



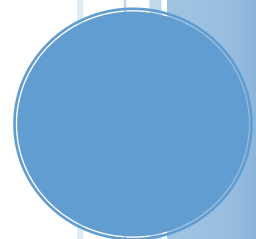
FORME DI INTEGRAZIONE METROPOLITANA DI BOLOGNA

Riflessioni della F.I.M.M.G. di Bologna

Considerazioni e proposte in merito al progetto di riorganizzazione
sanitaria della Città Metropolitana

Segreteria provinciale Fimmg Bologna

07/11/2018



Sommario

Forme di Integrazione metropolitana di Bologna	2
Il percorso d'informazione e consultazione	2
Rafforzamento del ruolo del Direttore di Distretto.....	3
Istituzione dei Dipartimenti di continuità	5
La posizione della Fimmg sulle Case della salute	8
Istituzione dei Dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano	11
Proposte di integrazione e riserve sul documento.....	12

FORME DI INTEGRAZIONE METROPOLITANA DI BOLOGNA

Riflessioni della F.I.M.M.G. di Bologna

Il percorso d'informazione e consultazione

Non possiamo che ritenere encomiabile il tentativo di coinvolgere professionisti e cittadini nella progettazione e nel successivo percorso di riorganizzazione della sanità metropolitana.

Purtroppo la complessità del documento di riferimento e le diverse ipotesi in campo rendono difficile dare concretezza a tale proposito.

A parte enunciati di razionalizzazione e miglioramento, ovviamente condivisibili, pare non esservi una reale valutazione della necessità del cambiamento e del consumo di risorse necessario per perseguire ciò che si propone. In sostanza non appare chiaro :

Perché cambiare?

Quali i reali obiettivi?

Quale sforzo organizzativo sarà necessario?

Quali i costi di questo sforzo?

Quali i costi dello stress organizzativo sui professionisti e quali i riflessi di una così profonda riorganizzazione sull'erogazione dell'assistenza?

La sola modifica degli Atti aziendali e la susseguente revisione organizzativa ha tempi di declinazione e poi di comunicazione a migliaia di professionisti incerta e caratterizzata, in ogni caso, da tempi difficilmente prevedibili. Il tutto senza voler approfondire il macchinoso concetto di "codatorialità".

Rafforzamento del ruolo del Direttore di Distretto

Tra gli argomenti “chiave” del documento il rafforzamento delle Direzioni di Distretto che dovrebbero assumere un forte ruolo di governo della produzione locale; di conseguenza si dovrebbe ottenere la risposta ai bisogni in ambito locale.

Già in passato fu sperimentato e mai realmente declinato, il modello organizzativo Distrettuale (Decreto legislativo 229\1999; Piano sanitario Regionale Delibera 309\2000; D.P.R. 270\2000) per poi passare a un modello Dipartimentale che ha visto l'impegno costante dei medici di medicina generale (Referenti clinici e Coordinatori di NCP) nel supporto a politiche di appropriatezza e a progetti assistenziali, i cui risultati, talvolta sottostimati, hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi di salute ed assistenziali che caratterizzano la sanità metropolitana.

Ora è nuovamente proposto un modello organizzativo Distrettuale ed anche in questo possibile contesto la FIMMG ritiene di poter cogliere opportunità e collaborare in particolare nella declinazione della funzione strategica della committenza distrettuale. Se questa funzione si può riassumere nello spostamento dei centri decisionali, per la determinazione dell'offerta, dai luoghi di cura ai luoghi dove nasce e si rileva il bisogno, la medicina generale non può che porsi, attraverso il rapporto di fiducia coi cittadini, come interprete dei bisogni e delle criticità del sistema; potrà quindi, certamente contribuire in modo utile e propositivo alle scelte del sistema in termini di priorità ed orientamento delle risorse.

Se è ragionevole pensare che la sostenibilità del sistema è sempre un problema di relazioni tra domanda e offerta, è attraverso la riforma della domanda e dell'offerta di servizi che possiamo pensare di coniugare il consenso dei cittadini con l'equilibrio del sistema.

A mero titolo esemplificativo, difficilmente le Direzioni Distrettuali potranno cogliere gli "effetti collaterali" dei fondi integrativi o definire volumi e caratteristiche delle "Consulenze specialistiche" offerte dagli Ospedali e dal Privato accreditato, differenziando queste ultime dalla necessità di "Prese in carico specialistiche".

Pensiamo che tutto ciò sia difficilmente realizzabile in assenza del contributo clinico e conoscitivo della realtà territoriale proprio dei medici di famiglia. Pertanto, nell'esercizio delle sue funzioni, il Direttore del Distretto non potrà non avvalersi dei medici di medicina generale con "funzioni propositive e tecnico consultive".

Solo in tal modo potrà essere superata la visione politica-programmatica degli ultimi anni che ha privilegiato la riduzione delle liste di attesa spesso a scapito della utilità e della qualità delle prestazioni erogate e con un consumo di risorse apparentemente eccessivo.

Dalle funzioni distrettuali ci paiono anche difficilmente scindibili le erogazioni di prestazioni sanitarie di rilevanza sociale, gli interventi sulle tossicodipendenze, la tutela della salute dell'infanzia, delle donne e degli anziani; tutto ciò mette in gioco la stretta e necessaria relazione col Dipartimento Salute mentale e col Dipartimento Sanità pubblica (non citati ne' collocati nel documento di cui si parla).

Istituzione dei Dipartimenti di continuità

Nel documento oggetto delle nostre riflessioni paiono essere attribuite al governo dei Dipartimenti di continuità tutte le “ strutture ospedaliere del Distretto, per le attività di tipo generalista e specialistiche di primo livello ...”, oltre alle “Cure intermedie” e alle Case della salute. Apparentemente, quindi, gran parte delle funzioni che dovrebbero essere tipiche dell’Assistenza primaria territoriale.

In un contesto così declinato, non si comprende quale possa essere la collocazione, anche per le diversità contrattuali esistenti, della medicina di famiglia. Tutto ciò, peraltro, seppure nell’astrattezza del testo, pare in contraddizione con altre affermazioni quali: “maggiore autosufficienza dei territori rispetto ai servizi di primo livello, anche grazie al consolidamento della rete di ospedali attualmente presenti e al riconoscimento e alla valorizzazione del profilo e delle vocazioni dei singoli presidi”...

Volendo quindi parlare di continuità delle cure ci pare opportuna una qualche riflessione sulla definizione e sul contesto delle “Cure intermedie” oltreché sulle logiche che dovrebbero, a nostro avviso, regolare anche le attività delle Case della salute.

Le “Cure intermedie” — la cui origine risale ai primi anni Novanta — è stata già oggetto di critiche concettuali in ragione del fatto che racchiude elementi assai eterogenei fra di loro. Di fatto, esse sono rappresentate principalmente da quelle cure di cui le persone fruiscono

una volta dimesse dall'ospedale e prima del rientro al domicilio e quindi sono o dovrebbero essere:

- Assistenza domiciliare (nel documento resterebbe tra le pochissime attribuzioni del DCP);
- Ambulatori Infermieristici Territoriali (AIT);
- Rete delle cure palliative;
- Ospedali di Comunità (OSCO);
- Letti tecnici di Cure Intermedie presso i presidi ospedalieri;
- Servizi socio-sanitari;
- Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD);
- Casa Residenza Anziani;
- Geriatria territoriale;

...

La complessità e l'estensione di questo set, a nostro avviso, necessita d'un modello organizzativo autonomo in cui venga a costituirsi un vero e proprio Team delle Cure intermedie in cui trovi spazio, ruolo clinico e assistenziale l'associazionismo della medicina generale con la propria organizzazione territoriale fatta di professionisti, collaboratori di studio, infermieri oltreché luoghi fisici di riferimento per tutti i cittadini.

In questo ambito pare utile ricordare l'esperienza positiva dei Punti di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP).

Al fine di garantire la continuità delle cure e l'erogazione di prestazioni che rispondano a criteri di necessità, appropriatezza, efficacia ed efficienza si rende indispensabile il superamento dei confini informativi

esistenti tra le diverse banche dati, in modo da favorire lo scambio di informazioni tra i professionisti che operano in servizi differenti (ad esempio tra i vari servizi distrettuali e i MMG, tra questi ultimi e i clinici ospedalieri).

E' necessario, pertanto, garantire una raccolta coordinata e puntuale di informazioni individuali, di utilizzo e di esito delle prestazioni sanitarie, costantemente consultabili ed accessibili agevolmente come risorsa della normale attività clinica, di governo dei percorsi sanitari del paziente. A tal fine utile una riflessione critica sui modelli e sui percorsi di informatizzazione che hanno scandito gli ultimi anni.

Non possiamo anche evitare di sollecitare riflessioni sulla perenne instabilità clinica dei pazienti anziani, cronici e fragili e sulla necessità **di dotare la medicina generale e il territorio nel suo complesso di un set di risorse diagnostiche di rapido utilizzo.**

Purtroppo nei contesti amministrativi si tende a separare il momento diagnostico "ospedaliero" da quello assistenziale "territoriale" ("pz. devono dunque avere già completato gli approfondimenti diagnostici"). In tal modo il management viene implicitamente a negare la necessità di supporti strumentali e laboratoristici ai medici di medicina generale e così facendo l'affermazione "rafforzamento del territorio" diviene affermazione povera di concreti contenuti.

Altro elemento che necessita di attenzione, al fine di contribuire alla definizione di un ambito territoriale di cura, la concreta declinazione della pronta disponibilità medico - infermieristica in particolare per gli assistiti in ADI 3.

Riteniamo anche utile sottolineare che l'affermazione secondo la quale l'istituzione di un Dipartimento di continuità dovrebbe migliorare l'efficienza del sistema, non ha, nel testo, espliciti riferimenti alla letteratura scientifica sulla materia. Pare in ogni caso difficile immaginare che le interazioni tra i professionisti su singole tematiche (esempio: scompenso cardiaco) potranno essere facilitate in un contesto che dovrebbe - vorrebbe coinvolgere i grandi ospedali nella gestione della quotidianità territoriale ambulatoriale e domiciliare.

In questo contesto le asserite attenzioni alla prossimità e alla centralità della medicina generale sparsa sul territorio, non sembrano attuate. A nostro avviso pare più concreto il rischio di una "guerra di competenze" senza che sia stata fatta una concreta riflessione sulle competenze.

La posizione della Fimmg sulle Case della salute

A proposito delle Case della salute nell'ambito delle riflessioni circa le Cure intermedie non possiamo esimerci da riportare le posizioni già espresse nel documento sulla materia della FIMMG - Federazione Emilia Romagna:

1) Case della salute punto unico di accesso ai Cittadini

I Medici di Medicina Generale della FIMMG non intendono rinunciare, nello specifico interesse della salute della popolazione, alla presenza capillare e diffusa sul territorio. Per la FIMMG, quindi, le C.d.S, comunque strutturate architettonicamente ed organizzativamente, non potranno mai, secondo una logica di separazione fisica tra il cittadino ed il suo medico, sostituire gli studi medici sul territorio. Diverso è invece il concetto di una modulazione,

secondo i molteplici assetti geografici e residenziali, che, condivisa, realizzi il massimo della integrazione ed organizzazione possibile, senza limitare, specialmente per i cittadini anziani e/o affetti da patologie croniche spesso invalidanti, un accesso facilitato alle cure primarie.

2) Case della salute e ambulatori infermieristici per la gestione delle patologie croniche

I Medici di Medicina Generale della FIMMG condividono necessità, nella gestione integrata della assistenza sul territorio, specialmente a livello domiciliare, della presenza di una figura professionalmente appositamente formata, che operi nel pieno rispetto delle competenze coinvolte. Gli stessi Medici di Medicina Generale, coerentemente, non sono affatto disponibili a rinunciare alle proprie attribuzioni professionali, tra cui la discrezionalità tipica del campo diagnostico/terapeutico, demandato dalla Legge esclusivamente ai Medici. La FIMMG ammonisce dall'effettuazione di scelte che possano creare, anche sul territorio, quel clima di conflittualità permanente già presente, per scelte organizzative simili, all'interno degli Ospedali. Allo stesso modo la FIMMG ritiene, sotto il profilo organizzativo ed assistenziale, deleterio l'accesso diretto da parte del cittadino all'ambulatorio infermieristico, seguito eventualmente da un intervento medico "a chiamata" da parte di un infermiere che ricorda il vecchio e fallimentare regime di assistenza a "ciclo di malattia", proprio di alcuni e superati regimi mutualistici. Ambulatori infermieristici per malattie croniche così strutturati, operando sulla base di protocolli e percorsi, programmeranno per il paziente accertamenti e periodici controlli e, qualora ne ravvisasse il bisogno, l'infermiere attiverebbe di volta in volta lo Specialista o il MMG. Al MMG quindi solo fette del percorso assistenziale, solo tratti e momenti del percorso di cura. Questo risulta essere uno stravolgimento di fatto, del ruolo storico dei Medici di famiglia: da attivatori del sistema, a parte episodica di un percorso di assistenza in cui ad essi viene riservato un ruolo di "consulente", secondo criteri liberamente stabiliti dall'Infermiere e/o dall'organizzazione sanitaria. Certa la perdita della visione olistica della persona propria della Medicina di famiglia e la frammentazione conseguente dell'assistenza individuale, sicuro moltiplicatore del bisogno, che solo una volta soddisfatto può definirsi inappropriato. Difficile cogliere la coerenza con l'affermazione di parte regionale che questa progettualità possa assicurare sostenibilità al Sistema.

3) *Case della Salute e rapporto di fiducia assistito Vs. Medico*

La progettualità della Regione E.R in maniera implicita, e quella di alcune ASL (Vedi Bologna Città) in modo esplicito, configurano una profonda mutazione del rapporto fiduciario che ha invece sempre caratterizzato il rapporto medico cittadino in maniera univoca, prefigurando una fiducia verso una equipe se non verso una struttura fisica, fra l'altro, come avviene ovunque nel SSN tranne che nella Medicina di Famiglia, in assenza del principale strumento di garanzia: quello della libera scelta. La FIMMG è fermamente convinta che è proprio la conoscenza nel tempo, permessa esclusivamente dal rapporto fiduciario, non vicariabile da nessuna alchimia informatica, a consentire una visione ed una relazione di tipo olistico nei confronti del cittadino, secondo criteri di appropriatezza e di razionalizzazione derivanti proprio dalla conoscenza longitudinale. Il gradimento della figura professionale del Medico di famiglia autorizza a ritenere che della stessa opinione sia la più gran parte della popolazione. La stessa continuità assistenziale H24 7 giorni su 7, è per definizione riservata e da riservare all'emergere di necessità assistenziali territoriali non differibili ed agli interventi programmati nei giorni festivi e non ad altro; è quindi rafforzata e non ostacolata dalla insostituibilità del rapporto fiduciario univoco.

4) *Case della salute e Case-manager e la garanzia dell'efficacia- efficienza dei percorsi*

I Medici di Medicina Generale della FIMMG condividono l'utilità di una figura come il case- manager (ndr: in passato formato a livello regionale e mai divenuto operativo) che, dotato di attendibili e puntuali strumenti di informazione, possa responsabilmente ed efficacemente contribuire a sorvegliare alcuni parametri biologici traccianti il caso ed a "guidare" le necessità del cittadino, specialmente se fragile, nei percorsi assistenziali spesso ancora poco coordinati. Ciò impone una relazione bidirezionale del C.M. con il Medico di scelta del cittadino. Medico che, in ogni caso, conserva integralmente il ruolo di responsabile terapeutico, cui competono le scelte professionali di diagnosi e cura, che non sono né delegabili né vicariabili.

Istituzione dei Dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano

La FIMMG su questo esprime preoccupazioni analoghe a quelle già espresse da diverse organizzazioni sindacali e di categoria per le quali si creerebbe confusione circa le piante organiche, il tutto aggravato da modelli organizzativi confondenti quali quello per intensità di cura. La prevedibile e conseguente alta mobilità dei professionisti in ambito metropolitano , conseguenza evidente della scelta interaziendale, il diffuso precariato e i prepensionamenti di personale esperto potrebbero incidere negativamente sulla sicurezza dei processi assistenziali e di cura.

Proposte di integrazione e riserve sul documento

Il **Dipartimento di Cure primarie** dovrebbe rimanere agganciato al più ampio contesto delle Cure intermedie. Se infatti si ipotizza un Dipartimento con interessi limitati ad ADI ed alle Cure palliative, diventa difficile immaginarne un ruolo che, svuotato di ogni concreta funzione, non si riduca a quello di un ente dalle caratteristiche eminentemente autorizzative e di controllo e quindi dedicato alla sola area Convenzionata (!!).

Il **Dipartimento per la salute mentale**, citato altrove come esempio d'integrazione, dovrebbe a nostro parere trovare spazio all'interno del documento. Si tratta infatti di un elemento cruciale di integrazione riguardo al territorio e alle attività territoriali. Scrivendo queste righe non possiamo non pensare ai tanti pazienti su cui stiamo ragionando per il Piano assistenziale individuale, persone queste, in gran parte con problematiche di salute mentale, oltreché sociale.

Si nota anche l'assenza, nel contesto riorganizzativo, del **Dipartimento di salute pubblica**. Come detto per la salute mentale, gestire nel nuovo assetto le tematiche di salute pubblica eviterà di creare un vuoto nelle indispensabili logiche territoriali di prevenzione, di promozione della salute, di programmazione per la cronicità, per gli screening ...

E' del tutto assente lo **specifico ruolo professionale dei Medici di medicina generale**, che rivendichiamo e che possiamo così articolare:

- Al MMG compete la gestione diretta di processi di diagnosi e cura.
- Il MMG è l'attivatore di PDTA.

- Il MMG attiva ed utilizza i Piani assistenziali individuali quale strumento d'integrazione multi professionale e multidisciplinare a fronte di problemi complessi.
- Fondamentale, inoltre, per la medicina generale, è il ruolo della consulenza nel completamento del percorso diagnostico terapeutico, senza rinunciare alla responsabilità del caso.
- Dobbiamo anche ricordare che il modello clinico attuale della medicina generale è **BIO-PSICO-SOCIALE** e da ciò non può che derivare la necessità di fare delle triplici diagnosi affrontando il percorso di diagnosi differenziale su questa triplice matrice (esempio: il concetto di fragilità). Rinunciare a questo modello integrato, spezzettare l'approccio alla salute e l'accesso ai servizi sulle tre direttrici rischia di spostare il focus dalla salute del paziente e di far deragliare il ruolo stesso del processo organizzativo.
- Nel testo **dovrebbero inoltre trovare spazio quelle politiche di sussidiarietà verso il sistema di assistenza primaria, che hanno permesso fino ad oggi di rafforzarne il ruolo e i processi, e che hanno permesso al Sistema Sanitario nel suo complesso di avvalersi della ricca rete di risorse umane e strutturali proprie della medicina di famiglia e di metterle a sistema. Far mancare il tradizionale impegno istituzionale verso la medicina generale rischia di indebolire l'organizzazione complessiva e, nel medio periodo, di ridurre l'efficienza aumentandone i costi.**

In tema di **processi di integrazione tra assistenza, ricerca e didattica**, manca anche qualsiasi riferimento alla Medicina Generale mentre si citano diffusamente il protocollo d'intesa tra Regione e Università, le Aziende Ospedaliere-Universitarie e gli IRCCS.

Sarebbe invece proficuo tenere conto dell'importante attività di ricerca biomedica di base e di gestione dei big data svolta dai MMG sia

all'interno di società scientifiche come la SIMMG che in gruppi autonomi. Quando nel documento, a proposito di "Organismi per favorire la ricerca sanitaria e l'innovazione" si parla di "...valorizzazione di attività già presenti..", noi ricordiamo a tale riguardo la ventennale attività di **Health Search, unità di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale con il suo network di Medici di Medicina Generale** ricercatori e l'enorme data base realizzato dal 1998 a oggi. La Medicina Generale intende candidarsi "...al processo di graduale accreditamento allo svolgimento di funzioni di ricerca.." e proporsi ai principali promotori e finanziatori pubblici e privati.

Da colmare anche l'assenza dei **Pediatrati di L.S.**, includendo il loro ruolo e gli indispensabili supporti relazionali e professionali forniti dalla **Specialistica ambulatoriale convenzionata.**

Non può non trovare spazio nel documento il modello organizzativo attuale della medicina generale che trova nei **Nuclei delle cure primarie** un contesto professionale ampiamente condiviso ed estesamente praticato da diversi anni; a meno che tale organizzazione mono professionale non venga rivista nell'ottica di uno degli scopi centrali dichiarato nel documento: quello dell'**integrazione professionale**. In questo senso sembrerebbe auspicabile e anzi prioritario prevedere il **superamento delle enclave organizzative** attualmente mono professionali (esempio: DATER x gli infermieri – NCP per i medici di famiglia ...).

Altro aspetto cruciale che dovrebbe a nostro avviso integrare il testo proposto, è una seria riflessione sull'**informatizzazione** che dovrebbe essere strumento principe per la creazione delle "comunità professionali".

Una più efficiente, completa ed affidabile rete informativa integrata sarà strumento di comunicazione nei processi di integrazione, nella valorizzazione della qualità delle cure attraverso il monitoraggio di target clinici e nell'audit professionale.

Un documento che ha l'ambizione di proporre interventi sul complesso della formazione pre e post laurea in ambito sanitario non può non dare centralità e nuova linfa al **Corso di Formazione specifica per la medicina generale**, che invece non è al momento neppure considerato.

In conclusione ci preme comunicare forti perplessità sull'impianto generale del modello proposto e su alcune incoerenze:

- **da un lato si accentra la gestione strategica, dall'altro si pensa di portare avanti un sistema su base territoriale.**
- **Da un lato si parla di territorializzazione della assistenza e di coinvolgimento dell'Università , dall'altro non si fa alcun riferimento ai medici del territorio e soprattutto alla loro Formazione specifica.**

Il timore che sorge è che da un recupero di coerenza non debba emergere l'esplicita volontà politica del progressivo superamento dell'area professionale convenzionata territoriale (MMG, PLS, Spec. Ambulatoriali) .

Riaffermiamo comunque di essere **disponibili ad affrontare una fase di progettazione** delle cure territoriali che, partendo dalle analisi dei bisogni sanitari e dalle differenze contrattuali esistenti tra i professionisti, possa creare le condizioni per un riassetto del sistema . Alla Politica chiediamo di dare chiare indicazioni alle Aziende perché sviluppino un modello di Case della Salute a rete, non gerarchico; un modello che favorisca l'integrazione professionale e la condivisione di procedure e percorsi che consentano la concreta partecipazione di tutti i professionisti.

Come medici e come cittadini, esprimiamo, in conclusione, la nostra convinzione che difficilmente saranno le sovra e le macro strutture o le organizzazioni tayloristiche a modificare, in senso positivo, l'assistenza.

Segreteria provinciale FIMMG Bologna