

ORDINE DEL GIORNO

PREMESSO

- Che l'Assessorato della Salute della Regione Sicilia ha annunciato l'avvio di un programma di interventi volti a potenziare e modernizzare la rete sanitaria siciliana;
- Che, quale primo passo nella direzione del raggiungimento dell'obiettivo di una sanità efficiente, sono già stati stanziati dalla Regione 5 milioni di euro per l'acquisizione di attrezzature da destinare ai PP.OO. di Patti – S. Agata di Militello – Mistretta – Taormina – Milazzo – Barcellona – **Lipari**;
- Che la peculiarità del territorio dell'Arcipelago Eoliano, trattasi di realtà plurinsulare (sette isole) a significativo rischio sismico, stante la presenza di 3 vulcani attivi, merita la predisposizione ed il mantenimento di una rete assistenziale integrata (ospedale – territorio) che tenga conto delle dette specificità;
- Che è fortemente sentita l'esigenza di rappresentare agli organi competenti un quadro chiaro e preciso della situazione sanitaria alle Eolie e ciò nella concreta prospettiva di prendere parte alle future scelte che interesseranno la rete assistenziale del territorio.

e

Visto: l'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;

Visto: il D.lgs 150 del 27.10.2009 in materia di efficienza e trasparenza delle P.A.;

Visto: il Piano Sanitario 2011-2013 della Regione Sicilia (Cap. 8 – Assistenza Sanitaria nelle Isole Minori);

Viste: le linee di indirizzo nazionale per l'implementazione della Telemedicina (Intesa Conferenza Stato Regioni del 16 febbraio 2014), recepite dalla Regione Siciliana con D.A. 1739 del 22.10.2014;

Visto: il **D.M. n. 70/2015** che adotta il “**Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera**” ed, in particolare, letti i paragrafi **2.2, 9.2.1, 9.2.2.** dell'Allegato 1, tutti afferenti i P.O. in zone particolarmente disagiate;

Visto: il Decreto dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia **8 novembre 2016** di approvazione del **Progetto regionale in materia di ottimizzazione**

dell'assistenza sanitaria nelle piccole Isole e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, denominato "Progetto Trinacria";

Visto: il Decreto dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia n. 629 del 31 marzo 2017;

Vista: la **nota** dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia – Dipartimento regionale per la pianificazione strategica – **prot. n. A.I. 3 - S.1/32951** del 18.04.2017, avente ad oggetto l'**adeguamento degli atti aziendali e delle dotazioni organiche delle aziende del S.S.R. al documento di riordino della rete ospedaliera approvato dal D.A. n. 629 del 31 marzo 2017;**

Vista: la presa d'atto dell'A.S.P. del D.A. N. 1088/17 del 30/05/2017 “Approvazione di modifica dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina al D.A. n. 629 del 31 Marzo 2017”.

Visto: l'All. 1 del Decreto dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia n. 182 del 31.01.2018 in materia di approvazione di un piano programmatico di interventi nelle Aziende sanitarie regionali.

SI PROPONE

1) Di approvare il documento sanità che, allegato al presente ordine del giorno, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

2) Di inoltrare il suddetto documento alla Presidenza della Regione Siciliana, all'Assessorato Regionale della Salute, alla Presidenza della VI Commissione Regionale Salute, Servizi Sociali e Sanitari, al Prefetto di Messina e alla Direzione dell'A.s.p. di Messina;

3) Di impegnare l'Amministrazione, nella persona del Sindaco del Comune di Lipari e dei suoi delegati, ad avviare un percorso di confronto e dialogo con le competenti Autorità regionali che porti alla definizione congiunta di un piano di azione volto a garantire il mantenimento e l'implementazione dei livelli di assistenza sanitaria nel comprensorio eoliano.

DOCUMENTO SANITÀ

QUADRO RICOGNITIVO E LINEE DI INDIRIZZO

Analisi di contesto

Le peculiarità che contraddistinguono l'arcipelago delle Eolie comportano la necessità di garantire la presenza sul territorio di una **rete assistenziale integrata** (presidio ospedaliero - territorio) che sia funzionalmente efficiente e che si orientata a garantire essenzialmente:

A) L'assistenza sanitaria di base;

Si intendono incluse in tale dizione tutte le prestazioni di carattere diagnostico e quelle che non rispondono a situazioni di urgenza – emergenza del paziente (piccola chirurgia programmata in ambulatorio o in D.H., visite ambulatoriali di controllo, assistenza gestazionale, percorsi di ausilio nello sviluppo psicomotorio del bambino, prestazione di cure riabilitative primarie).

Tali tipologie di prestazioni vengono erogate, per quanto di rispettiva competenze, da:

- 1) Presidio ospedaliero di Lipari;
- 2) Distretto territoriale di Lipari;
- 3) Presidi di continuità assistenziale;
- 4) Medici di base e pediatri di libera scelta.

B) L'assistenza sanitaria in urgenza – emergenza;

La distanza e le difficoltà di collegamento con i presidi ospedalieri di terraferma rendono essenziale che in tutte le isole del comprensorio eoliano venga assicurato un primo soccorso che sia in grado di fare fronte alle situazioni più critiche di emergenza-urgenza.

Questa considerazione è tanto più vera se si considera che la vocazione turistica del territorio in argomento è tale da aumentarne in maniera esponenziale la popolazione residente per un periodo che orientativamente si diparte da aprile ad ottobre.

ESAME DELLE CRITICITÀ RILEVATE

La Commissione Sanità del Comune di Lipari ha raccolto una serie di rilevanti informazioni relative ai servizi sanitari erogati nel territorio di competenza e ciò mediante un raffronto diretto con la cittadinanza e la collaborazione di esperti del settore; in esito al percorso conoscitivo intrapreso sono state individuate una serie di gravi criticità che interessano entrambi i macro settori di cui sopra.

Di tali significative problematicità si darà di seguito immediata contezza e ciò grazie ad una suddivisione delle trattazioni in paragrafi che si reputa la più conducente a focalizzare l'attenzione del lettore sugli argomenti di discussione.

1. L'OSPEDALE CIVILE DI LIPARI

L'isola di Lipari, la maggiore del comprensorio eoliano per estensione territoriale e numero di abitanti, è sede di un presidio ospedaliero che il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato con il D.A. 629/2017 ha qualificato come **P.O. di zona disagiata**.

Tale riconoscimento importa che il nosocomio liparese abbia determinati requisiti, tutti individuati, seppure solo indicativamente e lasciando conseguentemente un certo margine di discrezionalità in capo alla Regione, dal paragrafo 9.2.2 dell'All.to 1 del D.M. n. 70/2015.

<i>SPECIALISTICA</i>	<i>TIPO STRUTTUR A (S, C, S.D.)</i>	<i>D.O</i>	<i>D.H.</i>	<i>P.L. TOTALI</i>
<i>P.S. – MCAU (Medicina e chirurgia dell'accettazione e urgenza)</i>	<i>S</i>	<i>--</i>	<i>--</i>	<i>2 (O.B.I.)</i>
<i>Area Chirurgica</i>	<i>S.D.</i>	<i>--</i>	<i>6</i>	<i>6</i>
<i>Area Medica</i>	<i>C</i>	<i>12</i>	<i>2</i>	<i>14</i>
<i>Pediatria</i>	<i>S</i>	<i>2</i>		<i>2</i>

<i>Ostetricia – Gin.</i>		<i>Percorso Nascita</i>		
<i>Lungodegenza</i>	<i>S</i>	<i>6</i>	<i>--</i>	<i>6</i>
<i>Anestesia e Camera Iperbarica</i>	<i>S.D.</i>	<i>--</i>	<i>--</i>	<i>--</i>
<i>Patologia Clinica</i>	<i>S</i>	<i>--</i>	<i>--</i>	<i>--</i>
<i>Radiologia (RX – TAC – RM)</i>	<i>S</i>	<i>--</i>	<i>--</i>	<i>--</i>
<i>Farmacia</i>				

- *Tabella indicativa delle specialistiche presenti nel P.O.*

1.1. PRONTO SOCCORSO

Nei P.O. di zona disagiata occorre, in particolare, garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei **necessari servizi di supporto**; un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, **da un punto di vista organizzativo, integrato alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo (mezzi e personale).**

Si evidenzia che rispetto ai 6 autisti di ambulanza ospedaliera previsti in pianta organica ne risulterebbero attualmente in servizio solamente 2 con un significativo sotto organico di 4 unità.

Inoltre, la surriferita necessità, peraltro normativamente prevista, che il P.S. venga dotato di **adeguati servizi di supporto funzionali a garantire l'effettuazione di:**

- interventi di stabilizzazione clinica in emergenza-urgenza;
- procedure diagnostiche;
- trattamenti terapeutici e attività di ricovero;
- predisposizione delle procedure di trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura;

rende assolutamente necessario incrementare l'operatività del P.S. con l'attivazione dei 2 posti letto di O.B.I. (osservazione breve intensiva) e

l'assegnazione del personale afferente; ciò permetterebbe di seguire l'evoluzione della sintomatologia del paziente in una fase di pre-degenza che si trasformerebbe in degenza solo in esito ad una valutazione in tal senso del sanitario.

L'operatività di questo servizio eviterebbe l'attivazione di un percorso che porta, in alcuni casi, a dei ricoveri impropri ed all'occupazione di posti letti senza che se ne riscontri una concreta necessità.

1.2 CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE O TERAPIA SUB INTENSIVA

La necessità di potenziare il sistema di assistenza sanitaria in emergenza – urgenza impone l'introduzione nel P.O. di un **CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE**, ovvero di una struttura operativa destinata a garantire l'immediata assistenza, già sul territorio liparese, di pazienti in condizioni critiche, fornendo agli stessi adeguate cure finalizzate al ripristino delle funzioni vitali compromesse dall'insorgenza di una malattia acuta o di un evento traumatico.

La tempestività dell'intervento assistenziale è spesso condizione essenziale al mantenimento in vita del paziente; i tempi di attesa di arrivo dell'elisoccorso (spesso prolungati a causa delle avverse condizioni meteorologiche che impediscono la celere operatività del mezzo di soccorso) e la durata del viaggio volto al raggiungimento delle strutture di terraferma in grado di ospitare il paziente si scontrano inesorabilmente con la detta esigenza di celerità dell'intervento sanitario salvavita.

Il Centro di Rianimazione garantirebbe il supporto intensivo del paziente mediante, da un lato, una peculiare attività di monitoraggio delle funzioni vitali (respiratoria, cardiovascolare, neurologica e nefrologica) e di controllo delle infezioni e, dall'altro, mediante la somministrazione di farmaci in infusione continua e l'applicazione di quei presidi invasivi ed extracorporei necessari al ripristino delle funzioni fisiologiche del paziente.

La struttura di rianimazione più confacente alla realtà liparese si reputa essere quella di SECONDO LIVELLO, ove è possibile garantire il trattamento di pazienti con una singola insufficienza d'organo e dare una prima e temporanea assistenza ai pazienti con insufficienze associate di più organi, in attesa del loro trasferimento nelle unità di rianimazione di primo livello o nelle specifiche unità di terapia intensiva presenti in terraferma.

Al fine di rendere operativo un CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE, indicativamente di secondo livello, il P.O. di Lipari dovrebbe essere dotato di adeguati strumenti di diagnosi e monitoraggio tra i quali si possono, seppure solo esemplificativamente, indicare: l'elettroencefalografo, il broncoscopio, il doppler, i sistemi di misurazione dei parametri emodinamici, della temperatura corporea e della attività respiratoria; e di necessari strumenti di terapia tra i quali si enucleano: i ventilatori artificiali, le pompe da infusione e gli aspiratori.

Ovviamente, oltre ad una dotazione di strumenti specifici, sarà necessario creare un nucleo di personale medico con specializzazione in anestesia e rianimazione che sia in grado di rendere operativa e funzionale la struttura h. 24.

Senza considerare che il Centro di Rianimazione consentirebbe di rendere pienamente operativa l'AREA CHIRURGICA, posto che l'assenza di una struttura di rianimazione non consente di svolgere in adeguate condizioni di sicurezza nemmeno gli interventi di chirurgia ridotta che dovrebbero essere svolti nel P.O. liparese.

In ultima analisi ed in attesa di una valutazione tecnica da parte delle autorità competenti si potrebbe valutare l'opportunità di creare una **TERAPIA SUB INTENSIVA**.

Inoltre, ciò garantirebbe un enorme risparmio sia in termini di tempestività dell'intervento di soccorso sia di contenimento dei costi sopportati per il trasporto in elicottero.

1.3 AREA CHIRURGICA

La struttura organizzativa dell'A.S.P. di Messina ha carattere dipartimentale; il Dipartimento di Chirurgia, di tipo funzionale, raggruppa le UU.OO. (complesse – semplici – semplici a valenza dipartimentale) afferenti le discipline chirurgiche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda e svolge funzioni di coordinamento, di indirizzo tecnico scientifico e di verifica delle attività.

L'organigramma del Dipartimento di Chirurgia prevede che l'U.O.S.D. di Chirurgia del Presidio di Lipari venga ricompresa nell'ambito della macro – sezione dell'Ospedale Riunito Di Milazzo – Barcellona P.G. – Lipari.

Da ciò si desume che tutte le UU.OO. afferenti i tre presidi superiormente detti si devono necessariamente coordinare da un punto di vista organizzativo e

gestionale (risorse umane e strumentali), garantendo in ogni singola UU.OO. le risorse necessarie alla piena funzionalità ed operatività.

- L'U.O.S.D.¹ di Chirurgia del P.O. di Lipari consta di 6 posti letto in D.H., non sono invece previsti p.l. in D.S. (Day Surgery)², ciò appare incompatibile con la tipologia di assistenza chirurgica che dovrebbe erogare, sempre secondo i parametri ministeriali del D.M. 70/15, un P.O. di zona disagiata; infatti, la prestazione assistenziale di ricovero in D.H., prevista nell'Atto Aziendale, risulta inadeguata al fine di garantire l'effettivo esercizio di attività di chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day Surgery o, eventualmente, in Week Surgery, carenza che dovrebbe essere sanata dalla possibilità, peraltro non sempre concretizzabile, di un appoggio nei p.l., già esigui, dell'Area Medica³.

Risulta essenziale porre rimedio a tale situazione che limita l'operatività dell'U.O.S.D. in argomento e

- Altro fondamentale rilievo riguarda la assoluta impossibilità di praticare la video -laparo - chirurgia (VLC), tecnica che consentirebbe l'esecuzione di interventi chirurgici addominali senza la necessità di incidere la parete dell'addome per raggiungere gli organi contenuti nella relativa cavità.

Tale situazione non è compatibile con la funzione, propria del Dipartimento di Chirurgia dell'Azienda, di sostenere il processo di rinnovamento dell'organizzazione e delle strategie di intervento e di consolidare l'organizzazione dei servizi in una visione improntata sulla centralità dell'utente.

È chiaro, infatti, che l'utente non viene messo in condizione di fruire di tecnologie di intervento chirurgico più avanzate, meno invasive e con conseguenti minori rischi di fenomeni infettivi, ma viene invece costretto a spostarsi in altre strutture, con aggravii in termini di costi e disagi.

¹Le strutture semplici a valenza dipartimentale (U.O.S.D.) sono articolazioni organizzative con autonomia operativa e responsabilità della gestione di risorse umane, strutturali e strumentali dedicate o condivise con altre strutture che vengono istituite per far fronte a particolari esigenze per le quali non si ritiene necessaria l'istituzione di una struttura complessa.

²La degenza in day surgery (D.S.) è propriamente la prestazione assistenziale di ricovero per acuti finalizzata alla esecuzione di un intervento chirurgico o di procedure invasive ed alle prestazioni propedeutiche e successive; comporta la permanenza nella struttura per parte della giornata o, nei casi di assistenza in one - day surgery, per l'intera notte.

³Vds. paragrafo 9.2.2, all.to 1 del D.M. 70/15

Inoltre, la mancata garanzia di un uniforme trattamento sanitario sull'intero territorio regionale importa una violazione del principio di uguaglianza sostanziale, a discapito dei cittadini residenti in realtà disagiate come quelle insulari.

Per quanto detto, è fondamentale dotare l'U.O.S.D. di Chirurgia di adeguate strumentazioni per effettuare interventi in laparoscopia, nonché di una équipe medica che abbia casistica di riferimento.

A tal fine si potrebbe pensare di avvalersi di professionalità multidisciplinari itineranti all'interno dell'Azienda che operino nel P.O. a cadenza prestabilita.

- Le informazioni raccolte hanno permesso di riscontrare l'esistenza di una **discrasia tra il personale medico che sarebbe previsto in pianta organica** (allo stato, la richiesta di esibizione del relativo atto non è stata esitata) e **quello effettivamente in servizio.**

In particolare, l'unità di chirurgia sarebbe sprovvista di un ginecologo (2 previsti – 1 in servizio), di quattro ostetrici (6 previsti – 2 in servizio) e di un ortopedico (2 previsti – 1 in servizio), con conseguente riduzione delle due specialistiche di ginecologia e ortopedia a livello di mera assistenza ambulatoriale, stante la impossibilità di assicurare la reperibilità h. 24 e l'interventistica in regime di emergenza.

1.4 AREA MATERNO – INFANTILE

Il Dipartimento Materno – Infantile dell'A.S.P di Messina è articolato in Unità Operative, ospedaliere e territoriali, funzionali alla tutela della salute della donna e del soggetto in età evolutiva dal periodo prenatale all'adolescenza.

- Il P.O. di Lipari ospita, almeno secondo l'Atto Aziendale, una **U.O.S. di Pediatria** dotata di 2 posti letti in D.O.

In realtà, a partire dal 2011, il reparto di pediatria è stato di fatto chiuso ed i piccoli pazienti vengono ricoverati nel reparto di Medicina Generale, con grave nocumento degli stessi che rischiano di essere contagiati più facilmente dai pazienti adulti, nonché in totale spregio del principio, sancito dalla Carta dei diritti del bambino, a norma del quale i bambini devono essere ricoverati in locali specifici e con personale a loro dedicato.

Inoltre, l'attività ospedaliera pediatrica risulta alquanto compromessa dalla carenza di personale specifico.

Agli utenti in età pediatrica viene fornita una assistenza ambulatoriale esclusivamente in orario antimeridiano, rimanendo prive del servizio le restanti ore giornaliere; la situazione, peraltro già critica, sarebbe aggravata dalla paventata soppressione del P.P.I.P.

Tali carenze devono essere sanate al più presto e ciò nell'interesse dei piccoli pazienti e delle loro famiglie che sono spesso costrette a spostarsi in strutture di terraferma per curare patologie che potrebbero tranquillamente essere trattate in loco.

- Nel solco delle linee programmatiche definite nell'ambito della "Rete integrata del percorso nascita"⁴, il P.O. ed il Distretto Sanitario di Lipari devono garantire un **PERCORSO NASCITA** che accompagni la donna dal momento del concepimento a quello prenatale. La impossibilità per la paziente di sottoporsi presso il locale P.O. alla ecografia morfologica⁵ rappresenta una carenza nella funzionalità nel percorso nascita "eoliano" che deve essere sanata anche nel rispetto del principio, sancito dallo stesso D.A. 629/17, a norma del quale il P.N. deve essere organizzato in modo da assicurare l'uniformità della presa in cura e dell'assistenza in tutte le strutture del S.S.R.

- Inoltre, si chiede la programmazione di un piano di intervento destinato a reperire le risorse umane e strumentali necessarie alla riapertura del PUNTO NASCITA di Lipari, la cui chiusura è da ricondurre, esclusivamente, ad un dato statistico: il mancato raggiungimento dello standard quantitativo necessario a garantire la sopravvivenza dei P.N., individuato dal Ministero della Salute in 500 parti annui. Tale scelta "contabile" non è in linea con l'idea di una sanità che mette al centro l'utente e le sue esigenze di assistenza in un'ottica di umanizzazione del servizio erogato secondo gli standard previsti dal D.lgs 150/09 (L.E.A.); difatti, il sostegno economico che viene erogato alla gestanti eoliane per affrontare le spese di trasferta obbligatoria per partorire sulla terraferma, non restituisce alle pazienti la tranquillità e la sicurezza di partorire nel proprio luogo di residenza e con la vicinanza dell'intero nucleo familiare. Le partorienti sono, ad oggi, costrette a trasferirsi sulla terraferma per il periodo finale della gestazione, così che, proprio tale ultimo frangente, quello

⁴Recepita dalla Regione Sicilia con il D.A. n. 1640 del 30.09.2015

⁵Esame diagnostico che viene eseguito dalla ventesima alla ventitreesima settimana di gestazione ed è, unitamente all'ecografia del primo trimestre, il controllo più importante e complesso di tutta la gravidanza, poiché è destinato ad individuare eventuali malformazioni del feto.

più difficile, si trasforma in un periodo di stress emotivo e fisico, spesso da vivere in solitudine, stante la difficoltà dei familiari di abbondare le proprie attività lavorative, esercitate sulle isole, per periodi così lunghi.

La peculiare situazione di insularità deve essere valutata con la dovuta attenzione; il P.O. di Lipari deve essere in grado di dare la adeguata assistenza nei casi di parti imprevisti (sia naturali che in emergenza), la cui natura rende necessario un intervento tempestivo, incompatibile con la durata del tragitto in elisoccorso per raggiungere la prima struttura attrezzata.

La deroga alla chiusura dei P.N. con meno di 500 parti annui è stata, peraltro, già concessa per altre realtà disagiate (Pantelleria – Bronte – Licata – Nicosia – Corleone – Cefalù), ragione per la quale risulta doveroso, alla luce delle superiori considerazioni, avviarsi un percorso di ripristino anche per le Isole Eolie.

1.5 PUNTO DI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO (P.P.I.P.)

Il P.P.I.P. è una struttura afferente il P.O. di Lipari che assicura l'assistenza sanitaria in età pediatrica nei giorni prefestivi e festivi.

Attualmente, tale presidio di primo intervento, operativo dal 01.05.2013, continua a funzionare esclusivamente grazie ad un regime di proroga, come tale temporanea, ed è destinato alla soppressione perché non raggiungerebbe gli standard richiesti di almeno un accesso per ogni ora di servizio⁶.

La peculiare realtà insulare impone di derogare al mero dato statistico a favore della sicurezza del paziente pediatrico e, di conseguenza, **la struttura deve necessariamente essere stabilizzata e resa efficiente**, posto che la funzione del P.P.I.P., che si differenzia dal P.S. proprio perché la struttura ospedaliera cui afferisce non dispone dei servizi necessari per interventi di urgenza (camere operatorie, ecc.), è quella di garantire (con adeguate dotazioni di mezzi e personale) che il paziente pediatrico sia trasferito nelle migliori condizioni possibili presso il più vicino centro specializzato.

Il P.P.I.P. interviene a supporto ed integrazione dell'attività ambulatoriale che viene esercitata dai pediatri ospedalieri e da quelli di libera scelta ed in giorni in cui questi non sono in servizio; la soppressione equivarrebbe alla negazione della continuità assistenziale in età pediatrica.

⁶ Il P.P.I.P. di Lipari registra una media di circa 0.50 accessi l'ora (oltre 1000 accessi l'anno per una popolazione pediatrica di 1600 bambini).

1.6 AREA MEDICA

L'organigramma del Dipartimento di Medicina dell'A.S.P. di Messina include le UU.OO. di **Medicina Generale** (U.O.C.), di **Lungodegenza** (U.O.S.) e di **Emodialisi** (U.O.S.) del P.O. di Lipari nell'ambito della macro – sezione dell'**Ospedale Riunito Milazzo – Barcellona P.G. – Lipari**.

- **L'U.O.C.⁷ di Medicina Generale** consta di 12 posti letto in D.O. (degenza ordinaria) e di 2 p.l. in D.H..

Allo stato parrebbe esserci un **organico sottodimensionato** rispetto a quello previsto; in particolare mancherebbe un cardiologo (2 previsti – 1 in servizio), con conseguente impossibilità di una reperibilità h. 24 e la totale scopertura in caso di assenza temporanea dell'unico sanitario in servizio.

- **L'U.O.S.⁸ di Lungodegenza** si compone di 6 posti letto in D.O.; la sua funzione sarebbe quella di fornire adeguata assistenza ai pazienti post-acuti, ovvero persone il cui quadro clinico risulta relativamente stabilizzato, che sono inserite in percorso diagnostico pressoché concluso e che hanno già un programma di cura definito, ma necessitano ancora di supporto perché non sono in grado di rientrare nei loro domicili per la persistenza di quella sintomatologia residua che ne inficia l'autosufficienza.

L'assistenza in lungodegenza non si fonda esclusivamente su fattori legati alle condizioni cliniche del paziente, ma rilevano anche altri profili, quali la presenza di contesti socio – familiari fragili o inadeguati a garantire il supporto di cui necessita il post-acuto (il paziente tipo è rappresentato da persone anziane con patologie croniche le cui dimissione dai reparti ospedalieri sono considerate “difficili” proprio in termini di costi umani ed economici di assistenza).

Nel P.O. di Lipari l'unità di Lungodegenza, seppure prevista, non è stata attivata, ragione per la quale è necessario procedere tempestivamente a garantirne la piena operatività con l'assegnazione delle adeguate risorse in termini di personale medico – assistenziale.

⁷Le strutture complesse sono articolazioni organizzative del Dipartimento alle quali è attribuita la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate; gestione concordata e coordinata a livello dipartimentale.

⁸Le strutture semplici interne (U.O.S.) sono articolazioni organizzative delle strutture complesse o dello staff alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane e tecniche.

- L'U.O.S. di Emodialisi consente ai pazienti che soffrono di insufficienza renale di sottoporli alla necessaria terapia dialitica direttamente in loco.

Tuttavia, per i pazienti residenti nelle isole minori dell'Arcipelago la **continuità della terapia può essere messa a serio rischio** dalla difficoltà di raggiungere il Presidio di Lipari **a causa delle avverse condizioni meteomarine**, ragione per la quale si chiede la predisposizione di un adeguato protocollo che disciplini il percorso di formazione del personale medico in loco e di preparazione - educazione degli stessi pazienti, che consenta a questi ultimi di usufruire di un trattamento domiciliare come potrebbe essere la **emodialisi domiciliare** o la **dialisi peritoneale** (trattamento alternativo alla emodialisi), anche grazie al supporto del personale dei presidi di continuità assistenziale e dei sistemi più avanzati di telemedicina.

1.7 DIAGNOSTICA PER IMMAGINE

La diagnostica per immagine riveste un ruolo fondamentale nella individuazione del più adeguato percorso diagnostico – terapeutico da intraprendere sia in elezione che in emergenza, ragione per la quale la U.O.S. di Diagnostica per immagini del P.O. di Lipari deve essere resa pienamente operativa tramite la dotazione della struttura di adeguate:

a) risorse umane, allo stato risulterebbe esserci un sotto organico di un medico radiologo (3 previsti – 2 in servizio) e di due tecnici di radiologia (6 previsti – 4 in servizio);

b) risorse strumentali, a tutt'oggi il P.O. risulta dotato esclusivamente di **un ecografo del lontano 2005** che, sebbene funzionante, ha il gravoso compito di sopperire a qualsiasi esigenza diagnostica si dovesse presentare in ambito ospedaliero, con la necessità di repentini e continui spostamenti dello stesso laddove se ne dovesse riscontrare il bisogno, *nonché la necessità di una risonanza che sia dotata di premetta una diagnostica completa al fine della emergenza - urgenza.*

1.8 ANESTESIA E CAMERA IPERBARICA

Il Dipartimento d'Emergenza e Accettazione (DEA) dell'A.S.P. raggruppa tutti i servizi territoriali e ospedalieri destinati a fronteggiare le diverse fasi dell'emergenza.

Il P.O. di Lipari è sede di una U.O.S.D. di Anestesia, attrezzata anche con camera iperbarica.

In questo contesto, oltre a richiamare quanto superiormente detto circa l'opportunità di dotare il P.O. di un centro di rianimazione polivalente o attivare una Terapia subintensiva appare doveroso rappresentare che la U.O. in argomento presenterebbe delle gravi carenze di organico rispetto alla presuntivamente operante pianta organica ed, in particolare, si segnala la mancanza di un anestesista (4 previsti – 3 in servizio).

Tuttavia, una delle tre unità operative parrebbe essere spesso impossibilitata a prestare servizio per la difficoltà di contemperare un, recentemente assunto, impegno di matrice politica con l'attività lavorativa prestata nella realtà insulare; questa incresciosa situazione importa un oggettivo abbassamento del livello assistenziale fornito a U.O. di anestesia e ciò a solo discapito degli utenti.

Urge trovare una soluzione che consenta di ripristinarne la piena operatività del servizio.

1.9 PATOLOGIA CLINICA

L'Area afferente il laboratorio analisi mediche ha in capo varie figure professionali: dirigenti sanitari, biologi e tecnici di laboratorio.

In tale settore, risulterebbe carente l'organico di diritto, così come previsto dall'atto aziendale, per cui su n.5 tecnici di laboratorio assegnati ne opererebbero di fatto 3 a fronte di un'utenza interna ed esterna che comprende sia la popolazione ospedaliera che il bacino territoriale residenziale di sette isole ammontante ad oltre 13.00 abitanti.

Parrebbe altresì opportuno dotare il laboratorio dei necessari reagenti per effettuare alcune analisi cliniche più specifiche.

1.10 UNITA' FISSA DI RACCOLTA SANGUE OSPEDALIERA

In collegamento con l'intero presidio ospedaliero, ed in particolar modo legato al settore della patologia clinica sovraesposta, si ravvisa una grave condizione per ciò che concerne la raccolta di sangue, ad oggi in capo all'Asp e svolta dall'AVIS comunale che opera sul territorio.

Nella sostanza, la raccolta di sangue avviene all'interno dello stesso laboratorio analisi, mancante delle figure anzidette, e ciò ha prodotto ad oggi una mancata e negativa corrispondenza fra l'aumento dei donatori di sangue, la cui accoglienza ed informazione è curata dall'Avis di Lipari, e la raccolta delle sacche poichè, compatibilmente con la normativa sulla sicurezza, non dovendo

venire a contatto donatori e pazienti ospedalieri, è preclusa la donazione infrasettimanale (questa avviene solo il sabato).

Inoltre, secondo la Convenzione regionale in materia, qualora l'Asp mettesse a disposizione i locali, che al nosocomio di Lipari sarebbe possibile individuare, e autorizzasse, come avviene in altre Province siciliane, medici ed infermieri a mettersi a disposizione in orario lavorativo per l'attività di raccolta (cosa che a Lipari oggi non avviene), o integrasse il personale occorrente, sarebbe possibile, per un Territorio frammentato ed isolato come quello Eoliano, realizzare una Unità fissa di raccolta sangue ospedaliera, sempre in Convenzione eventualmente con l'Avis locale.

1.11 FARMACIA

Anche in tale divisione non vi sarebbe corrispondenza fra le figure necessarie al servizio da svolgere e la realtà contingente tant'è che su n.2 medici farmacisti assegnati ne sarebbe attivo solo 1, a discapito delle esigenze oggettive della postazione che resta vacante ogni qualvolta si presentino esigenze personali e legittime dello specialista in questione, il quale non è nelle condizioni di poter delegare ad un collega il delicato lavoro interno ed esterno di cui si occupa.

1.12 PERSONALE INFERMIERISTICO ED AUSILIARIO

Su questo specifico argomento, che abbraccia tutte le aree specialistiche del P.O. di Lipari, si rileverebbe una ulteriore discrasia fra il personale infermieristico e quello ausiliario all'assistenza assegnati e necessari per la funzionalità dell'intera struttura, così come stabilito dalla pianta organica, e quello di fatto operante per cui a fronte di circa n.55 infermieri e n.28 operatori sanitari all'assistenza risulterebbero attivi in realtà n. 35 infermieri circa e n.10 OSA.

1.13 MEZZI CHE ASSICURANO I COLLEGAMENTI IN EMERGENZA – URGENZA

I collegamenti sanitari in emergenza – urgenza sono assicurati dalla presenza del S.U.E.S. 118, che svolge il servizio di soccorso e allarme sanitario in sede extra ospedaliera e, a tal fine, si avvale di MSB (ovvero di mezzi di soccorso di base caratterizzati dalla presenza esclusiva di figure qualificate come soccorritori).

Si segnala che nell'isola di Lipari è operativa una ambulanza medicalizzata (MSA – mezzo di soccorso avanzato)⁹, servizio che necessita di essere stabilizzato in maniera definitiva e di cui si segnala l'importanza al fine di garantire un sempre più tempestivo intervento di soccorso del paziente.

Inoltre tutte le isole eolie sono dotate di elisuperfici attive h. 24, tuttavia non è prevista la stabile presenza dell'eliambulanza sul territorio isolano, diversamente da altre realtà insulari (vds Pantelleria permanenza per 12 h. e Lampedusa permanenza per 24 h.).

Dai dati statistici analizzati da D.A. 8 novembre 2016 (approvazione Progetto Trinacria per le Isole minori) risulta che sono state stipulate convenzioni con la Capitaneria di porto per il trasporto di pazienti nelle isole di Lipari e di Vulcano, di tali accordi non si conosce né il contenuto, né si ha contezza della eventuale ed effettiva operatività degli stessi.

Sul punto si chiedono delucidazione a chi di competenza.

In una prospettiva futura si evidenzia l'esigenza di ripristinare il servizio di idroambulanza (oramai non in funzione da tempo), anche mediante delle convenzioni con associazioni di volontariato ed enti preposti e ciò al fine di rendere operativo un servizio aggiuntivo di trasporto inter – isole.

2. DISTRETTO TERRITORIALE DI LIPARI

Il Distretto Sanitario è l'articolazione su base territoriale al cui livello il Servizio sanitario Regionale attiva il percorso assistenziale e realizza l'integrazione tra attività sanitarie e sociali.

Ha in capo una serie di uffici e servizi, un Centro vaccinale, un Consultorio ed un Poliambulatorio che prevede Urologia, Reumatologia, Pneumologia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia, Oculistica, Neurologia, Geriatria, Fisiatria, Endocrinologia e Dermatologia.

Per alcune figure, di cui si può valutare oggettivamente la maggior frequenza di utenti ed una maggior lista d'attesa, dipendente da fattori di natura ambientale,

⁹ Il mezzo di soccorso avanzato è dotato di un equipaggio in cui sono compresi uno o due soccorritori (di cui uno autista), un infermiere e un medico, spesso anestesista-rianimatore, provenienti dai reparti di pronto soccorso.

sarebbe opportuno un'assistenza che superasse la sola volta a settimana o solo due ove previsto e si integrasse nel periodo estivo con maggior personale dedicato.

3. PRESIDIO ASSISTENZIALI ISOLE MINORI

➤ Analisi del territorio e potenziamento mezzi - risorse

VULCANO

I locali che ospitano il PRESIDIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, risultano essere di proprietà del Comune di Lipari e concessi all'ASP di Messina, distano circa 2,5 Km dall'elipista di Vulcanello, circa 7 Km da quella in Loc. Piano ed a circa 300 metri dal Porto di Levante.

Ad oggi risulterebbero in servizio 4 medici titolari più 2 sostituti a fronte dei 7 complessivamente previsti in organico.

Dal 15 maggio al 15 settembre dalle 08.00 alle 20.00 avviene il raddoppio diurno come Guardia Medica Turistica (2 medici in servizio), invece dalle 20.00 alle 08.00 opera un solo medico. Non c'è supporto di personale infermieristico, autisti o soccorritori come personale ASP, risulta invece operante l'assistenza da parte del Gruppo Volontari CRI che garantisce il supporto all'attività dei medici h.24.

Il Presidio è dotato di una autovettura di servizio Mod. Fiat Panda, due ambulatori medici con 4 lettini visite, un elettrocardiografo collegato con scheda GSM alla UTIC di Milazzo, nonché di strumenti necessari ad effettuare interventi di piccola chirurgia di emergenza (suture, medicazioni, ecc.).

Per i casi più gravi ci si avvale del servizio di elisoccorso del 118 per trasferimenti presso nosocomi sulla terraferma.

Dalle informazioni acquisite sul territorio risulta che nel solo anno 2017 si sono registrati circa 89 interventi con elisoccorso.

PANAREA

In questo caso i locali del Presidio di Continuità Assistenziale risultano essere di proprietà privata e concessi in locazione all'ASP, occupano il piano terra di un edificio posto a circa 600 metri dall'elipista ed a circa 300 metri dal porto.

Allo stato attuale, nel presidio prestano servizio, a rotazione, 5 medici titolari più 2 sostituti; non c'è supporto di personale infermieristico, autisti o soccorritori come personale ASP.

Dal 15 maggio al 15 settembre, dalle 08.00 alle 20.00, avviene il raddoppio diurno come Guardia Medica Turistica, **invece dalle 20.00 alle 08.00 opera un solo Medico.**

Tale presidio dispone di un'ambulanza elettrica di proprietà Comunale idonea esclusivamente al trasporto infermi e di uno scooter.

Si segnala la presenza in loco di un elettrocardiografo collegato con scheda GSM alla UTIC di Milazzo, nonché la disponibilità di strumenti, presidi e quant'altro necessario per interventi di piccola chirurgia di emergenza (suture, medicazioni, ecc.).

Per i casi più gravi ci si avvale del servizio eliambulanza del 118 per trasferimenti presso nosocomi sulla terraferma.

Dalle informazioni acquisite sul territorio risulta che nel solo anno 2017 si sono registrati circa 15 interventi con elisoccorso.

È da rilevare che sull'Isola di Panarea non risultano operativi gruppi di Volontari CRI o di altre Associazioni che possono prestare un ausilio prezioso ai medici in servizio sull'isola.

STROMBOLI

I locali del Presidio di Continuità Assistenziale di Stromboli risultano essere di proprietà dell'Azienda.

Allo stato attuale presso il suddetto presidio prestano servizio, a rotazione, 5 medici titolari più 2 sostituti, non c'è supporto di personale infermieristico, autisti o soccorritori come personale ASP e dal 15 giugno al 15 settembre avviene raddoppio diurno come Guardia Medica Turistica dalle 08 alle 20, **invece dalle 20 alle 8 opera un solo medico.**

Inoltre, vi è la disponibilità sponda di una ambulanza elettrica di proprietà Comunale idonea esclusivamente al trasporto infermi, di uno scooter, nonché di un elettrocardiografo collegato con scheda GSM alla UTIC di Milazzo e di strumenti, presidi e quant'altro necessario per interventi di piccola chirurgia di emergenza (suture, medicazioni, ecc.).

Per i casi più gravi ci si avvale del servizio eliambulanza del 118 per trasferimenti presso nosocomi sulla terraferma, è opportuno rilevare che nel solo anno 2017 si sono registrati circa 30 interventi con elisoccorso. È da rilevare che sull'Isola di Stromboli risulta operativo un gruppo di Volontari CRI che garantisce supporto all'attività dei medici.

GINOSTRA

Nel presidio di continuità assistenziale di Ginostra prestano servizio complessivamente 7 medici; ogni turno, della durata di 4 giorni, è coperto da un unico medico.

Tuttavia si segnala che occasionalmente ed in corrispondenza dell'aumento dell'attività eruttiva del vulcano Stromboli ci sia un raddoppio (2 unità in servizio)

Da qualche anno questo raddoppio avviene anche nel periodo estivo.

I medici sono reperibili h. 24 ed in caso di emergenza visitano domiciliariamente o nei casi più gravi "medicano sul campo" ad esempio in caso di cadute o scivolamenti nella spiaggia vicina al porto.

I medici hanno a disposizione una piccola dispensa medica dove sono presenti le medicine per le emergenze (antibiotici, cortisone ecc.), quando mancano si riforniscono dalle farmacie di Lipari o Stromboli in maniera tale da farle arrivare nella frazione dopo qualche ora. Possiedono strumenti, presidi e quant'altro necessario per interventi di piccola chirurgia di emergenza (suture, medicazioni, etc) ed una barella per i trasferimenti.

A Ginostra, non essendoci medico di base, sono gli stessi sanitari del presidio a svolgere tale mansione; quindi prescrivono medicinali e visite specialistiche, svolgendo diligentemente il loro compito.

I locali del presidio, in locazione all'ASP, sono stati recentemente messi a norma.

FILICUDI

I locali che ospitano il Presidio di Continuità Assistenziale risultano essere di proprietà privata e concessi in locazione all'ASP di Messina; distano circa 2,00 km dall'elipista ed approssimativamente 3,00 km da Filicudi Porto.

Allo stato attuale, presso il suddetto Presidio risulterebbero essere previsti 7 medici in organico.

Dal 15 maggio al 15 settembre dalle 08.00 alle 20.00 avviene raddoppio diurno come Guardia Medica Turistica, **invece dalle 20.00 alle 08.00 opera un solo medico.**

Non c'è supporto di personale infermieristico, autisti o soccorritori come personale ASP, non risulta più operante l'assistenza da parte del Gruppo Volontari CRI dal dicembre 2016, che garantiva supporto h. 24 all'attività dei medici anche grazie alla utilizzazione dell'ambulanza in dotazione; dal febbraio 2018 risulta essere stata

consegnata una nuova ambulanza ai Volontari di Protezione Civile Sanitaria presenti sull'isola.

Il Presidio è dotato di una autovettura di servizio in pessimo stato di manutenzione, un elettrocardiografo collegato con scheda GSM alla UTIC di Milazzo, strumenti, presidi e quant'altro necessario per interventi di piccola chirurgia di emergenza (suture, medicazioni, ecc.). Per i casi più gravi ci si avvale del servizio eliambulanza del 118 per trasferimenti presso nosocomi sulla terraferma.

ALICUDI

I locali che ospitano la Guardia Medica, o più precisamente il "PRESIDIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE", risultano essere di proprietà privata e concesso alla ASP.5. Allo stato attuale, presso il suddetto Presidio risultano operanti 6 Medici Titolari ed un sostituto, a fronte dei previsti n.7 medici in organico;

Dal 15 maggio al 15 settembre dalle 08.00 alle 20.00 avviene il raddoppio diurno come Guardia Medica Turistica, invece dalle 20.00 alle 08.00 opera un solo medico. Non c'è supporto di personale infermieristico, autisti o soccorritori come personale ASP. È da rilevare che sull'Isola di Alicudi non risultano operativi gruppi di Volontari CRI o di altre Associazioni.

Il Presidio è dotato di un elettrocardiografo collegato con scheda GSM alla UTIC di Milazzo, strumenti, presidi e quant'altro necessario per interventi di piccola chirurgia di emergenza (suture, medicazioni, ecc.). Per i casi più gravi ci si avvale del servizio eliambulanza del 118 per trasferimenti presso nosocomi sulla terraferma, è opportuno rilevare che si registrano circa 3-4 interventi annui con elisoccorso.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE SUI PRESIDII DI C.A.

Si chiede agli organi di competenza di verificare le attuali condizioni strutturali dei presidi e, qualora dovessero risultare delle carenze, porvi rimedio in tempi brevi e ciò a garanzia dell'efficienza del servizio.

I presidi dovranno inoltre essere dotati di strumentazioni idonee e di presidi di telemedicina aggiornati e operativi.

Si rappresenta l'esigenza di innalzare a 2 le unità in servizio per l'intero anno (anziché 1 nel periodo invernale e 2 nel solo periodo estivo); in ogni caso tale incremento si appalesa necessario nelle ore notturne, posto che per tutto l'anno vi è sempre una sola unità in servizio.

Affidare l'assistenza sanitaria nelle isole minori ad una sola unità medica, a maggior ragione nel periodo estivo, risulta non garantista dell'incolumità della popolazione presente in loco.

Si rileva che, oltre alla garanzia di un organico medico di due unità h. 24, sarebbe essenziale assicurare anche la presenza di un infermiere h. 24.

Presidi territoriali di emergenza (c.d. PTE)

Tali presidi, istituiti con i Decreti assessoriali n. 33793 dell'8 gennaio 2001 con il quale sono state individuate le linee guida di organizzazione e di funzionamento del Servizio di Urgenza Emergenza Sanitaria Regionale (S.U.E.S. 118) erogano servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza sul territorio: nei casi in cui è possibile evitare il ricovero ospedaliero e/o nei territori nei quali non è presente una struttura ospedaliera o dove sussistano eccezionali difficoltà di accesso alla stessa.

Allo stato l'unico PTE dell'Arcipelago Eoliano è allocato nel Comune di Santa Marina Salina.

4. TELEMEDICINA

Obiettivo primario è l'implementazione con ulteriori e più aggiornati servizi del sistema di telemedicina attualmente operativo sul territorio eoliano che, ad oggi, si limita esclusivamente alla tele cardiologia.

Difatti, un efficiente servizio di telemedicina può consentire:

- a. Esecuzione di esami di laboratorio, con l'ausilio dei POCT (collegati in rete), condivisi e validati da laboratori analisi ospedalieri di riferimento in tempo reale;
- b. Creazione e archiviazione del dossier clinico del paziente, condivisibile in sincrono e asincrono con specialisti ospedalieri di riferimento;
- c. Condivisioni di protocolli, procedure e trattamenti terapeutici;
- d. Sessioni di teleconsulto specialistico;
- e. Gestione territoriale e domiciliare di pazienti cronici e anziani non autosufficienti
- f. Gestione di emergenze urgenze
- g. Portale internet dedicato per la formazione a distanza del personale sanitario

Fermo restando che, nel momento di acuzie di patologie gravi, la telemedicina non può essere di per sé risolutiva per cui il paziente dovrà essere trasferito.

