

Audizione Indagine conoscitiva sulla situazione della Medicina dell’Emergenza-Urgenza e dei Pronto Soccorso in Italia

Onorevole Presidente e Onorevoli membri Commissione,

per prima cosa va il doveroso ringraziamento per l’iniziativa volta alla Medicina d’Emergenza Urgenza italiana e per l’occasione preziosa di questa audizione.

Dichiaro il mio ruolo di direttore di dipartimento di Emergenza Urgenza di un DEA II livello a Roma, Direttore UOC Medicina d’Urgenza e PS, consigliere nazionale della SIMEU, past presidente nazionale SIMEU, consigliere nazionale di Salutequità.

Considerati i 10 minuti a disposizione mi limiterò a una descrizione telegrafica per punti.

- a. Dalla crisi pandemica in poi si registra un **aumento degli accessi di Pronto Soccorso**, in una dimensione destinata a superare i venti milioni di accessi annui. Il **numero assoluto degli accessi al PS** non può essere l’unico criterio per definire
 1. **la complessità clinica e assistenziale** in emergenza urgenza dei pazienti che accedono ai PS
 2. **Il ruolo dell’attività del PS oggi sede di diagnosi e cura**, e non luogo di transito verso l’ospedale come 40 anni fa
 3. **Il ruolo del PS come ammortizzatore delle inefficienze organizzative in ospedale** (dotazione posti letto, degenza media, case mix, ricoveri di elezione, ...) e sul **territorio** (carenze organizzative delle cure primarie, della medicina territoriale, delle post acuzie, dell’ADI, della riabilitazione, dell’hospice domiciliare, ..), con conseguente difficoltà di flusso dei pazienti in entrata ed in uscita dal PS.
- b. È per questi motivi che il concetto di **“sovraffollamento del Pronto Soccorso”** ha necessità di essere spiegato, abbandonando il punto di vista banalmente quantitativo (non è spiegabile semplicisticamente attraverso il numero degli accessi) ed intendendolo invece da un punto di vista qualitativo, che è l’unico che può spiegare l’intensità del lavoro di diagnosi, cura e assistenza che l’attuale condizione del sistema impone ai Pronto Soccorso italiani:
 - a. le **condizioni cliniche a bassa priorità** (i famigerati codici bianchi e parte dei verdi) sono una parte importante degli accessi di Pronto Soccorso: questo accade per la difficoltà della medicina del territorio a fornire risposte a condizioni che non rispondono a criteri di emergenza urgenza ma che, per motivi sia oggettivi che di percezione, hanno comunque necessità di soluzioni rapide ed efficaci. Riteniamo che una parte della

“non urgenza” potrebbe essere gestita, in un sistema virtuoso, al di fuori del Pronto Soccorso, anche se è un errore considerare aprioristicamente inappropriati tutti gli accessi con codice minore.

- b. Il fenomeno del **boarding**, ovvero dell’ indefinita attesa di ricovero ospedaliero in Pronto Soccorso una volta terminata la fase di valutazione e stabilizzazione, è ad oggi la condizione prevalente nei Pronto Soccorso italiani e configura la maggior criticità che affrontiamo quotidianamente, che mette a rischio sia i pazienti che gli operatori sanitari per l’aumento del rischio clinico, del contenzioso e delle aggressioni. Infatti:
 - i. Ritarda la presa in carico del paziente da parte dello specialista competente, producendo, secondo la letteratura internazionale, un incremento significativo della successiva lunghezza del ricovero nonché un incremento del rischio di morbidità e mortalità
 - ii. Obbliga i professionisti della MEU alla gestione di condizioni cliniche che non competono loro per disciplina e specialità
 - iii. Costringe il Pronto Soccorso a creare quelli che definiamo “reparti fantasma” al proprio interno, gestiti da medici e infermieri in un rapporto assistenziale certamente inferiore rispetto agli standard ospedalieri.
 - iv. Impegna non meno del 30% delle risorse umane (medici e infermieri) presenti nelle strutture di MEU, in un contesto generale di ben nota carenza di professionisti.
- c. Si aggiungono a complicare il quadro della “popolazione dei pazienti” dei Pronto Soccorso italiani le **condizioni socio-assistenziali** che trovano nel Pronto Soccorso un’area di obbligata e inappropriata accoglienza in assenza di concrete alternative, così come al problema delle persone affette da patologie o disagio psichico, anch’esse alla ricerca di soluzioni che il sistema non riesce a individuare.
- c. Il **numero degli operatori di Emergenza Urgenza**, insufficiente da anni, continua a diminuire: secondo i dati di SIMEU, 5000 medici sono assenti e necessari nei Pronto Soccorso, mentre il numero degli infermieri certamente non è inferiore ai 10000. Le cause sono molteplici: oltre all’errata programmazione del passato oggi paghiamo il prezzo di un lavoro certamente usurante che non ha eguali per intensità psicologica e fisica, carico di responsabilità, esposizione alla violenza e al contenzioso legale, limitazione della qualità di vita personale e familiare. È per questo che alla carenza storica e strutturale di professionisti si aggiunge una continua fuga che non viene compensata dai nuovi ingressi, determinando un bilancio costantemente negativo e dunque peggiorativo.
- d. In questo discorso si iscrive la questione della cosiddetta “**crisi di vocazione**”, per la quale è ben noto come una gran parte delle borse di specializzazione in MEU resta inevasa da anni, fino alla situazione più recente nel 2023 che registra

il 70% di borse attualmente non assegnate per l'anno che si sta aprendo. Segnale gravissimo che riflette:

- a. La caduta di attrattività che la MEU, specialità medica tra le più affascinanti e coinvolgenti sul piano professionale e umano, subisce a causa delle condizioni di lavoro e di vita personale
- b. La più generale caduta di attrattività dell'intero SSN, viste le percentuali drammaticamente alte di borse non assegnate anche in discipline meno sofferenti della MEU (es.: 50% dell'anestesia e rianimazione, 50% della chirurgia generale, ecc.).

Sulla base di quanto descritto in estrema sintesi, emerge:

- 1) Il rischio di una facile, ma tragica banalizzazione del problema, ovvero dell'abbandono del **modello specialistico dell'Emergenza Urgenza** in favore di un ritorno al passato, ad un sistema nel quale ogni specialista ospedaliero era obbligato a una parte del servizio in Pronto Soccorso. Modello tragico e inattuabile perché:
 - a. La storia della medicina degli ultimi decenni dimostra che la gestione specialistica dell'emergenza migliora significativamente l'esito delle patologie tempo-dipendenti (infarto, ictus, trauma, sepsi, ecc.)
 - b. Pensare di distogliere risorse impegnate in altre discipline si traduce in un danno diretto ai pazienti che di quelle discipline hanno necessità
 - c. Realisticamente, o l'Emergenza Urgenza rappresenta una libera scelta del professionista oppure il "comando" in Pronto Soccorso rappresenterà un'ulteriore causa di fuga dal servizio pubblico.
- 2) È necessario correggere la situazione attraverso **una profonda riforma dell'intero sistema**.

AZIONI SU CAUSE ESTERNE

- a. Potenziamento della medicina del territorio che deve intercettare le istanze di non urgenza che giungono inappropriatamente in Pronto Soccorso: il governo clinico non potrà essere esclusivo della Medicina Generale ma dovrà essere condiviso con i professionisti dell'Emergenza Urgenza, al fine di costruire percorsi e sistemi di benchmarking realistici, concretamente attuabili, ma soprattutto sicuri per il cittadino, per esempio attraverso l'utilizzo della telemedicina, teleconsulto, televisita.
- b. Potenziamento della ricettività delle strutture territoriali (segnatamente ospedali e case di comunità) per la ricezione di pazienti in uscita dal Pronto Soccorso e dall'Ospedale.

- c. Potenziamento degli studi di medicina generale con ausilio di strumentazione (POC point of care, ecografo e elettrocardiografo) per la gestione di sintomatologia clinica minore;
- d. Possibilità di domiciliazione di esami radiologici ed ecografici, nonché ematici per la gestione delle cronicità e sintomatologia minore;
- e. Risoluzione del boarding del PS con attivazione di bed management, holding aree a gestione specialistica (fuori dal PS), discharge room, admission room, cruscotto di monitoraggio posti letto, dimissioni 7 giorni su 7, tempo al ricovero 8 ore (istituzione di LEA “tempo di attesa al ricovero”), disponibilità quotidiana di letti per il PS 7 gg su 7, full capacity protocol con attivazione di posti letto aggiuntivi nei reparti se non vi è la disponibilità quotidiana prevista, risoluzione del boarding come obiettivo aziendale della direzione generale e dei direttori dei reparti di degenza ospedaliera (escluso PS e Medicina d’Urgenza), monitoraggio aziendale e regionale degli indicatori di boarding e delle azioni attuate, strutturazione azioni di risoluzione del boarding nel DM70.

AZIONI SU CAUSE INTERNE

a. **PROTEGGERE ED INVESTIRE NEL FUTURO DELLA SPECIALITA’ E QUINDI PROFESSIONALITA**

- ✓ **Efficientamento** dell’accreditamento delle scuole di specializzazione;
- ✓ **Favorire** la formazione nei PS non universitari (rete formativa);
- ✓ **Cambio** d’inquadramento del medico in formazione specialistica, evolvendo la sua figura da vincitore di borsa di studio universitaria post-laurea a medico in formazione (DMF) assunto con contratto ad hoc incardinato nel CCNL (riforma del D.Lgs. 368 del 1999);
- ✓ **Garanzia**, alla pari del dirigente medico, dei più elementari diritti del lavoro come ferie, malattie, monte ore, straordinari, trasferimenti interscuola, ricongiungimento familiare, congedi;
- ✓ **Indennità** di medico in formazione equiparata ai colleghi medici europei in formazione;
- ✓ **Indennità di esclusività** se intende dedicarsi esclusivamente alla specializzazione, altrimenti è libero di utilizzare il suo tempo al di fuori dell’attività formativa senza nessuna esclusività;
- ✓ **Ottimizzazione** delle incompatibilità e delle equipollenze;
- ✓ **Incremento** delle tutele per i medici contro aggressioni e “crociate giudiziarie”;
- ✓ **Incentivare** l'ingresso nel mondo del lavoro con contratti a tempo indeterminato e non «contratti atipici» per gli specialisti neolaureati.
- ✓ **Programmazione** degli ingressi a Medicina e dei contratti di formazione

b. CONSOLIDARE IL PRESENTE DELLA PROFESSIONE

- **Promozione e Riconoscimento** della professionalità con identità professionale (specializzazione e professionalità maturata nella disciplina)
- **Riconoscimento** dell'Attività stressante/usurante
- **Riconoscimento** di Indennità di rischio
- **Riduzione orario di servizio** (ferie aggiuntive, 4 ore formative settimanali garantite, ..)
- **Possibilità di uscita** dalla disciplina, quando maturati 50-55 anni anagrafici (nelle articolazioni del PNRR)
- **Incentivo economico** fisso di retribuzione
- **Tutela legale**
- **Riconoscimento** degli standard organizzativi per esprimere la professionalità, in un sistema di qualità e sicurezza delle cure in urgenza; gli standard organizzativi e strutturali devono essere rivisti alla luce della complessità clinica e assistenziale dei pazienti in PS, non al solo numero degli accessi (modello Agenas superato), bensì con nuovi indicatori più performanti. Il sottodimensionamento delle risorse professionali è causa di disaffezione alla attività in urgenza. L'**organizzazione** è una leva del cambiamento, nella costruzione di un sistema dell'emergenza urgenza, a partire dalla fase preospedaliera, che preveda l'impiego dei professionisti (medici e infermieri) in entrambe le fasi, fino a quella ospedaliera che preveda PS, OBI, Letti di degenza di terapia semintensiva (codice 94) e letti di ricovero di medicina d'Urgenza (codice 51) nell'ambito di unica unità operativa complessa. Laddove è attuato, questo modello si rivela il migliore non solo per qualità delle cure, ma anche per possibilità di articolazione all'interno dell'ospedale e in conseguenza ottimizzazione delle risorse anche di altre discipline, nonché attenuazione del boarding.
- **Iscrizione a specializzazione** di chi già lavora in Pronto Soccorso, non specialista, continuando a lavorare
- **Riconoscimento di specificità del Pronto Soccorso nell'applicazione della Legge Gelli**, per ridurre il fenomeno della cosiddetta «Medicina Difensiva»

Dott.ssa Maria Pia Ruggieri

Direttore Dipartimento di Emergenza e accettazione-DEA II livello AOSGA Roma

Direttore UOC Medicina d'Urgenza e PS