

TAVOLA ROTONDA 9 LUGLIO 2015-06-20

La riforma Formigoni ha avuto il grande merito di mettere in sicurezza gli ospedali per acuti, ma ha lasciato in ombra la medicina del territorio

I tagli governativi degli ultimi anni, in Lombardia, hanno aggravato ancora di più questa situazione di disparità e di depauperamento del territorio

Questo perché nel contempo non è stata approntata una riorganizzazione del territorio di cui oggi invece parliamo.

Conseguenza: il cittadino identifica come punto di riferimento e approdo certo (oltre che in alcuni casi anche vantaggioso economicamente) il Pronto soccorso dell'ospedale, che di contro è entrato in progressiva e netta sofferenza.

Ne conseguono

1 maggiori ricoveri rispetto a quelli che si potrebbero avere (pur in un quadro di riduzione delle giornate di degenza)

2 gli effetti ben noti della "medicina difensiva", le cui ricadute negative non interessano ormai solo i medici, ma gli stessi cittadini e le istituzioni (per l'ingente aumento dei costi).

Rispetto ad una maggior consapevolezza ed aspettativa dei cittadini riguardo alla propria salute, non si è costruita una organizzata e capillare risposta medica nel territorio né una adeguata presenza di strutture di ricovero di tipo intermedio che potessero fare fronte:

- 1) ai cambiamenti epidemiologici, con il noto aumento delle malattie croniche e per la Lombardia, il dato eclatante che il 30 % della popolazione affetto da patologie croniche e pluri-patologie, assorbe il 70 % delle risorse della sanità lombarda.
- 2) alle aspettative di salute oltre che al legittimo desiderio dei cittadini lombardi di curarsi, ma rimanendo il più possibile nel proprio domicilio o vicini al proprio domicilio (con minori costi anche per la collettività)

Dall'iter di questi anni, si è giunti alla consapevolezza politica ed ora istituzionale (oltre che collettiva) che occorra mettere mano alla medicina del territorio.

Al riguardo ricordo i documenti e le pubblicazioni della Cisl Medici Lombardia dal 2008 e della Cisl Lombardia dal 2013 ad oggi

E' dimostrato che aprirsi ed investire nella medicina del territorio, sia in termini di personale medico e sanitario che in termini di rinnovamento ed anche implementazione (2 livello) della strumentazione ora obsoleta ed inadeguata, è una azione che migliora anche l'appropriatezza e in prospettiva ridurrà i costi.

Affrontare un tale cambiamento in Lombardia espone a criticità organizzative che pur capiamo necessarie.

Si chiede quindi al riguardo:

1 particolare attenzione che la nuova norma non presenti errori, doppioni e o vuoti di competenze e responsabilità, che aggraverebbero le difficoltà di gestione del cambiamento. Devo riscontrare che, per quanto riguarda l'assetto istituzionale sono state recepite una serie di emendamenti presentati come Cisl Medici con spirito costruttivo

Non così per quanto riguarda altri temi di interesse delle confederazioni quale la riduzione delle rette delle RSA ed il super ticket, pur non argomenti di questo incontro

2 che le istituzioni coinvolgano gli attori del sistema, cioè il mondo sanitario, sindacale ed in particolare i medici: ricetta efficace per superare le difficoltà insite nel cambiamento e trovarne le risposte più adeguate.

3 di superare il dominio del settore amministrativo e l'idea di una amministrazione della sanità solo di tipo economicistico.

- Variare le risposte a secondo della configurazione del territorio,/ differenziare se si agisce nel territorio della AST della montagna rispetto a quella dell'area metropolitana e degli altri capoluoghi di provincia

- Usare lo strumento della sperimentazione

RUGABELLA EXPO ne è un bel esempio.

A parte la sua importante funzione di sostegno e completamento della offerta di assistenza sanitaria ai turisti data dalla Lombardia e da Milano, che ci fanno apprezzare dai commentatori internazionali e dai turisti, questa esperienza riteniamo abbia un "plus valore":

- 1) Dimostrare che la medicina del territorio da risposte // altrettanto utili alla collettività che l'ospedale per acuti
- 2) sperimentare un approccio diverso del territorio alle situazioni riconducibili ai "codici bianchi" di PS.

E' possibile, per queste situazione, orientare i cittadini diversamente da come sono abituati. Ciò si può ottenere con la presenza del medico di guardia ma anche con un variegato e diverso modo di prenotazione (appuntamenti "just in time).

Bisogna crederci ed anche volere investire.

Un ringraziamento al Gruppo dei "saggi" ed in particolare al Prof Sirchia che ha rielaborato la nostra proposta e l'ha fatta propria e la Presidenza e l'Assessore che l'ha realizzata.

Nell' Area metropolitana., ma anche nei capoluoghi di provincia si devono strutturare luoghi che vengano indiscutibilmente identificati dai cittadini come luogo di risposta certa ai bisogni sanitari ed anche sociali (sia in termini di prevenzione che di cura) per chi, e sono la stragrande maggioranza, non presenta la necessità e l'urgenza di un ricovero.

La Cisl li chiama **i palazzi del welfare**, BEN DISTINTI DAGLI OSPEDALI PER ACUTI, dove sia senz'altro presente la medicina specialistica ambulatoriale, vi siano gli spazi per le aggregazione funzionali o le UCCP dei Medici di Medicina Generale (MMG), che così entrano in diretto contatto con gli specialisti, i consultori, l'ADI, la protesica, ed i servizi sociali del comune (e tutti gli interventi del sociale), l'ufficio prenotazione e uno di orientamento del cittadino.

Per i capoluoghi di provincia ed in particolare per l'area metropolitana punto di partenza devono essere i poliambulatori pubblici.

Per noi centrale è la realizzazione di una reale integrazione tra sanitario e sociale ma soprattutto tra ospedale e territorio.

Concetto espresso in forma chiarissima nel documento della Cisl Lombarda e fatto proprio dalla intesa tra presidenza, assessorati e CGIL CISL UIL del 26 settembre 2014, che chiediamo sia fatto proprio ed espresso in termini concreti, attuativi e chiari nella futura legge.

L'ultima versione pone più di qualche dubbio circa il suo recepimento

Non mi dilungo nel esporre le ragioni culturali, scientifiche, di esito che supportano tale richiesta

Per farci capire sulla centralità della integrazione ospedale territorio: una proposta concreta, che colloco a Milano, data la sede dell'incontro:

Costituire una ASST nell'area milanese che realizzi completamente il modello e sia il MODELLO ESPLICITO di questo riordino e comprenda:

- un ospedale per acuti, con interventi anche di II/III livello
- un ospedale di I livello che viene orientato al trattamento dei Pz cronici, sede del POT residenziale, per coprire le dimissioni precoci e i momenti di ristoro per i famigliari,
- i poliambulatori pubblici (noi chiediamo che quelli della città di Milano rimangano tutti uniti) magari ridotti di numero ma che abbiano in se le risposte alle esigenze dei malati cronici e siano completi come "palazzi del welfare"

Se vogliamo dare dei nomi, un possibile esempio: unire il Policlinico (rinnovato, con eccellente PS), FBF oftalmico, i Poliambulatori pubblici della città di Milano

Ogni struttura deve avere un preciso Responsabile sanitario che si dedichi a fare esaltare le specifiche caratteristiche.

Ma deve poi esserci una struttura e le figure che abbiamo come compito e missione quello di svilupparne la reale integrazione interna e quello di far crescere in tutti la cultura e la scelta dell'integrazione, a prioritario vantaggio dei malati che possono transitare in forma organizzata dal MMG allo specialista ambulatoriale, al ricovero di ristoro nel POT sino all'intervento diagnostico e chirurgico di II e III livello. Ciò può porterà anche ad una esaltazione delle figure sanitarie e mediche coinvolte in questo processo virtuoso

Chiediamo questo alle istituzioni

Finisco da rappresentante dei medici, lanciando una proposta forse provocatoria, che vede come interlocutori i livelli nazionali ma che la Lombardia può favorire e che ritengo essenziale per rendere certo il successo dell'integrazione ospedale territorio

Cosa c'è di più efficace per la riuscita di questo cambiamento, mai realizzato in pieno se non creare (dovrei dire "ricreare") le condizioni di questa integrazione all'interno della stessa figura del medico

La medicina è cambiata, è cambiata la politica e la società, cambierà tra pochi anni l'offerta medica, il quadro e la presenza dei medici convenzionati e dipendenti (pensionamenti su ampia scala, ingresso di medici giovani o più giovani)

Il numero di medici in Lombardia non sarà più pletorico anzi ci dovrebbe essere carenza almeno di alcune specialità

Vanno eliminati i rigidi steccati tra i settori contrattuali medici

Il medico deve potere tornare a svolgere parte della attività in ospedale e parte sul territorio, in particolare quelli con più anzianità e competenza o i giovani medici.

Competenza, formazione, conoscenza dei due mondi

Anche qui non sviluppo le ragioni che sostengono tale proposta per ragioni di tempo

Risolviamo nella figura del medico stesso questa dicotomia

Ed il successo della integrazione sarà assicurato

Primo passo per giungere a questo, superare **le incompatibilità** che impediscono ai giovani medici di svolgere anche una semplice supplenza nel territorio

Ciò ridarà alla figura del medico ed al rapporto con i cittadini, nuove prospettive ed efficacia.

Arturo Bergonzi
Segretario regionale
CISL MEDICI LOMBARDIA