

PIANO PRONTO SOCCORSO



I pronto soccorso in Italia - Overview

La situazione nei pronto soccorso italiani è uno degli aspetti più critici dell'emergenza sanitaria:

- molti medici di emergenza-urgenza del SSN si sono dimessi negli ultimi anni;
- le borse per le scuole di specializzazione in questa branca rimangono largamente non assegnate;
- il lavoro nei pronto soccorso è particolarmente usurante e non viene remunerato come tale;
- i pronto soccorso italiani sono sovraffollati, sia per l'insufficienza di personale sanitario che per un numero di accessi superflui oltremodo elevato.

Di seguito sono sintetizzate le nostre proposte di breve/medio periodo finalizzate a risolvere queste criticità.

LE NOSTRE PROPOSTE



1. Potenziare il reclutamento dei medici di pronto soccorso

CRITICITÀ:

- **Attualmente mancano 4.500 medici di emergenza/urgenza** (su circa 12.000 necessari), pari al 30% della struttura organica necessaria per far funzionare adeguatamente i pronto soccorso (*fonte: CIMO-FESMED*)
- **Il 50% dei posti di specializzazione in emergenza-urgenza non viene assegnato** perché non ci sono abbastanza richieste (nel 2022 non sono stati assegnati 443 posti su 886) (*fonte: ANAAO*)
- Rispetto alle 4.500 posizioni mancanti, il 25% viene coperto con medici assunti con contratti atipici (es: cooperative e c.d. «**medici a gettone**») mentre il 75% rimane scoperto.
- Si stima che **nel 2028 mancheranno ancora circa 3.200 medici di pronto soccorso**, considerando:

- la carenza attuale (circa 4.500);
- i medici che andranno in pensione (circa 1.000)
- i medici che confluiranno nel SSN al termine della scuola di specializzazione (circa 2.300)



| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | TOT |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Medici in pensione (A) | / | 161* | 161* | 161* | 161* | 161* | 161* | 964 |
| Posti banditi 5 anni prima (B) | / | 256 | 256 | 483 | 905 | 1.077 | 886 | 3.863 |
| Numero di borse assegnate (C) | / | 230* | 230* | 435 | 634 | 539 | 443 | 2.511 |
| Medici che finiscono la specializzazione (D) | / | 210* | 210* | 396* | 577* | 491* | 404* | 2.287 |
| Flusso netto (E = D-A) | / | 49* | 49* | 235* | 417* | 330* | 243* | 1.323 |
| Fabbisogno complessivo (anno precedente + E) | -4.500 | -4451* | -4401* | -4166* | -3749* | -3419* | -3177* | / |

* Stime effettuate tenendo conto del numero di medici in pensione nei prossimi dieci anni pari a 47.284 (*fonte: FIMMG – ANAAO*) e del dato medio di abbandono delle scuole di specializzazione pari all'8,9% (*fonte: ALS*)

1. Potenziare il reclutamento dei medici di pronto soccorso

PROPOSTE

Attrarre medici nei reparti di pronto soccorso:

- **Raddoppiare l'aumento dell'indennità per il personale che opera in pronto soccorso** previsto in legge di bilancio 2023, aumentando il fondo di ulteriori 200 milioni di euro, ed anticipare l'entrata in vigore al 2023 (attualmente prevista nel 2024)
- **Riconoscere l'attività nei pronto soccorso come lavoro usurante** per tutto il personale sanitario ai fini pensionistici
- Introdurre la possibilità di **esonero dalle notti dopo una certa età**
- **Attribuire un numero di giorni di ferie aggiuntivo** al personale di pronto soccorso, medicina d'urgenza e 118.
- **Garantire un'idonea copertura assicurativa contro i sinistri ai medici dell'emergenza** (esclusi i casi di colpa grave)

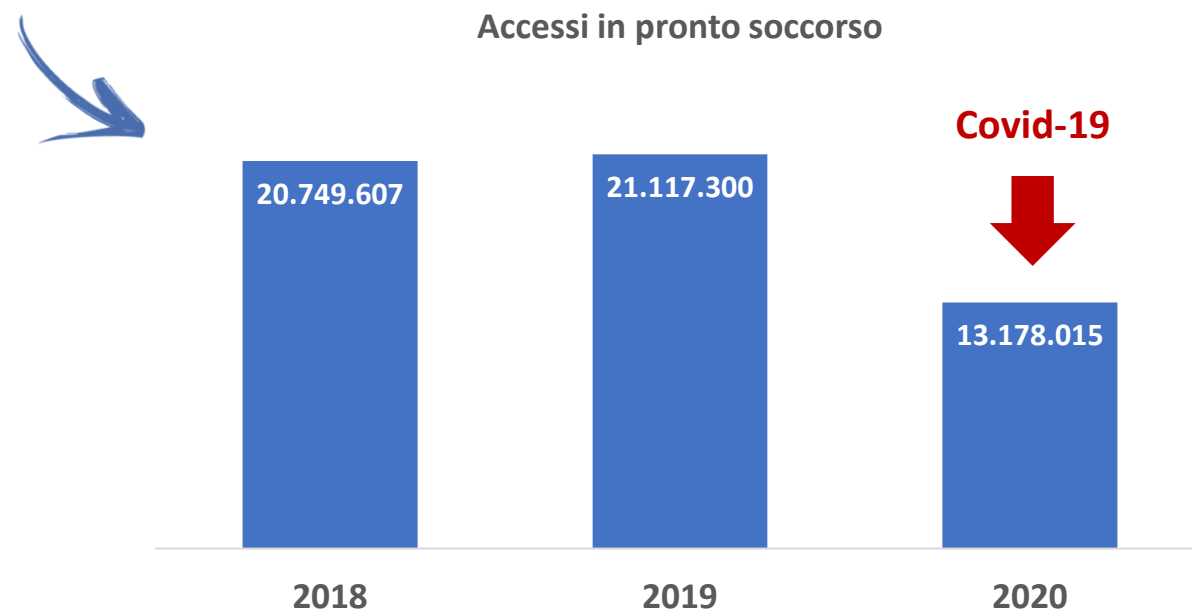
Aumentare la quantità e la qualità dei medici nei reparti di pronto soccorso:

- **Permettere l'assunzione di medici specialisti in formazione sin dal 1° anno**, garantendo un preciso percorso formativo in sicurezza in alcune aree cliniche e avendo un tutor di riferimento. La responsabilità deve essere crescente e verificata in base alle competenze acquisite. Gli specialisti dovranno iniziare occupandosi delle attività più semplici e a minor rischio per il paziente.
- **Vietare il ricorso ai c.d. «medici a gettone»** che non garantiscono né le necessarie competenze né uno stato psico-fisico adeguato a causa dei turni lunghi.

2. Ridurre gli accessi nei pronto soccorso

CRITICITÀ:

- **Nel 2019 sono stati registrati 21.117.300 accessi**, quantificabili in 60.000 accessi al giorno, 2500 accessi all'ora, 1 emergenza ogni 90 secondi (*fonte: AGENAS*)



- **Il numero di accessi impropri al pronto soccorso è estremamente elevato**: sempre nel 2019, i codici bianchi sono stati il 13% del totale, mentre i codici verdi hanno pesato per il 57% del totale (*fonte: ANAAO*)
- Circa il 10% degli «eventi sentinella» (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente) in ospedale avvengono nei dipartimenti di emergenza e **1/3 di essi sono riconducibili a condizioni di sovraffollamento** (*fonte: Joint Commission*)

2. Ridurre gli accessi nei pronto soccorso

PROPOSTE:

- **Ridurre il numero di persone che si recano in ospedale, potenziando:**

- **l'attivazione di gestione domiciliare di pazienti fragili**

- la linea di **Continuità Assistenziale h 24** nelle Case di Comunità HUB



Il PNRR ha previsto un finanziamento per la realizzazione di 1.350 case di comunità entro il 2026. In ogni casa di comunità si prevede che ci siano 5 unità di personale amministrativo, 10 medici di medicina generale e 8 infermieri. Il governo ha stanziato complessivamente circa 2 miliardi di euro (per il periodo 2022-2026) per l'assunzione del personale amministrativo e degli infermieri necessari. Non si tratta di risorse nuove, ma solo di una diversa ripartizione dei fondi. Inoltre, è ancora da risolvere il problema relativo ai medici di base, che non sono incentivati a lavorare nelle case di comunità piuttosto che nei loro studi

- **l'utilizzo della telemedicina** per favorire home treatment di problemi acuti



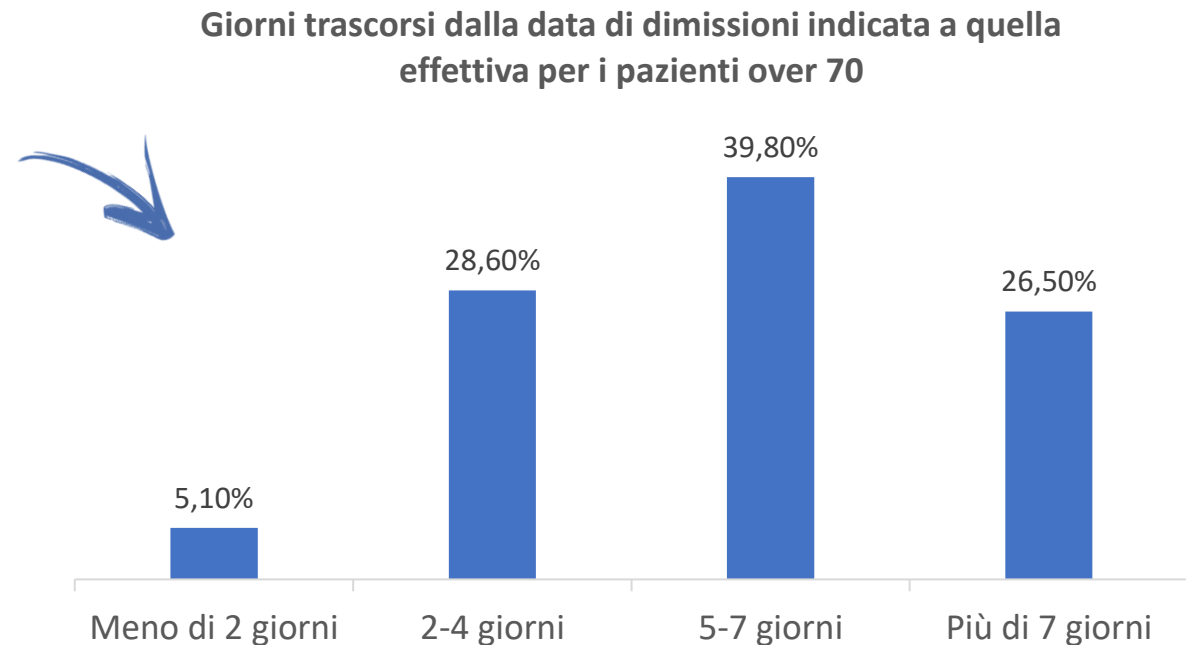
La visita dei pazienti a distanza consentirebbe di fare una prima valutazione dei pazienti (soprattutto anziani) per selezionare i casi in cui è necessario recarsi in ospedale e quelli in cui è sufficiente la somministrazione di una terapia a distanza o la visita del medico di base, riducendo soprattutto l'accesso dei codici bianchi

- **Introdurre protocolli condivisi con le RSA e servizi di consulenza in convenzione con medici geriatri** al fine di ridurre il numero di accessi non necessari al pronto soccorso da parte di persone anziane.
- **Inserire almeno una unità di personale amministrativo in tutti i pronto soccorso** per assolvere a qualsiasi compito di carattere amministrativo-esecutivo, incluso il supporto alle pratiche amministrative del personale sanitario, al fine di velocizzare le pratiche e diminuire il sovraffollamento

3. Combattere il fenomeno del boarding

CRITICITÀ:

- Il boarding è l'attesa da parte del paziente di un posto letto in reparto dopo la decisione di ricovero: per il 50% dei pazienti urgenti è superiore a 9 ore.
- Quando la permanenza in pronto soccorso supera le sei ore prima del ricovero in terapia intensiva, la mortalità passa dall'8,4% al 10,7%
- Studi internazionali stimano che mediamente circa il 40% del tempo di lavoro delle equipe di emergenza è speso nella gestione dei pazienti in attesa di un posto letto
- Ogni anno si contano oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie che costano al sistema sanitario circa 1,5 miliardi di euro. Due pazienti anziani su tre sostano almeno cinque giorni in più del dovuto in ospedale (fonte: FADOI)
- Molte degenze improprie sono causate da anziani non autosufficienti che rimangono in ospedale perché non trovano posto in una RSA dopo il ricovero (fonte: FADOI)



3. Combattere il fenomeno del boarding

PROPOSTE:

- **Aumentare il numero dei posti letto** (attualmente 3,1 per 1.000 abitanti) in linea con la media europea (5 per 1.000 abitanti), anche sfruttando gli ospedali di comunità per la degenza dei pazienti con patologie croniche (al fine di ridurre le ospedalizzazioni per patologie non acute)



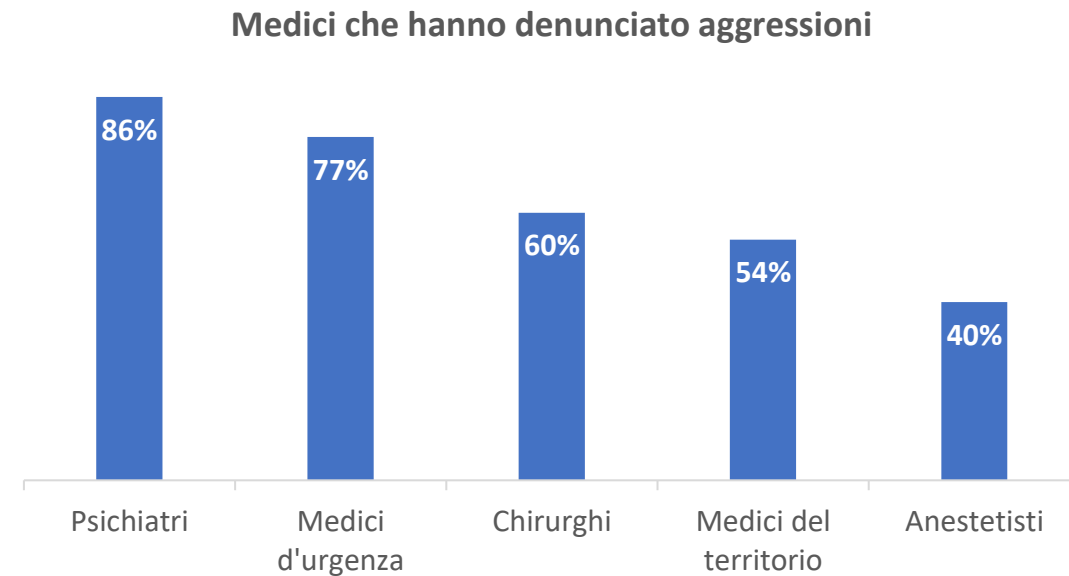
Il PNRR ha previsto un finanziamento di un miliardo di euro per la realizzazione di 400 ospedali di comunità entro giugno 2026. Tali strutture, di norma dotate di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuiscono ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari.

- **Garantire la possibilità di dimissione per i pazienti per i quali persistono necessità socioassistenziali** una volta che abbiano concluso il percorso clinico
- **Trasferire in carico allo specialista del reparto di destinazione** i pazienti che attendono il ricovero oltre un tempo prestabilito per il triage
- **Assicurare in ogni ospedale l'utilizzo di sistemi informativi che rendano possibile la ricerca in tempo reale di posti letto in tutti i reparti** (Visual hospital), in linea con quanto previsto dal PNRR che ha stanziato 2,8 miliardi di euro per la digitalizzazione degli ospedali

4. Sicurezza

CRITICITÀ:

- **Il tasso di incidenza di aggressione per gli operatori ospedalieri è pari a 9,3 per 10.000** contro un valore di 2 per 10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato (*fonte: Bureau of Labor Statistics*)
- **Il 77% dei medici di medicina d'urgenza hanno dichiarato di aver subito aggressioni** (*fonte: ANAAO*)
- In quasi l'80% dei casi gli episodi di violenza non sono stati denunciati (*fonte: ANAAO*)



PROPOSTE:

- **Istituire un presidio fisso delle Forze dell'Ordine** presso il Pronto Soccorso ove possibile, in alternativa avere una linea dedicata con le Forze dell'Ordine
- **Introdurre telecamere di sorveglianza almeno nelle sale di attesa** dei pronto soccorso

5. Prevedere una nuova organizzazione dei presidi sanitari e potenziare la formazione del personale

PROPOSTE – Presidi Sanitari

- **Istituire pronto soccorso nei presidi ospedalieri di base** (se il numero di accessi lo consente) **dotati di letti di terapia semi-intensiva**, da utilizzare per i pazienti provenienti dal pronto soccorso affetti da patologie critiche, non immediatamente chirurgiche, caratterizzate da acuzie e instabilità clinica ma senza necessità immediata di supporto invasivo delle funzioni vitali
- **Rimodulare l'assistenza sanitaria con ospedali centrali dedicati ai pazienti acuti e alla gestione dell'alta complessità medica e chirurgica e ospedali più periferici che filtrino e trattino patologie a media/bassa complessità**, gestendo la cronicità integrata con medicina generale e territorio
- **Garantire una collaborazione con specialisti ospedalieri anche mediante teleconsulto in tutti i luoghi di cura del sistema**, in particolare dotando tutte le RSA di dispositivi tecnologici e telematici di monitoraggio e diagnosi di ultima generazione in grado di trasmettere dati ed immagini alle strutture sanitarie ospedaliere per tele-visite e tele-consulenze dei pazienti anziani

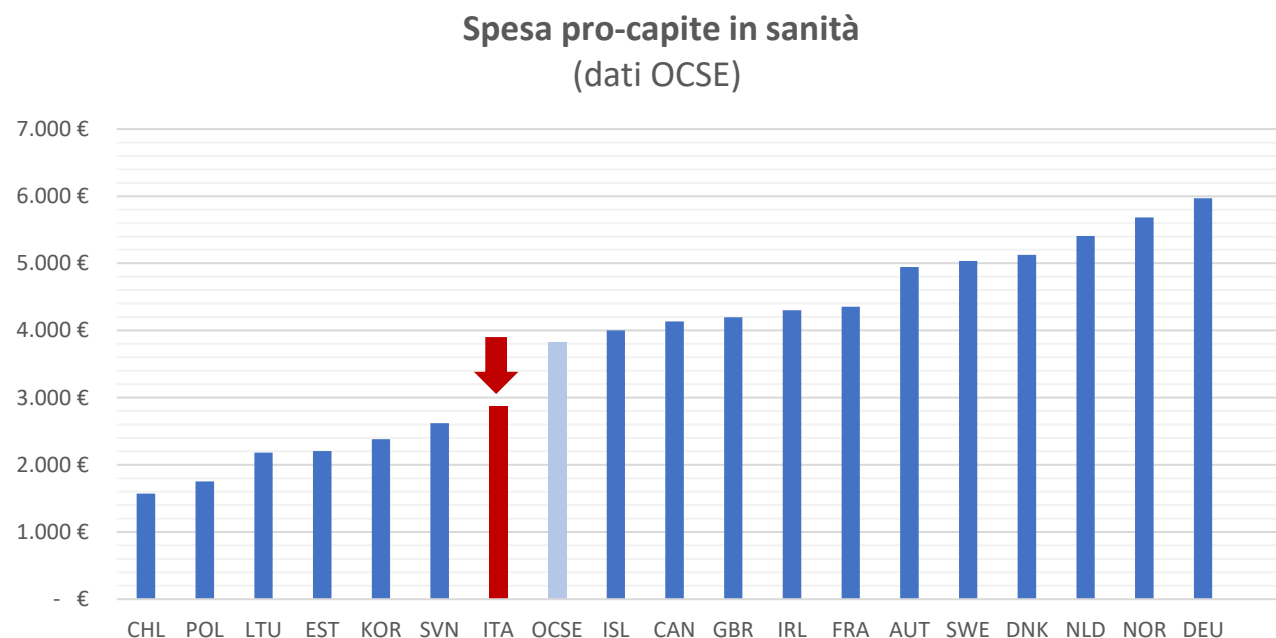
PROPOSTE – Formazione

- **Far svolgere alcune ore di attività di tutoraggio e coaching a personale a fine carriera o anche già in pensione**, ma di riconosciuta e validata competenza, per specializzandi in medicina d'urgenza e medici neoassunti
- **Far svolgere al personale del 118 periodi alternati di attività e training** in ospedali sede di dipartimenti dell'emergenza urgenza

6. Aumentare il finanziamento del SSN

Il finanziamento delle misure deve avvenire attraverso un aumento della spesa in sanità:

- La spesa italiana in sanità in rapporto al PIL è circa un punto percentuale in meno rispetto alla media europea
- Nel 2021 la spesa pubblica pro-capite in sanità è pari a € 2.867, molto minore rispetto a Germania (€ 5.969), Francia (€ 4.354) e media OCSE (€ 3.818)



Adeguando il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale al livello degli altri Paesi UE, si avrebbero a disposizione almeno 21 miliardi di euro in più ogni anno