica. Speriamo fino a che il legislatore, che ora ha dato segni della sua presenza, dopo vani tentativi reiterati nel tempo, giunga, entro addirittura, si dice, questo mese, a condurre in porto questo disegno di riforma. E però un atteggiamento remissivo del medico, di fronte a un fenomeno più forte, più incalzante quale è quello della giusta rivendicazione di un ruolo maggiore da parte della classe infermieristica, non so se sia un atteggiamento destinato a durare poco nel

tempo o se non si cronicizzi in realtà e diventi un ridimensionamento, un autoridimensionamento remissivo delle proprie funzioni e del proprio ruolo. Chi ci perde è il cittadino. Il rischio è un rischio sociale anche connesso a una deriva normativa che dimenticasse la stella polare di ogni scelta che è quella della massima tutela del bene della salute. E quando abbiamo detto questo, abbiamo già indicato le risposte che intendiamo dare alle problematiche che sono state avanzate e che sono state poste. Il rigore giurisprudenziale in materia di valutazione della responsabilità professionale. Voi sapete perfettamente che al giudice penale non interessano le linee organizzative amministrative che una struttura intenda darsi. Qualche anno fa, voi avete certamente partecipato sul piano emotivo, perché è stata molto importante, alla decisione della Corte di Cassazione sul caso Grassini. Quel medico cardiologo che, attenendosi strettamente alle linee guida ospedaliere, ospitò per 8 giorni il paziente infartuato presso la sua struttura. Essendo il paziente deceduto in decima giornata, il secondo giorno dopo le dimissioni che il medico dispose, avendo pienamente ottemperato alla linea guida, che poi rifletteva quella della società italiana di cardiologia, recepita perché confacente alle esigenze di risparmio, di recupero, di controllo dei costi da parte della struttura amministrativa operante, la corte di cassazione non è che abbia detto: "Questo medico è giustificato, non poteva che operare in questo modo. Era vincolato in qualche modo a quelle indicazioni. Se le avesse violate avrebbe rischiato per la propria responsabilità interna di tipo amministrativo, avrebbe rischiato la perdita del posto". La corte di cassazione ha affermato che la tutela del bene della vita non può giungere a compromessi con tempistiche che siano ispirate a criteri di carattere economico. Una delle situazioni in cui il medico, secondo il giudice, deve prescindere dalle linee guida che non hanno come sappiamo, nonostante il rilievo che tornano ad avere nella nuova disciplina normativa in preparazione, valore vincolante per il medico è pro-

prio quella della linea guida che sia funzionale, non al miglior trattamento possibile del malato, ma che sia funzionale a esigenze di risparmio di spesa. Pure esigenze serie, pur encomiabili, pur oggettivamente esistenti. E quindi quel medico che non aveva calibrato il trattamento sulla base delle esigenze reali di quel malato, che non era al primo infarto e che era portatore di una serie di altre patologie, ispirandosi puramente e pedissequamente alle indicazioni della linea guida e che era stato assolto dal giudice della corte d'appello è stato assoggettato ad un nuovo giudizio perché la corte di cassazione ha affermato: "Male ha fatto ad assecondare la linea guida. Verifichi nuovamente il giudice d'appello se in relazione alle particolari condizioni di questo paziente, che non rispondevano al modello della linea guida, il trattamento che gli è stato riservato è un trattamento rispettoso delle leggi dell'arte e delle regole cautelari". Quindi non c'è vincolo per la giurisprudenza di un provvedimento amministrativo che organizzasse l'attività sanitaria secondo particolari modalità, ogni volta in cui queste modalità non corrispondano al bene "sommo" della tutela del bene della salute, quale bene fondamentale. Ecco questo è il criterio, a mio giudizio, al quale occorre ispirarsi quando si va a valutare questo nuovo modello della Casa della Salute. Obbedisce a questa esigenza primaria, indefettibile, abbiamo detto assoluta, non negoziabile, non strumentalizzabile in base a esigenze corporative di qualsiasi parte. Evidentemente.

A mio giudizio, soprattutto per ciò che ho letto ma anche per ciò che ho sentito, questa corrispondenza non c'è. Non c'è per ragioni, potremmo dire, di carattere generale, perché è senz'altro posta in secondo piano, posposta, trascurata la figura del medico. In particolare di un medico che, per le funzioni che svolge di medicina generale, è il soggetto più idoneo a quegli apprezzamenti anamnestici di storia che vengono posti in risalto e sottolineati come primo passo nei momenti in cui il paziente accede a questa nuova tipologia di

servizio. Viceversa per il medico, vorrei dire, neppure un ruolo sembrerebbe necessario ma quasi una sorta di ruolo eventuale, per cui interviene al bisogno. E questo non è consentito. Non può essere consentito quando si tratta, e questo è fuori di discussione, di valutare i bisogni sanitari del paziente. I bisogni sanitari sono i bisogni sanitari non sono le altre esigenze. Il servizio da rendere è quello di curare la patologia da cui il paziente è affetto. È inutile che stiamo a girarci in torno. Mi sembra che sia talmente ovvio che non si debba discutere. E allora, se si tratta di questo, qual è il soggetto più idoneo a fare questo? Questo è il punto. Se avessi la garanzia che il personale infermieristico ha attinto un tale livello di preparazione e di conoscenza generale da essere in grado, non soltanto di eseguire con grande capacità, forse superiore per la manualità maturata e per l'esperienza a quella del medico, un determinato singolo atto, ma avesse maturato la capacità di diagnosi, quindi di leggere i segni del male e di svolgere quel ruolo predittivo con tutte le riserve, le complessità e le difficoltà del caso che il medico generalmente svolge, io non avrei nessuna incertezza, nessuno dubbio. Né penso che nessuno potrebbe averne in ordine alla giustizia di questa equiparazione. Ma è così? Come facciamo a dire così. Come facciamo a dire che è la stessa cosa essere controllati all'ingresso di un Pronto Soccorso. Attenzione, io rimango di questa idea. Mi dispiace perché mi accorgo che non è un tema sentito. Adesso, forse con qualche ritardo, la classe medica sta reagendo. Perché il triage in Pronto Soccorso, questo apprezzamento, in ordine anche al momento e ai tempi d'effettuazione del controllo di un medico che lì c'è, implica un apprezzamento che è di tipo diagnostico. Che cosa è? Stiamo sempre studiando e leggendo le sentenze della cassazione del dolore al petto equivocato facilmente dal medico di famiglia che non lo manda in ospedale. Il paziente dopo tre ore ritorna e gli viene detto che è un disturbo intercostale e gli viene dato qualcosa che fa retrocedere il dolore. E poi invece l'esplosione dell'infarto. E stiamo

a dire la complessità dell'esercizio della medicina? La medicina non applica scienze esatte, non è una scienza esatta. Tant'è che si dice che forse è più un'arte che una scienza. Applica le leggi della biologia che sono leggi incerte per definizione. Che non dicono mai ad a segue b, ma dicono, come la giurisprudenza recupera e insegna in una sentenza fondamentale che è la sentenza Franzese sul nesso causale alla quale facevamo riferimento, ad a segue b in un certo numero di casi. Gli enunciati della biologia sono probabilistici ed esprimono un quoziente percentualistico medio basso. La mia passione per questi temi è risalente. La dottoressa Faraca ricorderà. Anzi mi ha usato il privilegio di invitarmi più volte già da quando ero qui a Bologna. Sono temi che appassionano come appassionano chiunque si interessi di diritto penale.

Il diritto penale nella medicina, nell'attività medica incontra tutte le sue tematiche più delicate più sottili quella del nesso causale, quella della colpa, ora quella della colpa in équipe, quella della cooperazione nel delitto colposo. E quindi, ritornando al tema che ci occupa, evidentemente un servizio che sia, che voglia essere, come deve essere, realmente rispettoso di questa esigenza fondamentale di tutela che viene ricordata a ogni piè sospinto, non potrebbe prescindere, quanto meno, da una supervisione riservata alla figura di chi può garantire, per il suo *cursus* di studi per il suo *curriculum*, evidentemente, la padronanza, nei limiti in cui è consentito, della situazione e della conoscenza. La prevista separatezza del percorso clinico dal percorso assistenziale. Ma come possono prescindere i due percorsi? Noi riterremo che questo sia un principio di ragionevolezza. Il percorso assistenziale è debitore del percorso clinico. È la valutazione clinica che detta, che determina i passi del percorso assistenziale. Come possono operare come due rette parallele che non si incontrano mai? Ma questo enunciato, che è un enunciato prima ancora di ragionevolezza, è stato anche un enunciato giurisprudenziale. Perché per fortuna due Tar, quello dell'Umbria del 2016 e

quello del Lazio del 2014, hanno riconosciuto come i due percorsi interferiscano e come il primo condizioni il secondo, per cui non è possibile ipotizzare gestioni completamente autonome dell'uno rispetto all'altro per garantire l'acquisizione di determinate posizioni. Qui stiamo parlando di correlazioni funzionali, non stiamo parlando di rapporti gerarchici o di classi di professionisti. Stiamo parlando di ciò che è meglio per attingere in questa squadra composita il risultato. Sappiamo che l'obbligazione medica è un'obbligazione di mezzi e non di risultati e, però ciò nonostante, il medico al risultato tende. Poi la sua opera sarà vanificata. La complicità prescinde, come sappiamo, dalla correttezza stessa della prestazione del medico. E però l'obiettivo è quello. E chi lo può garantire questo obiettivo? Veniva ricordata la telemedicina; tutto ciò che esige un momento di sintesi, di apprezzamento dei dati, di loro valutazione, di loro composizione e di loro sviluppo, esige una conoscenza di carattere generale complessivo che il personale infermieristico per definizione non possiede, non può possedere. La medicina di iniziativa è un tema di grande interesse. Intanto rendiamoci conto che con la medicina di iniziativa assumiamo una posizione di garanzia ben più importante di quella che già ci spetta. Perché diventiamo quasi una sorta di esercenti una potestà genitoriale nei confronti di questo paziente che dobbiamo seguire con grande scrupolo. È un'iniziativa meritoria, straordinaria, ideale, quella di un medico che si fa carico di ricordarmi, addirittura. E che ha l'obbligo di farlo. Ma evidentemente la nostra posizione di garanzia si allarga a dismisura: ogni omissione, ogni dimenticanza rispetto a questo impegno è causativa di un pregiudizio per il paziente e ci verrebbe rimproverata, ci potrebbe essere rimproverata. Un ruolo determinante, che non potrebbe che essere affidato ancora una volta a una regia, a una supervisione, a un presidio adeguato, con tutte le collaborazioni di cui questa figura primaria, questa figura apicale avrà bisogno. Ma certamente deve esistere una lungimiranza

che postula delle conoscenze che il medico possiede e che altre figure professionali non possiedono. Ma l'essenza, vorrei dire, del deficit di questa previsione è nella mancanza della figura del direttore sanitario. Questa è la sintesi dell'essenza di questa scelta: non prevedere quella figura, alla quale stiamo facendo riferimento, di un soggetto apicale, di un soggetto sovraordinato, che è in grado di coordinare il complesso delle iniziative che devono essere assecondate a un determinato paziente che sia ospite di questa casa. Ecco allora dette in modo sintetico e rapido quelle che sono le ragioni per le quali questo modello a mio giudizio non corrisponde a questa situazione che deve essere ottimale. Il servizio va garantito nel modo migliore possibile, rispetto al paziente. E quali posso essere i profili di interesse giudiziario rispetto a scelte di questa tipologia? Evidentemente ogni danno alla salute conseguenza di un deficit di prestazione. E abbiamo visto che la giurisprudenza li disapplica gli atti amministrativi. Non ne è vincolata certamente quando non sono conformi a legge. E un atto amministrativo che organizzi un servizio senza garantire che è inadeguato rispetto alla tutela del bene della salute, non è un atto conforme alla legge massima cioè alla previsione costituzionale, anzitutto. Non è in linea con la fundamentalità di questo bene. E quindi iniziative civilistiche. Di cui è passibile il soggetto che ha fatto mancare la prestazione. Su questo dovrebbe riflettere la classe infermieristica. Sulle implicazioni. È evidente che ogni acquisizione di spazi implica automaticamente una maggiore esposizione a responsabilità. Ecco un aspetto su cui ho mancato di ricordare: il rapporto medico-paziente, diceva stamattina il dott. Lumia. È fondamentale il rapporto medico-paziente. Ci è stato insegnato, ci viene ribadito. L'informazione come presupposto per l'acquisizione del consenso. E chi la dà l'informazione? Noi non dubitiamo che il personale infermieristico debba a sua volta acquisire consenso. Lo abbiamo sempre sostenuto. Ogni volta in cui si compie una qualsiasi attività a valenza sanitaria sul pa-

ziente, va preceduta dall'informazione dell'acquisizione del consenso. La prassi ci può aiutare evidentemente molto. Non dobbiamo burocratizzare ogni passaggio. E certamente il personale infermieristico è in grado di spiegare che cosa va a fare nel momento in cui somministra un determinato prodotto eseguendo un'iniezione o un altro trattamento di sua specifica competenza, di sua indiscussa specifica competenza. Ma quando si tratta della prospettiva di durata fausta o infausta di evoluzione della patologia chi sarà a spiegarlo? Chi può essere in grado di spiegarlo? Quindi lo stesso rapporto medico-paziente viene snaturato. È il paziente che è protetto di meno perché il paziente ha una figura di riferimento. Ed è quella che assume la maggiore responsabilità di tutte. È la figura del medico. Portatore di una posizione di garanzia cui corrisponde, evidentemente, una esposizione immediata anche a responsabilità. Di qui la delicatezza del ruolo e dell'attività che il sanitario svolge. Noi prevediamo che, se la prestazione non è ottimale, come è destinata a non essere, se organizzata secondo questi modelli (anche dal punto di vista di risparmio di spesa, se fosse questa la ragione che alimenta questa nuova descrizione di modello), le cose non andranno sicuramente meglio. Non è prevedibile una riduzione del contenzioso, credo. Vediamo quanti processi si vanno incardinando per ritardi di valutazione da parte dell'infermiere messo al *triage* che non ha capito la sintomatologia. Ma come poteva capirla in modo adeguato? E ha ritardato quindi la presentazione del paziente al medico. Naturalmente vi possono essere profili di altro interesse per gli operatori giudiziari. Dico per la magistratura o per l'ufficio del pubblico ministero. Mi riferisco, evidentemente, all'esercizio abusivo dell'attività professionale di medico. Poi andremo a discutere sul dolo dell'infermiere che per previsione amministrativa ha esercitato attività demandate al medico in quanto implicanti diagnosi. La corte di cassazione sulla diagnosi è stata sempre netta: è il tipico atto medico. È un'attività che per eccellenza com-

pete al sanitario. Ma quando l'infermiere fa valutazioni che attengano a momenti che sono riservati, che sarebbero riservati, a quella valutazione complessiva, lungimirante che solo il medico è in grado di fare e si arroga un compito che non gli appartiene, non per sua scelta, ma per previsione di chi ha organizzato il servizio in un certo modo, si porrà un problema oggettivo di esercizio di attività professionale medica. Poi andremo a discutere se la persona fisica era portatore di un dolo adeguato o se riteneva di poter svolgere quella attività, cadendo in errore di fatto in quanto gli veniva prescritta niente di meno che dalle autorità amministrative che organizzano e disciplinano la sua attività. E naturalmente i reati eventuali di lesioni personali o di morte, di omicidio colposo. Qui non è che si potrebbe giustificare tutto facendo riferimento ad un atto amministrativo che ha regolato il servizio in un certo modo. Alla fine il personale infermieristico ha la consapevolezza di assumersi una responsabilità superiore alle proprie competenze. Vi è la colpa per assunzione. È una figura giurisprudenziale tipica di quando il soggetto si misura in una attività rispetto alla quale non ha le competenze necessarie, al di fuori dei casi delle emergenze.

Vale anche per il medico. È affermata anzi in relazione al medico. Il medico generico, il medico specialista in una determinata branca, che non esista a misurarsi con un intervento di qualche complessità di elezione che spetterebbe ad altra competenza specialistica. Se c'è l'urgenza, se c'è meglio l'emergenza, l'estrema urgenza può essere giustificato. Non c'è nessun altro lo faccio io. Ma, se così non fosse, saremmo di fronte a una situazione in cui il soggetto si sarebbe assunto, si sarebbe voluto esporre al rischio di una prestazione inadeguata. E quindi questa è colpa. Naturalmente questa è colpa di chi ha organizzato il servizio in questo modo, potendo prevedere situazioni di questa tipologia. Ma a noi sembrano concetti talmente elementari. Se si ha veramente coscienza, consapevolezza, se si condivide la fundamentalità di questo bene, non si pos-

sono condividere scelte che compromettono l'attingimento di questo risultato. Vi ringrazio dell'attenzione.

Dott. Giancarlo Pizza - Naturalmente ho lasciato sfondare abbondantemente perché io ritengo questo intervento fondamentale per l'economia di questa riunione. Perché credo che le autorità amministrative, politico-amministrative, non sappiano esattamente quello che stanno facendo. L'inerzia dei medici è finita, l'inerzia di questo Ordine non c'è più e utilizzeremo tutto quello che è necessario perché l'articolo 32 della costituzione, che affida al medico il ruolo di garanzia della salute del paziente, venga rispettato fino in fondo. Quindi chi è in questo Consiglio lo sa e quindi andremo avanti per questa strada. Grazie Gianfranco.

Adesso la parola va al dott. Macchia.

Chiederei la cortesia a tutti i prossimi relatori di tentare di ridurre di qualche minuto i loro interventi. Anche perché ho due richieste di intervento molto importanti, una del dott. Brambilla che è uno dei funzionari della regione, che ha chiesto di parlare e credo che, doverosamente, lo faremo parlare.

Ricordo che ho invitato l'assessorato e la direzione generale dell'assessorato a questo tavolo proponendo un intervento. Non mi è arrivata nessuna risposta. L'ho proposto anche alla direzione generale della USL. La dottoressa Gibertoni era pronta a venire ma un impegno improvviso le ha impedito di essere qui. Perché noi non siamo scevri dal confronto con chiunque sia necessitato di intervenire.

Sandro Macchia è un amico carissimo. Fa parte di un sindacato (ANAAO-ASSOMED) di cui facevo parte e ci siamo trovati tantissime volte a discutere su problematiche organizzative ospedaliere e la nostra amicizia inossidabile ha superato qualunque contrasto generale. Grazie Sandro di essere qui. A te la parola

Dott. Sandro Macchia - Grazie, intanto per l'invito. Io sono qua più in veste di ascoltatore che di relatore e ho ascoltato le relazioni molto

interessanti. Io sono medico ospedaliero. Faccio il sindacalista a tempo perso, come tanti miei colleghi. Ho la doppia giacchetta. Questa la rubo a Giancarlo nel senso che da una parte sono un uomo d'azienda e dall'altra parte io devo rapportare a un oltre 40% della dipendenza sindacalizzata ospedaliera, medico e sanitaria, quelli che sono gli atteggiamenti gli orientamenti della sanità regionale. È ovvio che non c'è nulla da dire sulla costruzione del castello delle Case della Salute. È evidente. Perché l'impalcatura è quella che è. È ovvio che se io vado a ridurre i posti letto, disintegro i day hospital, i day service dedicati e quant'altro, io ho bisogno di allocare le persone che hanno delle problematiche croniche stabilizzate, ma fino a un certo punto, e quindi dargli una locazione dove possano essere seguiti adeguatamente. Tutto questo ha un senso se la filosofia che porta al benessere primario dell'individuo non è finalizzata all'interesse economico. Quindi se dietro a questo non c'è il fatto che le Regioni devono essere pronte ai tagli indiscriminati, che vengono fatti a livello centrale, delle sovvenzioni del sistema sanitario nazionale. Perché altrimenti questo non regge. E un programma di questo tipo regge soltanto se non è a costo zero. Perché ovviamente non può costare niente.

Noi che cosa chiediamo? Sicuramente abbiamo necessità di sederci a un tavolo, insieme a tutti gli operatori coinvolti in questa ristrutturazione, per mettere in piedi quelle che sono gli orientamenti clinico professionali che possono portare alla fine a fare dei percorsi condivisi che vadano come finalità unica al benessere del paziente.

Si parla sempre di centralità del paziente, e questo è vero. Anche il pallone da calcio è al centro dell'attenzione quando inizia la partita, e poi lo prendono tutti a pedate. E quindi alla fine questi poveretti possono anche fare dei giri del trentadue, come si dice a Bologna. E quindi questa è una grande necessità che noi sentiamo come sindacato di metterci a sedere con tutti gli operatori in primis i medici di famiglia. Perché se vogliamo portare

dentro le strutture gli specialisti, bisogna che a un tavolo ci si metta a sedere per capire fra gli specialisti convenzionati, gli specialisti dipendenti, i medici di famiglia, quali sono le strategie migliori. Poi vi racconterò di una esperienza personale. Altrimenti la cosa non sta in piedi. Perché una volta deliberata io devo portare l'acqua dove vuole il padrone. È ovvio che se non mi spiegano bene la strada che devo fare o è molto in salita o è accidentata, io può darsi che non arrivi al traguardo oppure perda del liquido per strada. E questo in cosa si trasfonde? Che io perdo dei soldi pubblici perché spendo male. Le mie risorse quindi le ho allocate male e stabilite male. Ma alla fine chi ci rimette? Il cittadino fragile quello che non ha la possibilità di adire alla sanità in maniera diversa. E ricordiamoci che in questo momento, anche in Emilia Romagna, c'è una frangia di persone che rinunciano alle cure. E questo dobbiamo tenerlo presente. La struttura come è stata messa in piedi, va bene. Parliamone. Non tutto può essere devoluto al cup, alcune cose vanno integrate insieme. Le specialistiche devono essere aperte in modo che ci sia la possibilità di accesso rapido per i pazienti che ne hanno necessità, per arrivare al massimo, al miglioramento delle cure.

Io ho visto la sanità passare per tutte le sue frane negli anni 70. Quindi ho fatto parte dei consigli dei sanitari, ho visto nascere i dipartimenti, sono stato referente della qualità, della formazione. Come formazione ci chiesero una volta di creare uno slogan. Che cosa è venuto fuori? Una catena di bambini e bambine che si tenevano per mano e andavano insieme incontro a un obiettivo. I bambini sono dei sognatori, forse siamo anche noi dei sognatori anche se ormai abbiamo più di sessant'anni e cominciamo a fare fatica a mantenerci sul pezzo. Abbiamo comunque necessità di creare un percorso insieme. Si può creare una struttura in un posto che può essere rurale, come diceva prima il collega Ronchini, o, come nel mio caso, in cui io vado a lavorare a Porretta e Vergato, e mi alzo alle 5 del mattino per creare un

gastropac e quindi portare avanti un progetto sperimentale che da i suoi frutti. Ma io non parlo con un operatore sanitario, io parlo con il medico di famiglia, il quale mi esprime una diagnosi su un paziente e insieme decidiamo qual è il percorso migliore per lui. E io decido quali sono le specifiche di secondo livello di diagnostica importante gastro e colon e do l'appuntamento. È ovvio che questo sistema, per essere implementato e portato a Bologna, crea difficoltà organizzative perché non ci sono quaranta medici di famiglia, ce ne sono 200 e questo, comunque, comporta una logica di organizzazione molto diversa. Fondamentale in tutto questo se vogliamo veramente il bene del paziente è mettersi a sedere e discutere, per cui ci vuole disponibilità da parte dell'assessorato di fare questo.

Io con questo ho concluso.

Dott. Giancarlo Pizza - Ora c'è la Dottoressa Faraca, del sindacato CISL-MEDICI. Prego Marisa

Dott.ssa Marisa Faraca - Buongiorno a tutti quanti, sono Marisa Faraca. Sono medico legale ma qui sono in veste di tutore dei diritti sindacali, dei diritti lavorativi. Ringrazio il presidente dell'Ordine che oggi ci ha dato questa opportunità e non posso esprimere che compiacimento nell'aver invitato l'ex magistrato. Preferisco chiamarlo così perché noi ci siamo conosciuti quando era magistrato della Corte di Cassazione e abbiamo fatto molte iniziative con lui sulla responsabilità professionale. E i problemi di allora continuano a rimanere, anzi si aggravano sempre di più. È importante davvero che oltre la tutela professionale, oltre la tutela dei diritti lavorativi ci sia anche e soprattutto una tutela giuridica, perché come avete sentito dall'intervento di Iadecola è davvero una responsabilità grande. E nelle organizzazioni amministrative non possono non tenerlo in considerazione.

Quindi dico solo poche cose. Ci sarebbe da dire molto ma visto il tempo cercherò di seguire le poche note che ieri sera tardi mi sono

venute fuori. Anche confermando tutto quello che è stato detto finora.

Noi le Case della Salute le abbiamo definite come un confronto molto anomalo e, (guardo il dott. Brambilla) solo a parole, produttivo. La CISL-MEDICI fa parte della confederazione. La confederazione CISL ha condiviso gli obiettivi fondamentali dello sviluppo delle Case della Salute: ovvero la presa in carico dell'utente, l'integrazione multidisciplinare dei professionisti, la medicina di iniziativa, l'educazione all'autocura, il percorso integrato, eccetera, eccetera. Però la delegazione della CISL si è presentata alla discussione, e continua a mantenerla, con una posizione critica, di carattere strutturale, maturata a tutta una serie di analisi, una delle quali, voglio portarla alla vostra attenzione, è che la delibera si preoccupa solo di dare esclusivamente un aspetto organizzativo omogeneo. La sola definizione di livelli di responsabilità, i vari referenti proposti, non garantisce l'avvio dei servizi innovativi.

Case della Salute apparentemente simili nei livelli di responsabilità, danno però dei servizi completamente differenti nel territorio. Parlando con i lavoratori delle Case della Salute, l'integrazione tra i professionisti di diverse discipline, per quanto dichiarata e sostenuta è un'operazione difficilissima da praticare. Ci sono dei grossi problemi.

Una cosa fondamentale che la confederazione ha sottolineato, e che anche noi come categoria vogliamo sottolineare, è che le settantadue Case della Salute presenti sul territorio regionale vanno a coprire solo potenzialmente il 38% della popolazione. E, a regime, delle 50 programmate, supereranno di poco il 50% della popolazione. Come se ciò non bastasse, lo sviluppo territoriale delle Case della Salute è, pertanto, disomogeneo sul territorio. Sarà ancora disomogeneo, andando a privilegiare quello pedecollinare. Ogni Casa della Salute poi sarà diversa. È diversa nei servizi che offre e viene reinterpretata anche a seconda delle convenienze e delle opportunità organizzative. In sostanza, il primo dato che noi consideriamo, che vogliamo mettere in evidenza, è

che siamo in presenza di una realtà cresciuta in modo disordinato e che quand'anche tutte le Case della Salute programmate funzionassero sulla base dello stesso modello organizzativo l'offerta dei servizi rimarrebbe molto differenziata. A seconda della numerosità, quindi delle Case della Salute presenti su un dato territorio, della loro ampiezza, se piccole, medie, grandi e anche della tipologia dei servizi offerti. E questo cosa vuol dire? Vuol dire che non si può assecondare un modello che non si preoccupa di omogeneizzare i servizi sanitari e sociosanitari ai cittadini della stessa regione in un sistema che si vuole definire universalistico. Non si può pensare di servire solo il 40% della popolazione. Una sanità a doppio binario? Di serie A e di serie B? Una provocazione: se l'assessorato regionale crede veramente che le Case della Salute siano davvero così produttive e così appropriate, perché non prevede degli investimenti conseguenti? L'opinione della CISL-MEDICI: questo è il quadro complessivo di un ragionamento all'interno della confederazione. Ce ne sarebbero altri, delle criticità, ma non abbiamo il tempo. Ma avremo occasione di confrontarci perché ci dobbiamo confrontare, dobbiamo partecipare, dobbiamo condividere. Per le responsabilità giuridiche che abbiamo. Non possono continuare, con il tempo, a metterci da parte. Valorizziamo le altre professioni, siamo d'accordo, ma senza mettere da parte, senza schiacciare la competenza, la responsabilità verso il paziente ma anche giuridica. Perché chi ne risponde poi siamo noi. E come medico legale, essendo 27 anni che seguo tutti i casi di responsabilità, c'è da dire che bisogna che si faccia una delegazione per andare a sentire le udienze. Io me le seguo tutte, anche quelle del lavoro, perché sono molto produttive. Davvero. Io nel 1998 ho portato in Regione un progetto della prevenzione del rischio clinico. Abbiamo fatto un gruppo di lavoro. Siamo stati i primi in Italia ad inserire nel piano sanitario regionale la prevenzione e la gestione del rischio clinico. Nel tempo ha avuto un gran sviluppo, perché chiaramente le assicurazioni

non ci coprono più. Siamo arrivati addirittura alla gestione diretta. Ma tutte le megastrutture di gestione del rischio, anche quella regionale, dov'è in questi casi, perché non è stata coinvolta? Perché la gestione del rischio riguarda la tutela di chi lavora. Giuridica, amministrativa, professionale, ma soprattutto dei pazienti come diceva l'amico Iadecola. Non siamo stati invitati, come associazione di professionisti, a produrre le nostre osservazioni. Non siamo stati invitati come tutti gli altri sindacati, a produrre le nostre osservazioni sul modello organizzativo. Purtroppo sappiamo tutti che i rapporti con questo assessorato non sono semplici. È da tempo che non esiste un momento di concertazione e di mediazione. Non possiamo assecondare un modello che non solo non si preoccupa quindi di omogeneizzare e di garantire tutti i servizi, ma per noi diventa irrinunciabile salvaguardare il rapporto di autonomia fiduciario che abbiamo con il paziente, quei principi deontologici fondamentali della nostra professione nonché giuridici della responsabilità. Si sottolinea che la delibera esce comunque in una fase dove non si è ancora conclusa la trattativa nazionale sul rinnovo della convenzione dei medici di medicina generale. La stessa regione non ha ottemperato alla norma che prevede la formalizzazione delle AFT e delle UCCP.

Questo documento prevede la figura del medico ma è come se ci fosse timore di dire la parola medico. Troviamo responsabile organizzativo, preferibilmente infermiere, ma quando si parla del medico si trova "può essere un medico". Io vi dico questo, voglio fare anche una proposta, poiché la Regione deve riconoscere le autonomie aziendali. Quindi queste sono le linee di indirizzo. Non è il piano attuativo, attenzione. In passato quando facevamo le linee di indirizzo, condividevamo, partecipavamo, lamentavamo che c'era una scarsa applicazione a livello aziendale e la regione giustamente ci diceva "c'è l'autonomia aziendale, noi non possiamo interferire". Di fatto la Regione, in questo documento, riconosce l'autonomia aziendale. Infatti, quando mette le sue linee

guida il testo della delibera si qualifica come indicazione regionale quando propone l'organizzazione delle Case della Salute e quindi non con carattere prescrittivo. La concertazione in Regione non c'è stata, ma noi la chiediamo. Non vogliamo andare allo scontro, vogliamo mediare, vogliamo contribuire. Sempre per la tutela del paziente e dei nostri diritti contrattuali. Che poi è rendere un buon servizio al cittadino. Possiamo chiedere, dobbiamo chiedere la contrattazione aziendale. Entrare nel merito dei piani attuativi. Per approfondire il merito e dare gamba ai nostri diritti contrattuali e ai nostri doveri deontologici di professionisti nonché giuridici bisognerà costruire una sorta di piattaforma da sostenere quindi a livello aziendale, ma anche, se l'assessore ce lo concede, a livello regionale. Noi siamo disponibili. Però è necessario che ci sia un confronto fra i professionisti. Anche all' dei Medici. E con le organizzazioni sia regionali che territoriali. Ricostruendo un quadro regionale di quello che è accaduto anche negli ospedali in termini di diminuzione di posti letto e delle riorganizzazioni conseguenti. Quello che manca nella delibera, di fatto, è una visione organica dell'assistenza territoriale in quanto non va a risolvere effettivamente l'integrazione ospedale-territorio. Grazie per l'attenzione e per la pazienza.

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie Marisa. Chiede la parola il dottor Brambilla.

Dott. Antonio Brambilla - Intanto volevo dire al presidente che io sono stato inviato dall'assessore quindi rappresento l'assessorato. Quindi siamo intervenuti.

Dott. Giancarlo Pizza - Lo apprendo con piacere. Quindi l'assessorato non è assente, ha un suo rappresentante.

Dott. Antonio Brambilla - Io farò un intervento di carattere generale. Avevo preparato una serie di dati per dimostrare la bontà della scelta, ma evito la presentazione, del resto i dati

erano molto in linea con la presentazione del dott. Ronchini. Ma vorrei intanto sgombrare il campo da una serie di prevenzioni, perché noi non abbiamo nessuna intenzione di, ad esempio, snaturare il rapporto fiduciario medico-paziente. Mi spiace sia andato via il giurista, il PM, perché volevo anche dire un paio di cose sul suo intervento che adesso restituisco a voi. Lui ha fatto una sorta di parallelismo tra l'art. 32 della costituzione e il ruolo del medico. L'art. 32 della costituzione si riferisce alla Repubblica Italiana non tanto al ruolo del medico, quindi tutti noi dobbiamo contribuire alla garanzia della tutela della salute. Io ho fatto il medico di famiglia, come alcuni voi fanno, per tanti anni. Mi sono anche occupato dell'organizzazione di medicina generale. Il nostro paese ha un'organizzazione territoriale che è estremamente disomogenea. Non ci siamo mai preoccupati della disomogeneità dei medici singoli, delle medicine di gruppo, delle medicine di rete, delle UTAP, fino a quando non siamo usciti con questa delibera, in buona sostanza. Quindi quello che vorrei dire è che questa delibera, che viene dopo diversi anni da quella del 2010, cerca di dare una visione. Non entra nello specifico di ruoli. E da un punto di vista contrattuale, o comunque dal punto di vista di una definizione mansionaria, lo faremo nel 2017. Contemporaneamente alla trattativa che si sta svolgendo a livello nazionale per l'accordo collettivo nazionale, noi faremo un'analisi delle competenze. Stiamo facendo partire anche un'analisi strutturata in collaborazione con l'agenzia dei risultati nei territori dove insistono le Case della Salute. Contemporaneamente faremo anche un'analisi delle competenze dei professionisti all'interno delle Case della Salute. Ci confronteremo su questo aspetto, naturalmente, perché potrà avere delle ricadute di tipo contrattuale anche importanti. Andremo anche a lavorare sull'accreditamento. Voi avete toccato questa mattina anche temi che riguardavano l'accreditamento delle Case della Salute. Sto semplificando molto. In realtà abbiamo già una bozza di requisiti per l'accreditamento delle Case del-

la Salute. Quindi nel 2017, lavoreremo sia sui requisiti delle Case della Salute che sui ruoli professionali. Avremo modo di confrontarci come ci siamo confrontati su questo testo. Mi dispiace che alla dottoressa Faraca non sia arrivata la bozza di delibera che io ho inviato alla CISL.

Dott.ssa Marisa Faraca - Una cosa è essere invitati a esprimere un parere...

Dott. Antonio Brambilla La bozza è stata inviata per avere una parere. Comunque, non voglio entrare in polemica. È più di un anno che stiamo facendo confronti con tutte le parti sindacali. Abbiamo fatto audizioni in commissione salute dell'assessorato. L'abbiamo presentata due volte in commissione sanità dell'assemblea legislativa. C'è stata anche un'audizione che ha chiesto il presidente della commissione. Insomma il percorso di confronto è stato un percorso lungo. Però ripeto, io vorrei che fosse chiaro che queste linee di indirizzo sono il frutto di un'analisi che è durata alcuni anni sul territorio regionale e sulla base delle esperienze che erano cresciute dal 2000 a oggi e in avanti. E dà delle indicazioni alle aziende per avere un contesto di riferimento. Diciamo, la parte dura, la parte hard, la parte che riguarderà le professioni, i ruoli tra le professioni, parte ora. Nel senso che d'ora in avanti, abbiamo già peraltro sviluppato un gruppo di lavoro che si occuperà di questa cosa. Questo per dire che è un percorso. Sulle questioni professionali non ci tiriamo indietro. Io vorrei che fosse chiaro che nessuno di noi ha mai pensato di conferire alle professioni sanitarie competenze di tipo medico. Questo assolutamente no. Cioè io vorrei che da questo equivoco uscissimo. Poi possiamo anche discutere su come fare questa integrazione, come discutere questa autonomia che andrà discussa sia con i medici che con gli infermieri che con le ostetriche. Insomma con tutto il personale che sta intorno all'assistenza territoriale. Ma vi garantisco che non c'è mai stata nessuna intenzione di conferire competenze mediche alle professioni sa-

nitarie. Questo assolutamente no. Come non c'è mai stata nessuna intenzione di andare a minare il rapporto fiduciario che hanno i medici di medicina generale, i medici di famiglia, con i loro assistiti.

Sono state sollevate anche questioni, del tipo che l'infermiere interviene quando la diagnosi è già avvenuta. Non mi ricordo chi di voi l'ha detto, ma siamo assolutamente d'accordo. Nessuno immagina mai che l'opera di diagnosi e terapia venga affidata a un infermiere.

Tra l'altro io vorrei anche far riferimento ad alcuni modelli che esistono da decenni nei paesi occidentali con cui noi ci confrontiamo. Cioè il modello di *follow-up* organizzato, l'autonomia professionale degli infermieri e delle professioni sanitarie è consolidato da decenni in altri paesi occidentali. Cioè non è una cosa che ci siamo inventati noi. Noi abbiamo semplicemente guardato dei riferimenti che ritenevamo utili e abbiamo provato ad analizzare le esperienze che erano svolte sul territorio e abbiamo provato a scriverle, in tutta onestà e trasparenza. Queste cose sono molto semplici, però le ribadisco perché mi sembra che alcuni interventi avessero questo tipo di preoccupazione che direi non debba esserci. Poi sono state sollevate un paio di cose che magari sono troppo specifiche ma che ci tengo. Il discorso della multimorbilità, la presa in carico, sono tutte tematiche sulle quali stiamo lavorando. Abbiamo sviluppato degli strumenti che stiamo sperimentando in diverse Case della Salute che oramai sono 87, non sono 70. Ottantasette Case della Salute chiaramente si sono sviluppate in modo difforme a seconda della realtà del territorio. Guardate che il percorso che questa regione ha fatto, come giustamente il Dott. Savorani ricordava, parte da diversi anni fa. E le scelte che sono state fatte, anche negli ultimi tempi, cioè la delibera del 2010 sulla struttura delle Case della Salute e questa, sono assolutamente in continuità con le scelte che questa regione ha fatto negli anni. E, lo dico anche perché io mi sento onorato di lavorare qui in Emilia Romagna, i riferimenti nazionali sono qua dentro. La nostra regione ha svi-

luppato un modello organizzativo di sviluppo dell'assistenza territoriale che è di riferimento al paese. Anche i contenuti dell'accordo collettivo nazionale del 2009-2010, i contenuti della Balduzzi, i contenuti del patto per la salute, fanno riferimento a un modello organizzativo che ha preso la sua ispirazione in Emilia Romagna e anche in Toscana e anche in parte in Veneto. Io sto parlando dei riferimenti di tipo modellistica normativa. Sono diversi anni che questa regione si sta muovendo in quel modo. Guardate che le prime Case della Salute, mi riferisco ad esempio a Parma, ma anche in altri territori regionali, si sono sviluppate su esperienze già consolidate da alcuni anni. Cioè noi nel 2010 abbiamo fatto la delibera sulla struttura, che giustamente, veniva fatto notare, è molto di dettaglio perché l'abbiamo fatta facendoci dare una mano da ingegneri ed architetti per dare delle indicazioni alle aziende per poter operare in modo corretto e anche accreditabile per il futuro. Quando l'abbiamo fatta, siamo andati a vedere esperienze che già c'erano in questa Regione. Cioè nel 2010 esistevano già esperienze evolute di medicina di gruppo, di collaborazione con la specialistica, con le professioni e con gli assistenti sociali. E quindi è un percorso in continuità. Assolutamente.

Voglio dire che non è una scelta degli ultimi anni o delle ultime giunte. È una scelta che è stata fatta diversi anni fa e che parte dalla fine degli anni 90. Perché i nuclei primari in questa regione hanno cominciato a costituirsi alla fine degli anni 90. Quindi abbiamo la necessità da adesso in avanti di ragionare su quali sono le relazioni professionali e che cosa si fa lì dentro. Cosa che abbiamo provato a descrivere però, ripeto, sulla base delle esperienze che già ci sono. Ci sarà un momento di confronto. Come i sindacalisti qui presenti in sala avranno notato, in questa legislatura il confronto con i sindacati è molto sviluppato. Poi ci saranno dei momenti di problematicità e di discussione. Però io personalmente ho fatto più riunioni sindacali nell'ultimo anno, che nella legislatura precedente. La volontà

è di confrontarsi, di sviluppare i modelli che, ripeto, non sono desideri ma hanno dei riferimenti anche di tipo internazionale con cui noi ci dobbiamo confrontare. Io ho imparato in questa regione che i modelli organizzativi e i modelli di presa in carico e i rapporti con le professioni devono essere sviluppati in confronto con le migliori esperienze internazionali. Questa è una caratteristica di questa regione. Io credo che sia unicamente positivo. La ringrazio per il tempo

Dott. Giancarlo Pizza - Grazie dott. Brambilla. Ringrazi l'assessore per il suo intervento. Ora c'è il Professor Carlo Hanau, presidente del Tribunale della Salute.

Prof. Carlo Hanau - Vi ringrazio molto di avermi invitato in questa sede a parlare dalla parte dei cittadini di questo argomento. Prima di tutto devo dire che faccio un pochino anche da cassa di risonanza al Centro per i Diritti del Malato, che è stato presente qui, ma poi la sua segretaria è dovuta andar via per motivi, purtroppo di salute della famiglia.

Altre organizzazioni ci sono a Bologna e sono appunto Cittadinanza Attiva e il Centro Europeo per i Diritti del Malato, che sono le associazioni vecchie. Non vecchie come la mia perché il Tribunale della Salute è partito nel 1972. Però hanno comunque il loro impianto qui a Bologna e difendono i diritti dei cittadini. Non posso dimenticarmi, siccome sono stato fino un anno e mezzo fa docente all'università di Modena e Reggio, in particolare curavo il corso di Scienze dell'amministrazione e servizi sociali e sanitari, che avevo collaborato a fondare io a Reggio una dozzina di anni fa, devo ricordarmi che in quella sede io ho portato alcuni studenti alla tesi proprio sul tema della Case della Salute e questi studenti erano della Toscana. Perché non è stato forse definito bene come effettivamente la Toscana è partita per prima. Ora io non voglio fare il renziano a tutti i costi però sicuramente questo è un dato di fatto da riconoscere, che è stato accennato anche dal nostro rappresentate della regione.

Non posso dimenticare anche che di specializzazione e di complessità ne ho parlato io in regione negli anni 80, inizio anni 80, quando portai qui l'esperienza canadese che indubbiamente proprio su indicatori di specialità e di complessità, che sono due cose diverse, molto diverse tra loro, fondava quello che era il compenso. Cioè quello che veniva dato alle aziende ospedaliere di quel paese che era veramente un modo, secondo me, molto corretto di far funzionare il finanziamento. In Canada però c'era una collaborazione di rete che qui purtroppo mancava. Quando io ho portato l'esperienza canadese, non solo in Emilia Romagna, ma prima ancora in Piemonte abbiamo visto che non si poteva applicare perché qui non c'era il lavoro di rete. Cioè gli stessi ospedali quando prendevano una persona se la tenevano, indipendentemente dalle esigenze che questo paziente aveva di andare in un ospedale più specializzato o al limite anche meno specializzato. Cioè qui, dove uno arriva, resta. Questo era il principio allora e, temo, ancora oggi. Mentre là, invece, il principio era che, dopo una prima valutazione, se questo ospedale non è quello che fa per te ti mando a un altro ospedale. Questo per dire, la situazione più complicata, non complessa ma più complicata, che ci troviamo a dover governare noi proprio perché manca questo spirito di collaborazione in rete. Per cui ben venga qualunque modello che cerca di impostarla e cerca di farla applicare davvero. Direi che il dott. Iadecola ha portato via una gran parte di quello che avrei dovuto dire io, invece, come rappresentate e come presidente del Tribunale della Salute. Il principio della tutela del diritto alla salute come un principio incompressibile. È un diritto incompressibile come il diritto all'educazione. Cioè non si può comprimere questa serie di diritti che sono diritti fondamentali della persona. Oltretutto la stessa Organizzazione delle Nazioni Unite ci conforta. Ma noi abbiamo già un sistema per cui se un paziente viene da noi e dice: "Non mi hanno dato quello di cui avrei avuto bisogno per vivere meglio e vivere di più", in base a delle linee

guida io dico "Ti posso e ti devo difendere, te singolarmente". E se io chiedo questa cosa a un magistrato il magistrato mi dà ragione. Lo so anche io che poi qualcun altro avrà qualcosa di meno. Sono un economista della salute quindi lo so bene. Però il fatto che ciascuno poi deve difendere i propri diritti, appoggiandosi magari a delle organizzazioni di volontariato, come la nostra o quelle altre che ho detto prima che ci sono in Bologna, è di per sé qualcosa da privilegiare. Se un altro non ha questo spirito di andare a chiedere quello che gli spetta di diritto, a un certo punto peggio per lui. Questo può essere brutto e in effetti noi, proprio per questo motivo, cerchiamo di fare un discorso di generalizzazione dei diritti. Io personalmente credo molto alla linea guida e quando c'era Balduzzi abbiamo messo qualcosa nella legge italiana che voi tutti ricorderete. L'abbiamo messa perché ci credo che la linea guida vada rispettata. Però, attenzione, ciò non toglie che siamo tutti diversi uno dall'altro. Se uno mi dice: "tu adesso hai avuto otto giorni di unità di terapia coronarica intensiva e all'ottavo giorno io ti metto fuori dall'unità di terapia". Bene, se la cosa succede a me, io accetto questa cosa. Come accetto anche che mi mandino o in un Ospedale di Comunità o in una Casa della Salute. Bisognerà poi capire in che cosa l'uno e l'altro stanno insieme. Perché una rete deve essere complementare, non di ridondanza. Se mi dicono: "dopo otto giorni ti mandiamo lì", so benissimo che io rischio di morire, di più che se stessi lì vicino all'unità di rianimazione. Lo so benissimo, ma io personalmente preferisco una soluzione del genere. Io non sono per l'accanimento terapeutico. E questo l'ho scritto, questo è nel mio testamento biologico, ma non tutti sono così. Se c'è qualcun altro che invece dice: "No, io desidero tutelare i miei diritti al cento per cento e anche se si campa male, preferisco campar lo stesso" questo deve essere tutelato. Questo non ve l'ho detto, scusate, per darvi motivo di sorpresa. Proprio uno che è il presidente del Tribunale della Salute viene qui a parlare e dice questo. Ho detto io, io Carlo

Hanau. Se mi succede qualcosa del genere son contento così. Diverso è il caso di un paziente o degli eredi del paziente. Mi dispiace perché lì si tratta di un rapporto patrimoniale e a me invece interessa il rapporto della persona. Se una persona riesce a dirmi all'ottavo giorno: "Io voglio continuare a restare qui" ecco io a questo punto lo tutelo. Se, appunto, la situazione sua personale mi dice che può e deve essere tutelato. La libertà che ci concede il nostro sistema è irrinunciabile, anche la libertà di morire in pace. In punta di diritto, non posso far altro che dirvi che il dott. Iadecola aveva pienamente ragione. E come Tribunale per i Diritti del Malato da un lato, quello della Cittadinanza Attiva e come Tribunale della Salute nostro o Centro Diritti o Centro Diritti del Malato siamo tutti sulla stessa linea. Quindi, rispetto di quello che la persona vuole.

Sulla Casa della Salute cos'è che possiamo dire? Sicuramente la Casa della Salute può essere una buona cosa. Busseto, non lo ha detto prima, ma è la patria di Verdi, ha fatto una bellissima esperienza che dimostra come la Casa della Salute può funzionare. Deve funzionare però così. Questo è importante. Allora la Casa della Salute noi la vogliamo grande perché deve funzionare 24 ore al giorno, 7 giorni su 7. Quindi la Casa della Salute deve essere veramente un servizio che dal punto di vista dell'orario non chiude come fa giustamente il medico di famiglia quando a un certo punto ha le sue esigenze e dice "A questo punto io torno a casa e ho tutto il diritto di stare con i miei famigliari e nessuno che mi disturbi". Nella Casa della Salute ci devono essere dentro le attrezzature per fare la salute oggi come la medicina moderna esige. Perché una volta si poteva fare medicina con l'auscultoscopo, come si chiamava una volta, e battendo e picchiettando col martello. Ora non più. E non è solo un problema di medicina difensiva ma effettivamente è così. Cioè la medicina moderna si fa con delle attrezzature per cui la Casa della Salute deve aver dentro quelle attrezzature di diagnostica. Poi dopo, la diagnostica può essere fatta lì, con chi mi applli-

ca gli elettrodi per fare l'elettroencefalogramma o l'elettrocardiogramma, e la lettura può essere fatta da un altro. Uno sempre attento per tutto un territorio. Perché è inutile mettere lì un medico specializzato in cardiologia 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Non si terrebbe in piedi la baracca dal punto di vista organizzativo. Se invece si fa in modo di utilizzare la telemedicina e uno specializzato risponde al medico che è lì presente, la cosa secondo me può funzionare. E può funzionare a vantaggio anche del paziente. Piuttosto che dare a un medico che non ha la specializzazione in cardiologia l'incarico di dare un responso, che può essere anche di vita o di morte. Quindi queste sono le cose che secondo noi devono esserci nella Casa della Salute. E deve essere innestata col 118 perché, a un certo punto, anche loro sono un servizio permanente e quindi bisogna cercare di tenere insieme le cose che debbono e possono, a mio parere, stare insieme. Ma io non voglio fare consulenza gratuita, come economista della sanità, a nessuno. Soprattutto perché non me la si richiede. Io, come volontario del Tribunale della Salute, mi impegno semplicemente a dire quali sono le esigenze che vengono da parte dei pazienti. Per esempio, una cosa che viene spesso detta dai pazienti è che la riduzione dei posti letto è stata eccessiva. Sono stato in Canada nel 1982-83 quindi credo di poter aver detto queste cose un po' prima di tanti altri che le dicono adesso. Però la riduzione dei posti letto di ospedale per acuti va compensata con altre strutture residenziali. Perché la famiglia italiana che fino adesso ha tenuto così bene, state attenti che sta svanendo. E quindi bisogna prevedere in futuro, non solo l'invecchiamento della popolazione e l'invecchiamento dell'attrezzatura, ma anche il fatto che la famiglia italiana oggi non c'è più, come una volta. Allora cosa succede qui a Bologna? Propongono, a dicembre del 2016, un regolamento che manda i pazienti fuori dall'ospedale per 15 giorni, per un mese a carico della struttura sanitaria. Una volta erano due mesi, mi ricordo; adesso siamo già arriva-

ti a un mese o 15 giorni. E poi cosa succede? Lì purtroppo succede una cosa illegittima, a mio parere. E son contento che proprio la mia denuncia abbia fermato questo regolamento che avrebbe dovuto essere approvato alla fine dell'anno scorso. Cosa dice questo regolamento? Dice: "Caro signore tu sei stato qui 15 giorni, 1 mese. Adesso ti dobbiamo mandare a casa perché non ci sono più posti." Lui dice: "Come non ci sono più posti? Son qui io, occupo un posto. Poi vedo anche che vicino a me c'è un posto libero in questa CRA, in questa casa di riposo assistita", perché l'hanno chiamata così CRA, invece di RSA. "Com'è io ci sono, il posto c'è, perché no?". "Perché non c'è più la convenzione. Cioè tu puoi stare qui ma devi pagare. E devi pagare più di 100 € al giorno". Questa non è più la sanità di tutti, questa è la sanità di quelli che se la possono permettere. "Intanto ti mettiamo in una lista d'attesa". Ma la lista d'attesa cos'è? La lista d'attesa è una lista mobile che si rifà ogni quindici giorni, ogni mese. E qui è il dramma, che a mio parere è illegittimo. Perché dipende, da una parte, dal fatto che io abbia, ad esempio, una famiglia che teoricamente mi potrebbe star dietro. Quindi mi vengono a far le pulci in casa per dire che mio figlio può tenermi dietro oppure no. Cosa che so solo io e non certo l'assistente sociale. E, dall'altra, dal fatto che io abbia un reddito, elevato o meno. Mentre il diritto alla salute è correlato al mio stato di salute, in questa graduatoria, si introducono due concetti che con la salute non c'entrano. E questo è illegittimo. Quindi vi dico, stiamo attenti perché la conferenza territoriale di Bologna, fra poco, dovrà riprendere in mano questa baracca, dopo averla sottoposta a noi dei sindacati confederali, spero soprattutto i sindacati pensionati. Farà quindi questa consulenza, questa audizione prima di arrivare alla determinazione del regolamento. Quindi vi chiedo attenzione perché i vostri pazienti in questo modo saranno veramente limitati in quello che dovrebbe essere il diritto, che la carta costituzionale e la legge del '78, invece davano loro. Grazie.

Sig.ra Anna Baldini - Buongiorno a tutti. Sono il neo eletto segretario di Cittadinanza Attiva Emilia Romagna. Io deve dire che sono un peccato fuor d'acqua perché per formazione sono critico e storico dell'architettura quindi tutt'altro che inserita in questo ambiente.

È chiaro che invece come mia azione di volontariato mi occupo di seguire questi problemi per l'associazione di cui sono segretario. Voglio dire che nella mia presentazione che sarà necessariamente breve, ho applicato la metodologia che io uso quando mi approccio ad uno studio di architettura. E ho visto se questa cosa fosse riuscita a portare un contributo anche a questo dibattito. Due parole su Cittadinanza Attiva. Nasce dal Tribunale dei Diritti del Malato ma nel 2000 diventa un'altra cosa; si allarga a tutti i diritti del cittadino non solo quelli legati alla sanità. Quindi ad oggi è un'associazione che si occupa a 360° di aiutare i cittadini che hanno problematiche di qualsiasi genere. È chiaro che la sanità resta il suo ambito specifico ma non sanità intesa solo ed esclusivamente come problematiche ma anche la salute in generale. Cioè il benessere della persona e i discorsi che ruotano intorno a questo argomento. Il mio discorso verte sulla percezione che hanno della Casa della Salute i cittadini. Da quello che noi siamo riusciti a percepire dal punto d'ascolto che abbiamo, al quale si rivolgono, in regione, un migliaio di persone l'anno, e da monitoraggi che Cittadinanza Attiva è conosciuta per fare. Per capire quali sono i punti di criticità e anche sottoporli alle autorità perché ne facciano buon uso per risolverli. Io sono partita da un discorso: Casa della Salute. Che cos'è una Casa? Siccome sono architetto, per me una buona casa è questa. È una buona casa dove si vive bene, dove ci sono tanti confort. E una casa progettata in questa maniera è una casa che risolve al 50% i problemi di salute. Se poi la progetta uno dei più grandi architetti sulla faccia della terra che si chiama Snøhetta, a quel punto quella casa per me è l'optimum. Partiamo da un'idea un po' folcloristica ma che fa parte della cultura dell'Emilia Romagna, la Casa del

Popolo. Quindi l'idea di casa come luogo in cui ci si possa rincontrare per star bene e condividere momenti piacevoli o anche momenti tristi in cui c'è bisogno di trovare la solidarietà degli altri mi piaceva e mi piaceva che questa idea fosse in un qualche modo stata riportata nell'idea della Casa della Salute. La salute. La salute è qualcosa di ben più grosso dell'assenza di malattia. La salute non è sanità. La salute si raggiunge anche con la buona sanità ma la salute è tutt'altra cosa. E quindi da questo noi dobbiamo partire. E chiaramente questo l'ha detto meglio di me il magistrato. Ma è un compito suo. Io ho cercato di capire cosa dovesse essere la salute per un cittadino. Perché io, prima di tutto, sono un cittadino. E sono uno che dovrà usufruire di quella Casa della Salute, qualora ne avessi bisogno. E quindi è un principio, un diritto al quale non posso e non devo rinunciare e che lo stato mi deve garantire. Casa più salute, ci dà la Casa della Salute. E questa è un'idea bella, interessante, un'idea eccezionale. Poi come vedevamo prima che veniva spiegata in grande, media, piccola, in tutte le funzioni che venivano raccolte in questa casa, si andava nella direzione da me auspicata, nella direzione che io avevo dedotto che dovesse essere.

Questa è una frase che ho tirato fuori dal decreto che mi faceva pensare quanto fosse importante il cambio di mentalità. E che fosse questo cambio di mentalità alla base di questa cosa. E mi dava un senso di prospettiva anche molto molto piacevole. Perché si è dovuto fare questo documento su cui, oggi, siamo stati invitati ad esporre la nostra opinione? Perché secondo me e secondo quanto io ho percepito, la Casa della Salute non diventa più Casa della Salute ma un insieme di funzioni cioè diventa un poliambulatorio. E questo non funziona perché non è la Casa della Salute. Non è quello che è stato pensato. Questa è l'opinione che mi sono fatta io. In questo momento, però, vi porto dei dati di persone che si sono rivolte a noi e che non hanno percepito cos'è la Casa della Salute. Non la conoscono, pensano che la Casa della Salute sia un po-

liambulatorio. Non hanno capito o forse non funziona in questo modo. E da chi potevamo capire maggiormente quali fossero le criticità? Da persone che quotidianamente hanno a che fare con una patologia che le rende invalide. O che comunque non gli permette una vita facile e che, comunque, devono ricorrere quotidianamente o forse più volte al giorno ai quei servizi che nella Casa della Salute dovevano essere tutti raccolti insieme e avrebbero potuto in qualche maniera risolvere queste problematiche. Quindi abbiamo proposto un questionario un po' più vasto a 21 associazioni. Questo è un questionario fatto in Emilia Romagna sul modello di quello che fa anche Cittadinanza Attiva nazionale da 14 anni. Questo è il primo nostro documento ufficiale a cui abbiamo lavorato. Ventuno organizzazioni di pazienti affetti da patologia cronica e rara. Che non significa 21 persone ma che significa 21 associazioni che hanno raccolto nell'ambito dei loro associati le problematiche. E quindi è un numero esponenziale, non è solo 21. Le associazioni sono queste. Alcune con patologia cronica, alcune con patologia rara. Come potete vedere, coprono una vasta gamma. È stato proposto a oltre 120 associazioni, queste sono le 21 che hanno aderito. Le persone a cui ci siamo rivolti hanno avuto 3 problematiche maggiori. La maggiore problematicità l'abbiamo riscontrata in questi ambiti: nella gestione e nel monitoraggio della patologia, che in una persona affetta da una patologia cronica e rara è di una gravità incredibile, l'assistenza domiciliare e la qualità dell'assistenza, le figure professionali che concorrono all'assistenza di una persona che soffre di queste patologie e anche l'assistenza protesica integrativa. Questi sono i dati che noi abbiamo raccolto. In base all'esperienza, i pazienti e i loro accompagnatori nella gestione della patologia, non hanno percezione che esistano dei programmi di informazione sulla loro patologia. L'unico sì è un 14%. Tutto il resto, perché anche il 10% del non so io lo assommo più al no che al sì, tutto il resto mi dice che il 50% sa che il monitoraggio della patologia può essere pro-

grammato. Queste sono cose che se esistesse una buona Casa della Salute, probabilmente, come ci diceva il dottore precedentemente, si potrebbero risolvere. Cioè queste persone non incorrerebbero in queste problematiche. E purtroppo percepiscono anche questa cosa che il medico di medicina generale non riesce ad interfacciarsi con il medico di riferimento della patologia. E questo è il punto dolente. In conseguenza a questo, nell'emergenza, vanno al Pronto Soccorso. È un sillogismo perfetto. E in quale misura? Tanto. Passiamo all'assistenza domiciliare che purtroppo non risponde alle esigenze di salute relative alla patologia. Cosa c'entra l'assistenza domiciliare? C'entra perché queste sono persone che hanno bisogno di diverse figure per la gestione della loro patologia. Ed ecco le criticità che emergono: nel 75%, anche in questo caso, la scarsa integrazione tra il medico di medicina generale e lo specialista, nel 75% poche ore di assistenza, nel 62,5% dei casi manca l'equipe. Quindi non c'è il supporto psicologico che è fondamentale in questi casi. Quindi la scarsa integrazione di interventi sociali con quelli di natura sanitaria. Necessità poi di integrare a proprie spese questa problematica. Quindi se esistessero le Case della Salute e funzionassero, quelle grandi, come dovrebbero funzionare questa problematica sarebbe risolta al loro interno. E questo è quello che riguarda le figure professionali che loro sentono che mancano per la gestione della loro patologia. I dati comunque parlano. Non perdo tempo a leggerli perché li potete leggere direttamente voi. Questi sono gli elementi di criticità maggiormente segnalati: presa in carico e continuità delle cure sul territorio, l'eccessiva burocrazia, la carenza di medici specialistici, ricoveri inutili o mal gestiti. È la sintesi di quello che abbiamo detto precedentemente.

Dall'analisi che loro stessi hanno fatto dei dati, visto che poi li abbiamo valutati insieme, sono scaturite delle proposte. Queste sono alcune delle proposte che riguardano di più il nostro discorso perché poi ce ne sono altre. E questa poi è la proposta fantasiosa e matta dell'archi-

tetto: se la Casa della Salute fosse progettata da Snøhetta ci piacerebbe di più.

Dott. Giancarlo Pizza - Ora c'è il dottor Roberto Pieralli, segretario regionale dello SNAMI, "centodiciottista" full time.

Dott. Roberto Pieralli - Sono contento di seguire l'intervento della dottoressa Baldini proprio perché ha anticipato alcuni dei concetti che volevo esprimere. I concetti riguardano fondamentalmente il come stiamo ragionando per risolvere i problemi. Personalmente credo che le Case della Salute possano avere un ruolo, anzi abbiano sicuramente un ruolo e sono sicuramente uno dei tanti modelli organizzativi che possono essere proposti. Il mio intervento era più che altro incentrato sulla questione e la polemica che è stata sollevata negli ultimi giorni tra le Case della Salute che funzionano, gli accessi ai Pronti Soccorsi e tutta questa tematica che è stata un pochettino utilizzata in maniera strumentale, certe volte, come percezione esterna non facendo il medico di famiglia, per attaccare una categoria. Come segretario di un sindacato che ha come grande quota di rappresentanza dei medici di medicina generale e da questa mia posizione un pochettino esterna, riesco ad avere una visuale più ampia. Perché lavoro in Pronto Soccorso, nell'emergenza, ma allo stesso tempo mi confronto con i medici di medicina generale. Uno dei veri problemi non è tanto la Casa della Salute, intesa come modello strutturale, come la casa progettata o meno in un modo, il problema reale è che non possiamo pensare di costruire delle strutture se non cambiamo la modalità di interazione dei professionisti. E la modalità di interazione dei professionisti non dipende dalla collocazione geografica in una struttura piuttosto che dallo spargimento sul territorio. Credo che il modello Casa della Salute abbia un ruolo magari nell'area urbana. E invece crei grosse problematiche nell'area extra urbana dove, magari su un territorio molto ampio, magari montano, rischia di concentrare dei servizi, per ovvia necessità, e di avere

invece l'ottantacinquenne, senza la macchina e magari con pochi parenti che possono supportarlo, che debba poi essere preso in carico da quella determinata struttura piuttosto che dalla rete. Quindi insomma dobbiamo trovare un equilibrio tra gli aspetti organizzativi e gli aspetti della relazione di cura. Nelle diapositive, che poi lascerò comunque, avevo riportato un articolo, uscito il primo febbraio di quest'anno, del British Journal che parlava proprio della correlazione tra la creazione di strutture, la creazione dei modelli che rispecchiano una gestione del processo e il rapporto con gli accessi al Pronto Soccorso. Cioè più io cerco di sistematizzare, di creare in qualche modo dei processi spaccettati che frammentano le cure primarie nel loro complesso (il medico di famiglia che diventa il prescrittore di alcuni esami, poi c'è l'ambulatorio infermieristico che prende in carico), e non creo un'interconnessione reale, comunicativa, tra questi servizi, più gli accessi ai dipartimenti di emergenza crescono. E crescono proprio per quello che diceva lei. Crescono perché se il cittadino non ha la percezione che il suo medico curante, il medico con il quale ha una rapporto fiduciario, ha poi la possibilità di risolvergli il problema, è ovvio che l'unica risposta possibile in un momento anche di piccola acuzie diventa andare dove trova tutto. E non vorrei che passasse il messaggio che andare dove si trova tutto poi sia la soluzione. Perché, molto spesso, lavorando al Pronto Soccorso, il paziente esce con tutti i referti, che magari gli dicono che va tutto bene, ma poi ha bisogno della persona di riferimento, della quale si fida, che glieli interpreti e glieli legga e lo rassicuri. Perché poi, proprio perché la salute non è solamente l'aspetto sanitario, noi ci scordiamo in tutti questi modelli che sicuramente gestiscono le tabelle di excell, i calcoli e i bilanci in modo ottimale, ci scordiamo di quella che è la parte del percepito del paziente che genera dei volumi di costi enormi. E lo dico da prontosoccorrista. Perché in un 20-30% esiste anche una sintomatologia degna di indagine, ma che fondamentalmente poi viene

gestita senza delle necessità di aggressività terapeutica. E quindi, quello che, secondo me, manca è che noi oggi, per quanto si sia tentato di creare dei sistemi informativi, informatici e comunicativi, di fatto non abbiamo rete tra i professionisti. Se io devo parlare con Macchia, con il collega cardiologo Cosentino, non ho lo strumento quando sono in territorio. Non ho quello che banalmente qualunque operatore che lavora in una banca ha digitando nome e cognome della persona che vuole contattare. Perché la relazione di cura non è più al centro. E su questo intervengo perché sentivo prima l'intervento del dott. Brambilla. È vero, io sono anche convinto che non si voglia smontare la relazione fiduciaria. Non penso che questo sia l'obiettivo di nessuno. Il problema è che certe volte i modelli organizzativi che si mettono in atto, proprio perché non tengono conto di quelle che sono le necessità e le richieste che fanno i professionisti, non solo della medicina del territorio ma anche di quelli ospedalieri, vanno ad avere come effetto collaterale quello di smontare, pezzo per pezzo, la relazione fiduciaria. Se il medico di medicina generale oggi viene percepito come il prescrittore, quello da cui devo andare per farmi fare la ricetta per la mappatura dei nei piuttosto che per l'impegnativa per il chirurgo plastico, lì faccio fatica a riferirmi a quel professionista come colui che gestisce il processo. Perché ormai abbiamo un'inversione. Non ho più un *manager*, diciamo così, del paziente che gestisce tutto il suo processo di cure e presa in carico. Ma ho qualcuno da cui vado per la prestazione *spot*. E la prestazione *spot* è quello che sta smontando tutto. E lo vediamo continuamente. Io seguo più tavoli sindacali e quando mi si dice che non si smonta il modello, io francamente ho dei dubbi. Perché quando mi trovo un ospedale di comunità, nel quale il ruolo del medico di medicina generale o il medico di continuità assistenziale, che sarà un domani il ruolo unico, viene limitato, viene tolto l'accesso continuo o viene tolto l'accesso programmato per sapere quali sono i pazienti ricoverati in quella struttura, e mi si chiede solo di

essere lì quando c'è da fare la constatazione di decesso, per entrare su qualcuno che non ho mai visto né conosciuto, ed emettere un certificato, ecco questa credo che sia una modalità organizzativa che cozza con la presa in carico o con quella relazione di cura che, se non la mettiamo al centro, mi genera i picchi di accesso alle strutture ospedaliere. Spero di aver chiarito questa relazione. E ci sono i dati. Un ultimo aspetto per legarmi alla questione 118 e all'apertura H24, proprio perché ci lavoro. Onestamente credo che un domani una struttura territoriale di questa portata non possa prescindere da avere anche un'interazione con i servizi di emergenza. Ma non vorrei che passasse il messaggio, e qui mi riferisco alle associazioni dei pazienti, che quella sia una soluzione alternativa. Perché oggi proprio per tutte le questioni medico-legali, per le linee guida e le procedure, siamo tenuti, nell'ambito di un rapporto con qualcuno che non si conosce e che presenta una problematica acuta, a svolgere tutta una serie di esami diagnostici che necessitano del laboratorio analisi, della radiologia, dell'ecografia, della TAC. Allora se io inserisco, in tutte queste strutture, tutti questi servizi allora tanto valeva che mi tenessi tutti gli ospedaletti perché non cambiava assolutamente niente. Un ultimo aspetto che credo che sia essenziale. Perché qui noi continuiamo a parlare di modelli di interazioni tra le professioni. Come segretario regionale di questo sindacato, io credo che qualunque documento regionale locale debba avere ben chiari i ruoli. Sono contento che il dott. Brambilla ci abbia detto e rassicurato che cominceremo a ragionare sui ruoli delle professioni. Non perché ci siano le lotte tra i medici, gli infermieri, gli OSS, piuttosto che i tecnici, ma perché devono essere chiari gli equilibri. E gli equilibri devono essere chiari in funzione della relazione di cura. Perché non posso avere cinque persone, alle quali il paziente si riferisce, che rientrano in un modello organizzativo e contrattuale diverso. Se il medico di medicina generale deve gestire una complessità e deve interagire con gli infermieri, ma io voglio che se lo scelga l'in-

fermiere collaboratore con il quale possa avere una relazione di fiducia anche interprofessionale. Non voglio che sia quello di turno quella mattina, che è collocato, con il quale magari si creerà una relazione ma non è assolutamente detto che questo avvenga. Vorrei che lo specialista di turno, in quella struttura, non fosse di turno. Vorrei che lo specialista cardiologo a cui fare riferimento per le cure fosse sempre quello, in modo da poterlo contattare quando ho una necessità, come il fibrillare. Vorrei potergli dare un colpo di telefono e dire ho bisogno di gestirlo. Questi sono i modelli di comunicazione. Poi li possiamo ottenere con le Case della Salute, con una rete informatica o con altri strumenti, ma questo, secondo me, è il nocciolo della questione. Chiudo il mio intervento.

Dott. Giancarlo Pizza - Ora c'è la signora Rita Lidia Stara, presidente della Federazione Diabete Emilia Romagna.

Sig.ra Rita Lidia Stara - Buongiorno a tutti. Rappresento il diabete in questa regione. La Federazione Diabete Emilia Romagna è la federazione di tutte le associazioni che si occupano di diabete in questa regione. È l'unica regione in Italia che è riuscita a mettere insieme tutte le associazioni, quindi mi trovo a rappresentare parecchie decine di migliaia di ammalati cronici. Questa associazione nasce in questo millennio. Ho sentito tante cose oggi, riferimenti a decreti regi. Questa associazione nasce in questo millennio e ci tengo a specificare che in questo millennio le organizzazioni dei cittadini sono in grado di tutelare i propri diritti, di programmare la propria assistenza e di rapportarsi con le istituzioni, cercando di trovare risposte ai propri bisogni. In questo contesto la federazione diabete Emilia Romagna è stata invitata dalla Regione a riprogettare proprio la Casa della Salute. Io la Casa della Salute l'ho pensata, l'ho programmata e progettata come una risposta ai bisogni di salute, non certo come un poliambulatorio. E il rapporto con il medico è una rapporto

fiduciario che non si può assolutamente né interrompere né mettere in discussione. Ma io rifiuto il concetto che ho sentito stamattina di questa genitorialità. Il medico con cui io mi rapporto è un professionista che deve fare bene il suo mestiere. Non ho bisogno di un genitore. È un altro il tipo di rapporto che noi cerchiamo, soprattutto nella malattia cronica. Nella malattia cronica capiamo subito che non si guarisce, per cui le professioni che abbiamo intorno sono professioni estremamente importanti per noi e per la nostra sopravvivenza. Noi ci dobbiamo vivere tutta la vita con il diabete, non solo una parte di questa. Molte cose intorno a questa malattia si sono perse, forse. Magari adesso ci sono troppe persone con il diabete e anche troppe persone con le complicanze. Una Casa della Salute della salute che deve rispondere ai bisogni di salute in anticipo, anche alla stessa diagnosi della malattia, è una cosa che io lo vedo in una Casa della Salute. Noi, all'interno di un progetto della Casa della Salute in cui abbiamo partecipato attivamente, siamo riusciti a entrare nelle scuole e a fare formazione. Abbiamo insegnanti che si sono fatti carico anche della terapia dei bambini. Abbiamo ottenuto tante cose rispetto ai bisogni che avevamo e che non trovavano altri spazi. E li abbiamo trovati in questi modelli. Ci crediamo molto. Per esempio, a Parma, posso dire che i pazienti con diabete che sono seguiti all'interno della Casa della Salute hanno trovato un percorso molto lineare. Il diabete, ormai lo sappiamo tutti, è una malattia ambulatoriale, territoriale tranne quando ha dei problemi di acuzie per le quali chiaramente l'ospedale è importantissimo. Però in un discorso di territorialità e di ambulatorio deve avere un percorso più lineare che è più facile ottenere all'interno di una Casa della Salute che non un percorso ad ostacoli all'interno di un ospedale. Questo lo dico perché l'ho vissuto sulla mia pelle. Ho due figli con il diabete, uno si è ammalato a 13 anni e uno a 2 anni e devo dire che sono stati ospedalizzati troppo. Per cui io ho un ideale diverso. Ho sentito tante cose e non voglio troppo polemizzare. A parte che rifiuto

il rapporto genitoriale del medico. No, il medico è un mio pari. Io faccio una professione lui ne fa un'altra. Mi deve dare delle risposte. E qui dentro ci sono tanti medici che hanno dato tante risposte importanti. È una cosa diversa il rapporto che c'è in questo millennio del medico e della fiducia. Io vi invito ad andarla a vedere una Casa della Salute. Perché, secondo me, molte delle persone che hanno parlato oggi, la Casa della Salute non la conoscono, non la sanno visitare, non la sanno interpretare. La Casa della Salute deve rispondere a bisogni di salute, non è un poliambulatorio. Poi ci sono anche le funzioni di un poliambulatorio, però vi assicuro che le stiamo progettando in un modo diverso da quello che voi avete definito oggi. E vi invito ad andarle a vedere a Copparo e a Castelfranco, dove le abbiamo progettate. Noi siamo dentro questa progettazione e ringraziamo di esserci dentro.

Dott. Giancarlo Pizza - Bene grazie. Ci sono degli interventi? Prego dottor Cosentino.

Dott. Eugenio Cosentino - Faccio una domanda al presidente dell'Ordine di Roma e della associazione dei diritti. Io trovo paradossale, parlando da medico ospedaliero, che nei nostri incentivi ci sia la riduzione dei giorni di degenza. Lo trovo veramente poco etico. Questo veramente bisogna toglierlo. Io voglio gli strumenti per poter curare la gente. Che poi siano 7 o 8 giorni. È un'altra questione. Quando trasferisco il paziente, e lei giustamente diceva voglio che ci siano le stesse condizioni, non voglio pensare che se trasferisco il paziente da un'altra parte, lì abbiano meno risorse. Ultima osservazione per il dottor Brambilla. Se nel 2017 andiamo a valutare le figure professionali siamo un pochino in ritardo. Dovevamo farlo prima.

Dott. Antonio Brambilla - Forse non mi sono spiegato bene. Noi nel 2017 andremo a definire quali potranno essere le relazioni professionali all'interno del modello della Casa della Salute, così come è stato definito. È evidente che,

avendo ora 87 Case della Salute sul territorio, esistono già delle realtà e delle situazioni che si sono sviluppate rispettando i contratti e le relazioni professionali di ciascun professionista che ci lavora. Però è evidente che, in un modello così innovativo, ci vorrà uno sforzo di immaginazione che probabilmente dovrà anche ragionare sulla revisione dipartimentale dell'assistenza primaria, della salute mentale e della prevenzione. Io ho cercato di essere sintetico. Lavoreremo anche sulla definizione di come i dipartimenti sul territorio si devono interfacciare. Perché esistendo queste aree di integrazione sui percorsi con diversi tipi di responsabilità lì dentro, i tre dipartimenti territoriali, così come vengono concepiti in Emilia Romagna, praticamente si sciolgono. Comunque hanno un livello di integrazione talmente alto che andranno a mettere in discussione il modello che questa regione si è data negli ultimi anni. È un lavoro molto complesso, molto difficile, che faremo in quest'anno. E lavoreremo anche sulle relazioni tra le professioni. E siccome c'è il rinnovo dell'ACN dove si parla di AFT, UCCP e dei responsabili di AFT e UCCP, bisognerà forzatamente andare a lavorare. Non siamo in ritardo, siamo in anticipo rispetto al Paese. Così è chiaro.

Dott. Giuseppe Lavra - Volevo rispondere mentre cercavo di chiedermi chi è che sta in cerca di genitorialità. Volevo però rispondere al collega su una questione un po' più chiara che ha posto in maniera molto diretta. Io credo che sia semplicemente assurdo chiedere di ridurre le degenze medie. Credo che sia molto più logico e molto più razionale incidere, indicare situazioni laddove le degenze non sono adeguate al caso clinico. Quindi ci vogliono controlli. Però chiedere a tappeto in modo lineare di ridurre le degenze medie non ha senso. E posso anche aggiungere, da internista, che questo teoricamente lo si chiede in tutta Italia ai reparti di medicina interna. Ma i reparti di medicina interna in realtà soffrono il fatto che debbono surrogare servizi anche delle post-acuzie di lungodegenza, che di fatto

non sono ancora resi efficienti. E soprattutto debbono scontare il fatto che in troppe parti del nostro paese ci sono strutture di medicina interna di strutture private senza Pronto Soccorso che godono o si ricavano il privilegio di selezionarsi la casistica. Per cui la casistica che produce maggiore degenza media, cioè elevata degenza media, di fatto si riversa nell'ospedale pubblico. Quindi io sono perfettamente d'accordo sulla questione.

Dott. Paolo Ronchini - Volevo fare un'osservazione che offro al dottor Brambilla. Ho provato a rivedere criticamente, alla luce delle osservazioni che sono state fatte, il modello che, con molta modestia, ho portato. E mi sono convinto sempre di più che questo è il modello giusto. Una sola precisazione. Il medico di famiglia vede sempre i suoi pazienti. Solo in caso sia assente, per motivi di salute o di ferie, un altro medico relaziona sulla cartella elettronica ciò che ha fatto e il medico la mattina dopo vede quello che è stato fatto, per evitare il ping pong e la consulenzialità inutile e dispendiosa. Io però sono cosciente di una cosa. Il mio modello, e lo dico polemicamente nei confronti del giovane collega del 118, secondo me va bene nelle zone rurali. O facciamo i medici del condominio del quartiere in città o se no c'è un problema. Io ho qualche problema a pensare che la cosa possa andare bene a Bologna come a Busseto.

Dott. Carlo Hanau - Essendo un economista della sanità so bene che, quando il dott. Rossi ha parlato di Milano, riproponeva la vecchia formula delle HMO americane. Non c'è solo l'incentivo che viene dato a un reparto di ridurre. È ancora peggio quello che viene dato al direttore generale e alla sua direzione quando gli si dice che deve assolutamente risparmiare soldi. È giusto cercare di risparmiare soldi perché abbiamo visto che ne abbiamo pochi e il nostro sistema pubblico va sempre un po' peggio. Dal 2008 in poi la riduzione del PIL ha provocato una situazione di debito pubblico che diventa insostenibile. Rischiamo di fare

quello che ha fatto la Grecia con la complicazione che noi siamo molto più grandi della Grecia. Quindi molto più grosso sarebbe il crack.

Quindi è giusto tutto ma quando io chiedo a un direttore generale di ridurre i costi senza valutare quelli che sono i risultati, è come dire non gli chiedo di fare l'economista, gli chiedo di fare l'avaro. Cioè quello che spende meno indipendentemente da quelli che sono poi i risultati successivi. Su questo non ci piove. Io ho detto di fare attenzione che qui a Bologna sta passando questa formula. E non è solo Bologna. Già in altri luoghi della Regione si fa un po' così. E già a Bologna di fatto si fa così. Si cerca di addossare al cittadino la spesa per la ospedalizzazione in lungodegenza. Voi sapete che prima si chiamava in un certo modo. Doveva essere lungodegenza. Doveva essere un posto letto ogni 1000 abitanti. Mai visto in Italia un posto letto ogni 1000 abitanti. Feci una battaglia all'inizio degli anni 80 contro Mario Zanetti, contro l'assessore comunale, che portò a consolidare il fatto che il cittadino aveva diritto ad essere ricoverato in un ospedale finché non gli si dava una alternativa. E l'alternativa allora doveva essere l'RSA. Che qui non si voleva fare. Adesso hanno cambiato nome. Non la chiamano più RSA, la chiamano CRA Perché secondo voi? Perché possono dire al giudice che è un'altra cosa. Qui veramente stiamo combattendo per tutelare questi che erano diritti soggettivi perfetti. Ora ci sono i livelli essenziali di assistenza, per i quali io ho lavorato molto. Che entrano in vigore oggi 18. Ci hanno detto così in una conferenza stampa, svoltasi tre giorni fa al Ministero. Cioè che oggi 18 febbraio finalmente vengono pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale i LEA. Anche lì c'è una riduzione, anche se minima, dei diritti. Perché il cittadino deve compartecipare di più, rispetto a quelli che erano i LEA del 2001. Quantomeno quelli salvateli. Quelli devono diventare come legge. Non potete qui a Bologna dimenticarvi dei LEA (meglio quelli del 2001, ma almeno quelli del 2017) e togliere questi che sono diritti ai

cittadini. I cittadini che vengono da noi sono la minoranza, perché gli altri subiscono e tollerano. La tolleranza, purtroppo, ha raggiunto livelli enormi. Andare al Pronto Soccorso e aspettare 6 ore, ormai è tollerato. Poi io leggo, sul penultimo numero del vostro bollettino a pagina 17, come invece le cose possono funzionare. Andatelo a leggere. In mezz'ora, quaranta minuti viene "spicciato" il paziente. A me capita che vado prima dal medico di fiducia per farmi prescrivere l'asportazione di due nevi che possono essere sospetti. Poi con quella prescrizione devo andare dallo specialista. Lo specialista mi prescrive che è opportuno asportarli e fare l'istologia. Sono andato dallo specialista in dermatologia il quale mi dice che ho bisogno della chirurgia plastica e non di dermatologia. Va bene, basta intendersi. Dopodiché la prestazione me la danno dopo nove mesi. Ma dopo nove mesi me ne accorgo da solo se sono maligni o no. Non sono medico ma me ne intendo un po'. Però mi dicono che è possibile la presa in carico. Benissimo. Me lo dice la farmacista del CUP e io accetto questa formula. Mi chiamano alla Chirurgia Plastica del Bellaria dopo un po' di tempo. E mi dicono di tornare dal mio medico di fiducia per fare non una ma due impegnative. Una per l'asportazione, l'altra per l'istologia. Questo è tempo perso per tutti questi operatori. Io, come economista della Sanità, mi metto le mani nei capelli e dico: "Se uno volesse risparmiare, dovrebbe farlo lì. Nelle ridondanze, nelle cose inutili."

Dott. Giancarlo Pizza - Non ho commenti da fare. Ognuno di voi, che ha assistito a questo dialogo, si sarà fatta un'idea. Quindi non tocca a me trarre delle conclusioni. Abbiamo fatto bene a trovarci per discutere. Questo è quello che penso. Perché se si discute si trovano sinergie e interazioni. Invito la rappresentante dei cittadini ad inviarmi una relazione che metteremo sul bollettino. Perché quello che abbiamo sollecitato oggi è sapere cosa pensano i cittadini. Grazie a tutti per essere intervenuti.

