

MEDICINA D'URGENZA:

idee ANAAO-ASSOMED Lombardia per il breve e medio periodo

Il presente documento nasce da un percorso di riflessione e confronto interno ad ANAAO-Lombardia, iniziato nel dicembre 2018 e proseguito lungo l'arco dell'anno e comprendente le modifiche legislative della prima metà del 2019.

I temi discussi sono stati molti e le proposte scaturite hanno valenza sia nazionale che regionale. In questo documento si focalizza l'attenzione sulle proposte che sembrano avere la migliore realizzabilità sia nel breve che nel medio periodo.

Ambito nazionale

Breve periodo

Nella legge di bilancio è stata aperta la possibilità ai medici specializzandi dell'ultimo anno e del penultimo nel caso di corsi della durata di cinque anni, di accedere ai bandi di concorso in graduatoria separata, con chiamata al conseguimento del titolo, ovviamente conservando le equipollenze e le affinità previste dalle norme.

Successivamente il cosiddetto Decreto Calabria e la sua Legge di conversione (DL 35/2019 e L 60 (2019) hanno previsto l'assunzione a tempo parziale degli specializzandi, garantendo il completamento del percorso formativo della scuola di specializzazione, anche se quest'ultimo aspetto non è chiaramente esplicitato nella legge. Attualmente però il provvedimento non è operativo perché non sono chiare le regole di ingaggio degli specializzandi, anche se recenti rassicurazioni fanno presagire una prossima risoluzione del problema.

Inoltre il nuovo Contratto Collettivo Nazionale prevede per il Pronto Soccorso una maggiore remunerazione del disagio, intendendo per disagio le indennità di guardia notturna. È stato infine messo un tetto mensile di 5 notti al mese, che imporrà riorganizzazioni e assunzioni di personale.

Ambito nazionale

Medio periodo

Rivedere le equipollenze e conseguentemente la programmazione nazionale dei fabbisogni. Obiettivo è quello di ridurre le equipollenze per indirizzare fin dall'inizio del percorso formativo i medici verso la Medicina d'Emergenza-Urgenza. In questo momento troppe discipline hanno accesso al Pronto Soccorso e alla Medicina d'Urgenza, anche senza una reale "vocazione" a questo tipo di lavoro.

Questo è un retaggio antico che discende dalla vecchia organizzazione che vedeva i Pronto Soccorso privi di un organico proprio, mentre a turno i medici dei reparti "coprivano" i turni in PS. La disciplina è da dieci anni strutturata in maniera autonoma e richiede personale dedicato sin dal percorso formativo specialistico post laurea.

Per far ciò è necessario, oltre all'aumento dei contratti, rivedere la distribuzione tra le varie discipline. Inutile formare chirurghi e internisti per poi mandarli a lavorare in Pronto Soccorso, come troppo spesso ancora oggi avviene. Inutile formare anestesisti per poi mandarli sulle auto mediche o sui servizi di elisoccorso in modo esclusivo, dove la loro peculiarità disciplinare è impiegata per meno del 15% del loro tempo-lavoro.

Ambito regionale

Breve periodo

Regione Lombardia ha inserito nella modifica della Legge 33/2009 approvata nel 2018 un finanziamento aggiuntivo a regime per contratti di formazione medica specialistica. In totale il numero di contratti finanziati è circa la metà di quelli finanziati da altre regioni del Sud e del Nord, sia in termini assoluti che relativi (Tab. 1)¹.

Tab. 1 Confronto assoluto e relativo dei contratti aggiuntivi regionali per la formazione medica specialistica

Regione	Contratti aggiuntivi (fonte MIUR)	Abitanti residenti al 1° gennaio 2019 (ISTAT)	Rapporto contratti/10000 abitanti
Lombardia	86	10.060.574,00	0,0855
Emilia Romagna	70	4.459.477,00	0,1570
Campania	95	5.801.692,00	0,1637
Veneto	89	4.905.854,00	0,1814
Toscana	132	3.729.641,00	0,3539

¹Esclusi i contratti finanziati dalle singole AUSL

Occorre quindi premere su Regione Lombardia per ulteriori finanziamenti già dal prossimo anno. In questo ambito l'offerta lombarda di specialisti in Medicina d'Emergenza-Urgenza è ampiamente sotto la richiesta, pertanto occorre aumentare di molto il numero di specialisti da formare (Tab. 2)².

Tab. 2 Contratti aggiuntivi di Medicina d'Emergenza-Urgenza

Regione	Contratti aggiuntivi (fonte MIUR)	Abitanti residenti al 1° gennaio 2019 (ISTAT)	Rapporto contratti/10000 abitanti
Lombardia	4	10.060.574,00	0,0398
Emilia Romagna	0	4.459.477,00	-
Campania	7	5.801.692,00	0,1207
Veneto	17	4.905.854,00	0,3465
Toscana	32	3.729.641,00	0,8580

¹ <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/lombardia-notizie/DettaglioNews/2019/07-luglio/01-07/sanita-assessore-gallera-finanziate-85-borse-di-studio/sanita-assessore-gallera-finanziate-85-borse-di-studio>

² DM n. 617 dell'08-07-2019 - Specializzazioni mediche- decreto di distribuzione dei posti A.A. 20182019 - tabella distribuzione contratti e relativi allegati.

Altro elemento di azione deve essere il forte impegno da parte di Regione Lombardia ad aumentare le dotazioni organiche dei Pronto Soccorso utilizzando le leve delle ultime modifiche normative (Decreto Fiscale e Mille proroghe) e andando gradualmente a eliminare le forme di contratto flessibile in essere, ormai vietate dal D.lgs 75/2017.

D'altra parte occorre ribadire che la forma ordinaria di rapporto di lavoro è quella di dipendente, onde non favorire, paradossalmente, la libera professione che sarebbe meglio remunerata della dipendenza. Fondamentale e necessaria è anche la piena immissione dei medici di PS (a prescindere dalla specializzazione) nei servizi di emergenza territoriale (che fa capo alle centrali I12) laddove ne facciano richiesta, ovviamente previo corso certificato AREU.

Ambito regionale

Medio periodo

La Medicina d'Emergenza-Urgenza, per unanime riconoscimento europeo e occidentale, ha una propria dignità e autonomia. Non è più accettabile, pertanto, il modello che prevede la contemporanea presenza di chirurgo generale e internista, perché nessuno dei due ha iniziato il proprio percorso pensando effettivamente a quel tipo di lavoro.

Il modello più indicato, per attrattività, professionalizzazione e soddisfazione personale è quello del medico unico con annesso reparto di degenza, più o meno strutturato in funzione delle dimensioni del presidio ospedaliero. In altre parole occorre immaginare con Regione Lombardia un percorso di medio periodo in cui si trasformano tutte le strutture di Pronto Soccorso in UOC articolate con postazioni per l'osservazione breve intensiva (O.B.I.) secondo le recenti previsioni ministeriali, con un reparto di degenza di medicina d'urgenza (in funzione delle dimensioni del presidio) e con la possibilità di presenza di letti monitorizzati in funzione dei volumi e delle funzioni del presidio ospedaliero (hub o spoke secondo i modelli previsti dal DM 70/2015).

In questo modo i medici avranno più possibilità di gratificazione e crescita professionale, meno tendenza ad abbandonare la disciplina per “fuggire” nei reparti, più possibilità di carriera (strutture semplici, incarichi di alta e altissima professionalità) e i pazienti avranno a disposizione specialisti più competenti, più formati e più motivati. In ogni presidio dovrà essere garantita l'attività di soccorso extraospedaliero dei medici certificati AREU che ne facessero richiesta.

Nei grandi ospedali la Medicina d'Urgenza è una UOC con rapporti predeterminati dei percorsi dei malati nei confronti delle altre UOC mediche/chirurgiche. I nuovi POAS che vedranno la luce nel 2020 sono un'ottima occasione per iniziare questa trasformazione in senso moderno.

Si propone, sulla scorta di quanto fatto in Regione Toscana, di valutare l'indizione di procedure concorsuali per la copertura di posti a tempo indeterminato nei profili di dirigente medico nella disciplina di Medicina interna ed equipollenti come da tabella ministeriale, che prevedano la possibilità di assegnazione temporanea al Pronto Soccorso, accompagnata da un periodo iniziale di addestramento on the job, per un periodo non inferiore a due anni e non superiore a tre, salvo diversa volontà dell'interessato di prolungare la permanenza in Pronto Soccorso³.

³ Delibera N 570 del 23-04-2019 della Giunta Regionale Toscana