



**ASSOCIAZIONE SINDACALE ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI**

---

**Dr. Carlo Montaperto**

**Presidente Azienda ASST-Nord Milano**

**Presidente Regione Lombardia**

**ANPO-ASCOTI-FIALS Medici-ANMDO**

**Direttore Medico di Presidio**

**Presidio dei Poliambulatori di Milano**

**ASST Nord Milano**

**Sede: Viale A. Doria 52**

**20124 Milano**

tel: studio +39 02 57993033

tel: cellulare +39 347 2200404

rispondi a: [carlo.montaperto@gmail.com](mailto:carlo.montaperto@gmail.com)



ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI  
ASSOCIAZIONE SINDACALE

Regione Lombardia

*Il Presidente*  
*Dr. Carlo Montaperto*

---

All'Assessore al Welfare  
Regione Lombardia  
Avv. Giulio Gallera

La Regione Lombardia ha promulgato l'11/08/2015 la legge regionale n° 23 e con la deliberazione X/4662 del 23/12/2015 al Giunta Regionale ha indicato gli indirizzi regionali per la presa in carico della Cronicità e della Fragilità in regione Lombardia 2016-2018. In alternativa alla tradizionale "medicina di attesa" adatta alla gestione delle malattie acute, viene promossa "la medicina di iniziativa" (proattiva) che garantisce la presa in carico personalizzata con la responsabilizzazione ed il coinvolgimento del paziente in tutto il processo di cura.

Gli obiettivi di responsabilizzazione e coinvolgimento del malato cronico necessitano di un piano individualizzato per ogni caso e pretendono una quantità di operatori debitamente formati per realizzare un assioma contenuto nella stessa delibera del 23/12/2015 a pagina 9: *"rispetto all'approccio specialistico tradizionale che mette al centro la malattia (disease-oriented), un approccio focalizzato sul malato e sulla valutazione e gestione globale e multidisciplinare dei suoi problemi (person-oriented) è maggiormente in grado di cogliere il modo in cui diverse malattie interagiscono tra loro e riconoscere elementi individuali o condizioni di vulnerabilità sociale, familiare ed economica che possono aggravare i problemi di salute"*.

**Tale obiettivo può essere raggiunto se viene riconosciuto ai professionisti della sanità coinvolti il significativo sostegno organizzativo, tecnologico ed economico.**

La governance del sistema è in evidente contraddizione quando non prevede ne programma finanziamenti per la formazione, investimenti (anche di persone), revisione della struttura di prenotazione/erogazione in funzione del nuovo tipo di attività che è richiesto e, infine ma soprattutto, la definizione di procedure, di ruoli e loro "job description".

Questa "Rivoluzione Culturale" coinvolge tutti, ma mentre medici ed infermieri sono già da tempo preparati nell'ambito della loro professionalità, non lo sono le Amministrazioni e le Direzioni Generali; i loro dispositivi organizzativi diventano un vero "collo di bottiglia" e **l'opportunità per una nuova sanità**, più centrata sulla persona, più efficace, con meno sprechi e più sostenibile, **diventa una minaccia**.

## ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI

Conseguono attribuzioni superficiali, non adeguate ed incongrue al ruolo professionale del personale medico ed infermieristico che devono colmare il gap culturale e professionale di chi è preposto all'organizzazione e alla promozione della cultura organizzativa: sicuramente non la soluzione per raggiungere un obiettivo e sviluppare un progetto, in origine assai valido, ma che ha molte incognite, che dovrebbero essere risolte prima di procedere alla sua pianificazione ed implementazione.

Si sottovaluta (o si esclude?) la complessità dei malati ed il possibile scostamento tra quello che si vuole e quello che si dovrebbe fare per curare la persona. Si perde tempo ad espletare pratiche burocratiche ed amministrative e si compila una sequenza di item precostituiti che nulla hanno a che fare con il "contratto di cura", il "care management"/"case management" previsti dal modello di Wagner che è richiamato dalla stessa legge dell'Agosto 2015 e dalle delibere successive.

Poco chiaro risulta quali conseguenze possa avere un paziente qualora voglia disdire il "patto di cura"; il legiferatore infatti detta al riguardo: *Il Patto di cura ha durata annuale e non può essere tacitamente rinnovato. Il cittadino può concludere anticipatamente il percorso di presa in carico, ed eventualmente fare richiesta motivata all'ATS per la sostituzione del proprio gestore, qualora ricorrano gravi e giustificati motivi, che verranno valutati da un'apposita commissione, anche con riferimento alla mancata osservanza da parte del gestore di quanto previsto dall'art.2.* (citazione dalle delibere X/7655 del Dicembre 17 allegato 2 pag.)

E' addirittura lapalissiano rilevare quali difficoltà debba incontrare un paziente per "i giustificati motivi" (magari ha banalmente verificato la non fruibilità/comodità per lui di cure così programmate) ed i tempi di attesa necessari per l'espressione di una valutazione al riguardo e quindi di una risposta. Nel frattempo che fare? Chi se ne farà carico per "l'ordinaria amministrazione" della sua patologia nelle remore dell'attesa. Il dubbio che debba ricorrere al Privato non è peregrino.

Gli scostamenti legati alla variabilità della complessità, intrinseca nel processo di cura del cronico con la necessità di prevenire complicanze e sequele e di intervenire rapidamente quando si presentino, non hanno assolutamente spazio; le attività sanitarie non possono essere standardizzate più di tanto e comunque dovrebbero prevedere dei margini di interpretazione

Si ha l'impressione che ammettere la variabilità contraddica il sistema perchè salta la standardizzazione (quindi la budgettizzazione del cronico).

La regia del programma di cura con al centro la persona con malattia cronica è, di fatto, la criticità più macroscopica: il "clinical manager" designato dal gestore.

E' un professionista con competenze "tuttologiche", non definito. Suo compito è quello di redigere il "fantasmagorico" PAI sintetizzando Linee Guida, PDTA e consensus di più specialità, di scrivere terapie ed esami per un periodo definito anche di un anno (i grandi maestri della Medicina ci hanno insegnato che limitare temporalmente le prescrizioni dei farmaci è il modo migliore per controllare il proprio paziente, compreso i "must" che vanno di moda: l'aderence e la compliance alla terapia). La coercizione metodologica comporta gravi difficoltà e può solo parzialmente essere supportata dall'applicazione di PDTA e Linee Guida con risvolti medico-legali non indifferenti (ci sono sentenze di magistratura al riguardo ed anche il Piano Nazionale della Cronicità segnala i limiti di PDTA e Linee Guida nei pazienti pluripatologici e complessi).

Anche gli Ordini dei Medici Lombardi hanno inviato una loro serie di "Osservazioni" firmata dal dr.Spata: le delibere regionali ultime sanciscono che il Clinical Manager "si occupi in modo completo di tutte le sezioni del PAI ivi compresa quella farmaceutica ed ha la responsabilità clinica delle prescrizioni ivi contenute."

## ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI

Ne deriva che *la gestione della terapia per le patologie croniche di cui il gestore detiene la presa in carico è di esclusiva competenza del clinical manager, che si assume la piena responsabilità della prescrizione e della conduzione della terapia* (Spata).

I potenziali risvolti medico legali sono di macroscopica evidenza.

**E' totalmente deficitaria la definizione di procedure ufficiali che garantirebbe, almeno parzialmente, questa figura professionale.**

**Chi redigerà il PAI di un diabetico insulinotrattato, scompensato con frazione di eiezione depressa, portatore di ICD con Insufficienza renale al terzo stadio e magari cachessia cardiaca (non infrequente!); o di un oncologico con necessità di terapia steroidea e grave iperglicemia (frequente !) o, come successo, di un trapiantato di rene che ha diabete di tipo 1? Il diabetologo, il cardiologo, il nutrizionista, l'oncologo, il nefrologo?** E "che fare" per programmare appuntamenti ed esami annuali a pazienti con rapporti di lavoro o vita di relazione non prevedibili nel tempo per cui non è possibile pianificare il cosiddetto PAI ?

**La confusione è somma!** L'identificazione della figura e la sua "job description" non è normata e lasciata al libero arbitrio dei gestori che stabiliscono chi fa il Clinical Manager in svariati modi (almeno a Milano e dintorni). Le procedure applicative (ribadisco) di là a venire.

E l'attribuzione delle competenze per la decisione dell'affidamento specialistico a chi sarà delegata? Ad un case manager che dovrebbe essere una figura di supporto al paziente ed al clinical manager, con qualificate competenze assistenziali e non di diagnosi e cura?

**Una chiosa ulteriore è dovuta: dall'inizio degli anni 90 abbiamo speso tempo e letteratura per definire l'integrazione tra specialista e medicina generale, sono stati prodotti PDTA e varie Linee Guida (più o meno una per ogni ASL o AUSL italiane condivise e fatte proprie dalla Regioni); a chi viene demandata ora la valutazione di un paziente cronico che non ha necessità cliniche di carattere specialistico come definito da tutti i protocolli condivisi anche istituzionalmente negli ultimi cinque lustri ?**

**Per non parlare poi delle incredibili carenze del piano informatico che dovrebbe essere il "core" del sistema** sostenendo non solo le richieste di ingresso ma anche gli output per cui il percorso verrebbe semplificato e sarebbero risolti tutti gli orpelli burocratici della prenotazione delle richieste. In alcune ASST si è dovuto far invio postale tramite fattorini di ricette e PAI alla propria speditività per procedere alla prenotazione delle prescrizioni! E dove relazionare dei parametri clinici dei pazienti e dei loro aggiornamenti: la rendicontazione degli outcome la si fa su altre cartelle (alcune cartacee, alcune informatizzate, alcune inesistenti, tutte incompatibili e non parlanti tra loro!)

E' possibile sostenere un simile progetto, imporre la sua realizzazione in brevi tempi, senza aver pianificato nulla di quello che era importante da programmare confidando esclusivamente sulla buona volontà e l'attaccamento al proprio lavoro ed ai propri pazienti di medici ed infermieri. Ed gravare ulteriormente il carico di lavoro del personale ospedaliero, già oberato da turni e performance regionali da ottenere. Emerge una contraddizione di fondo: gli ospedali di tutto il mondo sono sempre più dedicati agli "acuti" con impiego di tecnologie avanzate, con ricovero di pazienti gravi e/o necessitanti di procedure con performance regionali che richiedono di limitare le durate delle degenze; è aberrante portare in ospedale attività tipiche dei Medici di Cure Primarie, che poco han da spartire con la mission ospedaliera; per giunta senza pianificare né prevedere le risorse sottratte in termine di tempo e di persone alla cura del malato.

Un ulteriore dubbio ci assale: c'è stata negoziazione tra l'Assessorato al Welfare ed i Direttori Generali di ASST ed ATS, o esclusivamente si è trattato di un trasferimento vincolante di mandati ? Senza possibilità di dialogare sulle possibili soluzioni ?

## ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI

L' ANPO Regionale si fa carico della difesa dei Direttori di Unità Operative Complesse, Dipartimentali o Semplici e di tutti i Dirigenti Medici Ospedalieri e Specialisti del Territorio, dall'imposizione ad eseguire attività (originariamente destinati ad altra categoria professionale – i Medici di Medicina Generale –) in contrasto con il proprio mandato di specificità clinica senza che siano garantite:

- adeguata riorganizzazione aziendale
- definizione delle conseguenti procedure aziendali e loro condivisione
- corretta e concordata attribuzione dei ruoli delle relative responsabilità specialistiche
- qualificata attività formativa sugli operatori sanitari
- adeguato supporto tecnologico informatico clinico (la cartella clinica informatizzata) che registri non solo gli aspetti amministrativi come il modello fornitoci per la compilazione del "PAI" ma anche quelli di pratica medica ed assistenziale.
- salvaguardia anche organizzativa della relazione e continuità di cura, fondamentali del Codice Deontologico: è diritto di ciascuna persona poter scegliere o revocare le proprie decisioni senza avere nocimento o ritardi assistenziali, con le garanzie che le sue necessità ed i suoi obiettivi di salute non siano discriminati e che vengano comunque conseguiti.

Senza queste garanzie non riteniamo sia possibile fare cose che non sappiamo fare (il PAI), né come farle, e della cui utilità sanitaria per il paziente non solo non siamo certi ma, soprattutto, non abbiamo garanzie che scelte vincolate non comportino peggioramento dello stato di salute della persona affetta da malattia cronica. Chi risponderà ai pazienti di carenze o inefficienze del sistema?

E' da stigmatizzare la posizione pauperista e semplicista di chi ritiene che tutta questa presunta innovativa attività, possa essere prodotta con scarse risorse di tempo, economiche e di persone; peggio ancora con trasferimento di competenze prettamente di tipo amministrativo sull'attività di diagnosi-cura-prognosi-terapia-assistenza gestite da medici e infermieri.

L'ANPO Regionale esprime la propria piena disponibilità collaborativa al progetto di gestione del malato cronico. Chiediamo di essere compartecipi per discutere fattivamente la necessaria riorganizzazione aziendale, l'indispensabile definizione dei ruoli, delle competenze gestionali e professionali, e la non prescindibile strutturazione di adeguate procedure.

Pensiamo che questo comune cammino, se intrapreso, ci permetterà di ottenere l'obiettivo principale di tutto il progetto: la "cure" della malattia potrà così essere trasformata nell'agognata "care" della persona nel modo più efficace ed efficiente possibile.

Non possiamo però avallare il trasformismo ideologico di una "presunta medicina" che attenziona la persona esclusivamente con un numero di "prestazioni programmate" prefabbricate a tavolino! Né sottoporci ad imposizioni o coercizioni per ottenere obiettivi confusi e poco convincenti solo per "coprire" l'incapacità organizzativa di chi è stato posto, dall'Assessore al Welfare, ad alti livelli di responsabilità manageriale.

Con Stima

Milano 23 aprile '18

il Presidente Regione Lombardia  
**ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI**  
Dr. Carlo Montaperto

