



Prot. n. 2749/GP/pm

Bologna, 21 dicembre 2016

*Al Presidente Gruppo Forza Italia
Regione Emilia-Romagna
Avv. Galeazzo Bignami
Viale Aldo Moro, 50
40127 Bologna
tel. +39 051 527.5571*

Oggetto: *Parere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna sull'Atto di indirizzo regionale: C88 -"Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa".*

Gentile Presidente,

Accludo di seguito il parere in oggetto richiesto a questo Ordine il 18.11 u.s. e frutto di attenta analisi da parte della "Commissione Ordinistica Problematiche dell'Ospedalità Pubblica e del Territorio" riunitasi il 22 novembre 2016 e recepito, con alcune modifiche dall'organo decisionale, il Consiglio Direttivo, con voto unanime in data 20.12 u.s.

Di seguito gli specifici punti del documento C88 che, riportati in corsivo, si sono ritenuti necessitati di commento e che di fatto complessivamente costituiscono il corpo della delibera ordinistica n. 188 del 20.12.2016.

Colgo l'occasione per ringraziare della opportunità offerta a questo Ordine nella analisi di un così rilevante documento di politica sanitaria.

Cordiali saluti.

Il Presidente
Dott. Giancarlo Pizza

ANALISI DEL DOCUMENTO

pag.12 *definire gli elementi della “regia organizzativa” nelle CDS a media/alta complessità....*

La presenza del Responsabile nella struttura “Casa della Salute” si ritiene debba essere continuativa e avere caratteristiche, e finalità correlate, di responsabilità pari a quelle di una Direzione Sanitaria, e non può limitarsi ad essere un’attività virtuale e surrogata da affidamento di compiti e responsabilità al Coordinatore (se non medico) della struttura stessa.

Pag.14 *Le funzioni chiave della Casa della Salute: accesso e valutazione del bisogno...*

Da quanto scritto parrebbe trattarsi di una sorta di “triage” eseguito all’accesso del paziente nella Casa della Salute.

Queste fasi sono delicate sia per come orientare il Cittadino/paziente, sia per le conseguenze che errate valutazioni possono avere in termini di fornitura di adeguato servizio che di costi.

Deve essere fatta esplicita chiarezza sulla valutazione dei diversi **bisogni** dell’utente che, se certamente ed esclusivamente di natura sociale, possono essere valutati e gestiti dall’assistente sociale, ma se di natura sanitaria, devono essere “in primis” valutati ed orientati dal medico, che possibilmente deve essere il MMG del paziente.

La funzione del MMG nell’attuale modello del SSN è centrale, sia per la conoscenza che può avere del paziente dal punto di vista della salute, della storia clinica, delle condizioni psicologiche, ma anche delle condizioni sociali in cui vive, famiglia, stato sociale, condizioni di lavoro.

Una valutazione del *bisogno* del paziente in modo sbagliato, o superficialmente eccessivo, può portare, oltretutto ad un danno per la salute e la sicurezza del cittadino/paziente, anche ad un uso sbagliato o inappropriato delle risorse sanitarie (tipo indicazioni a prestazioni specialistiche, esami) che il MMG può, per le ragioni sopraesposte, orientare in maniera corretta.

Pertanto se è vero che in queste fasi può essere utile la collaborazione di personale non medico, risulta indispensabile da subito la valutazione medica.

Pag.17 *Il Coordinamento organizzativo e clinico assistenziale*

L’affermazione che tale coordinamento sia di tipo organizzativo e clinico assistenziale lascia supporre che vi sia, sempre presente in sede, un unico responsabile di tale attività (*preferibilmente un coordinatore infermieristico*).

Se è pur vero che un coordinamento di tipo **esclusivamente organizzativo** possa essere svolto da una figura che abbia maturato professionalità e competenze non squisitamente sanitarie, le **funzioni di tipo clinico-assistenziale** devono essere svolte da una figura che abbia questo tipo di competenze, che allo stato della legislazione attuale e dei curricula universitari, possono essere reperite soltanto nella professionalità medica.

Pag.18 *quando si parla di componenti del board*

si dovrebbe con precisione chiarire quali professionalità vi debbano fare parte, con quale titolo di studio, e soprattutto quando alla pagina 18 si scrive che il **referente clinico può essere un medico** occorrerebbe in realtà specificare che “**deve essere un medico**”

pag. 20 *Il coordinatore assistenziale è un infermiere*

viene categoricamente asserito nella prima riga, ma questo non può essere corretto se non vi è una supervisione ed una responsabilità medica a monte.

Pag.22 *..le Case della Salute sono il luogo dell'accesso e della presa in carico delle persone, nell'ambito dei programmi e percorsi assistenziali, sulla base della natura del bisogno*

L'affermazione deve specificare che i bisogni di natura sanitaria sono **le patologie (acute e croniche)** che, per essere avviati agli idonei programmi e percorsi assistenziali, necessitano di un'opportuna precisazione clinico-diagnostica, anche in termini di appropriatezza di utilizzo di risorse (e quindi di spesa) che solo la figura professionale del medico può garantire, ed alla quale oggi viene chiesto conto.

Pag. 24 *La presa in carico della cronicità secondo la medicina d'iniziativa: l'ambulatorio infermieristico*

...il MMG collabora con i professionisti coinvolti...nei casi di maggior complessità clinica (multi morbosità) e non inquadrabili pienamente nell'ambito di uno specifico percorso assistenziale..... chi ha scritto queste frasi crede che la diagnosi e la terapia delle malattie possa farsi consultando internet o delle tabelle schematiche? Senza un percorso di studio e di pratica professionale di anni? E' in queste affermazioni un forte punto critico che definisce un **abuso di professione** da parte del professionista non medico che dovesse cimentarsi a seguire quanto scritto, e configura una istigazione all'abuso dell'esercizio della professione medica da parte di chi ha redatto il documento.

Non si può relegare il MMG ad un ruolo di mero consulente, o lo specialista ad un avvallatore di esami definiti su una tabella.

Così come a

Pag.25 *nell'ambito del follow-up...è prevista la programmazione degli esami e delle visite specialistiche definiti nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali...*

Tutte queste attività non possono essere svolte meccanicamente seguendo degli algoritmi inseriti in linee guida (che sempre sono solo indicative), ma deve esserci la valutazione del paziente da parte del medico (MMG o Specialista).

"L'educazione terapeutica, l'autogestione della patologia...l'addestramento all'identificazione precoce di segni e sintomi di complicanze..." sono tutte azioni che possono andar bene solo sotto la supervisione ed il controllo diretto del medico.

Pag. 28 *Anche i questionari di valutazione dei percorsi assistenziali ... ACIC e PACIC (pag 29 che nel documento non vengono allegati) non possono sostituire la figura del medico....*

Così come *l'acquisizione di specifiche competenze cliniche e assistenziali (ambito geriatrico, riabilitativo, cure palliative, altri ambiti)* deve essere inquadrato nell'ambito delle competenze e responsabilità di ciascuna figura professionale, che non può essere scavalcata o sostituita.

Pag, 29-30 *L'ICT (= information communication technology) a supporto della governance della comunità di professionisti.*

Se è certamente utile lo sviluppo dei sistemi informatici per la gestione di prenotazioni di specialistica ambulatoriale, di esami vari e per ricevere referti, anche la rete che consenta la raccolta della storia clinica del paziente può dare un notevole supporto alla raccolta dell'anamnesi dei pazienti, ma non può costituire uno strumento che consenta a

professionisti non medici di valutare le condizioni cliniche dei pazienti/utenti o di indirizzare verso una o l'altra prestazione medica.

Pag.31 *Algoritmi per la identificazione dei pazienti a rischio... e la identificazione delle persone a rischio di sviluppare patologie croniche...registri clinici aziendali di patologia...* si tratta di strumenti che devono essere gestiti ed utilizzati dal medico e comunque non possono sostituire la sua valutazione con una gestione da parte di personale non medico, contenendo oltretutto dati sensibili soggetti al segreto professionale, al cui rispetto solo il medico è tenuto.

Pag.31 *strumenti di collaborazione a distanza tra operatori (telemedicina)...*

Possono essere strumenti utili nella consultazione tra medici, ma non possono sostituire la prestazione medica anche per esami diagnostici come quelli radiologici, o altri citati, in cui la diagnosi strumentale non è una mera lettura tecnica eseguita tramite uno strumento, ma avviene attraverso il più complesso processo di valutazione clinica che il medico mette in atto al momento della esecuzione di una prestazione strumentale, che dà maggior certezza alla diagnosi.

Questo tipo di attività non è assolutamente accettabile dal punto di vista deontologico.

Da questa analisi si rilevano sinteticamente i **seguenti punti critici:**

- 1) **La responsabilita' medica e' trascurata.** Il MMG ha due funzioni importantissime: quella organizzativa di fare da filtro e di orientare il paziente verso il SSN e ha funzioni cliniche di diagnosi e terapia. Dentro la Casa della Salute gli viene tolta la funzione di filtro e orientamento che vengono di fatto affidate ad un infermiere che accoglie ed indirizza il paziente verso il SSN. Chi è il responsabile alla fine di tutto il percorso?
- 2) **Valutazione del bisogno di salute.** Gli Infermieri hanno gli strumenti per capire la gravità della condizione clinica di un paziente nella sua totalità, ma per la specificità del bisogno sanitario e' necessaria una valutazione medica
- 3) **Appropriatezza.** In condizione di scarse risorse economiche si parla tanto di appropriatezza e visto che si controlla in maniera minuziosa l'operato dei MMG, come si farà a chiedere e valutare l'appropriatezza su percorsi chiesti dall'Infermiere?
- 4) **Medicina d'iniziativa.** Questionari, scadenze con frequenza di controllo etc. condiziona moltissimo la libertà professionale del Medico
- 5) **Il rapporto Medico-Pz non viene tutelato.** Il rapporto fiduciario e la conoscenza longitudinale che il MMG ha con il suo paziente rappresenta un valore aggiunto anche di risparmio economico.
- 6) **Le Case della Salute sono strutture sanitarie.** Manca il Direttore Sanitario.
- 7) **Schemi esemplificativi.** Nel documento non sono presenti schemi esemplificativi delle attività che possano essere previste all'interno delle Case della Salute a bassa

complessità e nelle Case della Salute a media/alta complessità, né di come possa avvenire l'accesso ed il percorso del Cittadino/utente/paziente.

CONCLUSIONI

Si tratta di un documento eccessivamente lungo e tale estensione non appare motivata in compiute declinazioni di compiti e responsabilità correlate alle specifiche competenze quanto piuttosto orientato a spostare l'attenzione su di una serie di questioni che attengono al Ruolo Organizzativo del Medico (MRO) e sugli impatti che contraddicono il Ruolo Deontologico del Medico (MRD).

L'obiettivo racchiuso nella citata Delibera GPG/2016/2253 del 18/11/2016 C88 su "Case della salute: indicazioni per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità dei professionisti e della medicina d'iniziativa" è criptico ma evidente: negare nei fatti il ruolo chiave del medico come professionista ed organizzatore a tutela della salute ed i suoi compiti di Tutela Deontologica che includono adeguata e chiara comunicazione, assicurazione degli utenti e messa in opera delle garanzie richieste dal Codice Deontologico.

Nella fattispecie la creazione delle Case della Salute non individua i compiti dei singoli componenti ivi operanti ma affida ad un responsabile non medico la sintesi delle varie attività che vi vengono svolte.

Non emerge dal testo chiaramente come tutelare il rapporto Territorio -Ospedale rispetto alle necessità di ricovero nei tempi necessari alla patologia da trattare.

La denominazione "Case della Salute" sembra utilizzata per costruire nel Territorio un'altra Struttura che si muova in libertà ed in consorzio con altre simili, costituendo così un'alternativa organizzativa e strutturale al mondo della Medicina Generale e dell'Ospedale così come si è andato definendo con norme e consuetudini negli ultimi 50 anni.

Tale lunghezza del documento, privo di approfondite analisi e di riferimenti a norme di legge ed ai codici professionali, nasconde con assertività nuovi assetti del sistema sanitario che devono avere due caratteristiche: ruolo secondario del professionista medico e sua subordinazione istituzionale al Coordinatore infermieristico.

Pertanto questo documento dovrebbe essere riscritto con collaborativo spirito costruttivo e "costituente", semplificandolo e rendendolo più chiaro ai cittadini.

Si propone al Presidente dell'Ordine di non limitarsi a rispondere solamente a chi gli chiede delucidazioni, ma che, forte dei suoi compiti di garanzia che gli affida la Legge, di aprire un ampio dibattito cittadino, quanto mai necessario, su cosa sia meglio per la cittadinanza che necessita di cure, mandando il segnale che l'Ordine dei Medici di Bologna, insieme alla Federazione degli Ordine dei Medici della Regione Emilia-Romagna, è disponibile ad una collaborativa revisione del documento C88. Tali azioni e segnali non siano solo cartacei, ma mediatici sulla stampa e sulla televisione dando quindi un messaggio anche politico.

@@@@@@@@@@@@@@@@