



**Federazione Italiana di Medicina di Emergenza –Urgenza e Catastrofi
SIMEU. SIMEUP. CoMES. SMI. SNAMI-ES. SPES. CIMO-ASMD. ANAAO**

MANIFESTO FIMEUC 2014-2016

SISTEMA EMERGENZA-URGENZA: ANALISI CRITICA E PROPOSTE

La FIMEUC, dopo la elaborazione degli Standard Organizzativi-Tecnici e Strutturali presentati alla XII Commissione Sanità del 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) propone con questo documento e sulla base della analisi che seguono, delle azioni/provvedimenti per il superamento delle criticità.

PREMESSA

A oltre 20 anni dalla istituzione del sistema d'emergenza urgenza con il DPR del 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza) il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sul trasporto infermi e sulle reti di emergenza urgenza, approvato dalla XII Commissione Sanità del Senato, XVI legislatura anno 2011, ha portato alla luce un sistema in sofferenza, con reti territoriali non organizzate e Pronto Soccorso sovraffollati e vicini al collasso.

La FIMEUC, con i suoi 9000 iscritti, ritiene non più rimandabile la presa in carico dei problemi che affliggono il sistema di emergenza urgenza preospedaliera ed intraospedaliera in quanto esso con tutte le sue articolazioni (Centrale Operativa 118, mezzi di soccorso, punti di Primo Intervento, PS e OBI generali e pediatrici e le aree di Medicina d'urgenza-semintensiva) rappresenta per il cittadino la prima ed unica risposta, indipendentemente dal luogo e dal tempo, ai bisogni di salute nelle situazioni di emergenza.



Per tale motivo il sistema di emergenza urgenza deve rappresentare un punto di valenza forte dell'intero servizio sanitario nazionale, superando, in nome del principio di equità di accesso alle cure, le disomogeneità regionali e la mancanza sin dalla sua istituzione di una specializzazione per la formazione del personale.

ANALISI

Il personale medico

Il DPM del 27 marzo 1992 e il successivo atto d'intesa stato-regione del 1996, in assenza di una specializzazione e di specialisti del settore, stabiliva che nel sistema di allarme (CO 118 e mezzi di soccorso) vi lavorassero medici dipendenti, fissi o a rotazione e medici di guardia medica, titolari, che avessero frequentato l'apposito corso regionale, ai sensi dell'articolo 22, comma 5 del DPR, 41/1991 e quindi con contratto convenzionato a tempo indeterminato, prevalentemente addetti ai mezzi di soccorso. La responsabilità era attribuita ad un dirigente di I o II livello con comprovata esperienza nell'area dell'emergenza.

Nel sistema di accettazione (Pronto Soccorso) gli stessi atti disponevano che vi lavorassero medici a rotazione provenienti dai reparti e la responsabilità, anche essa a rotazione, affidata ad un medico con una qualifica non inferiore ad aiuto e con esperienza nel settore.

Negli anni successivi con il DPR e 484/97 si individua la disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza per l'attribuzione degli incarichi di Direzione di Struttura in coerenza ai requisiti specifici (anzianità di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina) e dieci anni di servizio nella disciplina per l'accesso ai concorsi per dirigenti di I livello, per quei medici che a gennaio del 1998 fossero privi di specializzazione.

Il Decreto del - Ministero della Sanità - 30 gennaio 1998 individua i Servizi e scuole equipollenti per la disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (ben 35) e il Decreto del - Ministero della Sanità - 31 gennaio 1998 individua le discipline affini.

Nel 1999 l'articolo 8. 1 bis della legge 229 dà l'opportunità alle regioni, di individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi stessi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego con l'inquadramento nel ruolo sanitario dei medici addetti a tali attività e titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, a domanda e previo giudizio di idoneità.

Con la finanziaria del 2004, il settore della sanità subisce più di ogni altro tagli che si concretizzano nelle regioni sottoposte a rientro (ben 11 all'inizio del 2005) al blocco del



turnover con la conseguenza di un rinnovo continuo dei contratti di dipendenza a tempo determinato e del ricorso a contratti atipici per aggirare il blocco e nel contempo assicurare i LEA.

Solo nel 2006, con il Decreto Ministeriale n. 118 viene istituita la scuola di specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza (Gazzetta Ufficiale del 22-5-2006) che parte nel 2009 e quest'anno consegna solo 84 specialisti.

E' chiaro che quanto esposto ha portato alla costituzione di un gruppo di medici che, pur operando nello stesso settore a causa della difforme o cessata efficacia dell'art.8 comma 1bis della DL 229/99 ha con SSN rapporti di lavoro differenti (dipendenza o convenzionato a tempo determinato e indeterminato o di dipendenza a tempo determinato o atipico come co.co.co., co.co.pro, libera professione, prestazione d'opera, etc.).

La situazione risulta drammatica se si pensa che il numero di specialisti in medicina di emergenza urgenza che si forma ogni anno non copre neppure un quarto del fabbisogno annuale dei medici che lasciano o per raggiungimento del limite di età, o per burnout o altre malattie correlate alla professione. Senza contare il fatto che a peggiorare il servizio vi è la probabilità che alla direzione delle strutture arrivino medici con anzianità esperita esclusivamente nelle discipline equipollenti/affini, senza alcuna esperienza professionale nei vari ambiti dell'Emergenza-Urgenza.

I volumi delle prestazioni erogate

Secondo i dati ufficiali del Ministero della Salute, gli accessi di Pronto Soccorso sono passati da 21.274.174 nel 1997 a 24.215.174 nel 2009 con una tendenza verso il muro dei 30 milioni e con una qualità delle prestazioni che sono diventate sempre più complesse.

Secondo l'indagine della SIMEU, Censi&RE 2005-2009, in rapporto al codice di priorità assegnato in TRIAGE 1,4 - 4% è rappresentato da Codici rossi, il 12,4-17,6% da codici Gialli, il 47 - 62% da codici Verdi e il 18 - 31% da codici Bianchi, con ampia variabilità tra regioni del Nord, Centro e Sud di Italia.

La media nazionale dei ricoveri da Pronto Soccorso è pari al 17,9% e rappresenta il 45,6% dei ricoveri ospedalieri complessivi (in programmazione elettiva e da Pronto Soccorso).

Per il 118, gli ultimi dati ufficiali del 2005 descrivevano quasi 14 milioni di chiamate di cui 8,5 milioni da riferire a problematiche di soccorso sanitario che hanno prodotto quasi 4 milioni di interventi con esito in accesso in PS in 2.806.646 casi di cui il 30% ricoverato.

Negli ultimi dieci anni i posti letto si sono progressivamente ridotti passando da 347.297 a 231.707 nell'anno 2012, (195.922 per acuti e 35.785 per subacuti rispettivamente) con una media nazionale di 3.85/1000 abitanti.

L'emanando regolamento "Definizione degli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera, (in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell' articolo 15, comma c) del decreto legge 6



luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni della legge 7 agosto 2012, n.135) fissa a 3.7 per 1000 abitanti lo standard dei posti letto sul territorio nazionale di cui 3.0/1000 abitanti destinati agli acuti. La variazione si traduce in una perdita di 14.043 posti letto per acuti ed in un guadagno di 6.653 posti per subacuti con una perdita totale di posti letto pari a 7.389. Il modello organizzativo rimane, nel regolamento, il sistema Hub e Spoke integrato delle reti per le patologie tempo dipendenti (già previsto nel DPR 27 marzo 1992 e contemplato negli standard FIMEUC 2012), le CO118, e i DEA di II livello insisteranno su bacini di popolazione più ampi di quelli attuali (600.000-1.200.000 abitanti), per i DEA di I livello il bacini sarà di 150.000-300.000 abitanti, le OBI saranno previste già a partire dai PO con funzione di PS, le Medicine d'Urgenza-semintensiva a partire dai DEA di I livello. L'efficacia delle cure sarà garantita da indicatori di volumi ed esiti in parte previsti nel Piano Nazionale Esiti in parte ancora da fissare.

Risulta chiaro che tali volumi di attività, sia nel settore dell' emergenza preospedaliera che ospedaliera, ai fini della qualità ed affidabilità del servizio, necessitano di personale dipendente, con una formazione specifica comune e articolata, finalizzata all'acquisizione di competenze cliniche ed organizzative manageriali. E' altrettanto necessario per tali volumi di attività e ai fini della qualità ed affidabilità del servizio, che il personale del sistema di emergenza-urgenza operi in una organizzazione dipartimentale normata a livello nazionale, un Dipartimento monospecialistico dell' emergenza cui afferiscono mezzi di soccorso, CO118, punti di Primo Intervento, PS con l'OBI generale e pediatrico e le medicine d'urgenza-semintensiva. Provvedimenti urgenti sono necessari a livello nazionale in tema di formazione per un settore in continua evoluzione e per molto tempo orfano di una scuola di specialità in quanto le società scientifiche non possono più sostenere l'impegno di risorse umane ed economiche per la formazione di quei medici che di questa specialità non hanno usufruito. Pertanto, accanto all'aumento del numero di borse per i giovani medici è necessario prevedere anche l'accesso di coloro che già operano nel settore nonché l'adozione di un piano di formazione permanente nazionale che comprenda anche il tema delle maxiemergenze.

Il quadro epidemiologico

Accanto a questa difficoltà a reperire, formare ed integrare il personale, ad adeguare le strutture preesistenti o a costruirne nuove adatte alle attività di emergenza, si sono verificati negli anni dei cambiamenti nella popolazione che hanno contribuito a mettere in risalto la fragilità del sistema sanitario nazionale piuttosto che del solo settore dell'emergenza che invece a questi nuovi bisogni ha dato risposta pur pagando in termini di qualità.



L'allungamento della vita media ha determinato un maggiore ricorso al sistema di emergenza di pazienti anziani e fragili. I progressi compiuti in campo medico hanno indotto un aumento della cronicità caratterizzata da stati polipatologici a cui la medicina del territorio riesce a fornire risposte in maniera non sempre adeguata. Di qui il notevole incremento del ricorso al sistema di emergenza urgenza che viene ulteriormente gravato dalla massiccia presenza sul territorio nazionale di cittadini non comunitari, spesso provenienti da zone di guerra e bisognevoli di risposte complesse e tempestive.

Il risultato è un tempo di attesa alla visita per tutti i codici di priorità che oscilla tra 100 e 430 minuti, un tempo medio di attesa alla visita per i pazienti in codice verde condotti dal 118 di 240 minuti con un conseguente blocco delle ambulanze (dati della indagine conoscitiva del senato- marzo 2011). A ciò si aggiunge il ben noto e grave fenomeno del boarding che consiste nell'attesa su barella in PS della disponibilità di un posto letto ospedaliero. Tale attesa in molti casi dura alcuni giorni (oltre 72 ore) con conseguenze facilmente intuibili sia riguardo all'utilizzo di risorse da parte delle strutture di PS, sia riguardo al disagio ed ai pericoli cui sono sottoposti i pazienti in attesa di ricovero ospedaliero come documentato dalla più recente letteratura

Per quanto in premessa la FIMEUC ritiene prioritario:

ORGANIZZAZIONE E RISORSE

Prevedere e normare un dipartimento dell'emergenza monospecialistico integrato territorio-ospedale su base provinciale o di area vasta (bacini di 600000-1200000 abitanti su cui insiste la CO) in via preferenziale. A tale dipartimento devono afferire mezzi di soccorso, CO118, punti di Primo Intervento, PS e OBI generale e pediatrica e MEU-semintensiva delle aziende (ospedaliere, ospedaliero-universitario, territoriali, IRCCS o delle aziende regionali 118) che insistono sul territorio/bacino e prevedere nel regolamento la rotazione del personale sulle varie articolazioni, al fine di favorire la figura del medico unico dell'emergenza. Il regolamento deve prevedere per i direttori delle UOC che vi afferiscono la rotazione per la posizione apicale di capo del dipartimento monospecialistico integrato. Nei bacini serviti da diverse tipologie aziendali, ivi compresa la azienda regionale 118, il Dipartimento monospecialistico assume la caratteristica di dipartimento interaziendale.

Istituire le OBI generali e pediatriche e le MEU-semintensive per i bacini indicati dal regolamento sugli standard.



Rivedere gli standard di personale del settore dell'emergenza tenendo conto dei tempi minimi da dedicare ad ogni paziente nei PS generali e pediatrici e nell'emergenza pre-ospedaliera, da parte del personale medico e infermieristico (standard FIMEUC 2012).

Valorizzare il ruolo specifico dell'infermiere e le competenze professionali nell'ambito dell'emergenza urgenza.

Rivedere il numero di mezzi sul territorio in relazione all'introduzione necessaria dell'auto medica e delle acquisite competenze infermieristiche.

Ottimizzare la formazione del personale non sanitario volontario laico e tecnico

FLUSSI INFORMATIVI

Rinominare l'attuale disciplina MCAU in medicina di emergenza-urgenza (MEU) in coerenza con la denominazione attuale del diploma di specializzazione di medicina di emergenza-urgenza, variare nelle specifiche tabelle di equipollenza la dizione "medicina d'urgenza" in "medicina d'emergenza-urgenza" e in coerenza rinominare in modo definitivo ed univoco il reparto di degenza in medicina di emergenza-urgenza-semintensiva

Apportare modifiche al decreto sui Flussi EMUR (dicembre 2008) al fine di rilevare le attività delle OBI

Implementare un sistema di indicatori di efficacia e sicurezza dei LEA in emergenza urgenza più appropriato in relazione agli esiti

Attribuire un codice di disciplina alle attività di ricovero in medicina d'urgenza (MEU-semintensiva) al fine di censire e monitorare le attività, oggi erroneamente confluite nella medicina interna codice 26.

ACCESSO ALLE POSIZIONI LAVORATIVE

Aumentare i contratti per la specializzazione di medicina di emergenza urgenza per coprire progressivamente il nuovo fabbisogno e permettere l'accesso alla specialità dei medici che già operano nel settore e favorire la certificazione delle competenze acquisendo il diploma europeo.



Privilegiare nella individuazione delle figure mediche apicali e delle figure di coordinamento per i servizi di emergenza urgenza le competenze specifiche e i curriculum formativo professionali maturati nell'ambito della emergenza urgenza.

Individuare la specialità in medicina di emergenza-urgenza come l'unica riconosciuta per l'accesso all'area. Attualmente l'ampia gamma di equipollenze previste per l'accesso al settore dell'emergenza non appare in sintonia con le competenze professionali richieste; si ritiene pertanto necessario rivedere le equipollenze con modalità che comunque non mettano a rischio la piena occupazione dell' area.

STABILIZZAZIONE

Riattivare l'articolo 8.1bis del D.Lgs 229/del 1999 per portare a termine il passaggio alla dipendenza dei medici dell'emergenza preospedaliera che hanno maturato i requisiti e che ne facciano richiesta

Accelerare le procedure per la stabilizzazione dei medici della emergenza ospedaliera con contratto dipendente a tempo determinato da più di tre anni e nelle regioni in piano di rientro al netto dello sblocco del turnover sui cessati

Riconsiderare la stabilizzazione dei medici con contratti atipici la cui attività sia stata fondamentale per i LEA in emergenza-urgenza, previa verifica dell'adeguatezza delle competenze e del curriculum.

Ridurre il numero di affinità ed equipollenze per l'accesso alla direzione di strutture e valorizzare l'anzianità di servizio nelle articolazioni dell'area di emergenza urgenza al fine di evitare che specialisti in branche equipollenti e o affini senza aver prestato servizio nel settore ne assumano la responsabilità privi di alcuna esperienza specifica.

La Presidente
Adelina Ricciardelli
Cell. 3346262453

La Segretaria
Giovanna Esposito

presidente@fimeuc.org

Il Coordinamento Nazionale