



Un'elemosina per la carenza dei medici in Pronto Soccorso

A causa degli organici sottodimensionati nelle strutture d'emergenza c'è un surplus del 22% dei carichi di lavoro. Ogni medico "copre" 600 visite all'anno in più rispetto agli standard, ma dal Governo solo spiccioli



I Pronto soccorso italiani soffrono di una crisi di personale medico che, secondo un recente Rapporto della Simeu (Società italiana di medicina d'emergenza e urgenza), determina un surplus di circa il 22% dei carichi di lavoro. In pratica viene stimato che vengono eseguite ogni anno circa 4 milioni e mezzo di visite in più rispetto agli standard nazionali, definiti dalle società scientifiche. In atto il personale medico in servizio a tempo indeterminato è pari a circa 5.800 unità cui si aggiungono 1.500 precari, per un totale di 7.300 medici di pronto soccorso a fronte di una previsione di 8.300 unità previste dalle varie dotazioni organiche delle aziende sanitarie e ospedaliere sparse sul territorio nazionale. Ciò comporta che ciascun medico ha in carico una media di oltre 600 visite all'anno in più rispetto al tetto massimo previsto dagli standard nazionali, con l'acuirsi del rischio clinico e dei disagi per i pazienti, sottoposti quasi sempre ad attese estenuanti per poter accedere alla Sala visite di un qualsiasi Pronto Soccorso italiano.

Mancano all'appello approssimativamente mille medici nelle aree di emergenza-urgenza

Mancano all'appello approssimativamente 1.000 medici nelle Aree di Emergenza degli Ospedali italiani, con punte di gravissima criticità in alcune realtà locali dovute alla disomogenea ripartizione di tale personale medico su base nazionale e, soprattutto, nelle zone periferiche e in quelle disagiate di ciascuna Regione. La pandemia Covid 19 ha messo a nudo



una realtà che gli operatori sanitari ben conoscevano e che i Sindacati di categoria, Cimo in testa, segnalavano già da anni ad una classe politica sorda rispetto alle grida di allarme di chi la Sanità la fa ogni giorno e non la relega a semplice materia di dissertazione filosofica o di agnello sacrificale da immolare sull'altare del contenimento della spesa pubblica.

Durante lo stato di emergenza pandemica si è dovuto fare ricorso a giovani medici neolaureati, mandati in trincea a combattere con pochi mezzi, senza la minima esperienza professionale e privi dell'indispensabile Corso di studi specialistici. In corsa e con grave ritardo, il Governo ha pensato di poter risolvere la faccenda aumentando i posti nelle scuole di Specializzazione, nonché quest'anno un numero elevato di Borse di Studio per Medicina d'Emergenza e Urgenza è andato deserto e la politica italiana ha scoperto, sgomenta, che i medici italiani non vogliono più andare a lavorare nei Pronto soccorso.

Anche in questo caso, gli addetti ai lavori lo avevano ampiamente previsto, dopo aver registrato negli ultimi anni una vera e propria fuga di massa dei medici dai Pronto soccorso: chi ha potuto usufruire del pensionamento con Quota 100 se l'è letteralmente data a gambe levate, ma anche i sogget-

ti meno anziani non ci hanno pensato due volte e sono passati a lavorare sotto padrone, andando a rimpolpare il settore privato della Sanità, sfruttati, ma con molte meno preoccupazioni rispetto alle trincee delle Aree di Emergenza.

Non si trovano più giovani medici disposti ad andare a svolgere il proprio lavoro in Pronto Soccorso, preoccupati dalle notizie delle continue violenze, verbali e fisiche, cui vengono sottoposti i colleghi già in servizio, per nulla intenzionati a finire anche loro nel girone dantesco del Burn Out nel quale hanno visto precipitare molti colleghi "anziani", impensieriti dalle continue denunce, nella maggior parte dei casi del tutto immotivate, che piovono come polpette avvelenate sulle spalle di chi, quotidianamente, è chiamato a risolvere non semplici problemi di salute in emergenza e in tempi decisamente ristretti.

Un medico neolaureato oggi si domanda perché dovrebbe optare per una Specializzazione che lo condannerebbe ad una vita di stress elevatissimo per ottenere in cambio unicamente la perdita di una vita sociale e familiare normale, con una routine fatta di non si sa quante notti insonni passate fuori casa, di domeniche e feste comandate trascorse al lavoro invece che con i propri cari, senza un

adeguato corrispettivo economico che giustifichi tutto questo e, forse, senza nemmeno le dovute gratificazioni professionali.

A conti fatti, il medico di Pronto Soccorso finisce per guadagnare meno dei colleghi di altre discipline, anzi, in pratica, tra costi per assicurazioni professionali e spese legali, è come se ogni anno non percepisse la tredicesima. Chi è allora il "gonzo" disposto ad alzare la mano e darsi volontario per andare a combattere una battaglia perduta in partenza invece che svolgere serenamente, in altra disciplina, una professione per cui ha sgobbato dieci anni sui libri? Difficile trovarne in giro al giorno d'oggi con la carenza di medici che persiste anche in tante altre branche. Se è stato necessario ricorrere a medici neolaureati per coprire i vuoti in organico negli Ospedali, significa che, allo stato attuale, non c'è che da scegliere e bisogna prendere atto che nella stragrande maggioranza dei casi, la preferenza dei giovani medici non ricadrà sul Pronto Soccorso.

Cimo, in occasione del recente Congresso Nazionale, ha lanciato la propria articolata proposta, il cui succo è comunque facilmente sintetizzabile in una semplice domanda: "Caro Governo vuoi trovare medici che vogliono andare o siano disposti a continuare a lavorare in Pronto Soccorso? Bene, allora devi incentivarli economicamente in maniera adeguata e mettere a punto tutte le misure necessarie a garantirne l'incolumità psicofisica, altrimenti presto a tardi i Pronto Soccorso saranno destinati a chiudere i battenti o a ricorrere a misure estreme come lo spostamento di medici da altri Reparti."

La risposta del Governo non si è fatta attendere, ma come sempre i decisori appaiono scollegati dalla vita reale e non in grado di comprendere appieno la gravità del problema. Nel DDL di Bilancio appena esitato dal C.d.M. presieduto da Mario Draghi, è stato introdotto un finanziamento ad hoc che servirà, se approvato dal Parlamento, a garantire la copertura finanziaria di una nuova indennità per il personale medico e infermieristico che opera nei Pronto Soccorso. Per i medici la somma stanziata è di 27 mln di euro, che diviso gli 8.300 operatori previsti nelle attuali dotazioni organiche nazionali, ammonterebbe a circa 3.253,00 € all'anno lordi; quindi, circa 250 € mensili lordi che al netto farebbero circa 137,00 € al mese netti. Quindi un medico neolaureato dovrebbe scegliere la specializzazione in Medicina d'Urgenza e andare a lavorare in Pronto Soccorso per questi 130 euro mensili in più? O forse sceglierà un'altra specialità che gli consentirà di guadagnare comunque tanto quanto o magari di più magari facendo la libera professione?

Chi ci governa è convinto di avere risolto il problema con quella che ha tutta l'aria di una piccola, offensiva, elemosina. Se non si riesce a comprendere in tempi rapidi quale sia la portata del disagio di chi opera in Pronto soccorso e quali siano i veri incentivi da mettere in campo, ben lontani dall'obolo proposto, allora qualcuno andrà a sbattere di nuovo la faccia al muro, come allo scoppio del Covid. Prendiamo nota che, anche in questo caso la pandemia non ha insegnato nulla, e dire che c'era tanto da imparare.

Giuseppe Bonsignore
Cimo Sicilia
© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'approfondimento

Chiediamo trasparenza sui fondi piovuti sulla sanità per il Covid-19

La pandemia Covid-19 ha determinato, attraverso la sospensione del Patto di stabilità decisa dall'Unione europea, la possibilità per il Governo italiano di impegnare notevoli risorse economiche per fronteggiare la grave crisi scaturita dalla pandemia stessa e dai mesi di lockdown che hanno letteralmente messo in ginocchio il tessuto economico e sociale dell'intera Nazione. La sospensione del patto di stabilità è stata prorogata dalla UE dapprima per l'intero 2021 e poi fino al 31 dicembre 2022.

Anche e soprattutto in ambito sanitario sono state stanziati ingenti risorse economiche che, dal Governo centrale, sono defluite, secondo i criteri di ripartizione ordinariamente previsti dalla Conferenza Stato-Regioni, nelle casse regionali. Solo in minima parte queste risorse sono andate a ristorare il surplus di attività e l'impegno profuso dagli operatori sanitari durante l'emergenza pandemica, attraverso quello che è passato alla storia sotto l'etichetta di Bonus Covid e che è equivalso, in alcuni casi, a una cifra di circa 1000 € lordi una tantum, ma in tantissimi hanno ricevuto molto, ma molto meno. In alcuni casi niente.

Durante la pandemia, la riconversione di molti ospedali in strutture assistenziali dedicate unicamente al Co-

vid, ha determinato una contrazione anche marcata dell'offerta sanitaria su tutto il territorio nazionale. Situazione che perdura a causa del mantenimento di diverse di tali strutture che continuano ad essere interdette ai pazienti ordinari, persistendo ad essere destinate alla cura del Covid. Ciò ha comportato la rinuncia o l'interdizione alle cure di molti pazienti, acuti e cronici, neurologici, cardiopatici e oncologici, che troppo spesso hanno trovato enormi difficoltà ad accedere all'assistenza ordinariamente fornita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), venuta meno causa Covid. Migliaia di interventi chirurgici saltati o posticipati, diagnosi arrivate con deciso ritardo che hanno reso vani gli interventi terapeutici si sono andati accumulando nei mesi della pandemia e, in parte, continuano a farlo.

Già nel 2020, con il Decreto Legge 104 del 14 agosto, lo Stato italiano aveva stanziato una somma di circa 478 mln di euro con la finalità di consentire il recupero di quelle prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica. Tale somma, come sempre ripartita tra le Regioni sulla base della percentuale di accesso al Fondo Sanitario Nazionale (FSN), era finalizzata al pagamento delle cosiddette prestazioni aggiuntive al personale sanitario

dipendente delle varie Aziende Sanitarie e Ospedaliere. In realtà, nel 2020 un po' dappertutto in Italia, il ricorso alle prestazioni aggiuntive è stato decisamente limitato, ma non è dato sapere che fine hanno fatto le risorse economiche non utilizzate a livello regionale.

Come sono stati utilizzati questi fondi? A chi sono finiti visto che il personale dipendente non è stato interessato da tale provvedimento se non in maniera residuale? Forse sarebbe stato opportuno il coinvolgimento dei Sindacati di Categoria e quel pizzico di necessaria trasparenza nella rendicontazione regionale che finora è mancato.

Il Decreto Legge 104 (poi convertito in Legge), rimasto in larga misura inapplicato, è stato quindi riproposto e aggiornato da un altro Decreto Legge, il 73 del 23 luglio 2021 che, richiamando le stesse finalità del precedente intervento legislativo, ha ribadito la necessità di ricorrere alle prestazioni aggiuntive con la medesima finalità di recuperare le prestazioni sanitarie, prevalentemente ambulatoriali e di screening, non erogate a causa dell'emergenza pandemica, aggiungendo però stavolta una parola magica: "fermo restando il prioritario ricorso alle prestazioni aggiuntive del personale dipendente, la possibilità

per le Regioni di integrare acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da Privato". Il Decreto Legge 73 del 2021 ha previsto, a copertura finanziaria dell'intervento legislativo, l'utilizzo delle risorse rimaste inutilizzate nel 2020, di cui non si conosce esattamente l'entità, aggiungendo altri 470 mln di euro per l'anno 2021. Una pioggia di milioni di cui non si conosce l'utilizzo e la destinazione a livello regionale.

Non viene posto un limite alla quota da destinare all'extra-budget per il privato accreditato

Nel corso del secondo semestre dell'anno in corso, si è mosso qualcosa anche in Sicilia, con alcuni ospedali che hanno fatto partire il modello organizzativo previsto dallo Stato per il recupero delle liste d'attesa, ma riteniamo che, com'era da attendersi la parte del leone l'abbia fatta il privato accreditato che si è visto riconoscere ancora una volta quell'extra-budget espressamente vietato per legge.

Adesso la bozza del DDL Bilancio che passerà all'esame del Parlamento italiano per la trasformazione in Legge entro il 31 dicembre prossimo, rei-



tera le disposizioni contenute nei due precedenti Decreti Legge (104 del 2020 e 73 del 2021) con la medesima espressa finalità di garantire la piena attuazione della rimodulazione del Piano per le liste d'attesa. Anche in questo caso vengono stanziati ulteriori 500 mln di euro, ma stavolta, si destinano già in partenza 150 mln per coinvolgere le strutture private accreditate, lasciando tuttavia aperta la possibilità di superare questo tetto massimo sulla base di specifiche esigenze regionali.

In pratica non viene posto un limite preciso alla quota da destinare all'extra-budget per il privato accreditato che "teoricamente" potrebbe vedersi assegnare l'intera somma sulla base delle specifiche esigenze regionali, con danno sia agli operatori sanitari che al cittadino che, nel solo ambito del privato accreditato, non riuscirà a trovare tutte le risposte ai propri bisogni di salute. Vedremo come andrà a finire e se, alla lunga, le istituzioni regionali decidano di avviare quella agognata operazione trasparenza dando conto su come sono stati impiegati i fondi ricevuti dallo stato e a chi sono stati destinati.

Giuseppe Riccardo Spampinato
Segretario organizzativo nazionale
Cimo
© RIPRODUZIONE RISERVATA