

All'attenzione dell'Avv. Ruggero Razza

Assessore Regionale alla Salute

Il Sindacato Medici Italiani, per sua costituzione e composizione, rappresenta tutte le figure mediche del SSN della Dirigenza medica e della Medicina Convenzionata, per cui esprime una visione globale del SSN senza mai affidarsi a preferenze strumentali per l'una o per l'altra rispettando i ruoli e le regole che il SSN si è dato e lo stesso sindacato rispetta.

Ciò detto, ci sembra corretto affermare che nel corso degli ultimi anni, aldilà delle affermazioni di principio, è sempre più affermata una visione ospedale-centrica del sistema da parte delle Amministrazioni Regionali ultime che hanno rivolto i pochi investimenti fatti alle strutture ospedaliere di eccellenza, tralasciando i piccoli ospedali e trascurando la medicina del territorio. Gli stessi grandi ospedali, se hanno avuto modesti investimenti, hanno lavorato comunque in fortissima carenza di personale medico, infermieristico e di altre professionalità.

La visione centralistica ospedale-centrica della Regione Siciliana si è pertanto trasmessa al cittadino che ormai crede di trovare adeguata assistenza solo nei grandi ospedali, saltando tutte le figure intermedie di riferimento, comprese le strutture poliambulatoriali del SSN, i Medici di Assistenza Primaria di Famiglia oberati da carichi burocratici assolutamente incredibili, complici anche le liste d'attesa ormai infinite e, altresì, un'ADI e una gestione della cronicità veramente poco incisiva.

In questa maniera si è snaturato il ruolo dei Medici del Territorio, trasformando i PS in "unità intensive di Medicina di base", totalmente al di fuori delle loro competenze, utilizzati impropriamente dal cittadino, che spesso si avvale dei servizi di Emergenza 118 quale porta di accesso, anch'essa impropria, ai servizi ospedalieri, sempre più carenti e ingolfati, determinando un incremento di costi esponenziale e senza alcun giovamento per alcuno se non per il sistema "eccedenze" e per gli ospedali, che suppliscono con il numero di prestazioni a basso costo.

Per tali motivi lo SMI, da sempre impegnato in tali problematiche, si permette di segnalarle le seguenti criticità su cui è disposto ad impegnarsi a fianco delle strutture gestionali del SSR.

PROBLEMATICHE AREA MEDICINA GENERALE ASSISTENZA PRIMARIA

La ricetta elettronica e la sua applicazione anche per le prestazioni specialistiche pur essendo nata anche con l'obiettivo di uniformare le modalità prescrittive con un nomenclatore tariffario unico regionale, di fatto non ha risolto le problematiche già esistenti tra MMG e altri prescrittori (specialisti ambulatoriali, universitari, ospedalieri) che continuano imperterriti a non prescrivere con il ricettario SSN in loro possesso già da decenni.

Ciò determina un continuo disagio per i pazienti che si vedono costretti ad afferire dal proprio MMG con ingolfamento dei relativi studi (controllo almeno di 17 campi per ogni ricetta-verifica del numero di confezioni erogate-note AIFA ect) e con aumento del rischio di inappropriata prescrittiva e/o di iperprescrizione che è diventato insostenibile anche alla luce delle disposizioni ministeriali e regionali proprio sulle prescrizioni.

Il mancato rispetto delle priorità definite dal medico durante la compilazione della ricetta e continuamente "modificate" in base alle esigenze dei CUP comporta la riscrittura (perché non modificabili) delle ricette elettroniche sempre da parte dei MMG ed ulteriore motivo di carico burocratico che occupa la quasi totalità del tempo di apertura degli studi quando la parte predominante dovrebbe essere dedicato alla visita dei pazienti.

Alle problematiche dell'appropriatezza prescrittiva la collaborazione tra Dipartimento del Farmaco con i MMG non è di certo mancata in questi anni almeno nella gran parte delle ASP, ma ad oggi praticamente nulli gli investimenti in termini di formazione ed aggiornamento obbligatorio previsti dall'ACN che servirebbero per rendere omogenee e condivise tra gli operatori del territorio MMG e Specialisti proprio le norme e le regole prescrittive più problematiche e tema di nuove disposizioni non sempre di univoca interpretazione.

Il risultato è che la categoria si sente soltanto vessata da una burocrazia che sta erodendo i rapporti con le direzioni delle ASP e soprattutto il fragile rapporto medico paziente.

Lo SMI ritiene assolutamente necessario :

-l'obbligo di dare come OBIETTIVO PRIORITARIO AI DIRETTORI GENERALI LA FORMAZIONE OBBLIGATORIA A TUTTI I MEDICI DELL'AREA DELLA MEDICINA TERRITORIALE, prioritariamente sull'appropriatezza prescrittiva e contestuale anche agli altri prescrittori.

-provvedere ad un UTILIZZO DI UN SOFTWARE PER LA GESTIONE DELLE PRESCRIZIONI CHE SIA UNICO IN TUTTA LA REGIONE E CHE SIA UTILIZZABILE NON SOLO DA PARTE DEI MMG MA DA TUTTI I PRESCRITTORI e renda così

agevole anche la condivisione di informazioni sullo stato di salute dei pazienti ed una loro migliore gestione.

-Quindi L'OBBLIGO DA PARTE DI TUTTE LE AZIENDE E COMPRESI I POLICLINICI UNIVERSITARI, A PROVVEDERE AD UNA INFORMATIZZAZIONE DEI POLIAMBULATORI E DI UNA RETE INFORMATICA ADEGUATA ALLA NECESSITÀ DI SOSTENERE TALE SERVIZIO .

Solo così si potrà ottenere una economia sanitaria che ottimizzi uomini e mezzi e fornisca salute con un controllo dell'appropriatezze delle spese reale.

La possibilità di dare avvio alle nuove forme aggregative tanto caldeggiate dalle norme nazionali come le AFT ed UCCP , pur teoricamente apprezzabili come nuove modalità da sperimentare sul territorio ,vede lo SMI assolutamente disponibile alla collaborazione per la loro attuazione in alcune situazioni logistiche più facilmente applicabili e valutabili , ma necessitano comunque di fondi che ad oggi mancano e di direttive chiare che solo la contrattazione nazionale IN ITINERE potrà dirimere

Ma le AFT e le UCCP necessitano soprattutto della presenza di un Distretto forte e ben organizzato di supporto.

E COME PER I PPI ANCHE PER I PTA LO SMI CHIEDE CHE SIANO VERIFICATI I REQUISITI DI OGNUNO DI QUESTI PRESIDI E CHE SEGUENDO DELLE DIRETTIVE REGIONALI PRECISE SI ABBIÀ UNA UNIFORMITÀ ORGANIZZATIVA , DI STRUTTURA E DI OBIETTIVI TALI DA RENDERLI ASSOLUTAMENTE OMOGENEI IN TUTTA LA REGIONE.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

A OTTO anni dalla pubblicazione dell'ACR di Medicina Generale e dell'ACR di CA che prevede il coinvolgimento dei medici nella gestione dei PPI, uno dei capisaldi della riorganizzazione dell'attività territoriale prevista dalla LR 5/2009, assistiamo ad una disomogenea e difforme applicazione dello stesso.

Non sono stati attivati tutti i PPI previsti e tra quelli attivati molti non sono conformi alla normativa prevista sia in termini di strumentazione, nonostante gli specifici finanziamenti previsti, che di allocazione.

Inoltre non sono adeguatamente pubblicizzati, inficiandone nei fatti la funzione poiché ancora misconosciuti a parte dell'utenza, che li scopre solo come Ambulatori per i Codici Bianchi ospedalieri quando si reca ai P.S.

Il tutto nonostante siano sempre più decise ed evidenti le prospettive di gestione con assistenza h24 territoriale delle cronicità, e in contemporanea si assista ad una relativa riduzione dei posti letto ospedalieri, confermando l'importanza del servizio di assistenza territoriale.

INOLTRE NON SONO STATE EMANATE LINEE GUIDA E PROTOCOLLI DI INTERVENTO PER LA COMPLETA INTEGRAZIONE TRA I MEDICI DI CA, SIA NELLE SEDI DI GUARDIA MEDICA CHE NEI PRESIDI PPI E TRA QUESTI E LA CO DEL 118 E L'INTEGRAZIONE CON LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA.

Ancora, LA SICUREZZA NELLE SEDI DI LAVORO che rappresenta un punto IRRINUNCIABILE della nostra ultima contrattazione, e la cui importanza è palesata purtroppo a volte più dalla cronaca, è ancora oggi un OBIETTIVO non raggiunto e in molte ASP neanche perseguito, come d'altra parte l'idoneità di molte sedi di CA, spesso fatiscenti.

Infine, NELLA MAGGIOR PARTE DELLE ASP È ASSENTE L'INIZIATIVA SULLA FORMAZIONE OBBLIGATORIA anche in prospettiva alle nuove funzioni cui il servizio di Continuità Assistenziale è chiamato, nonché ad importanti momenti di reale continuità assistenziale.

GRAVI CRITICITÀ DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.

La scrivente OO.SS stigmatizza la progressiva comparsa di gravissime criticità nella gestione di tutto il Sistema 118 che appare, in atto, fortemente trascurato, demansionato e sovraccaricato, nonostante la sua assoluta necessaria abnegazione nel fornire la massima assistenza nel soccorrere il cittadino in emergenza-urgenza.

Dal 2013 ad oggi il sistema 118, uno dei fiori all'occhiello della sanità siciliana, ha progressivamente perduto le caratteristiche di efficienza che aveva dimostrato di avere e, a fronte di un incremento di circa 60.000 interventi per anno ha evidenziato le seguenti criticità:

- Riduzione del personale medico e infermieristico
- Comparsa del personale medico precario, prima totalmente sconosciuto, che non riesce ad accedere a titolarità a causa di normative rigide e obsolete.

- Scomparsa assoluta dei progetti di formazione ed aggiornamento di tutto il personale.
- Assenza di una guida del Sistema di Emergenza Urgenza competente e pratica a livello Assessoriale, dove si alternano figure senza alcuna esperienza nell'ambito, sorde a qualunque proposta, interessate a gestioni personalistiche a breve termine.
- Centrali Operative affidate a personale incaricato, interessato solo a riconferme e poco attento alla gestione del territorio, impegnato in attività prevalentemente "politiche", individuali e personali di gestione del potere.
- Utilizzazione del Sistema 118 in maniera inappropriata con Ambulanze inviate senza la necessaria e adeguata codificazione degli interventi fino a determinare la paralisi del sistema e all'utilizzazione di risorse in eccedenza private (SOLO nel bacino CT-RG-SR circa € 1.500.000 nel 2016).
- Utilizzazione dell'Elisoccorso eccessiva ed inadeguata, inappropriata in moltissimi casi con enormi costi progressivamente in aumento (circa 7.000 €/h di volo)
- In alcune provincie, quali CL ma anche RG, pochissime le Ambulanze medicalizzate.
- Protocolli IMA incompleti e parziali in molte provincie, CL e EN, o CT nella sua parte calatina, e STROKE, attivo solo nelle provincie di ME e in parte PA.
- IL CITTADINO SICILIANO NON è GARANTITO DAPPERTUTTO.
- Per anni abbiamo chiesto con insistenza l'avvio, di un nuovo corso regionale di formazione in EST, come previsto dalla normativa vigente, e solo, DOPO I NOSTRI CONTINUI SOLLECITI, da qualche mese ne è iniziato uno per 75 posti, di cui solo una piccolissima parte potrà accedere al sistema emergenza per i motivi sopra già esposti.

Pertanto si ritiene che il suddetto Corso debba essere programmato annualmente sulla base di una reale programmazione regionale al fine di garantire un adeguato turn-over.

RIBADIAMO la necessità di formare nuovo personale medico in EST per coprire le carenze che in tale ambito sono ormai divenute allarmanti, sovraccaricando in termini di monte ore e di carichi di lavoro il personale in servizio, paventando la chiusura di alcuni presidi e mettendo a rischio la salute del cittadino.

LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

Nonostante la SAI viva una fase di rilancio nel Territorio, sono presenti delle problematiche per le quali si propone :

1. Revisione dell'organizzazione sulla cura delle patologie croniche (Diabetici, cardiopatici scompensati, ecc...), programmando meglio il sistema del "DAY-HOSPITAL" territoriale con agenda dedicata; si eviterà, così, il ricorso improprio ai P.S.;
2. Migliore integrazione Ospedale-Territorio, con maggiore dialogo tra tutti gli operatori; ciò potrà avvenire solo se si svilupperà la rete informatica che permetterà un fitto scambio d'informazioni diagnostiche e strumentali .
Questo eviterà la duplicazione di esami diagnostici e strumentali, con un risparmio economico non indifferente;
3. Allo stesso modo una migliore integrazione con i Colleghi di tutto il settore della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta farà sì, analogamente, la duplicazione di esami diagnostici e strumentali ;
4. Alla luce del piano di revisione dei posti letto ospedalieri e della rifunzionalizzazione degli stessi (CHIUSURA) si richiede di portare a termine il piano di "capillarizzazione" dei P.T.A. del Territorio (anche utilizzando i presidi ospedalieri dismessi, con le attrezzature presenti); piano, si dà atto, già iniziato in molte ASP;
5. Dando atto che, nonostante la crisi economica della Regione Sicilia, si comincia ad investire in potenziamento tecnologico (vedi Ecocardiografi, ecografi, apparecchi Holter, spirometri, ecc...) E' assolutamente indispensabile proseguire su questa strada; si avrà, così, un Territorio capace di rispondere all'aumentata richiesta di cure sia per l'invecchiamento della popolazione sia per la sopra scritta rifunzionalizzazione ospedaliera.

Tutto quanto proposto permetterà, nel medio termine una migliore assistenza con un notevole risparmio della spesa sanitaria.

SEGRETERIA REGIONALE SMI SICILIA