



Roma, 1 luglio 2019 - La Commissione Nazionale Emergenza-Urgenza Anaa Assomed ribadisce che, sebbene le recenti nuove linee guida elaborate dal Ministero della Sanità e diffuse alle Regioni sulla riforma di alcuni aspetti del Pronto Soccorso (nonostante l'assenza di rappresentanti degli operatori del settore che sicuramente avrebbero apportato al documento ministeriale un fondamentale contributo), testimoniano l'attenzione a una problematica sempre più accesa e drammatica, esse si rivelano ancora insufficienti per affrontare tutte le criticità fino ad ora riscontrate e ormai esacerbate. In particolare, la Commissione, come già espresso, ritiene prioritario ed indispensabile affrontare tutti i seguenti punti:

1. Le condizioni di lavoro degli operatori, la tutela della salute e l'incentivazione del lavoro dei medici.
2. La riduzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e il rispetto dei limiti di permanenza (ricoveri e codici minori) che deve prevedere garanzie assolute sulle attività del personale sanitario.
3. La sicurezza sul luogo di lavoro.
4. L'errata previsione di fabbisogno di personale medico, l'accesso alla formazione e integrazione della rete formativa.
5. Il miglioramento della sicurezza delle cure e dell'organizzazione, la prevenzione e la riduzione del rischio clinico.
6. L'integrazione con l'assistenza territoriale (118, medici di medicina generale, guardia medica).
7. L'informazione all'utenza.

Proposte

1. Condizioni di lavoro - Come dimostrato dalla letteratura scientifica più accreditata, lavorare in Pronto Soccorso è usurante. Aumentano sensibilmente per gli operatori le possibilità di patologia cardiopolmonari, aumenta il burnout. Anche per questi motivi, la scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza non è in Italia ancora tra le più ambite, al contrario di quanto avviene negli altri paesi UE. Si propone pertanto:

- che tutti i medici in pianta organica presso 118, Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza collegati, abbiano diritto ogni anno a ulteriori 10 giorni di ferie da godere continuativamente ed obbligatoriamente nei mesi non estivi;
- l'uscita, su richiesta del singolo medico, al compimento dei 60 anni di età, dai turni notturni, ovvero la possibilità di ridurne il numero;
- la previsione del rispetto di tutti gli istituti contrattuali e normativi previsti al fine di ridurre e contenere il disagio lavorativo in Pronto Soccorso.

Sul sovraffollamento dei Pronto Soccorso, con riferimento alle linee di indirizzo del Ministero sui limiti di tempi di permanenza del malato nei locali di Pronto Soccorso, la Commissione propone che si prevedano unitamente norme che impongano alle Regioni di adottare i provvedimenti necessari ad ottenere tale risultato (più posti letto, migliore assistenza territoriale, etc.). Il mancato rispetto di questo obiettivo deve portare a sanzioni nei confronti del direttore generale e del direttore sanitario.

In riferimento alla sicurezza sul luogo di lavoro, è indispensabile che gli organici dei Pronto Soccorso non siano sottodimensionati al fine di una reale riduzione del rischio per gli operatori (è nozione comune che in caso di persona agitata/violenta il numero minimo di operatori sanitari per l'intervento di contenimento/sedazione non deve essere inferiore a 6 unità, disposizione che dovrebbe essere prevista nel Documento aziendale di Valutazione del Rischio). Inoltre, in tutte le sedi di PS devono essere presenti sistemi di sorveglianza attiva e in video h 24 e un canale dedicato per garantire l'accesso diretto delle forze dell'ordine.

2. Previsione dei fabbisogni di personale medico, accesso alla formazione e integrazione della rete formativa - I Pronto Soccorso in Italia sono 844 (513 di base e 331 complessi); lavorano nel sistema di urgenza 12.000 medici; 24 milioni le visite eseguite ogni anno, 2.800 gli accessi ogni ora al Pronto Soccorso. Le postazioni del 118 sono 103 (64 servono un bacino inferiore ai 500.000 abitanti, 28 tra 500.000 e 1.000.000 e 11 un bacino superiore a un milione di abitanti).

Appare evidente che aver previsto ogni anno la formazione in Italia di solo 162 medici specializzandi è palesemente insufficiente, tanto da aver generato in questi anni l'impiego di personale non in possesso del titolo di specialista, o quello frettoloso di medici da graduatorie di medicina generale, o peggio di avere appaltato al privato la gestione di alcuni Pronto Soccorso. Su questo specifico punto la proposta di miglioramento deve prevedere tre fasi:

Oggi

- Prevedere che l'accesso all'area avvenga solo per concorso pubblico ed in regime di dipendenza, evitando di passare di sanatoria in sanatoria.
- Strutturazione come medico specialista dipendente nelle AO/ ASL del personale proveniente dalle graduatorie della specialistica ambulatoriale oggi in servizio nei pronto soccorso o al 118, se assunto per un numero di ore di servizio superiore alle 17 ore.
- Strutturazione, con apposito provvedimento legislativo, del personale attualmente in servizio da almeno 4 anni mediante concorsi riservati a tempo determinato, anche in assenza del diploma, prevedendo comunque la successiva iscrizione in sovrannumero alla di scuola di specializzazione e il riconoscimento di crediti formativi universitari.
- Iscrizione in sovrannumero nelle scuole di specializzazione per il restante personale in servizio da

meno di 4 anni.

- Possibilità di assumere negli ospedali con contratti a tempo determinato gli specializzandi del IV e V anno.
- Si potrà altresì prevedere di assumere, con contratto a tempo determinato, gli specializzandi anche al III anno ma limitatamente al lavoro dell'emergenza/urgenza pre-ospedaliera (118).
- Revisione delle tabelle di equipollenza per la Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza.

Domani

- Le aziende potranno assumere personale medico neolaureato e comunque non in possesso dei titoli richiesti, in pronto soccorso o nel 118 solo con contratti di formazione lavoro a tempo determinato finalizzati all'acquisizione del titolo per lavorare in PS o nel 118. Questi medici entreranno automaticamente in sovrannumero nella scuola di specializzazione più vicina al posto di lavoro. I medici della struttura ospedaliera saranno obbligatoriamente nominati quali tutor.
- Al conseguimento del titolo il contratto a tempo determinato sarà convertito in contratto a tempo indeterminato mediante concorso riservato.

Dopodomani

- Integrare la rete formativa, oggi solo universitaria, creando scuole di specializzazione sia universitarie che ospedaliere, tali da permettere di formare il numero di specialisti utili per poter coprire l'intero servizio dell'area.
- Da quella data prevedere che l'accesso all'area ed ai suoi ruoli dirigenziali sia consentito solo a coloro che avranno acquisito il titolo di specializzazione specifico o che abbiano lavorato in quella disciplina da più di 10 anni.

3. Gestione codici "minori" in Pronto Soccorso, sovraffollamento accessi e pazienti inviati dai medici di medicina generale

- Coinvolgimento medici medicina generale, medici liste guardia medica, 118 e Specialisti ambulatoriali, per la gestione dei codici bianchi.
- Implementazione dei Sistemi di Telemedicina.
- Accesso diretto ai servizi interessati per pazienti già valutati in Pronto Soccorso che tornano per completamento diagnostico ('ritorni').
- Pazienti inviati dal medico di medicina generale per valutazione specialistica o radiologica con priorità U: invio diretto agli ambulatori negli orari di competenza/radiologia, indipendentemente dalla tipologia.
- Istituzione di un tavolo di lavoro permanente con i medici di medicina generale sugli accessi in Pronto Soccorso in ogni ULSS e a livello regionale.
- Ambulatori di guardia medica a fianco dei Pronto Soccorsi e prolungamento della loro apertura all'utenza.
- Campagna sulla valorizzazione dell'attività in PS, sul ricorso appropriato al PS, sui percorsi alternativi e contro l'aggressività verso il personale sanitario: spot pubblicitari per Social, TV e Web, pubblicità progresso sulla stampa cartacea e web, pieghevoli e manifesti da distribuire negli ospedali nei Poliambulatori e negli ambulatori dei medici di medicina generale.
- Apertura presso ogni Regione di un tavolo tecnico permanente con le OO.SS. per valutare ulteriori

proposte e procedure di miglioramento anche in relazione alle singole realtà locali.

Pertanto, secondo l'opinione della Commissione Emergenza Anaa Assomed, il miglioramento delle condizioni di lavoro in ogni Pronto Soccorso e delle sempre più drammatiche condizioni dell'intera area emergenza-urgenza, non è più derogabile solo ad iniziative spontanee delle singole ULSS, ma deve diventare una priorità assoluta per le politiche sanitarie.

Infatti, esso non potrà essere garantito solamente dall'assunzione degli specializzandi degli ultimi anni (in numero comunque assai ridotto rispetto alle esigenze), né dal solo raggiungimento di tempistiche 'certe' delle attese, che necessitano comunque di risolvere anche il problema della carenza di posti letto.