

Richiesta d'incontro urgente per discutere alcune proposte finalizzate a contenere il drammatico depauperamento di risorse umane e mitigare la crisi del sistema d'emergenza urgenza ospedaliero della Regione Piemonte.

Premessa

Il sistema d'emergenza urgenza ospedaliero rappresenta il servizio più prezioso della nostra sanità pubblica, non solo da un punto di vista sanitario ma anche sociale.

Negli anni è stato stressato da richieste clinico-assistenziali sempre più gravose e da una crescente attribuzione di compiti e funzioni, spesso accompagnate da una riduzione delle risorse ad esso destinate. Sino alla drammatica gestione delle ondate di pazienti scatenate dall'attuale pandemia.

Si trova oggi così ad affrontare una crisi profonda, grave e sistematica.

In particolare la carenza di specialisti in medicina d'emergenza urgenza o specialità equipollenti, la crescente ondata di cessazioni di medici del SSN a vario titolo (pensionamenti, passaggio alla sanità privata, etc.), la sempre minore attrattività del lavoro di Pronto Soccorso causata da condizioni di lavoro usuranti, scarsa valorizzazione delle professionalità, carichi di lavoro eccessivi, elevatissimo rischio clinico e di contenzioso medico legale, assenza di adeguati riconoscimenti economici e non, hanno condotto ad un gravissimo depauperamento delle risorse umane del sistema dell'emergenza urgenza ospedaliera.

L'estrema difficoltà nel reclutamento di personale da destinare al sistema d'emergenza urgenza ospedaliero, evidenziata da concorsi sempre più spesso deserti e graduatorie che si esauriscono in tempi brevissimi, ha costretto numerose aziende sanitarie regionali ad appaltare interi servizi di Pronto Soccorso a società esterne o, peggio, ad assumere con contratti libero professionali medici privi di specializzazione.

Il rischio di un tracollo nell'offerta di servizi di emergenza che possano garantire sicurezza e qualità delle cure è più che mai concreto.

Si richiede un incontro urgente al fine di discutere le seguenti proposte.

Proposte

1. Riconoscimento del disagio: incentivi economici.

Si richiede di riconoscere economicamente tale disagio attraverso per esempio l'attuazione della DGR 16 maggio 2019, n. 119-9026 che prevede per i lavoratori dei PS l'attuazione di progetti obiettivo, tali da consentire una maggiore remunerazione oraria del lavoro svolto.

2. Adeguamento degli organici in base ai carichi di lavoro.

In attesa dell'agognata riorganizzazione della medicina territoriale promessa da decenni ma mai realmente attuata, dobbiamo prendere atto dell'incessante incremento del numero di accessi nei nostri pronto soccorso. Si richiede di adeguare gli organici del personale sanitario al numero di accessi secondo standard di fabbisogno di personale condivisi. Ciò al fine di ridurre il rischio clinico e i tempi di attesa per gli utenti e lo stress lavoro correlato per il personale.

3. Creazione di percorsi dedicati per i pazienti specialistici

Proponiamo che i pazienti, inquadrati al triage infermieristico come pazienti con patologie non gravi e di competenza strettamente mono-specialistica siano inviati direttamente in valutazione al medico specialista, applicando quanto previsto dalla DGR n. 7-3088 del 16 aprile 2021.

4. Creazione OBI e reparti di medicina d'urgenza

Attivare ovunque possibile le aree di osservazione breve ed i reparti di medicina d'urgenza, affinché il medico urgentista possa turnare nei reparti, seguire i pazienti complessi e non lavorare esclusivamente in front office.

5. Implementare le azioni per ridurre il boarding

Come per esempio attivare percorsi socio assistenziali specifici, per ricoverare direttamente da Pronto Soccorso i pazienti con problematiche prevalenti di tipo socio-assistenziale o comunque per ridurre i tempi di attesa per le dimissioni protette in ADI/RSA/lungodegenza/riabilitazione.

6. Riorganizzazione del territorio

Al fine di ridurre gli accessi impropri in PS, ottimizzare la gestione delle malattie croniche e attuare la prevenzione sanitaria diffusa. Concretamente proponiamo la realizzazione di Case della Salute con assistenza medica (mmg) e infermieristica h12.

7. Valorizzazione delle professionalità: superamento della dicotomia tra emergenza ospedaliera e territoriale.

Per la piena valorizzazione delle professionalità dei medici operati nel sistema d'emergenza urgenza ospedaliero si propone il **superamento della dicotomia tra emergenza ospedaliera e territoriale**. Si propone dunque una riorganizzazione dei sistemi per realizzare una **graduale unificazione del personale medico dei Pronto Soccorso e dell'Emergenza Territoriale**. Il primo passo da attuare sarebbe il passaggio alla dirigenza dei medici del 118 in prospettiva dell'auspicata sospensione dell'utilizzo dell'istituto contrattuale del convenzionamento per l'assunzione come dipendenti di medici dell'emergenza urgenza territoriale. Proponiamo di adottare, **sperimentalmente**

in una ASL, il modello organizzativo di job rotation **volontaria**: rotazione di personale medico, solo se volontario, tra le diverse aree dell'emergenza-urgenza (PS/DEA, OBI, Terapie Semintensive e postazioni territoriali delle Ambulanze Medicalizzate ed eventuali Automediche) attraverso **interscambi isorisorse**. Questa soluzione, consentirebbe a tutti i professionisti dell'emergenza-urgenza di affrontare casistiche di complessità e frequenza differenti, in modo da mantenere e sviluppare ulteriormente le proprie competenze cliniche e gestionali. Tale modalità organizzativa peraltro garantirebbe una migliore organizzazione dei carichi di lavoro, delle responsabilità e un'ottimizzazione delle risorse. Infine, in questa fase di criticità per i DEA, il supporto dei medici del 118 sarebbe di estrema utilità.

8. Mantenimento di elevati standard qualitativi e organizzativi.

Al fine di evitare l'affidamento dei servizi di guardia a medici non dipendenti del SSR, spesso privi di alcuna specializzazione, si richiede di pubblicare e pubblicizzare un avviso rivolto ai medici dipendenti del SSR per la copertura, su base volontaria e remunerata, dei turni scoperti.

Tali turni, dovranno essere assegnati nell'ordine a:

1. Medici dipendenti dell'azienda interessata dalla carenza
2. Medici dipendenti di altre aziende sanitarie regionali
3. Medici dell'emergenza sanitaria territoriale

La struttura o azienda di provenienza deve obbligatoriamente concedere ai medici interessati, nel rispetto della normativa sull'orario di lavoro (L.161/14), la possibilità di svolgere tali prestazioni aggiuntive. La remunerazione di tali guardie in libera professione andrà inevitabilmente incrementata ed adeguata almeno alla cifra oraria pagata dalla ASL alle agenzie somministrazione lavoro.

9. Assunzione specializzandi

Assumere i medici specializzandi dell'ultimo e penultimo anno di specialità, applicando il D.L. Calabria. Gli specializzandi sono colleghi competenti perché alla fine del loro percorso di formazione, sarebbero per il SSR una risorsa preziosa, come d'altronde per loro sarebbe molto istruttiva l'attività nei reparti ospedalieri.

10. Rivedere la rete ospedaliera anche nell'ambito di un'auspicabile nuova stesura del Piano Socio Sanitario Regionale. La qualità delle cure va garantita in tutti i punti della rete dell'emergenza-urgenza regionale, valutando l'applicazione per i PPI di quanto previsto dall'allegato.1 art 9.1.5 del DM 70/2015.

Dott. Simone Agostini

Componente Segreteria Regionale Anaa Assomed Piemonte



Dott.ssa Chiara Rivetti

Segretaria Regionale Anaa Assomed Piemonte