



Illustrissimo Presidente e Onorevoli Senatori

La FIMEUC, Federazione Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza e Catastrofi, è nata nel 2009 con l'obiettivo di favorire il coordinamento delle Associazioni e le Società Scientifiche che operano in questo complesso e delicato ambito della sanità in rappresentanza di circa 9000 Medici di settore al fine di promuovere la necessaria revisione delle norme legislative nazionali e regionali, attualmente vigenti, in relazione alle esperienze maturate in seguito ai progressi scientifici, culturali, organizzativi e tecnologici intervenuti nel nostro Paese e nei Sistemi di emergenza europei e mondiali.

Con il DPR del 27 marzo del 92 si sono fondate le basi per una organizzazione del sistema di emergenza che comprenda la fase di allarme, la fase preospedaliera costituita da mezzi e professionisti del soccorso ed una rete di servizi ospedalieri differenziati per complessità assistenziale. L'emergenza è un momento critico per l'intero sistema sanitario. In tempi strettissimi, in qualsiasi momento delle 24 ore, è necessario prendere in carico un paziente con una possibile situazione di pericolo di vita e sottoporlo ad accertamenti e terapie non programmati.

Questo compito richiede un sistema capillare di unità operative in grado di fare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato dove si possano effettuare le diagnostiche e le terapie che salvino la vita e che promuovano la possibilità di un recupero successivo ad una vita il più possibile normale.

Il modello, così articolato, prevederebbe una forte capacità da parte delle Regioni e delle Aziende di condurre ad un unico sistema l'insieme delle prestazioni che pur erogate da servizi diversi devono svolgersi in un continuum tra la fase di soccorso e del trasporto e l'ospedalizzazione del paziente secondo il principio del "paziente giusto all'ospedale giusto, nel tempo giusto e con la assistenza giusta"

Pertanto, perché un sistema si identifichi in maniera inequivocabile, occorre definirne gli ambiti di competenza, gli obiettivi, le responsabilità dei



singoli professionisti e gli strumenti organizzativi. Questo perimetro di riferimento non è stato ancora istituzionalmente riconosciuto se ancora assistiamo a modi difformi di approcciare l'emergenza ingenerando difficoltà anche solo per una semplice azione di benchmarking tra realtà diverse spesso sostenute da una sorta di autoreferenzialità.

Se pensiamo alla normativa nazionale che ha determinato la nascita e lo sviluppo del sistema dell'emergenza Sanitaria in Italia, tutto si è fermato all'Atto di intesa del 17 maggio 1996. Sicuramente il progetto Mattone ha rappresentato un importante documento da cui estrapolare indicatori; rimane però il limite di una connotazione più di carattere amministrativo che di governance del sistema di emergenza pre ed intraospedaliera.

Pur nel rispetto delle autonomie locali, 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 dove l'integrazione della medicina pre-ospedaliera (Sistema 118) con quella ospedaliera, sia intesa come appartenenza almeno funzionale ad un'unica organizzazione dell'emergenza che permetta ai professionisti di svolgere attività sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative adattate ad ogni realtà. L'integrazione è positiva per il personale e per il sistema; infatti la rotazione del personale medico ed infermieristico in strutture e servizi diversi, raggiunge più rapidamente livelli di competenza, capacità di valutazione e di risposta clinica appropriata fondamentali per operare, in emergenza, in maniera efficace.

Di fatto, però, ci troviamo di fronte ad una preoccupante disomogeneità organizzativa su tutto il territorio nazionale dove il governo clinico, proprio perché poco normato, spesso, risponde più a logiche di opportunità locali che a criteri di razionalità ed efficienza. Siccome crediamo che le Regioni, per poter rendere più efficienti i loro servizi sanitari, abbiano bisogno di uno Stato che garantisca una azione di regia fornendo attività di indirizzo e verifica, rispetto al settore dell'emergenza occorre rivedere un quadro normativo di riferimento che attraverso la definizione degli standards organizzativi e professionali puntualizzi definitivamente l'asse portante della struttura ed indichi in maniera



inequivocabile i ruoli degli operatori, da nord al sud del paese. La FIMEUC, con il documento sugli standards, presentato alla Commissione nel 2012 e pubblicato anche sul portale del Senato, ha ritenuto di fornire un contributo attivo dei professionisti.

I Dipartimenti di Emergenza-Urgenza costituiscono il fulcro della risposta operativa all'emergenza e la necessità di legare in modo esplicito, istituzionale e -soprattutto- efficace, la fase pre a quella intra-ospedaliera risponde ad una operazione culturale volta a superare il modello vigente di Pronto Soccorso per sostituirlo con quello della "Emergency Medicine". Dall'altra verificiamo come la scarsa capacità da parte dei servizi territoriali di intercettare i bisogni e fornire una appropriata risposta ai problemi di salute dei cittadini insieme ad una riduzione spesso lineare dei posti letto per acuti hanno comportato un ampliamento delle funzioni del P.S. sempre più impegnato a garantire la stabilizzazione, l'osservazione clinica ed il trattamento del paziente in attesa di ricovero nella Unità Operativa più appropriata e questo sottrae risorse importanti al Pronto Soccorso, prolunga i tempi di attesa, ritarda i trattamenti riduce la sicurezza delle Cure, favorisce gli effetti avversi.

Ma nella maggior parte dell'Italia, l'integrazione tra il territorio e l'ospedale risulta essere una convivenza forzata. Nelle realtà dove l'integrazione è reale il sistema è compatto anche se le risorse sempre più scarse ne stanno mettendo a dura prova la tenuta ma dove l'integrazione non è reale anzi dove si sono fatte scelte organizzative che hanno demarcato ancora di più i confini tra il dentro e il fuori il sistema è instabile con professionisti soprattutto medici sempre più a rischio di dequalificazione che induce ad una demedicalizzazione poco governata senza che a questa si associ una organica ricomposizione delle varie professionalità coinvolte.

La deregulation del sistema è stata favorita anche dalla mancanza di un linguaggio comune e per questo le 8 società federate si sono impegnate ad elaborare il Glossario per l'emergenza che ha permesso di identificare i vari prodotti.

L'intento della FIMEUC è quello di mettere a disposizione delle Istituzioni le proprie conoscenze e competenze per il consolidamento e lo sviluppo del



settore dell'Emergenza-Urgenza in Italia in collaborazione con le altre Società Scientifiche e in sintonia con le Nazioni della Unione Europea e con le Linee Guida Internazionali ed è per questo che vi presentiamo il Manifesto 2014-2016

Il modello prescelto prevede un dipartimento di emergenza monospecialistico, comprendente il sistema di emergenza preospedaliero 118 (Centrale Operativa e mezzi di soccorso), Punti di primo intervento, Pronto Soccorso, Obi e Medicine d'urgenza laddove sono previste.

Nel dipartimento di Emergenza, nella sua accezione più ristretta, opera quale **figura unica** il medico di emergenza urgenza che **ruota su tutti i servizi** sia pre che intraospedalieri e nel pronto soccorso/OBI/Medicina d'urgenza e diventa il riferimento certo nella gestione di pazienti critici (Trauma, Stroke, STEMI, Maxiemergenze) e ne garantisce la stabilizzazione e l'avvio dell'iter diagnostico terapeutico che può concludersi nei reparti specialistici o con la dimissione a domicilio sin dal primo intervento che può svolgersi fuori o dentro l'ospedale. L'integrazione più completa, realizzata nelle Regioni più progredite, tra strutture e personale del territorio con quello degli ospedali, consentita anche con l'inserimento dei Medici dell'Emergenza territoriale nei Pronto Soccorso, costituisce un modello che garantisce la qualità delle prestazioni e la formazione continua del personale.

Sosteniamo l'istituzione delle Osservazioni Breve Intensiva generali e pediatriche così come previsto dal regolamento sugli standard, come articolazione organizzativa del Pronto Soccorso, con identificazione di Percorsi Clinico-Assistenziali e definizione del Follow up per favorire la gestione del problema clinico acuto in un setting assistenziale alternativo al ricovero, in 24-36 ore. Ma diventa fondamentale stabilirne le necessità in termini di risorse professionali e strutturali.

Il problema degli organici medici delle strutture di emergenza è estremamente complesso in quanto purtroppo sono pochi o del tutto assenti dati scientifici riguardo ai tempi "assorbiti" da ciascun paziente potendosi registrare un'estrema variabilità in rapporto alla gravità e alla complessità (non solo clinica) del paziente. Per questo la Fimeuc ha proposto dei criteri, tra l'altro già



presi in considerazione dal tavolo attivato in Agenas sugli standard di personale e di cui attendiamo la pubblicazione.

Di estremo rilievo è stato anche il cambiamento nel percorso formativo degli Infermieri italiani; l'attività infermieristica è più ricca e complessa e si fonda sulle conoscenze scientifiche, su una precisa deontologia professionale, sulla responsabilità e, infine, su una autonomia operativa rispetto ad altre figure che operano nel medesimo campo.

Anche sul territorio la distribuzione dei mezzi è vista nell'ambito di un sistema che preveda una risposta a più livelli di complessità assistenziale, in cui il volontariato costituisca il livello "basic per passare ad un livello intermedio con gli infermieri e finire con quello avanzato costituito da medico ed infermiere dell'emergenza.

Il Volontariato rappresenta da sempre una risorsa fondamentale integrata istituzionalmente nel sistema di emergenza preospedaliero e la sua integrazione deve prevedere una attività di informazione / formazione continua volta alla applicazione di procedure condivise con i professionisti.

Per conoscere i servizi occorre definirli e misurarli.

Per questo chiediamo che la Medicina di Chirurgia, di Accettazione e di Urgenza vada ridefinita Medicina di Emergenza-Urgenza in coerenza con la denominazione della recente scuola di specializzazione e si identifichi un flusso specifico per le attività in OBI e in medicina d'urgenza, attualmente confluite nella medicina interna codice 26.

Dalla attivazione della scuola di specializzazione in medicina d'emergenza nel recente 2009 sono stati attivati ogni anno solo 50 contratti ministeriali; altri 50 contratti circa sono legati a finanziamenti regionali. Nel 2014, si sono specializzati 87 medici: 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.

E' ormai indispensabile 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.

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).

In conseguenza della mancanza della scuola di specializzazione in medicina d'emergenza fino al 2009, si è fatto ricorso, per sostenere gli organici, ad un numero elevato di equipollenze nelle più diverse discipline e a 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)

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

Il modello organizzativo dipartimentale dell'emergenza/urgenza non può funzionare con rapporti di lavoro differenziati che rispondono a diversi uffici non integrati tra loro e a diverse discipline, laddove il medico convenzionato ha minori tutele e un carico di ore di lavoro maggiore senza considerare l'alto turn over.

La legge medesima considera nell'area dell'emergenza/urgenza, il rapporto di dipendenza come funzionale al miglioramento dei servizi

Deve essere ribadito con forza che non può essere rimessa alla volontà delle Regioni la scelta di tante modalità di reclutamento dei medici dell'emergenza che se non ricondotta ad indirizzi nazionali continuerà a produrre inefficienze di sistema.

Infine riteniamo necessario implementare un sistema di indicatori di efficacia e sicurezza dei LEA in emergenza più appropriato in relazione agli esiti che siano di outcome e di processo. Perché la Medicina di Emergenza è "una specialità medica basata sulla conoscenza e le capacità necessarie alla prevenzione, diagnosi e trattamento di aspetti urgenti ed emergenti delle malattie e delle lesioni che colpiscono i pazienti di ogni età, con uno spettro



completo e indifferenziato di disordini fisici e comportamentali. E' la specialità dove il tempo è critico". (Policy Statement dell'EuSEM, 2009).

La FIMEUC mette a disposizione delle Istituzioni le proprie conoscenze e competenze per il consolidamento e lo sviluppo del settore dell'Emergenza-Urgenza in Italia, attraverso una revisione della normativa nazionale e la esplicitazione di precisi livelli di responsabilità per centrare l'obiettivo di efficienza a tutela della salute dei cittadini.

Grazie dell'attenzione

Roma, 19 febbraio 2015

Adelina Ricciardelli