

quotidianosanita.it

Mercoledì 28 NOVEMBRE 2018

Riforma del Pronto Soccorso in “tre mosse”. Le proposte dell'Anaaao

Riteniamo che alcune proposte [apparse sulla stampa recentemente](#) siano frettolose e pericolose. La nostra proposta prevede invece tre fasi successive, quella odierna per superare l'attuale la criticità acuta e drammatica di personale, quella successiva della stabilizzazione e quella finale della messa a norma

La Commissione Nazionale Emergenza Urgenza ANAAO ASSOMED, in relazione alla annunciata riforma del Pronto Soccorso per la quale è al lavoro [un'apposita commissione ministeriale](#), indica le criticità del settore sulle quali ritiene indispensabile intervenire:

1. Le condizioni di lavoro degli operatori
2. La sicurezza
3. L'errata previsione di fabbisogno di personale medico
4. L'accesso alla formazione e integrazione della rete formativa.

Condizioni di lavoro

Lavorare in pronto soccorso è usurante ([Allegato 6](#)). Non siamo noi a dirlo ma numerosa letteratura scientifica. Aumentano per gli operatori sensibilmente le possibilità di patologia cardiopolmonari, aumenta il burnout. Anche per questi motivi, la scuola di specializzazione in medicina di emergenza urgenza non è in Italia ancora tra le più ambite, al contrario di quanto avviene negli altri paesi UE.

Dobbiamo agire proponendo almeno tre provvedimenti:

1. A tutti i medici in pianta organica presso 118, pronto soccorso e medicina d'urgenza collegati, sono riconosciuti ogni anno ulteriori 10 giorni di ferie da godere continuativamente ed obbligatoriamente nei mesi non estivi. Tali periodi devono essere goduti tassativamente ogni anno, non potranno essere cumulati con le ferie estive o spostati negli anni successivi. Ricordiamo che, seppure per motivi diversi, identici provvedimenti sono oggi goduti da anestesisti e radiologi ([Allegato 2](#)).

2. Con riferimento alle linee di indirizzo del Ministero sui limiti di tempi di permanenza del malato nei locali di pronto soccorso, la Commissione propone che Il decreto preveda, unitamente, norme che impongano alle regioni di adottare i provvedimenti necessari ad ottenere questo risultato (più posti letto, migliore assistenza territoriali etc). Il mancato rispetto di questo obiettivo deve portare a sanzioni nei confronti del direttore generale e del direttore sanitario.

3. Al compimento dei 60 anni di età i medici, su loro richiesta, possono uscire dai turni notturni.

Sicurezza

1. In tutte le sedi di pronto soccorso deve essere presenti sistemi di sorveglianza attiva ed in video h 24 ed un linea telefonica dedicata per garantire l'accesso diretto delle forze dell'ordine.

2. Una revisione ed aggiornamento delle attuali norme legislative e del codice procedura penale che consentano maggiori poteri di contenimento delle azioni violente, da parte dei vigilanti

3. Una reale diminuzione del rischio si ottiene se l'organico non è sottodimensionato. E' nozione comune che in

caso di persona agitata/violenta il numero minimo di operatori sanitari per l'intervento di contenimento/sedazione deve essere non inferiore a 6 unità e questo dovrebbe essere previsto nel Documento aziendale di Valutazione del Rischio.

Errata previsione di Fabbisogno di personale medico

I pronto soccorsi in Italia sono 844 (513 di base e 331 complessi). Le visite eseguite ogni anno sono 24 milioni, 2.800 accessi ogni ora. Nel sistema dell'emergenza urgenza lavorano 12.000 medici. Le postazioni del 118 sono 103 (64 servono un bacino inferiore ai 500.000 abitanti, 28 tra 500.000 e 1.000.000 e 11 con bacino superiore ad un milione di abitanti).

Appare evidente che aver previsto ogni anno la formazione in Italia di solo 162 medici specializzandi, fosse palesemente insufficiente, tanto da aver generato in questi anni assunzioni di personale non in possesso del titolo di specialista, ([Allegato 4](#)) o aver formato frettolosamente dei medici utilizzando le graduatorie di medicina generale, o peggio di avere appaltato al privato la gestione di alcuni pronto soccorsi ([Allegato 3](#)).

Riteniamo che alcune proposte [apparse recentemente sulla stampa](#) siano frettolose e pericolose:

1. Formare con corsi di formazione i medici di medicina generale ed inserirli nel 118 o nella gestione dei codici verdi o bianchi ([Allegato 5](#))
2. Aumentare le equipollenze facendo entrare specialisti che nulla hanno a che fare con l'area dell'urgenza.

A nostro avviso la proposta deve essere più articolata e **prevedere tre fasi successive**, quella odierna per superare l'attuale la criticità acuta e drammatica di personale, quella successiva della stabilizzazione e quella finale della messa a norma.

Oggi:

1. Prevedere che l'accesso all'area, dalla data di pubblicazione del decreto, avvenga solo per concorso pubblico ed in regime di dipendenza, altrimenti passeremo sempre di sanatoria in sanatoria.
2. Strutturazione in AO/ ASL del personale scelto dalle graduatorie della specialistica ambulatoriale oggi in servizio nei pronto soccorso od al 118, se assunto per un numero di ore di servizio superiore alle 17 ore.
3. Strutturazione del personale attualmente in servizio da più di 5 anni, mediante concorsi riservati. anche in assenza del diploma di scuola di specializzazione.
4. Iscrizione in sovrannumero nelle scuole di specializzazione per il restante personale in servizio da meno di 5 anni.
5. Possibilità di assumere nei DEA e nei 118, con contratti a tempo determinato, gli specializzandi del IV e V anno.

Domani:

Le aziende (dopo e/o contestualmente) ad avere bandito un concorso per assumere personale medico in pronto soccorso o nel 118, in assenza di idonei, potranno assumere con contratto a tempo determinato medici anche in assenza dei requisiti di formazione (nessun diploma o diplomi non equipollenti).

Questi medici entreranno automaticamente in sovrannumero nella scuola di specializzazione più vicina al posto di lavoro. I medici della struttura ospedaliera saranno obbligatoriamente nominati quali tutor. Al conseguimento del titolo il contratto a tempo determinato sarà convertito in contratto a tempo indeterminato mediante concorso riservato.

Dopodomani:

L'accesso alla formazione e integrazione della rete formativa

Integrare la rete formativa, oggi solo universitaria, creando scuole di specializzazione sia universitarie che ospedaliere, tali da permettere di formare il numero di specialisti utili per poter coprire l'intero servizio dell'area ([Allegato 1](#)).

Da quella data prevedere che l'accesso all'area ed ai suoi ruoli dirigenziali sia consentito solo a coloro che avranno acquisito il titolo di specializzazione specifico o che abbiano lavorato in quella disciplina da più di 10 anni.

Integrazione dei sistemi di emergenza pre-ospedaliera ed ospedaliera, con modalità da definire, come previsto dagli standard europei e come già in atto in molti paesi avanzati.

Sandro Petrolati

Coordinatore Commissione Emergenza Urgenza Anaa Assomed