

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

8.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 DICEMBRE 2023

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **LUCIANO CIOCCHETTI**

INDICE

| | PAG. | | PAG. |
|--|---------|--|---------|
| Sulla pubblicità dei lavori: | | | |
| Ciocchetti Luciano, <i>Presidente</i> | 2 | Barcella Bruno, <i>presidente del Coordinamento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU)</i> | 5, 6, 7 |
| INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO SOCCORSO IN ITALIA | | Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica (FNOPO). | |
| Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti di Academy of emergency medicine and care (AcEMC). | | Ciocchetti Luciano, <i>Presidente</i> | 7, 9 |
| Ciocchetti Luciano, <i>Presidente</i> | 2, 4 | Girelli Gian Antonio (PD-IDP) | 9 |
| Ghiadoni Lorenzo, <i>presidente di Academy of emergency medicine and care (AcEMC)</i> | 2 | Masè Caterina, <i>vicepresidente della FNOPO</i> | 7, 9 |
| Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti del Coordinamento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU). | | Rovelli Nadia, <i>consigliere della FNOPO</i> ... | 7 |
| Ciocchetti Luciano, <i>Presidente</i> | 4, 6, 7 | ALLEGATO: Presentazione informatica illustrata dal presidente del CoSMEU Bruno Barcella | 10 |

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Fratelli d'Italia: FdI; Partito Democratico - Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Lega - Salvini Premier: Lega; MoVimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Berlusconi Presidente - PPE: FI-PPE; Azione - Popolari europeisti riformatori - Renew Europe: AZ-PER-RE; Alleanza Verdi e Sinistra: AVS; Noi Moderati (Noi con L'Italia, Coraggio Italia, UDC e Italia al Centro) - MAIE: NM(N-C-U-I)-M; Italia Viva - il Centro - Renew Europe: IV-C-RE; Misto: Misto; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-+Europa: Misto-+E.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
LUCIANO CIOCCHETTI

La seduta comincia alle 15.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante la resocontazione stenografica e la trasmissione attraverso la *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione, in videoconferenza di rappresentanti di Academy of emergency medicine and care (AcEMC).

PRESIDENTE. La Commissione prosegue le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia.

Ricordo che l'odierna audizione sarà svolta consentendo la partecipazione da remoto in videoconferenza sia dei deputati che dei soggetti auditi, secondo le modalità stabilite dalla giunta per il Regolamento.

Partecipa all'audizione odierna il dottor Lorenzo Ghiadoni, presidente di Academy of emergency medicine and care.

Saluto e ringrazio il nostro ospite per aver accolto l'invito della Commissione e ricordo che allo svolgimento della relazione, che pregherei di contenere entro dieci minuti, potranno seguire domande da parte dei deputati e quindi la replica del soggetto audito.

La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera e sarà altresì pubblicata sul sito Internet della Camera stessa.

Do quindi la parola al dottor Lorenzo Ghiadoni.

LORENZO GHIADONI, *presidente di Academy of emergency medicine and care (AcEMC)*. Grazie e buonasera, grazie dell'invito. Come è stato introdotto, io sono presidente di un'associazione scientifica che tra l'altro ha partecipato attivamente alla stesura di una proposta di legge, la n. 1455, sul riordino del servizio di emergenza-urgenza: il primo firmatario è l'onorevole Ciochetti e quindi la conosce bene.

Vorrei iniziare parlando del sistema di emergenza-urgenza, perché il pronto soccorso ovviamente fa parte di questo ma deve essere considerato come un tutt'uno. Perché soltanto attraverso l'integrazione delle risorse e dei percorsi tra le strutture del pronto soccorso e del sistema pre-ospedaliero possiamo garantire l'appropriatezza e il coordinamento del flusso dal territorio all'ospedale, consentendo inoltre la piena valorizzazione del personale attraverso diversificazioni di attività e soprattutto anche rendendo sostenibili le attività professionali operanti nel sistema, che non sono solo i medici ma anche gli infermieri, il personale del comparto e, nel servizio pre-ospedaliero, anche il sistema del volontariato. Ed è fondamentale per la standardizzazione dei criteri di reclutamento e dei livelli formativi.

Sulla formazione, essendo direttore di una scuola di specializzazione in emergenza-urgenza, mi soffermerò brevemente. Riprenderò il vostro programma d'indagine, molto esaustivo, e riprenderò due punti in particolare e un ultimo punto che ho aggiunto.

Il primo punto su cui vorrei soffermarmi è la carenza di personale sanitario, unito alla necessità di avere una formazione specifica. La scuola di specializza-

zione è codificata a livello europeo per acquisire i requisiti formativi che sono necessari a lavorare nella medicina di emergenza-urgenza. Nonostante l'esigenza sia sentita da oltre vent'anni, in Italia è stata iniziata in 11 scuole nel 2009, quindi è la più giovane delle scuole di specializzazione. La diapositiva (*vedi slide n. 5*) fa vedere che inizialmente nel 2009 avevamo 11 sedi (ora sono 36 a livello nazionale), erano state stanziare 25 borse. Da questi dati si evince che nel 2014 abbiamo avuto i primi 25 specializzati in medicina di emergenza-urgenza.

Ma vedete a fianco qual era il fabbisogno calcolato sulla base della Conferenza Stato-regioni e già allora vedete una grossa discrepanza tra le 25 borse erogate e le richieste che invece erano di 300 specialisti. Ovviamente io faccio una sintesi, non vi faccio vedere tutti gli anni. Sostanzialmente noi abbiamo avuto negli anni successivi una differenza di circa 200/300 borse, poi diventati contratti perché è subentrato, oltre al Ministero dell'istruzione, anche il Ministero della salute, per cui ora le specialità firmano un contratto. Se calcolate, in dieci anni sono all'incirca la metà della carenza di medici attuali, cioè 2.000 su circa 4.500 medici che mancano nel servizio di emergenza-urgenza. È vero che poi negli anni successivi le borse sono aumentate, arrivando a 450 nel 2019, che rappresentavano il 50 per cento di quelle che erano richieste dalla Conferenza Stato-regioni. Il numero totale però era di 6.000 borse circa, poi diventati 8.000, a fronte dei contratti disponibili, che adesso sono circa 15 mila.

Questo a significare che il numero assoluto di giovani medici che afferiscono alla scuola di specializzazione è in riduzione ma non in maniera così marcata come fanno vedere i numeri relativi, che ovviamente sono incrementati negli anni perché ci siamo allineati con le richieste di fabbisogno e con le borse effettivamente erogate.

In questo contesto c'è un rovescio della medaglia: che gli specializzandi adesso possono entrare nel mondo del lavoro attraverso la legge 30 dicembre 2018, n. 145,

quindi fino a due anni prima di acquisire tutta la formazione necessaria (che vi ricordo è di cinque anni), e poi più recentemente col decreto « bollette » anche di fare una specie di attività professionale durante la loro formazione, con un numero di ore settimanali ridotto.

Tutto questo ha portato a incrementare la fuga dalla medicina d'urgenza, che è legata come avete sottolineato nel vostro documento alle condizioni di lavoro e alla carenza di personale; questo determina un circolo vizioso che in qualche modo deve essere spezzato.

Per il medico di medicina di emergenza-urgenza l'unica soluzione all'orizzonte è quella di lavorare in pronto soccorso e, al di fuori del pronto soccorso, sempre nelle strutture di emergenza-urgenza, sia territoriali e quindi pre-ospedaliere, che all'interno dell'ospedale e quindi le subintensive, le medicine d'urgenza e i reparti di osservazione breve intensiva. In questo modo si ridurrebbe sicuramente il rischio di *burnout*. Questo vale anche per le altre professioni sanitarie, in particolare per gli infermieri, per i quali è auspicabile prevedere percorsi universitari di laurea magistrale nell'ambito di emergenza-urgenza, sempre per garantire la migliore formazione possibile.

Nonostante tutte le misure intraprese che avete ben delineato nel vostro documento, lo stipendio per i servizi sanitari del pronto soccorso resta il più basso dell'Europa e quindi questo è un disincentivo a lavorare nella specialità, che contiene « i quindici minuti più interessanti di tutte le altre specialità » ma forse i giovani cercano altre scelte un pochino più comode.

Passiamo al problema, sicuramente importante, del sovraccarico di lavoro e altri motivi di uscita presenti nel sistema: il sovraffollamento del pronto soccorso e il *boarding*, cioè il fenomeno di non potere ricoverare i pazienti che sono già stati visti e che necessitano di un ricovero per patologia acuta.

Il pronto soccorso dovrebbe assorbire soltanto le condizioni di emergenza-urgenza e non le prestazioni non urgenti che non trovano risposta nel territorio, che a

seconda di alcuni calcoli possono andare dal 50 al 70 per cento dell'attività del pronto soccorso. Quindi è fondamentale che ci sia un intervento combinato sul « DM 70 » e sul « DM 77 », per garantire quei processi che possono migliorare sia l'*input* pronto soccorso che l'uscita verso l'ospedale.

Per quanto riguarda l'ingresso, il numero unico dell'emergenza-urgenza territoriale 116117 potrebbe rispondere, se ottimamente supportato dal territorio, alle necessità del cittadino per i servizi non urgenti e altri servizi sanitari territoriali a bassa priorità di cura, ovviamente attivando tutti i percorsi previsti dal « DM 77 ».

Per quanto concerne il flusso al pronto soccorso, il personale infermieristico che è o dovrà essere formato per la funzione di *triage*, quindi per l'appropriata codificazione della priorità di ingresso, nonché sui percorsi di gestione infermieristica, sia in *treat*, e quindi in alcuni casi senza coinvolgere il medico, sia dei percorsi di *fast track* e quindi non ingolfare il pronto soccorso con prestazioni specialistiche.

Siccome però una delle priorità è la carenza dei medici in pronto soccorso, il personale medico neo-assunto di specializzazioni equipollenti o affini alla medicina di emergenza-urgenza potrebbe essere utilizzato in parte per il suo debito di orario nelle aree di pronto soccorso, ovviamente laddove non ci siano codici a elevata priorità, dove ci vuole uno specialista in medicina di emergenza-urgenza. Comunque questa deve essere una forma transitoria in attesa di avere gli specialisti in numero adeguato.

Andiamo verso la fine. Ovviamente per quanto riguarda il *boarding* l'ospedale deve collaborare attraverso una riorganizzazione di flussi e l'ubicazione dei pazienti all'interno dell'ospedale, eventualmente con aree dedicate laddove il *boarding* sia molto intenso, e facendo in modo che i pazienti siano presi in carico già dal reparto di destinazione, ma questo non si può fare se non riportiamo il numero di letti ospedalieri a un dato che sia congruo almeno con la media europea e soprattutto avere un rapporto che sia sopra a 4 per mille pa-

zienti. Occorre anche l'integrazione, come già ricordato dei « DM 70 » e « DM 77 », per la fuoriuscita dall'ospedale, attraverso degenze per post acuti e di comunità, *low care units* e presa in carico territoriale dei pazienti che, come avete ben sottolineato, sono sempre più anziani, fragili e con problematiche sociali, e che purtroppo stazionano, se non ricevono assistenza sul territorio, in posti letto che invece hanno più elevata specializzazione.

Per far tutto questo io credo che sia necessario però avere una *governance* sui servizi territoriali; l'abbiamo sull'ospedale, perché il personale è dipendente, ma come sapete bene l'abbiamo meno sul territorio, perché il personale soprattutto medico è invece convenzionato.

L'ultimo punto, e finisco, è la cosiddetta medicina difensiva. C'è una tendenza all'utilizzo di ricoveri e approfondimenti medico diagnostici in pronto soccorso per patologie acute e non acute, e i pazienti che vi afferiscono: è una pratica che purtroppo è aumentata da quando è in essere la legge n. 24 del 2017, per timore di complicanze legali. Forse, visto il sovraffollamento e il *boarding* nei pronto soccorso, parlare di depenalizzazione dell'atto medico, per migliorare la vita dei medici di pronto soccorso, non sarebbe del tutto sbagliato.

Vi ringrazio per l'attenzione.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Ghiadoni. Chiedo se vi siano deputati che intendono intervenire. Mi pare che la sua relazione è stata molto chiara, in più abbiamo le schede che ci ha letto, quindi la ringrazio.

Dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti del Coordinamento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU).

PRESIDENTE. La Commissione prosegue l'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia.

Partecipa all'audizione odierna il dottor Bruno Barcella, presidente del Coordina-

mento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU).

Saluto e ringrazio il nostro ospite per aver accolto l'invito della Commissione.

Do quindi la parola al dottor Bruno Barcella.

BRUNO BARCELLA, *presidente del Coordinamento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU)*. Il CoSMEU è un'associazione di settore che riguarda solo ed esclusivamente gli specializzandi d'ambito di emergenza-urgenza.

Come specializzandi noi siamo una figura a metà fra uno studente universitario e un medico specialista. Siamo medici in formazione, siamo medici a tutti gli effetti; essere specializzando vuol dire anche avere un punto di vista privilegiato, in quanto possiamo vedere sia la parte universitaria che la parte ospedaliera e il mondo del lavoro.

La scuola, da un punto di vista universitario, è quella di medicina di emergenza-urgenza, che è nata nel 2009, e nel 2014, essendo un percorso di cinque anni, ha creato i primi 84 medici specialisti in medicina di emergenza-urgenza italiani.

Attualmente è una realtà molto più vasta che, nonostante le difficoltà segnalate anche dal programma di quest'indagine, riguarda più di 2.000 specializzandi divisi in 36 scuole presenti su tutto il territorio nazionale.

Come CoSMEU abbiamo appena finito di attuare una *survey* che ha visto coinvolti 421 specializzandi in tutte le regioni italiane. Siamo andati a chiedere, anche noi, cosa spaventa, dato che uno dei dati emersi anche dal vostro programma è che purtroppo negli ultimi anni più del 50 per cento delle borse in medicina di emergenza-urgenza è andato a vuoto.

Sono state evidenziate tre problematiche principali (*vedi slide n. 7*): la figura del medico specialista in medicina di emergenza-urgenza non è ancora completamente riconosciuta in Italia; la formazione è tuttora troppo eterogenea a seconda della sede; ma soprattutto di grande spicco sono le condizioni lavorative post specialità che spaventano nella scelta di questa bellissima disciplina.

Però, chi inizia il percorso per l'87 per cento si definisce convinto della sua scelta, anche alla fine dei cinque anni di percorso. Quindi il percorso funziona e chi lo inizia è in regola, c'è un 10/15 per cento di gente che abbandona ma continua ad esserne convinto.

Come dicevo prima, abbiamo una parte di rotazione e una parte di lezioni universitarie. Per la rotazione c'è una grandissima variabilità da sede universitaria a sede universitaria (*vedi slide n. 10*). Vediamo che in medicina d'urgenza c'è chi la fa più di 24 mesi, chi non la fa o fa meno di tre mesi, nelle sale operatorie c'è chi fa pochi mesi e chi ne fa di più. Questo dato spaventa.

Quello che chiediamo, e stiamo lavorando anche con il nostro direttore, è di andare a standardizzare la parte universitaria attraverso certificazioni e simulazioni, dato che molti scenari sono difficilmente ricreabili su pazienti critici come quelli dell'area di medicina di emergenza-urgenza.

Invece quello che spaventa rispetto alla parte lavorativa sono tutte le problematiche da voi evidenziate nel programma di questa indagine, e cioè: la carenza di personale che spesso vediamo *in primis* nei nostri colleghi specialisti e per molti di noi che hanno accettato contratti di vario tipo (decreto Calabria oppure decreto Bollette), che impediscono i giusti riposi dopo una notte oppure faticano a prendere ferie; i turni massacranti dovuti all'*overcrowding*, in cui si arriva in turno e si trovano in *boarding* già 20 o 30 pazienti in attesa di ricovero da curare per l'arco del turno, in più magari 30 o 40 persone in attesa di visita. Si tratta dell'*input*, che sta aumentando viste le criticità anche della medicina territoriale; a volte è anche difficile l'*output*, la dimissione, soprattutto durante le festività o il *weekend*, o il rientro in una struttura di pazienti fragili. Inoltre le aggressioni e, l'elevato numero di cause spaventano i nuovi colleghi e anche, da un punto di vista economico, l'impossibilità di eseguire libera professione, in quanto come medici di emergenza-urgenza lavoriamo solo in pronto soccorso o in 112.

Quindi, come CoSMEU, cosa chiediamo alla politica e alla parte universitaria e cosa chiediamo al mondo del lavoro ospedaliero, anche per rendere la medicina di emergenza-urgenza più attrattiva?

Alla parte università chiediamo di uniformare i percorsi formativi, di incentivare la cultura della medicina di emergenza-urgenza, attraverso anche la ricerca di qualità, di investire su simulazione e scambi anche con l'estero, dove questa specializzazione avviene da parecchi anni, nel mondo anglosassone *in primis*.

Chiediamo alla politica la creazione di un settore scientifico disciplinare di medicina di emergenza-urgenza che possa essere svincolato da medicina interna, sia per avere docenti di medicina di emergenza-urgenza che siano specialisti in quest'ambito sia come possibile sbocco lavorativo per i neospecialisti.

Al mondo del lavoro chiediamo il riconoscimento attraverso incentivi economici, come già si è iniziato a fare, e il riconoscimento di specificità; ad esempio il medico di pronto soccorso specialista in medicina di emergenza-urgenza è l'unico con una vera guardia attiva in cui a volte il turno di notte è assolutamente paragonabile al turno di giorno, il turno nel *weekend* o nel festivo è assolutamente paragonabile a un giorno infrasettimanale nel nostro lavoro. Bisogna inoltre rivedere alcuni protocolli aziendali per cercare di diminuire il *boarding*, che genera grandi pressioni verso tutto il personale sanitario e non solo medico, e andare a uniformare il pre-ospedaliero a livello nazionale.

Dalla nostra *survey* è emerso che quasi il 60 per cento degli specializzandi vorrebbe lavorare in un ambiente misto. Ambiente misto vuol dire una percentuale delle proprie ore infra ospedaliere, quindi nei pronto soccorso o nei reparti di medicina d'urgenza, quindi medicina subintensiva, e una percentuale delle proprie ore nell'emergenza territoriale pre-ospedaliera, quindi automedica ed elisoccorso. Prevedere anche, perché no, una progressione di carriera, in quanto vediamo i nostri colleghi al termine della loro carriera dover fare anche otto notti al mese in pronto soccorso e

dover coprire molti turni festivi o *week-end* con un certo peso. Questo ovviamente contribuisce al fenomeno del personale che abbandona il pronto soccorso per altri reparti, rispetto ai quali adesso siamo anche equipollenti. Quindi per farlo, serve una progressione di carriera atta a diminuire la percentuale di ore di notte e di *week-end*.

È un percorso assolutamente in salita, ce ne rendiamo conto, ma è la specializzazione di emergenza-urgenza, di cui noi siamo innamorati, che rappresenta « i quindici minuti più interessanti di ogni altra specializzazione ».

Grazie mille. Rimaniamo assolutamente a disposizione.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Autorizzo la pubblicazione in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna della presentazione informatica che ci ha illustrato (*vedi allegato*). Chiedo se vi siano deputati che intendano intervenire. Vorrei fare una domanda sulla parte formativa che ho rilevato molto interessante. Quando lei parla di formazioni diverse nelle varie scuole di specializzazione cosa intende, per farcelo comprendere meglio.

BRUNO BARCELLA, *presidente del Coordinamento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU)*. Intendo che a fronte di un programma comune esistono rotazioni in reparti ospedalieri molto diversificate. Ci sono delle scuole universitarie in cui la rotazione è obbligatoria, ad esempio in medicina interna, per due anni su cinque e magari in queste scuole viene meno la rotazione in sala operatoria o nell'emergenza territoriale pre-ospedaliera oppure nel reparto di rianimazione, in quanto stando due anni in un unico reparto vengono meno altre rotazioni. Altre in cui si sta davvero molto poco, anche due mesi o un mese, nello stesso reparto per poi cambiare. C'è una grandissima eterogeneità da sede a sede.

PRESIDENTE. Quindi quando voi parlate di standardizzazione significa stabilire delle linee guida anche sulla parte forma-

tiva, che siano portate avanti in ogni scuola di specializzazione.

BRUNO BARCELLA, *presidente del Coordinamento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU)*. Assolutamente sì.

PRESIDENTE. Questa formazione, questa parte più pratica, viene fatta solo all'interno dei policlinici universitari dove sono insediate le scuole di specialistica, oppure si riesce a coinvolgere anche le altre grandi strutture ospedaliere?

BRUNO BARCELLA, *presidente del Coordinamento specializzandi in medicina d'emergenza-urgenza (CoSMEU)*. Per ogni sede universitaria esiste una rete formativa nella quale i loro specializzandi possono ruotare, quindi non solo il policlinico universitario ma anche altri ospedali che però siano riconosciuti in questa rete formativa. Stiamo lavorando per estendere anche ad altre strutture, per avere la possibilità di frequentare in determinate sedi senza andarci a sommare agli specializzandi di rianimazione e anestesia, a quelli di chirurgia o ad altri specializzandi.

PRESIDENTE. Grazie. Ci sono altri colleghi che vogliono intervenire e fare domande? No.

Quindi la ringrazio e dichiaro conclusa questa audizione.

Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini della professione di ostetrica (FNOPO).

PRESIDENTE. La Commissione prosegue le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina di emergenza-urgenza e del pronto soccorso in Italia.

Partecipano all'audizione odierna la dottoressa Caterina Masè, vicepresidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni di ostetrica (FNOPO) e il dottor Nadia Rovelli, consigliere della medesima Federazione.

Saluto e ringrazio le nostre ospiti per aver accolto l'invito della Commissione e ricordo che allo svolgimento della relazione, che pregherei di contenere entro i dieci minuti, potranno seguire domande da parte dei deputati e quindi la replica del soggetto audito. Do quindi la parola ad una delle rappresentanti della FNOPO.

CATERINA MASÈ, *vicepresidente della FNOPO*. Grazie dell'accoglienza. Vi porto i saluti anche della presidente, che per motivi di salute non può essere con noi. Alla FNOPO premeva moltissimo portare alla vostra attenzione i temi che abbiamo anche esplicitato nella nota che vi abbiamo inviato, poiché il tema del pronto soccorso ostetrico-ginecologico è una specificità che fino ad oggi nei documenti prodotti e nelle analisi fatte era poco approfondito, mentre invece dal nostro punto di vista merita una particolare attenzione. Anche perché l'evento nascita è un evento inevitabilmente poco programmabile per quanto riguarda proprio il momento del travaglio e del parto e il desiderio di rispettare comunque la fisiologia impone anche la capacità di rispondere poi nel momento del bisogno, secondo quella che è l'effettiva urgenza ma anche nel rispetto della fisiologia.

Lascio la parola alla dottoressa Rovelli che vi illustra il tema.

NADIA ROVELLI, *consigliere della FNOPO*. Buongiorno e grazie dell'audizione. Il documento che è stato redatto dalla Federazione illustra sinteticamente con dei riferimenti normativi il ruolo e l'ambito di funzione della professione ostetrica, quale professione della classe assistenziale, e soprattutto mette in evidenza e puntualizza quanto la formazione accademica e l'obbligo della formazione successiva renda competente questa professione proprio nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Tant'è che la professione ostetrica, proprio dal punto di vista normativo, è obbligata, e risponde dal punto di vista giuridico, del fatto che ha la competenza e riesce a riconoscere tempestivamente le situazioni di emergenza-urgenza che deviano dalla normalità e attivare l'appropriato intervento specialistico.

Questo ovviamente fa sì che l'ostetrica sia la professionista competente nell'ambito del *triage* ostetrico, ginecologico e neonatale, perché sono questi gli ambiti di competenza e di funzione dell'ostetrica.

Questa cosa è confermata dalle linee guida del Ministero della salute, in cui ha ridefinito l'organizzazione dei modelli di *triage*, sia per quanto riguarda il pronto soccorso generico sia per quanto riguarda, con una sezione specifica dedicata, l'ambito del *triage* ostetrico, che per molti punti nascita è ostetrico e ginecologico.

Queste linee di indirizzo del Ministero si sono sviluppate non in modo uniforme, purtroppo, a livello nazionale, ma hanno fatto sì che vengano riorganizzati i modelli di pronto soccorso.

La costituzione del *triage* ostetrico, e anche del pronto soccorso — perché alcuni punti nascita di secondo livello hanno uno specifico pronto soccorso ostetrico-ginecologico accreditato — fa sì che venga sgravato il pronto soccorso generale da tutte quelle utenze della popolazione femminile, delle donne, che accedono al pronto soccorso per una necessità ostetrica o ginecologica. Questo è uno spunto anche per rivedere gli afflussi del pronto soccorso generico: un corretto reindirizzamento al pronto soccorso ostetrico o al *triage* ostetrico permetterebbe una riduzione dei volumi di carico del pronto soccorso generico.

Altro punto non da meno è che ormai le raccomandazioni ministeriali per la riduzione della morte materna, la cui causa è un'attribuzione impropria di un codice per quanto riguarda l'attività di pronto soccorso e di un codice d'urgenza, sia da parte del 118 sia da parte del *triage*, fanno sì che ancor di più prenda valore il fatto che l'attribuzione del codice di urgenza venga fatta da una professionista ostetrica che ne ha specifiche competenze.

Sappiamo che l'assistenza ostetrica è tempo-dipendente, in quanto gli interventi devono essere appropriati nel tempo in cui vengono prestati, per cui questa cosa deve essere diffusa non solo a livello dei punti nascita, dei pronto soccorso ostetrici: si propone l'introduzione della professione ostetrica nella rete di emergenza e urgenza territoriale.

Questo aspetto, che è stato implementato e riorganizzato soprattutto in alcuni territori che hanno visto la chiusura di piccoli punti nascita, è doveroso. I punti nascita di ridotte dimensioni sono stati chiusi perché si pensa che il personale ostetrico-ginecologico, avendo piccoli volumi di attività, non possa mantenere nel tempo l'*expertise*, l'esperienza e la competenza per far fronte alle emergenze ostetriche che si possono verificare. A maggior ragione non possiamo negare alle donne che non riescono ad accedere al punto nascita l'esperienza e la competenza di un'ostetrica, che possa far fronte a un parto o travaglio non pianificato a domicilio.

Vi sono delle soluzioni che non sono dei progetti da sperimentare ma sono assolutamente l'implementazione di quanto già il Ministero della salute stabilito, quali le linee di indirizzo sull'organizzazione dello STAM, ovvero del trasporto materno assistito. Trasporto materno assistito che avviene già tra diversi punti nascita di diverso livello, magari perché le donne devono essere trasportate da un punto nascita di primo livello a un punto nascita di secondo livello in quanto le caratteristiche della patologia richiedono interventi specialistici maggiori. Questo trasporto materno può avvenire dal domicilio al punto nascita; per cui dal punto nascita esce l'ambulanza con l'ostetrico, col medico specialista, che va al domicilio a prendere la donna che ha fatto, ad esempio, una richiesta di intervento al 118.

Tra le altre attività che si possono attivare vi è quella che l'ostetrica segua il mezzo di soccorso che è arrivato al domicilio della donna che ha fatto richiesta — magari per un travaglio avviato o per un parto imminente a domicilio — e si possa attivare la teleassistenza da parte di un'ostetrica di un punto nascita, magari di punti nascita di secondo livello che vengono selezionati specificatamente. In questo modo vi è una videosorveglianza dell'attività, delle necessità e dell'attribuzione effettiva del codice di *triage* al domicilio.

Pertanto la Federazione invita la Commissione a prendere in considerazione queste soluzioni proposte, con l'obiettivo di garan-

tire la sicurezza delle donne in modo uniforme e ridurre al minimo gli eventi avversi.

Si specifica che un parto non programmato che si verifica in un ambito *extra* ospedaliero è definito come *trigger*, ovvero un evento per il quale ci si possono aspettare degli eventi avversi e degli esiti di salute non auspicabili.

PRESIDENTE. La ringrazio. Chiedo se vi siano deputati che intendano intervenire facendo delle domande. Prego, onorevole Girelli.

GIAN ANTONIO GIRELLI. Ringrazio per l'illustrazione. Volevo avere un'idea della frequenza dei casi, non so se è già stato detto e mi è sfuggito, per capire quant'è l'incidenza. E soprattutto se il fenomeno è più concentrato nelle città oppure nelle aree interne.

CATERINA MASÈ, *vicepresidente della FNOPO*. L'incidenza del parto precipitoso è del 3 per mille dei nati. Si è visto che è molto difficile scendere al di sotto di questa soglia, nonostante gli sforzi assistenziali che vengono messi in atto.

Non sono disponibili dati riguardo gli esiti di questi parti *extra* ospedalieri, perché vengono raccolti in modo disomogeneo e soprattutto lo *standard* con cui viene valutato l'esito spesso non tiene conto delle modalità di assistenza che sono state messe in atto nel frattempo, dall'arrivo in ospedale al momento in cui è iniziato il travaglio.

Il fatto importante è che dove sono stati raccolti dati relativamente all'assistenza, al coinvolgimento delle ostetriche anche nel sistema di emergenza-urgenza, come per esempio è stato fatto in Trentino, si è visto che gli effetti di salute sono decisamente migliori, soprattutto per quanto riguarda l'impiego delle risorse adibite all'assistenza emergenza. Un travaglio e un parto possono tenere occupata l'*équipe* di emergenza molto a lungo: molto a lungo vuol dire il tempo di un periodo espulsivo di una nascita, che non può essere effettuata durante il trasporto, quindi richiede il fatto che il personale resti fermo sul luogo in cui è stato dato soccorso.

Questo comporta tenere sul posto tutta l'*équipe* mentre potrebbe essere utilizzata per altri tipi di intervento.

Certo, serve la presenza di un'ostetrica che può fare una diagnosi differenziale. Spesso le ostetriche non sono previste all'interno dell'*équipe* di emergenza, soprattutto nelle chiamate di questo tipo, o almeno non dappertutto. Ci sono delle procedure che vedono il coinvolgimento diretto dell'ostetrica di un punto nascita, e conseguentemente vengono trattate tutte con la massima urgenza anche quando questa non c'è.

PRESIDENTE. Grazie. Altri colleghi che vogliono fare domande? No.

Vi ringrazio e dichiaro conclusa l'audizione.

CATERINA MASÈ, *vicepresidente della FNOPO*. Posso aggiungere solo una cosa che è rimasta in sospeso?

PRESIDENTE. Prego.

CATERINA MASÈ, *vicepresidente della FNOPO*. Ci preme anche dire che per le ostetriche, perché sono coinvolte comunque nella gestione dell'emergenza e del *triage*, non viene fatta specifica menzione per l'attribuzione dell'indennità di emergenza-urgenza. Questo avviene solo in alcune regioni che considerano il personale infermieristico in modo esteso, ma in realtà il fatto di utilizzare sempre esclusivamente questa dicitura in molti casi ha comportato l'esclusione. Scusate, ma mi sembrava doveroso.

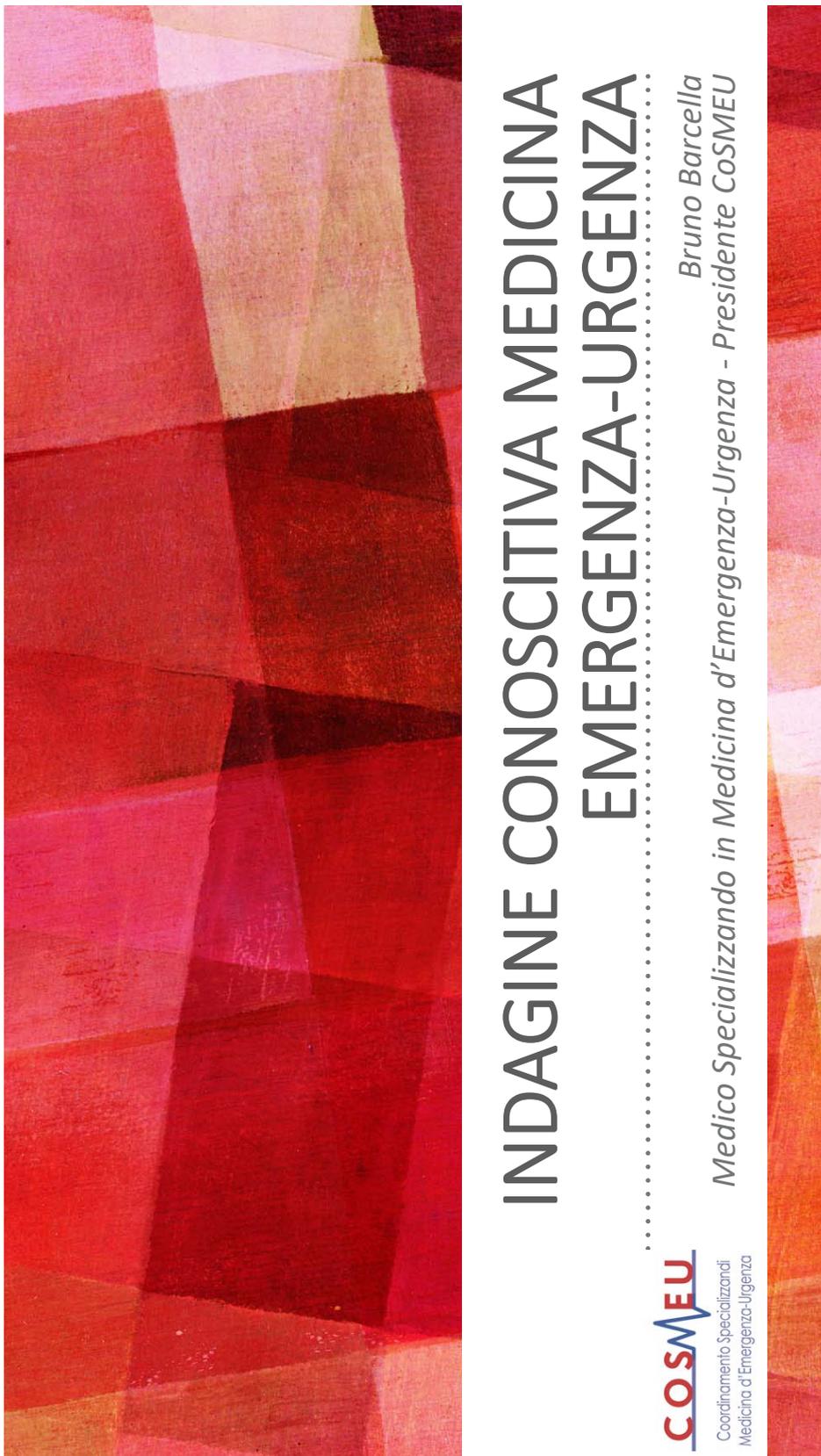
PRESIDENTE. Grazie. Ne prendiamo atto, ne terremo conto per il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva. La ringrazio, buona giornata.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.50.

*Licenziato per la stampa
il 22 febbraio 2024*

ALLEGATO



**INDAGINE CONOSCITIVA MEDICINA
EMERGENZA-URGENZA**

COSMEU
Coordinamento Specializzandi
Medicina d'Emergenza-Urgenza

Bruno Barcella
Medico Specializzando in Medicina d'Emergenza-Urgenza - Presidente COSMEU



Cos'è CoSMEU?

associazione di rappresentanza

Promuovere la formazione in maniera standardizzata

Garantire la partecipazione degli specializzandi MEU come soggetti attivi

Tutelare gli interessi degli specializzandi MEU in tutte le sedi preposte

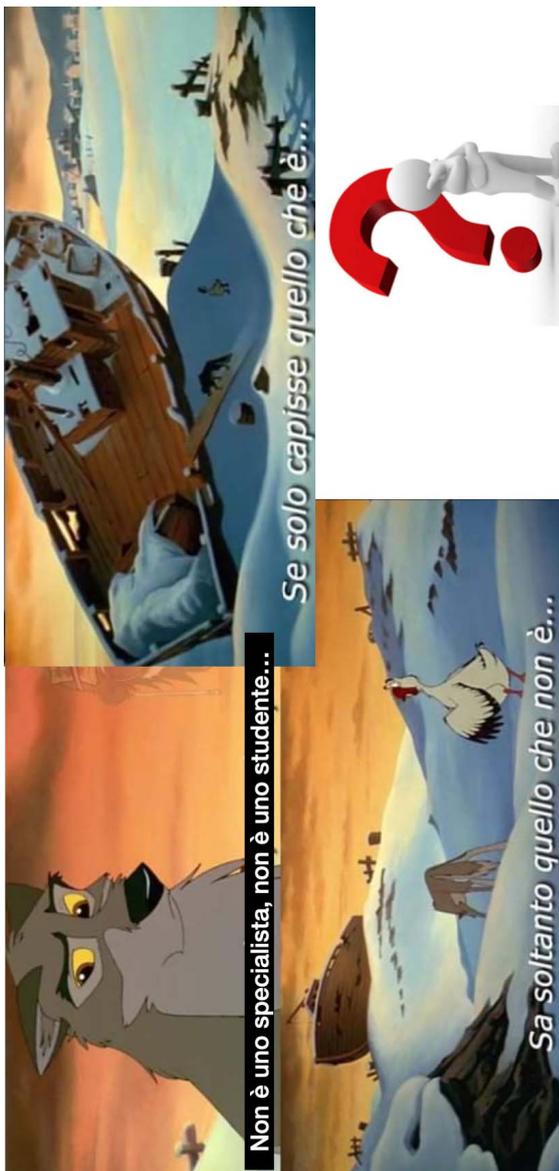
Monitorare i percorsi formativi delle Scuole

Creare e promuovere progetti di scambio a livello Europeo e Internazionale

Es: in ambito di Medicina umanitaria e delle catastrofi



Cos'è uno specializzando?



**Scuola MEU nata nel 2009
 Nel 2014 specializzati 84 medici**

**Attualmente iscritti circa 2000
 specializzandi MEU
 in 36 scuole italiane**

• Academic year 2019-2020

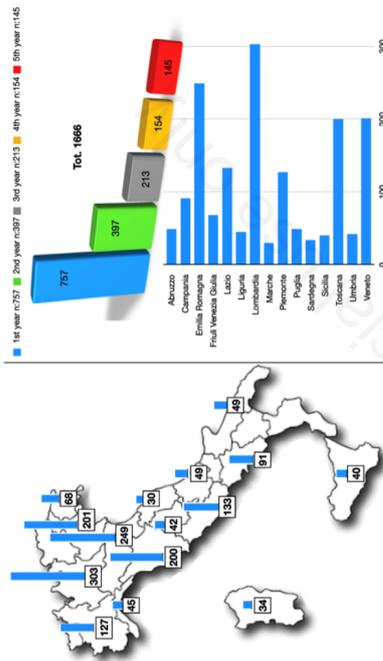
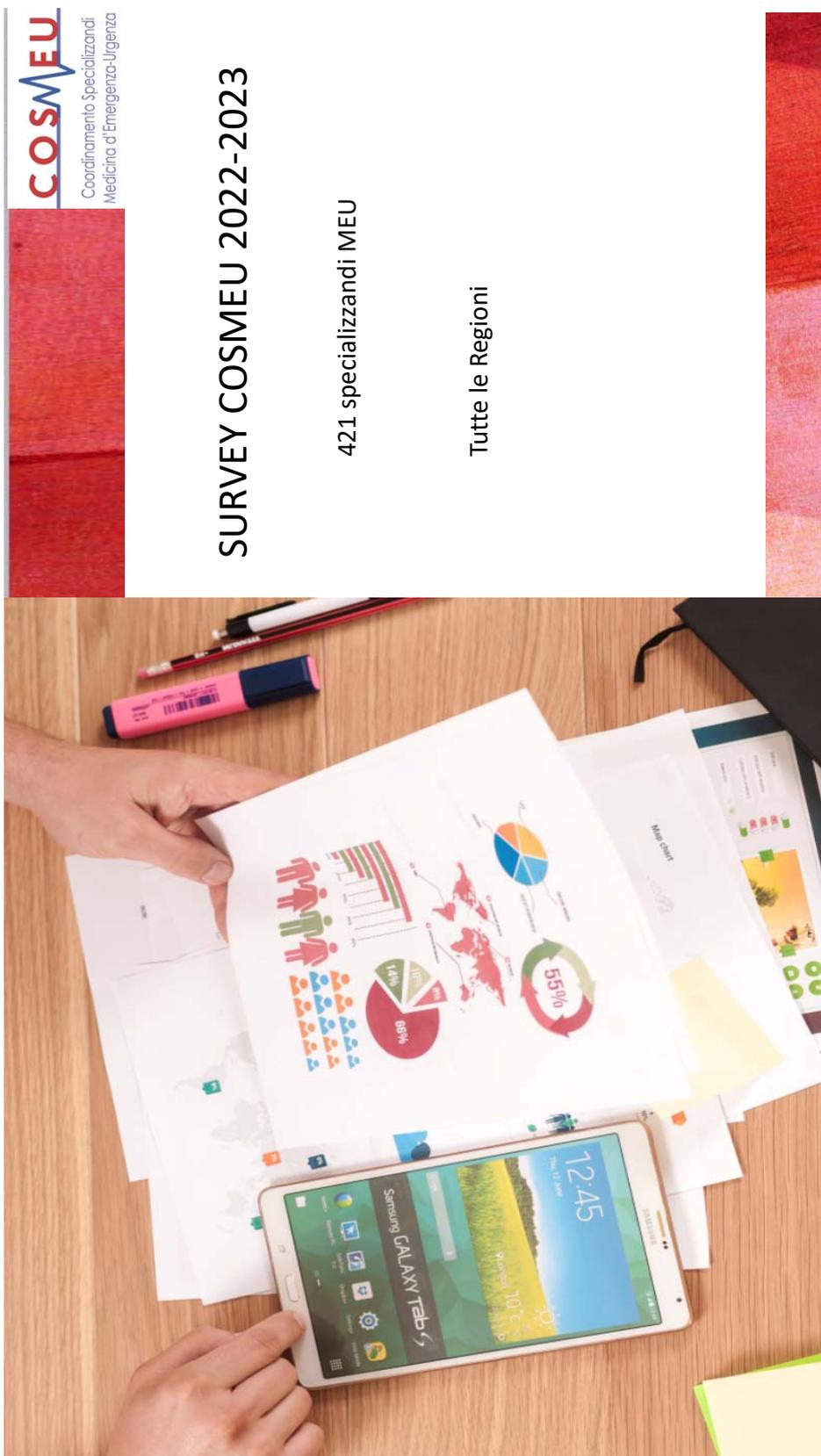


Figure 1. Distribution of EM residents by geographic area and year of training.



COSMEU

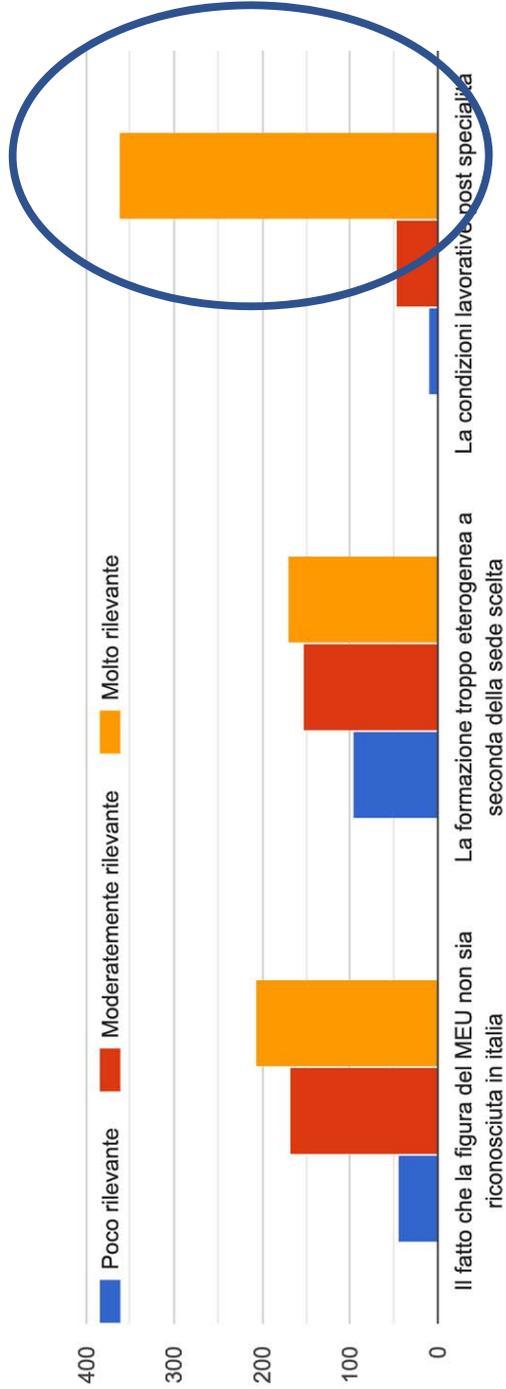
Coordinamento Specializzandi
Medicina d'Emergenza-Urgenza

SURVEY COSMEU 2022-2023

421 specializzandi MEU

Tutte le Regioni

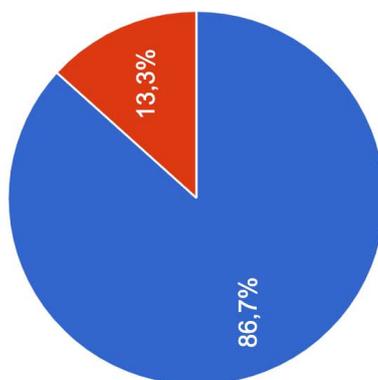
Cosa Spaventa secondo te della scelta MEU?

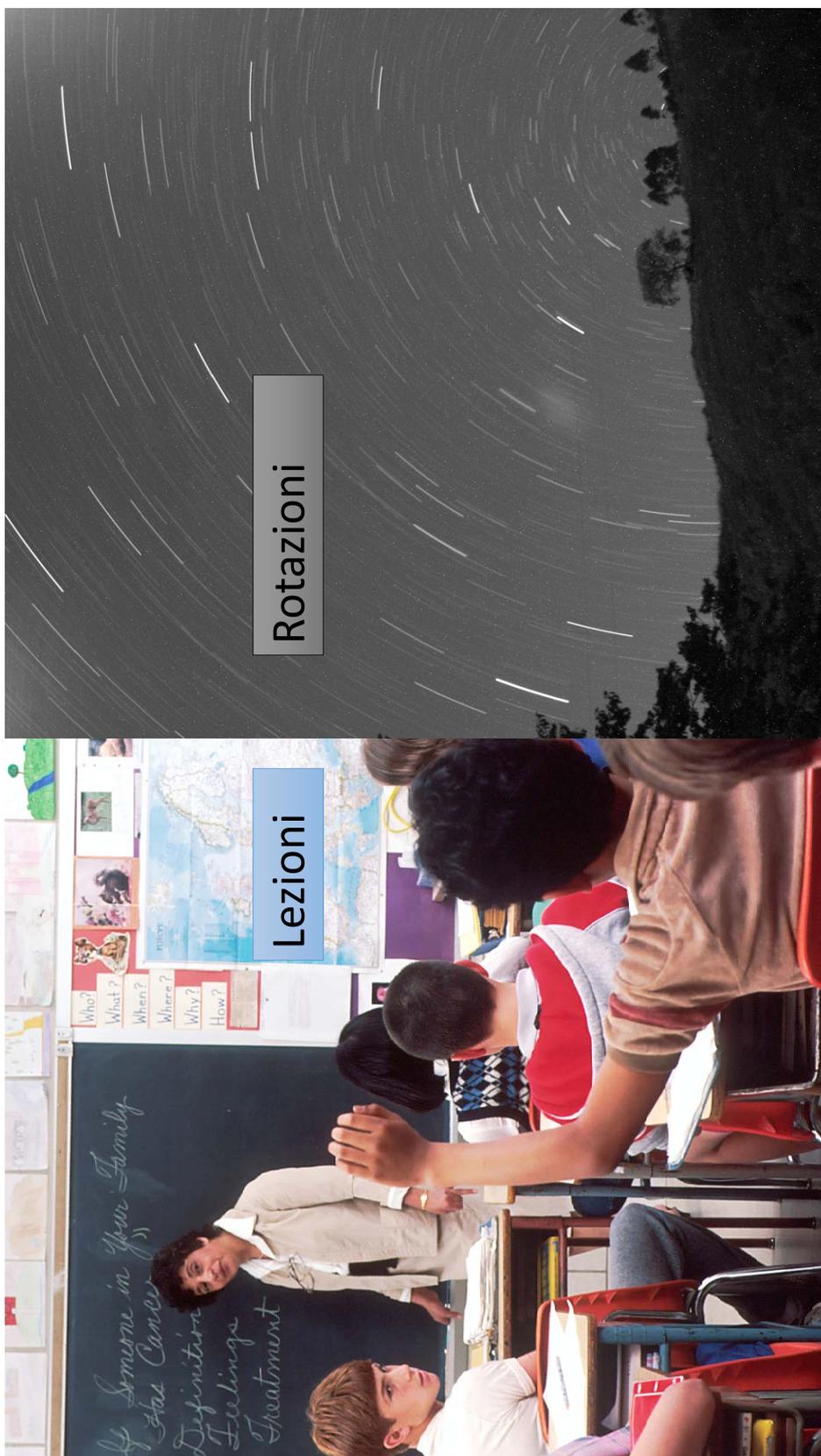


Sei ancora convinto della tua scelta?

421 risposte

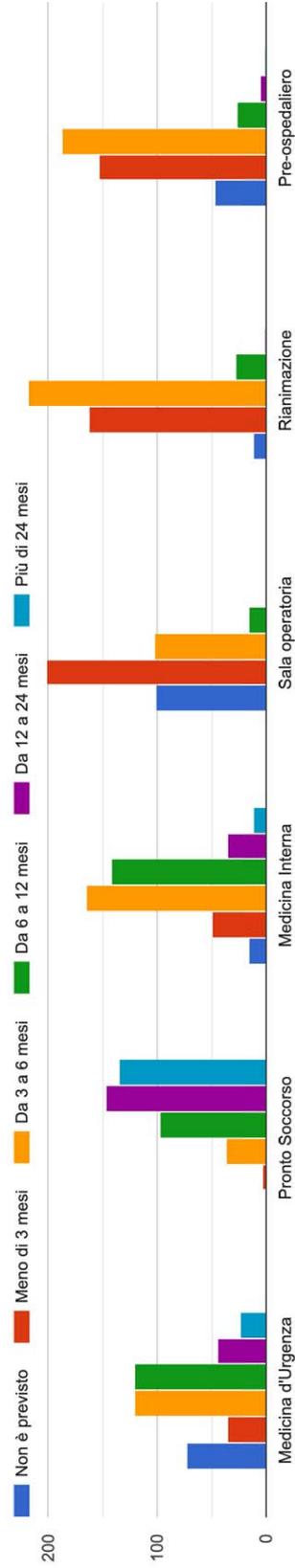
● Sì
● No







Quanti mesi di rotazione sono previsti dalla tua scuola in ciascuno di questi reparti(nel corso dei 5 anni) ?





Certificazioni e simulazione

- Standardizzare
- High risk low frequency events
- Simulazioni interdisciplinari
- Simulazione come metodo di esame

Formare
almeno un
facilitatore
per ogni
scuola





- **carenza di personale** (no riposi no ferie),
- **turni massacranti** dovuti all' *overcrowding*, aumento dell'*input* dei pazienti in attesa di visita (carenze della medicina territoriale), che del *boarding* dei pazienti (in attesa di ricovero nei reparti, che permangono su una barella in PS anche per 2-3 giorni), che della difficoltà all'*output*,
- **aggressioni** al personale sanitario dei sistemi d'emergenza-urgenza,
- elevato numero di **cause** al personale sanitario del suddetto settore,
- impossibilità di eseguire libera professione e **stipendi** conseguentemente fissi.



Punto di vista CoSMEU

Ciò che l'Università/Politica possono fare

Ciò che il mondo del lavoro/Politica possono fare



Quale futuro per la Medicina di Emergenza-Urgenza?

28 AGOSTO 2021 / SEGRETERIA COSMEU / 2 COMMENTI / MODIFICA



Quindi come
rendere MEU
più attrattiva?

Università/Politica



- UNIFORMARE i percorsi formativi
- Incentivare identità e cultura MEU
- Investire su simulazione ed extra-rete di qualità
- **Settore scientifico disciplinare MEU** svincolato da MED/09
 - ricerca MEU di qualità
 - **docenti MEU (sbocco lavorativo)**

Mondo del lavoro/Politica

Quale futuro per la Medicina di Emergenza-Urgenza?

28 AGOSTO 2021 / SEGRETERIA COSMEU / 2 COMMENTI / MODIFICA



- Lavoro usurante
- Incentivi economici e riconoscimento di specificità (guardia attiva h24, festivi, no LP)
- Rivedere alcuni protocolli aziendali (identità del ruolo del MEU) e diminuire input e boarding
- Uniformare il pre-ospedaliero nazionale (ruolo del MEU)
- **Progressione di carriera**
- **Garantire sbocchi lavorativi misti:**
 - % ore in intra (PS, med-urg) e pre-ospedaliero

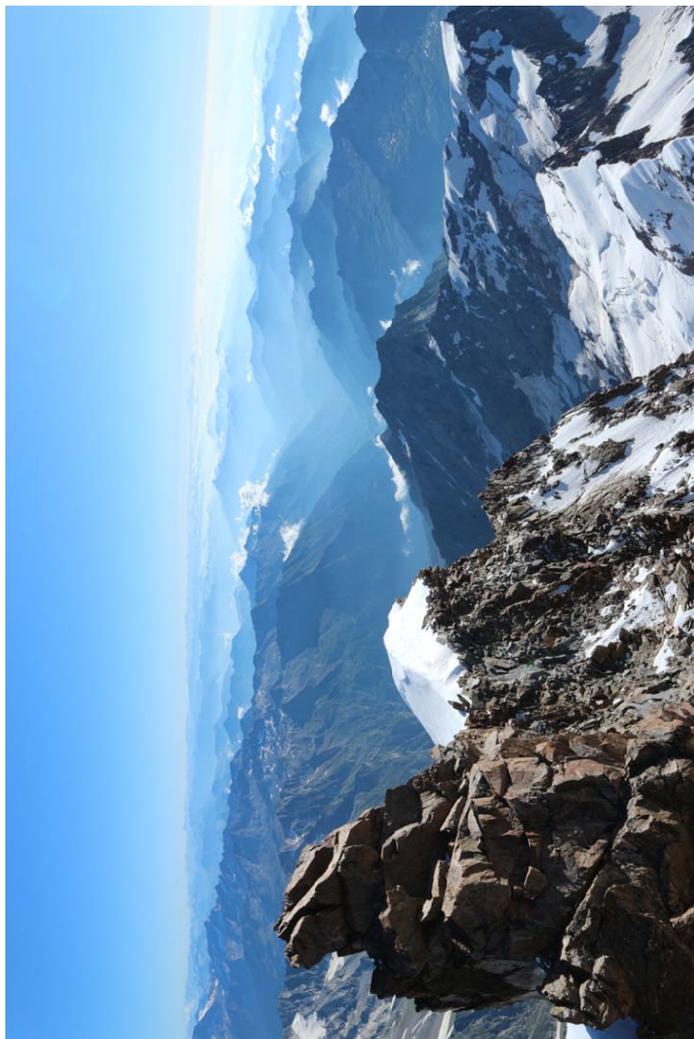


COSMEU
Coordinamento Specializzandi
Medicina d'Emergenza-Urgenza

Medicina d'Emergenza-Urgenza
Specializzazione e disciplina a 360°

*“Emergency
Medicine is the
most
interesting 15
minutes of
every other
specialty”*

*Joe Lex, the
Godfather of
FOAMed*





19



19STC0074830