



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGH
E DEGLI ODONTOIATRI DI
BOLOGNA

Prot. n. 2486 GP\pm

Bologna, 24 settembre 2018

Dott. Giuliano Barigazzi
Assessore alla Sanità e Welfare Comune di Bologna
Presidente Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS)
Sede

Oggetto: Osservazioni a "La sanità del futuro: Forme di integrazione nell'Area Metropolitana di Bologna".

Gentile Assessore,

Di seguito si riportano le osservazioni di questo Ordine al documento in oggetto cortesemente inviato alla nostra attenzione dalla S.V. Abbiamo valutato con grande attenzione il progetto elaborato e la documentazione allegata, avvalendoci del contributo di tutte Commissioni Ordinistiche.

Innanzitutto l'Ordine desidera esplicitare che si è apprezzata moltissimo la Sua volontà di rendersi disponibile al confronto su una progettazione di così vasta portata per l'incidenza che potrebbe avere sulla organizzazione delle cure per i Cittadini Metropolitani. Le confermiamo che è la prima volta che tale documentazione è stata resa disponibile a questo Ordine e siamo lieti di poter concorrere alla sua valutazione.

Al fine di esprimere pareri puntuali molti nostri commenti sono stati inseriti nella tavola sinottica posta a destra dei fogli inviati, onde facilitare la valutazione della nostra opinione, e, in fondo, un commento conclusivo. Il testo della parte sinistra delle tavole riporta quanto fornito nella documentazione sottoposta ed è espresso in corsivo, a questo si riferiscono i commenti relativi posti nella parte destra.

Le considerazioni che si possono e devono fare su tale progetto sono tante e di diversa natura e riguardano aspetti delle cure per i pazienti, in primis, e aspetti deontologici e professionali per i medici dell'Area Metropolitana che saranno i veri interessati come attori, ma non i decisori, dei cambiamenti proposti.

Si tratta di considerazioni sia di merito ma anche di metodo che abbiamo cercato di sintetizzare perché il parere dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Bologna possa essere chiaro, sperabilmente efficace e soprattutto utile a garantire l'espletamento deontologicamente corretto della professione medica al fine di garantire la sicurezza e qualità delle cure per i Cittadini Metropolitani.

<i>La relazione conclusiva del lavoro parte da un Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna, Università di Bologna e CTSSM, siglato nel giugno 2017 e si propone come finalità quella di</i> <i>Valutare gli strumenti istituzionali e organizzativi più efficaci per migliorare, attraverso l'integrazione tra le Aziende e in condizioni di sostenibilità economica, una riorganizzazione dei servizi distrettuali e ospedalieri nell'Area metropolitana per migliorare accessibilità, prossimità e qualità dei servizi, stimolare la ricerca e l'innovazione, qualificare la didattica pre e post-laurea</i>	Questi generici enunciati sono del tutto condivisibili per un migliore funzionamento del sistema
---	---

<i>Questa valutazione ha richiesto un 1 anno di lavoro del Nucleo Tecnico di Progetto costituito per mandato dell'Assessore Regionale Sergio Venturi con:</i> ▪ <i>Regione Emilia-Romagna, CTSSM, Direttori delle Aziende Sanitarie Metropolitane, coordinati da Gianluca Fiorentini</i> <i>E avrebbe lavorato, come descritto nel rapporto conclusivo, con</i> ▪ <i>28 incontri ufficiali, preceduti da numerose riunioni di gruppi di lavoro istruttorio;</i> ▪ <i>Confronto con oltre 400 professionisti delle diverse componenti professionali delle Aziende Sanitarie metropolitane</i> ▪ <i>Analisi degli elementi di maggior rilievo dei sistemi di welfare sanitario dei paesi occidentali più avanzati;</i> ▪ <i>Studio degli scenari evolutivi, con attenzione anche per gli aspetti epidemiologici.</i>	Qui occorre fare una sostanziale critica di metodo, perché non risulta a questo Ordine, così come alle Organizzazioni Sindacali ne' a tanti professionisti, anche con funzioni apicali, di essere mai stati coinvolti nella stesura, almeno nella parti di propria competenza. Anche la componente clinica universitaria, parte integrante dell'accordo, non è stata coinvolta nella definizione degli obiettivi propri dell'Università nell'ambito del progetto di riorganizzazione Sarebbe interessante leggere i verbali degli incontri (di cui si riportano le date), di cui nulla si è saputo fino ad ora, per leggere i nomi di chi ha partecipato con quale contributo e quindi le specifiche competenza utilizzate.
--	---

<i>Iniziando ad analizzare il rapporto conclusivo si evince che lo scopo di questa valutazione sarebbe quella di realizzare:</i> <u>4 OBIETTIVI STRATEGICI</u> <i>1. Razionalizzare le reti ospedaliere in stretta correlazione con la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza distrettuale, per realizzare una più efficace integrazione dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali e</i>	Purtroppo dall'esperienza degli anni passati abbiamo potuto apprendere che quando si usa la parola "razionalizzare" si deve intendere "tagliare" perché è questo che è stato dichiarato, in pratica, sia nella legge Balduzzi
---	--

<i>garantire una migliore continuità nel percorso di cura e assistenza attraverso il rafforzamento del rapporto ospedale-territorio e una maggiore efficienza complessiva del sistema</i> 2. <i>Sviluppare una maggiore caratterizzazione delle vocazioni degli ospedali dell'intera Area metropolitana, valorizzandone pienamente le funzioni previste dalla programmazione e, in particolare, quelle che possono candidarsi a divenire punti di riferimento per le reti assistenziali di interesse regionale, nazionale ed europeo</i> 3. <i>Contemperare al meglio gli obiettivi assistenziali con le funzioni dell'Università, in coerenza con l'esigenza di rafforzare la collaborazione istituzionale (Aziende, IRCCS, Università) nelle attività di ricerca e didattica</i> 4. <i>Favorire la capacità di trasferire in tempi rapidi i risultati della ricerca sul piano assistenziale.</i>	che nei provvedimenti regionali conseguenti A questo enunciato possiamo rispondere che le VOCAZIONI non nascono casualmente ma sono sempre derivate da SCELTE IMPOSTE NEGLI ANNI PASSATI sia delle Direzioni Aziendali che hanno spesso favorito o ostacolato questo o quel Professionista a seconda di considerazioni che vogliamo lasciare fuori da queste note. In ambito universitario le vocazioni non si improvvisano o tanto meno possono essere determinate politicamente, ma nascono il più delle volte da lunghe tradizioni di Scuola che hanno portato la Sanità Bolognese a eccellere a livello internazionale in alcuni settori della Medicina e a fungere da polo di attrazione per pazienti provenienti da tutte le parti d'Italia.
--	---

<i>Per realizzare i 4 obiettivi strategici si propone un cambiamento di dimensioni epocali</i> <u>LE DIMENSIONI DEL CAMBIAMENTO</u> ▪ <i>Organizzativa;</i> ▪ <i>Istituzionale;</i> ▪ <i>Finanziaria;</i> ▪ <i>Professionale;</i> ▪ ▪ <i>Assistenziale con ricerca & didattica.</i>	Epocale è un termine molto ricorrente nel lessico politichese e induce sospetto. Chi dice che vi è bisogno di quel cambiamento? Viene garantito il rispetto delle competenze o dobbiamo immaginare tentativi incostituzionali di attribuzione di opera medica a professionisti non medici come siamo abituati a vedere in questa regione? Per stabilire la vera necessità di un cambiamento bisognerebbe partire da una attenta analisi delle criticità e dei bisogni e tarare la proposta su questa analisi, riportando punto per punto come i cambiamenti proposti possano determinare un effetto positivo sulle criticità e i bisogni. Purtroppo questa analisi manca e si imposta tutto il progetto su una generica istanza di razionalizzazione e ottimizzazione.... Siamo sicuri che il cambiamento sia sempre sinonimo di miglioramento? Quali strumenti o indicatori sono previsti per
--	---

	dimostrare che si realizzerà un vero miglioramento nella qualità ed efficacia delle cure per i pazienti, di cui l'Ordine deve essere garante per propria funzione istituzionale, nonché nel rispetto della professione medica? Sono stati presi in considerazione i costi e il consumo di risorse che il continuo cambiamento degli assetti istituzionali e amministrativi comporta per la sanità pubblica? Costi e risorse che sono sottratti alla parte produttiva, medici e operatori sanitari, della sanità.
--	--

<u>PIÙ TERRITORIO</u> <i>Rafforzamento del ruolo del Direttore di Distretto</i> ▪ <i>Rappresentanza del DG dell'Azienda nel proprio territorio</i> ▪ <i>Assegnazione di un budget, comprendente anche le risorse per le prestazioni ospedaliere di base</i> ▪ <i>Poteri di indirizzo, coordinamento e verifica sui Dipartimenti, compresi quelli clinici, del territorio di riferimento</i> ▪ ▪ ▪ ▪ ▪ <i>Istituzione dei Dipartimenti di continuità</i> ▪ <i>Strutture ospedaliere del Distretto, per le attività di tipo generalista o specialistico di primo livello;</i> ▪ <i>Cure intermedie;</i> ▪ <i>Case della salute, per le attività che garantiscono risposte ad esigenze di prossimità e di continuità assistenziale.</i> ▪ <i>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</i>	Questi ragionamenti dimostrano, ci si consenta il termine, una schizofrenia istituzionale con continui cambiamenti di rotta: la legge n. 833 del '78 aveva istituito le Unità Sanitarie Locali con lo scopo di provvedere ai bisogni sanitari dei territori. In seguito, per risparmiare ed rendere efficiente il sistema, si disse, si sono volute trasformare le Unità Sanitarie Locali in Aziende. Poi si è detto che le Aziende dovevano essere ridotte di numero ed accorpate, ora si torna a parlare della necessità di decidere i servizi sul territorio con l'assegnazione di poteri e di budget al distretto. Un giorno di frammenta, l'altro si accorpa e l'altro ancora si frammenta di nuovo. Si vuole forse fondere le attività del MMG con quelle degli ospedali di I° livello? Consolidamento della rete ospedaliera abitualmente significa taglio dei posti letto e del personale.
---	---

AL LIVELLO OSPEDALIERO

Istituzione dei Dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano

- *Ambiti trasversali (per es.: Emergenza-urgenza, Diagnostica per immagini e di laboratorio);*
- *Strutture specialistiche aggregate per apparati o organi*
- *Rafforzamento delle competenze e del mandato dei Direttori di Dipartimento per la definizione congiunta di obiettivi di interesse comune da parte delle Aziende coinvolte*
- *Budget attribuito dall'Organo di Governo Interaziendale, allocato tra le diverse strutture in maniera da incentivare le forme di collaborazione e integrazione più efficaci tra strutture e professionisti di Aziende diverse per il conseguimento di obiettivi di interesse metropolitano*
- *Ambiti trasversali (per es.: Emergenza-urgenza, Diagnostica per immagini e di laboratorio);*

Queste enunciazioni richiedono importanti commenti.

Quanto proposto sembra del tutto funzionale a tagliare le funzioni primariali, cioè dei direttori di unità operativa o struttura complessa, cosa promessa anni fa da un governatore che riteneva costassero troppo, e non considerava il fatto fondamentale che il primario è quello che ha (o deve avere) le competenze cliniche e l'esperienza maggiore rispetto ai subordinati e **deve essere presente nella sede dove si erogano prestazioni sanitarie di impegno.**

A fronte di questi tagli, si istituiscono figure dirigenziali non mediche a cui si attribuiscono funzioni e stipendi primariali

- *Strutture specialistiche aggregate per apparati o organi*

L'aggregazione per apparato o organo, aldilà di quelle che sono le attuali specializzazioni riconosciute, non fa altro che determinare una parcellizzazione del paziente, oltre a togliere "clinical competence" ai medici che si trovano a lavorare in strutture ultra-specialistiche. In più determina un dominio dispotico di figure direzionali sulle scelte del paziente. Certamente vanno centralizzate le altissime complessità come i trapianti, ma non le singole specialità.

- *Rafforzamento delle competenze e del mandato dei Direttori di Dipartimento per la definizione congiunta di obiettivi di interesse comune da parte delle Aziende coinvolte*
- *Budget attribuito dall'Organo di Governo Interaziendale, allocato tra le diverse strutture in maniera da incentivare le forme di collaborazione e integrazione più efficaci tra strutture e professionisti di Aziende diverse per il conseguimento di obiettivi di interesse metropolitano*

Se le collaborazioni tra professionisti sono sempre benvenute e sempre più indispensabili, vanno ricordate 2 cose:

- 1) l'istituzione delle Aziende serviva proprio a creare competitività tra le varie istituzioni nella prospettiva di un miglioramento continuo.
- 2) l'integrazione dei professionisti delle diverse aziende non deve diventare la scusa per una mobilità del personale tra le aziende, impositiva, a costo zero e senza alcun riconoscimento economico e facendo perdere

	sicurezza alle cure.
--	----------------------

4 SCENARI, 4 IPOTESI DI CAMBIAMENTO

1. *Accordo di programma tra le Aziende metropolitane*

- *Disciplina gli ambiti di attività in comune (a partire dai Dipartimenti interaziendali) e le principali regole organizzative e finanziarie per la gestione di queste attività*
- *Impatto istituzionale relativamente modesto (modifica degli Atti aziendali)*
- *Non consente ai Direttori dei Dipartimenti interaziendali di disporre in modo unitario delle risorse affidate loro, in particolare per quanto riguarda le risorse umane che continuano a mantenere rapporti datoriali con le Aziende di origine*

2. *Il Consorzio*

- *Soggetto giuridico autonomo*
- *Le Aziende conferiscono le risorse necessarie per lo svolgimento delle attività di interesse comune*
- *Direttori generali (insieme) e Direttori di Dipartimento sono dotati di poteri analoghi a quelli previsti per una Azienda*
- *Le risorse fanno capo ad un unico soggetto*
- *Necessario procedere alla introduzione di una norma regionale che introduca e disciplini una nuova tipologia di Azienda sanitaria*
- *Verifica della sostenibilità della co-datorialità nei rapporti con il personale*

3. *Una nuova Azienda Ospedaliero-Universitaria*

- *Le alte specialità del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi e dell'Azienda USL*
- *Un Centro per il trattamento di patologie complesse a vocazione chirurgico-interventistica*
- *Un polo di riferimento nazionale per la ricerca traslazionale e la didattica che potrebbe diventare il terzo IRCCS dell'Area metropolitana di Bologna*

4. *Una Azienda di nuovo tipo, Sanitario-Universitaria*

Non siamo particolarmente appassionati a questi argomenti, nel senso che l'assetto istituzionale odierno, già stabilito da precedenti leggi, non ha bisogno di cambiamenti, semmai di essere fatto funzionare bene.

Abbiamo un suggerimento da dare: per il miglioramento della ricerca e insegnamento si ricostituiscia la facoltà di medicina ora del tutto parcellizzata.

La costituzione dell'IRCCS S. Orsola potrebbe essere vista come un parziale correttivo alla disgregazione della facoltà promossa dalla legge Gelmini e attuata pervicacemente nel nostro ateneo. Deve però essere chiaro che le componenti universitarie già presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna-Policlinico S. Orsola-Malpighi, devono entrare totalmente nel suddetto IRCCS e collegarsi con gli altri IRCCS cittadini a larga componente universitaria (Neuroscienze e Rizzoli)

▪ <i>Un nuovo modello di integrazione tra Azienda USL e Università</i> ▪ <i>Collegamento tra assistenza, didattica e ricerca nei livelli territoriali ed ospedaliero distrettuale di riferimento</i> ▪ <i>Sviluppo di una collaborazione organica e stabile per sviluppare attività di formazione a sostegno dell'acquisizione delle competenze richieste alle professioni mediche e sanitarie per rispondere alla nuova articolazione territoriale di servizi prima ospedalieri</i> ▪ <i>Necessari interventi normativi di carattere regionale</i>	Ma ci sembra di intuire che si voglia scegliere una soluzione che contempli più scenari E nazionale ???
--	---

<u>BOLOGNA HUB INTERNAZIONALE DELLA RICERCA</u> ▪ <i>Rafforzamento ulteriore della vocazione per la ricerca sanitaria di Bologna, che già oggi si colloca ai primi posti a livello nazionale</i> ▪ <i>Network per la ricerca sanitaria di livello europeo grazie anche alle collaborazioni tra il nuovo IRCCS multi-specialistico e i due IRCCS esistenti, l'ISNB e lo IOR, oltre che con l'Istituto di Montecatone</i> ▪ <i>Incremento significativo dell'attrattività del polo bolognese, tanto nei confronti di fondi pubblici e privati che verso talenti ed alte professionalità</i> ▪ <i>Elevata potenzialità di trasferimento dei risultati scientifici alla applicazione sul piano clinico ed assistenziale</i> ▪ <i>Opportunità per migliorare il raccordo e l'integrazione tra le reti assistenziali, le reti per la ricerca e la didattica</i> ▪ <i>Possibilità di ampliamento delle reti formative, in particolare per le Scuole di specializzazione</i> ▪ <i><u>Utilizzazione di sedi esterne alla Azienda Ospedaliero-Universitaria, come per esempio alcuni presidi ospedalieri o le Case della salute al livello distrettuale</u></i> ▪ <i><u>Possibilità di ampliamento delle reti formative, in particolare per le Scuole di specializzazione</u></i>	Potrebbe andare bene utilizzare sedi ospedaliere per la formazione degli specializzandi, ma a patto che siano sedi e unità operative dove non ci sono carenze degli organici, perché gli specializzandi non siano utilizzati per sostituire gli organici carenti.
--	--

▪ <i>Utilizzazione di sedi esterne alla Azienda Ospedaliero-Universitaria, come per esempio alcuni presidi ospedalieri o le Case della salute</i>	Le sedi esterne, così come il <u>sistema hub e spoke</u> devono essere reconsiderati e non sono applicabili in tutte le discipline a differenza
---	--

<i>al livello distrettuale</i>	di quanto si sta già facendo ad esempio con le chirurgie di Budrio e di S. Giovanni in Persiceto. Deve essere riconsiderata anche la organizzazione dei reparti ospedalieri per <u>“intensità di cure”</u> invece che per disciplina specialistica, alla luce delle problematiche che si sono evidenziate in questi anni di applicazione del sistema, che creano problemi seri ai pazienti e al personale. Le <u>case della salute</u> devono essere fatte funzionare bene e devono comprendere gli <u>ospedali di comunità</u> attivi ed efficienti, dove possano essere gestite le cronicità non gestibili al domicilio, ma che certo sovraccaricano i reparti per acuti. Per funzionare bene e a norma questi devono prevedere direzioni mediche e presenze mediche <u>le proposte in campo</u>
---------------------------------------	---

<i>I due IRCCS di Bologna</i> ▪ <i>mantengono la loro soggettività giuridica ed autonomia funzionale</i> ▪ <i>sviluppano ulteriormente le loro collaborazioni con altre strutture del SSN</i> <i>La fusione tra Aziende USL dell'Area metropolitana</i> ▪ <i>La letteratura internazionale e le esperienze nazionali sembrano indicare che allo stato attuale non incida in modo rilevante per il perseguimento delle finalità generali dell'Accordo di programma</i> ▪ <i>La riorganizzazione dei servizi distrettuali ed ospedalieri nell'Area metropolitana di Bologna può trovare una efficace attuazione anche nell'attuale scenario</i>	??? E la attuale legislazione nazionale come si concilia ???
---	---

<u>NUOVI STRUMENTI PER NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI</u> 1. <i>Rafforzamento del ruolo dei Direttori di Distretto</i> 2. <i>Rafforzamento del ruolo dei Direttori dei Dipartimenti interaziendali di ambito metropolitano</i>	Che devono essere dei medici
--	-------------------------------------

3. <i>Istituzione di un nuovo Organo strategico di Governo Metropolitano</i> ▪ <i>Una serie di proposte che puntano a migliorare l'efficienza dei processi decisionali</i> ▪ <i>Esigenze già maturate nel corso degli ultimi anni</i> ▪ <i>Il necessario sostegno alle diverse ipotesi di integrazione avanzate</i> <u>L'ORGANO DI GOVERNO METROPOLITANO</u> ▪ <i>I Direttori generali delle quattro Aziende</i> ▪ <i>Un Coordinatore scelto dalla Regione</i> ▪ <i>Ampi poteri di programmazione a alta gestione</i> ▪ <i>Decisioni riguardanti le attività comuni, a partire dalla individuazione e allocazione delle risorse necessarie</i> ▪ <i>Stretto raccordo e coerenza con gli indirizzi di Regione, CTSSM e Università</i> ▪ <i>Decisioni vincolanti per le rispettive Direzioni generali</i> ▪ <i>Intervento normativo regionale</i> ▪ <i>Adeguamento degli Atti aziendali</i> ▪ <i>Definizione delle funzioni negli ambiti di interesse comune</i>	Che deve prevedere la presenza delle rappresentanze sindacali <u>Dovrebbero anche essere previste nell'O.G.M. le rappresentanze sindacali di tutte le sigle accreditate dal CCNL</u>
---	---

<u>IL PERCORSO DI INFORMAZIONE E CONSULTAZIONE</u> <i>Coinvolgere la molteplicità di attori che animano la sanità metropolitana</i> ▪ <i>Le diverse categorie professionali, sanitarie e amministrative</i> ▪ <i>Ordini professionali (medici, infermieri, tecnici radiologi, ostetriche, ...ecc.)</i> ▪ <i>Istituzioni locali (Comitati di Distretto, Sindaci)</i> ▪ <i>Organizzazioni Sindacali</i> ▪ <i>CCM, Associazioni di volontariato, Comitati civici, Organizzazione di cittadini</i> ▪ <i>Cittadini</i> ▪ <i>Pubblicazione del Documento sul sito della CTSSM</i> ▪ <i>Incontri diretti</i> ▪ <i>Quaderno degli attori, un luogo digitale</i>	<u>Deve essere un coinvolgimento vero già nella fase di progettazione e non una parvenza di condivisione di decisioni già prese da altri.</u> <u>In tutti i documenti e allegati predisposti manca una vera ricognizione della</u>
---	--

della disabilità. Sarebbero auspicabili: preparazione universitaria consona per una visione globale dei problemi degli anziani, potenziamento del numero degli specialisti in geriatria sul territorio, presenza costante della figura di un Geriatra nelle case della salute per sopperire ai bisogni cronici degli anziani ed evitare sovraffollamento dei PS e ricoveri ripetuti spesso per la stessa patologia. Bisogna valutare l'incremento dei numero di posti letto accreditati per la riabilitazione ed il potenziamento dei servizi di riabilitazione sul territorio per favorire l'inserimento del paziente nel proprio domicilio limitando ulteriormente i cosiddetti "ricoveri sollievo".

- Nessuna parola sulla organizzazione della Odontoiatria e di come migliorare anche la formazione degli odontoiatri.
- Non vi è evidenza di dati economici per capire come questa riorganizzazione possa garantire dei risparmi senza generare problemi ulteriori alla collettività, peraltro la sua macchinosità potrebbe invece renderla più costosa.

Inoltre:

- 1) Siamo nettamente contrari all'attivazione di U.O. interaziendali con primari "a scavalco", come già enunciato; nelle sedi ospedaliere in cui è prevista un'attività specialistica od un servizio ci deve essere una U.O. con un organico adeguato ed un direttore di U.O., il cui ruolo, oltreché organizzativo, sia quello di garantire la massima "clinical competence" e fornire supporto e condivisione di responsabilità ai secondari, oltreché sicurezza di cure ai pazienti.
- 2) Le Unità Operative Inter-Aziendali possono portare all'appiattimento ed alla mobilità continua del Personale, con ricadute negative sul rapporto con il Paziente, che non è il cliente del negozio di scarpe, né l'utente dell'azienda del gas, ma un Malato che richiede condivisione dei propri problemi di salute con Lui stesso ed i Suoi Familiari. La figura del Direttore di un'Unità Inter-Aziendale è semplicemente mostruosa, con ricadute negative sul rapporto collegiale con i propri Collaboratori (inclusi i diversi gradi di competenza, gli ambiti decisionali e la crescita professionale) e su quello relazionale con i Pazienti ed i Familiari, che si sentiranno sempre più abbandonati a Loro stessi.
- 3) Ancora oggi il CCNL è disatteso per molte parti e mette in grave sofferenza il lavoro dei medici strutturati che, anzi, appena possono si dimettono dal SSN (vedi recente esodo di 11 Ortopedici dall'Ospedale Maggiore).
- 4) Abbiamo inoltre, in passato più volte, manifestato la nostra estrema contrarietà alla organizzazione dei reparti ospedalieri per Intensità di cure, il cui unico scopo è quello di risparmiare sui posti letto, peggiorando e disgregando il lavoro delle equipe dedicate, soprattutto infermieristiche, che si trovano a trattare patologie difformi con professionisti che hanno spesso modalità di cure diverse.
- 5) Così come siamo sempre stati contrari alle riorganizzazioni chirurgiche per programmi, in cui pochi Direttori hanno il potere sulle sale operatorie, a fronte di competenze chirurgiche di tanti altri professionisti chirurgici che devono spesso sottostare alle scelte, spesso dispotiche e non cliniche, sempre a scapito dei pazienti.
- 6) Ribadiamo inoltre la contrarietà anche al modello Hub & Spoke per le discipline chirurgiche di media complessità; l'esperienza maturata negli ultimi 3 anni ci ha fatto comprendere quanto questa sia pericolosa per la sicurezza dei pazienti, oltre ad essere motivo di disagio.
- 7) Sarebbe opportuno dare piena attuazione invece al DM 70 con la precisa definizione sul territorio metropolitano dei presidi ospedalieri (I, II e III livello con tutti i relativi servizi previsti dal decreto), così come sulla posizione dei punti nascita.
- 8) Come già detto, non vi è evidenza di quale sia la situazione attuale della risorsa "Personale" (nelle tabelle riportate negli allegati sono elencate le UU.OO. con i loro posti letto, il peso del drg, i ricoveri, la produzione scientifica, i fondi che autonomamente riescono ad ottenere) ma nessun accenno a quanti siano i dipendenti medici presenti, con quale ruolo (universitari, ospedaliero,

stabile o precario) che sappiamo essere sempre in carenza e soprattutto nessuna parola a quali debbano essere le dotazioni organiche per poter realizzare servizi efficaci, sicuri, pronti e puntuali per le cure dei tanti pazienti dell'area metropolitana, ricordando bene che la cura dei pazienti richiede tempo medico ed il tempo medico richiede organici adeguati e preparati. La riduzione dei tempi di attesa per tutte le prestazioni sanitarie non può avvenire con gli organici carenti di cui attualmente disponiamo.

9) E' evidente che si vogliano tagliare le apicalità mediche e poi utilizzarne i fondi per creare nuove apicalità che possano essere affidate a professionisti non medici come i Direttori di Distretto, di cui non si specifica mai che tipo di curriculum formativo e professionale debbano avere.

10) Il cittadino deve sapere sempre che tipo di professionista ha dinanzi a sé e quindi ogni figura sanitario va adeguatamente identificata con la sua qualifica di competenza (medico, infermiere, tecnico, ecc.).

11) Viene creato un OGM non previsto dalla normativa vigente che ha la funzione di controllo della regione sui Direttori Generali; con questo sistema si valorizza il potere e non la professionalità dei Medici.

12) Nessun accenno anche al ruolo del privato convenzionato.

13) Al di là dei progetti fatti dalla componente Universitaria, l'ordine dei Medici di Bologna auspica la ricostituzione della Facoltà di Medicina, che superi la riforma Gelmini, ricompattando tutte le componenti oggi disperse nei vari dipartimenti e consentendo una migliore programmazione degli accessi alla Facoltà, alle Scuole di specializzazione e ai tirocini formativi di base e specialistici.

Purtroppo, nonostante la buona volontà manifestata dall'Assessore Barigazzi, cui va il nostro sentito ringraziamento per aver voluto chiedere il parere dell'Ordine, le conclusioni che traiamo sono che tale proposta va assolutamente ripensata alla luce delle nostre considerazioni, costituendo gruppi di lavoro con professionisti medici che operano veramente sul campo tutti i giorni a stretto contatto con i problemi dei malati.

In attesa di riscontro alle nostre osservazioni mi è gradita l'occasione per inviare i miei saluti più cordiali,

Giancarlo Pizza
Presidente OMCeO
Bologna

