

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO****INDAGINE CONOSCITIVA****2.****SEDUTA DI MARTEDÌ 24 OTTOBRE 2023****PRESIDENZA DEL PRESIDENTE UGO CAPPELLACCI****INDICE**

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		medici dirigenti (CIMO-FESMED) e del Sindacato medici italiani (SMI).	
Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	3	Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	3, 6, 9, 11
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO SOCCORSO IN ITALIA		Fini Fabiola, <i>vice segretario nazionale del Sindacato medici italiani (SMI)</i>	9
Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti dell'Associazione medici e dirigenti del Servizio sanitario nazionale (ANAAO-ASSOMED), della Federazione sindacale		Onotri Giuseppina, <i>segretario generale del Sindacato medici italiani (SMI)</i>	9
		Piccinini Andrea, <i>vicepresidente della Federazione sindacale medici dirigenti (CIMO-FESMED) e responsabile nazionale del Coordinamento emergenza-urgenza 118</i>	6
		Schipilliti Mirko, <i>coordinatore Commissione emergenza-urgenza dell'ANAAO-ASSOMED</i>	3

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 - Italia Viva - Renew Europe: A-IV-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; Misto: Misto; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-+Europa: Misto-+E.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
UGO CAPPELLACCI

La seduta comincia alle 13.05.

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 dell'Associazione medici e dirigenti del Servizio sanitario nazionale (ANAAO-ASSOMED), della Federazione sindacale medici dirigenti (CIMO-FESMED) e del Sindacato medici italiani (SMI).

PRESIDENTE. 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.

Partecipano all'audizione odierna l'Associazione medici dirigenti del Servizio sanitario nazionale con Mirko Schipilliti, coordinatore della Commissione emergenza-urgenza; la Federazione sindacale medici dirigenti con Andrea Piccinini, vicepresidente della CIMO-FESMED e responsabile nazionale del Coordinamento emergenza-urgenza 118; il Sindacato dei medici italiani con Giuseppina Onotri segretario generale e Fabiola Fini vicesegretario nazionale.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per aver accolto l'invito della Commissione. Ricordo che allo svolgimento di ciascuna re-

lazione, che prego di contenere entro dieci minuti massimo, potranno seguire domande da parte dei deputati alle quali seguirà la replica dei soggetti auditi.

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

Do quindi la parola a Mirko Schipilliti in rappresentanza dell'ANAAO-ASSOMED. Prego.

MIRKO SCHIPILLITI, *coordinatore della Commissione emergenza-urgenza ANAAO-ASSOMED*. Egregi deputati, va premesso che è indispensabile e non più procrastinabile una legge nazionale sul sistema emergenza-urgenza. Un intervento di miglioramento e riforma rappresenta una priorità assoluta per garantire la sostenibilità, l'organizzazione del sistema ospedaliero e il benessere lavorativo, nella concreta consapevolezza che non è possibile una soluzione agendo su un solo fattore ma solo attraverso un'azione simultanea su più elementi concatenati e interagenti. Inoltre, i soli incentivi economici, per quanto necessari, sono da soli insufficienti ad attirare nuovi specialisti e specializzandi in un sistema carente sul piano gestionale e di carriera e ad arginare l'attuale emorragia di personale *senior*. Bisogna ormai entrare nell'ottica che allo stato attuale, giusto o sbagliato che sia, i pronto soccorso sono veri e propri *stakeholder* nel sistema sanitario nazionale, gestendo ogni anno almeno 21 milioni di accessi e relative prestazioni, con un numero di pazienti visitati per medico stimato a 4.000 all'anno. Sono prestazioni che in gran parte non sarebbero neppure di loro competenza.

Deve pertanto essere previsto un adeguato impegno organizzativo ed econo-

mico, anche da parte delle singole aziende, in quanto il ricorso al pronto soccorso è sempre più sbilanciato verso problematiche minori a bassa intensità di cura, circa l'80 per cento, incluso il 25-35 per cento di accessi inappropriati. Inoltre, in termini di disagio nel pronto soccorso va considerata la costante concomitanza di numerosi elementi favorenti l'elevata presenza di *stress* lavoro-correlato e *burnout* che arriva al 40 per cento (superiore a uno su tre, e superiore alle altre categorie in ambito sanitario), rischio infettivologico, orario costituito da oltre il 50 per cento di turni notturni e festivi, frequente presenza di turni di 12 ore, elevata presenza di violenza e aggressioni, elevato contenzioso medico legale, incremento dei carichi di lavoro per carenza di medici e di dimissioni, lavoro in spazi inadeguati per obsolescenza e inadeguatezza, mancato ammodernamento e sovraffollamento. Quest'ultimo aggravato dal taglio di 80 mila posti letto negli ultimi dieci anni, con una media di posti letto per mille abitanti pari a 3,5 rispetto a una media europea di 5, che in Germania supera 7.

È stato ormai raggiunto un vero e proprio punto critico in cui il sistema emergenza-urgenza è al collasso nonostante l'abnegazione e la dedizione costanti di tutto il personale. Sistema che non può più sopportare un lavoro a isorisorse né di lavorare sempre di più e più velocemente.

Il quadro è quello di una sorta di emergenza nazionale che evidenzia tuttavia, a nostro avviso, alla sua origine prevalentemente una cattiva gestione legata a più fattori e che non può neppure essere ricondotta banalmente a un incremento di richieste di prestazioni da parte dei cittadini. Ora veniamo a una serie di situazioni critiche e di proposte urgenti che partono dalla necessità di ridurre i carichi di lavoro e gli accessi dei codici minori, ovvero che la delocalizzazione dal pronto soccorso di problematiche a bassa intensità è assolutamente prioritaria.

A tal fine sono fondamentali da un lato il potenziamento della medicina territoriale, dall'altro un'omogenea e completa applicazione dei percorsi *fast track* per

problematiche mono specialistiche contro un'applicazione difforme nelle varie aziende. Si devono infatti realizzare, per il pronto soccorso, specifici percorsi gestionali, anche a livello specialistico, per problematiche a bassa intensità di cui potenziare il filtro. Tali pazienti non dovranno più figurare nelle liste di attesa per i medici di pronto soccorso.

Va eliminato il *boarding*, cioè l'attesa di un posto letto, poiché deve essere garantito un incremento dei posti letto calcolato secondo dati storici, al fine di mantenere un tasso di occupazione inferiore all'85 per cento in area medica (inclusa la medicina d'urgenza) e per la lungodegenza, e un incremento dei reparti di medicina d'urgenza e di unità semi-intensive. Fondamentali sono l'adozione di un protocollo nazionale sulla gestione dei ricoveri dal pronto soccorso e l'adozione di modelli di calcolo, come già sperimentato in alcune regioni, basati su dati storici dei ricoveri con ricovero diretto da pronto soccorso ed assegnazione prestabilita di posti letto.

Veniamo poi alla questione delle indennità economiche in cui figura quella di pronto soccorso — che è stata declinata nella pre-intesa del rinnovo contrattuale 2019-21 corrispondente a circa un euro l'ora di servizio prestato, che necessita di una immediata integrazione col previsto incremento di 60 milioni di euro all'anno ma non deve essere vincolata al rinnovo del contratto nazionale. Questi 60 milioni devono arrivare subito e devono essere immediatamente fruibili. Va inoltre precisato, però, sempre a titolo di ristoro economico, che attualmente l'indennità viene purtroppo penalizzata dal recente parallelo decremento delle risorse per il pagamento delle attività di certificazioni INAIL obbligatoria a carico dei medici di pronto soccorso. Infatti la legge di bilancio 2019 ha modificato la previgente normativa sull'attività di compilazione e trasmissione di tali certificati con un finanziamento dedicato di 25 milioni di euro annui, risorse la cui erogazione transita attraverso i Fondi contrattuali della dirigenza. La nuova norma ha di fatto comportato remunerazioni inferiori rispetto alla previgente normativa

per cui, a nostro avviso, è necessario incrementare le risorse per queste certificazioni di almeno 11 milioni di euro, abolire gli oneri fiscali e accessori come l'IRAP, prevedere un incremento annuale e senza limite percentuale.

Di fatto attualmente non vi è alcun reale ristoro economico nella busta paga dei medici di pronto soccorso per effetto delle suddette modifiche legislative, perché laddove andiamo a inserire l'indennità di pronto soccorso l'andiamo a soffocare con il decremento delle risorse per le certificazioni obbligatorie INAIL.

L'introduzione dell'indennità di rischio biologico, altro fattore, era stata già proposta e presentata nel 2020 e 2021 da alcuni parlamentari dell'attuale maggioranza di Governo ma senza esito positivo. La pandemia ha confermato quanto il pronto soccorso e il 118 rappresentino il primo interfaccia col territorio: questo rischio va coperto anche economicamente. Ai fini del ristoro per le numerose tipologie di disagio subite va riconosciuto ai medici di pronto soccorso e 118 un riposo biologico di almeno dieci giorni all'anno.

Poi c'è la questione dei compensi per attività aggiuntive: va ridefinito l'articolo del cosiddetto decreto Bollette che parla di « fino a 100 euro l'ora » prevedendo almeno 100 euro l'ora e in modo stabile. A tale incremento, che deve restare permanente, deve corrispondere un incremento complessivo di tutte le risorse a livello regionale aziendale evitando, come accade, che a un maggiore importo pagato corrisponda un numero di ore retribuite inferiore vigendo l'invarianza di spesa; cioè ti pago di più ma ti pago meno ore.

Poi veniamo al problema degli spazi, perché nell'ambito del PNRR devono essere aggiunte risorse per l'adeguamento e ampliamento degli spazi nei pronto soccorso inadeguati e obsoleti.

Sulle risorse umane va precisato che il decreto Bollette va modificato nella norma che prevede l'accesso ai concorsi pubblici da parte di chi non ha una specializzazione. Questo accesso deve essere vincolato alla occupazione di un posto nelle scuole di specializzazione di medicina di emergenza-

urgenza, poiché è prioritario garantire che proprio nel settore dell'emergenza-urgenza debbano esistere *standard* di professionalità uniformi a garanzia della sicurezza dei pazienti e dei costi.

Il problema delle cooperative, che va abolito in radice prevedendo nel Sistema sanitario nazionale che il rapporto contrattuale tra datore di lavoro e professionista della salute deve essere individuale, senza intermediari.

Sempre nel decreto Bollette va ridefinita la norma che preclude l'accesso ai concorsi agli specialisti che hanno lavorato nelle cooperative perché altrimenti andiamo a privare un sistema già carente dei suoi professionisti. Vanno poi applicati dei criteri sulla quantificazione del lavoro notturno introdotti dalla legge di bilancio 2018, che ha definito una riquantificazione dei turni di 12 ore notturne al fine del raggiungimento del numero di turni annui previsti per l'accesso anticipato al pensionamento. Tale norma consentirebbe di raggiungere la quota di numero di notti in grado di conseguire un pensionamento anticipato ma va estesa ai dirigenti di tutto il sistema sanitario nazionale nel ridefinire il concetto, citato nella norma, di ciclo produttivo, non ben chiaro.

Vi sono poi la questione della sicurezza, della violenza e delle aggressioni, per cui è necessario il riconoscimento del ruolo dei dirigenti del Sistema sanitario come pubblico ufficiale a garanzia delle pene erogate, lo scudo penale per i professionisti della salute a fronte di un eccessivo contenzioso medico-legale, le affissioni in tutte le strutture del sistema sanitario di avvisi sui rischi penali in caso di aggressione fisica o verbale al personale, misure di tutela e repressione estese anche nei confronti delle aziende in quanto Istituzione pubblica sede delle violazioni.

Vado a concludere. Deve essere introdotto l'obbligo di indagine annuale sul *burnout* e lo stress lavoro-correlato obbligatorio in tutte le aziende, con l'adozione di provvedimenti conseguenti. Infine è importante l'istituzione di queste relazioni: tavoli di lavoro permanenti sul pronto soccorso a livello del Ministero della salute e delle

regioni, una campagna di comunicazione nazionale e iniziative di educazione a livello nazionale e regionale sul ruolo e sul significato del pronto soccorso e contro le violenze sugli operatori sanitari e la partecipazione diretta ai programmi formativi delle Scuole di specializzazione in quanto *tutor* ospedalieri, onde evitare che essi vengano definiti da figure avulse dal mondo della professione.

Questi sono a nostro avviso provvedimenti urgenti di prima linea a cui noi vogliamo aggiungere una serie di tutele ulteriori che abbiamo elencato in un documento più esteso che vi verrà inviato; sono principi fondamentali che agiscono sui carichi di lavoro e sul disagio.

Vi ringrazio per l'ascolto e la partecipazione.

PRESIDENTE. Grazie a lei, anche per il documento che seguirà. Do ora la parola ad Andrea Piccinini in rappresentanza della CIMO-FESMED.

ANDREA PICCININI, *vicepresidente della Federazione sindacale medici dirigenti (CIMO-FESMED) e responsabile nazionale del Coordinamento emergenza-urgenza.* Ringrazio il presidente e ringrazio gli onorevoli che hanno deciso di occuparsi di un tema così delicato dando oltretutto a noi l'opportunità di cercare di dare un contributo, speriamo costruttivo.

Io oggi rappresento la Federazione CIMO-FESMED che racchiude in sé ANPO-ASCOTI, CIMO e la FESMED. Noi abbiamo analizzato il documento preparato dalla Commissione che, come analisi, condividiamo perché ha identificato tutti i punti di criticità che oggi attanagliano il pronto soccorso; come pure giudichiamo positivamente gli interventi legislativi e normativi che sono stati fino ad oggi adottati, che riteniamo indispensabili ma che naturalmente — come lo stesso documento evidenzia — vanno assolutamente potenziati perché al momento insufficienti a risolvere le criticità.

Oggi parliamo del pronto soccorso che sappiamo essere un settore assolutamente strategico all'interno di un ospedale, ma è

un sistema che è fortemente in crisi, a nostro avviso non tanto per una sua inefficienza intrinseca, ma in quanto fulcro su cui si scaricano, amplificate, tutte le difficoltà dei servizi che ruotano attorno all'emergenza.

Per noi non si può prescindere quindi dall'andare ad analizzare quelle che sono le vere cause che hanno portato a questa condizione, che abbiamo identificato principalmente in tre fattori: le politiche di riduzione dell'offerta sanitaria pubblica (particolarmente negli ultimi dieci anni), le politiche di contenimento della spesa per il costo del personale e poi quello che è il fattore su cui possiamo fare poco, il mutamento demografico-epidemiologico dell'utente che afferrisce al pronto soccorso quindi con nuovi bisogni. Possiamo far poco sul fattore demografico ma ovviamente possiamo fare molto in termini organizzativi per dare risposte ai bisogni che questi pazienti esprimono.

Noi abbiamo fatto, relativamente al primo punto, un'indagine per evidenziare qual è stato il calo dell'offerta sanitaria pubblica negli ultimi dieci anni e i dati sono impietosi. Se andiamo ad analizzare i numeri, molto brevemente, vediamo che c'è stato una drastica chiusura di strutture sanitarie. Sono stati chiusi 11 aziende ospedaliere, 100 ospedali a gestione diretta, 43 case di cura accreditate; 61 dipartimenti di emergenza, 103 pronto soccorso, dieci dei quali pediatrici, 35 centri di rianimazione.

Naturalmente questo ha comportato inevitabilmente un calo dei posti letto, posti letto che abbiamo perso principalmente nelle aziende ospedaliere degli ospedali a gestione diretta, che sono proprio i luoghi dove avvengono la maggior parte dei ricoveri da pronto soccorso. Ora, il taglio di posti letto negli ultimi dieci anni si è concretizzato in 38 mila posti letto, e tutti i *setting* assistenziali sono stati penalizzati: ordinari, *day hospital* e *day surgery*. Se andiamo a vedere per disciplina, i posti letto sono stati prevalentemente tagliati nelle Chirurgie, nelle Medicine interne, nelle Ortopedie, nelle Ostetricia e ginecologia che rappresentano quei reparti dove il pronto

soccorso fa la maggior parte dei propri ricoveri.

Ci sono stati poi tagli del personale, al di là del consenso o meno sui numeri. C'è stata una ripresa nell'epoca pandemica che si è trascinata anche nel 2021, comunque fino al 2019 il taglio era stato sicuramente significativo. Al di là del numero di medici, sono state tagliate intere linee produttive perché abbiamo perso più di 3 mila unità operative complesse e quasi 9 mila unità operative semplici.

Quindi tutto ciò ha portato inevitabilmente alla perdita di un'offerta sanitaria perché quando si taglia una struttura, quando si taglia un reparto, si perde tutta l'attività che quel reparto deve fare, che poi viene concentrata in altri reparti creando però distorsioni e problemi che analizzeremo successivamente.

L'attività della Guardia medica parimenti si è ridotta, abbiamo perso 700 medici di Guardia medica e sono state eseguite 1.500 visite in meno per ogni 100.000 abitanti. Questo ovviamente ha comportato una riduzione dei ricoveri: in totale, considerando i vari *setting* assistenziali, si sono persi quasi 2.800.000 ricoveri nel sistema sanitario pubblico. Dove sono diminuiti maggiormente questi ricoveri? Nelle Aziende ospedaliere, che solitamente sono quelle che si occupano di trattare la patologia più complessa. Le prestazioni territoriali parimenti non sono incrementate ma sono diminuite: abbiamo perso 282 milioni di prestazioni rispetto al 2010. Quindi è ovvio che se non si fa un filtro sul territorio in grado di dare risposta, poi il cittadino inevitabilmente afferrisce al pronto soccorso.

Andiamo al secondo fattore che abbiamo identificato come causa dell'attuale situazione, le politiche di contenimento della spesa sul costo del personale. Dal 2010 al 2019 sono stati spesi 1,2 miliardi in meno per il personale e questo ovviamente è dipeso dai tetti di spesa imposti, dal mancato *turnover*, ma ovviamente anche dall'appiattimento delle carriere perché sono state eliminate tutte le strutture di cui abbiamo parlato.

Dato ancor più rilevante è il fatto che, oltre a essere calata la spesa per il costo del

personale sanitario, molto è stato tagliato anche sulla formazione di questo personale.

Tutto ciò analizzato anche alla luce del decreto ministeriale n. 70, che disciplina gli *standard* dell'attività ospedaliera e che si basa, oltre che sui bacini di utenza e su altri parametri, anche su un dato molto rilevante che è quello del rapporto tra volumi di attività ed esiti, e ha portato a un esito drammatico perché così si crea un circolo vizioso. Tu tagli le strutture: tagliando le strutture queste si concentrano soltanto in alcuni ospedali ma poi in questi ospedali in realtà non riesci a fare quei volumi di attività per una specifica patologia, perché sei solo oberato dalle urgenze, non hai le sale operatorie, non hai il personale, non hai i posti letto e quindi quel tipo di attività non la riesci a fare in elezione e ti viene tolta, viene chiusa. Nel frattempo quell'attività viene svolta dal privato.

Arriviamo al terzo elemento che abbiamo identificato come critico, il mutamento demografico ed epidemiologico. Questi sono dati che conoscete tutti. L'invecchiamento comporta inevitabilmente un aumento della cronicità che trascina con sé multimorbilità, fragilità e disabilità perciò oggi trattiamo soprattutto pazienti più complessi.

Quindi, la crisi del pronto soccorso; noi siamo partiti da questa considerazione: i numeri sono aumentati? No. Gli accessi al pronto soccorso non sono aumentati, anzi negli ultimi dieci anni sono calati e li possiamo considerare stabili negli ultimi vent'anni. Allora se venti anni fa entrando in un pronto soccorso certe scene non le vedevamo, o le vedevamo in maniera molto ridotta, dieci anni fa un po' di più, e adesso sono dei veri e propri gironi infernali, che cosa è cambiato? Che non c'è più l'offerta che avevamo prima e che è cambiata la tipologia del paziente proprio per il fatto demografico: da qui il fatto che il pronto soccorso diventa il vero catalizzatore di bisogni che non trovano un'adeguata risposta altrove e questo trascina tutte le criticità che nel documento voi avete evidenziato benissimo, quali il sovraffollamento,

il *boarding*, il fatto di far compiti assistenziali non propri, l'aumento dei tempi di attesa, le aggressioni fisiche, giudiziarie, i turni massacranti, le aspettative di carriera azzerate, il mancato aggiornamento e infine la fuga dei medici.

Quindi oggi il pronto soccorso è il sintomo, è l'elemento più eclatante, è quello che noi vediamo, ma non dobbiamo andare a curare solo questo aspetto. Questo non significa che non bisogna fare degli interventi mirati sull'emergenza, non vorrei essere frainteso. La cura deve essere molto più radicale, ma deve partire da un presupposto diverso e cioè che ci troviamo in questa condizione per un calo dell'offerta sanitaria, per le politiche di contenimento della spesa e del personale e per i posti letto che sono stati chiusi.

Pertanto se noi vogliamo uscire dalla situazione attuale dobbiamo assolutamente rilanciare l'offerta sanitaria pubblica, ridefinire i nuovi *standard* del personale, riaprire i posti letto. Quando diciamo «rilanciare l'offerta sanitaria pubblica», giusto per capire, significa consentire al sistema pubblico che ha perso tutto questo numero di prestazioni e di attività di erogare un maggior numero di prestazioni e riaprire un po' di posti letto, magari non recuperarli tutti ma almeno avvicinarci un po' di più a quello che è il totale dei posti letto che abbiamo perso, e consentire alle aziende sanitarie, nel rispetto dei loro vincoli di bilancio, di poter assumere del personale. Questo consentirebbe inevitabilmente una diversificazione dei percorsi, evitando che tutto si concentri nel pronto soccorso, che diventa un doppio collo di bottiglia. Quello di un pronto soccorso, che non riesce più ad accogliere i pazienti che provengono dal territorio per cui rimangono sulle barelle perché non riescono neanche ad essere adeguatamente accettati in pronto soccorso; e poi il secondo collo di bottiglia che è quello dell'ingresso del paziente dal pronto soccorso ai reparti.

Ora, se noi vogliamo intervenire dobbiamo assolutamente andare in questa direzione, quindi diventa auspicabile a nostro avviso che ogni proposta di riordino che si voglia immaginare debba essere va-

lutata in un contesto più ampio, che comprenda tutti i servizi sanitari integrati in filiera, per evitare che continui a vigere la politica dei *silos* dove ospedale, territorio e prevenzione non comunicano tra di loro.

Quindi farei una riflessione attenta sull'opportunità di voler procedere adesso verso una riforma del servizio emergenza-urgenza avulsa dal contesto generale in cui esso opera, viste le criticità che noi abbiamo evidenziato e prospettato nel nostro documento.

Noi non crediamo nelle riforme spaccettate per settori, riteniamo che sia indispensabile una riforma complessiva del Servizio sanitario nazionale, che comprenda anche l'emergenza-urgenza. La nostra visione è che se noi restituissimo oggi al pronto soccorso la propria *mission* e riattribuissimo all'emergenza quelle che sono le funzioni proprie, i propri compiti, molti dei fattori distorsivi che oggi incidono sulla sua efficienza andrebbero incontro a una risoluzione, non dico spontanea, ma comunque renderebbero residuali grosse necessità di intervento, anche con una riduzione dei costi, perché oggi stiamo andando in quella direzione. Ciò non significa che nell'immediato non sia assolutamente necessario e indispensabile implementare tutti gli interventi di carattere organizzativo e normativo che sono già stati intrapresi e che vengono portati avanti anche dagli altri *stakeholders* ai quali noi pienamente ci associamo.

Li cito solo brevemente, senza trattarli in maniera compiuta, perché per noi la risoluzione passa attraverso gli interventi che abbiamo precedentemente citato: migliorare l'offerta dell'assistenza territoriale, migliorare l'integrazione ospedale-territorio e quella sociosanitaria, favorire il passaggio alla dipendenza dei medici della emergenza territoriale, valorizzare le risorse umane, garantire sicurezza, giusta retribuzione, prospettive di carriera, prevenire le aggressioni rendendo anche cogente l'applicazione della circolare ministeriale n. 8, riformare il percorso della formazione specialistica, riconoscere il lavoro in area critica come usurante, riconoscere un periodo di lavoro di riposo biologico

sono per noi indispensabili e fondamentali, ma i punti su cui bisogna agire sono gli altri che abbiamo detto. Rilanciare l'offerta sanitaria, ridefinire nuovi *standard* di personale abbandonando le logiche aziendalistiche con limiti di spesa anacronistica e riaprire i posti letto. A regime poi si potrà anche valutare l'opportunità di definire un quarto LEA per il sistema dell'emergenza-urgenza con finanziamento dedicato, come avviene oggi per il dipartimento di prevenzione, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Do ora la parola ai rappresentanti della SMI. Prego.

GIUSEPPINA ONOTRI, *segretario generale del Sindacato medici italiani (SMI)*. Onorevole presidente, onorevoli deputati, a nome del Sindacato medici italiani, che mi onoro di rappresentare, vi ringrazio per la possibilità di quest'audizione.

Il Sindacato medici italiani, nell'affrontare i temi della medicina dell'emergenza-urgenza, sottolinea che non si debba discutere solo di pronto soccorso ma anche di emergenza e urgenza territoriale 118 quale elemento di *trait d'union* tra territorio ed ospedale. In maniera sintetica le nostre proposte, che abbiamo inviato, tendono ad affrontare e a dare risposte alle seguenti criticità.

Carenza di personale sanitario. Il nostro Paese necessita di pronto soccorso con più medici ed infermieri; dal 2022 nel pronto soccorso risultano mancare 4.500 medici. Tra il 2019 e il 2021 9 mila medici ospedalieri si sono licenziati, secondo le stime di AGENAS, e su 100 medici andati in pensione dieci non sono stati sostituiti. Il numero sale in regioni come Lazio, Sicilia e Campania con circa 31 medici non sostituiti. Nel triennio 2022-2024 andranno in pensione circa 4 mila specialisti ogni anno, quindi parliamo di una perdita di circa 12 mila specialisti. In meno di sei anni mancheranno circa 22 mila specialisti ospedalieri. Nel 2022 il 50 per cento delle borse di studio di medicina di emergenza non sono state assegnate. Nella medicina di emergenza-urgenza territoriale 118 nel 2025 si stima

che, dei circa 3.900 medici convenzionati in servizio attualmente, un terzo andrà in pensione.

Altra criticità è la mancata integrazione tra ospedale e territorio; occorre una maggiore integrazione ospedale-territorio, in particolare nella gestione dei malati cronici e fragili; è indispensabile intensificare e qualificare sempre di più l'integrazione anche con il sociale con il coinvolgimento attivo e cooperativo.

La mancanza di posti letto produce il fenomeno dei pazienti parcheggiati nei locali del pronto soccorso in attesa di un posto di ricovero dopo essere stati specializzati, e lì non dovrebbero stazionare più di sei ore. La perdita dei posti letto, 37 mila negli ultimi anni, ha dequalificato e impoverito il sistema ospedaliero pubblico e causato una enorme *stress* lavorativo per i medici, nonché condizioni inaccettabili per i pazienti. Riteniamo che questa condizione sia una delle cause di violenza contro gli operatori sanitari. Poi assistiamo alla fuga dei medici all'estero e verso un sistema privato per cercare situazioni lavorative migliori.

Abbiamo il fenomeno dei medici gettonisti che sono spesso privi di competenze specialistiche nell'area dell'emergenza-urgenza, però lì vengono impiegati. Inoltre non si parla di tutele e di pari opportunità, considerando che la professione ormai è al 60 per cento al femminile.

Per dare risposta a tutte queste criticità lascerei la parola alla dottoressa Fini, per illustrare le proposte del Sindacato medici italiani a tal proposito.

FABIOLA FINI, *vice segretario nazionale del Sindacato medici italiani (SMI)*. Mi riallaccio a quanto detto dal segretario generale, la dottoressa Giuseppina Onotri, e vado ad illustrare le proposte che lo SMI intende presentare e di cui avete avuto copia con il documento già inviato.

Noi riteniamo che sia indispensabile un aumento dei posti letto. Il dato di 3,7 posti letto per mille abitanti è tra i più bassi a livello europeo e non tiene conto dell'invecchiamento e dell'impoverimento della popolazione. È questa carenza di posti che genera, a nostro avviso, delle condizioni

inaccettabili per il sistema dell'emergenza-urgenza creando anche una modalità pericolosa nella gestione, precarietà e soprattutto una non decorosa assistenza ai pazienti che soggiornano per molte ore, a volte giorni, nei nostri pronto soccorso.

Quello che vogliamo dire è che servono investimenti urgenti per i servizi di emergenza-urgenza, ma vorremmo anche ricordare come spesso si parla solo di pronto soccorso ma in realtà dovremmo parlare sempre di tutto quello che è il sistema della rete dell'emergenza, ovvero sia anche di quella pre-ospedaliera. È importante secondo noi dare risposte concrete al collasso delle strutture di pronto soccorso e di emergenza che, come è stato anche già detto, è solo in minima parte legato al flusso di entrata dei pazienti e al congestionamento del servizio. Quello che invece determina un problema serio è la mancanza di posti letto e questo rende anche la vita dura per gli operatori e determina modalità di assistenza spesso precarie e non decorose per i pazienti.

Altra cosa che vogliamo sottolineare è la necessità, come proposta SMI, di dar vita a un recupero delle risorse dirottate dal finanziamento pubblico al sistema privato accreditato. Spesso facciamo dei riferimenti, dei confronti con altri sistemi nazionali europei, soprattutto con la Germania, ma non teniamo conto come il finanziamento sia diverso.

In Italia il sistema è universalistico e viene finanziato con la fiscalità generale. In un Paese però dove vi è un tasso elevato di evasione fiscale è chiaro che il sistema ha difficoltà a reggere. Tra l'altro teniamo conto anche di un altro elemento, in Italia c'è il paradosso del privato che è accreditato, ovvero sostenuto da risorse pubbliche. Quindi crediamo che questo elemento sia un importante da provare, cioè il recupero delle risorse dirottate dal finanziamento pubblico al privato.

La dottoressa Onotri faceva riferimento alla parità di genere. Noi proponiamo, essendo la professione femminile sempre più predominante nell'ambito della sanità, che le aziende sanitarie ospedaliere abbiano accesso ai finanziamenti dei fondi PNRR

nella Missione 5 sulla parità di genere. Questo permetterebbe di certificare che vengano rispettate le pari opportunità, ad esempio parità di retribuzione a parità di mansioni e, soprattutto, concreta tutela della maternità.

Crediamo che ci sia necessità anche di superare il problema della scarsa attrattività del sistema sanitario pubblico. La difficoltà nel reperire delle figure specialistiche alimenta il ricorso ad un mercato di prestatori d'opera estranei al sistema che ne precarizzano l'organizzazione del lavoro. Per recuperare servirebbe una crescita dei finanziamenti, parliamo di almeno 5 miliardi di euro all'anno per i prossimi cinque anni, più quanto necessario a garantire la stessa crescita per l'Italia rispetto agli altri Paesi europei.

Ribadiamo anche la necessità di investire fondi ulteriori sul sistema dell'emergenza-urgenza. Proponiamo di stornare il 5 per cento delle risorse dell'attività libero professionali del fondo di perequazione prevalentemente verso il sistema di emergenza-urgenza, verso i pronto soccorso. Proponiamo anche l'incentivazione dei medici di pronto soccorso e di emergenza-urgenza, finanziandola con parte dei proventi derivanti dai pagamenti dei *ticket* dei codici bianchi nonché con quanto viene speso dalle Aziende sanitarie per l'acquisto di beni e servizi in cui è ricompreso anche l'acquisto di prestazioni sanitarie dei medici gettonisti, come in questi anni abbiamo avuto modo di vedere.

Proponiamo che si riconosca un'indennità di lavoro usurante ai medici dell'emergenza-urgenza, medici di pronto soccorso e 118 che prestano la loro attività in maniera egregia. Questo comporterebbe un'indennità economica e pensionistica adeguata e giusta al fine di diventare anche un'attività scelta dai professionisti per il valore aggiunto che viene riconosciuto.

Abbiamo bisogno inoltre di ipotizzare una reale staffetta generazionale e quindi un investimento sui giovani, perché teniamo presente l'età elevata dei medici attualmente nel sistema dell'emergenza-urgenza e della necessità di formare dei

neo-assunti con articolazioni di lavoro che incentivano la permanenza nel servizio.

I medici specializzandi, che di fatto si trovano a gestire ogni giorno le attività nei pronto soccorso, come anche negli altri reparti, con grande responsabilità ed enormi rischi anche medico legali, vengono retribuiti molto meno degli altri colleghi perché attraverso borse di studio. Quindi riteniamo fondamentale che per gli specializzandi debba essere previsto al più presto un nuovo contratto di formazione-lavoro, con tutti i diritti e le tutele dei dipendenti del Sistema sanitario nazionale. A tal proposito sottolineiamo l'importanza di modifiche alla normativa vigente e una proposta di tempo pieno per i medici convenzionati 118 del Servizio sanitario nazionale.

Proponiamo che vi sia un atto di indirizzo tra Stato e regioni al fine di individuare aree di attività di emergenza territoriale per il miglioramento dei servizi, per richiedere l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. Venga previsto cioè un rapporto di dipendenza nella dotazione organica dell'emergenza-urgenza dei medici 118 attualmente operanti con convenzione a tempo determinato dopo il conseguimento della specializzazione in medicina di emergenza-urgenza.

Questa proposta di tempo pieno per i medici convenzionati 118 con il Servizio sanitario nazionale parte dalle considerazioni che su tutto il territorio nazionale l'emergenza pre-ospedaliera è organizzata nelle maniere più differenti possibili. Per queste ragioni si rende necessario a nostro avviso standardizzare il profilo giuridico e professionale del personale medico, per integrare il sistema dell'emergenza pre-ospedaliera con quella intraospedaliera, in modo da innalzare ai livelli di qualità e di efficienza il sistema dell'emergenza in Italia.

Il decreto n. 70 del 2015 ha comportato la chiusura dei piccoli presidi ospedalieri, allontanando sempre di più l'ospedale dal cittadino. L'evolversi dei cosiddetti percorsi terapeutici e diagnostico-assistenziali fa sì che il medico dell'emergenza-urgenza pre-ospedaliera lavori in simbiosi con quelli del sistema ospedaliero di emergenza per la salvaguardia della continuità della cura a cui ha diritto il paziente.

Lo specialista universalmente riconosciuto per la gestione dell'emergenza sia pre-ospedaliera che intraospedaliera con competenze altamente qualificate è quello della medicina d'urgenza, ma teniamo presente che i primi specialisti sono stati prodotti solo nel 2014 e sono tuttora molto pochi in Italia.

Attualmente sono i medici convenzionati dell'emergenza territoriale ad essere spesso impiegati in molte regioni d'Italia, non solo nei servizi dell'emergenza territoriale ma anche nei pronto Soccorso. Da qui la nostra richiesta forte, e la relativa proposta di dare valore alla loro professionalità, acquisita nel corso degli anni, e superare il precariato attraverso, come ho detto poco fa, la creazione di un unico profilo della dirigenza nell'ambito del sistema dell'emergenza-urgenza territoriale. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a voi. Chiedo se ci sono deputati che intendono intervenire. Mi pare di no. Allora ringrazio ancora una volta i nostri ospiti e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 13.45.

*Licenziato per la stampa
il 23 novembre 2023*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



19STC0060230