
COMUNICATO STAMPA

Tutti i rischi del pronto soccorso senza specialisti. CIMO-FESMED: Serve riforma dell’Emergenza-Urgenza

Le proposte del sindacato: creare un 4° LEA dedicato all’emergenza, rete unica e ruolo unico

Roma, 25 marzo 2022 – Un dermatologo potrebbe ritrovarsi a dover intubare i pazienti. Un otorinolaringoiatra a rianimarli. Un medico non specializzato ad occuparsi della ventilazione non invasiva. Un ginecologo dei traumi da incidente stradale. Non è assistenza sanitaria di guerra, ma quello in cui qualsiasi cittadino italiano potrebbe imbattersi recandosi in uno dei tanti **Pronto soccorso che si sono affidati a cooperative, medici non specializzati e libero professionisti** per far fronte alla carenza di medici di Emergenza-Urgenza.

Il ricorso a medici esterni nei pronto soccorso non ha più i caratteri dell’urgenza e della straordinarietà, ma si è **diffuso a macchia d’olio nella maggior parte degli ospedali italiani** per evitare la chiusura dei presidi, a scapito della qualità e della sicurezza delle cure: solo per fare qualche esempio, in Veneto 18 pronto soccorso su 24 si affidano a medici esterni; in Liguria affidarsi alle coop fa parte dell’ordinarietà; in Sardegna i pronto soccorso di Oristano e di Ghilarza sono retti da cooperative, destinate nel prossimo futuro ad occuparsi di tutti gli ospedali periferici; in Trentino Alto Adige le cooperative non sono ancora arrivate, ma si inizia a reclutare libero professionisti non specializzati; anche in Valle d’Aosta e in Molise cominciano ad affacciarsi le coop; i turni in pronto soccorso sono coperti dalle cooperative anche in Piemonte e in tutte le aree vaste ASUR delle Marche.

Ma come si è arrivati a questo punto? **I medici specialisti non vogliono lavorare in pronto soccorso**. Un lavoro ritenuto da più parti come la vera essenza della professione medica è oggi considerato ad alto rischio: di turni insostenibili (più una certezza che un rischio), di denunce, di aggressioni, di stress lavoro-correlato, di non avere tempo da dedicare a se stessi o alla propria famiglia. A fronte di uno stipendio non commisurato al carico di lavoro e dell’impossibilità di esercitare la libera professione e di fare carriera. A tal proposito, risultano praticamente inesistenti gli incarichi ad altissima specialità e professionalità, previsti anche per offrire un nuovo incentivo di crescita professionale. In questo scenario, la “vocazione” lascia presto il passo al “chi me lo fa fare”. Prova ne è la mancata assegnazione di oltre 600 borse di specializzazione in Medicina d’Emergenza-Urgenza: i giovani preferiscono percorrere altre strade, ma questo significa che la crisi non si risolverà nemmeno nei prossimi anni.

La **rete dell’emergenza territoriale 118**, al contempo, soffre della medesima carenza e di ulteriori difficoltà: ogni Regione ha una propria organizzazione, ma il comune denominatore è la frammentazione tra l’ospedale ed il territorio, che senza una rete unica ed un ruolo unico non riescono a dialogare. E a rimetterci, ovviamente, è il paziente.

La Federazione CIMO-FESMED ritiene dunque indispensabile una **riforma seria e lungimirante dell’Emergenza-Urgenza**, e ha presentato al Ministero della Salute una serie di proposte volte a superare annosi problemi organizzativi e gestionali e a rendere il settore nuovamente attrattivo per i professionisti:

- Creare un **4° Livello Essenziale di Assistenza** completamente dedicato all’area della emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale con risorse dedicate;
- Creare una **rete unica** con l’istituzione di un Dipartimento di Emergenza-Urgenza transmurale che ricomprenda le aree dedicate sia dell’ospedale che del territorio, individuando le unità complesse, semplici

dipartimentali e semplici e attribuendo incarichi di altissima professionalità per creare effettivi sviluppi di carriera;

- Creare **un ruolo unico** con passaggio alla dipendenza, su base volontaria e/o con esperienza professionale di 5 anni, dei medici convenzionati dell'area 118 garantendo al singolo medico la conservazione della originaria sede di lavoro;
- Definire standard omogenei per il **reale fabbisogno di personale** nei Dipartimenti di Emergenza in relazione ai volumi di attività effettivi;
- Ridefinire con risorse aziendali il **valore economico della guardia e della specifica indennità** per il personale della dirigenza medica;
- Risolvere la problematica **INAIL** relativa agli indennizzi non erogati;
- Ridefinire gli ambiti entro i quali al medico che lavora nell'area della emergenza-urgenza venga riconosciuta l'attività prestata come **lavoro usurante**;
- Rivedere le **equipollenze e le affinità** degli specialisti in medicina di emergenza-urgenza, che impediscono di avere ulteriori opportunità di lavoro in altre discipline;
- Creare un **percorso formativo unico** ed omogeneo su tutto il territorio nazionale;
- Rendere stabile l'ingresso nel SSN dei **medici specializzandi a decorrere dal 3° anno** di specializzazione;
- Introdurre strumenti di deterrenza per **prevenire i fenomeni di aggressione** nei confronti degli operatori sanitari.