

COMUNICATO STAMPA

L'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica Sezione Puglia, in merito alla attuale situazione della organizzazione sanitaria regionale vuole evidenziare quanto segue.

1 – La situazione attuale di gravissima carenza degli organici tutti in campo sanitario regionale si riflette in maniera ancora più drammatica nel campo della emergenza urgenza sanitaria, cioè in un settore delicatissimo che coinvolge sia il territorio che la parte ospedaliera interessata; tale situazione perdura da svariati anni in continuo peggioramento nonostante i ripetuti annosi tentativi di questa e di altre OO.SS. di Area Sanità di cercare di convincere le Istituzioni competenti a porre in essere una totale e drastica revisione dell'intera organizzazione del sistema emergenziale che avesse come obiettivo primario quello di armonizzarne sotto ogni aspetto l'organizzazione, la catena dei processi decisionali e i criteri di accesso al sistema stesso. Nulla di tutto ciò è stato sino ad ora mai portato a compimento, determinando il persistere da sempre di una frattura e di una quasi incomunicabilità tra il sistema emergenziale territoriale e quello ospedaliero con conseguenze ben immaginabili.

2 – La Regione Puglia decise un blocco delle assunzioni di personale sanitario svariati anni prima che tale decisione fosse assunta a livello nazionale. Ciò ha ovviamente determinato una carenza in Puglia di personale sanitario ancora più elevata rispetto a quella delle altre Regioni che nel frattempo continuarono ad assumere. Il persistere poi di tale blocco di assunzioni, a fronte di un comunque cospicuo numero di Medici specialisti ogni anno formatisi in questa Regione a spese anche dei cittadini pugliesi, ha determinato la fuga di molti di costoro verso altre realtà sanitarie nazionali e/o internazionali per lo più in grado di offrire un sistema più elevato di organizzazione sanitaria e quindi capace di garantire livelli di sicurezza professionale percepiti come più soddisfacenti. Tale situazione, in connessione anche spesso con i migliori fondi economici aziendali di queste Aziende, fondi strettamente collegati ai livelli contributivi dei Dirigenti Medici, rende estremamente aleatoria la possibilità di rientri di tale

personale verso Aziende della nostra Regione da sempre “povere” anche a livello di fondi rispetto ad altre realtà.

3 – Le Unità Operative di Pronto Soccorso sono attualmente quelle che, a livello ospedaliero, risentono in maniera ancor più drammatica le carenze di organico e di organizzazione in quanto ritenute le meno ambite dai Dirigenti Medici in possesso di specializzazioni adeguate a tale attività per motivi ampiamente comprensibili connessi: ai notevolissimi flussi di pazienti, con estrema difficoltà da parte dei Medici di PS di provvedere ad una loro collocazione in posti letto di adeguati Reparti di degenza, allo scarso livello di considerazione e di riconoscimento della complessità e dei livelli di responsabilità strettamente collegati al dover operare professionalmente in situazioni di emergenza urgenza, alla assenza organizzativa di percorsi preferenziali veloci per la diagnostica e l’eventuale ospedalizzazione dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso, al gravosissimo impegno orario lavorativo ben eccedente spesso addirittura le 48 ore massimo settimanali previste solo eccezionalmente, e con obbligo di recupero successivo per ritornare alla media delle 38 ore settimanali, da parte della normativa europea sull’orario di lavoro recepita anche dall’Italia (tali ore lavorate in più in PS è praticamente impossibile recuperarle stante le attuali carenze), all’assoluta mancanza infine di incentivi stipendiali che remunerino almeno in parte tale enorme surplus di impegno professionale. Tale situazione trova ampia conferma nel fatto che nell’ultimo concorso nazionale per l’accesso alle borse di studio di Specialità, la Specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza, quella che apre le porte al lavoro in Pronto Soccorso, ha visto andare deserte e quindi rifiutate dai concorrenti oltre 500 borse.

4 – I posti letto per acuti in Italia furono a suo tempo diminuiti con DPCM firmato dalla Lorenzin e portati al parametro nazionale di 3,7 per mille abitanti. Tale parametro in Francia e ancor più in Germania supera il 5,4 per mille. Da tale situazione scaturisce anche la estrema difficoltà di reperire posti letto per acuti disponibili per pazienti di Pronto Soccorso che necessitino di ospedalizzazione, in considerazione che in aggiunta non è neppure prevista una disposizione che consenta almeno di riservare giornalmente qualche posto letto nei vari Reparti per le eventuali emergenze del Pronto Soccorso. La carenza gravissima di personale sanitario è lì inoltre a dimostrare che non si hanno neppure gli organici adeguati per garantire i livelli essenziali di assistenza per 3,7 per mille posti letto per acuti, cioè una percentuale di posti letto già ben al di sotto di molte altre realtà europee che non si fregiano di una etichetta di

“welfare” in campo sanitario e prescindendo dal verificare se la Puglia rispetti o meno il parametro nazionale.

5- Gli effetti immediati maggiormente drammatici sulla salute degli Operatori Sanitari sono sotto gli occhi di tutti, ma esistono effetti altrettanto drammatici se pure non immediati che coinvolgono il deperimento fisico, la perdita di relazioni familiari e sociali, l’aumento del rischio professionale strettamente connesso alla assenza degli indispensabili riposi giornalieri e settimanali e alla contrazione sempre più spinta dei possibili periodi di dovute ferie.

Infine, una chicca a dimostrazione di quanto certa politica “ci ami”: di fronte ad un panorama ormai ben chiaro a tutti di quella che è la situazione drammatica della organizzazione sanitaria regionale, c’è addirittura chi pensa di poter “scaricare” la responsabilità delle lunghe liste di attesa per attività ambulatoriali in ospedale non sui criteri sino ad ora perseguiti dai decisori di “organizzazione sanitaria” e/o alle carenze di organico ovvero di intervenire chirurgicamente, avendone tutte le potenzialità normative e contrattuali, laddove fossero evidentemente acclamate anomalie comportamentali tra attività istituzionale e libero professionale, ma si badi ben... *tout court* e a prescindere da altro... di imputarla *sic et simpliciter* a tutta la libera professione intramoenia: forse non è ben chiaro che i Dirigenti Medici ospedalieri cui viene ormai imposto di turnare in Pronto Soccorso sono gli stessi che, in carenza di organico anche nei Reparti, lavorano anche in questi Reparti di degenza e sono gli stessi che devono anche garantire le attività ambulatoriali ospedaliere! E lo vuol sostenere con forza una O.S. di Area Sanità che rappresenta Dirigenti Medici che in ben poca percentuale praticano le attività libero professionali individuali in Azienda trattandosi di Anestesiisti Rianimatori e di Medici dell’Area emergenziale, settori questi ultimi, Rianimazioni e Aree della Emergenza Urgenza, giustamente escluse ed impossibilitate a svolgere attività libero professionale.

Bari, 25 luglio 2022

**IL PRESIDENTE REGIONALE
AAROI EMAC PUGLIA**
(Dr Antonio Amendola)

