

XII COMMISSIONE

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO SOCCORSO IN ITALIA

PROGRAMMA DELL'INDAGINE

Il pronto soccorso è, per sua natura, una delle aree a maggiore complessità all'interno di una struttura ospedaliera, avendo la funzione di garantire risposte e interventi tempestivi ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando rapidamente le situazioni di emergenza e urgenza.

L'idea di un'indagine conoscitiva sulla situazione del pronto soccorso e della medicina dell'emergenza-urgenza in Italia nasce dalla considerazione per cui allo stato attuale si tratta di uno dei settori più problematici per quanto riguarda lo stato della sanità nel nostro Paese. Vari sono gli elementi sui quali si fonda tale premessa. Uno dei principali fattori di criticità è costituito dalla carenza di personale sanitario: si stima, infatti, che nel settore dell'emergenza-urgenza manchino al momento oltre 4500 medici e circa 10000 infermieri a livello nazionale. Conseguentemente, molti pronto soccorso, per fare fronte ai propri compiti quotidiani, sono costretti a ricorrere a soluzioni quali cooperative o gettonisti, che rappresentano espedienti discutibili perché gravidi di effetti deleteri sull'assistenza e sul clima lavorativo: competenze incerte dei lavoratori esterni, loro mancata integrazione nel luogo di lavoro transitorio, guadagno di gran lunga superiore rispetto a coloro che svolgono le stesse mansioni da dipendenti, che quindi tendono a demotivarsi ulteriormente e a fuggire. Al riguardo, si stima che nel nostro Paese si stia verificando una fuga di circa 100 medici al mese dai pronto soccorso verso posti di lavoro diversi per qualità di vita personale, lavorativa ed economica.

Strettamente connesso all'abbandono del posto di lavoro in questo settore è poi il tema della scarsa attrattività delle borse di studio. Dai dati del Ministero dell'Università e della ricerca risulta che negli ultimi anni solo la metà dei contratti di specializzazione banditi in Medicina d'emergenza urgenza sono stati assegnati. A questo dato, già di per sé poco confortante, si andrebbe poi a sommare un significativo tasso di abbandono, stimato intorno a un ulteriore 10-20%.

La "fuga" dalla medicina d'emergenza-urgenza sembra essere connessa alle condizioni di lavoro (turni massacranti, alta frequenza di lavoro notturno e durante le festività). La situazione si è decisamente aggravata durante l'emergenza pandemica da Covid-19: soprattutto durante la prima fase, i pronto soccorso sono stati il principale presidio sanitario. I volumi di pazienti, sia sospetti sia realmente affetti da Covid-19, che si sono riversati nei pronto soccorso, in particolare tra marzo e aprile 2020, erano in gran parte inaspettati e hanno messo a dura prova i sistemi di risposta sanitaria, che hanno dovuto riorganizzarsi rapidamente.

Il personale sanitario che opera presso i pronto soccorso è quello maggiormente esposto alle aggressioni, che sono quotidiane, come emerso anche in occasione dello svolgimento di atti di

sindacato ispettivo dall'inizio della XIX legislatura ad oggi, sia in Assemblea sia presso la XII Commissione della Camera dei deputati.

Si tratta inoltre di un'attività nello svolgimento della quale gli operatori sanitari sono particolarmente esposti alle denunce per presunti errori, allontanando quindi i neolaureati dalla scelta di tale specializzazione: tale aspetto sarà oggetto di specifica attenzione nel corso dell'indagine.

L'impossibilità oggettiva di svolgere la libera professione, poi, rende nettamente meno allettante il lavoro in pronto soccorso, restando il solo salario l'unico reddito di tanta fatica.

L'aggiornamento professionale, peraltro, risulta difficile a causa del protrarsi dell'attività lavorativa per tante ore e tante notti.

Altre questioni problematiche, strettamente connesse a quelle riguardanti la carenza di personale e le condizioni di lavoro, sono costituite dal sovraffollamento e dai tempi di attesa. Il pronto soccorso è un ambito che dovrebbe assorbire prevalentemente, se non quasi esclusivamente, la domanda di emergenza e urgenza. I numeri elevati non riflettono, evidentemente, solo questa tipologia di bisogni, ma indicano come il pronto soccorso rappresentino anche il primo sintomo di ciò che non funziona nel sistema di accesso e presa in carico di bisogni non urgenti o che, comunque, potrebbero trovare una risposta differente a livello di assistenza sanitaria. In un contesto, come quello attuale, in cui il normale funzionamento del pronto soccorso viene messo in crisi dalla sproporzione tra la domanda di assistenza sanitaria, eccessiva e spesso impropria, costituita dall'elevato numero di pazienti in attesa e in carico, e l'insufficiente presenza delle risorse umane, tecnologiche e strutturali disponibili e necessarie a soddisfarla, si parla di sovraffollamento (*overcrowding*).

Tra le diverse cause che determinano situazioni di sovraffollamento si possono individuare: il progressivo invecchiamento della popolazione, che ha determinato un aumento di pazienti affetti da malattie croniche e, di conseguenza, un maggior numero di accessi al pronto soccorso a seguito della riacutizzazione delle stesse e della mancata presa in carico dalla medicina territoriale; la presenza di pazienti provenienti dalle aree extracomunitarie, talvolta privi di assistenza sanitaria; i tempi lunghi nello scorrimento delle liste d'attesa per prestazioni specialistiche; la mancanza di cultura nel paziente di distinguere un bisogno di assistenza sanitaria importante ed urgente da un sintomo non significativo, che può essere affrontato in sede di medicina generale; la non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento segnalato alla centrale operativa 118, con la conseguente errata attribuzione del codice di *triage* da parte dall'*équipe* di soccorso 118, servizio organizzato in maniera non omogenea sul territorio nazionale; l'inappropriata attribuzione del codice *triage* in pronto soccorso, che può penalizzare fortemente l'efficienza e l'efficacia del sistema dell'emergenza-urgenza, essendo il *triage* lo "snodo decisionale" rispetto all'avvio dei pazienti verso il corretto percorso, alla distribuzione interna delle risorse (umane, strumentali, diagnostiche) e alla definizione delle interfacce in uscita (osservazione breve intensiva, ricovero ordinario, percorsi di presa in carico ambulatoriale, rete dei servizi territoriali); l'incremento degli accessi in determinati periodi dell'anno, legato alla stagionalità di fattori epidemiologici e alla mobilità della popolazione (ad esempio, periodo influenzale oppure periodi di vacanza e turismo); la carenza di posti letto disponibili nei reparti di degenza causata dalla difficoltà a garantire un *turnover* adeguato.

I dati evidenziano inoltre che il tempo di attesa per l'accesso al ricovero, così detto “*boarding*”, è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del pronto soccorso ed è la prima causa del sovraffollamento. La presenza di pazienti in attesa di ricovero comporta effetti ben noti in letteratura quali: aumento dei tempi di attesa per la prima valutazione medica e della permanenza in pronto soccorso; maggior necessità di risorse (spazi, tecnologia e risorse umane); riduzione del livello di soddisfazione e comfort dei pazienti; riduzione del benessere psico-fisico degli operatori. Il *boarding* si accentua nel fine settimana e nei giorni festivi, quando la disponibilità di posti letto è ridotta e, inoltre, vi è la difficoltà di dimettere gli anziani-fragili al domicilio o nelle residenze sanitarie assistite.

Nel 2018, il Ministero della salute ha diramato le «Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso», poi recepite in sede di Conferenza Stato-Regioni il 1° agosto 2019 attraverso l'Accordo stipulato ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 281 del 1997. Come si legge nelle premesse di tale documento, tra le cause che determinano il fenomeno in oggetto, si considerano fattori in ingresso (“*input*”), fattori interni strutturali (“*throughput*”) e fattori di uscita (“*output*”). Il fattore *input* si riferisce a un eccessivo e rilevante accesso di utenti al pronto soccorso, determinato negli ultimi anni dall'insorgenza di nuovi bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione e dall'aumento del numero di pazienti complessi: una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell'ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all'interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare. Il fattore *throughput* fa riferimento a un rallentamento dei percorsi interni al pronto soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche che necessitano della collaborazione dei servizi specialistici. Il fattore *output* comprende la difficoltà a ricoverare per l'indisponibilità di posto letto nelle unità operative di destinazione, il prolungamento della durata di ricovero, la difficoltà a dimettere i pazienti al termine dell'episodio di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità sul piano socio-sanitario.

Le suddette linee guida ministeriali prevedono che tutte le regioni formulino disposizioni volte a garantire l'adozione, da parte delle singole aziende sanitarie e ospedaliere, di piani per la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso. Tali piani, oltre a delineare gli strumenti e gli indicatori per la misurazione dei livelli di sovraffollamento e la definizione di soglie di criticità, dovrebbero prescrivere le conseguenti strategie di risposta, distinte in base all'aspetto sul quale intervengono.

Sulla base delle indicazioni ministeriali, si è assistito alla formulazione di strategie e risposte diverse conformi alle peculiarità dei territori.

Come detto, le cause dell'affollamento del pronto soccorso sono molteplici e collegate non solo agli accessi impropri, ma anche e soprattutto all'impossibilità di inviare nei reparti i pazienti che necessitano di ricovero. Le strutture di pronto soccorso si sono attrezzate per rispondere al meglio alle nuove domande, ma è necessaria una risposta globale da parte delle aziende e del sistema sanitario. Il monitoraggio dell'adeguatezza dei servizi non può limitarsi a valutare quanto si deve attendere per una prestazione non urgente ambulatoriale, come un'ecografia, oppure ospedaliera,

come un intervento chirurgico elettivo. È indispensabile valutare il sistema anche sulla base di come risponde nelle emergenze e urgenze, di quanto si attende in pronto soccorso prima di essere valutati da un medico e soprattutto di quanto si resta in barella in pronto soccorso dopo che è stato deciso il ricovero.

Stante il perdurare della situazione molto problematica appena descritta, che presenta vari elementi di criticità, in tempi assai recenti sono state introdotte a livello normativo alcune misure che, sebbene valutate non sufficienti ad affrontare in modo esaustivo i problemi segnalati, possono essere comunque considerate un passo in avanti verso il progressivo superamento di questi ultimi. Con il decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, recante “Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali”, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, sono state, infatti, introdotte misure volte a migliorare la situazione del personale sanitario che svolge la propria attività nel settore dell'emergenza-urgenza, nonché la situazione del settore stesso. In particolare, allo scopo di fare fronte alla carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri e di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, l'articolo 11 del predetto decreto-legge ha previsto che per l'anno 2023 le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (Ssn), possono ricorrere alle prestazioni aggiuntive previste dalla contrattazione collettiva nazionale per il personale medico ed infermieristico, consentendo, in deroga alla contrattazione, un aumento della relativa tariffa oraria fino a 100 euro lordi onnicomprensivi, per il personale medico, e a 50 euro lordi onnicomprensivi per il personale infermieristico. Con una disposizione inserita durante l'esame in sede referente, è stata poi prevista l'applicazione delle predette disposizioni anche al personale medico e infermieristico operante nei pronto soccorso pediatrici e ginecologici afferenti ai presidi di emergenza-urgenza e accettazione (DEA) di I e II livello del Ssn.

Si è poi disposto un incremento, a decorrere dal 1° giugno e fino al 31 dicembre 2023, delle risorse destinate alla corresponsione dell'indennità di pronto soccorso, pari a 100 milioni di euro complessivi, dei quali 30 destinati alla dirigenza medica e 70 al personale del comparto sanità.

Sempre al fine di rispondere alle carenze di specialisti nei servizi di emergenza-urgenza, il decreto-legge (all'articolo 12) ha previsto innanzitutto un regime temporaneo per l'ammissione di tale personale, purché in possesso di determinati requisiti, ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Ssn nella disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, ancorché non in possesso di alcun diploma di specializzazione. E' stato altresì riconosciuto un beneficio ai fini dell'accesso alla pensione di vecchiaia e alla pensione anticipata, mediante l'introduzione di un coefficiente di trasformazione pari a due mesi per ogni anno di attività effettivamente svolta nei servizi di urgenza ed emergenza presso aziende ed enti del Ssn, nel limite massimo di 24 mesi.

Inoltre, al fine di ridurre il fenomeno dei cosiddetti gettonisti, rilevante soprattutto con riferimento al settore dell'emergenza-urgenza, con tutte le conseguenze che esso comporta e che si sono sopra evidenziate, il decreto citato ha disciplinato gli affidamenti a terzi dei servizi medici e infermieristici, operati - esclusivamente in caso di necessità e urgenza - dalle aziende e dagli enti del Ssn per sopperire alla carenza di organico (all'articolo 10). Inoltre, è stata preclusa la ricostituzione

del rapporto di lavoro con il Ssn al personale sanitario che interrompa volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura pubblica per prestare la propria attività presso un operatore economico privato che fornisce i servizi medici ed infermieristici alle aziende e gli enti del Ssn. Sono state altresì introdotte delle norme volte alla reinternalizzazione dei servizi sanitari, attraverso procedure selettive per il reclutamento del personale da impiegare per l'assolvimento delle funzioni precedentemente esternalizzate.

Di rilievo appare anche la disposizione - di cui all'articolo 16, comma 1 - che, oltre a introdurre una specifica sanzione (reclusione da 2 a 5 anni) per le lesioni non aggravate procurate agli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, ha previsto (al comma 1-*bis* dell'articolo 16) la possibilità di istituire presidi fissi della Polizia di Stato presso le strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate dotate di un servizio di emergenza-urgenza, a tutela dell'ordine e sicurezza pubblica nonché per garantire l'incolumità del personale ivi operante. Si tratta di una novità rilevante: in più occasioni, infatti, è stato rilevato come la legge n. 113 del 2020 non sembri completamente attuata, soprattutto per quanto riguarda l'esigenza di istituire presidi di polizia presso le strutture di pronto soccorso, dal momento che i medici e gli altri operatori sanitari ivi operanti, oltre ad andare incontro a condizioni di lavoro molto dure, sono anche particolarmente esposti alle aggressioni.

Le predette novità introdotte a livello normativo, pur se idonee a migliorare la situazione in cui versano le strutture e il personale medico e sanitario che opera nell'area dell'emergenza-urgenza, non possono tuttavia essere considerate esaustive, essendo peraltro contenute in un decreto-legge recante misure urgenti in vari settori compreso quello della sanità. Obiettivo della presente indagine, quindi, è quello di offrire un contributo a un progetto organico di riforma dei servizi di emergenza-urgenza sanitaria che, ferme restando le competenze regionali in materia, sembra oramai improcrastinabile.

Al fine di svolgere i necessari approfondimenti, nel corso dell'indagine la Commissione intende procedere:

- a) allo svolgimento delle seguenti audizioni: Ministro della salute; Conferenza delle regioni; Agenas; rappresentanti degli Ordini delle professioni sanitarie; società scientifiche (Società italiana di medicina d'emergenza urgenza-Simeu, Società italiana anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva-Siaarti, Società italiana di psichiatria-Sip; rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali e di associazioni rappresentative delle professioni sanitarie (Anao-Assomed, Cimo, Fiaso, Federsanità, Aaroi-Emac, Fimmg); Cittadinanzattiva; Centri di ricerca e studio (Cergas Bocconi, Crea Sanità), esperti della materia (docenti universitari, operatori sanitari);
- b) all'acquisizione di memorie scritte e di documenti;
- c) all'effettuazione di missioni presso le realtà territoriali di maggior interesse, per le quali il Presidente della Commissione si riserva di chiedere di volta in volta al Presidente della Camera, la relativa autorizzazione.

L'indagine conoscitiva dovrebbe concludersi entro il mese di dicembre 2023.