



OMCeO Campobasso

Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri

Al Commissario ad acta e Governatore Regione Molise
Dott. Donato Toma

Al Sucommissario ad acta Regione Molise
Avv. Giacomo Papa

Nella riunione tenutasi, in modalità mista, il 14/03/2022 Il Consiglio dell'Ordine ha individuato i seguenti punti e criticità che porta all'attenzione del Commissario ad Acta e del Sub-Commissario Regione Molise sul nuovo Piano Operativo Sanitario 2022-2024

Premessa: **l'OMCeO di Campobasso**, Ente subsidiario dello Stato, opera nell'interesse e a tutela del diritto primario alla salute dei cittadini, garantendo le buone pratiche cliniche e deontologiche da parte dei suoi iscritti. Per tali motivi non rappresenta un semplice Stakeholder, ma **interlocutore indispensabile** nei processi riorganizzativi della Sanità regionale.

- 1) Difesa dei principi fondanti del S.S.N. che vedono la Sanità Pubblica come principale soggetto erogatore di servizi, la Sanità privata può essere complementare e non sostitutiva, quindi ruoli e funzioni nette e definiti dei due modelli.
- 2) Devono essere garantite le reti delle patologie tempo-dipendenti e delle emergenze: Politrauma – Trasporto Neonatale – STEMI - Stroke Unit e conseguentemente individuata la modalità di trasporto dei pazienti ed eventuali accordi di confine. Nella riorganizzazione delle Reti clinico-assistenziali è fondamentale dare priorità alle Reti tempo-dipendenti: cardiologica per l'emergenza, neonatologica e dei punti nascita, ictus e traumatologica. Si ritiene doveroso iniziare dalla riprogettazione a rete delle strutture e dei servizi, sia ospedalieri che territoriali, che sono chiamati a garantire tempestività ed appropriatezza nella presa in cura dei pazienti colpiti da patologie che non ammettono ritardi, tentennamenti e disorganizzazione. Ad oggi le malattie cardiovascolari e quelle cerebrovascolari (IMA - ictus) rappresentano ancora le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità nel mondo. Inoltre, tenendo presente che il tasso di mortalità materna e neonatale è tra gli indicatori di salute ampiamente utilizzati anche a livello internazionale per valutare la qualità delle cure di ogni singolo Paese, si comprende facilmente l'importanza di una puntuale definizione dei percorsi nascita. Dunque è anche logico che una programmazione adeguata delle attività ospedaliere di elezione è concretamente realizzabile solo nel momento in cui si è riusciti a rendere operativa ed efficace una Rete dell'emergenza-urgenza, dal cui corretto funzionamento dipende in buona parte la gestione ordinata delle attività programmabili, che evidentemente richiedono un contesto organizzativamente, tecnologicamente e professionalmente articolato e complesso. La condizione di maggiore fragilità psico-fisica correlata alla gravità di un evento acuto che colpisce la salute di un soggetto si manifesta in un bisogno di assistenza in emergenza. Pertanto la capacità di fornire una risposta immediata ed efficace a tale esigenza

rappresenta il livello di maturità di un sistema sanitario. Dunque la configurazione di tali reti deve ispirarsi al principio della tempestività della presa in carico e degli interventi conseguenti nel continuum del percorso intra ed extraospedaliero, nel cui contesto, al verificarsi di un evento acuto, il fattore tempo diviene elemento determinante per la qualità e l'esito delle cure, se non assolutamente "salvavita" di fronte a condizioni ad elevato rischio di mortalità. La situazione attuale della nostra regione vede una netta dicotomia tra quanto stabilito sull'ultimo Piano Operativo Sanitario e la reale attuazione, percorribilità e fruibilità delle Reti tra servizi erogati a singhiozzo, incertezza e variabilità degli iter diagnostico-terapeutici, stress e disorientamento crescenti tra gli operatori, disagi e sovraccarico di rischi per l'utenza. Sarebbe inoltre opportuno andare a verificare la concreta validità ed efficacia dell'attuazione delle reti previste nei piani sanitari periodicamente, facendo ricorso all'utilizzo di report ed indicatori previsti da AGENAS con il diretto coinvolgimento degli attori del processo. Riteniamo dunque ci si debba muovere lungo due assi portanti: da una parte il potenziamento del servizio territoriale di soccorso, necessario a garantire il tempestivo accesso alle cure urgenti, nel quale si tenga anche nella dovuta considerazione la particolare configurazione orografica del territorio regionale e l'arretratezza della sua rete stradale (il ricorso ad un'eliambulanza ed alla realizzazione delle infrastrutture correlate potrebbe rivelarsi un utile investimento); dall'altra parte il rafforzamento e la valorizzazione delle vocazioni specialistiche dei centri di riferimento con una puntuale definizione dei percorsi, che dovranno pienamente rispondere ai bisogni assistenziali di maggiore complessità secondo il concetto di "intensità delle cure" senza opporre pregiudiziali di disponibilità di posti letto o di fattibilità di procedure diagnostico-terapeutiche che risulterebbero in fatali perdite di tempo, dal momento in cui esistono degli accordi, anche interregionali, sottoscritti e condivisi. E' quindi essenziale porre il paziente al centro del processo, ma senza mai dimenticare che la sanità è fatta quotidianamente dalle donne e dagli uomini del sistema sanitario e che quindi sarà opportuno adeguare gli attualmente asfittici organici delle nostre strutture alla sempre crescente richiesta di salute della popolazione, pena il circondarci di scatole vuote, dotate di strumentazioni inutilizzabili e destinate fatalmente al declino, come il nostro sistema sanitario.

- 3) Dotazione Tecnologica reparti ospedalieri attraverso le indicazioni del DM 70

- 4) Reale integrazione Ospedale/Territorio con potenziamento delle cure intermedie a medio-bassa intensità assistenziale. Il Consiglio dei Ministri ha appena dato il via libera, con il DM 71, alla delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni concernente i **'Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale'** che rappresenta lo standard prossimo futuro dell'assistenza e dell'assetto della medicina del territorio. In esso, al punto 4, vengono fissati gli standard di riferimento che, tra gli altri, prevedono 1 distretto ogni 100.000 abitanti, 1 Casa di Comunità *Hub* ogni 40-50.000 abitanti e *Spoke* rappresentati da Case di Comunità e ambulatori di MMG e PLS. Le scelte regionali preannunciano un numero di CdC praticamente doppie rispetto agli standard AGENAS, una ogni 23.000 abitanti. Sappiamo che il PNRR finanzia solo la parte edilizia e tecnologica, ma non prevede risorse per il personale, la gestione e il mantenimento delle CdC. Questa la grande criticità, rappresentata in Conferenza Stato-Regioni anche dalla Regione Campania, ha indotto la stessa a non sottoscrivere l'accordo. Ci sono, in sintesi, risorse importanti per creare infrastrutture, ma non ci sono i fondi dedicati per garantirne il funzionamento e l'assunzione del personale che dovrà lavorarci. Il timore quindi è che un numero elevato o fuori standard di CdC porterebbe a costi di gestione e mantenimento delle strutture insostenibili per le asfittiche finanze regionali necessitando il reperimento delle necessarie risorse su altri capitoli di spesa del SSR. Ma il più grande e incolmabile handicap per garantire il pieno funzionamento di un numero elevato di CdC è rappresentato dalla carenza, presente e futura, di personale medico e paramedico. Negli ultimi due anni, migliaia di medici, estenuati dai

turni, dai carichi di lavoro, dalle aggressioni, hanno scelto di andare via in pensione anticipata o nel privato. Valga come esempio il fatto che le ultime due annualità del Corso di formazione diplomeranno circa 20 MMG a fronte di un numero di zone carenti prossimo a 100. La penuria di operatori è diventata insomma acuta, insostenibile per garantire i servizi. In sostanza un'importante quantità di denaro che però in assenza del personale necessario non risolverà i problemi di accesso alla salute dei Molisani, indebitando ulteriormente per i prossimi anni la Regione e le sue nuove generazioni. Per tali motivi chiediamo una riconsiderazione del numero di CdC alla luce della sostenibilità economica e della carenza di personale rappresentate.

5) Liste attese e garanzia del soddisfacimento delle classi di priorità delle prestazioni. Bisogna dare una risposta in tempi brevi alle richieste di ricoveri e prestazioni ambulatoriali e specialistiche per risalire la china delle liste di attesa accumulate durante la pandemia. La questione del contenimento delle liste di attesa, accentuata dalla pandemia COVID, è presente almeno dagli anni 2000 e si è andata appesantendo nel corso degli anni. A livello nazionale si possono individuare i seguenti motivi:

- A) aumento della domanda di prestazioni specialistiche in relazione all'aumento delle patologie croniche per l'aumento della popolazione anziana e dell'aspettativa di vita.
- B) una scarsa attenzione e relativi investimenti nell'area della prevenzione primaria per stili di vita più salutari.
- C) ritardi nell'attivazione e realizzazione dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali).
- D) errata programmazione del numero degli accessi alle scuole di specializzazione.
- E) ritardo culturale nel cambio di visione strategica che valorizzasse l'assistenza territoriale rispetto ad una centralità della assistenza ospedaliera con investimento di risorse assolutamente inadeguate alla valorizzazione della specialistica ambulatoriale interna.

In Molise tutti questi fattori sono stati amplificati dal blocco del turn over imposto dai piani di rientro sin dal 2006. Da allora l'attività della Specialistica è stata inserita nelle spese e non nei servizi e le ore dismesse non sono state riattivate. Una lieve inversione di tendenza si è avuta a partire dal 2016 con un primo ma insufficiente sblocco alla pubblicazione delle ore di specialistica da parte dell'allora Struttura Commissariale. E' innegabile che questi 10 anni di blocco hanno fatto sì che anche gli specialisti eventualmente disponibili abbiano trovato possibilità di lavoro e di carriera in altre realtà regionali. Inoltre alla marginalità territoriale ed economica della Regione Molise che di fatto ha determinato e determina uno scarso appeal a lavorare in Molise si sono aggiunte le incertezze derivanti dalle continue riscritture dei piani di rientro e dei piani operativi che, di volta in volta, hanno modificato i quadri di riferimento. Si aggiunga il dato sulle dimissioni volontarie anticipate che nel Molise è stato nel 2021 dell'8% contro una media nazionale del 2,9% la cui causa principale sembra il **burnout** (sempre più frequente questa sindrome da stress lavorativo cronico e persistente per i professionisti della sanità). Inoltre, l'area della specialistica ambulatoriale convenzionata interna soffre della mancata attivazione degli incentivi economici previsti dall'ACN (quali per esempio il completo emolumento della retribuzione della quota variabile e dell'indennità di zona disagiata) e del mancato rinnovo dell'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE fermo al 2000, comportando così una retribuzione di circa il 30% inferiore rispetto a quella dei Colleghi che lavorano in altre regioni. Ancora da evidenziare gli inspiegabili ritardi delle forme di integrazione professionali (AFT) e interprofessionali (UCCP) che dovrebbero favorire la presa in carico del paziente e una sua migliore gestione da parte degli specialisti ambulatoriali e dei medici e pediatri dell'assistenza primaria. Si aggiunga poi la scarsa flessibilità dei software (gestiti da società convenzionate che si succedono ma non si parlano) che sovrintendono alle prenotazioni CUP e l'aumento delle procedure burocratiche a scapito della attività assistenziale. Nonostante le richieste del PNGLA, del PRGLA e del Piano Operativo Recupero liste di Attesa ASREM non si è

ancora riusciti a delineare una strategia efficace che coinvolga appieno la specialistica ambulatoriale. Sarebbe necessario, preso atto del contesto generale di erogazione e delle criticità complessive rilevate dalla ASREM: a) l'aumento delle prestazioni erogate con ore aggiuntive di attività programmata. Ciò anche attivando, in collaborazione con il SUMAI ,progetti specifici come previsto dall'art.41 dell'ACN vigente e dall' art.8 comma 1 del vigente AIR; b) l' incremento ,lì dove attuabile, dell'orario di apertura degli ambulatori; c) l'attivazione di nuove ore di specialistica convenzionata interna nel rispetto del vigente ACN; d) il prevedere nell'ambito dei piani formativi aziendali obbligatori, programmi di formazione/informazione con i medici prescrittori (particolarmente MMG e PLS) finalizzati alla ricerca dell'appropriatezza nella domanda specialistica e razionalizzazione della stessa in termini di accesso per priorità clinica . Anche per questi obiettivi risulta urgente riunire il nuovo Comitato Regionale per la Medicina Specialistica per dare vita ad un nuovo Accordo Integrativo Regionale. Una considerazione aggiuntiva andrebbe fatta sul PNRR e sui fondi destinati al Molise. E' auspicabile che alle implementazioni delle preesistenti e alle edificazioni di nuove Case di Comunità si giunga con la convinzione che esse debbano essere sostenute innanzitutto dal "Capitale Umano" sanitario attraverso nuove assunzioni di personale. Risulterebbero altrimenti delle cattedrali nel deserto, testimonianti superficialità e imprevidenza politica ed amministrativa!

- 6) Tutela sanitaria degli sportivi (Decreto Legislativo n.254 e la legge n.376). Prevedere: 1) la possibilità per gli Specialisti in Medicina dello Sport di poter refertare l'ECG e le Prove da Sforzo; 2) una procedura per l'Autorizzazione e/o l'Accreditamento al fine della certificazione medico sportiva; 3) una Anagrafe e un Codice Regionale Specifico per i Medici Accreditati e/o Autorizzati per le certificazioni; 4) Tariffe Stabili per le diverse Certificazioni Medico Sportive, evitando l'aggiornamento biennale come avviene per le prestazioni erogate dal Dipartimento di Prevenzione; 5) una Modalità di Prenotazione, se la prestazione viene effettuata presso le strutture ASREM, che consenta in un unico accesso di poter effettuare tutti gli accertamenti protocollari previsti per le diverse discipline sportive; 6) una equipe, nell'ambito delle strutture pubbliche, costituita da Medici con diverse specializzazioni, essendo la Medicina dello Sport un'attività multidisciplinare e interdisciplinare.

Per il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Campobasso

Il Presidente

Giuseppe De Gregorio

