Egregi Deputati,

apprezzando l’impegno del legislatore nell’aver emanato nuove norme al fine di migliorare la qualità del lavoro nel settore dell’Emergenza-Urgenza, nonché l’impegno di questa Commissione a svolgere un’indagine conoscitiva, presentiamo alcune proposte per provvedimenti urgenti. Riteniamo che tali misure debbano intendersi in modo integrato, laddove l’una non può escludere l’altra. Ulteriori proposte sono contenute nel nostro documento allegato, per una ridefinizione di tutte le tutele necessarie a una revisione del sistema Emergenza-Urgenza.

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 garantirne 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 (PS) sono veri e propri stakeholder nel SSN, gestendo ogni anno almeno 21 milioni di accessi e relative prestazioni (dati 2019 stabili dal 2013) con un numero di pazienti visitati per medico stimato a 4000/anno, prestazioni che in gran parte non sarebbero neppure di loro competenza. Deve pertanto essere previsto un adeguato impegno organizzativo ed economico anche da parte delle singole aziende. Il ricorso al PS è infatti sempre più sbilanciato verso problematiche “minori”,  a bassa intensità di cura (80% circa), incluso il 25-35% di accessi inappropriati, evidenziando come il PS rappresenti sempre di più in modo improprio la sede dove poter comunque ottenere ogni tipo di risposta, con una pressante richiesta assistenziale che si riflette anche sull’allungamento dei tempi di attesa e sul sovraffollamento.

Inoltre, in termini di disagio, nel PS va considerata la costante concomitanza di numerosi elementi sfavorenti: elevata presenza di stress lavoro correlato e burnout – 40% – superiore alle altre categorie in ambito sanitario; rischio infettivologico; orario costituito da oltre il 50% da turni notturni e festivi;  frequente presenza di turni di 12 ore; elevata prevalenza di violenze e aggressioni; elevato contenzioso medico-legale; incremento carichi di lavoro per carenza di medici e di dimissioni; lavoro in spazi inadeguati per obsolescenza, inadeguatezza, mancato ammodernamento e sovraffollamento, quest’ultimo aggravato dal taglio di 80000 posti letto negli ultimi dieci anni, e con una media di posti letti per 1000 abitanti pari a 3,5 rispetto alla media europea di 5 (superiore a 7 in Germania).

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 in “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.

**A. ORGANIZZAZIONE E RIDUZIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO**
• Riduzione dei carichi di lavoro e accessi codici minori: la delocalizzazione dal PS di problematiche a bassa intensità è assolutamente prioritaria. A tal fine sono fondamentali: 1) il potenziamento della medicina territoriale con una riorganizzazione della medicina di prossimità fornendo strumenti diagnostici e terapeutici di primo livello; 2) un’omogenea e completa applicazione dei percorsi fast-track per problematiche monospecialistiche, contro un’applicazione difforme nelle varie Aziende. Si devono infatti realizzare per i PS 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 PS.
• Eliminazione del boarding: deve essere garantito un incremento dei posti letto, calcolato secondo dati storici al fine di mantenere un tasso di occupazione inferiore all’85% nelle seguenti aree: area medica inclusa la Medicina d’Urgenza, lungodegenza, e con incremento dei reparti di Medicina d’Urgenza e di unità semintensive. Fondamentali sono l’adozione di un protocollo nazionale sulla gestione dei ricoveri da PS e l’adozione di modelli di calcolo come già sperimentato in più Regioni, basati sui dati storici dei ricoveri, con ricovero diretto dal PS ed assegnazione prestabilita di posti letto.

**B. INCREMENTO DI RISORSE E TUTELE ECONOMICHE**
1. Incremento risorse INAIL e indennità di Pronto Soccorso: l’introduzione con la Legge 234 del 30.12.2021 (legge di bilancio) dell’indennità di Pronto Soccorso con 27 milioni di euro/anno è stata declinata nella preintesa sul nuovo CCNL 2019-21. Corrispondente a circa 1 euro/h di servizio prestato (circa 100 euro netti al mese), necessita di un’immediata integrazione col previsto incremento di 60 milioni/anno, e non deve essere vincolato al rinnovo del CCNL: tali risorse devono essere immediatamente fruibili. Tuttavia, l’indennità viene purtroppo penalizzata dal recente parallelo decremento delle risorse per il pagamento delle attività di certificazione INAIL obbligatorie. L'articolo 1, comma 526 e segg. della legge 30 dicembre 2018, n. 145 ha infatti 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 è necessario: incrementare le risorse di almeno 11 milioni di euro annui; abolire gli oneri fiscali accessori come l’IRAP; prevedere un incremento annuale (non biennale) e senza limite percentuale. Attualmente non vi è alcun reale ristoro economico, poiché per effetto delle suddette modifiche legislative il risultato netto in busta paga è che lo stipendio complessivo non cambia.
2. Introduzione dell’indennità rischio biologico: era stata già proposta e presentata nel 2020 e 2021 da alcuni parlamentari dall’attuale maggioranza di governo, ma senza esito positivo. La pandemia ha confermato quanto il PS e il 118 siano contesti a maggiore rischio ambientale (biologico e chimico) rappresentando il primo interfaccia col territorio.
3. Riposo biologico: ai fini del ristoro per le numerose tipologie di disagio subite va riconosciuto ai medici di PS e 118 un riposo biologico di almeno 10 gg/anno da fruirsi continuativamente e obbligatoriamente in corso d’anno.
4. Compensi per attività aggiuntive: va abolito il termine “fino a” dell’art. 11 comma 1 del DL 30 marzo 2023, n. 34, convertito in legge 26 maggio 2023, n. 56, sostituendolo con “almeno a” per rendere uniforme la garanzia sull’incremento della retribuzione delle quote orarie a 100 euro/h. A tale incremento, che deve restare permanente, deve corrispondere un incremento complessivo di risorse aggiuntive a livello regionale e aziendale, evitando – come accade – che a un maggiore importo pagato corrisponda un minor numero di ore retribuite vigendo l’invarianza di spesa.
5. Inadeguatezza spazi di lavoro: nell’ambito del PNRR, mission M6 Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” (Decreto del Ministero della Salute del 20.1.22) devono essere aggiunte risorse per l’adeguamento e ampliamento degli spazi nei PS, inadeguati e obsoleti. La nota del Garante della Privacy dello scorso gennaio 2023 sulla tutela dei dati personali e della dignità in ambito sanitario ha del resto evidenziato quanto “le condizioni con cui operano i professionisti sanitari, specie nei pronto soccorso, caratterizzate dalla mancanza di spazi adeguati e di risorse organizzative e umane, non può costituire un ostacolo al pieno rispetto dei diritti fondamentali dell’individuo specie in un contesto come quello sanitario in cui le fragilità sono più evidenti”.

**C. RISORSE UMANE**
1. Concorsi: va ridefinita l’art.12 comma 1 DL 30 marzo 2023, n. 34, garantendo invece la possibilità per chi abbia già lavorato nei PS o 118 di partecipare ai concorsi per la dirigenza nella disciplina “Medicina e Chirurgia d’Accettazione ed Urgenza” solo se col vincolo di occupare un posto in specialità MEU. 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.
2. Cooperative: il problema delle cooperative nel SSN va abolito in radice, prevedendo che nel SSN il rapporto contrattuale tra datore di lavoro e professionista della salute deve essere individuale, senza intermediari. Deve inoltre essere eliminata la preclusione all’accesso ai concorsi agli specialisti che hanno lavorato nelle cooperative, di fatto privando un sistema già carente dei suoi professionisti. Va pertanto ridefinito l’art. 10 del DL 30 marzo 2023, n. 34.
3. Vanno applicati i criteri introdotti dalla legge 27 dicembre 2017 n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) articolo 1, comma 170 sulla quantificazione dei turni notturni di 12 ore ai fini 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 del SSN nel ridefinire anche il concetto di “ciclo produttivo”.
4. Sulla sicurezza sono necessari:
1) il riconoscimento del ruolo del dirigente del SSN come pubblico ufficiale e garanzia sulle pene erogate;
2) uno “scudo penale” per i professionisti della salute in relazione a procedimenti giudiziari a fronte di un ingiustificato contenzioso medico-legale;
3) affissioni in tutte le strutture del SSN di avvisi sui rischi penali in caso di aggressione fisica o verbale al personale SSN;
4) misure di tutela e repressione estese anche nei confronti dell’Azienda del SSN in quanto istituzione pubblica sede della violazione.
5. Deve essere introdotto l’obbligo di indagini annuali sul burnout e lo stress lavoro-correlato in ogni Azienda con adozione di provvedimenti conseguenti.

**D. RELAZIONI CON ISTITUZIONI E ALTRI SOGGETTI**
1. Tavolo di lavoro permanente sul Pronto Soccorso e il sistema emergenza-urgenza con le OOSS presso il in Ministero della Salute e le Regioni, per elaborare disposizioni comuni e omogenee e condividere esperienze risultate positive ed efficaci, proporre provvedimenti legislativi.
2. Campagna di comunicazione con una pubblicità progresso e iniziative di educazione a livello nazionale e regionale sul ruolo e il significato del PS e contro le violenze sugli operatori sanitari.
3. Università e formazione: 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.

***Mirko Schipilliti
Coordinatore Commissione Nazionale Emergenza Urgenza ANAAO ASSOMED***