

La responsabilità della spesa sanitaria è stata scaricata sui cittadini e sui lavoratori

## I medici in una catena di montaggio Professione svilita a danno dei pazienti



Guido Quici  
Vice presidente nazionale vicario Cimo

L'idea di una sanità basata sul concetto di costo e non di fattore produttivo rappresenta il vero confine tra chi lavora quotidianamente nelle strutture sanitarie e chi immagina di governare i processi a distanza attraverso algoritmi finalizzati esclusivamente al contenimento della spesa sanitaria.

La lunga crisi economica di questi anni ha introdotto politiche restrittive in gran parte giustificate dagli eccessi che andavano senz'altro eliminati, ma la stessa crisi economica avrebbe po-

**Ciò che preoccupa è l'impiego dei medici secondo il concetto "tempo-dipendente"**

tuto rappresentare una vera opportunità per ammodernare il nostro SSN cosa che, purtroppo, non è avvenuta per mancanza di un vero progetto di riforma.

Ci hanno pensato, nel bene e nel male, le singole regioni che, forti della propria autonomia, hanno adottato modelli organizzativi diversi tra loro. Con un rapporto spesa sanitaria/PIL tra i più bassi d'Europa, le insufficienti risorse assegnate alle singole regioni, che pur pesano nella misura del 72,9% della spesa corrente dei bilanci, hanno indotto le stesse regioni a fare delle scelte tenendo conto di due priorità: continuare a mantenere i costi delle proprie politiche locali e far fronte ai costi inevitabili delle costanti innovazioni della sanità. Ne consegue, pertanto, che la sostenibilità è stata assicurata in questi anni dall'incremento dei ticket del 41% (dal 2008 al 2015) e dal risparmio sul personale sanitario per effetto sia del blocco del turnover, che del mancato rinnovo dei contratti atipici.

L'aspetto che maggiormente preoccupa

**Sostenibilità assicurata dall'incremento dei ticket del 41% (dal 2008 al 2015)**

è l'aver "scaricato" la responsabilità finale della spesa sanitaria direttamente sui medici e sui cittadini minandone definitivamente il rapporto fiduciario. La chiave di lettura è la cosiddetta "politica dell'appropriatazza". Ovviamente non quella organizzativa, perché manca un progetto globale di sanità, ma quella clinica che interessa

sia chi chiede una prestazione sanitaria (il cittadino) che chi la eroga (medico o sanitario).

Da un lato i pazienti, che sono co-

**Parametrare l'impegno clinico al solo peso economico è una follia in un sistema obsoleto**

stretti a pagare in proprio le prestazioni sanitarie (34,5 miliardi di euro la spesa annua in out of pocket) a causa dell'incremento dei ticket, dell'aumento dei tempi di attesa e, ovviamente, della ridotta offerta sanitaria pubblica; dall'altro il medico che è fortemente limitato, nella propria autonomia decisionale, da una medicina amministrata quale diretta conseguenza dei continui interventi restrittivi. Ma tutto questo non basta. Ed allora la necessità di dover implementare nuovi modelli organizzativi legati a bacini di utenza sempre più vasti, con strutture ospedaliere con sempre meno posti letto ed organizzate per intensità di cura, con medici costretti a lavorare tra più presidi ospedalieri anche a distanza di decine di chilometri tra loro e con l'obiettivo finale di avere sempre meno medici che verranno, in parte sostituiti, da altri professionisti con l'obiettivo finale di comprimere ulteriormente la spesa sanitaria.

Il modello di ospedale per intensità di cure è in linea con questi obiettivi e nulla sembra ostacolare il progetto attuativo pur nella consapevolezza che già l'esperienza dipartimentale stenta a decollare in ambito nazionale, che non esiste un'ampia diffusione del modello se non a macchia di leopardo e con variabili di non poco conto, e, so-



prattutto, che gran parte delle attuali infrastrutture non sono idonee ad ospitare la nuova organizzazione. Nel concreto, tuttavia, ciò che veramente preoccupa è il tentativo di utilizzare il modello di ospedale per intensità di cure per standardizzare l'impiego dei medici secondo un concetto "tempo-dipendente" costruito, non in funzione della complessità clinica ma del peso economico della prestazione sanitaria.

Il voler parametrare l'impegno clinico di un medico al solo peso economico è una follia soprattutto quando si ci trova di fronte ad un sistema, quello dei DRG, considerato obsoleto e vera fonte di inappropriatazza; avrebbe più senso, ad esempio, il sistema di classificazione *Disease Staging* basato sulla isoseverità clinica e non certamente sulle isorisorse. Ed allora: è questa la strada per ridurre il numero di medici e per costringere i medici a lavorare come in una catena di montaggio, senza autonomia e con tempi di lavoro

sempre più ristretti?

Per chi soffre di amnesia è appena il caso di ricordare che la prestazione medica non si limita alla sola visita o procedura interventistica ma richiede la conoscenza del paziente dall'anamnesi all'esame obiettivo, al consenso informato, per non parlare di tutti gli atti burocratici consequenziali.

Immaginare, quindi, di standardizzare il lavoro del medico in pochi minuti è del tutto illogico, nonché pericoloso per il paziente. Se lo scenario verrà confermato, non ha alcun senso un rinnovo del contratto di lavoro a queste condizioni; piuttosto occorre un urgente confronto sul ruolo e, soprattutto, sul lavoro del medico nel SSN.

Guido Quici  
Vice presidente nazionale vicario Cimo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Cimo Sicilia è stata ascoltata in commissione Sanità all'Ars sulla vile aggressione al medico del V. Emanuele Pronto soccorso, condizioni di lavoro estreme e sicurezza a rischio



Rosario Crisafi  
Segretario aziendale Cimo - V.E. Catania

Mercoledì 18 gennaio 2017 una delegazione Cimo è stata ricevuta in audizione dalla VI Commissione dell'Ars per riferire sulle problematiche della sicurezza e incolumità degli operatori sanitari nei Pronto Soccorso della regione.

La Cimo ha consegnato al presidente della Commissione, Giuseppe Digiacomo, tutta la documentazione relativa ai recenti fatti accaduti al Pronto Soccorso della A.O.U. Policlinico V.E. di Catania e anche una relazione sullo stato dei Pronto soccorso e delle aree di emergenza in Sicilia. Importante sottolineare l'assenza, durante l'audizione sulle criticità dei Pronto soccorso, dell'assessore alla Sanità, che ha preferito presenziare ad un convegno sulla Nefrologia presso l'aula Gialla dell'Ars.

La richiesta della Cimo di audizione da parte della Commissione regionale sanità nasce a seguito del susseguirsi di gravi fatti accaduti presso vari Pronto Soccorso siciliani e, da ultima, la vile ed efferata aggressione subita dal medico del Vittorio Emanuele di Catania Rosario Puleo, reo di avere adempiuto rigorosamente ai propri

compiti istituzionali.

Il sistema Pronto soccorso, così come è concepito oggi, e come forse si ha interesse che venga percepito, è soprattutto un ammortizzatore sociale. Nulla a che vedere con la vera "mission" di una struttura concepita per gestire le emergenze e urgenze, ma piuttosto un luogo dove far confluire la domanda di salute insoddisfatta, dove vicariare le inefficienze di un sistema territoriale non in grado di fare filtro.

La raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 del 2007, sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, è stata totalmente disattesa da parte di quasi tutte le Aziende sanitarie. Eppure nella raccomandazione viene dato grande rilievo ai fenomeni di sovraccarico e di allungamento dei tempi di attesa quale fattore di rischio per fenomeni di aggressione.

Il sovraccarico è la situazione in cui il normale funzionamento dei PS è impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane). Il problema può essere valutato considerando fattori di ingresso ("input"), fattori interni ("throughput") e fattori di uscita ("output").

Tuttavia, soprattutto nelle grandi aree di emergenza, la causa principale del sovraccarico è il blocco dell'uscita, cioè l'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per indisponibilità di posti letto, dopo il completamento della fase di cura in PS; si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei dipartimenti di emergenza, ma trova le sue origini all'esterno di essi. Tale situazione dà origine al cosiddetto fenomeno del "boarding" che può essere definito come la permanenza inappropriata in area di emergenza di pazienti in attesa di ricovero, con elevati bisogni assistenziali ed in grado di assorbire notevoli risorse umane, logistiche ed organizzative

che dovrebbero più opportunamente essere dedicate alle attività di front line.

Il sovraccarico dei servizi di emergenza interferisce pesantemente sui processi assistenziali dei pazienti in termini di abbandono prematuro delle cure, di tempestività delle terapie, di incremento della mortalità e degli errori di trattamento, di aumento dei tempi di degenza ospedalieri, generando costi aggiuntivi elevatissimi.

Non c'è dubbio che il taglio di 70 mila posti letto negli ultimi 10 anni è la principale causa di quanto oggi accade. La sanità italiana, priva di un territorio omogeneamente ed adeguatamente sviluppato, e ancorata ad una filosofia ospedalocentrica esibisce niente di meno che 3,7 posti letto per 1.000 abitanti ponendosi a fanalino di coda dell'Europa. La contemporanea diminuzione dei posti letto ospedalieri, non accompagnata da un adeguamento dei servizi territoriali e delle risposte organizzative interne, porta all'impossibilità di ricoverare tempestivamente i pazienti nei reparti e l'accentuazione del fenomeno dell'affollamento, in un contesto di sproporzione tra le risorse disponibili e la domanda di salute concentrata nei PS, con un conseguente carico orario, professionale, emotivo per il personale medico, infermieristico e di supporto non sostenibile nel tempo.

Pertanto la frustrazione degli operatori dell'emergenza-urgenza, dovuta all'impossibilità di fornire prestazioni sanitarie ottimali, unita a carichi di lavoro massacranti, necessita di risposte immediate. La Cimo, con il documento presentato, ha voluto portare un contributo per la risoluzione del problema poiché il sovraccarico dei PS è frutto di una deficitaria programmazione su scala regionale e di una pessima governance aziendale.

I punti importanti messi in evidenza nella relazione sono i seguenti: La ridotta offerta di posti



**Basta con le violenze contro medici e infermieri.**

**Vogliamo essere tutelati dalle istituzioni e dalle forze dell'ordine.**

**#NONSIAMOCARNEDAMACELLO**

letto specialmente dell'area medica rispetto alle richieste, (pochi, mal distribuiti e utilizzati peggio); un grosso numero di ricoveri a rischio di inappropriatazza specialmente fra i ricoveri programmati che, in percentuale, supera un po' dovunque la percentuale di inappropriatazza prodotta dai ricoveri da Pronto soccorso determinando così una congestione delle aree di emergenza.

Si smettesse in questo modo il luogo comune che l'attività di ricovero da Pronto soccorso sia più inappropriata, e svela un malcostume diffuso nelle strutture ospedaliere siciliane che è paradigmatico del cattivo uso della già esigua risorsa posto letto. Ciò che si constata è la mancata vigilanza da parte delle Direzioni Sanitarie sulla durata delle degenze, a volte troppo lunghe, e sui motivi che rallentano le dimissioni.

Eppure l'assessorato con il Piano annuale controlli analitici delle cartelle cliniche (Paca) voluto dal ministero della Salute aveva fornito un prezioso strumento ad oggi sottoutilizzato in tutti i presidi ospedalieri. Ciò che emerge in maniera inequivocabile è l'inefficienza e l'inadeguatezza del ruolo esercitato dall'assessorato alla Salute nella programmazione e nel controllo.

Infatti, risulta evidente il mancato utilizzo delle fonti informative dispo-

nibili finalizzato alla reale analisi dei bisogni, così come la mancata applicazione di elementari principi di epidemiologia clinica nell'algoritmo decisionale che porta alla determinazione dell'organizzazione delle reti assistenziali, dell'emergenza, cliniche e territoriali. Un servizio di 118 da rimodulare con presenza di personale dedicato e aumento di ambulanze con la presenza di un medico per fare in modo di ridurre gli accessi ai Ps per i casi risolvibili in loco.

La Cimo, nel corso dell'audizione, ha voluto ribadire la richiesta di adozione delle precauzioni atte a garantire l'incolumità e la serenità del personale medico e sanitario nel proprio posto di lavoro poiché questa situazione sta creando un clima di tensione nelle aree di emergenza, rischiando anche di determinare una minore serenità nel personale che svolge con professionalità e correttezza il proprio servizio. Ancora una volta non abbiamo ottenuto alcuna risposta dai Signori Prefetti della Sicilia.

Adesso ci siamo rivolti alla politica nella speranza che anche questa non ci continui a snobarci, ma i segnali provenienti dall'assenza del vertice istituzionale della Sanità non fa ben sperare. Ci appelliamo anche ai direttori generali delle Aziende sanitarie ai quali chiediamo di mettere in campo le risorse disponibili per rendere il più sicuro possibile l'ambiente di lavoro non potendo ulteriormente tollerare la situazione di grave disagio che si è venuta a determinare. La misura è ormai colma da tempo, non siamo disposti ad essere considerati ancora a lungo come cittadini di serie B. Non siamo carne da macello. Pretendiamo di vedere tutelati i nostri diritti e la nostra dignità e incolumità.

Rosario Crisafi  
Segretario Aziendale Cimo  
Vittorio Emanuele - Catania

© RIPRODUZIONE RISERVATA