

Roma, 24 ottobre 2023

## Indagine conoscitiva della XII Commissione della Camera dei Deputati sulla situazione della Medicina d’Emergenza-Urgenza e dei Pronto Soccorso in Italia

La Federazione CIMO-FESMED (aderente a CIDA e che riunisce ANPO-ASCOTI, CIMO, CIMOP e FESMED), preso atto delle criticità del sistema d’Emergenza-Urgenza e dei Pronto Soccorso evidenziate dalla XII Commissione, ne condivide l’analisi e giudica positivamente gli interventi legislativi introdotti che, pur rappresentando un passo in avanti, risultano comunque soluzioni tampone utili a mitigare le problematiche rilevate ma insufficienti a risolvere le criticità.

Il pronto soccorso rappresenta un settore strategicamente rilevante e fortemente in crisi non per sua inefficienza interna, ma in quanto fulcro su cui si scaricano, amplificate, tutte le difficoltà dei servizi che ruotano intorno all’emergenza.

CIMO-FESMED ritiene che la principale causa dell’attuale situazione, in un contesto di crisi di sistema per mancanza di sostenibilità, sia da ricondurre principalmente a:

- 1- Politiche di riduzione dell’offerta sanitaria pubblica, in particolare negli ultimi 10 anni
- 2- Politiche di contenimento della spesa per il costo del personale del SSN
- 3- Mutamento demografico/epidemiologico dell’utente del pronto soccorso.

### 1- Riduzione dell’offerta sanitaria pubblica

CIMO-FESMED ha condotto una indagine relativa agli effetti sul SSN di dieci anni di tagli nel periodo compreso tra il 2010 ed il 2020 (disponibile al seguente link:

<https://www.federazionecimofesmed.it/2022/09/08/dossier-sanita-allarme-rosso/> )

Dai dati emerge:

- La riduzione degli accessi al PS: nel periodo esaminato, dunque, non c’è stato un aumento del ricorso alle strutture di pronto soccorso da parte degli utenti.

ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO						
	Numero pazienti				% di ricoverati	N° Accessi x 1000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti	Totale		
2010	3.395.718	18.986.098	21.559	22.403.375	15,2	371
2019	2.694.900	17.599.642	30.395	20.324.937	13,26	340
2020	2.291.895	11.207.310	40.095	13.539.300	16,9	229

- Chiusura di strutture sanitarie, che ha comportato una rilevante perdita di posti letto principalmente nelle Aziende Ospedaliere e negli Ospedali a gestione diretta, dove si effettua la maggior parte di ricoveri da PS.

**STRUTTURE OSPEDALIERE 2010 - 2020**

<b>- 11</b>	Aziende ospedaliere
<b>- 100</b>	Ospedali a gestione diretta
<b>- 4</b>	Case di cura non accreditate
<b>- 43</b>	Case di cura accreditate
<b>+ 3</b>	Istituti a carattere scientifico

**STRUTTURE DI EMERGENZA 2010 - 2020**

<b>- 61</b>	Dipartimenti di emergenza
<b>- 103</b>	Pronto soccorso
<b>- 10</b>	Pronto soccorso pediatrici
<b>- 35</b>	Centri di rianimazione

- Taglio ai posti letto, la maggior parte in Chirurgia generale, Medicina generale, Ostetricia, e Ortopedia, dove si effettua la maggior parte dei ricoveri da PS.

PUBBLICO		POSTI LETTO	PRIVATO	
<b>- 38.684</b>	<b>- 28.064</b>	ORDINARI	<b>+ 1.905</b>	<b>+ 1.747</b>
	<b>- 9.898</b>	DAY HOSPITAL	<b>- 438</b>	
	<b>- 722</b>	DAY SURGERY	<b>+ 280</b>	

- Tagli al personale: nel 2020 i medici che lavoravano nel SSN erano 4311 in meno rispetto al 2010. Nello stesso periodo, sono state tagliate 3053 Unità operative complessive (33%) e 8913 Unità operative semplici (48%). La chiusura degli ospedali, unita al taglio dei posti letto e delle Unità operative, porta inevitabilmente alla riduzione dell'offerta sanitaria.

PERSONALE SSN			
	2010	2020	Differenza
Medici	107.299	102.988	<b>-4.311</b>
Farmacisti	2.500	2.852	352
Biologi	3.660	3.132	<b>-528</b>
Chimici	424	163	<b>-261</b>
Fisici	470	609	139
Psicologi	5.826	4.790	<b>-1.036</b>
Amministrativi	74.206	59.784	<b>-14.422</b>
Infermieri	263.803	264.686	883
Tecnici sanitari	33.470	33.090	<b>-380</b>
Funzioni riabilitative	20.015	19.565	<b>-450</b>
Tecnici	116.607	109.814	<b>-6.793</b>
Altro	18.532	16.055	<b>-2.477</b>
<b>Totale</b>	<b>646.812</b>	<b>617.528</b>	<b>-29.284</b>

- Riduzione delle attività di Guardia Medica.

- 700	Medici di Guardia Medica
-1	Medico ogni 100.000 abitanti
- 1.498	Visite ogni 100.000 abitanti
+ 55	Ricoveri ogni 100.000 abitanti

- Riduzione dei ricoveri: la politica dell'appropriatezza ha di fatto mascherato un importante taglio delle prestazioni erogate dal SSN pubblico. La maggior riduzione è avvenuta nelle Aziende Ospedaliere, dove si effettuano in genere le prestazioni più complesse.

RICOVERI			
	2010	2019	Differenza
Acuti - Regime ordinario	7.374.765	6.006.392	- 1.368.373
Acuti - Day Hospital	3.021.949	1.748.138	-1.273.811
Riabilitazione - Regime ordinario	299.131	311.979	12.848
Riabilitazione - Day Hospital	60.704	28.402	- 32.302
Lungodegenza	112.599	98.681	- 13.918
Nido	408.594	308.307	- 100.287
<b>TOTALE</b>	<b>11.277.742</b>	<b>8.503.918</b>	<b>- 2.773.824</b>

- Riduzione delle prestazioni territoriali: nel 2020, nelle strutture pubbliche e private accreditate sono stati eseguiti 282,8 milioni di prestazioni in meno rispetto al 2010. In assenza di un filtro sul territorio in grado di dare risposte assistenziali adeguate, il cittadino sarà inevitabilmente portato a recarsi in pronto soccorso dove, in qualsiasi momento del giorno e dell'anno, nonostante le attese, è certo di trovare una risposta al proprio bisogno di salute che, nella maggior parte dei casi, non ha il carattere dell'emergenza e dell'urgenza.

## 2- Politiche di contenimento della spesa per il costo del personale del SSN

Tra il 2010 ed il 2019 il costo del personale del SSN è diminuito del 3,43%, pari ad oltre 1,2 miliardi di euro. Tale riduzione è causata dal mancato turnover, dalla riduzione del numero di medici e professionisti sanitari e dall'appiattimento delle carriere. Solo grazie al Covid-19 nel 2020 si registra nuovamente un valore positivo rispetto a dieci anni prima (sebbene pari allo 0,09%), ma la spesa per il personale medico risulta comunque inferiore (-4,39%). Da evidenziare, inoltre, la riduzione importante anche della spesa per la formazione del personale.

COSTO DEL PERSONALE	2010 - 2019		2010 - 2020	
<b>TOTALE</b>	<b>- 1.240.608.832,04</b>	<b>- 3,43 %</b>	<b>31.049.388,00</b>	<b>0,09 %</b>
B.1.A.1) Personale Dirigente medico	- 811.729.961,86	- 6,06 %	- 587.853.794,00	- 4,39 %
B.5.B) Personale comparto ruolo sanitario	223.566.921,59	1,56 %	1.013.185.849,00	7,09 %
B.6) Personale del ruolo professionale	- 10.190.643,26	- 7,28 %	- 767.651,00	- 0,55 %
B.7) Personale del ruolo tecnico	- 184.185.980,80	- 4,44 %	48.076.997,00	1,16 %
B.8) Personale del ruolo amministrativo	- 369.415.749,36	- 12,75 %	- 380.638.142,00	- 13,14 %

La dinamica involutiva di tagli e riduzioni che abbiamo evidenziato è causata dal meccanismo stesso su cui si basa il DM 70/2015: fondando le proprie radici sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure, più si tagliano strutture più si riduce l'offerta sanitaria, quindi si comprimono ulteriormente i volumi di prestazioni, da cui deriva l'impossibilità di rientrare negli standard di attività (volumi insufficienti) determinando ulteriori tagli delle strutture che non rientrano nei parametri.

## 3- Mutamento demografico/epidemiologico dell'utente del Pronto Soccorso

L'invecchiamento della popolazione italiana è confermato periodicamente da tutti gli istituti di ricerca e statistica. Si stima inoltre che nel 2045 oltre un terzo della popolazione italiana avrà un'età superiore ai 65 anni. L'invecchiamento è inevitabilmente associato ad un accumulo di patologie croniche da cui deriva un aumento della prevalenza di multimorbilità, di fragilità e disabilità. Tra 20 anni, quindi, ci troveremo di fronte a nuovi bisogni assistenziali e all'incremento del numero di pazienti complessi. Un fenomeno tuttavia ben visibile già oggi.

## **La crisi del SSN e le difficoltà del pronto soccorso**

I risultati dell'indagine sopra riassunti dimostrano inequivocabilmente come i programmi di "revisione della spesa pubblica ad invarianza di servizi per i cittadini" inevitabilmente si siano tradotti in una marcata riduzione dei servizi sanitari offerti ai cittadini, da cui deriva una sanità meno equa, meno pubblica e meno sostenibile, con il contestuale aumento del ricorso al privato.

In tale contesto di riduzione dell'offerta sanitaria, di riduzione del personale e di aumentati bisogni assistenziali che non trovano adeguata risposta, il pronto soccorso diventa catalizzatore delle criticità individuate nel documento della Commissione (sovraffollamento, boarding, svolgimento di compiti assistenziali non propri, aumento dei tempi di attesa, aumento delle aggressioni fisiche e giudiziarie, turni massacranti, aspettative di carriera azzerate, mancato aggiornamento professionale, fuga di personale, ecc).

Lo stato in cui oggi versa il pronto soccorso rappresenta, dunque, solo il sintomo più evidente di una patologia che richiede una cura radicale che non si limiti a trattare il sintomo ma che sia rivolta alla guarigione della malattia. Se non si interviene rafforzando la sanità territoriale garantendole gli strumenti necessari per dare risposte adeguate ai bisogni differibili dei cittadini, aumentando il numero dei posti letto nei reparti ospedalieri e assumendo e ridefinendo gli standard di personale, sarà pressoché impossibile superare l'attuale crisi del pronto soccorso.

Una volta individuate le vere cause (sopra analizzate) da cui dipende l'attuale crisi dei pronto soccorso italiani, la soluzione deve quindi necessariamente passare attraverso azioni dirette alla correzione delle stesse.

## **Proposte per migliorare la situazione dei pronto soccorso in Italia**

Se si intende migliorare la situazione dei pronto soccorso in Italia, CIMO-FESMED ritiene indispensabile:

- 1) Rilanciare l'offerta sanitaria pubblica
- 2) Ridefinire nuovi standard di personale, abbandonando logiche aziendalistiche e limiti di spesa anacronistici
- 3) Riaprire i posti letto che sono stati chiusi revisionando i criteri del DM 70/2015
- 4) Attuare una riforma complessiva del SSN e non tante riforme spaccettate per settori
- 5) Intervenire urgentemente con nuove risorse in assenza delle quali ogni tentativo di riforma sarà destinato al fallimento.

Rilanciare l'offerta sanitaria garantendo l'erogazione di maggiori prestazioni, riaprire almeno una parte dei posti letto che sono stati chiusi e consentire alle aziende di poter assumere più personale sanitario, consentirebbe una maggiore diversificazione dei percorsi sanitari, evitando il doppio collo di bottiglia che si crea in pronto soccorso (tra territorio e accesso al PS e tra pronto soccorso ed accesso ai reparti di degenza) diminuendo fortemente la pressione sul servizio di emergenza.

È auspicabile che ogni proposta di riordino dei servizi di Emergenza sanitaria sia valutata in un contesto più ampio che comprenda tutti i servizi sanitari integrati in filiera, evitando il persistere di compartimenti stagni e silos dove ospedale, territorio e prevenzione non comunicano tra loro.

Si impone pertanto una riflessione sulla opportunità di voler procedere verso una riforma organica del servizio di emergenza-urgenza, avulsa dal contesto generale in cui esso opera, come prospettato nel documento di analisi della Commissione.

In ogni caso, restituire al pronto soccorso la propria mission e riattribuire all'emergenza le proprie funzioni devono rappresentare i principali obiettivi di qualsiasi progetto di riforma che dovrà necessariamente coinvolgere l'intero SSN. Ottenuto il risultato, molti dei fattori distorsivi che incidono oggi sulla efficienza del pronto soccorso andranno incontro a risoluzione spontanea, rendendo residuali le necessità di intervento anche con una riduzione dei costi.

Ciò non esclude la necessità, nell'immediato, di implementare tutti gli interventi di carattere organizzativo e normativo già intrapresi e che CIMO-FESMED sostiene (analogamente ad altri stakeholders) quali: migliorare l'offerta dell'assistenza territoriale; migliorare l'integrazione ospedale-territorio; migliorare l'integrazione socio-sanitaria; favorire il passaggio alla dipendenza dei medici di emergenza territoriale; valorizzare le risorse umane garantendo loro sicurezza, giusta retribuzione e prospettive di carriera; prevenire le aggressioni; riformare il percorso di formazione specialistica post-laurea; riconoscere il lavoro in area critica come usurante; riconoscere un periodo di riposo biologico al personale che opera in emergenza.

A regime si propone di valutare la definizione di un IV LEA dell'intero sistema di emergenza-urgenza con finanziamento dedicato, in aggiunta ai LEA esistenti del dipartimento di prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale.