

## Verbale di Commissione - seduta martedì 9 maggio ore 13:00

All'ordine del giorno i seguenti argomenti:

- 1) approvazione verbale seduta precedente (02/05/2023);**
- 2) incontro con il Presidente dell'ordine dei medici di Massa Carrara, Dott. Carlo Manfredi: *problemi di assistenza medica nel territorio;***
- 3) varie ed eventuali.**

Risultano presenti i consiglieri di maggioranza:

Bianchini Guido (presidente)  
Mattei Maria  
Musetti Alberta  
Vatteroni Brunella

Risultano assenti i consiglieri di maggioranza:

Carusi Letizia

Risultano presenti i sostituti:

Nicola Marchetti per Carusi Letizia

Risultano presenti i consiglieri di minoranza:

Bernardi Massimiliano  
Manuel Massimiliano  
Vincenti Rigoletta

Risultano altresì presenti ai sensi dell'art. 12 Regolamento CC:

- Presidente Ordine dei Medici: Carlo Manfredi;
- Assessore competente: Roberta Crudeli (art. 12 co. 4 e 7);
- Dirigente del Settore 9 - Servizi sociali e politiche abitative, Barbara Tedeschi (art. 12 co. 6)
- Rappresentanti della Consulta Disabili (Marco Lagomarsini e Lidia Monti);

*Accertata la presenza del numero legale dei componenti, la seduta è valida. I lavori hanno inizio alle ore 13:05*

- 1) approvazione verbale seduta precedente (02/05/2023);**

Il Presidente Bianchini posticipa l'approvazione alla prossima seduta e presenta il punto 2) all'o.d.g.

- 2) aggiornamenti su politiche e problematiche abitative;**

Presidente Bianchini: Dopo i saluti di rito, introduce le tematiche dell'incontro: da un lato le criticità nell'assistenza medica, sia ospedaliera che territoriale, dall'altro la valutazione, come già fatto con i rappresentanti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche, delle linee di indirizzo per emergenza, assistenza territoriale e continuità assistenziale, emanate dalla Regione nel dicembre 2022.

Per il primo punto, sottolinea che al NOA sono 11 i medici mancanti nel reparto di radiologia, mentre al pronto soccorso i turni sono in parte coperti dalle USCA (con medici assunti per emergenza Covis) e la situazione non è migliore in medicina. Sul territorio diversi medici di famiglia andati in pensione non sono stati sostituiti e diverse migliaia di cittadini non hanno, perciò, al momento un medico di famiglia. Sul secondo punto, chiede quale sia la valutazione dell'Ordine dei Medici di Massa-Carrara, in particolare sulla riorganizzazione dei servizi di emergenza sul territorio.

Lascia la parola al Presidente dell'Ordine dei Medici, Dott. Carlo Manfredi.

Presidente Manfredi: parte da una constatazione: **la crisi generazionale**. Quando è stato istituito il SSN c'è stato un ingresso contemporaneo di molti medici sia a livello ospedaliero che territoriale. Era inevitabile che questa popolazione di professionisti invecchiasse di pari passo fino ad arrivare

al momento che stiamo vivendo, in cui una larga fetta di professionisti si trova ad uscire pressoché altrettanto simultaneamente dal sistema.

Il problema del ricambio non è connesso alla programmazione delle lauree: il numero chiuso ha funzionato bene nel senso che ha fatto laureare un numero idoneo di unità. Il vero collo di bottiglia, che ha reso insufficiente il numero programmato di laureati, è stato il numero dei laureati che potevano accedere alle specializzazioni e/o alla scuola di formazione in medicina generale. In base alla normativa europea, infatti, si entra in ospedale se si è specialisti e si entra nella medicina territoriale se si è fatto il corso di formazione triennale post laurea. Quindi un medico "finito" è tale dopo 6 anni di università + 3 di formazione oppure dopo 6 anni di università + 5 di specializzazione. Negli ultimi 15 anni il numero delle borse di studio messe a concorso ogni anno per entrare nelle scuole di specializzazione o per la formazione di medicina generale è stato sempre in numero nettamente inferiore rispetto al numero di laureati. Ciò significa che se quest'anno ci sono 100 laureati e 50 borse di studio, il prossimo anno si avranno 50 laureati di quest'anno che si sommano ai neo-laureati. Da qui si sono verificate le fughe all'estero e/o l'abbandono della professione.

Alla fine si è creata la discrepanza per cui il numero dei medici formati o specializzati è diventato inferiore al fabbisogno legato principalmente al pensionamento dei colleghi che erano entrati nella fase fondativa del sistema. Negli ultimi tre anni è stato aumentato il numero di borse di studio disponibile quindi ci vorranno ancora almeno 2/3 anni prima di avere il prodotto di questa modifica che è stata fatta nel sistema di approntamento del personale medico. Verosimilmente nel giro di 2/3 anni, dunque, la situazione migliorerà. Tutto questo è stato un errore strategico imperdonabile perché da un lato le Università hanno continuato a dire che non ce la facevano a mettere a bando di concorso più borse di studio, dall'altro però hanno istituito 23 lauree di area sanitaria: qui abbiamo una pleora di lauree e tutti quelli che hanno una di queste lauree cercano ovviamente di acquisire uno spazio professionale com'è giusto che sia (se tu Stato mi fai laureare è giusto che poi dopo mi devi collocare).

Per venire alla **questione dell'emergenza-urgenza**: ieri c'è stato un incontro dell'Ordine con la direzione Generale Aziendale, Dott.ssa Casani. Innanzitutto c'è il dato di fatto che i medici disponibili per svolgere il servizio di 118 sono inferiori ad un bisogno teorico di unità lavorative (che si è peraltro ulteriormente ristretto per i motivi descritti, ovvero molti hanno rinunciato oppure hanno scelto di fare un altro lavoro e/o sono andati all'estero). Inoltre va detto che solo i medici sono formati per la capacità di fare diagnosi, diagnosi differenziale e prescrivere terapie adeguate. Tutte le altre professioni sanitarie, come gli infermieri che certamente oggi hanno migliorato il loro percorso formativo e le competenze dovendo fare una laurea triennale, non possono avere ed esercitare la capacità propria del laureato in medicina, ovvero la cosiddetta "sensibilità clinica".

Allora la domanda è: la capacità di fare diagnosi, diagnosi differenziale e prescrizione di terapie, è sostituibile con la telemedicina, ovvero con il medico che fa diagnosi dalla centrale, oppure dall'infermiere e dal soccorritore che hanno un casco con telecamera per cui il medico della centrale vede il "teatro" in cui c'è il paziente? Le tecnologie ci sono, così come ci sono tante possibilità ma ancora non sono attive dappertutto ed in ogni caso va tenuto conto che esistono le zone periferiche in cui è indispensabile che vi siano punti di emergenza con il medico. Già ora si ricorreva al sistema dell'automedica o dell'ambulanza medicalizzata che permettevano di intervenire nei limiti legati alla situazione logistica.

La direzione aziendale (Casani) ha detto che considerando il personale disponibile, le ore di lavoro, i punti esistenti si riesce a coprire una percentuale del 30-40% dell'assistenza erogabile, è giocoforza dover coprire tali territori con la figura dell'infermiere, non c'è alternativa. Quando si dice così, è evidente che nessuno è così sciocco da opporsi perché occorre ragionare con le forze disponibili, con adeguato addestramento del personale disponibile e cercare di fare le cose nel migliore dei modi. Quando l'infermiere professionalizzato va sul campo, segue i protocolli che non pretendono che lui faccia la diagnosi ma che, di fronte alla sintomatologia che può essere più cose, sulla base del colloquio con la centrale operativa, faccia le cose indispensabili per consentire di stabilizzare il paziente e permettere l'invio nel punto avanzato di soccorso.

Il punto critico è che in quella circostanza nei protocolli, per esempio, viene previsto l'utilizzo di farmaci che hanno un particolare rapporto di rischio-beneficio, molto ristretto al punto tale che in ospedale non vengono usati in tutti i reparti ma solo in rianimazione o in terapia intensiva. Quindi, invece, in emergenza si dà il comando di utilizzare farmaci di questo tipo all'infermiere. Non si

tratta di fare polemiche: gli infermieri sono comunque personale molto addestrato, però in alcune circostanze questa situazione potrebbe nascondere delle insidie per la salute dei cittadini. Allora i medici sostengono che occorre organizzare la situazione al meglio, affermare che il mezzo avanzato di soccorso è l'autista + il medico + l'infermiere con un piano di emergenza-urgenza adeguato alle caratteristiche del territorio senza rinunciare alla professionalità medica, appunto, almeno fino a quando le tecnologie non saranno in grado di superare certe difficoltà attuali. Occorre riportarci a regime. Per quanto riguarda la nostra zona, il punto più critico è Fosdinovo dove il sindaco si oppone ad una certa soluzione, inoltre c'è l'intrecciarsi con la zona di Sarzana. Ciò che l'Ordine discute è il task shift ovvero il passaggio di competenze da una figura professionale ad un'altra. I medici sostengono che si debba mantenere una specificazione delle competenze: nel rispetto della professionalità di tutti, senza però nulla togliere a chi ha un curriculum di studi che non è inferiore a 10 anni.

Lidia Monti: interviene per confermare che nella propria esperienza professionale di ostetrica, le competenze sono e devono restare ben delineate da quelle mediche.

Presidente Manfredi: questo allargamento delle competenze è auspicabile ma altrettanto da difendere è il fatto che certe competenze sono e debbono restare esclusivamente mediche.

Presidente Bianchini: interviene per riassumere la criticità laddove c'è una terapia da fare legata ad una diagnosi. Il punto critico è questo: definire bene che cosa si può fare quando c'è una procedura terapeutica legata ad una diagnosi. Questo, anche in rapporto al rischio/beneficio che c'è in uno stato di emergenza: è chiaro che in presenza di un arresto cardiaco, chiunque possa intervenire deve farlo.

Lidia Monti: interviene per dire che non è nemmeno possibile che in una situazione particolare (com'è successo realmente) si chiami il 118 perché non c'è un infermiere che possa dare una tachipirina per la febbre a 39.

Presidente Manfredi: passa poi al **tema della medicina territoriale**. Anche qui l'uscita simultanea di molti medici per raggiunti limiti di età ha creato una situazione di discriminazione fra cittadini. Il fatto che una fetta di popolazione, che è misurabile attualmente in migliaia di cittadini, non possa fare la scelta del medico, ha dei riflessi tali per cui quel cittadino per accedere ad una prestazione che sarebbe normalmente fornita gratuitamente attraverso la figura del medico di famiglia scelto, per essere svolta è obbligato a ricorrere ad una figura che non è il medico di famiglia scelto e che in base alla normativa, siccome è un lavoro in più, potrebbe richiedere il pagamento della prestazione. Inoltre quel medico assegnato, anche se non chiedesse il pagamento delle prestazioni, potrebbe non soddisfare le aspettative. E poi, quel medico al quale è stato imposto per legge un massimale, perché dev'essere costretto a seguire centinaia di pazienti in più? Pur se fatto in parte in maniera regolamentare, l'aumento del massimale oltre un certo livello è evidente che possa comportare dei limiti nella prestazionalità del professionista che dovrà fare ore straordinarie ogni giorno rispetto al lavoro abituale. Questa situazione è molto brutta: il Dott. Manfredi riferisce di aver lanciato a proposito delle ipotesi di soluzione in occasione dell'incontro con il Prefetto, ma senza seguito. A fronte di un ricambio generazionale molto intenso, sono gettati su campo medici che non hanno ancora completato il livello di formazione in medicina generale e che, quindi, sono contemporaneamente obbligati un giorno alla settimana ad andare in Università a seguire i seminari per 4 ore al mattino e 4 ore al pomeriggio (per cui di 5 giornate lavorative in pratica ne restano 4), inoltre hanno l'obbligo dei tirocini al pronto soccorso, in medicina, in ginecologia, in chirurgia, al distretto, dal medico di famiglia: è umano e comprensibile che questi ragazzi siano in difficoltà. In più, fino a quel momento, soprattutto gli iscritti del primo anno, da studenti avevano frequentato o reparti ospedalieri o maggiormente le cliniche universitarie dove il modo di lavorare, di organizzare il lavoro e la relazione col paziente è completamente diversa dalla medicina territoriale.

Una prima ipotesi: sarebbe stato più logico e molto più opportuno offrire a coloro che vanno in pensione a 70 anni, non due anni di lavoro in più ma due anni di tutorato: i medici che vanno in pensione restano per due anni tutor del medico che acquisisce i suoi pazienti in modo tale da

trasferire alcune conoscenze che non saranno mai scritte in cartella: il vissuto, la storie del paziente e della sua famiglia (importante soprattutto nella gestione delle patologie croniche con terapie molto complicate da seguire).

L'altra ipotesi-possibilità è di utilizzare risorse, attraverso un progetto per utilizzare i medici che sono usciti dal SSN attraverso una Convenzione in cui, ad esempio, Nausicaa si fa carico (attraverso un contratto Comune/Asl/ecc.) della gestione del numero di persone per le quali non è possibile fare la scelta del medico, attraverso un poliambulatorio nel territorio di Nausicaa in cui si utilizza quel personale medico. Quindi: utilizzare le risorse che ci sono e che possono rappresentare un modo temporaneo per curare una falla, ovvero utilizzando personale medico che è all'altezza del compito che svolgeva "fino al giorno prima".

C'è poi una criticità: a causa della pandemia, l'orientamento generale era quello di far andare in ambulatorio su appuntamento ed il meno possibile. Questo atteggiamento è rimasto facendo un errore strategico perché nell'attività della medicina generale ci sono patologie croniche che ogni tanto hanno riacutizzazioni e sintomi nuovi intercorrenti: quindi, non si può fare solamente la terapia programmata ma si deve necessariamente dedicare uno spazio della giornata lavorativa alle cose non prevedibili. Viceversa, ci sono persone sane che hanno un sintomo nuovo e che non è programmabile: se a queste persone non viene data una risposta, finiscono al pronto soccorso, con un affollamento ingiustificato dei colleghi che già lavorano in condizioni veramente critiche.

Poi ci sono altri due problemi. Ci sono zone come la nostra che sono maglia nera, subito dopo a Pisa, con numero di richieste di prima visita specialistica oppure di prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio, che è quasi il 150% in più della media regionale. E' evidente che qui non vi siano patologie così diffuse da giustificare questi numeri: quindi c'è un problema di educazione per cui si insiste sul medico di famiglia per richieste a breve termine, magari occupando il posto a chi ha effettive urgenze, considerato che la specialistica ambulatoriale è in sofferenza così come l'ospedale che fa le prestazioni per il territorio. C'è una pleora di richieste, alla luce di una percentuale così pesante che caratterizza il nostro territorio dal resto della Regione: per cui, probabilmente non giustificate né appropriate.

Presidente Bianchini: chiede se questa percentuale possa essere collegata al fatto che questo territorio ha l'età media più alta della Toscana.

Presidente Manfredi: risponde che non c'è una giustificazione del genere. Anzi, Pisa ha tentato di giustificarsi dicendo che è città universitaria: ma allora perché Firenze e Siena no? Invero, c'è il problema che è lo stesso che scoraggia le aziende ad investire in zona e molte se ne vanno: il tasso di assenza dei lavoratori dipendenti in zona è quasi doppio rispetto ad altre zone d'Italia. Molte persone non vanno a lavorare pur non essendoci una situazione clinica che giustifichi l'assenza dal lavoro. A suo tempo l'Ordine dei Medici aveva fatto un programma coinvolgendo anche l'Istituto Sant'Anna di Pisa, le associazioni degli industriali, le rappresentanze sindacali, per cercare di mettere in campo una task force per riflettere sui motivi. Il lavoratore che non può andare a lavorare, deve indubbiamente stare a casa, è un suo diritto: il problema c'è quando sta a casa senza una motivazione clinica reale, come questi numeri farebbero pensare.

Questo per dire che si deve crescere sul piano dell'informazione e della formazione: quando è stato istituito il SSN si era in una fase in cui continuamente arrivavano mezzi diagnostici nuovi, nuovi mezzi terapeutici, nuovi farmaci: fino ad un certo punto, questi nuovi mezzi significavano anche più salute per la popolazione. Quindi crescevano quelli e lo stato di salute. Da un certo punto in poi, circa vent'anni fa, sono arrivati moltissimi mezzi diagnostici e terapeutici in più ma il livello di salute è rimasto uguale: perché? C'è consumismo sanitario, ovvero nuove tecnologie che costano ma non danno nulla di più? Se sì, c'è un problema legato all'appropriatezza: quando arriva il paziente e pretende per forza un esame in pochi giorni, quell'esame è appropriato? Questo per dire che quando si lamentano lunghe liste di attesa: sì, è vero. Però, se non si usano bene i sistemi, accade che tanti di coloro che hanno bisogno di prestazioni non riescono ad accedervi in tempi adeguati e viceversa. E' quindi un problema di equità. E' necessario fronteggiare tutta questa complessità di problematiche con incontri, confronti, approfondimenti che riguardano in prima battuta la direzione aziendale che incalza molto, invece, sui numeri.

Stesso problema si registra nelle prescrizioni farmaceutiche: c'è una ridondanza senza motivi epidemiologici che possano spiegare il dato. O meglio, l'ultimo studio Sentieri dice che la nostra

zona è messa veramente male per quanto riguarda certe neoplasie. Però, non così male da giustificare una discrepanza tanto rilevante nelle medie di riferimento.

Consigliera Vincenti: interviene per riferire di aver fatto numerose battaglie sull'appropriatezza delle cure. Ritiene che l'Ordine dei Medici abbia un compito fondamentale per la formazione/informazione a riguardo. C'è il problema reale delle cosiddette "ricette difensive" a fronte di richieste insistenti dei pazienti. Ed Asl non mette i medici al riparo: nelle cause, l'Azienda privilegia la via della transazione che, di fatto, mette in discussione l'operato del medico.

Presidente Bianchini: interviene per attenzionare un'altra criticità. Ci sono prestazioni ospedaliere, quali ad esempio interventi chirurgici in elezione oppure trasferimenti in strutture di fisioterapia, che non possono essere fatte se il paziente non ha il medico di famiglia registrato. Su questo assurdo burocratico bisognerebbe intervenire con urgenza in quanto sono circostanze che si verificano quotidianamente. Un cittadino che ha bisogno, ad esempio, di un intervento chirurgico per un'ernia inguinale in elezione non può essere bloccato perché non ha un medico registrato.

Consigliera Vincenti: aggiunge altra criticità legata ai piani terapeutici.

Consigliere Marchetti: chiede lumi sui numeri della crisi dell'assistenza territoriale.

Presidente Manfredi: risponde di non essere in possesso del numero esatto ma che comunque la carenza dei medici è assestata, per Carrara, sull'ordine di 10 unità e che ognuna di esse opera su una media di 1200 residenti.

Consigliere Marchetti: riferisce di essere tra coloro che hanno perso la copertura del medico di base. Manifesta preoccupazione rispetto al dato reso e che significa assenza di assistenza medica per 10/12mila cittadini. Chiede conferma sull'età pensionabile.

Assessore Crudeli: risponde che su base volontaria i medici possono prolungare il servizio fino a 72 anni.

Consigliera Vatteroni: manifesta perplessità rispetto al prolungamento eccessivo dell'età pensionabile che potrebbe ripercuotersi sulle prestazioni soprattutto in considerazione dell'utilizzo delle strumentazioni informatiche.

Presidente Bianchini: interviene a questo proposito per rappresentare l'ulteriore criticità legata al fatto che nonostante l'informatizzazione, non esistono collegamenti tra i sistemi informatici di medici di medicina generale, pronto soccorso e reparti. I medici di famiglia gestiscono tutto attraverso cartelle cliniche informatiche sui loro pc: il pronto soccorso ha un suo sistema informatico, il reparto ha un altro suo sistema, tutti e tre con il loro storico, ma non c'è il collegamento tra medici di medicina generale, pronto soccorso e reparti. Se arriva un paziente in reparto, il medico vede ciò che avvenuto al pronto soccorso dalla cartella cartacea. Barriere intollerabili che creano un rischio clinico.

Lidia Monti: interviene per rappresentare che anche riguardo al progetto regionale dei PASS, manca il collegamento ed in caso di incidente, ad esempio, del disabile psichico che viene ricoverato in pronto soccorso non si sa nulla.

### 3) **varie ed eventuali**

Il Presidente Bianchini: anticipa la prossima audizione con il CDA dell'ASP Regina Elena.

La seduta termina alle ore 14:15

Visto - Il Presidente di commissione 4<sup>A</sup>

**Dott. Guido Bianchini**

Segretaria Verbalizzante  
Dott.ssa Michela Carlotti