



Il Segretario Generale
Regionale

Lettera aperta alla Politica

Innanzitutto, desidero esprimere grande soddisfazione per le innovazioni - in tema di assistenza territoriale - introdotte dalle due Leggi: “Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale” e “Interventi in materia Sanitaria”, approvate dal Consiglio Regionale della Puglia il 28 Luglio 2006.

La Puglia, prima regione in Italia, ha istituito “l’Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie” all’interno della Direzione Generale della ASL, affidandone la direzione ad un medico di medicina generale indicato dal Comitato Permanente Aziendale per la Medicina Generale; ha integrato il Collegio di Direzione con la presenza dei medici di medicina generale e ha inserito l’Ufficio per la programmazione e il monitoraggio in medicina generale, diretto da un Medico di medicina generale, tra gli organi della direzione distrettuale.

Così facendo, il Consiglio Regionale Pugliese ha compiuto un passaggio decisivo ed importante nell’evoluzione del nostro servizio sanitario nazionale, integrando i medici di famiglia all’interno del sistema di governo e gestione del SSR, affidando loro compiti e responsabilità non solo legate alla produzione delle cure primarie, ma anche all’organizzazione delle cure territoriali.

Lo sviluppo di un sistema sanitario basato sull’appropriatezza, per garantire a tutti i cittadini pugliesi gli stessi livelli di assistenza, deve basarsi necessariamente sul potenziamento delle cure primarie - intese come modello assistenziale capace di intercettare i bisogni di salute dei cittadini e garantire migliore adeguatezza nell’accesso all’assistenza di secondo livello.

La legge regionale sui Principi e sull’organizzazione del Servizio Sanitario Regionale costituisce la prima fase di un processo complesso che, nel tentativo di stabilire i cardini entro cui l’azione amministrativa deve attuarsi, ha come obiettivo cambiare la sanità pugliese al fine di garantire al cittadino nuovi servizi assistenziali per migliorare la tutela della salute pubblica.

Uno degli strumenti operativi per erogare i nuovi servizi è senza dubbio l’Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale che rappresenta un mezzo di programmazione al quale il legislatore ha attribuito la funzione di individuare i nuovi livelli organizzativi della medicina generale per offrire risposte adeguate agli obiettivi stabiliti in sede politica, attraverso la concertazione con le Organizzazioni Sindacali di settore.

Con l’accordo integrativo è possibile costruire insieme, concertandolo, il modello assistenziale delle cure primarie che, pur traendo spunto dalle soluzioni individuate dalle altre regioni – come le UCP e le UTAP- sappia ben adattarsi alle esigenze peculiari della nostra Regione.

L’esperienza positiva della concertazione tra la politica e gli operatori della sanità nella stesura di un testo di legge condiviso può e deve essere riproposto in sede di contrattazione per

l'accordo regionale atteso che, ad oggi, l'approccio della parte pubblica nella trattativa ha messo in evidenza una visione diversa della sanità, più in linea con le scelte del passato che con il programma dell'attuale Giunta. Tale mentalità rappresenta il vero ostacolo allo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi ed assistenziali delle cure primarie, nonché delle cure territoriali ed è la causa principale del mancato rinnovo del contratto integrativo regionale.

Lo stato di agitazione sindacale proclamato dalla Fimmg non è quindi una nota stonata, ma rappresenta la modalità più idonea, in un sistema democratico, per contestare quella cultura ragionieristica ed ospedalocentrica che tanto ha influenzato nel passato le scelte del Governo Regionale e che ancora oggi continua a condizionare anche le decisioni dell'attuale Giunta. Com'è possibile pensare di cambiare la sanità in Puglia se la struttura tecnica di programmazione regionale continua a riproporre iniziative in contrasto con la nuova politica di cambiamento della sanità voluta dalla nuova maggioranza consiliare ed in linea, invece, proprio con quel modello di gestione della sanità ragionieristico ed ospedalocentrico, tanto di moda nella precedente legislatura?

Così ad esempio, con la DGR 2043 del 30 dicembre 2005 il Governo Regionale dovendo dare attuazione agli accordi stato-regione, avrebbe dovuto definire le "nuove" politiche territoriali, rilanciare l'assistenza territoriale e raccorderla con l'ospedale. Invece, è stato riproposto tutto il "vecchio" che era stato già prodotto con la precedente Giunta, rispolverando i vecchi progetti e varando una operazione unicamente di cosmesi politica.

Tra l'altro nella stessa Delibera, è stata riproposta l'ospedalizzazione domiciliare, "attesa l'efficacia degli interventi" (DGR 1226/05). Orbene, l'ospedalizzazione domiciliare era stata inventata dal precedente Governo utilizzando un finanziamento di €. 13.488.563 che originariamente era previsto per garantire l'assistenza domiciliare integrata. Con quel provvedimento il precedente Governo si è reso responsabile di aver ritardato sino ad oggi l'avvio del servizio territoriale per la gestione domiciliare della cronicità e della disabilità. Ma un'analogha responsabilità dovrebbe essere ricercata nei confronti di coloro che hanno dichiarato all'attuale Governo l'efficacia dell'ospedalizzazione domiciliare (DGR 1226/05) mentre i dati ottenuti dalle ASL con l'accesso agli atti dimostrano che per ogni ricovero in ospedalizzazione domiciliare la Regione ha dovuto investire somme rilevanti sino a €. 50.000/giorno/ricovero in alcune ASL (BA1)!!!

Così anche questa Giunta diventa corresponsabile per aver mancato l'obiettivo fissato dall'intesa Stato Regione n. 2271 del 23 marzo 2005 di "assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata", avendo scelto di continuare a finanziare, con tutte le eventuali implicazioni della Magistratura Contabile, una modalità assistenziale su cui non vi era alcun impegno in seno alla Conferenza Stato-Regione.

Piano di prevenzione 2005-2007.

"Il povero ti chiede di curare il suo male, il ricco ti chiede come fare a non ammalarsi".

Questo aforisma riassume la filosofia degli screening oncologici. Nella nostra regione gli screening oncologici non sono mai partiti. La prevenzione è stata limitata a quei cittadini che per cultura o per convinzione erano sensibili a tale tematiche, mentre buona parte della popolazione è rimasta senza alcuna possibilità di ridurre percentualmente e statisticamente la possibilità di sconfiggere il cancro. Nelle regioni che hanno avviato campagne di screening la mortalità si è ridotta drasticamente a tal punto che gli screening per il tumore al seno, alla cervice uterina ed al colon retto sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza con DPCM 29/11/2001.

Ciononostante, in Puglia tale possibilità è ancora negata e sui cittadini pugliesi continua a pesare il mancato avvio degli screening.

Secondo la stessa Regione Puglia, in una previsione effettuata nel 1999 e pubblicata con DGR 1509, nella nostra regione “è ipotizzabile che 1500-1800 donne all'anno si ammalinino di carcinoma mammario e 600-800 donne muoiano per la stessa causa. La mammografia è l'indagine fondamentale poiché assicura la diagnosi più precoce possibile, consentendo quindi un'efficace prevenzione secondaria. Ciò deriva dai numerosi studi clinici che hanno dimostrato, a livello mondiale, che la mortalità da carcinoma mammario può essere ridotta di almeno il 30% con programmi di diagnosi precoce di elevata qualità”. Un obiettivo che è stato clamorosamente mancato nella nostra regione con le conseguenze, in termini di salute, che è facile immaginare.

Se da un punto di vista politico la responsabilità ricade principalmente sul precedente governo regionale, analoga responsabilità va ricercata anche per chi da un punto di vista tecnico avrebbe dovuto provvedere ad elaborare il piano di prevenzione, atteso che il PSN 2003-2005 ha investito sulla prevenzione e, con particolare enfasi, su quella secondaria dei tumori e, tra questi, il cancro del seno, della cervice uterina ed del colon retto; il 2 dicembre 2003 il Consiglio dell'Unione Europea ha raccomandato agli Stati membri l'attuazione dei programmi di screening per i tre tumori di cui sopra; nell'anno 2004 è stato siglato un accordo Stato-Regioni (Cernobbio, aprile 2004) che, all'interno del Piano di Prevenzione Attiva, contemplava 4 elementi strategici, uno dei quali è lo screening dei tumori indicati nella risoluzione del Parlamento Europeo e nella raccomandazione del Consiglio d'Europa; il Governo Berlusconi nel 2004 con la Legge 138 ha finanziato le Regioni per l'attuazione degli screening con decine di milioni di euro e l'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 ne ha definito le modalità; il PSN 2006-08 ha riproposto l'attenzione puntando sulla necessità di superare gli squilibri tra le regioni italiane.

Per accedere a questi finanziamenti le Regioni devono dimostrare di aver avviato concretamente i progetti attraverso la costituzione dei relativi comitati tecnici esecutivi. In Puglia abbiamo dovuto attendere la scadenza dei termini per avviare la costituzione di questi comitati.

In questi progetti l'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 considera la figura del medico di famiglia “molto importante, in quanto il medico di famiglia può sollecitare l'attenzione di queste persone a effettuare un adeguato counselling”. Purtroppo, questi progetti, approvati dalla Giunta Regionale, pur assegnando un ruolo ai medici di famiglia, sono stati elaborati senza che nessuno abbia sentito la necessità di coinvolgere le OOSS dei medici di medicina generale, concordando con loro almeno gli aspetti organizzativi. Così, nel progetto della prevenzione del carcinoma della mammella e della cervice uterina le linee guida regionali non prevedono la partecipazione di medici di famiglia nella fase organizzativa aziendale (UAP – Unità Aziendali di Progetto - delle ASL).

Assistenza Domiciliare per pazienti oncologici. Attuazione Approvazione schema di convenzione.

Con DGR 1061 del 12 luglio 2006 la Giunta Regionale ha dato esecuzione al deliberato della precedente Giunta n° 1582 del 28 ottobre 2004, con il quale – “tra i progetti di Piano Finanziati dal Ministero della Salute – veniva approvato quello relativo all'assistenza domiciliare in favore dei pazienti oncologici individuando l'ARES quale referente del progetto medesimo”.

“L'Ares, in qualità di referente del progetto, ha redatto un apposito schema di convenzione” con il quale ha esternalizzato l'assistenza ai malati oncologici affidandola ad

alcune associazioni di volontariato a fronte di un rimborso forfetario. Questo “rimborso forfetario di detti costi onnicomprensivo a prescindere dalla durata dell’assistenza, può essere quantificato in Euro 1.200,00 (milleduecento) per ogni paziente in cura, è pari a circa il 50% della spesa sostenuta dalle Associazioni di volontariato che provvederanno a coprire la restante parte con donazioni o specifiche manifestazioni”.

Fermo restando l’importanza del coinvolgimento delle associazioni di volontariato in un campo come quello dell’assistenza ai malati terminali, appare evidente che l’integrazione, al contrario della esternalizzazione, tra il volontariato non profit ed il Servizio Sanitario Regionale rappresenti il modello più efficiente per garantire la qualità delle cure ai malati oncologici. Infatti, l’assistenza domiciliare così come prevista dall’accordo nazionale per la medicina generale è in grado di garantire l’assistenza ai malati terminali attraverso l’integrazione con i servizi distrettuali e l’apporto del volontariato.

L’esperienza maturata dopo oltre un anno di attività nella ASL BA 4, applicando il contratto integrativo regionale per la medicina generale con il contributo dell’ANT, rappresenta un modello assistenziale esemplare.

La proposta dell’Ares di “esternalizzare” questo servizio, escludendo nella fase assistenziale il distretto ed i medici di famiglia, introduce un modello assistenziale estraneo al Piano Sanitario Regionale: l’assistenza specialistica domiciliare; rappresenta una soluzione non in linea con gli obiettivi fissati dall’intesa Stato Regione; crea una forte sperequazione nella qualità dell’assistenza a questi malati, in quanto subordina prestazioni assistenziali (“ove possibile”) alla eventuale disponibilità di professionisti in seno all’associazione; è in palese contrasto con il Contratto Integrativo Regionale per la medicina generale.

La mancata concertazione con i diversi soggetti coinvolti nell’assistenza domiciliare, medici di medicina generale compresi, su argomenti di carattere contrattuale, previsti espressamente dalla Legge che li ha sottratti al potere impositivo della parte pubblica, ha di fatto creato una reale limitazione nell’esercizio dell’azione sindacale, sottraendo prerogative proprie dell’organizzazione sindacale.

Per tale ragione la Fimmg è stata costretta a rivolgersi alla Magistratura Competente per chiedere di porre termine a tali comportamenti.

Il contratto integrativo per la medicina generale rappresenta, in questo momento storico, il campo di prova su cui misurare la reale capacità di questo Governo Regionale di porre in atto il proprio programma elettorale che i cittadini pugliesi hanno premiato e che prevede la nuova organizzazione sanitaria territoriale ed i nuovi servizi ai cittadini. I partiti politici rappresentano, quindi, i garanti di queste scelte e sono i custodi di quel Primato della Politica, cardine di ogni società realmente democratica.

Oggi, invece, nella nostra Regione il potere tecnocratico sembra sovrastare il Primato della Politica con tutte le tragiche conseguenze testè citate. Occorre, pertanto, un reale cambiamento nella gestione della cosa pubblica che riporti la Politica al suo Primato attraverso una reale partecipazione dei cittadini, con le forme previste dalla Costituzione Italiana. L’intenso dibattito che si è articolato sulle tematiche relative ai principi ispiratori del servizio sanitario regionale è stato il segnale del ritorno della Politica. Per questo, ogni tentativo di esautorare i cittadini e le loro associazioni dal ruolo di interlocutori della cosa pubblica, utilizzando il potere per imporre le proprie convinzioni, deve essere energicamente censurato, in quanto significa far morire la partecipazione e con essa la Politica.

Se i partiti politici continueranno a svolgere con puntualità il proprio ruolo, allora anche tra i cittadini di questa regione tornerà la passione per la Politica ed il ricorso alla Magistratura,

per il rispetto dei ruoli e per la salvaguardia dei propri diritti, sarà un brutto ricordo di questo recente passato.

Bari, 28 agosto 2006

Filippo Anelli