

23/180/CR07/C7

**DOCUMENTO PER L'AUDIZIONE FORMALE DA PARTE DELLA
COMMISSIONE XII (AFFARI SOCIALI) DELLA CAMERA DEI DEPUTATI
NELL'AMBITO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE
DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO
SOCCORSO IN ITALIA**

Da una attenta disamina della proposta di programma della Commissione XII della Camera sulla situazione della medicina dell'Emergenza Urgenza e dei Pronto soccorso in Italia, emerge come la "fotografia" delineata sia realistica e condivisibile per quanto riguarda le maggiori criticità evidenziate. Al fine di contribuire in maniera costruttiva all' audizione parlamentare, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha condiviso le seguenti considerazioni e proposte atte a migliorare la condizione del sistema di emergenza urgenza ospedaliero:

Premessa.

Il Pronto Soccorso (PS) è senza dubbio una delle aree a maggior complessità all'interno di una struttura ospedaliera. La crisi che sta attraversando a livello nazionale la Medicina d'Urgenza (MEU) ha una genesi multifattoriale e di conseguenza anche una ipotetica risposta a tale crisi non può che investire ambiti diversi.

Carenza di personale medico ed infermieristico, esternalizzazione con gravi ripercussioni sull'assistenza e sul clima lavorativo.

La stima della carenza riportata dal documento (4500 medici e 10.000 infermieri a livello nazionale) è sicuramente reale. La perdita quotidiana di personale dai Pronto Soccorso continua giorno dopo giorno, così come il ricorso alle esternalizzazioni che comportano un aggravio di bilancio sulle aziende e una netta riduzione della qualità di assistenza per i pazienti. Il ricorso alle esternalizzazioni ha un forte impatto negativo anche sul clima lavorativo, laddove vanno a coesistere professionisti pagati in maniera decisamente diversa (dipendenti vs. cooperative/gettonisti); tale commistione rimane un percorso che non prevede integrazioni lavorative tra i vari professionisti.

Come sopra richiamato, si elencano le principali proposte che toccano ambiti diversi tra loro, attuabili per cercare di limitare la carenza ma soprattutto la fuga costante dai PS.

- Proposta di modifica normativa per riconoscere al personale che opera in PS ed emergenza territoriale le indennità e i benefici dei lavori usuranti;
- Definizione univoca delle piante organiche di medici e infermieri nei Pronto Soccorso secondo letteratura internazionale, che consenta un recupero della qualità di vita e del ben-essere organizzativo (riduzione delle ore settimanali lavorate e del numero delle notti e dei festivi lavorati). Questa ultima misura dovrà essere avviata parallelamente

all'implementazione delle piante organiche per garantire, allo stato attuale, la piena funzionalità del sistema. Al momento l'individuazione delle piante organiche rimane a macchia di leopardo, ma rappresenta invece uno strumento che garantirebbe la possibilità di rotazioni tra PS, OBI e MEU e quindi la possibilità per il personale di praticare nelle tre fasi caratteristiche dell'emergenza-urgenza;

- Utilizzo di medici con specialità affini/equipollenti nei PS; tale utilizzo potrebbe essere "limitato" ad una specifica percentuale dell'orario da svolgere in PS nei primi due anni post assunzione, oppure in pianta stabile anche full time;
- Possibilità per gli specialisti MEU di esercitare la libera professione nelle specialità equipollenti e per le diagnostiche consentite;
- Incentivi economici: l'aumento stipendiale di base, in considerazione del rapporto con il resto d'Europa, sarebbe la soluzione ottimale. Va tuttavia considerata la possibilità di svolgere delle prestazioni aggiuntive, valorizzate in 100 euro per i medici e 50 euro per gli infermieri come da Decreto-Legge 30 marzo 2023. Al momento l'applicazione di tale DL è difforme sul territorio nazionale. L'applicazione di questo punto comporterebbe anche una riduzione delle esternalizzazioni;
- Possibilità di assunzione nei MEU di personale medico e infermieristico con contratto che preveda già una rotazione oraria anche nel sistema 118;
- Pagamento delle ore di straordinario;
- Depenalizzazione della colpa medica;
- Potenziamento dell'attività infermieristica su percorsi dedicati (codici minori, presa in carico ecc.) con chiusura del verbale di Pronto Soccorso in autonomia. Anche il personale infermieristico soffre di una certa staticità all'interno delle MEU. Avviare, potenziare dei percorsi a gestione infermieristica, oltre che dare uno sbocco professionale diverso, sarebbe sicuramente motivo di richiamo (ad esempio i professionisti in possesso della Laurea Magistrale vedrebbero ampliati i loro spazi all'interno dell'organizzazione e nel percorso di carriera attraverso l'acquisizione della dirigenza);
- Integrazione del personale medico e infermieristico con quello del Sistema 118 (ambulanze e elisoccorso) al fine di favorire l'integrazione tra i due sistemi. Le Regioni che hanno o stanno implementando questa modalità lavorativa hanno già visto molti effetti positivi quali la riduzione del burn out nei rispettivi servizi (118 e MEU) e un minor fabbisogno di personale che ruota sul preospedaliero in prestazione aggiuntiva;
- In ambito di Università va sicuramente esteso l'utilizzo del "Decreto Calabria" dove attualmente la legge lo prevede attuabile dal II° anno di Specializzazione. Con buon senso potremmo suggerirne l'utilizzo a partire dal III° anno. Fermi restando i criteri di rispetto delle attività formative svolte negli ospedali, ovvero le 6 ore previste. Espletato tale monte orario non deve essere più previsto il nulla osta da parte degli Atenei, come da Decreto-legge;
- Estensione della possibilità di Prestazioni Aggiuntive anche agli specializzandi assunti con Decreto Calabria, incluse le incentivazioni di contratti Libero Professionali, ad esempio, sui codici minori a partire dal primo anno di specializzazione.

Questo permetterebbe di fidelizzare maggiormente i giovani medici;

- Attuazione delle sostituzioni per maternità in considerazione della netta maggioranza di donne tra il personale operante in MEU;
- Misure di Welfare per gli operatori MEU;
- Ristrutturazione del sistema di emergenza preospedaliera mediante l'utilizzo di automediche e autoinfermieristiche che rappresentano vettori dinamici e altamente professionalizzati che potranno consentire una maggiore copertura del territorio considerando anche la progressiva riduzione del personale sanitario in corso;
- Suddivisione dei percorsi di accesso tra alta complessità, indirizzati verso gli ospedali sede di pronto soccorso, DEAI, DEA II e bassa complessità, prevedendo il superamento dei PPI, e dei PS con ridotta casistica appropriata di accesso sostituendo entrambi con strutture afferenti organizzativamente all'assistenza primaria, come anche indicato dal DM 77/2022, aperti h 12/ h24. (come ad esempio i CAU, Centri di Assistenza Urgenza, istituiti in Regione Emilia- Romagna)

Scarsa attrattività delle borse di studio in medicina d'urgenza.

Le condizioni lavorative particolarmente gravose, che determinano la fuga dei medici MEU, sono una parte consistente anche della scarsa attrattività delle borse di studio in MEU (ricordiamo che nel 2023 sono rimaste non assegnate ben il 69% delle borse a disposizione). Ma, secondo noi, esistono altre motivazioni che contribuiscono a rendere questa specialità non particolarmente attrattiva.

- L'iter formativo attualmente in essere, sembra connotare ben poco la figura del Medico d'Urgenza (MEU); riteniamo utile introdurre un cambiamento che porti ad una più definita connotazione del programma di studio che deve essere maggiormente incentrato sulla rotazione in PS/OBI/TSI 118 lavorando soprattutto sulle skill pratiche tipiche della MEU quali l'ecografia, la sedo analgesia, le procedure invasive, ecc. e limitare attività ambulatoriali (endocrinologia, epatologia ecc.) attualmente previste nelle rotazioni;
- È necessario passare quanto prima ad un sistema di certificazioni di competenze e relativo grado di autonomia ("progress test" come già in uso), che permetta una attenta e puntuale valutazione degli specializzandi sulle competenze realmente acquisite, in modo da poter far lavorare i medici in formazione in regime di sicurezza;
- Possibilità di distribuire gli specializzandi dal primo anno in tutti i PS che rispondano ai criteri stabiliti per la formazione con netto ampliamento della rete formativa (DL 13/06/2017 n 402) nel rispetto dei programmi formativi delle Scuole di Specialità.

Contrasto alle aggressioni fisiche e verbali in PS

La Legge 113 del 2020 rispetto alle aggressioni fisiche e verbali sui sanitari in PS prevede sanzioni economiche ed anche la reclusione fino a 5 anni. Tale Legge resta al momento non

applicata anche a causa della mancanza di Forze di Polizia stanziali nei PS. Si ritiene opportuno quindi proporre:

- Presenza della Polizia di Stato o servizio di vigilanza H24 con compiti specifici anche per la protezione del personale;
- Piena operatività della denuncia/rapporto alla procura in caso di aggressione con sanzionamento come da L. 113 del 2020;
- Corsi di formazione riservati al personale sanitario dei PS per la gestione delle aggressioni in pronto soccorso con acquisizione di non technical skill per i comportamenti da tenere in caso di aggressioni da parte dell'utenza;
- Opere edilizie anche minime per la messa in protezione dell'ingresso/triage del PS e installazione di telecamere con sistemi di video registrazione h 24;
- Sistemi di notifiche tramite pulsanti per segnalare alle Forze dell'Ordine le situazioni critiche come in caso di aggressioni.

Boarding e sovraffollamento

Il fenomeno oramai noto del boarding continua ad affliggere i PS di tutta Italia. Sono ben note le fasi che lo contraddistinguono e che in questi anni si è cercato di snellire. Occorre a questo punto dare seguito fattivamente a quanto già previsto nelle linee guida Ministeriali (Conferenza Stato Regioni 1° agosto 2019), ed in particolare:

- Piano straordinario modello PNRR per la ristrutturazione/progettazione dei PS secondo le reali necessità assistenziali dei pazienti. Le necessità assistenziali sono drasticamente cambiate negli ultimi 20 anni considerando che, ormai, 1 paziente su 3 che accede in PS è over 70;
- Potenziamento/allestimento di tutti i percorsi fast track;
- Stesura dei protocolli sulle patologie di confine e OBI specialistici ecc.;
- Piena attuazione dei Piani Gestione Sovraffollamento (PGS) con presa in carico da parte della Direzione Sanitaria di Presidio;
- Potenziamento/attivazione attività infermieristica di bed management;
- Favorire sistemi di intercambio, confronto dei professionisti anche nell'ambito della degenza (Medicina interna e Geriatrica) per approfondimenti clinici utili alla creazione di efficaci percorsi organizzativi per il Paziente in ingresso e uscita;
- Definizione di una procedura di dimissione dai reparti ospedalieri 7giorni su 7 (anche durante i giorni festivi e prefestivi) con operatività h12, per garantire una gestione efficiente dei posti letto finalizzata a renderli disponibili per i ricoveri da PS;
- Riconoscimento rapido dei casi sociali in Pronto Soccorso con istituzione di un "Socio-team" prevedendo l'efficace attivazione interfaccia distrettuale (COT, MMG, Servizi Sociali comunali) per la precoce segnalazione e presa in carico di pazienti con documentata fragilità sanitaria che necessitano di osservazione ed assistenza domiciliare;
- Utilizzo degli MMG presenti in PS (codici minori) per attivare i percorsi ADI; proposta di attivare Team di Presa in Carico Rapida per questi pazienti;

- Monitoraggio e verifica dei tempi di ammissione al ricovero da PS, di consulenza, esecuzione esami diagnostici ecc.
- Monitoraggio e verifica sui tempi di degenza media nei reparti ospedalieri a maggior tasso di ricovero dal PS;

Limitazione Accessi impropri in PS

Alla luce dei diversi assetti organizzativi regionali, delle esperienze maturate in questi anni e del diverso grado di sviluppo raggiunto dal DM 77 si suggeriscono di seguito alcuni possibili strumenti:

- Analisi degli accessi nei PS/DEA della Regione per mappare: giornate di maggior afflusso, caratteristiche socio-demografiche, tipologia di consulenza o di regime di ricovero (ove richiesto), frequent user. Tale analisi consentirebbe di strutturare percorsi differenziati di presa in carico (monitoraggio IFOC, attivazione ADI, Attivazione UCA, attivazione ambulatori a bassa complessità, ecc.) ottimizzando le risorse professionali e indirizzando gli assistiti in specifici setting;
- Attivazione Case di Comunità con apertura h12/24 per intercettare i codici Bianchi e Verdi, dotate di diagnostica di base e supporto infermieristico e amministrativo, con percorsi alternativi al PS ricorrendo anche ad un aumento delle ore di presenza dei MMG (anche come aggregazione di diversi MMG) o a differenti forme contrattuali dei medesimi. In questi casi il paziente deve avere accesso libero al MMG così come lo ha in PS come Codice Bianco;
- Potenziamento delle Centrali 116117, che devono rappresentare la porta di ingresso per il cittadino, implementando la risposta diurna e fornire informazioni sanitarie più estese, collaborando attivamente con le COT aziendali e distrettuali in un'ottica di team di presa in carico multidisciplinare e dialogando con le Case di Comunità;
- Ottimizzazione della Continuità Assistenziale mediante un attento monitoraggio delle attività svolte e una maggiore integrazione con il Sistema di Emergenza 118;
- Presenza di un medico di Continuità Assistenziale in Pronto Soccorso nello stesso orario di attività della Continuità Assistenziale dedicato alla visita e trattamento dei codici minori anche con funzione di attivazione dei percorsi ADI; Ambulatori specialistici a bassa intensità assistenziale;
- Ambulatori della cronicità con la finalità di monitorare pazienti cronici arruolati in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali: il monitoraggio dei parametri vitali e della compliance terapeutica viene affidato all'IFOC- Infermiere di Famiglia o Comunità. Tale figura professionale nell'ambito delle proprie competenze può segnalare al curante, anche da remoto, situazioni di particolare criticità che richiedono approfondimenti diagnostici o rivalutazioni terapeutiche;
- UCA (Unità di Continuità Assistenziale): È un'equipe che afferisce al Distretto composta da 1 medico ed 1 infermiere ogni 100000 abitanti.
I compiti e le funzioni delle UCA sono indicati nel DM 77.

- Costituzione di Centrali/Sale Mediche Integrate con personale SSR e ACN (con funzioni diverse dalle COT) anche a supporto delle centrali 118 e 116117, le cui funzioni principali devono essere:
 1. attività di telecontrollo/telemonitoraggio;
 2. intercettare principalmente le chiamate ritenute “non urgenti” dal 118 ed evitare così che l’utente possa afferire spontaneamente al PS in modo inappropriato, orientando quindi il bisogno di cura verso i servizi territoriali e le cure primarie
 3. essere informati del grado di sovraffollamento del Pronto Soccorso;
 4. centralizzazione dei processi di dimissione ospedaliera con potenziamento e controllo su RSA, CAVS, ADI, LDG, Hospice;
 5. eventuale possibilità di integrare una televisita per primo inquadramento clinico ed eventualmente emettere una ricetta dematerializzata;
 6. Interagire con le COT;
 7. fornire supporto clinico;
 8. gestire problematiche cliniche minori indirizzandole ai servizi territoriali competenti.

Trasparenza dell’amministrazione

Per garantire delle informazioni trasparenti alla cittadinanza le ASR devono realizzare cruscotti pubblici sui rispettivi siti internet o per mezzo di app che evidenzino il grado di affollamento dei PS in modo da consentire al singolo cittadino di orientare la propria scelta.

Integrazione informativa

È necessario integrare i sistemi informatici ospedalieri con il Sistema 118 che a sua volta deve essere integrato a livello nazionale con FSE.

Roma, 9 novembre 2023