



UNIVERSO SANITA'
SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI
U.S.S.M.O.

Segreteria Regionale

AUDIZIONE 10 maggio 2018

III Commissione Consiliare Permanente
“Misure per la riduzione delle liste di attesa in sanità. Primi provvedimenti.”

Il Sindacato **USSMO** ringrazia il Presidente ed i Componenti la III Commissione per l'opportunità datagli al fine di poter fornire il proprio contributo alla discussione della proposta di Legge Regionale in esame.

Premesso che le Liste di Attesa sono un problema spinoso che interessa la quasi totalità delle regioni italiane e che ricade, con nostro grande disappunto, sulle richieste di salute e cura da parte dei Cittadini, **esprimiamo il nostro parere negativo sulla proposta di Legge** che va anche sotto il nome del Consigliere Amati.

Il nostro dissenso è nel contempo formale e sostanziale per vari motivi.

Preliminarmente diciamo che Alpi e Liste di Attesa sono due entità e due problematiche diverse.

L'attività libero professionale è regolata da leggi e contratti collettivi.

La legge in esame, invece, sembra addossare responsabilità al mondo delle professioni mediche criminalizzando una categoria che, al netto del malcostume comune a tutto il mondo delle professioni, rimane un pilastro fondamentale del sistema sanitario.

Infatti, a leggere la legge, il primo messaggio che passa nei confronti dei Cittadini è che le Liste di attesa sono legate all'attività Alpi dei Medici e pertanto i Medici ne favoriscono l'allungamento per poter effettuare le prestazioni Alpi. Bloccando tale attività si otterrebbe un miglioramento della situazione.

Già questo messaggio subliminare, in una Regione che ha il non invidiabile primato del numero aggressione ai medici ed al personale sanitario, andrebbe accuratamente evitato.

Ed ancora, nella stessa Relazione di accompagnamento, a pagina 2, quando viene riportato “anche per respingere eventuali sospetti sulla artificiosa funzionalità delle liste di attesa alla crescita dell'attività libero-professionale” si rafforza implicitamente (e ci auguriamo involontariamente) un concetto di malafede del professionista.

Questo assunto è inaccettabile perché non vero, offensivo e lesivo della dignità professionale del Medico.

A ben guardare, a contraddire l'opportunità di questa Legge, è proprio quanto riportato dal Consigliere Amati e gli altri firmatari. Questi, nella loro Relazione di presentazione, inquadrano l'attività libero professionale del personale sanitario come “esercitata **fuori dall'orario di lavoro, su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.**”

Tre concetti molto importanti e veritieri in quanto il medico, nella fattispecie, effettua l'Alpi:

- Dopo che ha terminato il suo orario di lavoro istituzionale;
- Su scelta consapevole dell'assistito, che individua nello specifico professionista la persona a cui rivolgersi per le sue richieste sanitarie;
- Ed a supporto ed integrazione dell'attività istituzionale dovuta. Infatti, gli estensori, così scrivendo, confermano implicitamente che il medico, per poter eseguire l'Alpi, deve aver effettuato prima la sua regolare attività in forma istituzionale.

I tre assunti contrastano con la legge proposta come un macigno tombale che chiuderebbe ogni discussione dal momento che il medico effettua regolarmente la sua attività istituzionale. E, a meno che non si voglia insinuare che il professionista sia un nullafacente, null'altro potrebbe fare per modificare lo stato attuale delle cose.

Nessuno prende in considerazione la mole di lavoro del medico sommerso nella sua attività lavorativa anche da una crescente attività burocratica che toglie tempo all'attività assistenziale.

Ancora una volta si evita di affrontare seriamente il problema liste di attesa perché comporterebbe una adeguata assunzione di medici e personale sanitario ed un avvio della Medicina del Territorio, nelle forme necessarie, sempre invocata e mai pienamente attuata.

La scarsità di medici e personale sanitario è stata da sempre denunciata dai Sindacati e, a supporto della fondatezza delle denunce, giungono le sentenze del Tar Bari (n. 566, 569, 571, 572 del 2018, Seconda Sezione, presidente Adamo) nelle quali viene stigmatizzato come la riduzione delle piante organiche metta a serio rischio la erogazione dei LEA.

Se tale riduzione delle piante organiche era problematica già nell'anno 2012, cosa pensiamo stia accadendo nell'anno 2018 dove il numero dei medici si è sensibilmente ridotto e gli stessi, sempre più vecchi, svolgono con fatica, grande sacrificio e senso del dovere l'attività istituzionale?

Se lo stesso TAR Bari rileva che i medici sono soggetti a superlavoro anche confliggendo con il limite orario stabilito, come si può pensare che bloccando l'attività Alpi (fatta fuori dall'orario lavorativo) un medico possa fare più visite istituzionali di quelle che già effettua se normalmente lavora oltre l'orario istituzionale?

In ragione di tutto ciò, quando nell'illustrare il comma 3 si riporta: "sospensione dell'attività libero professionale per indirizzare tutte le dotazioni umane e strumentali del servizio interessato al recupero di una tempistica più adeguata così da poter tornare rapidamente (articolo 4) ad assicurare la scelta tra i diversi regimi al paziente", viene da pensare che chi propone la Legge non abbia assoluta contezza della realtà dei fatti.

Dato, invece, che è stato pienamente colto dal Giudice Amministrativo, anche se per altre motivazioni.

Noi riteniamo che non ci sia alcuna necessità di attuare questa Legge e che il Regolamento Regionale 11 febbraio 2016, n. 2 "Linee Guida sull'attività libero – professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.", varato, sottolineiamo, dall'attuale governo regionale, sia perfettamente adeguato a normare l'attività e ad operare i necessari controlli per una corretta esecuzione dell'attività Alpi del Medico e del Personale Sanitario.

In esso vi sono tutti gli elementi necessari a garanzia del Cittadino!

Innanzitutto **all'art. 6** è previsto l'**Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'Alpi**.

Trattasi dell'Organismo misto (Associazioni dei Cittadini, Azienda e OO.SS.) deputato al controllo della corretta esecuzione dell'Alpi.

Se questo Organismo non si è riunito, la colpa non è dei medici! Noi chiediamo che si convochi.

Nell'art. 2 del Regolamento, sono ben stabiliti i Principi Fondamentali che regolano l'esercizio dell'attività L.P. intramuraria ed i doveri del professionista. La rigidità della normazione già risponde a totale elemento di garanzia del Cittadino.

La stessa indicazione per ogni medico di **garantire la prevalenza dell'attività istituzionale su quella Alpi** è indice di particolare attenzione per la corretta erogazione delle attività da parte del medico.

Nello stesso articolo viene dato mandato ai Direttori Generali di adeguare i tempi di attesa ai limiti regionali deliberati dando loro tutti gli strumenti necessari alla sua attuazione. Se i controlli vengono fatti regolarmente, nessun professionista potrà derogare a ciò.

Ed ancora **l'art. 13**, "**Revoca e sospensione dell'esercizio dell'Alpi**", già prevede adeguati strumenti sanzionatori nei confronti dei medici che non rispettano le indicazioni contenute nel regolamento, in special modo al punto b), allorquando si verifichi uno squilibrio a favore dell'Alpi rispetto ai volumi ed ai tempi dell'attività istituzionale.

Questa forma di restrizione è opportuna e condivisa qualora il medico sia inadempiente.

Ma tutto ciò non ha nulla a che vedere con il blocco dell'attività per tutti i professionisti di una disciplina solo perché vi sono lunghe liste di attesa in quella determinata specialità.

Vuol dire ammettere la propria incapacità a fare controlli accurati sull'operato dei professionisti.

Esaminando quanto è ancora riportato nell'art. 3 della proposta di legge, laddove si individua in **5 giorni** il divario posto come limite di allungamento della prestazione istituzionale rispetto a quella Alpi, rafforziamo il nostro convincimento che, non solo non ci si rende conto della realtà dei fatti, ma la questione si idealizza al punto tale da renderla utopica.

Ci rendiamo conto di quanto sia avvilente per un cittadino dover attendere dei mesi per una prestazione (visita o esame strumentale) e che questi rimanga disorientato nel vedere la rapidità con la quale si può ottenere in attività libero professionale. Ma il rimedio proposto non è efficace, perché non è all'origine delle liste di attesa. Né è condivisibile fermare un'attività regolarmente normata solo perché non si è capaci di gestire quella istituzionale.

Ho sentito portare esempi di prenotazioni di visite ed esami, in attività istituzionale molto dilatate nel tempo rispetto alle prestazioni Alpi.

Il valore non è raffrontabile in assoluto. Occorre verificare il volume delle prestazioni in esame. Se nella lista istituzionale vi sono decine di persone rispetto ai numeri esigui dell'Alpi, il divario è giustificato. Per fare 100 visite ci vuole più tempo che farne 10.

Inoltre, nelle valutazioni del fenomeno, non si tiene conto che gli organici sono ridotti all'osso. In alcuni reparti si riesce a mala pena a coprire le guardie e l'attività di reparto. Quell'unico medico in turno per attività ambulatoriale, spesso impegnato anche nell'attività di reparto, nulla può fare per smaltire le decine di richieste che inevitabilmente si accumulano.

Alcuni reparti facevano funzionare brillantemente più ambulatori specialistici. Adesso, a causa dei pensionamenti e riduzione del personale, a mala pena riescono a farne funzionare uno.

Quali sono i nostri suggerimenti:

Già dall'epoca dell'assessore Gentile il Sindacato USSMO contesta la "vision" regionale del Problema Liste di attesa perché non tiene in alcun conto la carenza degli organici medici come sua fonte di origine.

Le liste di attesa esistono perché i medici sono in numero insufficiente per far fronte alle richieste delle persone, specie nelle strutture ritenute di maggior pregio e dove più numerose risultano le richieste di prestazione sanitaria.

Da tempo porto lo stesso esempio: Se 15 persone sono in coda davanti uno sportello, qualora gli sportelli diventassero due la coda si ridurrebbe alla metà e, così, se fossero tre la coda si ridurrebbe ad un terzo.

Detto ciò l'unica vera soluzione al problema liste di attesa in ospedale è quella di effettuare **le assunzioni** dei medici ospedalieri in maniera da rendere gli organici adeguati al lavoro istituzionale da svolgere. Anche se riteniamo che l'attività ambulatoriale negli ospedali debba essere riservata ai pazienti dimessi di recente, alle prime visite di particolare impegno specialistico, agli esami strumentali con grosse macchine o di particolare complessità.

La gestione della cronicità andrebbe svolta tutta sul territorio sia negli studi dei medici di medicina generale che negli ambulatori specialistici anche dei colleghi delle branche a visita.

Per dare corpo a tutto ciò, è utile:

- implementare l'attività specialistica sul territorio, sempre con le assunzioni. Ripeto che non è concepibile che sia l'Ospedale, una struttura pensata per trattare i pazienti acuti, debba dispensare le prestazioni ambulatoriali solo perché la medicina del territorio non è sufficientemente rappresentata e capace di farsi carico delle cronicità. Il medico ospedaliero deve essere dedicato prevalentemente alla cura dei degenti.
- dare ai Medici di Medicina Generale la possibilità di farsi carico della gestione della cronicità anche effettuando esami strumentali quali ecg, spirometrie, esami di laboratorio. All'Aress è già pronto un protocollo di intesa che speriamo venga, in tempi brevi, messo in atto.
- fare assunzioni a progetto (riduzione liste di attesa) in ambito specialistico che avrebbero anche il pregio di fornire occupazione ai giovani colleghi.

Dr Franco Lavalle
Segretario Regionale U.S.S.M.O.

