



Dott. Giuliano Barigazzi

Assessore alla Sanità e Welfare Comune di
Bologna

e

Presidente Conferenza Territoriale Sociale e
Sanitaria (CTSS)

Sede

Oggetto: CONTRIBUTO ed OSSERVAZIONI DELLA CISL MEDICI al documento di proposta di riorganizzazione “La sanità del futuro: Forme di integrazione nell’Area metropolitana di Bologna”.

Gentilissimo Presidente CTSS,

è con grande piacere che aderiamo alla Sua generosa richiesta di fornire alla discussione pubblica che si è svolta e che si sta per concludere in merito al documento di cui all’oggetto, il Nostro modesto ma ci auguriamo utile e proficuo, contributo.

In primis non risulta superfluo ringraziare la S.V. per il percorso di coinvolgimento diretto e di confronto aperto che Ella ha voluto adottare e che ha perseguito in questi ultimi mesi, con metodo, convinzione, concretezza e sensibilità politica ed istituzionale, nel pieno senso di rispetto per la carica che ricopre; metodo e sensibilità di cui non possiamo sottacere il Nostro profondo apprezzamento come associazione ed il compiacimento più sincero anche come singoli cittadini.

Durante questo percorso abbiamo avuto più occasioni di confronto il cui momento più formale si è svolto il 17 settembre u.s. presso Palazzo Malvezzi in Bologna.

In quella occasione le espressioni delle diverse Organizzazioni Sindacali della Dirigenza (sanitaria e medica) lì convenute sono state di segno sostanzialmente positivo, ancorché interlocutorio, rispetto agli approdi realistici e soprattutto rispetto ai metodi ed alle modalità di applicazione delle scelte di politica sanitaria in ambito bolognese. E questo pur con qualche accenno critico, in particolare rispetto alle condizioni di lavoro del personale medico, segnatamente quello ospedaliero, con particolare riferimento a quello che opera nei punti maggiormente stressati dalla utenza come i servizi emergenza urgenza (compresi quelli ambulatoriali) o nei setting assistenziali maggiormente complessi per l’intensità delle cure e per l’alto contenuto in tecnologia, veri e propri punti più nevralgici della sanità cittadina.

Inoltre da più parti si è posto l’accento, più volte ribadito, sul “come” si sarebbe poi dato seguito alle scelte una volta fatte, qualsiasi esse potessero essere.

Ebbene a tal proposito preme sottolineare quale premessa che, se da un lato non vi è dubbio che il successo di una operazione di riorganizzazione, tanto più della portata di quella in discussione, dipende anche dal “**come**” si realizzano le cose, cioè da una costante e coerente azione di predisposizione, avvio, condivisione

1

ed infine governo del cambiamento, d'altro lato non vi è però altrettanto dubbio che, se le scelte effettivamente prese, non sono quelle giuste per la realtà che si vuole modificare, possibilmente migliorare, non vi è poi aggiustamento che tenga. Certo si tratta di una difficile scelta che solo una cultura solida, una lucida visione di prospettiva ed un agire lungimirante, anche rispetto al coinvolgimento dei soggetti più competenti dal punto di vista tecnico ed adeguati dal punto di vista del contesto sociale, politico, istituzionale, del modo economico ed accademico locale, può tenere insieme. In sintesi il "cosa" fare (ed anche ci permettiamo di dire il "cosa" non fare) è **prioritario**.

Questo senza nulla togliere agli approfondimenti tecnici correttamente svolti dal gruppo di lavoro, che per qualità, metodo e merito sono stati esaurienti e condivisibili in ordine alla analisi:

- della dinamica demografica: per es. : è evidente il trend in accelerazione dell'invecchiamento della popolazione e l'urgenza di adottare metodi, mezzi e strumenti idonei per tipologia di intervento e per affrontare questa vera e propria emergenza storica;
- del contesto sociale: per es. l'impatto delle immigrazioni dai paesi extraeuropei, portatori di altre culture comportamentali relativamente alla cura della propria salute (in termini di prevenzione e di educazione sanitaria);
- della situazione epidemiologica, che a sua volta riflette le due condizioni sopra appena enunciate, attraverso per es. la maggiore prevalenza delle patologie croniche (metaboliche, evolutive e degenerative), con un incremento della incidenza delle comorbidità e della pluripatologia nella popolazione generale (sempre più anziana) e di quelle acute (con particolare emergenza di quelle infettive sia di ritorno quale effetto della caduta di tensione sulla prevenzione _ vaccinale o altra _ sia per conseguenza dei flussi migratori _ regolari o meno che siano _);
- dei confronti con altre realtà regionali, nazionali e internazionali rispetto scelte intraprese in altri contesti ma per gli stessi obiettivi di efficacia ed efficienza dei servizi pubblici per la salute delle persone.

Infatti, fatto salvo la condivisione dei generali obiettivi posti, che ci sentiamo di sostenere in relazione a:

- miglioramento e "recupero" della **accessibilità, prossimità e qualità** dei servizi per i cittadini, per altro da tutte le parti auspicato e richiesto;
- **sostenibilità economica** (di cui però andrebbero e dovranno essere esplicitati meglio i confini generali ed i margini di manovra locali di integrazione);
- stimolo e supporto più forte alla **ricerca ed all'innovazione, alla qualificazione ulteriore della didattica pre- e post-laurea**.

E fatta salva l'adesione all'assunto, altrettanto condivisibile, che tutti tali obiettivi passano necessariamente dall'**integrazione** tra le Aziende presenti nel territorio, in un contesto di riorganizzazione dei servizi distrettuali ed ospedalieri dell'Area metropolitana.

Vorremmo aggiungere, come rappresentati della dirigenza sanitaria, che sentiamo il bisogno di un concreto coinvolgimento tecnico, ciascuno per le proprie competenze, e non secondariamente, anche la necessità che vengano ricercate ed adottate soluzioni (nel percorso di riorganizzazione che si sta per intraprendere per la sanità bolognese) che possano portare, a parità degli altri obiettivi, ad un qualche **miglioramento delle condizioni di lavoro in cui si esercita la professione all'interno delle strutture (siano esse ospedaliere per la specifica intensità e delicatezza di funzioni, siano esse territoriali per il rapporto quotidiano e diretto con l'utenza fragile o meno informata)**, affinché siano **meno stressanti** per gli operatori e quindi **più performanti** a favore degli utenti.



Tornando al tema della integrazione il fatto però che si definisca che essa possa avvenire che solo nei modi ipotizzati (ancorché se ne ipotizzino diversi non necessariamente alternativi) Ci fa però percepire un rischio, ovvero che da un lato l'accorpamento per funzioni e livelli di (alta, media e bassa) specialità dei Servizi Ospedalieri, con relativo rarefazione ed accentramento dei luoghi e punti decisionali apicali ed il conseguente allungamento della catena di trasmissione di cura (con concreta perdita di efficacia e rapidità di intervento a livello clinico) e dall'altro lato il rafforzamento della autonomia e l'attribuzione di maggiore potere economico e decisionale dei Distretti Territoriali, possa portare ad una divaricazione delle prospettive e degli obiettivi operativi, piuttosto che ad una maggiore convergenza sulle pratiche ed una migliore integrazione dei servizi; ovvero ad un effetto diciamo paradossale rispetto a quanto desiderato. Diventa quindi fondamentale che in partenza si definiscano chiaramente gli ambiti di competenza, ovvero del: chi fa che cosa, per quale target e popolazione, quando, dove, con che risorse (economiche, strumentali, umane e professionali); e che vi sia una forte esplicitazione delle modalità di integrazione ovvero del come.

Ovviamente fatte salve le necessarie elasticità funzionali alle collaborazioni ed alle buone pratiche utili alla continuità e fluidità dei servizi; ugualmente da prevedersi e pianificare oltreché governare.

Ciò per dire in sintesi che l'azione di valutare gli strumenti istituzionali e organizzativi più efficaci per il miglioramento e quindi la scelta di "quale" strada (o "quali" strade in una ottica di intervento su più livelli) intraprendere è fondamentale almeno quanto la sua modalità di realizzazione cioè il "come" ed anzi per lo più ne condiziona lo svolgimento e ne determina il successo o meno rispetto agli obiettivi che il cambiamento si prefigge di raggiungere.

Venendo alle proposte operative in discussione, ovvero al merito del Documento, di seguito si riportano le osservazioni che questa Organizzazione di Rappresentanza Sindacale ha inteso sollevare, senza una pretesa di sistematicità ma focalizzando l'attenzione su alcuni punti e passaggi che si ritiene essere degli snodi rilevanti e sostanziali, anche in una ottica di ricaduta (positiva o meno) sul sistema, sui cittadini ed utenti e sugli operatori (tutti).

Nell'ambito di quelli che si potrebbero definire gli **obiettivi di sistema** ovvero strategici certamente rientrano le ipotesi sulla riorganizzazione degli ospedali o rete ospedaliera metropolitana ed il potenziamento delle strutture territoriali (i distretti e le loro Direzioni) ci siamo focalizzati sulle tematiche.

1) Gli ospedali: i livelli di intervento ipotizzati /proposti intersecano più piani: a) quello organizzativo, b) quello istituzionale, c) quello finanziario, d) quello della ricerca e la didattica versus la pratica clinica, e) quello della dimensione o estensione.

La razionalizzazione della rete ospedaliera deve essere una vera riorganizzazione che parta dal presupposto di un potenziamento e non sia una concentrazione di luoghi che nasconde una sottrazione di quantità e purtroppo anche di spesso di qualità; non deve cioè andare in sottrazione di servizi in un luogo a favore di un altro e viceversa, come fino ad oggi fatto.

Ovvero e fatto slavo le discipline e l'offerta definibile di alta specializzazione (Cardiologia Cardiochirurgia, Specialità Chirurgiche e dei trapianti, ecc...), per il resto non basta seguire il principio della distribuzione sul territorio ma, per evitare di dare dove non serve e di sottrarre dove invece servirebbe potenziare, occorre un potenziamento dove si concentra la domanda ed una rimodulazione dove l'offerta risulta meno richiesta...facendo ricorso anche alla analisi e verifica della concentrazione della popolazione nei territori ed al profilo epidemiologico di dettaglio specifico di questi stessi territori. In altre parole la "equa distribuzione delle risorse" va interpretata in base alla effettiva ed oggettiva necessità di cura di cui la domanda è una inferenza (o approssimazione) importante; questo se si vuole perseguire la strada di avvicinare i servizi alle persone (tanto più se anziane _ la geriatria _ , fragili _ la pediatria e le malattie rare_ o croniche _ le malattie metaboliche e degenerative_); piuttosto che perseguire la concentrazione dei servizi (che significa rarefazione sul territorio) contando su una maggiore mobilità dei pazienti (cosa di cui sconsigliamo di insistere ulteriormente ma semmai di mettere in controtendenza).

In concreto e come già discusso verbalmente, auspichiamo che la volontà di tornare ad una reale e sostanziale autosufficienza dei territori sia davvero perseguita almeno per le Specialità di base più richieste e/o in linea con le esigenze di cura della maggioranza delle persone.

In questo la continuità di cura tra Ospedale e territorio non passa semplicemente (come troppo spesso si è ipotizzato) dall'accentramento delle direzioni delle unità operative cioè da un responsabile unico con "giurisdizione" metropolitana. Anzi al contrario la supervisione clinica di un direttore deve poter essere esercitata direttamente e non "a distanza " o solo organizzativamente; ma deve essere svolta eminentemente in loco proprio per gli aspetti di "competence" clinica che tale ruolo implica; se si vuole qualificare i servizi nel senso della efficacia degli interventi e della soddisfazione dell'utenza rispetto ai risultati di cura ed agli esiti di salute. Bisogna infatti considerare che stiamo parlando di attività cliniche dove la competenza professionale è fondamentale.

Quindi anche su questo versante suggeriamo di evitare ulteriori accorpamenti di strutture complesse ma semmai di valutare meglio quali siano davvero utili mantenere e piuttosto implementare ai fini di un miglioramento della qualità delle cure.

Per quanto riguarda la questione poi delle "vocazioni" specialistiche sia in ambito universitario che ospedaliero non possiamo che sottoscrivere quanto annotato dall'Ordine dei Medici di Bologna ovvero che: "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". Aggiungendo che esse (le vocazioni) vanno valorizzate ed assecondate in funzione dei bisogni sanitari della popolazione (cioè con occhio e mente scientifica) e non per "presa di parte" per farne un vero e completo servizio alla comunità locale ed eventualmente un modello di riferimento per il livello regionale e nazionale.

È chiaro che quest'ultimo tema si intreccia anche con il tema della ricerca e della possibilità di favorirne le ricadute positive sul piano assistenziale; tema questo di grande attualità e di indubbia necessità (non vi è sviluppo senza ricerca e studio); in quanto vi convergono sia le esigenze dei medici di poter utilizzare ed applicare le pratiche e terapie più aggiornate e sicure, sia le aspettative dei pazienti che, in una realtà avanzata socialmente ed economicamente nonché scientificamente come quella Bolognese, si attendono le risposte più aggiornate possibili in loco, senza dover "migrare" in altre aree del nord Italia (leggasi Milano e la Lombardia in generale, che nel corso degli anni hanno avuto una maggiore spinta ed attenzione verso la innovazione, sia sul versante della ricerca sia sul versante della tecnologia e della pratica clinica).



Quali strumenti per conciliare tutto quanto sopra? nessuna pregiudiziale contrarietà a nessuno dei modelli proposti tra quelli praticabili nel breve periodo (cioè quelli realizzabili senza necessità di interventi normativi e legislativi locali o in attesa di cambiamenti nazionali); ma nell'alveo dei contenuti (il "cosa fare") e dei metodi (il "come fare") espressi più sopra; ovvero: pochi indirizzi ma concreti e fattibili nel breve periodo e con il massimo coinvolgimento dei professionisti sotto una guida di esperti tecnici, competenti scienziati ed illuminati politici.

a) **L'IRRCCS**: se dovesse essere confermata la utilità e la fattibilità in tempi rapidi di un IRRCCS per le alte specialità nulla osta; ma con una avvertenza ed una precauzione; l'**avvertenza** riguarda il rischio (o meglio la certezza) che questo risulti ulteriormente divisivo all'interno della realtà dell'AOU-BO S.Orsola _ Malpighi tra la componente ospedaliera e quella universitaria che automaticamente transiterebbe nell'IRRCCS; tale divisione (reale o anche solo psicologica a volte) è ancora oggi presente, seppur dopo tanti anni dalla unificazione del Malpighi (puro ospedale provinciale) con il S.Orsola (puro Policlinico Universitario); e talvolta diventa una contrapposizione laddove l'ospedaliero è costretto, dalle condizioni normative preferenziali verso l'università in ambito di ricerca e didattica, a ritirarsi. La componente ospedaliera che pur è maggioritaria nei numeri (673 medici ospedalieri versus 213 universitari al 31 dicembre 2017) però è poco rappresentata nei livelli alti di responsabilità clinico manageriale (Direttori di strutture Complesse e di Dipartimento); ciò per ovvi motivi legati prima alla unificazione dei reparti "doppi" (alla fine degli anni '90 ed inizi 2000) dove a soccombere era la apicalità ospedaliera a fronte di una "Clinica universitaria" che doveva continuare la sua "mission" di didattica ricerca ed assistenza.

Non possiamo però non ricordare che, a fronte degli indubbi meriti che le cliniche universitarie hanno avuto e continuano ad avere in termini di apporto scientifico, specializzazione, competenze e didattica, nonché capacità attrattive, la componente ospedaliera si assume nella pratica corrente il maggior carico assistenziale clinico della utenza dal primo livello che entra dal percorso dell'emergenza urgenza fino alle necessità di approfondimento specialistico dell'utenza complessa.

Venendo alla **precauzione (o suggerimento)**: posto che l'IRRCCS per forza di cose non potrà essere omni inclusivo (e che, a nostro avviso, non dovrebbe essere nemmeno Inter – Ospedaliero) ma piuttosto sarà ben delineato e definito, e se fosse composto solo da unità universitarie, a maggior ragione sarà divisivo con il resto della realtà ospedaliera e dovrà essere accompagnato: sia da ben definiti rapporti tra le unità operative afferenti all'IRRCCS e quelle restanti all'ospedale con condivisioni delle funzioni e alle attività cliniche da svolgere in integrazione per il supporto del percorso di cura e presa in carico anche dei pazienti provenienti dal canale dell'emergenza urgenza; o in alternativa si renderebbe necessario potenziare le attuali dotazioni ospedaliera affinché vi possano fare fronte in mancanze del contributo della componente universitaria e delle unità a direzione universitaria; sia anche da uno sviluppo e maggiore presenza della componente ospedaliera negli organi di rappresentanza più elevati dell'azienda Ospedaliera all' interno di quello che sarà l'extra IRRCCS e che non vorremmo diventasse un "extra Moenia IRRCCS" .

b) **I Dipartimenti Interaziendali di Ambito Metropolitano**: questa ipotesi rappresenta (ci sembra) una evoluzione di quanto già praticato con le unificazioni di alcuni servizi diagnostici (LUM / TUM, in prospettiva

l'Anatomia Patologica) che effettivamente potevano e possono trarre benefici dalla applicazione, strettamente di derivazione economicistica, delle cd "economie di scala"; meno chiaro appare il vantaggio se invece si analizzano le simili esperienze già attuate in ambito Amministrativo. Ora al di là degli istituti giuridici (questione per nulla secondaria anzi importantissima in ordine ai riflessi sul personale rispetto all'inquadramento ed alla mobilità) sotto cui vengono attuati questi accorpamenti (la cessione di ramo di attività _ LUM, piuttosto che l'unificazione dei servizi a scavalco di aziende con un Responsabile unico _ TUM / Ant. Pat / Dermatologia, piuttosto che altri istituti o strumenti in funzione delle specificità dei compiti o appaiamento del personale per l'ottimizzazione delle risorse _ gestione Personale, Bilancio..... ecc.) il passo tra Unità Operative che gestiscono servizi e attività in ambito metropolitano e la costituzione di interi Dipartimenti Metropolitani è piuttosto ampio. Forse in alcuni specifici e limitati casi è necessario ma ci sembra ... diciamo solamente ci sembra... che abbia l'obiettivo ancora una volta di ridurre le apicalità e quindi la pluralità dei soggetti clinici a livelli alti per ridurre la catena di comando a livello manageriale o politico ed allungarla a livello logistico pratico.

Inoltre, nel quadro che ci è stato illustrato in cui le aziende non si uniranno, cosa su cui concordiamo completamente e vigileremo che ciò sia mantenuto, la realizzazione di Dipartimenti Interaziendali di Ambito Metropolitano si dovrà appoggiare all'interno delle singole aziende ad unità operative che sebbene in armonia con il resto del dipartimento (e della Azienda anche) in quanto a funzioni e mission, dovranno però mantenere la propria autonomia operativa e di clinical competence.

Il Suggerimento: la realizzazione (eventuale) dei Dipartimenti Interaziendali di Ambito Metropolitano si realizzi solamente in determinate e circoscritte aree di intervento che abbiano cogente evidenza di trarre giovamento da una tale aggregazione e con l'esplicito obiettivo (e conseguente utilizzo di mezzi) di potenziare il servizio in termini di integrazione territoriale ed Ospedale –territorio, ma mantenendo all'interno dei presidi le Unità complesse a garanzia della corretta gestione clinica dei pazienti e della corretta attribuzione delle responsabilità cliniche ed organizzative.

c) **Il potenziamento del mandato dei Direttori di Dipartimento**: anche in questo caso sembra/ pare un trascinarsi del vissuto; ovvero: visto lo scarso rendimento dei dipartimenti fin qui avuto rispetto alle attese si individua nella limitata autonomia o scarso potere del suo Direttore la causa di ciò. E poi quale l'idea che ci starebbe dietro? Che il direttore di Dipartimento sia stato impedito nei suoi compiti dal poco potere sui Direttori di Unità Operativa? Ma se fosse l'opposto? Cioè se il poco potere ricevuto non fosse stato ben utilizzato e compiutamente ed equamente esercitato piuttosto? Dubbio non semplice da affrontare. Il Suggerimento: Forse accompagnare il potenziamento del mandato e la maggiore area di manovra del Direttore di Dipartimento con qualche strumento che possa aumentare ed ampliare la collegialità della guida e del governo del Dipartimento (*), insieme a maggiori risorse e margini di esercizio, potrebbe rilanciare questo istituto che seppur previsto dalla Legge di Riforma non ha (a differenza di altri istituti) trovato ad oggi una concretamente utile applicazione.

(*) per es. un ruolo maggiore dei Direttori di Struttura afferenti al Dipartimento e del delegato del Direttore Sanitario (il Medico di Organizzazione di Direzione Sanitaria di Presidio)?

2) per quanto riguarda **Il territorio** si ipotizza di fare ricorso principalmente ai seguenti strumenti: **a) il rafforzamento e potenziamento del ruolo del Direttore di Distretto;** e **b) la istituzione dei Dipartimenti di Continuità.**

a) **Rafforzamento del ruolo del Direttore di Distretto**: obiettivo dichiarato di tale proposta sarebbe quello di far assumere una maggiore e più forte capacità di governo delle risorse assegnate e quindi della



produzione in ambito locale, per migliorare la autosufficienza territoriale messa in discussione e ridotta dagli interventi di accorpamento e centralizzazione di attività degli ultimi anni.

Si è già detto in premessa del rischio di ulteriore divaricazione tra gli obiettivi degli Ospedali e quelli dei territori (al posto della auspicata integrazione). Ribadiamo quindi qui il suggerimento sopra già espresso, ovvero che, se questa è la strada che si vorrà intraprendere, occorrerà però già in partenza che si definiscano chiaramente gli ambiti di competenza, : il chi fa che cosa, per quale target e popolazione, quando, dove, con che risorse (economiche, strumentali, umane e professionali); e che vi sia una forte esplicitazione del come cioè delle modalità di integrazione sui servizi e delle buone pratiche utili alla continuità e fluidità dei servizi. Per quanto riguarda la questione della guida dei Distretti ovvero di quali figure professionali debbano ricoprire tale ruolo non abbiamo dubbi che debbano essere dei medici con prevalenti competenze manageriali.

b) **Istituzione dei Dipartimenti di Continuità**: in questo ambito i servizi coinvolti sono di estrema delicatezza e la valutazione delle proposte meriterebbe un approfondimento ulteriore.

3) Inoltre nel documento non troviamo due cose fondamentali per una riorganizzazione:

A) quello che per una azienda di prodotto si definisce la politica industriale che in questo caso sarà La Politica Sanitaria della Provincia di Bologna e **B) un Piano Attuativo (di dettaglio)** di tale “politica industriale.

Entrambe queste cose sono fondamentali per la ideazione e progettazione di fattibilità; progettazione e fattibilità che non possono prescindere da un maggiore coinvolgimento delle figure specialistiche coinvolte e portatrici delle competenze idonee a perfezionare e supportare la fase dei progetti di dettaglio (il piano attuativo) e poi la fase delle attività propedeutiche e quindi dell’avvio e della realizzazione. Tali figure specialistiche si trovano in particolare nelle Direzioni Sanitarie, che ad oggi ci risultano poco coinvolte e anzi sembrerebbe che se ne prefigurino un utilizzo meramente esecutivo. Ci sembrerebbe francamente uno spreco di risorse.

4) infine non si possono non dire due parole sulla **questione professionale medica**: si nota nel disegno complessivo, anche laddove non sia esplicitato, una sorta di effetto collaterale: la marginalizzazione della Dirigenza Medica. Non vogliamo dire qui in favore di chi e che cosa, per quanto sia molto evidente; ma corre l’obbligo di osservare che non è sottraendo potere ad alcuni e dandolo ad altri (vezzo antico quanto attuale nella politica italiana nonostante si sia dimostrato deleterio) si possa pensare di risolvere alcune questioni che si ritiene critiche quale per esempio l’integrazione tra ospedale e territorio o piuttosto addirittura la compliance dei professionisti rispetto ai mandati del livello politico.

Riteniamo invece che il pieno rispetto di tutte le figure professionali a cominciare dai Professionisti della Dirigenza Medica ed il loro coinvolgimento ed il rispetto dei rispettivi ruoli funzioni e mandati sia di fondamentale importanza.

L’aggregazione verso l’alto di più figure può essere importante ma NON deve avvenire a discapito di altre figure e ruoli, che diventerebbero, in tal modo, una sorta di capri espiatori di una situazione di cui invece

pagano le conseguenze al pari e spesso più di altri, in funzione della posizione maggiormente in vista di fronte all'opinione pubblica.

Conclusioni: in sintesi il cambiamento va' fatto con le persone che ci sono, aggregandole e coinvolgendole, come Ella sta cercando di fare, senza esclusioni e con paziente affiancamento e sapiente conduzione, per trasformare questo processo riorganizzativo che si vuole attuare da un faticoso, snervante (talvolta preoccupante), potenzialmente divisivo stress organizzativo in una reale e stimolante opportunità per tutti i soggetti coinvolti al fine di raccoglierne la convinta, concreta e fattiva collaborazione con un esito di reciproca soddisfazione per i risultati che si potranno conseguire rispetto alla soddisfazione dell'utenza ed alla migliore vivibilità del sistema sanitario locale per tutti gli operatori.

Per la delegazione Cisl Medici area metropolitana bolognese

M. Battaglia, G. Govoni, P. La Porta , R. Margotti, P. Leonetti, F. Puccetti , L. Tosi

Il presidente Cisl Medici

Marisa Faraca



Bologna 20 novembre 2018