

RELAZIONE COMMISSIONE NAZIONALE EMERGENZA-URGENZA ANAAO ASSOMED **Direzione Nazionale 17 marzo 2023**

PREMESSA

Sono ormai note da molti anni e sempre di più, con particolare enfasi fra i media, le problematiche dei Pronto Soccorso e del sistema emergenza-urgenza in Italia, problemi in parte diffusi a livello internazionale ma in Italia sempre più concatenati a crescenti carenze del SSN sia in termini di risorse umane – per il cronicizzato deficit nei fabbisogni di personale specialista – sia economiche che di servizi. Ad aggravare tale cronicizzazione si sono aggiunti la recente pandemia, i ritardi nei rinnovi del CCNL, la mancata o incompleta applicazione dei CCNL vigenti, la “deregulation” legata ai diversi sistemi sanitari regionali con una disomogenea e carente applicazione di soluzioni e interventi unita alla corsa al recupero di prestazioni, l’incremento degli abbandoni del SSN da parte di specialisti, le ridotte iscrizioni alle scuole di specializzazione in Medicina d’Urgenza, la scarsa disponibilità di spazi di lavoro adeguati, la crescente privatizzazione dei servizi. 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 essere ridotto banalmente a un eccesso o incremento di richieste di prestazioni da parte dei cittadini. Il Pronto Soccorso ha tre caratteristiche peculiari rispetto a tutte le altre aree del SSN:

1. è l’area di confine tra sistema ospedaliero e territoriale, dove pertanto: a) si evidenziano ed acquiscono le carenze delle due componenti, per cui il PS ne risulta essere un indicatore indiretto di qualità dei servizi; b) risponde alla pressione della domanda di salute dei cittadini e subisce le carenze delle risposte in termini di posti letto e liste di attesa; c) rappresenta un sistema “sentinella” in relazione a qualsiasi forma di emergenza o di nuova noxa patogena.

2. registra un elevatissimo flusso di pazienti, con 21 milioni di accessi nel 2019 e un numero di pazienti visitati all’anno per medico stimato a 4000 casi; un ricorso al Pronto Soccorso sempre più sbilanciato verso problematiche “minori” ovvero 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 sempre e comunque ottenere ogni tipo di risposta, con una pressante richiesta assistenziale che si riflette anche sull’allungamento dei tempi di attesa e sul sovraffollamento.

3. è l’area a maggior turnover di medici e simultaneamente col maggior numero di soluzioni contrattuali possibili in termini di precariato.

Inoltre, in termini di disagio, nel Pronto Soccorso va considerata la concomitanza di numerosi elementi sfavorevoli in costante overlap (elevata presenza di stress lavoro correlato e burnout, superiore alle altre categorie in ambito sanitario, con lo sviluppo di malattie correlate; 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 nei PS e di dimissioni; lavoro in spazi inadeguati per obsolescenza, inadeguatezza, mancato ammodernamento e sovraffollamento).

Attualmente è stato raggiunto un vero e proprio “punto critico”, in cui il sistema emergenza-urgenza e il Pronto Soccorso sono al collasso nonostante l’abnegazione e la dedizione costanti di tutto il personale, un sistema che non può più sopportare un lavoro in “isorisorse”. Da sempre la nostra associazione ha regolarmente denunciato ogni tipo di carenza nell’emergenza-urgenza e si è sempre opposta a posizioni corporative, nel rivestire un ruolo “generalista” di punta a tutela di tutto il sistema della dirigenza sanitaria medica e non

medica, anche in quanto sigla maggiormente rappresentativa in termini di deleghe, sia a livello nazionale che decentrato. È quindi indispensabile ragionare come sistema Emergenza-Urgenza trattando di “medici d'emergenza-urgenza” più che di “pronto soccorso”, anche nell’ottica di un necessario riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero dell'emergenza-urgenza.

Un intervento di miglioramento e riforma del sistema emergenza-urgenza deve inoltre operare nella concreta consapevolezza che non è possibile una soluzione agendo su un solo fattore, ma solo attraverso un’azione simultanea su numerosi elementi concatenati e interagenti fra loro.

Siamo del resto consapevoli che i soli incentivi economici per quanto necessari sarebbero 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 dal SSN di personale "senior".

Infine, risulta fondamentale un costante e costruttivo confronto a livello ministeriale e nelle singole Regioni, per rendere tempestivo ogni tipo di intervento migliorativo, per giungere a un risultato quanto meno sostenibile, combattere il precariato, riscoprire il valore dell’ospedale come comunità di professionisti.

PROPOSTE DELLA COMMISSIONE

È indispensabile e non più procrastinabile **una legge nazionale sul sistema emergenza-urgenza**. Da un lato sono necessari specifici provvedimenti legislativi, dall’altro provvedimenti legislativi di impatto su tutta la dirigenza oltre che garanzie sull’applicazione di ogni norma.

L’intervento straordinario ai fini di **garantire la sostenibilità del sistema** deve ridefinire:

- a) risorse umane;
- b) risorse economiche;
- c) organizzazione, spazi e tutele;
- d) relazioni con soggetti e istituzioni.

A. RISORSE UMANE

1. Incremento personale di PS e riassorbimento medici 118 nella dirigenza. L’impianto normativo consente la possibilità per chi abbia lavorato almeno 4 anni nei PS o 118 di partecipare ai concorsi per la dirigenza col vincolo di occupare un posto in specialità MEU. Legare i professionisti al SSN facendoli rientrare nella dirigenza sottraendoli all’incognita del sistema privatistico nell’ottica di un sistema unico PS-118 è un’ulteriore priorità.
2. Assunzione regolare di medici specializzandi con “Decreto Calabria” senza scadenze e definizione effettiva del ruolo dei medici specializzandi invece non assunti e dei tirocinanti nei PS; modello organizzativo con “senior consultant”.
3. Stabile possibilità dei medici specializzandi anche con specialità equipollenti alla Medicina d’Emergenza Urgenza di svolgere turni retribuiti in Pronto Soccorso
4. Stabilire che nel SSN il rapporto contrattuale tra datore di lavoro e professionista della salute deve essere individuale, senza intermediari, abolendo così il ricorso a esternalizzazioni con cooperative di servizi.
5. Assegnazione dei medici d'emergenza nei Pronto Soccorso dai Punti di primo intervento di ospedali delocalizzati, riconducendo invece i PPI alle cure primarie.
6. Riconoscimento del riposo biologico di almeno 10 gg/anno da fruirsi continuativamente e obbligatoriamente in corso d’anno.

7. Riconoscimento del lavoro in emergenza-urgenza come lavoro usurante/gravoso e rivalutazione dei coefficienti per la quantificazione dei turni notturni di 12 ore ai fini del raggiungimento del numero di turni annui previsti per l'accesso anticipato al pensionamento; prevedere benefici pensionistici anticipati.
8. Valorizzazione delle carriere nell'ambito della graduazione degli incarichi
9. Garanzia sul tempo per la formazione e l'aggiornamento professionale
10. Revisione delle tabelle di equipollenza
11. Possibilità di trasferimento interno dal sistema di emergenza in altra area senza obbligo di concorso
12. Elaborazione di standard di legge per il fabbisogno minimo di personale non procrastinabili.

B. RISORSE ECONOMICHE

1. Incrementare l'indennità di Pronto Soccorso per la Dirigenza e modificare le modalità di assegnazione.
2. Incremento delle risorse INAIL e abolizione dei relativi oneri fiscali accessori.
3. Prevenzione della "fuga" dei medici d'emergenza dagli ospedali "spoke" con un'indennità per "aree disagiate"
4. Introduzione di un'indennità rischio di biologico/chimico per la dirigenza medica e sanitaria.
5. Compensi per tutoraggio
6. Incremento compenso per orario aggiuntivo, omogeneo a livello nazionale
7. Incremento del 10% del montante contributivo per ogni anno di attività prestata nei servizi di Emergenza Urgenza
8. Importo omogeneo orario a livello nazionale per eventuali forme contrattuali a termine non subordinati ove non evitabili a medici specialisti, e comunque inferiore a quello della dirigenza.

C. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE PS-OSPEDALE-TERRITORIO E TUTELE

Agire sull'efficienza del sistema piuttosto che sulla capacità del personale di lavorare sempre più velocemente, può portare a benefici molto maggiori in termini di umanizzazione delle cure, outcome clinico, riduzione delle complicanze, di tempo e risorse risparmiate, e riducendo la pressione fisica e psicologica sul personale. Tre sono gli aspetti di disfunzione maggiormente emersi dall'analisi delle problematiche organizzative dell'attuale sistema assistenziale emergenza-urgenza: 1) la carenza dell'adozione di misure organizzative omogenee a livello nazionale ; 2) l'incapacità di delocalizzare dal pronto soccorso fisicamente in altri spazi e con altro personale la mole indicibile di carico assistenziale inappropriato; 3) fenomeni causati o acuiti da una cattiva organizzazione o in grado di alterare il sistema organizzativo (insufficiente responsabilizzazione del contesto organizzativo sul rischio clinico, contro un clima di pressione e paura focalizzato sulla responsabilità meramente individuale; la "costrittività organizzativa", tutti gli atti e le azioni che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto, in grado di produrre danni psicofisici; l'elevata prevalenza di burnout). Le azioni necessarie devono intervenire su:

1. Ridefinizione posti letto ospedalieri, criteri di allocazione ricoveri e piani di dimissione per eliminare il problema del "boarding": fondamentale l'incremento dei posti letto in specifiche aree (calcolato secondo dati storici al fine di mantenere un tasso di

occupazione inferiore all'85%), miglioramento della disponibilità di posti letto esistenti per nuovi ricoveri acuti attraverso specifiche metodologie e istruzioni operative (anche con modelli di calcolo, protocolli per gli "appoggi", creazione di una "rete di posti letto", visual hospital), aree specifiche per pazienti da ricoverare ("Admission room"), aree di dimissione dai reparti (Discharge room), Bed manager, omogeneità delle dimissioni in tutti i giorni della settimana, telemonitoraggio e televisita nella fase precoce di dimissione, agire sui livelli diversi di medicalizzazione del sistema ospedaliero, potenziamento degli Ospedali di comunità ed RSA, specifici "team" 118 in grado di trattare il paziente sul posto, potenziamento rete cure palliative.

2. Va ridefinita la gestione delle problematiche a bassa priorità/codici minori con rigorosa applicazione dei fast-track e istituzione di specifici percorsi gestionali di cui potenziare il filtro.
3. Adeguamento urgente degli spazi di lavoro e loro implementazione nei Pronto Soccorso, attualmente inadeguati: il miglioramento dell'organizzazione del Pronto Soccorso e dell'ospedale si basa anche sull'organizzazione spaziale architettonica e l'organizzazione dei flussi. Nonostante il DL n.34/2020 il PNRR, mission M6 abbiano stanziato risorse per adeguamenti strutturali, risulta anacronistico e inadeguato che non vi siano altrettante risorse per il miglioramento degli spazi di lavoro in sanità, evidenziando invece carenze che aggravano il disagio lavorativo, dalla necessità di separazione aree e percorsi sporco/pulito, alle sale di attesa e alle aree di triage, gli ambulatori per consulenze e le aree di monitoraggio telemetrico, strutture e tutele della sicurezza degli operatori da atti di violenza e aggressioni da parte dell'utenza.
4. Sicurezza contro violenze e aggressioni, rapporti con l'utenza e responsabilità penali: urgente stanziamento di specifici finanziamenti, oltre che misure di tutela e repressione che devono essere estese anche alla struttura in quanto istituzione pubblica oltre alle misure da adottare che incidano sulla logistica e l'organizzazione della vigilanza e degli interventi. Indispensabile ridefinizione dell'URP nel SSN affinché non si alimenti da un lato un clima di sfiducia e disprezzo verso i professionisti, dall'altro di oppressione negli ambienti di lavoro. Indispensabile anche il riconoscimento del ruolo del medico dirigente come pubblico ufficiale con la garanzia sulle pene erogate; necessario uno "scudo penale" per i professionisti della salute in relazione a procedimenti giudiziari per malpractice.
5. Numerosi sono gli aspetti inerenti la gestione del sistema territoriale, in cui considerare la rapida definizione delle risorse umane nelle Case di Comunità istituite dal DM 77/2022 ma anche l'interscambiabilità e rotazione del personale sanitario territorio/ospedale con presupposto di dipendenza da SSN, non avallando il doppio incarico lavorando in PS e simultaneamente servizio 118 nello stesso turno, insieme ad altre contestuali necessità e garanzie fra cui quelle sulle centrali 118 e i tempi di intervento.
6. Il Ruolo della Guardia medica deve essere potenziato affinché possa essere destinata all'intercettazione delle basse intensità e dei percorsi inappropriati per il PS, nonché per le patologie croniche. Fondamentale l'istituzione di un'autentica comunicazione coi MMG ai fini di una migliore gestione delle problematiche dei pazienti loro in carico, anche in relazione alla crisi nel numero di MMG (tavoli di lavoro e confronto decentrato, protocolli e percorsi per consulenze).
7. Obbligo di indagini annuali sul burnout in ogni Azienda ed adozione di provvedimenti conseguenti.

D. RELAZIONI CON ISTITUZIONI E ALTRI SOGGETTI

Vanno infine quanto prima definiti: 1) l'istituzione di un tavolo di lavoro permanente sul Pronto Soccorso e il sistema emergenza-urgenza con le OOSS presso il Ministero della Salute e le Regioni; 2) una campagna di comunicazione ed educazione a livello nazionale e regionale sul ruolo e il significato del PS e contro la violenza sugli operatori sanitari; 3) la partecipazione diretta ai programmi formativi delle scuole di specializzazione in quanto tutor ospedalieri, onde evitare che i percorsi formativi restino in mano a figure avulse dal mondo della professione; 3) definire il ruolo delle società scientifiche e il loro rapporto con le OOSS nel chiarire evidenze sul disagio, che cosa deve e non deve essere competenza del PS e dell'emergenza-urgenza, non potendo agire sul piano giuridico, lavorativo e sindacale.

Emerge complessivamente che: 1) l'intervento sul sistema emergenza-urgenza rappresenta attualmente una priorità assoluta per garantirne la sostenibilità, per l'organizzazione del sistema ospedaliero e per tutelare il benessere lavorativo della dirigenza; 2) sono indispensabili provvedimenti legislativi specifici; 3) è indispensabile agire su più fattori e disfunzioni simultaneamente; 4) devono essere adottati provvedimenti per tutta la dirigenza.

INTRODUZIONE

Sono ormai note da molti anni e sempre di più, con particolare enfasi fra i media, le problematiche del Pronto Soccorso (PS) e del sistema emergenza-urgenza in Italia, problemi in parte diffusi a livello internazionale (come il "sovraffollamento") ma in Italia sempre più concatenati a crescenti carenze del SSN sia in termini di risorse umane – per il cronicizzato deficit nei fabbisogni di personale specialista – sia economiche che di servizi. Ad aggravare tale cronicizzazione si sono aggiunti la recente pandemia, i ritardi nei rinnovi del CCNL, la mancata o incompleta applicazione dei CCNL vigenti, la "deregulation" legata ai diversi sistemi sanitari regionali con una disomogenea e carente applicazione di soluzioni e interventi unita alla corsa al recupero di prestazioni, l'incremento degli abbandoni del SSN da parte di specialisti, le ridotte iscrizioni alle scuole di specializzazione in Medicina d'Urgenza, la scarsa disponibilità di spazi di lavoro adeguati, la crescente privatizzazione dei servizi. 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 essere ridotto banalmente a un eccesso o incremento di richieste di prestazioni da parte dei cittadini.

In Italia sono presenti 631 dipartimenti di emergenza o pronto soccorso, di cui 291 PS, 239 DEA di I livello, 101 DEA di II livello, con un totale di 12000 medici in servizio nel sistema emergenza-urgenza, con 5800 medici solo reparti dei PS (dato SIMEU 2018).

Il Pronto Soccorso ha tre caratteristiche peculiari rispetto a tutte le altre aree del SSN:

1. è l'area di confine tra sistema ospedaliero e territoriale, dove pertanto:

- a) si evidenziano ed acquiscono le carenze delle due componenti, per cui il PS ne risulta essere un indicatore indiretto di qualità dei servizi;
- b) risponde alla pressione della domanda di salute dei cittadini e subisce le carenze delle risposte in termini di posti letto e liste di attesa;

c) rappresenta un sistema “sentinella” in relazione a qualsiasi forma di emergenza o di nuova noxa patogena, la pandemia lo ha ben rappresentato (il primo caso COVID è passato in un PS)

2. per quanto il numero di medici dei Pronto Soccorso e del sistema emergenza-urgenza sia una parte minore rispetto a tutti gli altri, l’elevatissimo flusso di pazienti regolarmente in visita in tutti i Pronto Soccorso, con **21 milioni di accessi nel 2019** (pre-covid, dati AGENAS) e un numero di pazienti visitati all’anno per medico già stimato a 4000 casi (dati SIMEU), rappresenta un volume assistenziale enorme rispetto a quello di qualsiasi altra area presa singolarmente, un carico di lavoro e responsabilità unico, di peso rilevante ed emblematico, sia dal punto di vista del rischio clinico che della sicurezza dei lavoratori sotto ogni profilo, e che attualmente si sta rivelando insostenibile.

3. è l’area a maggior turnover di medici e simultaneamente col maggior numero di soluzioni contrattuali possibili in termini di precariato, incluso il ricorso a sempre più frequenti, cronici e non occasionali appalti a cooperative di servizi fino a esternalizzare interi PPI e Pronto Soccorso, col risultato finale che nessuno ha reale interesse a controllare la qualità dei servizi erogati e dove tutto è lecito.

Inoltre, in termini di **disagio** nel Pronto Soccorso, va considerata la concomitanza dei seguenti elementi sfavorevoli in costante overlap, le cui conseguenze si riflettono sia sulla salute dei professionisti che sulla gestione e sostenibilità del sistema, rendendo meno attrattiva la professione stessa (fuga del personale e soprattutto dei giovani, posti di specializzazione MEU vacanti, carenze di risorse umane con ricorso ad appalti e anomale forme di reclutamento, perdita di qualità nei servizi):

- elevata presenza di stress lavoro correlato e burnout, con una prevalenza del 40% di *burnout* nei medici d’emergenza (dati pre-pandemia), maggiormente a rischio rispetto alle altre categorie in ambito sanitario, livelli peggiorati dopo la pandemia. È inoltre documentata la correlazione tra depressione, turbe del sonno, *burnout* ed errore medico e sicurezza del paziente. Contribuiscono all’elevato livello di *burnout* la necessità di lavorare di notte, nei fine settimana e durante i periodi di ferie.
- rischio di malattie professionali, soprattutto legate a stress lavoro correlato, *burnout*, lavoro notturno, violenze. Le aggressioni predispongono a conseguenze individuali rappresentate dallo sviluppo di ansia, depressione con disaffezionamento lavorativo, vere e proprie malattie psicosociali come evidenziato dalla *European Statistic of Accident at Work*, codice 83 (Violenza da persone esterne all’azienda) per violenze sia di tipo fisico che di tipo psicologico, tecnopatie “non tabellate” che possono essere riconosciute dall’INAIL.
- elevata prevalenza di violenze e aggressioni (77% dei casi di violenza/aggressione anche verbale), al secondo posto dopo gli psichiatri (86%), secondo i dati ANAAO del 2020.
- rischio infettivologico, in quanto primo interfaccia col territorio
- l’unica categoria dove l’orario lavorativo è principalmente oramai costituito per oltre il 50% da turni notturni e festivi; si aggiunge la frequente presenza di turni di 12 ore.
- maggiore contenzioso medico-legale insieme ad altre categorie (Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Generale, Ortopedia). Ciò comporta anche un conseguente aumento dei costi con maggiore impiego di indagini e diagnostica da “medicina difensiva”.

- incremento carichi di lavoro per carenza di medici nei PS e 118 (stimata a 4200), e dimissioni di medici dai PS, circa 600 solo nel 2022 (dati SIMEU).
- Lavoro in spazi inadeguati per obsolescenza, inadeguatezza, mancato ammodernamento, sovraffollamento.

Dal punto di vista assistenziale va sempre considerato che il sistema di attribuzione dei codici di triage, evidenzia un ricorso al Pronto Soccorso sempre più sbilanciato verso **problematiche “minori” ovvero a bassa intensità di cura**, che per il loro elevato numero richiedono una quota di lavoro enorme in termini di risorse economiche e umane (personale e tempo) essendo i codici rossi e gialli la netta minoranza degli accessi, rispettivamente 2% e 22% nel 2019 (era pre-covid, dati AGENAS).

Come è infatti ormai noto anche a livello internazionale, l'80 % circa degli accessi in Pronto Soccorso viene dimesso, fino al 60% dei pazienti che si recano in Pronto Soccorso presenta patologie non urgenti, il 20% degli accessi ha un problema prevalentemente assistenziale/sociale, e complessivamente in Italia il 25-35% degli accessi risulta inappropriato (dati SIMEU), ovvero casi che non avrebbero nemmeno dovuto presentarsi in PS, una condizione che perdura con impatto crescente, almeno il 20% a livello internazionale. Le motivazioni principali alla base degli **accessi inappropriati** sono sei:

1. Ridotto/limitato/ritardato accesso a servizi assistenziali ambulatoriali/specialistici (tempi di attesa)
2. Limitazioni di accesso alla visita presso il proprio medico curante (orari, prenotazioni)
3. Invio in PS dei pazienti da parte di medici curanti e guardia medica (medicina difensiva, incapacità di rispondere alle richieste)
4. Bisogno di rassicurazione per il paziente. Il PS offre immediata rassicurazione al paziente sulle proprie condizioni di salute.
5. Mancanza di disponibilità del medico di base di fiducia di notte e nei festivi. Il PS offre assistenza immediata in ogni fascia oraria.
6. Obbligo medico-legale della struttura ospedaliera di accettare in Pronto Soccorso qualsiasi tipo di sintomatologia.

Le problematiche più frequentemente coinvolte per bassa intensità sono le seguenti:

- patologie urologiche
- patologie oculistiche (congiuntiviti)
- patologie ORL (otiti, faringiti)
- cefalea cronica
- traumi minori delle estremità
- patologie dermatologiche

L'elevato numero di codici minori rappresenta una pressante richiesta assistenziale che si riflette anche sull'allungamento dei **tempi di attesa**: nel 2020 – pur considerando un minor numero di accessi dovuto ai lockdown – l'attesa media per un codice verde è stata di 4 ore, con un minimo di 2 ore e 40 minuti (Trentino Alto Adige) fino a un massimo di 6 ore (Piemonte).

Tali condizioni evidenziano quanto il Pronto Soccorso rappresenti sempre di più in modo improprio per il cittadino la sede dove poter **ottenere ogni tipo di risposta**, ad ogni ora e nei tempi più rapidi possibili, spesso la prima risposta, e dove l'enorme mole di problematiche minori inficia di fatto la mission del Pronto Soccorso deputato a prevenire la morte e

l'invalidità permanente, contribuendo a sviluppare nei medici disaffezionamento professionale per sensazione di demansionamento rispetto alla mission.

Attualmente è stato **raggiunto un vero e proprio "punto critico"**, in cui il sistema emergenza urgenza e il Pronto Soccorso sono al collasso nonostante l'abnegazione e la dedizione costanti di tutto il personale, non essendo più in grado di sostenere tutte le richieste dei cittadini e di garantire una umanizzazione delle cure, **un sistema che non può nemmeno più sopportare un lavoro in "isorisorse"**. In tal senso aver ridotto nelle ultime linee guida ministeriali a un "temporario" ripartito fra codici triage gli interventi per migliorare il sovraffollamento in PS risulta quanto meno insufficiente se non ridicolo.

In questi ultimi anni il taglio dei posti letto ospedalieri, la mancanza di cure intermedie e di strutture di post-acuzie, la fragilità della rete sociale, l'invecchiamento della popolazione con pluripatologie, la riacutizzazione delle malattie croniche, il COVID e i conseguenti doppi percorsi (sporco/pulito), hanno determinato l'insorgenza e l'instaurarsi di una situazione di sovraffollamento cronico e ingravescente che è esplosa senza controlli, senza regole e senza criteri. I dipartimenti di emergenza di tutta Italia sono congesti, stipati, riempiti di barelle in ogni angolo, corridoio e stanza possibile immaginabile, situazioni fuori controllo, senza sicurezza per i pazienti e per gli operatori.

La recente nota del Garante della Privacy (gennaio 2023) sulla tutela dei dati personali e della dignità in ambito sanitario è un ulteriore ed emblematico segnale negativo su come ogni ambito del "sistema" sia stato oramai profondamente toccato dal disagio, sintetizzando il livello critico raggiunto: *"le condizioni con cui operano i professionisti sanitari, specie nel 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"*.

Da sempre la nostra associazione ha regolarmente denunciato ogni tipo di carenza nell'emergenza-urgenza e ha regolarmente presentato critiche e proposte di rinnovamento attraverso questa Commissione.

In tal senso ANAAO ASSOMED si è sempre opposta a posizioni corporative, nel rivestire un ruolo "generalista" di punta a tutela di tutto il sistema della dirigenza sanitaria medica e non medica, anche in quanto sigla maggiormente rappresentativa in termini di deleghe, sia a livello nazionale che decentrato. È quindi indispensabile ragionare come sistema Emergenza-Urgenza trattando di "medici d'emergenza-urgenza" più che di "pronto soccorso", anche nell'ottica di un necessario riordino del sistema preospedaliero e ospedaliero dell'emergenza-urgenza. Destano del resto profonda preoccupazione alcuni tentativi di riforma, persino con l'avallo di alcuni direttori generali, o maldestre azioni politico-sindacali da parte di soggetti che nulla hanno a che vedere con questo ruolo.

Un intervento di miglioramento, riforma e revisione del sistema emergenza-urgenza è pertanto prioritario, e deve inoltre operare nella concreta consapevolezza che **non è possibile una soluzione agendo su un solo fattore, ma solo attraverso un'azione simultanea su numerosi elementi concatenati e interagenti fra loro**.

Siamo del resto consapevoli che i soli incentivi economici per quanto necessari sarebbero da soli insufficienti ad attirare nuovi specialisti e specializzandi in un sistema carente sul piano gestionale e di carriera e – più preoccupante ancora – ad arginare **l'attuale emorragia dal SSN di personale "senior"** – esperto e qualificato – che rappresenta la struttura portante dei servizi, garantisce l'operatività ordinaria, consente di assorbire e impiegare in modo

sicuro e produttivo anche medici meno esperti e preparati e rappresenta inoltre l'unico strumento di continuità e formazione. Solo nel 2021 ben 2886 medici (il 39% in più rispetto al 2020) ha lasciato la dipendenza dal SSN, soprattutto urgentisti, internisti e chirurghi.

Infine, risulta fondamentale un costante e costruttivo confronto a livello ministeriale e nelle singole Regioni, per rendere tempestivo ogni tipo di intervento migliorativo, ma è indispensabile agire con un intervento straordinario su più fattori simultaneamente e dal punto di vista sindacale in modo organico e globale verso tutti gli attori e le componenti del sistema, per **giungere a un risultato quanto meno sostenibile**.

È altresì doveroso combattere il precariato che resta peraltro escluso da un vero inserimento in equipe, e riscoprire il valore dell'ospedale come comunità di professionisti. Un Pronto Soccorso in buona salute avvantaggia tutto l'ospedale e rimane un buon indicatore di qualità assistenziale del territorio.

Proposte della Commissione

È **prioritaria**, indispensabile e non più procrastinabile **una legge nazionale sul sistema emergenza-urgenza** o comunque specifici provvedimenti legislativi, che affronti in modo organico ogni aspetto e tutela, non più derogabili a provvedimenti sparsi fra leggi e decreti differenti o, peggio ancora, a iniziative legislative di singole regioni o a isolati protocolli ospedalieri.

Un riordino urgente del sistema preospedaliero e ospedaliero di emergenza-urgenza con un intervento straordinario ai fini di **garantire la sostenibilità del sistema** deve tenere conto di questa serie di priorità da affrontare simultaneamente, integrare e ridefinire per migliorare l'efficacia del sistema e ridurre il sovraccarico di lavoro disorganico:

- a. Risorse umane
- b. Risorse economiche
- c. Organizzazione, spazi e tutele
- d. Relazioni con soggetti e istituzioni

Più in generale il piano di intervento deve prevedere:

1. Una legge sul sistema emergenza-urgenza con provvedimenti dedicati o comunque specifici provvedimenti legislativi;
2. Provvedimenti legislativi di impatto su tutta la dirigenza (vedi sotto: incremento numero posti letto e criteri di allocazione ricoveri, revisione criteri di calcolo numero notti ai fini del lavoro usurante, indennità di rischio biologico, incremento tariffe LPA, uniformità tariffe per incarichi esterni a professionisti, "senior consultant" e compensi per tutoraggio, garanzia sul tempo per la formazione e l'aggiornamento professionale, tutele maggiori contro violenze e aggressioni, revisione tabelle di equipollenza, "scudo penale").
3. Garanzie sull'applicazione di ogni norma, incluse quelle già esistenti.

Le proposte della Commissione quando riferite specificatamente al "sistema emergenza-urgenza", si riferiscono solamente ai medici in organico nei PS e nel 118.

A. RISORSE UMANE

1. Incremento personale di PS e riassorbimento medici 118 nella dirigenza. Vanno considerate in premessa alcune recenti proposte e disposizioni normative in materia, che hanno di fatto introdotto ipotesi di incremento stabile di risorse umane nei PS.

Il DPCM 6 marzo 2015, art. 6, co. 4 “Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l’assunzione di personale precario del comparto sanità”, aveva introdotto la possibilità di accedere ai concorsi per la dirigenza per chi avesse lavorato nei PS senza specializzazione per almeno 5 anni. I relativi bandi scadevano il 31.12.2018, ma la norma non stabiliva chiaramente a quali tipologie contrattuali fare riferimento, e la Conferenza delle Regioni precisava che fosse comunque necessaria una specializzazione, anche non equipollente. Pertanto la norma non trovava applicazione.

Nel 2020 la Regione Veneto emanava la LR n. 1/2020 che all’art.23 introduceva la possibilità ai non specialisti che avessero lavorato almeno 4 anni in PS di accedere ai concorsi della dirigenza per i PS con l’obbligo di occupare in sovrannumero i corsi di specialità MEU. Il Governo non impugnò la norma, ma la Regione non la applicò di fatto perché mancarono i protocolli d’intesa con le Università, quindi la norma decadde dopo due anni. Nel 2022 la Regione Veneto tenta nuovamente di introdurre tale possibilità con la legge regionale 12/2022, senza vincolarla però all’obbligo di essere inseriti in Scuola di specialità. L’articolo di legge è stato quindi impugnato e rigettato dal Consiglio dei Ministri con delibera del 21.7.22, sostenendo invece la norma precedentemente introdotta dalla LR 1/2020 precisando inequivocabilmente che: *“Il mantenimento di tale previsione avrebbe consentito di attenuare gli effetti della portata derogatoria della disposizione in esame, assicurando comunque il contestuale avvio del necessario percorso formativo attraverso l’immediato accesso in sovrannumero al corso di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza”*. Unitamente al principio legislativo introdotto col Decreto Calabria per i medici specializzandi, se ne deduce che è possibile per i non specialisti essere assunti in PS come dirigenti purché almeno in corso di specializzazione MEU.

Pertanto, anche in considerazione dell’aumento dei posti nelle scuole di specialità, ma anche dell’elevato numero di posti MEU vacanti per mancata scelta, è legittimo introdurre **la possibilità per chi abbia lavorato almeno 4 anni nei PS o 118 di partecipare ai concorsi per la dirigenza col vincolo di occupare un posto in specialità MEU.** Tale ipotesi fu proposta da ANAAO ASSOMED già nel 2018. In tal modo si andrebbe a:

- a. stabilizzare il precariato che da anni ha lavorato nei PS vincolandolo al SSN come dirigente dipendente incrementando di fatto in modo stabile le dotazioni organiche dei PS.
- b. fidelizzare e legare i professionisti al SSN facendoli rientrare nella dirigenza sottraendoli all’incognita del sistema privatistico nell’ottica di un sistema unico PS-118.
- c. colmare il buco di posti vacanti nelle scuole di specialità MEU.

Tuttavia, si sono evidenziate tre criticità: 1) potrebbe non essere attrattivo un sistema reddituale di lavoro dipendente per chi per anni si è abituato a un regime fiscale con redditi e orari di lavoro differenti di tipo libero-professionale; 2) necessità di garanzie sul riconoscimento dell’anzianità lavorativa prestata; 3) decisioni sull’eventuale obbligatorietà di entrare nella dirigenza con obbligo ulteriore di specializzazione per questa categoria di professionisti, trovandosi spesso in convenzione.

2. Assunzione regolare di medici specializzandi con “Decreto Calabria” senza scadenze e definizione effettiva del ruolo dei medici specializzandi invece non assunti e dei tirocinanti nei PS. Anche sulle assunzioni in base al “Decreto Calabria” restano da definire alcuni aspetti, poiché gli specializzandi assunti che lavorano a tempo parziale devono acquisire comunque un’autonomia progressiva:

- definire un vero garante della formazione che attualmente manca

- definizione chiara di orario di lavoro e orario di attività pratica formativa inclusa la rotazione fra diverse aree di emergenza-urgenza e fra ospedali
- accelerazione procedure di assunzione per ospedali spoke fuori dalla rete formativa

3. Senior consultant: istituzione, definizione e riconoscimento dell'articolazione del modello organizzativo con attività di "senior consultant" a cui affidare lo specializzando non assunto, il tirocinante o i neoassunti, pur senza che specializzandi non assunti e tirocinanti siano "sostitutivi" del personale di ruolo. Necessario il riconoscimento economico e legislativo per il tutoraggio, attualmente non previsto dal CCNL (vedi sotto)

4. Stabile possibilità dei **medici specializzandi** anche con specialità equipollenti alla Medicina d'Emergenza Urgenza di svolgere turni retribuiti in Pronto Soccorso (cfr. "Milleproroghe" 2023, art. 4 co. 3 bis limitato al 2023)

5. Contratti individuali nel SSN e cooperative di servizi: nel SSN il rapporto contrattuale tra datore di lavoro e professionista della salute deve essere individuale, senza intermediari. Deve infatti essere richiesto il divieto di ricorrere a somministrazione di personale medico da parte di cooperative di servizi, risultando inaccettabile non solo la totale assenza di controlli, ma che soggetti terzi specolino sulla nostra professione e sui bisogni di cura dei cittadini, specie nell'ambito dell'emergenza-urgenza, di fatto introducendo anche forme di concorrenza sleale che danneggiano principi di sicurezza delle cure. Il crescente fenomeno degli appalti usati in modo surrettizio come somministrazione di personale in palese violazione di quanto già da anni contestato dal Consiglio di Stato e dalla Cassazione, risulta preoccupante non solo per la mancanza di controllo effettivo su tali soggetti e sui professionisti impiegati, nonché sui costi elevati senza un limite, ma anche per l'atteggiamento ambiguo delle Regioni, che se in parte criticano non ostacolano il fenomeno, essendo del resto in capo ai Direttori Generali la responsabilità giuridica di tali provvedimenti. Ambigua appare del resto la posizione dell'Anac, che pur riconoscendo l'anomalia delle spese invece di chiedere al Ministero di impedire il ricorso a tali forme di appalto, ne ha chiesto la regolamentazione dei costi. Risulta inoltre piuttosto preoccupante che siano stati appaltati servizi di PS a cooperative persino in deroga a controlli su responsabilità penali previsti nei contratti di appalto, incluse infiltrazioni mafiose, applicando supposte procedure "d'urgenza" ai sensi di legge (deroga all'art. 80 D.lgs 50/2016). L'abuso che si è fatto del reclutamento in sanità dei "medici a gettone", così genericamente definiti, sarà fortunatamente oggetto di approfondimento da parte della Corte dei Conti del Lazio, come annunciato dal Procuratore regionale nella relazione del 24.2.23 per l'inaugurazione dell'anno giudiziario.

6. Assegnazione dei medici d'emergenza nei Pronto Soccorso **dai Punti di primo intervento** (PPI) di ospedali delocalizzati, riconducendo invece i PPI alle cure primarie.

7. Avvio presso i Ministeri del percorso tecnico-giuridico per il riconoscimento del **riposo biologico** di almeno 10 gg/anno da fruirsi continuativamente e obbligatoriamente in corso d'anno.

8. Riconoscimento come lavoro usurante/gravoso:

- a. Avvio percorsi tecnico-giuridici presso i Ministeri per il riconoscimento del lavoro in Emergenza Urgenza come lavoro usurante/gravoso.
- b. Ridefinizione per la dirigenza del SSN dei 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**. Come esplicito dalla circolare INPS 59/2018 contenente le istruzioni sulla *“Rivalutazione dei turni svolti nel periodo notturno di cui all'articolo 1, comma 1, lett. b), n. 1), del decreto legislativo n. 67 del 2011, dai lavoratori impiegati in attività organizzate in turni di dodici ore. Articolo 1, comma 170, della legge n. 205 del 27 dicembre 2017 (legge di bilancio 2018)”*, la legge 205/2017 ha definito che per i lavoratori impiegati in cicli produttivi organizzati su turni di dodici ore che svolgono attività lavorativa per almeno sei ore nel periodo notturno comprendente l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino, i turni svolti per almeno sei ore nel periodo notturno sono moltiplicati per il coefficiente di 1.5, ai fini del raggiungimento del numero di turni annui previsti per l'accesso anticipato al pensionamento per i lavoratori di cui all'articolo 1, comma 1, lett. b), n. 1), del decreto legislativo n. 67 del 2011. Tale norma consentirebbe di raggiungere la quota di numero di notti in grado di conseguire il pensionamento anticipato, ma va estesa ai dirigenti del SSN nel ridefinire anche il concetto di “ciclo produttivo”.
- c. Benefici pensionistici anticipati: possibilità di anticipare il pensionamento di un numero di mesi proporzionale agli anni di lavoro nel sistema emergenza-urgenza, come in altre categorie lavorative (esempio: forze dell'Ordine al confine); possibilità di anticipare il pensionamento di un numero di mesi proporzionale all'orario eccedente lavorato e delle ore straordinarie lavorate.

9. Valorizzazione delle carriere: garanzia sul riconoscimento di una quota minima di incarichi graduati secondo CCNL. Generalmente il medico di Pronto Soccorso resta con l'incarico più basso fino alla pensione.

10. Garanzia sul tempo per la formazione e l'aggiornamento professionale per tutta la dirigenza, inclusa la formazione sulle *non-technical skills* (prendere decisioni, comunicazione, leadership, consapevolezza situazionale, controllo dello stress, gestione situazioni di aggressività)

11. Revisione delle tabelle di equipollenza, rivedendo compatibilità, incompatibilità e percorsi bidirezionali. Attualmente e per non pochi anni non è pensabile che la copertura del sistema emergenza-urgenza da parte di specialisti sia in capo alla sola specializzazione MEU.

12. Possibilità di trasferimento interno dal sistema emergenza-urgenza in altra area senza obbligo di concorso stabilendo un periodo minimo di permanenza.

13. Elaborazione di standard di legge per il fabbisogno minimo di personale non procrastinabili.

B. RISORSE ECONOMICHE

1. **Incrementare l'indennità di Pronto Soccorso per la Dirigenza e modificare le modalità di assegnazione.** La Legge 234 del 30.12.2021 (legge di bilancio), comma 293 e 294, ha introdotto l'indennità di Pronto Soccorso. La norma risulta tuttavia inadeguata nella formulazione e nell'entità di risorse stanziare, senza chiarire le modalità di spartizione e di erogazione delle stesse. È indispensabile che:

- a. le risorse **non vengano vincolate al solo CCNL**, il cui rinnovo è cronicamente in ritardo, e non rispondente ai tassi di inflazione. Si consideri inoltre che ai sensi art.2 co. 3 d.lgs. 165/2001 le disposizioni di legge, regolamenti o atti amministrativi che attribuiscono incrementi retributivi non previsti da contratti cessano di avere efficacia a far data dall'entrata in vigore dal relativo rinnovo contrattuale: è quindi indispensabile evitare tale limitazione da un lato, dall'altro evitare la clausola vincolante al CCNL, i cui rinnovi sono in grave ritardo, fermo restando del resto quanto affermato dell'art. 45 co. 3 c legge 165/2001 per attività obiettivamente disagiate proprio inerenti i contratti collettivi.
- b. deve essere **ridefinito il comma 293** della norma sul riconoscimento dell'indennità "in ragione dell'effettiva presenza in servizio", come fosse legata a una premialità di risultato. Più opportunamente sarebbe da riconoscere mensilmente, anche in modo frazionato solo in caso di assenza per aspettativa o cessazione. L'indennità va riconosciuta anche se in ferie, come indennità fissa.
- c. l'indennità **non va legata al fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato** come dettato dalla norma, ma al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale tout court. Diversamente, non sarebbero risorse aggiuntive, bensì risorse che graverebbero su quelle regionali già esistenti, col rischio di un accordo Stato-Regioni sull'importo effettivo da erogare.
- d. va infine previsto un **incremento annuale** delle risorse già stanziare, tenendo quindi conto delle eventuali nuove assunzioni al netto delle cessazioni e al tasso di inflazione. Va infatti evitato che rimanendo un importo complessivo fisso annuale, esso vada progressivamente decurtato della quota relativa al numero di dipendenti in più assunti in futuro.

2. **Incremento delle risorse INAIL.** Le certificazioni mediche INAIL di infortunio e malattia professionale di cui all'articolo 53 del DPR n. 1124/1965 sono un'attività obbligatoria per il Pronto Soccorso per legge (primo certificato). L'articolo 1, comma 526 e segg. della legge 30 dicembre 2018, n. 145 ha tuttavia modificato la previgente normativa sull'attività di compilazione e trasmissione di tali certificati, stabilendo un finanziamento dedicato di 25 milioni di euro annui, risorse la cui erogazione deve transitare attraverso i fondi contrattuali della dirigenza, e destinate esclusivamente ai dirigenti medici ospedalieri certificatori.

Il fondo cui tali risorse sono da ritenersi primariamente e più opportunamente destinate è il fondo di risultato, ai fini del riconoscimento economico delle certificazioni. È da precisare che in tale modo il certificato perde in sé l'importo precedentemente assegnatogli come attività libero-professionale, ma acquisisce indirettamente solo un "valore economico" se si considera la proporzione tra certificati emessi e l'importo finanziato. Inoltre, la norma ha introdotto che le risorse possono essere incrementate solo in relazione a un incremento percentuale di certificati emessi e non oltre ulteriori 5 milioni di euro (20%) al netto del tasso di inflazione, e solo ogni due anni.

La norma limita fortemente e pregiudica la remunerazione derivata dall'attività di certificazione obbligatoria, necessitando di una revisione sia sotto il profilo dell'entità delle risorse che delle modalità applicativa, nonché fiscale, essendo indispensabile:

- incrementare le risorse di almeno 11 milioni di euro annui, rivelandosi attualmente inadeguate rispetto a quanto prima erogato
- abolire gli oneri fiscali accessori come l'IRAP gravanti su tali risorse
- che l'importo possa essere incrementato annualmente senza limiti

3. Prevenzione della “fuga” dei medici d'emergenza dagli ospedali “spoke”: è necessario arginare l'emorragia crescente di medici d'urgenza verso i centri Hub, che aumenta anche il grave pericolo che tali PS spoke oltre che sguarniti vengano assegnati a soggetti privati. Necessario **introdurre un'indennità per “aree disagiate”** che tenga conto di: condizioni orografiche, distanze dai centro Hub, scarsità di collegamenti, simultanea copertura PS-118 per impossibilità a garantire la rotazione tra i due servizi.

4. **Introduzione di un'indennità rischio di biologico/chimico per la dirigenza medica e sanitaria.**

È necessario:

- avviare il percorso tecnico giuridico a livello ministeriale per la definizione del rischio
- definire le risorse aggiuntive, anche in questo caso extraregionali
- definire le modalità di erogazione e le discipline interessate

Un'indennità di rischio biologico era stata già proposta e presentata nel 2020 e 2021 dall'attuale maggioranza al governo dai parlamentari, ma senza esito positivo: nel 2021 Laura Stabile (Forza Italia); nel 2020 Roberto Bagnasco, Andrea Mandelli (Forza Italia), Roberto Novelli (Alleanza nazionale), Dario Bond (attualmente Fratelli d'Italia, prima Forza Italia), Stefano Mugnai (Coraggio Italia), Vito De Filippo (Italia viva PD). Va premesso che la legge 165/2001 contemplerebbe già la possibilità di un'indennità di questo tipo, in base all'art. 45 co. 3: *“I contratti collettivi definiscono, secondo criteri obiettivi di misurazione, trattamenti economici accessori collegati...c) all'effettivo svolgimento di attività particolarmente disagiate obiettivamente ovvero pericolose o dannose per la salute. Compete ai dirigenti la valutazione dell'apporto partecipativo di ciascun dipendente, nell'ambito di criteri obiettivi definiti dalla contrattazione collettiva.”* Va considerato sia il rischio biologico che quello chimico per tutti i dirigenti, quest'ultimo valido sia per i medici di PS e 118 che intervengano in casi di intossicazione ed emergenza ambientale che per la dirigenza sanitaria impegnata nei laboratori (incluse le farmacie per l'allestimento di chemioterapici). Come noto, tali rischi prescindono dall'utilizzo di DPI, poiché il rischio “zero” non esiste.

Risulta inoltre necessario che tale indennità sia assegnata tout court e svincolata da valutazioni di dirigenti responsabili (es. Direttore UOC, Medico competente) evitando – seppure già teoricamente escludibile in radice in base alla citata norma – atteggiamenti comunque discrezionali non prevedibili e farraginosi percorsi burocratici.

Infine, deve essere prevista per i medici di Pronto Soccorso, 118, Terapia Intensiva e Malattie Infettive un'indennità maggiore. Tali categorie sono infatti costantemente esposte a un maggiore rischio biologico, nei casi del rischio chimico esso si lega occasionalmente in base all'organizzazione del lavoro e all'interfaccia col territorio.

5. **Compensi per tutoraggio.** Per tutti i medici del SSN deve essere previsto un compenso per il tutoraggio svolto verso tutte le figure in formazione gravitanti negli ospedali (specializzandi anche assunti come “decreto Calabria”, medici in corso MMG, studenti, corsi di perfezionamento, neoassunti)
6. **Valorizzazione e riconoscimento dell’orario aggiuntivo effettuato e incremento del compenso per orario aggiuntivo, omogeneo** a livello nazionale per tutta la dirigenza (almeno 100 euro/h).
7. Incremento del 10% del **montante contributivo** per ogni anno di attività prestata nei servizi di Emergenza-Urgenza, dopo almeno 5 anni di attività anche non continuativa.
8. Importo omogeneo orario a livello nazionale per eventuali forme contrattuali a termine di tipo non subordinato ove non evitabili a medici specialisti, e comunque inferiore a quello della dirigenza.

C. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE PS-OSPEDALE-TERRITORIO E TUTELE

Sebbene la ricerca scientifica in ambito clinico stia portando a progressivi miglioramenti nella maggior parte degli ambiti della medicina, in un contesto come il Pronto Soccorso, dove l’outcome non dipende soltanto dal tipo di trattamento ma anche dal tempo di presa in carico per l’inizio delle cure, dalla sicurezza delle procedure eseguite e dal rischio clinico a cui sono sottoposti pazienti e operatori, ottimizzare la sicurezza e l’efficienza del sistema può portare ad un miglioramento non soltanto per i pazienti coinvolti, ma per l’intera collettività. Inoltre, un Pronto Soccorso che risponde in maniera più efficiente e sicura alle richieste di salute della popolazione non migliora soltanto l’outcome dei pazienti critici, ma genera un impatto positivo su tutti quei pazienti fragili che per motivi più o meno urgenti accedono in PS richiedendo assistenza.

Agire sull’efficienza del sistema piuttosto che sulla capacità del personale di lavorare sempre più velocemente, può portare a benefici maggiori in termini di umanizzazione delle cure, outcome clinico, riduzione delle complicanze e tempo e risorse risparmiate, e riducendo, la pressione fisica e psicologica sul personale.

Tre sono gli aspetti generali di disfunzione maggiormente emersi dall’analisi delle problematiche organizzative dell’attuale sistema assistenziale emergenza-urgenza:

1. La **carenza dell’adozione di misure organizzative omogenee** a livello nazionale su più livelli se non l’assenza effettiva di tali misure, nonché di spazi adeguati nei Pronto Soccorso (es: percorsi e gestioni ricoveri, dimissioni, gestione sovraffollamento, gestione *boarding*); presenza di indicazioni generiche o mere dichiarazioni d’intenti prive di effettive disposizioni concrete e di istruzioni operative. Viceversa, derogare a ogni regione o a singoli livelli decentrati la risoluzione di problematiche non migliora le condizioni del sistema emergenza-urgenza se le singole esperienze positive eventuali non vengano esportate sul territorio nazionale.
2. L’incapacità di **delocalizzare dal pronto soccorso** fisicamente in altri spazi e con altro personale la mole indicibile di carico assistenziale inappropriato in particolare per problematiche di bassa intensità da definirsi con maggiore accuratezza o incongrue, e per anziani fragili e casi sociali, che inficiano sulla mission principale dei sistemi di emergenza.

3. I fenomeni causati o acuiti da una cattiva organizzazione o in grado di alterare il sistema organizzativo:
- a. **Insufficiente responsabilizzazione del contesto organizzativo sul rischio clinico:** sebbene la probabilità di incidenti relativi alla sicurezza del paziente sia maggiore in emergenza-urgenza (Odds ratio 2.1), esiste ancora un'eccessiva focalizzazione sulla responsabilità meramente individuale piuttosto che sul ruolo dell'organizzazione in relazione alla comparsa di eventi avversi. Tale approccio "accusatorio" (*blame culture*), da un lato per il sistema giudiziario fondato sulla responsabilità personale, dall'altro per il vantaggio dei gruppi dirigenti nell'identificare singole persone responsabili, di per sé non migliora l'organizzazione e la riduzione dei rischi poiché l'evento potrà ripresentarsi con altri operatori. Si genera solo un **clima di pressione e paura** che danneggia il contesto lavorativo, aumenta i costi ("medicina difensiva") e non elimina le vere cause dei problemi. Pertanto, aspetti inaccettabili di disorganizzazione in grado di aumentare i rischi, come il *boarding* o l'eccessivo carico lavorativo per carenze gestionali di sistema, devono essere eliminati.
 - b. **"Costrittività organizzativa":** come specificato anche dall'INAIL si tratta di tutti gli atti e le azioni che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto. Esempio di queste azioni sono: marginalizzazione dall'attività lavorativa; svuotamento delle mansioni; mancata assegnazione degli strumenti di lavoro; ripetuti trasferimenti ingiustificati; prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto; prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici; impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie; inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro; esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale; esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo. È di fatto una disfunzione organizzativa caratterizzata dall'insieme delle decisioni ed azioni in ambito organizzativo in grado di produrre danni psicofisici al lavoratore, a cui contribuiscono direttamente la presenza di sovraffollamento, inadeguatezza delle strutture, abuso di alcol e droghe da parte dei pazienti (tipici casi seguiti in emergenza-urgenza), inclusa un'insufficiente formazione degli operatori sulla gestione delle situazioni di emergenza comportamentale (aggressioni e violenze). Tale "costrittività" è appunto contemplata dalla Circolare INAIL 73/2003, ripresa nei termini e finalità dalla Circolare del 18.11.2010 del Ministero de Lavoro "in ordine all'applicazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del Rischio Stress Lavoro-Correlato di cui all'art.28, c.1/bis del d.lgs.81/2008". Secondo il modello "AW Model ("area-work-life model") gli ambiti in cui si evidenzia un grave squilibrio tra individuo e lavoro, comprendono: il carico di lavoro; la capacità di controllo delle situazioni; la ricompensa sia sociale che economica; i rapporti coi propri colleghi; l'equità cioè la percezione di onestà e correttezza; l'area dei valori ossia la congruenza tra valori dell'individuo e quelli dell'organizzazione, la cui assenza si traduce nella pressione tra la scelta di ciò che si vuole fare e ciò che si deve fare.
 - c. **Elevata prevalenza di *burnout* fra medici dell'emergenza-urgenza:** col termine "burn out syndrome" si intende una sindrome psicologica lavoro-correlata che comprende, tra le sue manifestazioni, esaurimento emotivo, depersonalizzazione e

ridotta realizzazione personale, caratteristica degli ambienti di lavoro con elevato carico di responsabilità. L'instaurarsi del *burnout* porta un professionista una volta motivato, appassionato ed empatico ad una trasformazione radicale nel suo approccio al lavoro e all'utenza che ha di fronte. Alla sensazione di vuoto, ansia, rifiuto non appena si mette piede nel luogo di lavoro si aggiungono ridotta realizzazione/efficacia professionale con riduzione nell'engagement nelle attività e negli obiettivi di reparto, non riconoscendosi più nel lavoro che si compie, e depersonalizzazione, per cui il paziente diventa "un numero". In un recente studio del 2022, la prevalenza di *burnout* tra medici in Italia, indipendentemente dal reparto di appartenenza, è risultata del 18.5%. Una metanalisi condotta prima della pandemia da COVID 19 ha dimostrato **un'elevata prevalenza di *burnout* tra i medici d'emergenza, il 40%** dei quali presenta esaurimento emotivo e depersonalizzazione. La stessa metanalisi suggerisce **che i medici d'emergenza sono di per sé maggiormente a rischio *burnout* rispetto ai colleghi operanti in altri dipartimenti e ad altre figure sanitarie**. Il tasso di suicidi tra medici, nella popolazione mondiale, è il più alto tra le classi lavorative con circa 400 medici suicidi all'anno negli Stati Uniti. I livelli di *burnout* tra i medici dell'emergenza erano elevati prima della pandemia COVID19, e sono peggiorati durante e dopo la stessa. In uno studio italiano su medici e infermieri operanti in Pronto Soccorso nell'area del nord-ovest, sono emersi risultati maggiormente preoccupanti non tanto in merito al numero di persone colpite da *burnout*, ma soprattutto in termini di impatto sulla loro salute fisica e mentale che stress lavoro-correlato e *burnout* comportano. Contribuiscono all'elevato livello di burnout la necessità di lavorare di notte, nei fine settimana e durante i periodi di ferie (estate, festività). Contribuiscono inoltre al *burnout* l'elevata intensità del lavoro, i carichi di lavoro, gestione simultanea di molti pazienti gravi, frequenti "task switching", difficoltà relazionali con altri colleghi, incertezza costante durante l'orario lavorativo, la carenza di organico, la poca esperienza lavorativa. I medici in *burnout* pensano più frequentemente di lasciare il posto di lavoro, mettendo a rischio i sistemi sanitari. Il *burnout* dei medici è infatti associato a una scarsa efficienza e sostenibilità dei sistemi sanitari, soprattutto per il disimpegno e turnover dei medici ed in secondo luogo riducendo la qualità delle cure, in particolare nell'ambito della medicina d'emergenza.

Le azioni necessarie devono intervenire su:

1. Ridefinizione posti letto ospedalieri, criteri di allocazione ricoveri e piani di dimissione per eliminare il problema del "*boarding*": il problema delle attese dei pazienti da ricoverare dal PS (anche fino a 5 giorni di media per un posto letto in reparto) trova primariamente come causa la progressiva riduzione di posti letto negli ultimi decenni, fatto che rimane principalmente un problema politico, e che ha comportato una riduzione dal 2000 al 2020 del 19% di posti letto pubblici per acuti, pari a 30492 posti in meno (dati Eurostat), una riduzione del 30% dei letti di Lungodegenza dal 2010 al 2020, e un assetto attuale fermo ormai da anni a 3,2 posti/1000 abitanti rispetto alla media europea di 5,3/1000. Inoltre, rispetto al 2019 (pre-covid) il tasso dei ricoveri è cresciuto di quasi 4 punti percentuali (dal 12% al 16%) e la pandemia ha posto l'ulteriore difficoltà di creare percorsi e aree separate sporco/pulito per ridurre i contagi intraospedalieri.

Il problema del *boarding* è tuttavia molto discontinuo tra regioni, con una minoranza che ha elaborato modelli con possibili soluzioni (Umbria, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Marche,

Basilicata), la maggior parte invece al collasso (fra cui Piemonte e Lazio), evidenziando problemi gestionali in primis in capo alle capacità organizzative delle direzioni strategiche e delle stesse regioni. Non esiste di fatto una reale e omogenea presa in carico del problema a livello nazionale.

Finora molti amministratori hanno considerato il *boarding* come inevitabile, una forma di devianza normalizzata. Gli studi internazionali evidenziano invece che mediamente circa il 40% e più del tempo di lavoro delle equipe di emergenza è speso nella gestione dei pazienti in attesa di un posto letto.

Inoltre, l'aumento degli effetti avversi dovuti al *boarding* e al sovraffollamento del pronto soccorso si osserva in pazienti di età diverse, con condizioni variabili e in ogni periodo dell'anno, quindi la necessità di affrontare il sovraffollamento del pronto soccorso non è più una questione di gestione delle risorse ma di sicurezza del paziente.

Le conseguenze del *boarding* in termini di rischi e disagi sono particolarmente gravi, identificate da più evidenze documentate secondo i dati in letteratura: ridotta sicurezza dei pazienti (aumentato rischio caduta dalla barella, aumento delle lesioni da pressione, sindrome da allettamento, delirium, perdita del ritmo sonno-veglia per luci sempre accese, successivo aumento dei giorni complessivi di degenza), outcome avversi (incremento di mortalità e di eventi avversi, eventi sentinella e contenzioso medico-legale, ridotta soddisfazione degli utenti), aumentato rischio infettivo e difficoltà di separazione aree sporche/pulite, difficoltà di attuare un monitoraggio clinico e strumentale efficace (assenza di monitor e telemetrie, inadeguata collocazione del paziente in corridoio, assenza di prese di ossigeno, assenza di portaflebo), difficoltà di accesso al PS (abbandoni e attese o deviazione ambulanze), ritardi diagnostico-terapeutici, assenza di privacy e comfort, aumento episodi di violenza e aggressività, incremento *burnout*, impossibilità a gestire eventuali maxiemergenze.

Nuovi problemi socioassistenziali nei pazienti acuti risultano ulteriormente ingestibili in Pronto Soccorso per la carenza di posti letto, così come sul piano dell'assistenza territoriale una volta decisa la dimissione: l'aumento dell'età media ha evidenziato un incremento dei pazienti over 80 in PS dall'8% al 12% dal 2005 al 2015, con il 28% di over 65 nel 2019 e il 30,5% nel 2020, e con una degenza media nei reparti di 11,3 giorni per gli ultra-85enni nel 2019; si associano l'incremento di pazienti complessi pluripatologici e delle cronicità.

Le dimissioni risultano quindi sempre più difficili anche per le carenze nell'assistenza domiciliare; manca inoltre una figura stabile dedicata alle dimissioni. Già nel 2020 il tasso di occupazione dei posti letto nelle Medicine è risultato pari al 97%, nonostante il tasso ottimale per evitare aumento di mortalità e morbidità debba essere inferiore all'85% (il DM 70/2015 lo aumenta imprudentemente al 90%).

È infine evidente che: 1) l'OBI non può essere impiegata in modo surrettizio come area di degenza; 2) le barelle nei reparti rappresentano un costo zero per l'Azienda e un costo elevato a carico del personale, anche per i rischi correlati; 3) esistono evidenti carenze anche nel personale infermieristico con una media di 1 infermiere ogni 20 assistiti nei Pronto Soccorso. Sono quindi necessari i seguenti interventi combinati:

- a. incremento dei posti letto, calcolato secondo dati storici al fine di mantenere un tasso di occupazione inferiore all'85%, nelle seguenti aree (a cui deve però corrispondere un parallelo incremento di personale medico e non medico per una corretta gestione):
 - area medica inclusa la Medicina d'Urgenza
 - lungodegenza

- incremento reparti di Medicina d'Urgenza
 - incremento unità semintensive
- b. miglioramento disponibilità di posti letto esistenti per nuovi ricoveri acuti attraverso specifiche metodologie e istruzioni operative, che consentano anche modalità di ricovero "automatico" dal PS e che siano omogenee tra regioni. Esempi:
1. adozione di **modelli di calcolo** come già sperimentato, basati sui dati storici dei ricoveri con ricovero diretto dal PS secondo trend storico sul flusso dimissioni e assegnazione prestabilita di posti letto (esempio: 1 dimissione al giorno in Area Medica ogni 10 letti).
 2. Adozione in modo omogeneo di **protocolli per gli "appoggi"** fra reparti nonché del *Full Capacity Protocol* ai fini della decompressione rapida del Pronto Soccorso in particolare in presenza di picchi di afflusso e fino al blocco dei ricoveri programmati.
 3. **Creazione di una "rete di posti letto"**: adozione di protocolli per il trasferimento dei pazienti ad altri presidi, almeno per alcune tipologie di casi
 4. Pazienti ambulatoriali: adozione di specifici protocolli in caso di ricovero di pazienti visitati in ambulatorio, da non inviare in PS.
 5. Monitoraggio dei tempi di degenza
 6. **"Visual hospital"**: possibilità del medico di PS di "vedere" a schermo la disponibilità di posti letto.
- c. Creazione di aree specifiche di accoglienza dal PS per pazienti da ricoverare "Admission room" o "Holding area", dove i pazienti vengono nel frattempo gestiti dal reparto di afferenza. Non è del resto responsabilità del medico di PS reperire il posto letto ma definire solo l'area di destinazione ed è impensabile che il paziente resti in gestione al PS, paziente che è dell'ospedale, non solo del PS. Si tratta comunque di un'area funzionale, che da sola non risolve completamente la problematica e non esclude il rischio di non favorire le dimissioni, necessitando di una regolamentazione sulla propria gestione. Inoltre, tali aree non sempre trovano adeguate risposte in termini di spazi nei presidi esistenti. La creazione di un'area "plurispecialistica" in PS farebbe invece permanere comunque all'interno del PS il problema del ricovero e della sua gestione, specie di notte e nei festivi.
- d. Creazione di aree specifiche di dimissione dai reparti "Discharge room" e adozione di regole e criteri chiari con strumenti certi per la dimissione (pazienti che rientrano in PS a uno o due giorni dalla dimissione). La Discharge room è utile per pazienti "conclusi" e che ancora non trovano i mezzi e risorse adeguati per il ritorno a domicilio o in struttura.
- e. *Bed manager*: deve essere una figura sanitaria, col compito tempestivo di assegnare i pazienti una volta deciso il ricovero e di organizzare la dimissione; necessita di specifica formazione.
- f. L'OBI necessita di personale dedicato e non può essere un'area di degenza sostitutiva della carenza di posti letto
- g. Rendere più omogenee le dimissioni in tutti i giorni della settimana.
- h. Telemonitoraggio e televisita nella fase precoce di dimissione dei pazienti
- i. Agire sui livelli diversi di medicalizzazione del sistema ospedaliero: anche il privato convenzionato deve saper gestire problematiche urgenti e non delocalizzare tout court nei PS i pazienti acuti.
- j. Necessità di potenziamento degli Ospedali di comunità in termini di posti letto per le dimissioni e la gestione delle cronicità (problema del personale dedicato) e delle RSA.

- k. Creazione almeno in alcune aree territoriali di specifici “team” 118 in grado di trattare il paziente sul posto (diagnostica basic sul posto, ecografia portatile, telemedicina). La possibilità di risolvere il problema sul posto si basa anche sulla presenza di un medico che lavora anche in PS per una capacità gestionale più completa delle problematiche.
- l. Potenziamento rete cure palliative
- m. L'ipotesi di ricoverare direttamente il paziente dal territorio senza passaggio in PS potrebbe essere presa in considerazione solo con criteri restrittivi per problematiche specialistiche (es. pazienti oncologici, psichiatrici), prestando attenzione al livello dell'ospedale di destinazione (Hub, Spoke, diagnostiche presenti)

2. Gestione problematiche basse priorità/codici minori:

- a. per quanto siano noti i principi del fast-track per le problematiche monospecialistiche, si denota un'applicazione difforme fra i vari PS. Il vero fast-track non deve essere in carico al PS ma deviato direttamente allo specialista, che provvede ad apertura e chiusura del verbale, salvo casi specifici che può inviare in PS per completamento diagnostico (si pensi all'enorme quota di traumatologia delle estremità).
- b. Istituzione di specifici percorsi gestionali per le problematiche a bassa intensità di cui potenziare il filtro: il paziente non viene rifiutato dal PS (triage out) ma indirizzato ad altre sedi/percorsi.

3. Adeguamento urgente degli spazi di lavoro e loro implementazione nei Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso è stato istituito per la prima volta in Italia nel 1939. All'epoca però era una struttura ben diversa da quella che vediamo e viviamo al giorno d'oggi. Negli ultimi ottant'anni, infatti, nonostante resti la porta di ingresso di ogni ospedale, la sua funzione è stata rivista una moltitudine di volte. La pandemia ha inoltre introdotto la necessità di affrontare tempestivamente ed efficacemente situazioni di improvvisa emergenza infettivologica sia in termini di risposta che di spazi, con la ridefinizione di aree e percorsi (sporco/pulito).

Purtroppo, ai cambiamenti di funzione e di obiettivi, non sempre è seguito un adattamento dell'organizzazione e della struttura degli spazi. Inoltre, i PS del territorio italiano sono da un punto di vista strutturale e organizzativo non adatti e non deputati alla gestione e l'accettazione di un numero sempre maggiore di utenti con problematiche acute e non acute per bisogni assistenziali insoluti sul territorio, e la richiamata nota del Garante della Privacy ha giustamente stigmatizzato la carenza di spazi adeguati nei Pronto Soccorso.

Dal punto di vista dell'organizzazione degli spazi, il modello organizzativo prevalente sul territorio nazionale rimane quello medico-centrico “ad ambulatori”. In questo modello i medici in turno occupano un ambulatorio ed i pazienti, dopo essere passati dal triage, vengono progressivamente valutati all'interno dell'ambulatorio stesso. Questo modello, seppur funzionale in passato, risulta ovviamente non compatibile con un contesto come quello attuale in cui vi è una situazione di sovraffollamento cronico e in cui all'interno di ogni PS vi sono pazienti in *boarding* che aspettano per giorni un ricovero, situazioni che non appartengono neppure ai compiti da espletare in Pronto Soccorso, che non è un reparto di degenza. Contesto che non può neppure condizionare una ristrutturazione mirata in tal senso, non appartenendo alla mission del Pronto Soccorso, ma evidenziano ulteriormente che il Pronto Soccorso non è la sede per gestire tali situazioni.

Il miglioramento dell'organizzazione del PS e dell'ospedale si deve concentrare su due ambiti principali: l'organizzazione spaziale (cioè architettonica) e l'organizzazione dei flussi. Sebbene queste due entità possano sembrare distinte, agire su una implica necessariamente di agire anche sull'altra e nessun cambiamento dovrebbe essere effettuato senza considerare le conseguenze che avrà su tutto il sistema. In entrambi gli ambiti si deve tuttavia agire per creare un ambiente che rimetta al centro il paziente sotto tutti i punti di vista: sicurezza, appropriatezza, privacy e comfort, sia per i lavoratori che per i pazienti.

Il DL n.34 19.05.2020 art. 2 comma 4 aveva disposto che *“Le regioni...assicurano la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi”*. Cosa è stato fatto? Per quanto il PNRR, mission M6 Investimento 1.2 *“Verso un ospedale sicuro e sostenibile”* (Decreto del Ministero della Salute del 20.1.22), abbia stanziato risorse pari a 1,64 miliardi di euro per un doveroso adeguamento antisismico degli ospedali entro il 2026, risulta anacronistico e inadeguato che non vi siano altrettante risorse per il miglioramento degli spazi di lavoro in sanità.

Gli spazi e le misure conseguenti che devono essere presi in considerazione in termini di adeguamento e ampliamento nei PS sono i seguenti, evidenziando attualmente necessità e carenze impellenti che aggravano il disagio lavorativo:

- separazione aree e percorsi sporco/pulito, aree filtro
- sale di attesa (pazienti deambulanti e barellati)
- area di triage avanzato e post-triage
- ambulatori per consulenze, stanza per vittime di violenza
- aree di monitoraggio telemetrico
- area pazienti terminali
- studio medici, stanza per il cambio
- studio per colloquio con pazienti e famigliari, comunicazione decessi
- strutture e misure architettoniche a tutela della sicurezza degli operatori da atti di violenza e aggressioni da parte dell'utenza
- Admission room, Discharge room (fuori dal PS)

4. Sicurezza contro violenze e aggressioni, rapporti con l'utenza e responsabilità penali:

- a. Sono indispensabili misure di tutela e prevenzione contro atti di violenza sugli operatori sanitari, anche in applicazione della legge 113/2020, con stanziamento di specifici finanziamenti, oltre che misure di tutela e repressione che devono essere estese anche alla struttura in quanto istituzione pubblica dove operano tutti gli operatori della sanità e contro cui avviene di fatto il sinistro. Inoltre, la precedente Commissione aveva già individuato possibili misure da adottare: presenza di un posto di polizia h 24; sistemi di videosorveglianza e linea dedicata con le Forze dell'Ordine; accordi fra aziende, Prefetture e Forze dell'Ordine; passaggio per controllo regolare di una pattuglia, sia di giorno che di notte; contratti con le agenzie di vigilanza con intervento di fermo delle persone violente fino all'arrivo delle forze dell'ordine; separazione area di attesa e ambulatori; logistica e posizione arredi rispetto ad accessi e vie di fuga; protocolli aziendali su sistemi di segnalazione e denuncia.
- b. Ridefinizione dell'URP nel SSN: il mondo sommerso delle proteste agli URP continua a evidenziare un vile sottobosco che rivela soltanto la fragilità di un sistema che vuole spostare sul personale i propri misfatti, aizzando i cittadini al conflitto verso le

professioni e alla delegittimazione delle competenze. Tutto ciò influisce molto negativamente sull'operato del personale, alimentando da un lato un clima di sfiducia e disprezzo verso i professionisti, dall'altro un clima di oppressione negli ambienti di lavoro.

- c. Riconoscimento del ruolo medico dirigente come pubblico ufficiale e garanzia sulle pene erogate; "scudo penale" per i professionisti della salute in relazione a procedimenti giudiziari per malpractice.

5. Interventi inerenti la gestione del sistema di emergenza territoriale:

- rapida definizione delle risorse umane nelle Case di Comunità istituite dal DM 77/2022.
- interscambiabilità e rotazione del personale sanitario territorio/ospedale con presupposto di dipendenza nel SSN: **non avallare la doppia funzione contemporanea lavorando in PS e simultaneamente svolgendo servizio 118 nello stesso turno**, ma favorire la rotazione a periodi sui servizi dell'emergenza-urgenza
- medico di centrale 118 presente h24
- centrale operativa su base provinciale (eventuali accorpamenti solo in caso di aree piccole ed omogenee)
- garanzia sui tempi di intervento sul territorio
- adozione numero unico 112 senza però escludere l'accesso telefonico diretto al 118
- impiego del personale volontario mai da solo/sostitutivo ma solo in affiancamento.
- per quanto riguarda la possibilità di impiegare l'infermiere da solo in ambulanza per i codici rossi, si evidenziano problemi di assunzione del rischio e adeguato compenso, specifica formazione sul campo con corsi certificati e riconosciuti a livello internazionale aggiornati (almeno ACLS, ATLS, PALS), indispensabile ed esclusivo coordinamento col medico di centrale 118, tutti aspetti da definire insieme alla FNOMCEO e alle OO.SS. del Comparto.

6. Ruolo della Guardia Medica: ridefinire con maggiore coinvolgimento la GM, che deve essere destinata all'intercettazione delle basse intensità e dei percorsi inappropriati per il PS, nonché per le patologie croniche. L'ipotesi di localizzare la GM vicino al PS non pare vantaggiosa: da un lato potrebbe indurre il paziente a preferire il PS, dall'altro la GM ad inviare in PS i pazienti. È necessario:

- a. GM "avanzata" con maggiore diagnostica;
- b. implementazione della GM nell'ambito delle case di comunità e definizione di competenze (chi referta un ECG, telemedicina);
- c. maggiore integrazione tra GM e MMG
- d. continuità assistenziale h.24
- e. inserire la GM nei PPI e spostare i medici d'urgenza nei PS

7. Comunicazione con i MMG: si evidenzia la necessità di un miglioramento anzi della creazione di un'autentica comunicazione coi MMG ai fini di una migliore gestione delle problematiche dei pazienti loro in carico, anche in relazione alla crisi nel numero di MMG:

- istituzione di regolari tavoli di lavoro e confronto decentrato (provinciali o cittadini) sui casi inviati in PS

- stabilire protocolli e percorsi di consulenza con i MMG (invio diretto del paziente allo specialista senza dover transitare in PS o relazione di consulenza col PS), anche di telemedicina con RSA e Ospedali di Comunità
- obbligo di specifica informativa sui pazienti inviati in PS

8. Obbligo di indagini annuali sul *burnout* in ogni Azienda ed adozione di provvedimenti conseguenti: le evidenze in letteratura dimostrano la necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di investire più tempo e risorse nell'implementare strategie "evidence based" per mitigare il *burnout* dei medici. Tali indagini sono ben diverse da "indagini di gradimento". La medicina d'emergenza rappresenta infatti un setting ad alto rischio di *burnout* degli operatori. Gli studi che nel mondo hanno indagato la prevalenza di *burnout* tra i medici operanti nell'emergenza hanno riscontrato ovunque livelli molto elevati, maggiori che in altre aree sanitarie. Al di là delle variabili individuali, numerosi sono i correttivi proposti per tutelare i professionisti sanitari, **modifiche strutturali, di organizzazione e di sistema**. Del resto, negli ultimi due anni è esperienza comune che i reparti di pronto soccorso/medicina d'urgenza che risultano maggiormente attrattivi sono quelli nei quali opera personale dipendente strutturato, esperto ed in numero sufficiente a gestire il carico di lavoro, ovvero quelli nei quali si instaura un circolo virtuoso sostenibilità → eccellenza → coinvolgimento.

9. Elaborazione di linee guida nazionali operative sul sovraffollamento nei Pronto Soccorso senza demandarle alle singole regioni.

D. RELAZIONI CON ISTITUZIONI E ALTRI SOGGETTI

1. Istituzione di un **tavolo di lavoro permanente sul Pronto Soccorso** e il sistema emergenza-urgenza con le OOSS presso il in Ministero della Salute e le Regioni, in grado di elaborare disposizioni comuni e omogenee e condividere esperienze risultate positive ed efficaci, proporre provvedimenti legislativi.
2. **Comunicazione:**
 - a. Ministeri, assessorati, Università e Aziende ospedaliere devono univocamente promuovere convintamente e con accordi e disposizioni dedicate una cultura e dei messaggi a favore della buona organizzazione del sistema sanitario, del benessere organizzativo e della riduzione del rischio clinico
 - b. Campagna di comunicazione: istituzione di una pubblicità progresso e di iniziative di educazione a livello nazionale e regionale sul ruolo e il significato del PS e contro la violenza sugli operatori sanitari
3. **Università e formazione:** partecipazione diretta ai programmi formativi delle scuole di specializzazione in quanto tutor ospedalieri, onde evitare che i percorsi formativi restino in mano a figure avulse dal mondo della professione. Costo politico: elevato.
4. **Società scientifiche:** va valorizzato il loro ruolo e le relazioni costruttive con le OOSS nel chiarire le evidenze sul disagio lavorativo in emergenza-urgenza, definire che cosa deve e non deve essere competenza del PS e dell'emergenza-urgenza, non potendo esse agire sul piano giuridico, lavorativo e sindacale.

Alla luce di tutto quanto sopra rappresentato e delle evidenze prodotte sui benefici di un processo di miglioramento, riforma e revisione del sistema emergenza-urgenza, si evidenzia che:

- 1) l'intervento sul sistema emergenza-urgenza rappresenta attualmente una priorità assoluta per garantirne la sostenibilità, per l'organizzazione del sistema ospedaliero e per garantire il benessere lavorativo della dirigenza;
- 2) sono indispensabili provvedimenti legislativi specifici;
- 3) è indispensabile agire su più fattori e disfunzioni simultaneamente;
- 4) devono essere adottati provvedimenti per tutta la dirigenza.

Mirko Schipilliti

Coordinatore Commissione Nazionale Emergenza Urgenza ANAAO ASSOMED

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- *A matter of Urgency: Reducing Emergency Department Overuse*, New England Healthcare Institute, 2010
- *Sources of Potentially Avoidable Emergency Department Visits*, Canadian Institute for Health Information, 2014
- *Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso: evidenze e indirizzi*, 11° suppl. al n. 32 di Monitor, Agenas, 2013.
- Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2021, n. 7-3088, "Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo. Revoca DD.G.R. n. 43-15182 del 23 marzo 2005 e n. 15-12160 del 21 settembre 2009."
- Francesco Rocco Pugliese, Claudia Cicchini Review The Ptolemaic theory and the Copernican theory: which is the right one in the overcrowding? 3/2019-Ottobre ISSN 2532-1285
- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2003; 42: 173-180.
- Ramanujam R, Rousseau D. The challenges are organizational not just clinical. *J Organiz Behav* 2006; 27: 811-827.
- Patients overwhelmingly prefer inpatient boarding to emergency department boarding; *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 45, No. 6, pp. 942–946, 2013
- Emergency Department Crowding and the Use of Nontraditional Beds; *Am J Emerg Med*. 2012 October ; 30(8): 1474–1480. doi:10.1016/j.ajem.2011.12.007
- Use of the SONET Score to Evaluate High Volume Emergency Department Overcrowding: A Prospective Derivation and Validation Study; *Emergency Medicine International 2015*, Article ID 401757,
- Is hallway care dangerous? An observational study; *J.A. Rixe et al. / American Journal of Emergency Medicine* 36 (2018) 1451–1454
- Effects of Emergency Department Expansion on Emergency Department Patient Flow; *Acad Emerg Med*. 2014 May ; 21(5): 504–509. doi:10.1111/acem.12366
- Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients; *Annals of Emergency Medicine*, 2013
- SIMEU - Policy Statement Sovraffollamento dei Pronto Soccorso - Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale in data 07 novembre 2015
- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 gennaio 1997 Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. (GU Serie Generale n.42 del 20-02-1997 - Suppl. Ordinario n. 37)
- Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *J Patient Exp*. 2018;5(2):101. doi:10.1177/2374373517731359
- Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI, et al. Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors. *Mayo Clin Proc*. 2018;93(11):1571-1580. doi:10.1016/J.MAYOCP.2018.05.014
- Andrea Urbani. *Linee Di Indirizzo Nazionali per Lo Sviluppo Di Un Piano Di Gestione Del Sovraffollamento in Pronto Soccorso.*; 2019.

- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes K v., Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003;42(2):173-180. doi:10.1067/MEM.2003.302
- Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med.* 2010;28(3):304-309. doi:10.1016/J.AJEM.2008.12.014
- Rasouli HR, Esfahani AA, Nobakht M, et al. Outcomes of Crowding in Emergency Departments; a Systematic Review. *Arch Acad Emerg Med.* 2019;7(1):e52. doi:10.22037/aaem.v7i1.332
- Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship.* 2014;46(2):106-115. doi:10.1111/JNU.12055
- Jacobson GH, McCoin NS, Lescallete R, Russ S, Slovis CM. Kaizen: A Method of Process Improvement in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine.* 2009;16(12):1341-1349. doi:10.1111/J.1553-2712.2009.00580.X
- Welch SJ. Patient Segmentation: Redesigning Flow. *Emergency Medicine News.* 2009;31:1. doi:10.1097/01.EEM.0000358856.53187.28
- Decreto 119 dell'8.10.2018 Regione Veneto *Approvazione dei criteri di distribuzione dei ricoveri per acuti in area medica presso gli ospedali della Regione del Veneto- Criteri di distribuzione dei ricoveri per acuti in area medica, "Progetto trend"*,
- Della Porta, Domenico "Aggressioni agli operatori sanitari. Ci troviamo di fronte ad un chiaro rischio psico-sociale", *Quotidiano Sanità* 12.1.2019
- CATINO, Maurizio; PESENTI CAMPAGNONI, Massimo; LOCATELLI, Chiara. La medicina difensiva: una ricerca sul Pronto Soccorso in Italia. *Pratica Medica & Aspetti Legali*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 35-43, feb. 2010. ISSN 2283-4044.
- Sanza M, Ceccarelli P, Ballanti L, Bruno A, Iorio G, Loddo C, Polichetti GI, Teodorani M La valutazione dell'impatto delle aggressioni sul benessere psicologico del personale sanitario. *Uno studio osservazionale Politiche sanitarie* 2018;19(1):43-50 doi 10.1706/2894.29184
- INAIL Sovrintendenza medica generale "Patologia psichica da stress, mobbing e costrittività organizzativa. La tutela dell'INAIL". Edizione INAIL 2005.
- AGENAS, Report analisi accessi Pronto Soccorso, dati 2019 e 2020.
- AGENAS, Portale della trasparenza dei servizi della salute, <https://trovastruttur e.agenas.it/>
- ANAAO ASSOMED, Il lavoro in ospedale ai tempi del Covid. Indagine sulle condizioni lavorative dei medici ospedalieri e sull'impatto dell'emergenza COVID-19 sul Sistema Sanitario Nazionale, 2020 –
- Annuario statistico italiano, dataset 2020 – Ministero della Salute
- Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Report Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, Anno 2019
- Cianci V., presentazione Gli indicatori di Medicina d'Urgenza quali proxy dell'efficienza territoriale, SIMEU, maggio 2022
- Conto annuale, Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2020
- Eurostat, Hospital beds by type of care, Available beds in hospitals (HP.1), 2020.
- Eurostat, In-patient average length of stay (days), ultimo dato rilevato 2019
- IRES, Osservatorio demografico territoriale del Piemonte, dati 2011- 2020
- ISTAT, Previsioni della popolazione residente e delle famiglie, Novembre 2021
- Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO, Ministero della Salute 2019
- Rapporto OASI 2021, Cergas, Università Bocconi
- Report PNE 2021
- Rete dell'emergenza ospedaliera, Dataset, Ministero della Salute, 2019
- F. Pellegrino, "La sindrome del burn-out," 2009.
- D. S. Tawfik *et al.*, "Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors," *Mayo Clin. Proc.*, vol. 93, no. 11, pp. 1571–1580, Nov. 2018, doi: 10.1016/J.MAYOCP.2018.05.014.
- M. Mercuri *et al.*, "Canadian emergency medicine physician burnout: a survey of Canadian emergency physicians during the second wave of the COVID-19 pandemic," *CJEM*, vol. 24, no. 3, pp. 288–292, Apr. 2022, doi: 10.1007/S43678-021-00259-9.
- Q. Zhang, M. C. Mu, Y. He, Z. L. Cai, and Z. C. Li, "Burnout in emergency medicine physicians: A meta-analysis and systematic review," *Medicine (Baltimore)*, vol. 99, no. 32, p. e21462, Aug. 2020, doi: 10.1097/MD.00000000000021462.
- C. R. Stehman, Z. Testa, R. S. Gershaw, and A. R. Kellogg, "Burnout, drop out, suicide: Physician

- loss in emergency medicine, part I," *West. J. Emerg. Med.*, vol. 20, no. 3, pp. 485–494, 2019, doi: 10.5811/WESTJEM.2019.4.40970.
- Peckham C., "Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019," *Medscape*, 2019. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056> (accessed Feb. 27, 2023).
 - A. Moukarzel *et al.*, "Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors," *Biomed Res. Int.*, vol. 2019, 2019, doi: 10.1155/2019/6462472.
 - N. Shopen *et al.*, "Emergency medicine physician burnout before and during the COVID-19 pandemic," *Isr. J. Health Policy Res.*, vol. 11, no. 1, pp. 1–9, Dec. 2022, doi: 10.1186/S13584-022-00539-4/TABLES/7.
 - R. Petrino, L. G. C. Riesgo, and B. Yilmaz, "Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system?," *Eur. J. Emerg. Med.*, vol. 29, no. 4, p. 279, Aug. 2022, doi: 10.1097/MEJ.0000000000000952.
 - E. Fiabane *et al.*, "Prevalence and determinants of Italian physicians' burnout in the 'post-COVID-19' era," *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, vol. 96, no. 3, pp. 377–387, 2022, doi: 10.1007/s00420-022-01929-6.
 - M. Civita, E. Laurita, C. Di Stefano, M. Gervasoni, S. Viotti, and S. Zucchi, "Physicians and nurses' burnout in the emergency departments of North West of Italy," *Intern. Emerg. Med.*, vol. 16, no. 5, pp. 1381–1385, 2021, doi: 10.1007/s11739-020-02577-9.
 - A. Hodkinson *et al.*, "Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis," *BMJ*, vol. 378, Sep. 2022, doi: 10.1136/BMJ-2022-070442.
 - A. Dam, T. Perera, M. Jones, M. Haughey, and T. Gaeta, "The Relationship Between Grit, Burnout, and Well-being in Emergency Medicine Residents," *AEM Educ. Train.*, vol. 3, no. 1, pp. 14–19, Jan. 2018, doi: 10.1002/AET2.10311.
 - P. Gnerre, C. Rivetti, A. P. Rossi, L. Tesei, D. Montemurro, and R. Nardi, "Work stress and burnout among physicians and nurses in Internal and Emergency Departments," *Ital. J. Med.*, vol. 11, no. 2, pp. 151–158, 2017, doi: 10.4081/itjm.2017.740.
 - Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012;172:1377-85.
 - Peckham C. Medscape internist lifestyle report 2015; January 26, 2015. Available from: <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/internalmedicine>
 - Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham CA, Peters D, Esmail A, Panagioti M. *Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*. 2022 Sep 14;378:e070442. doi: 10.1136/bmj-2022-070442. PMID: 36104064; PMCID: PMC9472104.
 - Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: New models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36–56).

APPENDICE

Il *burnout* in emergenza-urgenza

a cura di Lorenzo Iogna Prat

La burn out syndrome (BOS) è un termine inglese di immediata comprensione per intendere una sindrome psicologica lavoro-correlata che comprende, tra le sue manifestazioni, esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

Per esaurimento emotivo intendiamo il "non poterne più"; la sensazione di vuoto, ansia, rifiuto non appena si mette piede nel luogo di lavoro perché l'operatore non ne ha più le forze. Si può associare a pianti, rabbia incontrollata e senza ragione, apatia, o al pensiero intrusivo del lavoro anche in ambiente familiare o durante la normale vita privata.

Per ridotta realizzazione/efficacia professionale si intende la riduzione nell'engagement nelle attività e negli obiettivi di reparto, non riconoscersi più nel lavoro che si compie, finanche al passaggio alla totale insoddisfazione e rifiuto nell'idea di proseguire nel proprio lavoro; si sente in colpa nei confronti di sé stesso per via del proprio disimpegno, nei confronti dei colleghi; desidera e progetta di lasciare il proprio posto di lavoro.

La depersonalizzazione è l'elemento forse più importante. Il paziente diventa "un numero", un pezzo di carne che si lamenta e che richiede energie che il professionista ha esaurito; si perde la pazienza, si urla, ci si chiede perché il paziente sia lì, si può arrivare a desiderare di attuare delle pratiche che portino il paziente a soffrire, ad esempio non si somministra la terapia antalgica, si fanno procedure invasive anche senza indicazione, o al contrario si smette di visitare il paziente, di preoccuparsi del suo destino.

Sia chiaro: nessuna di queste manifestazioni è una scelta personale o rappresenta ciò che il lavoratore davvero pensa; tuttavia, l'instaurarsi del burn out porta un professionista una volta motivato, appassionato ed empatico ad una trasformazione radicale nel suo approccio al lavoro e all'utenza che ha di fronte.

Se intuitivamente possiamo associare la BOS allo stress relativo al lavoro, in realtà tale identificazione non esiste nella pratica.

Si tratta di un processo di inefficace adattamento tra le attese personali e lavorative del professionista, e lo scontro con i limiti del luogo di lavoro, in un contesto di disillusione e prostrazione crescenti. Inizialmente impegnato, tanto da esaurire via via le proprie risorse mentali e fisiche, il professionista presenterà un corteo sintomatologico che passa dal declino della propositività, all'appiattimento emotivo e alla definitiva disperazione nell'affrontare il proprio lavoro [1]

Dai dati di letteratura, emerge che il problema del burn out è trasversale a sesso, età, e altre variabili individuali; sembra che la variabile più probabilmente associata al suo instaurarsi sia una variabile di sistema: peggio è organizzata la struttura in cui un professionista lavora, più è esposto a rischi, e più è esposto al traumatismo psicologico più il professionista è a rischio burn out. La pandemia da Sars-CoV2 ha fatto esplodere questi fattori perché ha visto l'insieme di disorganizzazione, depersonalizzazione ("fuori uno avanti un altro", tute, mascherine), alto traumatismo (aumento della mortalità tra i pazienti gestiti in emergenza), fallibilità del sistema e verosimili errori di gestione, almeno nelle fasi iniziali.

Sono numerosi gli studi in letteratura che evidenziano una correlazione tra depressione, turbe del sonno, BOS ed errore medico e sicurezza del paziente [2]

La medicina d'emergenza rappresenta un setting ad alto rischio di burnout degli operatori. Gli studi che nel mondo hanno indagato la prevalenza di burnout tra i medici operanti nell'emergenza hanno riscontrato ovunque livelli molto elevati [3]. Una metanalisi condotta prima della pandemia da COVID 19 ha dimostrato un'elevata prevalenza di burnout tra i medici d'emergenza, il 40% dei quali presenta esaurimento emotivo e depersonalizzazione. La stessa metanalisi suggerisce che i **medici d'emergenza sono maggiormente a rischio burnout rispetto ai colleghi operanti in altri dipartimenti** e ad altre figure sanitarie [4].

Il tasso di suicidi tra medici, nella popolazione mondiale, è il più alto tra le classi lavorative con circa 400 medici suicidi all'anno negli Stati Uniti. Tra questi, i medici d'emergenza sono quelli che presentano maggior rischio burnout e suicidio [5]. Contribuiscono a questo elevato livello di burnout la necessità di lavorare di notte, nei fine settimana e durante le vacanze [6]. Contribuiscono inoltre: l'elevata intensità del lavoro i carichi di lavoro, gestione simultanea di molti pazienti gravi, frequenti "task switching", difficoltà relazionali con altri colleghi, incertezza costante durante l'orario lavorativo. [7]

I livelli di burnout tra i medici dell'emergenza erano elevati prima della pandemia COVID 19 , e sono peggiorati durante e dopo la stessa [8].

In uno studio recente condotto sui medici d'emergenza in Europa si è confermato un elevato livello di burnout. Sono stati identificati svariati fattori di rischio, tra cui la carenza di organico, il genere femminile e la poca esperienza lavorativa [9], dato questo già noto in precedenza da un altro lavoro condotto in Olanda.

In un recente studio del 2022, la prevalenza di BOS tra medici in Italia, indipendentemente dal reparto di appartenenza, è risultata del 18.5% [10]. In uno studio italiano su medici e infermieri operanti in Pronto Soccorso nell'area del nord-ovest, sono emersi risultati maggiormente preoccupanti non tanto in merito al numero di persone colpite da BOS, ma soprattutto in termini di impatto sulla loro salute fisica e mentale che stress lavoro-correlato e BOS comportano [11].

I medici in burnout pensano più frequentemente di lasciare il posto di lavoro, mettendo a rischio i sistemi sanitari [9]. Questo dato è confermato da una metanalisi che fornisce una chiara evidenza che il burnout dei medici è associato ad una scarsa efficienza e sostenibilità dei sistemi sanitari, soprattutto a causa del disimpegno e turnover dei medici ed in secondo luogo riducendo la qualità delle cure, in particolare nell'ambito della medicina d'emergenza e tra i medici in formazione. La stessa metanalisi conclude sottolineando la necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di investire più tempo e risorse nell'implementare strategie "evidence based" per mitigare il burnout dei medici. [8], [12]

Tra i fattori personali protettivi rispetto al burnout è stata riscontrata la "grinta" intesa come "perseveranza e passione per obiettivi a lungo termine" [13].

Al di là delle variabili individuali, numerosi sono i correttivi proposti per tutelare i professionisti sanitari, e si tratta di tutte modifiche strutturali, di organizzazione e di sistema. [14]

Negli ultimi due anni è esperienza comune che i reparti di pronto soccorso/medicina d'urgenza che risultano maggiormente attrattivi sono quelli nei quali opera personale dipendente strutturato, esperto ed in numero sufficiente a gestire il carico di lavoro, ovvero quelli nei quali si instaura un circolo virtuoso
SOSTENIBILITA'→ECCELLENZA→COINVOLGIMENTO.

In contrapposizione, il dilagare del circolo vizioso
MEDIOCRITA'→FALLIMENTO→ABBANDONO che vede nel burnout un fattore che opera

concomitaneamente come causa e come effetto del processo il cui effetto finale è lo spopolamento dei reparti ed il crollo della qualità delle cure.

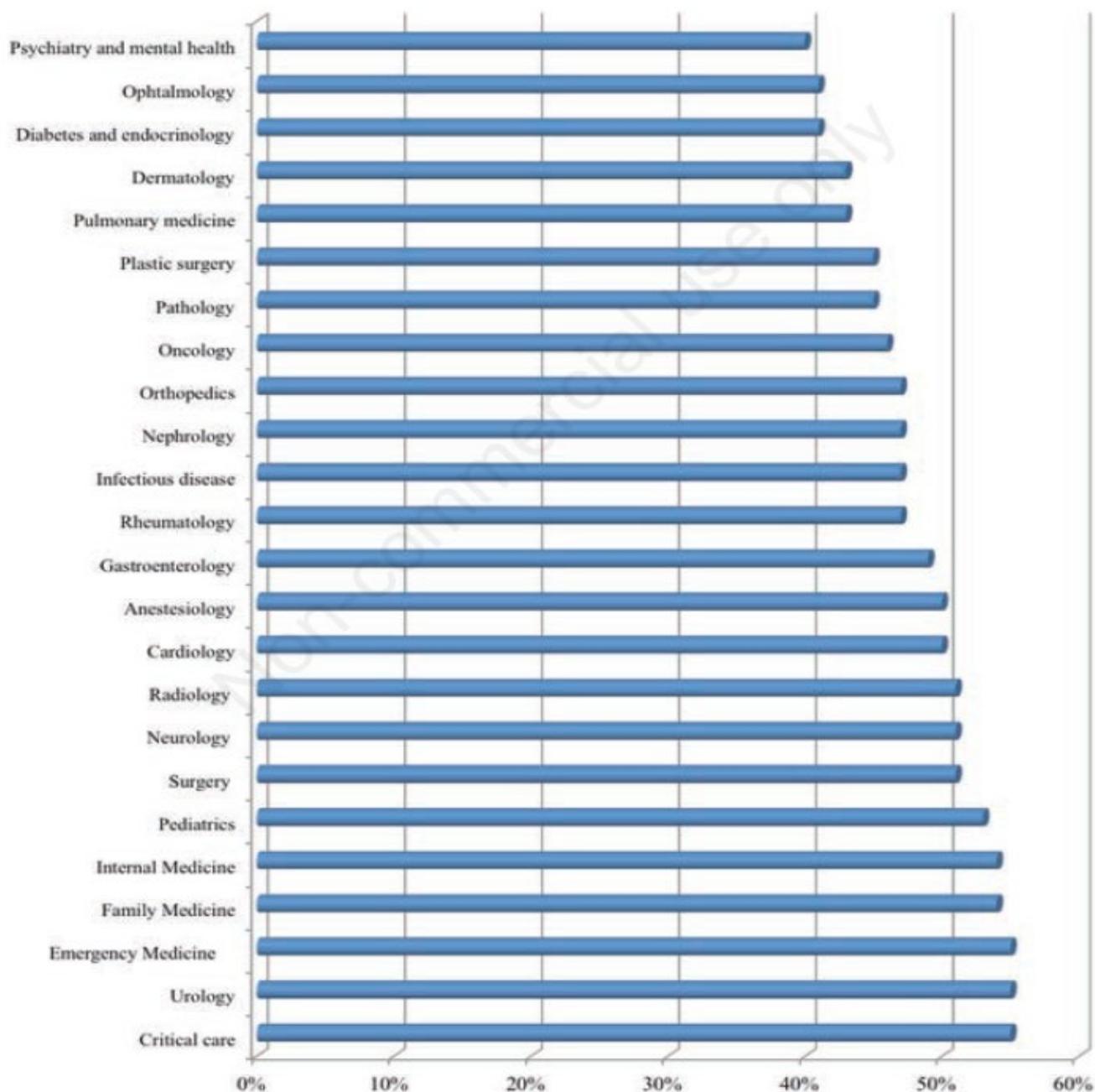


Figura: Specialità nelle quali i medici sono maggiormente soggetti a burnout (modificato da Shanafelt et al., 2012 [15] e Peckham, 2015. [16])

Bibliografia

- [1] F. Pellegrino, "La sindrome del burn-out," 2009.
- [2] D. S. Tawfik *et al.*, "Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors," *Mayo Clin. Proc.*, vol. 93, no. 11, pp. 1571–1580, Nov. 2018, doi: 10.1016/J.MAYOCP.2018.05.014.
- [3] M. Mercuri *et al.*, "Canadian emergency medicine physician burnout: a survey of Canadian emergency physicians during the second wave of the COVID-19 pandemic," *CJEM*, vol. 24, no. 3, pp. 288–292, Apr. 2022, doi: 10.1007/S43678-021-00259-9.
- [4] Q. Zhang, M. C. Mu, Y. He, Z. L. Cai, and Z. C. Li, "Burnout in emergency medicine physicians:

- A meta-analysis and systematic review," *Medicine (Baltimore)*, vol. 99, no. 32, p. e21462, Aug. 2020, doi: 10.1097/MD.00000000000021462.
- [5] C. R. Stehman, Z. Testo, R. S. Gershaw, and A. R. Kellogg, "Burnout, drop out, suicide: Physician loss in emergency medicine, part I," *West. J. Emerg. Med.*, vol. 20, no. 3, pp. 485–494, 2019, doi: 10.5811/WESTJEM.2019.4.40970.
- [6] Peckham C., "Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019," *Medscape*, 2019. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056> (accessed Feb. 27, 2023).
- [7] A. Moukarzel *et al.*, "Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors," *Biomed Res. Int.*, vol. 2019, 2019, doi: 10.1155/2019/6462472.
- [8] N. Shopen *et al.*, "Emergency medicine physician burnout before and during the COVID-19 pandemic," *Isr. J. Health Policy Res.*, vol. 11, no. 1, pp. 1–9, Dec. 2022, doi: 10.1186/S13584-022-00539-4/TABLES/7.
- [9] R. Petrino, L. G. C. Riesgo, and B. Yilmaz, "Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system?," *Eur. J. Emerg. Med.*, vol. 29, no. 4, p. 279, Aug. 2022, doi: 10.1097/MEJ.0000000000000952.
- [10] E. Fiabane *et al.*, "Prevalence and determinants of Italian physicians' burnout in the 'post-COVID-19' era," *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, vol. 96, no. 3, pp. 377–387, 2022, doi: 10.1007/s00420-022-01929-6.
- [11] M. Civita, E. Laurita, C. Di Stefano, M. Gervasoni, S. Viotti, and S. Zucchi, "Physicians and nurses' burnout in the emergency departments of North West of Italy," *Intern. Emerg. Med.*, vol. 16, no. 5, pp. 1381–1385, 2021, doi: 10.1007/s11739-020-02577-9.
- [12] A. Hodkinson *et al.*, "Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis," *BMJ*, vol. 378, Sep. 2022, doi: 10.1136/BMJ-2022-070442.
- [13] A. Dam, T. Perera, M. Jones, M. Haughey, and T. Gaeta, "The Relationship Between Grit, Burnout, and Well-being in Emergency Medicine Residents," *AEM Educ. Train.*, vol. 3, no. 1, pp. 14–19, Jan. 2018, doi: 10.1002/AET2.10311.
- [14] P. Gnerre, C. Rivetti, A. P. Rossi, L. Tesei, D. Montemurro, and R. Nardi, "Work stress and burnout among physicians and nurses in Internal and Emergency Departments," *Ital. J. Med.*, vol. 11, no. 2, pp. 151–158, 2017, doi: 10.4081/itjm.2017.740.
- [15] Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012;172:1377-85.
- [16] Peckham C. Medscape internist lifestyle report 2015; January 26, 2015. Available from: <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/internalmedicine>