



www.fimeuc.org

Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi

FIMEUC

SIMEU. SIMEUP. CoMES. SMI. SNAMI-ES. SPES. CIMO-ASMD. ANAAO-ASSOMED

Lettera Aperta al Ministro della Salute - Beatrice Lorenzin

OGGETTO. Il Sistema di Emergenza Urgenza In Italia - Criticità e Proposte

Riteniamo che il Sistema di Emergenza sia un pilastro portante del Servizio Sanitario Nazionale.

Di seguito sono descritte alcune criticità da affrontare ed alcune proposte di soluzione per favorire il pieno Sviluppo della Rete dell'Emergenza in Italia nel più vasto contesto Europeo.

STRUTTURE E STANDARD DELL'EMERGENZA

Il Sistema di Emergenza nasce in Italia con il DPR del 29 Marzo 1992. Si rendono necessari oggi riferimenti nazionali che vadano oltre le LG del 1996 e che indirizzino le regioni sull'organizzazione dei Dipartimenti d'Emergenza urgenza costituiti nel modello da noi proposto monospecialistico da Pronto Soccorso nei vari livelli operativi, Osservazione Breve Intensiva, Medicina d'Urgenza, Sistema di Emergenza pre-ospedaliera compreso l'Allarme sanitario e la Rete delle Unità Mobili di soccorso, afferenti alla disciplina Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (MCAU DPR 484/97).

Coordinamento FIMEUC:

Coordinamento FIMEUC: Barletta Cinzia (Presidente) Ricciardelli Adelina (Segretario), Becorpi Claudio, Bertini Alessio, Caminiti Alessandro, Carbone Giorgio, Cassi Riccardo, Chiesa Maurizio, D'Angelo Vito, Esposito Giovanna, Ferrara Giorgio, Fini Fabiola, Lubrano Riccardo, Magnanti Massimo, Marzaloni Silvia, Marziali Mauro, Messi Gianni, Procacci Vito, Rizzi Ugo, Ruggieri Maria Pia, Sinno Carmine, Testa Angelo, Triozzi Mirella, Urbino Antonio, Vitale Antonio, Panegrossi Aldo, (Presidente Onorario) Ferrari Anna Maria, (Presidente Onorario) c.f. 91206690371
Sede Operativa: Via Valprato 68 10155 . Torino; Sede Legale: Via Vittor Pisani, 10, Milan; e-mailto: info@fimeuc.org

A tal proposito si segnala l'impegno di codesta Federazione che rappresenta circa 9000 Professionisti del Settore, nella elaborazione degli Standard Organizzativi - Tecnici e Strutturali presentati in Commissione Sanità Senato nel Marzo 2012 e pubblicati nel Portale, strumento guida anche nei Tavoli Tecnici Istituzionali Intersocietari attivi dal 2012 presso il Ministero Salute (Linee Guida di Indirizzo TRIAGE e OBI) e Age.na.s (Requisiti Organizzativi del Sistema di Emergenza Pre-Ospedaliero ed Ospedaliero)

RETE EMERGENZA

Razionalizzazione pesata sull'appropriatezza della risposta

Si auspica la piena attuazione della organizzazione in rete secondo il modello Hub & Spoke per livelli di complessità di cura e per le patologie che necessitano di risposte differenziate in base alla gravità e specificità (Trauma Grave, Stroke, STEMI, Emergenza Pediatrica) e la definizione e implementazione dei Percorsi Clinico Assistenziali condivisi con il Sistema di Emergenza Pre-Ospedaliero (SIS 118)

FORMAZIONE

- **Scuola di specializzazione**

Dal 2009, anno di attivazione della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza sono stati attivati ogni anno 50 contratti ministeriali; altri 50 contratti circa sono legati a finanziamenti regionali. Nel 2013, per la necessità di adeguamento alla normativa europea delle scuole di specialità, sono stati ridotti ulteriori 4 posti; pertanto l'Università potrà garantire solo 46 contratti in tutto il territorio Nazionale. Inoltre in alcune Regioni, come Calabria, Sicilia, la Scuola di Specialità in Medicina di Emergenza-Urgenza non è stata ancora attivata. I primi 80 Specialisti saranno Diplomati quest'anno. Una goccia nell'oceano di un fabbisogno stimato di più di mille medici/anno. E' imperativo aumentare in modo consistente i contratti nella Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza. Vista la peculiarità e complessità del sistema va garantita migliore redistribuzione dei contratti previsti in base alle reali esigenze assistenziali potenziando anche i finanziamenti regionali. Sarebbe inoltre importante poter iniziare ad utilizzare precocemente i medici specializzandi a

contratto per compiti assistenziali, almeno dal quarto anno di corso, con adeguata attività di tutoraggio.

- **Formazione continua in medicina emergenza.**

La commistione di varie forme di contratto di lavoro (Dipendente SSN, Convenzionato, contratto a tempo determinato) rende difficile un modello formativo ed organizzativo unico, soprattutto nel complesso e delicato settore della Emergenza Pre-Ospedaliera (Sistema 118). I medici possono lavorare nel settore con diverse tipologie contrattuali, dipendenti, convenzionati, Libero Professionisti, a seconda della regione in cui operano e del periodo di reclutamento. Ogni regione ha strutturato modalità autonome di formazione del personale e sarebbe importante tracciare un modello unico a cui fare riferimento, o comunque requisiti minimi di formazione dai quali non si può derogare.

RISORSE UMANE NEL SISTEMA DI MEDICINA DI EMERGENZA-URGENZA

Ad oggi, a seguito della mancanza di Specialisti in Medicina di Emergenza-Urgenza, si è fatto ricorso, per sostenere gli organici del settore, ad un numero elevato di equipollenze nelle più diverse discipline (Medicina, Chirurgia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Allergologia...). Per la stessa ragione sono stati inseriti nel sistema emergenza anche medici provenienti da settori convenzionati e con contratti libero professionali, rendendo il settore uno dei più colpiti dal fenomeno del precariato medico (fino al 50% in alcuni Dipartimenti di Emergenza di alcune Regioni)

L'appartenenza a diverse specialità, il notevole carico di lavoro e l'attività usurante, induce molti medici a considerare il posto a ruolo in Pronto Soccorso un passaggio verso la disciplina nella quale sono specialisti.

A queste storiche carenze si aggiunge, particolarmente nelle regioni con piani di rientro, il blocco del turn-over.

Il Sistema di Emergenza pre-ospedaliero (Sistema 118) deve essere integrato con quello ospedaliero, intendendo come integrazione l'appartenenza almeno funzionale dipartimentale ad un'unica organizzazione dell'emergenza (Dipartimento d'Emergenza Urgenza) che permetta di svolgere attività sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative

Coordinamento FIMEUC:

Coordinamento FIMEUC: Barletta Cinzia (Presidente) Ricciardelli Adelina (Segretario), Becorpi Claudio, Bertini Alessio, Caminiti Alessandro, Carbone Giorgio, Cassi Riccardo, Chiesa Maurizio, D'Angelo Vito, Esposito Giovanna, Ferrara Giorgio, Fini Fabiola, Lubrano Riccardo, Magnanti Massimo, Marzaloni Silvia, Marziali Mauro, Messi Gianni, Procacci Vito, Rizzi Ugo, Ruggieri Maria Pia, Sinno Carmine, Testa Angelo, Triozzi Mirella, Urbino Antonio, Vitale Antonio, Panegrossi Aldo, (Presidente Onorario) Ferrari Anna Maria, (Presidente Onorario) c.f. 91206690371
Sede Operativa: Via Valprato 68 10155 . Torino; Sede Legale: Via Vittor Pisani, 10, Milan; e-mailto: info@fimeuc.org

adattate ad ogni realtà (rotazione, progressione, etc..). L'integrazione è positiva per i professionisti e per il sistema.

Il personale sia medico che infermieristico della Emergenza pre-ospedaliera deve essere "dipendente" del Sistema Sanitario Nazionale. Occorre accelerare e favorire la possibilità del passaggio alla dipendenza dei Medici del 118 in convenzione nelle regioni in cui ciò non è ancora avvenuto, con l'inquadramento nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (DPR 10 Dicembre 1997, n 484, entrata in vigore del decreto 31-1-1998). Nelle more del passaggio alla dipendenza di tutto il personale dell'emergenza, si ritiene essenziale che vengano stabiliti gli standard organizzativi per l'inquadramento delle diverse figure mediche

SOVRAFFOLLAMENTO E "BOARDING"

- **Sovraffollamento**

L' incremento del numero di accessi in Pronto Soccorso dell'ultimo decennio (circa 30milioni/anno dal 2000 al 2010) è indubbiamente a genesi multifattoriale:

- Invecchiamento della popolazione
- Aumento dei problemi di salute nelle fasce vulnerabili
- Aumento delle Malattie Croniche (Ipertensione arteriosa, Scopenso Cardiaco, Diabete Mellito BPCO, Osteoartrosi)
- Aumentate richieste di salute
- Cure sempre più complesse
- Crisi delle cure primarie e scarsa efficacia dei percorsi di Cura Territoriali/Ambulatoriali

A fronte di queste necessità si registrano:

- Scarse risorse umane e materiali
- Indisponibilità di posti letto
- Scarse risposte del territorio per cure e/o disponibilità, accessibilità rapida alla diagnostica di base (ECG, Esami Ematochimici, Radiodiagnostica) e consulenze specialistiche.

Il potenziamento dell'azione di filtro degli accessi da parte delle strutture del territorio, e un miglioramento dell'educazione sanitaria, se effettuato in modo efficace e con la necessaria sicurezza, potrà determinare probabilmente un parziale decongestionamento.

- **"Boarding"**

Il vero attuale grande problema nei DEA è rappresentato tuttavia, dal fenomeno del "BOARDING" , ovvero pazienti in attesa di Posto Letto in barella nelle aree del DEA per oltre 72 ore, ben oltre la definizione dell' esito che avviene in media in 4 - 8 ore, fenomeno soprattutto registrato in alcune regioni (Lazio, Piemonte, Campania, Sicilia). Nella Comunità Internazionale e nelle Regioni Italiane di riferimento (Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Veneto) la conclusione dell'iter-diagnostico terapeutico con esito in ricovero nel reparto di destinazione si realizza in media entro le 8 ore.

Il Sovraffollamento ed il "Boarding" comportano gravissimi disagi ed effetti avversi per:

- *Rallentamento del percorso di cura in Emergenza e aumento del Rischio Clinico con riduzione complessiva della Sicurezza delle Cure (Ritardi Diagnostici e Terapeutici, aumento delle complicanze e della mortalità, prolungamento delle giornate di degenza)*
- *Sovraccarico di lavoro per le risorse professionali necessariamente "distratte" dalla MISSION di accettazione dei pazienti dall'esterno in Emergenza-Urgenza (prolungamento delle Attesa per l'avvio del Percorso di Cura)*
- *Notevole incremento del disagio di assistiti ed operatori con riduzione della Qualità percepita*

QUOTE POSTI LETTO PER ACUTI / ABITANTI

Visti i risultati delle riduzioni di posti letto già attuate, soprattutto nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, appare molto pericolosa la previsione di ulteriori tagli fino ad un rapporto di 3 pl x1000 abitanti su tutto il territorio nazionale da raggiungere nel 2015: la definizione a priori di una quota non rende ragione delle enormi diversità e delle differenti esigenze di ciascuna regione ed area in base a tipologia, età media della popolazione, dati epidemiologici e consistenza ed attività della Rete Hub &Spoke

Coordinamento FIMEUC:

Coordinamento FIMEUC: Barletta Cinzia (Presidente) Ricciardelli Adelina (Segretario), Becorpi Claudio, Bertini Alessio, Caminiti Alessandro, Carbone Giorgio, Cassi Riccardo, Chiesa Maurizio, D'Angelo Vito, Esposito Giovanna, Ferrara Giorgio, Fini Fabiola, Lubrano Riccardo, Magnanti Massimo, Marzaloni Silvia, Marziali Mauro, Messi Gianni, Procacci Vito, Rizzi Ugo, Ruggieri Maria Pia, Sinno Carmine, Testa Angelo, Triozzi Mirella, Urbino Antonio, Vitale Antonio, Panegrossi Aldo, (Presidente Onorario) Ferrari Anna Maria, (Presidente Onorario) c.f. 91206690371
Sede Operativa: Via Valprato 68 10155 . Torino; Sede Legale: Via Vittor Pisani, 10, Milan; e-mailto: info@fimeuc.org

RUOLO DEL TERRITORIO E DELLE CURE DISTRETTUALI

Miglioramento dei percorsi di cura ambulatoriali / territoriali: implementazione delle cure primarie (valorizzando l'apporto di tutte le figure mediche presenti sul territorio e/o disponibilità e accessibilità rapida di diagnostica di base appropriata (ECG, Ecografia, Radiologia, Laboratorio Patologia clinica) e specialistica. Riorganizzazione della continuità assistenziale anche secondo quanto previsto dal documento Accordo Sato Regione del 7 Febbraio 2013 su "Linee di Indirizzo per la riorganizzazione del Sistema di Emergenza Urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale

FIMEUC

Federazione Italiana Medicina di Emergenza Urgenza e Catastrofi

SIMEU - SIMEUP- SMI - CoMES - SPES - SNAMI-ES - CIMO-ASMD - ANAAO-ASSMED

Cinzia Barletta
Presidente FIMEUC



presidente@fimeuc.org
info@fimeuc.org