

INTERROGAZIONE A RISPOSTA SCRITTA

premessato che

la Giunta regionale di recente ha approvato la deliberazione; "CASE DELLA SALUTE:

Indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa";

in tale atto è apprezzabile, finalmente, la distinzione tra "Casa della salute" come struttura e la "Casa della salute" come modello funzionale - operativo delle cure territoriali, nelle prime pagine si afferma che vi sono numerose Case della Salute nelle aree di riferimento di una percentuale alta della popolazione regionale, in pratica si sono realizzati molti edifici ma, nel testo si riconosce, che le modalità di funzionamento previste per le Case della Salute non sono ancora realmente in essere, si dice, quindi, che bisognerà riempire di contenuti quanto realizzato in termini strutturali. Tutto ciò lascia adito al dubbio se la Regione abbia come reale obiettivo la realizzazione di risposte ai bisogni della salute dei cittadini o alle esigenze dei costruttori di realizzare interventi edilizi;

attualmente molti medici di famiglia operano nelle Case della Salute secondo le modalità di funzionamento delle tradizionali medicine di gruppo e, fortunatamente, non secondo quanto ideato nel progetto Case della Salute (percorsi, equipe multi professionali, presa in carico, cronicità, fragilità ...):

altra affermazione che desta stupore, sempre contenuta nella suddetta deliberazione è quella secondo la quale si è in attesa della definizione negli Accordi collettivi nazionali delle Associazioni funzionali territoriali (AFT) e delle Unità complesse di cure primarie (UCAD) e cioè, si è in attesa dell'accordo nazionale con i medici di famiglia e di continuità che definiscano nuovi compiti e modalità associative della medicina territoriale, senza tenere in alcun conto che già nell'ultima Convenzione della medicina generale del 2010, erano previste le modalità per addivenire alla realizzazione proprio delle Associazioni funzionali territoriali AFT e delle Unità complesse di cure primarie (vedasi art. 26 BIS e soprattutto 26 TER accordo collettivo per la medicina generale, ACN);

desta stupore come il programma di funzionamento delle "Case della salute", seppure affronta le criticità esistenti relative alle cronicità, cure palliative, fragilità, che sono sfide con cui anche il sistema sanitario regionale dovrà fare i conti, regoli l'integrazione tra diverse figure professionali, che dovrebbero dare risposte a queste criticità, senza tener conto che esse sono caratterizzate da un diverso stato giuridico da un diverso sistema di retribuzione;

la dove la deliberazione affronta il tema integrazioni usa la terminologia propria di un rapporto di subordinazione: "redigere piani", rispondere ad un "infermiere responsabile organizzativo", fare "riunioni di board", "lavori di gruppo", "stimolare la discussione", senza tener conto che i medici di medicina generale sono liberi professionisti, che hanno una diversa progettualità per giungere agli obiettivi di miglioramento e di salute;

il modello che si propone nella deliberazione per le Case della Salute è un modello organizzativo ospedaliero, tipico della dipendenza e che risente profondamente di una visione, amministrativa e dirigitica e nella fattispecie pare più importante il come piuttosto che il cosa si vuole ottenere;

in tale modello organizzativo non trova allocazione il rapporto fiduciario tra medico e paziente che se valorizzato può essere l'unico vero sistema per fare la differenza e per ridurre il ricorso ai farmaci e anche agli esami clinici, quando tutti questi non siano necessari;

trova, invece, allocazione la volontà di industrializzazione della salute, in cui la libera scelta, che il cittadino fa del proprio medico diverrà un inutile orpello;

emerge chiaramente dalla suddetta deliberazione che si pensa di costruire il consenso spezzettando i bisogni di salute in "problemi episodici", "problemi cronici", "cure palliative", "fragilità", "non autosufficienza", senza tenere in alcun conto che non tutto è industrializzabile inquadrabile;

emerge che si vuole passare dal rapporto di fiducia nei confronti del proprio medico per approdare al rapporto di fiducia tra cittadino e struttura, spersonalizzando e presentando i liberi professionisti come dipendenti senza le garanzie della subordinazione, in estrema sintesi si vuole giungere a trasformare il medico in un prestatore d'opera, in un erogatore di prestazioni definite e programmate;

emerge che si vogliano prendere a riferimento dei "profili" provenienti da elaborazioni dell'Università di Filadelfia, senza tener conto che tale assunto è poco rassicurante, visto che gli USA in più occasioni hanno preso il nostro sistema sanitario come modello per la costruzione del proprio, mentre il sistema americano non è ritenuto affidabile, come riportano i dati relativi all'aspettativa di vita e agli anni potenziali di vita persi, infatti gli USA si collocano nell'ultimo terzo della classifica stilata dall'Ocse, nonostante gli investimenti pro-capite siano maggiori rispetto a quelli degli altri Stati;

rilevato che

il Consiglio direttivo dell'Omceo di Bologna ha bocciato senza appello la deliberazione in oggetto, che regola le Case della Salute. I principali punti critici rilevati da tale organismo sono: l'espropriazione di ruolo dei medici, la mancanza della figura del Direttore sanitario e l'attribuzione di un ruolo secondario del professionista medico e la sua subordinazione istituzionale al Coordinatore infermieristico";

- inoltre il Consiglio direttivo dell'Omceo di Bologna rileva:
- che non emerge dal testo chiaramente come tutelare il rapporto Territorio- Ospedale rispetto alle necessità di ricovero nei tempi necessari alla patologia da trattare;
- che 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;
- che la deliberazione è priva di approfondite analisi e di riferimenti a norme di legge ed ai codici professionali.
- la deliberazione crea conflittualità tra medici ed infermieri invece di trovare un equilibrio affinché possano entrambe le professioni, che per loro natura hanno un alto grado di correlazione, operare al meglio nel rispetto delle relative competenze nelle Case della Salute.

INTERROGA LA GIUNTA E L'ASSESSORE COMPETENTE PER SAPERE

- se non ritengano opportuno riformulare la deliberazione in oggetto avendo ad obiettivo primario quello di fornire ai cittadini un punto di riferimento certo, diffuso in modo omogeneo in tutto il territorio regionale evitando di creare conflittualità tra le professioni;
- se non ritengano opportuno riscrivere la deliberazione al fine di strutturare un sistema integrato di servizi che prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze, con un approccio globale ai bisogni della persona preservando il rapporto di fiducia medico paziente;
- se non ritengano opportuno costruire reali relazioni cliniche ed organizzative che mettano in collegamento i Nuclei di Cure Primarie con gli altri nodi della rete assistenziale specialistica e assistenza ospedaliera al fine di assicurare la continuità assistenziale.

Il Consigliere
Giulia Gibertoni