



Newsletter Aris

n° 640 - 18.09.2024

Comunicazioni del Ministro della Salute alla Commissione Affari Sociali

Si è svolta ieri, martedì 17, in Commissione Affari Sociali la Comunicazione del Ministro della salute, Orazio Schillaci, sulle tematiche afferenti ad assistenza sanitaria territoriale, emergenza-urgenza, nonché sui recenti episodi di violenza ai danni del personale sanitario.

Il Ministro ha puntualmente trattato diversi argomenti attinenti. Ne diamo qui di seguito una breve sintesi di ciascun argomento:

- **Assistenza sanitaria territoriale, emergenza-urgenza e casi di violenza:** Temi di grande rilevanza e con forti criticità. In relazione a questi si è avviato e si sta proseguendo un progetto di riforma organica – ferme restando le competenze regionali.
- **Medicina territoriale:** nella manovra di bilancio 2024 il Ministero si è impegnato ad elaborare due Disegni di Legge collegati finalizzati al potenziamento dell'assistenza territoriale ed ospedaliera, nonché di riforma delle professioni sanitarie che, con il supporto del Parlamento si porterà ad approvazione quanto prima.
- **Tavolo DM 70 e 77:** rispetto al potenziamento dell'assistenza territoriale ed ospedaliera, il Tavolo di Lavoro al MinSal ha ultimato la propria attività di ricognizione delle criticità del DM 70 e del DM 77. Le risultanze costituiscono la base per l'elaborazione del DDL nell'ottica di superare le attuali lacune. La visione tipicamente “ospedalocentrica” del Paese ha ostacolato lo sviluppo della medicina territoriale ed i limiti strutturali sono emersi durante la fase pandemica, in cui la medicina del territorio è risultata carente. Negli anni, inoltre, il numero dei posti letto ospedalieri è andato diminuendo; dunque, si è arrivati ad una grave fase di criticità. Serve ora una riforma della medicina territoriale e che valorizzi il ruolo dei MMG.
- **MMG:** Nessuna riforma può avere speranza di successo se non si rivede il ruolo dei MMG che rappresentano la prima garanzia di assistenza dei cittadini. A prescindere dalle regole di ingaggio, ciò che rileva è che queste figure devono dare un contributo effettivo orario nell'ambito del SSN e che questo avvenga all'interno delle strutture deputate ad assicurare la medicina territoriale. È indispensabile che i MMG lavorino un determinato numero di ore nelle Case di Comunità: punto fondamentale per garantire una sanità migliore e una riforma efficace.
- **Strutture assistenza territoriale:** Si è perfettamente nei tempi – rispettandone gli obiettivi – per assicurare entro il 2026 la piena operatività di Case ed ospedali di comunità e COT (già entro fine 2024). Per quanto riguarda Case di comunità, ad oggi sono stati avviati il 52% dei cantieri, mentre il 55% del target per ciò che riguarda gli Ospedali di comunità. Entro la fine del 2024 il 100% delle COT saranno funzionanti. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, i dati mostrano che si è superato l'8% di assistiti over-65, con il quasi raggiungimento dell'obiettivo (10% nel 2026). I benefici della riforma dell'assistenza territoriale si ripercuoteranno sull'assistenza ospedaliera con un decongestionamento dei PS.
- **Emergenza-Urgenza:** La situazione dell'E-U è attenzionata e su questa si sono concentrati gli interventi normativi degli ultimi anni. La principale criticità è la carenza dei professionisti sanitari – problema a cui il Governo cerca di dar risposta fin dal suo insediamento. Ha evidenziato che il problema del personale dell'EU – comune a molti paesi UE e non solo – deriva dalle manovre di contenimento della spesa, dai vincoli assunzionali, dall'innalzamento dell'età media, dal deterioramento delle condizioni di lavoro.

Questi fattori hanno reso il SSN meno attrattivo con scarsa partecipazione alle procedure concorsuali. Nel recente DL Liste d'Attesa il Ministero ha affrontato il tema del superamento del tetto di spesa per il personale sanitario, con una fase transitoria iniziale e un superamento totale dal 2025 – con la definizione di una metodologia diversa di calcolo del fabbisogno: dal 2025 l'effettiva esigenza di personale SSR sarà standardizzata sulla base di piani di fabbisogno triennale comunicati dalle regioni. La pandemia ha contribuito ad accentuare il fenomeno dell'abbandono del lavoro per cause diverse dai pensionamenti, soprattutto per i ruoli con condizioni di lavoro più disagiate (turni notturni e festivi).

- **Carenze professionisti e medici gettonisti:** Secondo la DG programmazione mancano 4.500 medici e 10.000 infermieri a livello nazionale, aprendo all'uso di gettonisti che hanno avuto effetti deleteri sul sistema. Già dal 2023 si è cercato di mettere freno al fenomeno, e nel corso del 2024 si è intervenuti con il DL Liste d'attesa prevedendo un'imposta aggiuntiva speciale per le prestazioni aggiuntive. È stata disposta una nuova disciplina per l'affidamento a terzi di servizi medici ed infermieristici, la ricostituzione del rapporto di lavoro per il personale con il SSN, un regime temporaneo di deroga al riconoscimento dei titoli conseguiti all'estero e la reinternalizzazione dei servizi. Con il DL Bollette si è inoltre prevista la possibilità di esternalizzare solo nei casi di necessità ed urgenza, ove non sia possibile sopperire alla carenza in altro modo. Eliminare i gettonisti è l'unico modo per far sì che questi medici rientrino nel SSN con condizioni di lavoro più giuste. È stato costituito al MinSal un gruppo di lavoro con rappresentanti ANAC, MinSal e MEF che ha definito le linee guida – adottate con decreto Ministeriale – recanti le specifiche tecniche e i prezzi di riferimento, gli standard dei servizi oggetto degli affidamenti a terzi. Ha poi illustrato i risultati del [rapporto](#) ANAC di febbraio 2024 sul tema.
- **Scarsa attrattività E-U:** Problema della scarsa attrattività non riguarda solo l'E-U, ma anche altre specializzazioni, ad esempio la Radiologia. Il MinSal ha avviato una campagna di sensibilizzazione per trasmettere ai giovani il valore del lavoro e la bellezza di salvare vite. Inoltre, è stata incrementata l'indennità specifica e l'indennità da PS.
- **Questione del contezioso:** il PS è uno dei settori in cui si è assistito sempre di più ad un aumento del contezioso. A questo proposito, ha illustrato una serie di iniziative:
 - **Limitazione della punibilità per colpa grave:** nel DL Milleproroghe sono state prorogate le disposizioni di cui all'art. 3-bis del [DL 44/2021](#), con le quali è stata disposta al di fuori dello stato di emergenza epidemiologica la limitazione della punibilità dei professionisti sanitari ai soli casi di colpa grave, per i fatti di lesione e omicidio colposo commessi (artt. 598 e 590 del Codice Penale), commessi fino al 31 dicembre 2024 nell'esercizio di una situazione sanitaria in situazione di grave carenza del personale.
 - **Valutazione della colpa:** in questo contesto, ai fini della valutazione della colpa, il giudice terrà conto delle condizioni di lavoro dell' esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie completamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare nel contesto organizzativo in cui i fatti sono stati commessi, nonché dal minor grado di esperienze e conoscenze tecniche possedute da personale non specializzato.
 - **Ulteriori misure al vaglio:** sono allo studio, d'intesa con il Ministero della Giustizia, ulteriori misure per rendere strutturale la limitazione della responsabilità penale dei professionisti sanitari solo ai casi di colpa grave.
- **Carenza del personale e specializzandi:** sono state predisposte ulteriori misure per incrementare il numero degli specializzandi. La carenza dei medici va affrontata, infatti, dando maggiore spazio e dignità professionale ai medici in formazione. I diversi interventi non possono essere pienamente efficaci se il sistema non dispone del numero di professionisti formati, adeguato ai fabbisogni. In tale contesto, sebbene il c.d. imbuto formativo sia stato superato, la scarsa attrattività del SSN, in particolar modo nel caso dell'emergenza-urgenza e di altre discipline, si riflette anche sulle scelte dei medici in formazione specialistica. Il fatto, però, che alcune specializzazioni mediche siano meno attrattive non è un fenomeno solo italiano ed è un problema rispetto al quale deve essere pienamente coinvolta la formazione dei medici al livello universitario.

- **Dati su contratti di specializzazione:** rispetto all'emergenza-urgenza, i dati del MUR attestano che nel 2021 risultavano assegnati solo 500 contratti (pari al 47% dei posti disponibili). Questo numero è sceso a 340 contratti nel 2022 (pari al 42% dei posti disponibili), per raggiungere nel 2023 il numero di 245 contratti (pari al 29% delle risorse stanziare a livello nazionale).
- **Interlocuzione con il MUR:** per assicurare che qualsiasi intervento normativo sia effettivamente efficace, bisogna avviare le necessarie interlocuzioni con il MUR per trovare soluzioni efficaci, anche attraverso una specifica valorizzazione degli specializzandi impegnati nei percorsi che oggi sono considerati meno attrattivi.
- **Attività libero-professionale:** con il [DL 44/2021](#) è stata riconosciuta agli specializzandi la possibilità di assumere incarichi libero-professionali di collaborazione coordinata e continuativa. Questa facoltà era inizialmente prevista in via sperimentale fino al 31 dicembre 2025 in relazione ad incarichi presso il PS e per un massimo di otto ore settimanali. Con il DL PNRR-quater ([19/2924](#)) è stata estesa la possibilità di assumere incarichi libero-professionali in relazione a tutti i servizi sanitari del SSN, non solo al servizio di emergenza-urgenza.
- **Impegno futuro del MinSal:** sono state elaborate ulteriori proposte inserite in un Disegno di Legge già approvato in Consiglio di Ministri, che sarà quanto prima oggetto di esame del parlamento. In particolare:
 - **Specializzandi:** rispetto agli specializzandi, con una specifica norma, si prevede l'innalzamento del monte ore che gli specializzandi possono dedicare ad incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, senza pregiudicarne la formazione, prevedendo tali misure a regime senza limiti temporali.
 - **Contrasto ai gettonisti:** al fine di contrastare il fenomeno dei c.d. gettonisti, è stata elaborata una proposta nello stesso Ddl per consentire alle regioni e agli enti del SSN di conferire incarico libero-professionale anche di collaborazione coordinata e continuativa.
- **Sovraffollamento dei PS:** un ulteriore aspetto critico del settore dell'emergenza-urgenza è quello relativo al sovraffollamento, il c.d. overcrowding. L'attuale inefficienza di alcuni servizi del PS deriva dallo squilibrio tra la domanda di assistenza e le risorse strutturali disponibili. L'aumento della domanda, al netto degli accessi inappropriati, essendo il PS dedicato alle condizioni di emergenza-urgenza, è imputabile sia ai mutamenti epidemiologici, sia alle soluzioni ancora immature (es. assistenza extraospedaliera, le liste d'attesa, dinamiche interne per servizi di emergenza-urgenza). Dal lato dell'offerta, resta critica la definizione dei percorsi di presa in carico.
- **Disponibilità di posti letto:** appare critica anche la disponibilità di posti letto, il turnover di questi ultimi per i pazienti destinati al ricovero dal PS. L'attesa dei pazienti in PS, il c.d. *boarding*, è la dimostrazione della più ampia criticità del PS stesso. Nel 2019 il MinSal aveva emanato tre linee di indirizzo:
 - *Le linee di indirizzo sul triage ospedaliero;*
 - *Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensità (O.B.I.);*
 - *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di sovraffollamento del PS con l'obiettivo fondamentale di evitare i ricoveri inappropriati, ridurre i tempi di attesa e aumentare la sicurezza delle dimissioni.*
- **Dati EMUR su sovraffollamento:** per il 2022 i dati del flusso EMUR riportano più di 17 milioni di accessi in PS, con il 12% in codice bianco (con un'attesa massima prevista di 240 minuti), 50% in codice verde (attesa massima di 120 minuti), 19% in codice azzurro (attesa massima di 60 minuti), 17% in codice arancione (attesa massima di 15 minuti), 2% in codice rosso (non differibile, minuti zero). La stima degli accessi evitabili riporta una percentuale sul totale degli accessi al PS superiori al 40%. Il rispetto dei tempi su base regionale viene uniformemente garantito per il codice bianco o verde, mentre per azzurro, arancione e rosso si assiste ad una notevole variabilità, con spesso un mancato rispetto dei tempi massimi previsti. La dimissione a domicilio rappresenta la quota preponderante degli esiti a tutti gli accessi, con oltre il 70% dei casi. Il ricorso all'OBi sconta importanti disomogeneità a livello regionale, così come non è uniforme tra le regioni il recepimento delle linee di indirizzo. Tra i fattori critici si evidenzia il coinvolgimento e la responsabilizzazione dell'assistenza extraospedaliera nella gestione degli accessi evitabili. È importante fare in modo che i pazienti possano trovare assistenza presso la medicina territoriale e le relative strutture che si stanno implementando con i fondi del PNRR.

- **Aggressioni al personale:** il fenomeno delle aggressioni al personale concorre a rendere sempre più difficili le condizioni di lavoro di tanti operatori. Spesso si tratta di forme di violenza proveniente dagli stessi pazienti, caregiver o parenti che si traducono in aggressioni fisiche o verbali.
- **Pena aggravata e presidi di polizia nelle strutture:** con l'obiettivo di contrastare questo fenomeno, il Governo, con il [DL 34/2023](#) è intervenuto, modificando il secondo comma dell'art. 583-quater del Codice penale, prevedendo una pena aggravata – la reclusione da 2 a 5 anni – a carico di chiunque si macchi del delitto di lesioni personali ai danni degli esercenti una professione sanitaria o sociosanitaria, anche nel caso in cui non si tratti di lesioni gravi o gravissime. Nell'ambito della conversione in legge del provvedimento, inoltre, è stata prevista la possibilità da parte del questore di poter costituire posti fissi della polizia di stato presso le strutture pubbliche e private-accreditate dotate di un reparto di emergenza-urgenza. In una ricognizione fatta dal Ministro Piantedosi, nell'ultimo anno, le strutture dotate di presidi di polizia sono passate da 120 a 196. Inoltre, è ancora in atto un ulteriore piano di incremento del numero di servizi di polizia.
- **Procedibilità d'ufficio:** successivamente, con il [D.lgs. 31/2024](#), il Governo ha reso il reato di lesioni a danno del personale sanitario e sociosanitario procedibile d'ufficio, così da non far dipendere l'esercizio dell'azione penale dalla volontà della vittima di sporgere denuncia.
- **Osservatorio nazionale sicurezza personale:** ha ricordato che con il DM del 7 dicembre 2023 è stato integrato ed è stato dato maggior impulso all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, istituito presso il MinSal. Si tratta di uno strumento volto a scongiurare il verificarsi del fenomeno delle aggressioni agli operatori del settore, coinvolgendo tutti gli stakeholder di riferimento rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale, degli ordini professionali, delle regioni, AGENAS e i Ministeri dell'interno, della difesa, della giustizia e del lavoro e delle politiche sociali, dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, nonché i rappresentanti delle organizzazioni di settore. L'Osservatorio sta lavorando intensamente innanzitutto per assicurare un efficace monitoraggio degli episodi di violenza e non soltanto di quelli che si connotano per le conseguenze particolarmente gravi, gli eventi sentinella degli errori in sanità, al fine di fornire una reale dimensione di questo fenomeno, stimolando, al contempo, la cultura della segnalazione. L'osservatorio, inoltre, ha lavorato con i competenti uffici del MinSal per l'aggiornamento della [raccomandazione ministeriale n. 8 del 2007](#) volta a contrastare le aggressioni ai danni del personale. I risultati delle indagini condotte dall'osservatorio sulle strutture sono stati presentati lo scorso 11 marzo 2024 al Parlamento.
- **Introduzione dell'arresto in flagranza:** d'intesa con il Ministero della Giustizia e il Ministero dell'Interno, gli uffici del MinSal sono impegnati nella elaborazione di una norma che preveda l'arresto in flagranza di reato, anche differito, per coloro che si rendono responsabili di gravi atti di violenza nei confronti dei professionisti della sanità pubblica. Si tratta, in particolare, di un istituto già sperimentato in relazione agli episodi di violenza negli stadi e che permette di procedere con l'arresto anche nelle 48 ore successive alla condotta delittuosa, in caso di documentazione video-fotografica dalla quale emerga inequivocabilmente il fatto. Credo fermamente che l'arresto in flagranza di reato, anche differito, possa costituire un valido strumento di deterrenza, per un efficace contrasto agli episodi di violenza a danno dei sanitari. Proprio nella giornata di oggi si è avuta una riunione con il Ministro Nordio e il Sottosegretario Mantovano per la definizione di questa norma.
- **Servizi di videosorveglianza:** inoltre, si sta vagliando la possibilità di prevedere misure appropriate per filtrare l'accesso dei visitatori e per implementare il numero dei sistemi di videosorveglianza.

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione

