volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

La grande fuga dal pronto soccorso. 3) Aggressioni e gettoni

Autore: Michela Chiarlo

In assenza di una riforma della sanità territoriale che garantisca personale e strutture intermedie e di prossimità, i Pronto soccorso sono il primo e principale punto di accesso al Servizio Sanitario. Ma, mentre il Ministero lancia la campagna di comunicazione #noisalviamovite, con l'obiettivo di aumentare le adesioni alla specializzazione di emergenza-urgenza, mettendo in evidenza l'importanza cruciale e il forte valore etico e morale di questa disciplina per ispirare futuri medici a intraprendere questo percorso professionale, nell'anno 2022-2023, ogni quattro posti messi a bando per tale specialità, ne è stato assegnato solo uno. Intanto la situazione scoppia, con decine, se non centinaia, di accessi al giorno, turni massacranti, carenza di personale e di posti letto, aggressioni (verbali e fisiche) sempre più frequenti al personale sanitario e infermieristico, estensione a macchia d'olio del fenomeno dei medici "gettonisti", livelli di stress che diventano veri e propri burn-out e molto altro ancora. Indagare cosa accade "dentro" i Pronto soccorso è, almeno, un veicolo per comprendere cosa sta realmente accadendo e per ragionare su come affrontare una situazione insostenibile (seppur prevedibile), conseguenza di una somma di criticità negli ultimi anni trascurate, sottovalutate e, in fin dei conti, ignorate. Per farlo ricorriamo, ancora una volta, ad alcune testiomonianze e analisi di Michela Chiarlo, oggi medico del Cto di Torino e fino a pochi mesi fa al Pronto soccorso e nel reparto di Medicina d'urgenza dell'Ospedale San Giovanni Bosco sempre di Torino, che già ci ha accompagnati, in passato, a esplorare la situazione ospedaliera durante la pandemia da Covid. (la redazione)

L'infermiere che smonta notte è avvilito e deluso. «Non è possibile che uno viene a lavorare e deve pure aver paura di non tornare dalla sua famiglia». Il medico, invece, due metri di altezza e una stazza abbondantemente sopra al quintale, è fuori di sè. **Il poliziotto è incredulo: «Davvero qualcuno ha provato ad aggredire Lei, dottore?»**. Un pazzo, sicuramente. **Ma succede sempre più spesso e l'effetto che ha sul personale è ben più devastante di qualche graffio e livido. È la sensazione terribile di aver fatto ogni sforzo per svolgere bene un lavoro difficile e averne ottenuto in cambio rancore**. Può prendere la forma di un paziente che grida in *triage* perchè gli è stato assegnato un codice bianco, di un parente che minaccia denunce perché ha atteso qualche ora in barella prima di essere dimesso, fino ai casi più gravi che si guadagnano un posto nella cronaca cittadina: **le aggressioni al personale sanitario in pronto soccorso sono quotidiane**. Non ci facciamo neanche più caso, è normale ribattere a un paziente che si lamenta per motivi futili, per poi passare immediatamente al successivo che spesso rimedia con un «Non so proprio come fate a sopportare tutto questo».

Come abbiamo già detto, il carico di lavoro del pronto soccorso dipende in buona parte da decisioni esterne e indipendenti non solo dal singolo professionista che vi lavora, ma anche dall'intero ospedale o ASL. Come tutti i lavori dell'emergenza, poi, ha a

disposizione risorse finite per gestire l'imponderabile. In realtà prevedere il numero di accessi giornalieri è difficile, ma non impossibile: i flussi sono in gran parte ripetitivi, e il sovraccarico è preceduto da abbondanti segnali, **ma non basta sapere che il lunedì pomeriggio c'è sempre una gran folla, bisogna anche avere un sistema in grado di adattarsi e rispondere alle esigenze quando si manifestano**. La flessibilità del pronto soccorso, invece, è affidata a provvedimenti grossolani su iniziativa della singola struttura, come prevedere un lavoratore in più il lunedì e il venerdì a scapito di uno in meno in altri momenti.

L'implicazione diretta dell'avere risorse finite e non flessibili è che se a disposizione ci sono tre medici e sette infermieri per turno, quelle dieci persone si dovranno occupare degli accessi di otto ore, che siano essi 20, 50, 100 o potenzialmente 10.000. **La qualità del lavoro e la qualità di vita del lavoratore dell'emergenza, quindi, non dipendono dall'impegno profuso o dalle abilità acquisite. A nessuno, però, piace lavorare male**. Immaginate un imbianchino. All'inizio è inesperto e per dipingere un metro quadro di parete ci mette mezz'ora, poi, con gli anni, impara a farlo altrettanto bene in 10 minuti. Ma nella sua giornata lavorativa che *deve* essere di otto ore e non di più (gli straordinari oltre a non essere pagati sono molto penalizzati negli obiettivi di risultato) potrebbe dover imbiancare 40, 60 o 100 mq. Cosa farà nella giornata da 100 mq? Darà una mano di vernice anzichè due, si arrabatterà, forse riuscirà a dipingere solo 90 mq, alla fine della giornata guarderà l'appartamento, vedrà le imperfezioni e sarà stanco e insoddisfatto. Immaginate poi che il cliente, vedendo un lavoro mal fatto, lo denunci perché ha pagato un professionista stimato e il lavoro che gli è stato consegnato è (obiettivamente) inaccettabile. Oppure che il cliente, scontento per il ritardo, lo insulti o aggredisca. Pensate che l'imbianchino continuerebbe a fare a lungo questo lavoro? Pensate che pagarlo di più o affiancargli una guardia del corpo risolverebbe la situazione? Eppure questa è la soluzione che si pensa di trovare per il pronto soccorso.

Nei pronto soccorso più sguarniti i turni scoperti vengono appaltati a un tanto all'ora (60, 70, 100 euro lordi, a seconda delle regioni e delle ASL). **A volte se ne fanno carico i dipendenti come "prestazioni aggiuntive"** che non cumulano monte orario ma vengono pagate una cifra prestabilita fissa e aggiunta allo stipendio, ma **esiste la possibilità di lavorare come liberi professionisti accettando solo turni a gettone, facendo quindi i "gettonisti"**. Facendosi bene i conti, grazie all'attuale regime dei minimi e al netto delle spese, si può ottenere **uno stipendio paragonabile a quello del SSN lavorando cinque o sei turni al mese**, quasi un quarto del monte orario degli assunti. Oppure si può stra-lavorare, come i dipendenti, guadagnando molto di più, esaudendo qualche necessità o sfizio per poi ritirarsi dignitosamente.

Le prestazioni aggiuntive si sommano al carico di lavoro, già gravoso, del medico d'urgenza e sono solo apparentemente una scelta. I turni in pronto soccorso, infatti, non possono rimanere scoperti: la carenza di personale, quindi, ricade sui dipendenti che rimangono. **La prestazione aggiuntiva è un modo dell'azienda sanitaria per risolvere**

più problemi insieme: si copre il turno, non si accumulano straordinari (che al momento non sono pagati, ma sono un parametro di inefficienza), si paga meno che con le cooperative, si dà un contributo al dipendente che vede crescere il suo stipendio mensile. **Dove il personale dipendente non arriva, o è del tutto assente, l'azienda è costretta ad assumere liberi professionisti (freelance o dipendenti di cooperative che offrono questo servizio) che sono costosissimi, poco fidelizzati e spesso del tutto avulsi dal contesto**. Chi lavora come "gettonista", infatti, spesso lo fa in ospedali o regioni che non conosce, solo per qualche turno, senza una adeguata conoscenza del personale, delle procedure aziendali, della rete di supporto territoriale, lavora, inevitabilmente, peggio anche se è un ottimo professionista.

Non mi interessa giudicare chi compie questa scelta, anzi: i colleghi gettonisti non fanno nulla di immorale o illegale, ma, come tutti, cercano un lavoro che, a parità di competenza, consenta di lavorare di meno e guadagnare di più. Il problema è del sistema: **non sarebbe più saggio investire i soldi dei gettoni per alleviare la fatica dei medici d'urgenza in modo da evitare che fuggano?**